

Katja Heikkilä

KUNTOUTTAVA TOIMINTA SATAKUNNAN
MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN
ASUMISPALVELUYKSIKÖISSÄ

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
2014



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

KUNTOUTTAVA TOIMINTA SATAKUNNAN MIELENTERVEYSKUNTOU- TUJIEN ASUMISPALVELUYKSIKÖISSÄ

Heikkilä, Katja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Toukokuu 2015
Ohjaaja: Koivuniemi Merja, Lehtori
Sivumäärä: 61
Liitteitä: 1

Asiasanat: mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, si-
säinen ja ulkoinen kuntouttava toiminta

Kuntouttava toiminta on käsitteenä hyvin laaja. Yleisesti siitä puhuttaessa korostuu fyysinen toiminta ja sen tukeminen. Mielenterveyskuntoutuksessa siihen liitetään vahvasti myös kokonaisvaltainen psyykinen ja sosiaalinen kuntouttava toiminta, jolla pyritään kuntoutujalähtöisesti mielenterveyskuntoutujan toiminta- ja selviytymiskyvyn kohentamiseen arjessa sekä lisäämään hänen tyytyväisyyttään elämään. Kuntouttavassa toiminnassa on mukana kuntoutujan lisäksi ammattihenkilöistä koostuva työryhmä sekä kuntoutujan muu verkosto.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Satakunnan alueen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden kuntouttavaa toimintaa. Tarkoitukseni oli tuoda opinnäytetyöraporttini avulla lisätietoa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden kuntouttavasta toiminnasta toimeksiantajalleni Satakunnan sairaanhoitopiirin toteuttamalle osahankkeelle ”Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa”. Kehittämisosion yleisenä tavoitteena on mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarpeen arvioinnin ja kuntoutumista edistävän asumisen tuen kehittäminen. Teoreettisena lähtökohtana opinnäytetyössä oli kuntouttava toiminta mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä.

Tutkimusaineisto kerättiin Satakunnan alueen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden esimiehiltä e-lomakekyselyllä, jonka kysymykset rakentuivat opinnäytetyön teoreettisesta osuudesta ja siihen liittyvistä aiemmista tutkimuksista. Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin sekä tilastollista että teorialähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimustulosten mukaan yksiköt tuottavat eniten tehostettua asumispalvelua, joissa toteutetaan kuntouttavaa toimintaa. Kuntouttava toiminta perustuu asukkaalle tehtävään yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan, jonka jälkeen hänelle laaditaan sekä ulkoisia että sisäisiä kuntouttavia toimia sisältävä päivä- tai viikko-ohjelma. Esimiehet arvioivat suurelta osin yksikkönsä kuntouttavan toiminnan hyvänä tai erittäin hyvänä. Tutkimuksessa selvisi yksiköiden kuntouttavan toiminnan olevan tavoitteellista ja että asukkaita tuetaan omatoimisuuteen ja osallisuuteen. Tutkimuksessa nousi myös esiin, että asumispalveluyksiköiden mielenterveyskuntoutujien vaikeiden laaja-alaisten toimintakyvyn rajoitteiden ja kroonisten psyykkisten sairauksien vuoksi kuntoutumisen ensisijaisina tavoitteina työllistymisen ja itsenäisemmän asumisen sijaan ovat sekä elämän laadun kohentuminen että toimintakyvyn paraneminen arjessa.

REHABILITATIVE ACTIVITIES AT THE SATAKUNTA SERVICE HOME UNITS FOR MENTAL HEALTH REHABILITEES

Heikkilä, Katja

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counseling and Planning

May 2015

Supervisor: Koivuniemi Merja, Senior Lecturer

Number of pages: 61

Appendices: 1

Keywords: mental health rehabilitee, service homes for mental health rehabilitees, internal and external rehabilitation

Rehabilitative activity is a very broad concept. Discussions about it mostly emphasize physical activities and support for them. In mental health rehabilitation, it is also strongly associated with holistic psychological and social rehabilitative activities that seek to improve the rehabilitee's abilities to function in and cope with everyday life with a rehabilitee-oriented approach, and to increase their happiness with life. In addition to the rehabilitee, rehabilitative activities involve a network of professionals, as well as the rehabilitee's other networks.

The aim of this thesis was to study the rehabilitative activities in the service home units for mental health rehabilitees in the Satakunta region. My goal was to use my thesis report to provide additional information about rehabilitative activities in service home units for mental health rehabilitees for my commissioner, the "Support for the Accommodation of Mental Health Rehabilitees in Satakunta" sub-project of the Hospital District of Satakunta. The general aim of the developmental part is the development of the evaluation of the mental health rehabilitee's need of support for accommodation and support for accommodation that facilitates rehabilitation. The theoretical basis of this thesis was rehabilitative activity in service home units for mental health rehabilitees.

The materials for this study were collected from the supervisors of service home units for mental health rehabilitees in the Satakunta region using an electronic form whose questions consisted of the theoretical part of the thesis and earlier studies related to it. Both statistical and theoretically oriented content analyses were used to analyze the results.

The study results show that units mostly produce intensified support for accommodation that includes rehabilitative activities. Rehabilitative activities are based on a unique rehabilitation plan made for the inhabitant, after which they are given a daily or weekly program that includes both external and internal rehabilitative activities. For the most part, supervisors saw their units' rehabilitative activities as good or very good. The study showed that rehabilitative activities in the units are goal-oriented, and that inhabitants are encouraged to be independent and to participate. Another point that was raised in the study was that due to the severe and diverse limitations in functionality and the chronic psychiatric conditions of the mental health rehabilitees in service home units, the first priorities in rehabilitation are the improvement of quality of life and improved functionality in everyday life, rather than employment and more independent accommodation.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYS.....	7
2.1 Mielenterveyskuntoutuja.....	7
2.2 Mielenterveyskuntoutus	8
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISPALVELUT	11
3.1 Tuettu asuminen	12
3.2 Palveluasuminen	13
3.3 Tehostettu palveluasuminen.....	14
4 KUNTOUTTAVA TOIMINTA.....	15
4.1 Vaiheittain etenevä kuntoutusprosessi	16
4.2 Tavoitteellisuus ja omatoimisuuteen kannustaminen.....	16
4.3 Osallisuuden vahvistaminen.....	18
4.4 Työn ja toiminnan merkitys kuntoutumiseen.....	19
4.4.1 Ammatillinen kuntoutus.....	21
4.4.2 Työhönvalmennus	22
4.4.3 Päivätoiminta	23
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	25
5.1 Tutkimuskysymys ja tavoite	25
5.2 Tarkoitus	25
6 MENETELMÄLLISET RATKAISUT.....	26
6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa.....	26
6.2 Opinnäytetyön eteneminen.....	27
6.3 Kysely aineistonkeruu menetelmänä.....	29
6.3.1 Kyselylomakkeen laatiminen	29
6.3.2 Kysymysten sisältö ja muotoilu	31
6.4 Aineiston analysointi.....	32
7 TULOKSET	34
7.1 Asumispalveluyksiköiden taustatiedot.....	34
7.2 Toimintakyvyn arviointi, kuntoutussuunnitelma, päivä/viikko-ohjelma	38
7.3 Työ ja toiminta kuntoutuksen osana	41
7.4 Omatoimisuus, osallisuus ja asumispalveluyksikön kuntouttavan toiminnan arviointi	43
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	46
LÄHTEET.....	54
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa psykiatristen sairaaloiden supistettua toimintaansa mielenterveyskuntoutujille tarkoitetut asumispalveluyksiköt ovat yleistyneet (Karlsson & Wahlbeck 2010; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010, 29). Asumispalveluyksiköiden tarkoituksena on toimia suurelle osalle kuntoutujista välietappeina siirryttäessä sairaalasta takaisin itsenäiseen elämään. Kallisen ja Salon (2007) Suomessa toteutetun laajan tutkimuksen mukaan asumispalveluyksiköt eivät kuitenkaan ole niin kuntouttavia kuin niiden tulisi olla. Aihe on aina ajankohtainen ja mielestäni mielenkiintoinen, sillä kuntien tiukentaessa kustannuksissa myös kuntoutuksen tehokkuus korostuu. Kunnat kilpailuttavat yhä enenevässä määrin sosiaali- ja terveystalouksiaan ja ostavat palvelun itse tuottamisen sijaan ja ovat järjestämistä vastaavissa tuottamisvastuun sijasta. Kuntien on pyrittävä tuottamaan palvelu mahdollisimman taloudellisesti ja toimivasti ja heidän on myös varmistettava, että hankittavat palvelut vastaavat vähintään samaa tasoa, kuin edellytetään kunnalliselta toiminnalta. (Narikka 2008: 201.) Kysymys kuuluu: minkälaista on kuntouttava toiminta mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä vuonna 2015 ja onko sitä? (Mts. 48).

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Satakunnan sairaanhoitopiirin toteuttama osahankke ”Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa”. Osahankkeen kohdeyryhmänä ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen mielenterveyskuntoutajat. Eri-tyiskohdeyryhminä ovat aikuispsykiatrian kuntoutusjaksolta kotiutettavat potilaat, erilaisissa asumispalveluyksiköissä asuvat tai muussa tuetussa asumisen piirissä olevat mielenterveyskuntoutajat. Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa -osahankkeen tavoitteena on mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarpeen arvioinnin ja kuntoutumista edistävän asumisen tuen kehittäminen. (Komminaho 2012, 7–8.) Opinnäytetyö käsittelee aihetta kuntouttava toiminta mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikössä Satakunnassa. Raportin tutkimustuloksissa sekä pohdintaosuudessa selvitetään minkälaista sisäistä ja ulkoista kuntouttavaa toimintaa asumis-

palveluyksiköissä on ja kuinka kuntouttavaksi esimiehet yksiköiden toiminnan arvioivat. Yksiköt, joihin tutkimus kohdistuu, toteuttavat pääsääntöisesti tehostettua palveluasumista, palveluasumista sekä tuettua asumista. Asukkaita on keskimäärin yksiköissä noin 11 – 20 ja asukkaat ovat iältään noin 31 – 50 tai yli. Pääasiallisena diagnoosina asukkailla on skitsofrenia.

Mielenterveyskuntoutuksessa käytettävään kuntouttavaan toimintaan liittyy olennaisesti sekä kuntoutuja, työryhmä että kuntoutujan muu verkosto. Jotta voidaan paremmin tutkia ja kehittää mielenterveyskuntoutuksessa käytettävää kuntouttavaa toimintaa, on siinä käytettyjä käsitteitä ensin selvennettävä aiempia tutkimuksia ja kirjallisuutta hyväksi käyttäen (Koskisu 2004, 13). Mielenterveyskuntoutujalla, asukkaalla ja kuntoutujalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä aikuisiän henkilöä, joka tarvitsee mielenterveyshäiriön vuoksi eri tahojen järjestämiä erilaisia kuntouttavia palveluja (Terveyskirjasto 2007). Mielenterveyskuntoutajat ovat asumispalveluyksiköissä asukkaita, jotka eivät kykene asumaan itsenäisesti, mutta välitöntä laitoshoidon tarveakaan ei ole. Asukkaalle muodostetaan kuntouttava palvelukokonaisuus, joka sisältää laaja-alaisen kuntoutustarpeen arvioinnin ja henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman. Kuntouttavaa toimintaa käsiteltäessä keskitytään asumispalveluyksikössä tapahtuvaan psykososiaaliseen kuntoutukseen, osallisuuden vahvistamiseen sekä asumispalveluyksiköiden ulkopuolella tapahtuvaan kuntouttavaan toimintaan. Psykososiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan tässä työssä kokonaisvaltaista kuntoutusta, jolla pyritään mielenterveyskuntoutujan toiminta- ja selviytymiskyvyn kohentamiseen arjessa sekä lisäämään hänen tyytyväisyyttään elämään. (Punkanen 2006, 65–67.) Työssä avataan myös käsitettä asumispalvelu ja mitä se toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumisen näkökulmasta kuntoutuksellisesti mielenterveyskuntoutujan kohdalla tarkoittaa.

2 MIELENTERVEYS

Jokaisella ihmisellä on omakohtainen kokemus hyvästä mielenterveydestä (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 10). Siihen liittyvät kyvyt ja toiminnot ovat välttämättömiä kaikilla elämänalueilla ja mielenterveydellä on myös keskeinen merkitys muodostettaessa ja ylläpidettäessä sosiaalisia suhteita ja yhteiskunnan toimintaa. (Sohlman 2004; Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen. 2004, 13, 32). Mielenterveys on kehitysprosessi, joka jatkuu läpi elämän, vaihdellen elämäntilanteen mukaan ja kuormittuen jossain elämänvaiheissa enemmän kuin toisissa. Tilapäinen henkinen pahoinvointi vaikeassa elämäntilanteessa on normaalia. Mielenterveyden häiriöistä on kyse silloin, kun oireet rajoittavat henkilön laaja-alaista toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita jollakin tavalla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 10.)

2.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä aikuisiän henkilöä, joka tarvitsee mielenterveyshäiriön vuoksi eri tahojen järjestämiä erilaisia kuntouttavia palveluja. Mielenterveyden häiriössä toimintakyky heikkenee ja sekä käyttäytymisessä että mielentoiminnoissa esiintyy erilaisia oireita. Psykkisissä häiriöissä on myös tyypillistä sekä persoonallisuuden että todellisuuden tajun hämärtyminen. (Terveyskirjasto 2007.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että neljännes suomalaisista kärsii ajoittain haittaavassa määrin psyykkisistä oireista. (Pirkola & Lönnqvist 2002, 51–54). Suomalaisilla tavallisimpien mielenterveyden häiriöiden taustalla on somaattisia, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Yleisempiä mielenterveyden häiriöitä suomalaisessa väestössä ovat ahdistuneisuus-, mieliala-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöt sekä psykoosit. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2009, 47; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen. 2007, 50–51.) Verrattuna kansainvälisiin

tutkimuksiin, Suomessa näyttää esiintyvän tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä suunnilleen yhtä paljon kuin muissakin länsimaissa. (WHO 2000, 413–426).

Kuntoutujan ajatellaan nykypäivänä olevan tavoitteellinen, pyrkimyksiään ja tarkoituksensa suorittava toimija, joka pyrkii tulkitsemaan, ymmärtämään sekä suunnittelemaan omaa elämäänsä ja sen perustaa. Käsitys kuntoutujasta on muuttumassa erilaisten palveluiden ja asiantuntijuuksien kohteesta aktiiviseksi toimijaksi. (Koskisu 2004, 12–13.) Mielenterveydenhäiriön vuoksi mielenterveyskuntoutuja tarvitsee monipuolisia kuntouttavia psykiatrisia palveluja. Palvelujen perusteena on psykiatrinen diagnoosi ja /tai selkeästi psyykkisestä sairaudesta johtuva yleinen toimintakyvyn aleneminen. Kuntouttavien palveluiden avulla mielenterveyskuntoutujaa tuetaan sekä kuntoutumisessa että itsenäisessä arjen selviytymisessä. Mielenterveyskuntoutuja voi tarvita apua ja tukea myös asumisensa järjestämisessä tai hän tarvitsee asumispalveluja. Mielenterveyskuntoutujalla on usein vaikeuksia psykososiaalisessa toimintakyvyssä, mikä näkyy puutteellisena elämänhallintana. Psykososiaaliseen toimintakykyyn liittyy yksilön selviytyminen arkipäivän tilanteista ja kokonaisvaltainen itsestä huolehtiminen. Mielenterveyskuntoutujalla saattaa myös olla vaikeuksia sosiaalisten suhteiden solmimisessa ja niiden ylläpitämisessä. (Koskisu 2004, 10–15.) Henkilön sairastuessa psyykkisesti, hän kokee itsensä usein potilaaksi ja myös läheiset hahmottavat hänet tämän roolin kautta. Kuntoutumisen edetessä ajatusmalli kuitenkin muuttuu, eikä henkilö hahmota itseään enää sairauden kautta, vaan hän haluaa siirtyä potilaan roolista mahdollisesti kuntoutujan identiteetin kautta elämän muihin rooleihin. (Koskisu & Yrttiaho 2005, 15.)

2.2 Mielenterveyskuntoutus

Kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutuspalveluita ja toimintajärjestelmää, joka lainsäädännön mukaan on jaettu lääkinällisen, ammatillisen, kasvatuksellisen ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluihin (Ihalainen & Kettunen 2011, 165). Kuntoutuksen avulla pyritään ehkäisemään ja kompensoimaan vammoihin, sairauksiin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviä ongelmia. Lisäksi kuntoutuksella pyritään tukemaan ihmisten ja väestöryhmien selviytymistä, voimavaroja ja hyvinvointia elämänuran eri

siirtymävaiheissa ja arkielämässä. Kuntoutuksen avulla edistetään myös työ- ja toimintakykyä sekä turvataan työuran jatkuvuutta. (Järvikoski & Härköpää 2011, 8–9.)

Mielenterveyskuntoutus on kuntoutujan ja ammattilaisen yhteistyötä, jossa keskeistä on kuntoutujan oma aktiivisuus ja sitoutuminen kuntoutuksen eri vaiheisiin. Kuntoutujan oma tahto ja motivaatio ovat tärkeitä ja ammattilaisen tehtävä on auttaa kuntoutujaa tässä prosessissa. (Riikonen, Nummelin & Järvikoski 1996, 14–15; Lahti & Carlson 2001, 2; Koskisuus 2003, 23.) Kuntoutujan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, ammatillisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen tukemisen edistämiseksi on tärkeää, että eri ammattiryhmät työskentelevät yhteistyössä (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 21–22). Mielenterveyskuntoutusta toteutetaan moniammatillisen ryhmätyöskentelyn (tiimityön) avulla. Moniammatillisessa työryhmässä psykiatrisen hoitotyön ammattilaiset tuovat oman tietämyksensä hoitotyön asiantuntijoilta kuntoutujan hoitoon ja kuntoutukseen. Työntekijät tekevät yhteistyötä eri ihmisten, ammattiryhmien, yksiköiden ja organisaatioiden välillä. Lisäksi moniammatilliseen työskentelyyn kuuluvat tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet, joiden avulla hoitotyöntekijät kykenevät auttamaan vakavasti psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä, heidän omaisiaan ja läheisiään. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 14, 17–18.)

Mielenterveyskuntoutus on kuntoutujan kohtaamista, ymmärtämistä, ja kokonaisvaltaista kuntouttamista. Siinä korostuu kuntoutujan terveyden ja selviytymisen tukeminen arkipäivän tilanteissa. Myös kuntoutujan päivittäisistä perustarpeista huolehtiminen ovat tärkeitä työtehtäviä. Lähtökohtana tulee olla kuntoutujan yksilöllinen hoidon ja kuntoutuksen tarve. Joustavat hoito- ja kuntoutusmenetelmät etsitään moniammatillisen työryhmän ja kuntoutujan kanssa yhdessä. Kuntouttava yhteistyö mahdollistaa kuntoutujan voimaantumista edistävän lähestymistavan, jolloin käytävissä olevien resurssien hyödyntäminen on mahdollisimman monipuolista. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 148–149.)

Mielenterveyskuntoutuksen tarkoituksena on ennen kaikkea lisätä kuntoutujan toimintakykyä erilaisissa rooleissa ja ympäristöissä (Koskisuus 2004, 47). Jokainen kuntoutumisprosessi on yksilöllinen ja siksi jokaisen kuntoutuksen lähtökohtana on yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Yksilöllisesti määriteltyjen tavoitteiden pohjalta laa-

ditaan keinot, joilla niihin pystytään vastaamaan. (Rissanen 2007, 100–101.) Tavoitteet tulee olla kuntoutujalle merkityksellisiä, jotta kuntoutuja voi ylipäättään motivoitua kuntoutumiseen. Asettamalla välitavoitteita ehkäistään motivaation laskeminen kuntoutusprosessin aikana ja näin ollen tavoitteet on helpommin saavutettavissa. Monesti kuntoutuja tarvitsee aikaa ja ulkopuolisen tukea motivoitumiseen. Motivointia edistää se, että mielenterveyskuntoutuja voi hyödyntää kuntoutumisessa omia voimavarojaan. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 48–49.) Kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita ovat kuntoutujan edistyminen erilaisissa arkielämän taidoissa ja toiminnoissa kuten kodinhoito, ruoanlaitto, raha-asoiden hallinta sekä henkilökohtaisen terveyden- ja hygienianhoito. Arkielämän taitojen lisäksi tavoitteina on oman sairauden hoitaminen, vuorovaikutustaitojen parantuminen sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen (Lähteenlahti 2001, 178–179; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 102). Lisäksi kuntoutujaa tuetaan asioissa, jotka liittyvät asumiseen, koulutukseen ja työllistymiseen (Kuhanen ym. 2012, 102).

Keskeinen kuntoutumista tukeva osa on toimintojen ajallinen järjestäminen säännöllisen päivä- ja viikko-ohjelman muotoon (Toivio & Nordling 2013, 322). Ohjelman tarkoituksena on toimia ajankäytön ja päivään sisältyvien toimintojen hahmottamisen tukena. Kuntoutuja ja työntekijä suunnittelevat yhdessä päivä- ja viikko-ohjelmat. Kuntoutumisen edetessä kuntoutuja voi ottaa enemmän vastuuta päiväohjelmansa suunnittelusta. (Kettunen ym. 2009, 63.) Kuntoutuksen avulla kuntoutuja kasvattaa vastuutaan omasta itsestään, yhteisöstään sekä ympäristöstään ja näin ollen vähennetään syrjäytymisen uhkaa sekä tuetaan kuntoutujan selviytymistä yhteiskunnassa. (Lähteenlahti 2001, 179; Kuhanen ym. 2012, 102).

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISPALVELUT

Mielenterveyskuntoutujan palveluasumisen järjestäminen pohjautuu mielenterveyslain 5:n pykälään, jonka mukaan mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella järjestettävä mahdollisuus tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen yhteistyössä kunnan sosiaalitoimen kanssa (Mielenterveyslaki 1116/90, 5 §). Asumispalvelut on luokiteltu lainsäädännön mukaan sosiaalipalveluiksi ja niiden järjestämisestä vastaavat kunnat. Tavoitteena on ensisijaisesti taata kuntoutujalle pysyvä asumismuoto. Riittäväillä palveluilla turvataan omassa asunnossa asuminen, jos tämä ei onnistu, mahdollisuutena ovat asumispalveluyksiköt tai tukiasunnot. (Asumista ja kuntoutusta: Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 14–15.; Paasu 2005, 27; Ahonen & Fröjd 2009, 7.) Palvelunsa kunnat voivat hankkia tuottamalla niitä itse tai tekemällä yhteistyötä kuntayhtymän muodossa, joka järjestää palvelua tai ostamalla ne vaihtoehtoisesti yksityiseltä palveluntarjoajalta (Harjajärvi, Kairi, Kuusterä & Miettinen 2009, 8).

Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, joilla asumispalveluiden lisäksi pyritään tukemaan ja parantamaan kuntoutujan toimintakykyä, elämänlaatua sekä itsenäistä selviytymistä (Sosiaalihuoltolaki 1982/710, 24§; Ahonen & Fröjd 2009, 7–10). Palvelukokonaisuudet jaotellaan yleisesti kolmeen ryhmään asumismuodon ja kuntoutujan tuen tarpeen perusteella: tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Tuettu asuminen on itsenäisin asumismuoto, jossa kuntoutuja asuu omassa, kunnan tai kolmannen sektorin järjestämässä tukiasunnossa. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään asumispalveluyksiköissä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 3 §; Paasu 2005, 27; Asumista ja kuntoutusta: Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 18.)

3.1 Tuettu asuminen

Tuettu asuminen on asumispalvelujen itsenäisin asumisen muoto, jossa kuntoutuja asuu omassa kodissaan tai tukiasunnossa itsenäisesti. Tavoitteena on ihmisen mahdollisimman itsenäinen selviytyminen. (Asumista ja kuntoutusta – mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 18–19.) Tuen määrä ja muoto saattavat vaihdella kuntoutujan tarpeiden mukaan. Asumisen sujuminen varmistetaan käymällä kuntoutujan kotona sovituin väliajoin. Tukiasunnossa asuminen on määräaikaista ja tuen tarpeen vähennyttyä sieltä siirrytään asumaan itsenäisempään asumiseen. (Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012, 9.)

Asumiseen tukiasunnossa liittyy aktiivinen kuntoutussuunnitelmaan perustuva mielenterveyskuntoutus, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa selviytymään elämästä mahdollisimman itsenäisesti ja tukea sosiaalisten verkostojen luomista. Tällöin mielenterveyskuntoutus järjestetään pääosin muualla kuin kuntoutujan asunnossa. Kuntoutujaa tuetaan ja ohjataan harjoittelemaan jokapäiväisiä toimintoja, käyttämään kodin ulkopuolisia palveluita sekä löytämään virikkeellistä päivä- ja vapaa-ajan toimintaa. Mahdollisuuksien mukaan kuntoutujaa tuetaan myös siirtymään työ- tai kouluelämään. Tuetun asumisen palvelut järjestetään yhteistyössä muiden palvelun tarjoajien kanssa siten, että ne vastaavat kuntoutujan tarpeita. Yhteistyötahoja ovat esimerkiksi mielenterveystoimistot, sosiaalitoimi sekä terveyskeskukset. Siirtyessään itsenäisempään asumiseen ihminen tarvitsee edelleen tukea ja ohjausta päivittäisten asioiden hoidossa. (Asumista ja kuntoutusta – mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 18–19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Ahonen & Fröjd 2009, 10.)

3.2 Palveluasuminen

Palveluasumisella tarkoitetaan yhteisöllistä asumisen kokonaisuutta, jonka muodostavat ryhmäasunto sekä asumista tukevat palvelut, jossa henkilökunta on paikalla päivisin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Palveluasumisessa asuminen voi tapahtua missä tahansa asunnossa, joka soveltuu asukkaalle. Asunto voi olla vuokratu tai omistusasunto, omakotitalo, rivitalo, palvelutalo tai osa asuin ryhmää. Tärkeää on, että asunto on asukkaalle sopiva ja että ympäristö on esteetön, sillä esteellinen asunto ja ympäristö lisäävät palvelun ja tuen tarvetta. (Nurmi-Koikkalainen 2009, 21.) Koska palveluasuminen on avohoitoa, perustuu se asukkaan ja asunnon omistajan väliseen vuokrasopimukseen. Asukas maksaa asunnostaan vuokraa ja asumiseen liittyvistä palveluista asiakasmaksuja. Asukkaan saamat etuudet, kuten asumistuki, määräytyvät samoin kuin kotona asuvan henkilön etuudet. (Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen 2012, 19, 21, 33.) Palveluasumiseen kuuluvat asunnon lisäksi asumiseen liittyvät palvelut, jotka ovat välttämättömiä ihmisen itsenäisen asumisen kannalta. Palveluja voivat olla avustaminen asumiseen liittyvissä asioissa, kuten liikkumisessa, pukemisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, siivouksessa. Lisäksi tarvitaan palveluja asukkaan terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; ASPA Palvelut Oy 2014.)

Palveluasumisessa kuntoutus on monipuolista, ja sen tavoitteena on parantaa kuntoutujan toimintakykyä sekä vahvistaa hänen sosiaalisia suhteitaan. Kuntoutuksen avulla edistetään kuntoutujan omatoimista selviytymistä erilaisissa arkielämän toiminnoissa. Häntä ohjataan harjoittelemaan itsenäisen asumisen vaatimia taitoja, kuten kodinhoitoa, itsenäistä päätöksen tekoa ja raha-asioiden hoitamista. Mielenterveyskuntoutujaa tuetaan sairauden kanssa selviytymisessä sekä asumispalveluyksikön ulkopuoliseen toimintaan suuntautumisessa. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 20.)

3.3 Tehostettu palveluasuminen

Kuten palveluasuminen myös tehostettu palveluasuminen on avohoitoa (Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen 2012, 21). Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan ryhmäasunnossa tapahtuvaa yhteisöasumista, jossa henkilökunta on paikalla ympärivuorokautisesti. Siellä asuvien henkilöiden toimintakyky on vaikeasti rajoittunutta ja he tarvitsevat jatkuvaa hoivaa, huolenpitoa sekä ympärivuorokautista tukea. (Mehtonen 2011, 20.) Tehostettu palveluasuminen on suunnattu ihmisille, joilla on fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakyvyn alentumista niin paljon, etteivät he selviydy enää kotona asumisesta itsenäisesti omaisten, kunnan tai yksityisen kotihoidon palvelujen turvin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Asukas saa päivittäisen suoriutumisen kannalta välttämätöntä palvelua, sisältäen avustusta liikumisen, pukeutumisen ja henkilökohtaisen hygienian kanssa (Harjajärvi ym. 2009, 9–10). Tarkoituksena on tukea asukkaiden omatoimisuutta ja luoda heille turvallinen asuinympäristö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007).

Kuntoutukseen sisältyy myös vahvasti erilaisten asioiden harjoittelua; itsenäistä päätöksentekoa, asioiden hoitamista, vapaa-ajan viettoa ja ihmissuhteiden hoitamista. Kuntoutujaa tuetaan vastuullisuuteen ja toisia huomioivaan elämäntapaan kaikissa häntä koskevissa yhteisöissä. Mielenterveyskuntoutujan asumisen ja kuntouttavien palveluiden tulisi yhdessä muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jonka tarkoituksena on tukea kuntoutujaa itsenäiseen suoriutumiseen erilaisissa elämäntoiminnoissa. (Mehtonen 2011, 20.) Tehostettu palveluasuminen korostaa ihmisten elämänlaadun merkitystä, vahvistaa elämän merkityksellisyyden kokemuksia ja kokonaisvaltaista hyvinvointia terveyden heikentyessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Asumis- ja kuntouttavien palveluiden tavoitteena on säilyttää tai parantaa kuntoutujan toimintakykyä; tällöin siirtyminen itsenäisempään asumismuotoon mahdollistuu ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarve ehkäistään (Mehtonen 2011, 23).

4 KUNTOUTTAVA TOIMINTA

Wahlbeckin mukaan suomalaisessa mielenterveystyössä on edelleen kehittämistarpeita. Mielenterveystyö on painottunut häiriöiden hoitoon mielenterveyden edistämisen, häiriöiden ehkäisyn ja psykososiaalisen kuntoutuksen jäädessä liian vähälle huomiolle. (Wahlbeck 2007, 87–101.) Euroopassa käytetään paljon tahdonvastaista sairaalahoitoa, tarjolla ei ole monipuolisia ja riittäviä avohoito palveluita ja sairaalapaikkojen vähentämisestä huolimatta mielenterveyspalvelujärjestelmä on suurelta osin laitosvaltainen (Wahlbeck & Pirkola 2008, 131–145; Karlsson & Wahlbeck 2010). Hoitoaikojen lyhentymisestä huolimatta sairaalaan palaaminen on lisääntynyt. Moniongelmaisuus on kasvanut; yhä useammin hoitoon hakeutuvilla henkilöillä on mielenterveysongelman lisäksi päihdeongelma, elämönhallinnan ongelmia tai taloudellisia vaikeuksia. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000.) Sairaalapaikkojen vähentyessä asumispalveluiden määrä on lisääntynyt ja niiden toiminnan kuntouttavuuteen tulee kiinnittää yhä enemmän huomiota, jottei pitkäaikainen laitoshoido korvautu toisella (Karlsson & Wahlbeck 2010).

Tässä opinnäytetyössä kuntouttavaa toimintaa käsiteltäessä keskitytään asumispalveluyksikössä tapahtuvaan psykososiaaliseen kuntoutukseen, osallisuuden vahvistamiseen sekä asumispalveluyksiköiden ulkopuolella tapahtuvaan kuntouttavaan toimintaan. Psykososiaalinen kuntoutus on kokonaisvaltaista kuntoutusta, jolla pyritään kohentamaan mielenterveyskuntoutujan arjen toimintakykyä sekä lisäämään hänen tyytyväisyyttään elämään. Kuntoutujan lisäksi kuntoutuksessa on mukana koko työryhmä sekä kuntoutujan muu verkosto. (Punkanen 2006, 65–67.)

4.1 Vaiheittain etenevä kuntoutusprosessi

Psykososiaalinen kuntoutus asumispalveluyksikössä on vaiheittain etenevää kuntoutusta ja se alkaa kuntoutujan laaja-alaisella toimintakykyarviolla ja omaohjaajan valinnalla. Arviossa kartoitetaan mahdollisimman tarkasti kuntoutujan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen voimavaransa ja vahvuutensa. Niiden pohjalta kuntoutujalle laaditaan kolmen kuukauden sisällä kuntoutujan saapumisesta, kaksi kertaa vuodessa päivitettävä kuntoutussuunnitelma. Myös kuntoutuja itse osallistuu suunnitelman laatimiseen. (Punkanen 2006, 66–70; Suvikas ym. 2007, 264.) Kuntoutussuunnitelman pohjalta kuntoutujalle laaditaan päivä- tai viikko-ohjelma, johon sisältyy arjen toimintoja, erilaisia ryhmiä, viriketoimintaa ja omaohjaajakeskustelua sekä muuta mitä kunkin kuntoutujan kuntoutusprosessi vaatii suunnitelmaan laadittujen tavoitteiden toteutumiseksi (Punkanen 2006, 66–70). Psykososiaalisessa kuntoutuksessa toistuvalla päivä- /viikko-ohjelmalla on suuri merkitys. Ohjelman kautta kuntoutuja oppii hahmottamaan säännöllisten toimintojen kulkua paremmin. (Kettunen ym. 2009, 62–63.) Psykososiaalisen kuntoutuksen avulla kuntoutujalla on mahdollisuus edetä kuntoutusprosessissaan asumispalveluyksiköstä esimerkiksi tuetun asumispalvelun kautta itsenäiseen asumiseen (Punkanen 2006, 66–70).

4.2 Tavoitteellisuus ja omatoimisuuteen kannustaminen

Psykososiaalinen kuntoutus perustuu kuntoutujan ja työntekijän väliseen yhteistyöhön. Työskentelyn täytyy olla vuorovaikutteista, ymmärtävää, kuntoutujan tilanteen mukaan muuttuvaa sekä voimavaroja joustavasti hyödyntävä. (Kettunen ym. 2009, 59.) Kuntoutuja on mukana kuntoutusprosessissa täysivaltaisena osallistujana, eikä asioita tehdä hänen puolestaan. Kuntoutujan kanssa etsitään ratkaisuja toiminnallisiin ongelmiin ja pyritään kohti yhdessä asetettuja tavoitteita. Mielenterveyskuntoutuja nähdään oman elämänsä asiantuntijana ja näin ollen hänen näkemyksensä ja arvonsa otetaan huomioon päätösten teossa. (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend. 2002, 49, 52.) Yhdessä luotujen tavoitteiden eteen on helpompi työskennellä ja ponnistella.

Yhteistyön avulla toiminnan mielekkyys lisääntyy, jolloin myös motivaatio toimintaa kohtaan kasvaa. Kuntoutusprosessia edistävät myös kannustus ja sosiaalinen tuki sekä myönteinen ilmapiiri. (Kalliopuska. 1998, 54.)

Psykososiaalisella kuntoutuksella voidaankin nähdä teorian mukaan olevan seuraavanlaisia tavoitetta: fyysisen toimintakyvyn edistäminen erilaisin liikunnallisuutta edistävin keinoin, haitallisten tapojen ja tottumusten vähentäminen, muun muassa opastamalla terveelliseen ravitsemukseen ja tupakoinnin tai päihteiden käytön hillintään. Toiminnan aktivoituminen ja lisääntyminen muun muassa ohjaamalla jokapäiväisiin askareisiin, vastuutehtäviin tai harrastuksiin. Uusien taitojen omaksuminen kotielämässä, työtoiminnassa, opiskelun kautta tai vapaa-ajan toiminnoissa. Myönteisen ja realistisen minäkuvan omaksuminen opettelemalla vastavuoroista kanssakäymistä erilaisissa ihmissuhteissa. Elämisen laadun paraneminen pohtimalla elämänlaatukysymyksiä yhdessä tärkeiden läheisten kanssa ja tekemällä elämänlaadun kannalta merkityksellisiä tekoja ja valintoja sekä elämän mielekkyyden lisääntyminen. Tärkein edellytys tavoitteisiin pääsemiseen on kuntoutujan oman motivaation lisääntyminen ja vastuun siirtyminen asteittain hänelle itselleen. Tämä tapahtuu pitkäjänteisessä, tavoitteellisessa ja vuorovaikutteisessa kuntoutuksessa yhdessä henkilön lähipiirin kanssa. Kuntoutusprosessin etenemistä seurataan säännöllisin välein tehtävillä arvioinneilla sekä tukemalla henkilöä itseään arvioimaan omaa suoriutumistaan ja hyvinvointiaan. (Seppälä 2009, 27.)

Psykososiaalinen kuntoutus keskittyy arjesta selviytymiseen ja kokonaisvaltaiseen elämän hallintaan. Kuntoutuksessa harjoiteltavia asioita ovat muun muassa itsestä huolehtiminen, kuten hygienian hoito, kotityöt, ruokailu, asiointi kaupassa ja virastoissa, sosiaalisuus ja vuorovaikutus sekä omasta lääkehoidosta huolehtiminen ja sairauden hallinta. (Punkanen 2006, 65–67.) Keinoina psykososiaalisessa kuntoutuksessa ovat auttaminen arkisessa toimintaympäristössä ja omatoimisuuteen tukeminen. Omatoimisuus tarkoittaa sitä, että kuntoutuja pystyy aloittamaan ja tekemään arki-toiminnot ilman, että toinen kehottaa tai avustaa. Työntekijä toimii arkisissa askareissa omalla toiminnallaan esimerkkinä kuntoutujalle huomioiden samalla myös kuntoutujan yksilöllisyyden. Psykososiaalisen kuntoutuksen näkökulmasta on tärkeää, että kuntoutujan kanssa löydetään yhdessä arkielämän asioita, jotka motivoivat ja aktivoivat kuntoutujaa. Passiivisuuden sijaan kuntoutujan täytyy saada mahdollisuus

voimavarojensa kehittymiseen ja taitojen harjaantumiseen omassa arkiympäristössään. Käytännössä tämä tarkoittaa, että on tärkeää löytää juuri oikea tuen määrä. (Kettunen ym. 2009, 62–63.)

4.3 Osallisuuden vahvistaminen

Palveluiden käyttäjien ja asiakkaiden osallisuus on keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa, niin myös mielenterveystyössä. Osallisuus on sekä keino tavoitteen saavuttamiseksi että päämäärä itsessään. (Patterson, Weaver, Agath, Albert, Rhodes, Rutter & Crawford 2008.) Viimeisen vuosikymmenen aikana mielenterveystyössä on tapahtunut suuria muutoksia, ja tuo muutos on osaltaan edelleen kesken. Asiakkaan osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien korostuminen haastavat sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisiä käytäntöjä ja rakenteita (Kaseva 2011.) Osallisuuden määrittely ja toteutuminen mielenterveystyössä edellyttävät jatkuvaa kriittistä tarkastelua. Koska kaikilla kuntoutujilla ei ole kykyä, resursseja tai motivaatiota olla osallisina yhteiskuntaan, tarvitaan siten erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. (Laitila 2010.) On todettu, että osallisuuden kokemuksella on terapeuttinen ja voimaannuttava merkitys, joka voi vaikuttaa positiivisesti hallinnantunteeseen ja itsetuntoon (Hickey & Kipping 1998, 83–88; Heikkilä & Julkunen 2003).

Osallisuuden perustana ovat vuorovaikutustaidot, terapeuttinen ja voimavarakeskeinen lähestymistapa ja kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet. Kuntoutujan osallisuuden kokemukseen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, valinnan mahdollisuus sekä kuntoutujan mielipiteiden arvostaminen. (Sirviö 2010, 130–150; Hansen, Hatling, Lidal & Ruud 2004, 292–297; Hickey & Kipping 1998, 83–88.) Kuntoutuksen suunnittelussa osallisuus käsittää hoidon suunnittelun mielenterveyskuntoutujan tarpeiden pohjalta, hänen mielipiteidensä arvostamisen ja riittävän tiedon antamisen kuntoutujalle päätöksenteon perustaksi (Anthony & Crawford 2000, 425–434).

4.4 Työn ja toiminnan merkitys kuntoutumiseen

Vaikeimmin työllistyvistä suurimmalla osalla on mielenterveysdiagnoosi (Kerätär ja Karjalainen 2010, 3683–3690). Jo puolen vuoden työttömyyden aikana mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys kaksinkertaistuu, mutta uudelleen työllistymisen on kuitenkin todettu palauttavan ihmisen hyvinvoinnin (Pensola, Järvikoski & Järvisalo 2006, 223–240; TEM 2008). Mielenterveyskuntoutujien työurien tukeminen on tärkeää elämänlaadun, päivärytmin, toimintakyvyn, toipumisen, yhteiskuntaan osallistumisen, identiteetin ja yhdenvertaisuuden kannalta (Jahoda 1982, Black 2008).

Verrattuna muihin sairausryhmiin mielenterveyshäiriöissä paluu työhön pitkältä sairauslomalta on haasteellisempaa. Ammatillisen kuntoutuksen keskeyttäminen on tavallisempaa sekä työllistyminen ja työssä pysyminen vähäisempää kuin muissa diagnoosiryhmissä. (Kivekäs, Gould & Pellinen 2008, 2815–2819; Gould, Härkäpää & Järvikoski 2012; Saarnio 2012.) Ammatillisen kuntoutuksen jälkeen mielenterveyskuntoutujien paluu työhön on kuitenkin lisääntynyt vuosina 2002–2011. Ajoissa alkaneen kuntoutuksen jälkeen ansiotyöhön päätyi jo lähes 70 prosenttia. Parempaa kuntoutus-tulosta ennustavat alle 50 vuoden ikä sekä hyvä ammattitausta ja työhistoria. (Saarnio 2012.) Mielenterveyskuntoutujilla paluun esteitä ovat ongelmat työn ajoituksessa ja sopivan työnkuvan löytymisessä, työhön paluun korkea kynnyks sekä työnantajan ja työyhteisön kyvyttömyys ottaa kuntoutuja vastaan (Saari 2013, 31–38). Parhaita kuntoutuksen tuloksia on saatu järjestämällä nopeasti mahdollisimman normaali työsuhde, jossa työsuhteen toimivuutta ja vakiintumista tuetaan monipuolisesti sekä kuntoutuksen, valmennuksen että erilaisin koulutuksen keinoin (Tuisku, Juvonen-Posti, Härkäpää, Heilä, Vainiemi & Ropponen 2013, 2624).

Kuntoutuksen rinnalla työnäkökulman merkitys on suuri yksilön elämänhallintaa ja –laatua kohottavana tekijänä. Elämänhallinnalla ymmärretään yleisellä tasolla yksilön kokemusta omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa oman elämänsä kannalta merkityksellisiin tapahtumiin. Motivoiva työ, siinä pärjääminen ja sosiaalinen selviytyminen ovat useimmiten kuntoutujalle tärkeitä tavoitteita. Näiden tavoitteiden avulla pyritään

tavoittelemaan onnellisuutta, tyytyväisyyttä elämään ja mahdollisuuksia vaikuttaa oman elämän kulkuun. Kokonaisuudessaan voidaan puhua mielenterveyskuntoutujan ammatillisista tavoitteista ja muista työelämävalmiuksista. (Ylinampa 2005, 27.)

Vaihtoehtoja työllistymiseen on monia, riippuen mielenterveyskuntoutujan työ- ja toimintakyvystä. Työtoiminta on eri kohderyhmille suunnattua, huoltosuhteessa tapahtuvaa työorientoitunutta toimintaa, jonka määrittävä ominaisuus on toimintaan osallistuville maksettava työosuusraha. Työtoiminta sisältää myös avotyötoiminnan. Kunta voi sosiaalihuoltolain mukaan sijoittaa työtoimintaan henkilön, joka ei pysty työskentelemään avoimilla työmarkkinoilla. Valmentava ja kuntouttava toiminta taas sisältää kaikki työllistämispalvelut, jotka eivät ole työtoimintaa. Ilman työ- tai huoltosuhdetta sopimus tehdään palvelun ostajan/etuuden myöntäjän ja työllistävän yksikön sekä asiakkaan kesken (esimerkiksi työharjoittelu, työelämävalmennus, työkokeilu ja kuntouttava työtoiminta). (Ylipaavalniemi 2005, 17.)

Tuetun työllistymisen tavoitteena on se, että työnhakija työllistyy työvalmentajan tuen avulla palkkatyöhön avoimille työmarkkinoille. Tämä on työttömien mielenterveyskuntoutujien tuloksellisin ammatillinen kuntoutusmuoto. (Burns, Catty & Becker 2007, 1146–1152; Bond, Drake & Becker 2008, 280–290; Crowther, Marshall, Bond, & Huxley 2010.) Vuoden seurannassa kolmannes oli ansiotyössä tuetun työllistymisen jälkeen. Pelkän valmennuksen tai työtoiminnan keinoin ansiotyössä puolestaan oli vain reilu kymmenes. Luku ei merkittävästi eroa tavanomaisen yhteisö- tai laitoshoidon tuloksista. (Crowther ym. 2010.) Suomalaisissa hankkeissa tulokset ovat samansuuntaisia (Valkonen ja Harju 2005).

Mielenterveyskuntoutujiin liittyvissä tutkimuksissa työ ja muu asumispalveluyksiköiden ulkopuolelle sijoittuva toiminta ovat keskeisessä asemassa kun puhutaan elämänlaadusta. Yleensäkin mielekkään tekemisen tai työn puuttuminen saa kuntoutajat tuntemaan itsensä tarpeettomiksi ihmisiksi. (Nikkonen 1996.) Työn ja toiminnan voidaankin katsoa vähentävän psyykkisen sairauden oireita, parantavan henkilön toimintakykyä ja itsetuntoa sekä lisäävän tyytyväisyyttä kuntoutujan taloudelliseen tilanteeseen. Työ lisää kuntoutujalle myös merkitystä taitojen hallintana, tarpeellisuuden ja arvokkuuden tunteena, säännöllisinä rutiineina ja rohkaistumisena itsenäisempään elämään. (Hietala, Valjakka & Martikka 2000.) Ehkäisevillä työkyvyn tuki-

toimilla saadaan parhaita työssä käymiseen, työtyytyväisyyteen ja mielenterveyteen liittyviä tuloksia silloin, kun niissä yhdistyvät työpaikkaan, sen yhteisöön ja yksilöön kohdistuvat toimenpiteet (Corbiere, Shen, Rouleau & Dewa 2009, 81–116).

4.4.1 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus on se osa mielenterveyskuntoutujan kuntoutusprosessia, jossa toteutetaan ammattiin tai työhön liittyviä toimenpiteitä. Se pitää sisällään toimenpiteitä, jotka tukevat kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 194.) Kuntoutuksen tarkoitus on auttaa työllistymään, pysymään työssä tai palaamaan työhön silloin, kun sairaus rajoittaa työkykyä (Waddell, Burton, & Kendall 2008; Järvikoski & Härkäpää 2011, 14). Työelämään pyrkivillä ja työssä olevilla ammatillisen kuntoutuksen tarve tulisi arvioida terveydenhuollossa heti, kun työkyvyn menetyksen uhka on olemassa. Ammatillisen kuntoutuksen oikea-aikaisuus tarkoittaa kuntoutuksen käynnistämistä riittävän varhain – silloin, kun työkyky on vielä palautettavissa. Toisaalta sairaudesta toipumisen pitää kuitenkin olla riittävän pitkällä. (Gould ym. 2008, 39–53; Saari 2013, 32–38.) Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on pyrkiä parantamaan kuntoutujien ammatillisia valmiuksia, kohentamaan heidän työkykyään ja edistämään työmahdollisuuksiaan ja näin parantamaan osallisuutta työelämään ja yhteiskuntaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 215). Ammatillinen kuntoutus tukee työssä jatkamista, kun se toteutetaan läheisessä yhteydessä työhön ja työpaikkaan (Gould ym. 2012). Työhön paluun kannalta tuloksiin vaikuttaa ennen kaikkea myös työsuhteen vakaus (Joensuu, Kivistö, Malmelin & Lindström 2008; Liira, Juvonen-Posti & Viikari-Juntura 2012).

Ammatilliseen kuntoutukseen voi sisältyä ammatinvalinnanohjausta, kuntoutustutkimusta, työ- ja koulutuskokeiluja, työpaikkakokeilua, työhönvalmennusta, ammatillista ja uudelleen tai täydennyskoulutusta, tai muita työkykyisyyttä ja työllistymistä tukevia toimenpiteitä, kuten esimerkiksi työn tai opiskelun apuvälineitä sekä työolosuhteiden järjestelytukea. Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kela, työeläkelaitokset, vakuutuslaitokset, työ- ja elinkeinohallinto, yksityiset palveluntuottajat sekä ammatilliset oppilaitokset. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 219; Saari 2013, 32–37.)

4.4.2 Työhönvalmennus

Kelan kustantama mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennus on osa ammatillisen kuntoutuksen prosessia, jolla tuetaan kuntoutujan työelämään pääsyä. Valmennus antaa kuntoutujalle mahdollisuuden kehittää ammattitaitoaan sekä selkiinnyttää ammatillisia suunnitelmiaan sosiaalisesti turvallisessa ja tukea antavassa ympäristössä. Työhönvalmennuksen lähtökohtana ovat kuntoutujan voimavarat ja oma motivaatio sekä kuntoutujan sitoutuminen yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. Työhönvalmennus pitää sisällään yksilöllisen kuntoutussuunnitelman, työhön valmennuksen, ATK:n arjentaiteiden harjaannuttamisen ja tutustumiskäynnit oppilaitoksiin sekä muihin yhteistyötahoihin. Kaikkien menetelmien tavoitteena on olla parantamassa kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä arkielämän taitoja. (Kelan standardi 2015.)

Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen tavoitteena on, että kuntoutuja löytää itselleen toiveitaan, osaamistaan ja taitojaan vastaavan sekä terveydentilaansa soveltuvan palkkatyön. Keskeistä on työn etsintä sekä kuntoutujan saama pitkäkestoinen yksilöllinen tuki ja ohjaus työn tekemiseen ja työelämään siirtymiseen. Lisäksi valmennuksessa huomioidaan mielenterveyden häiriöiden erityistarpeet, työpaikan tarpeet ja tarjotaan työnantajalle tukea kuntoutujan työllistämisen sekä työssä selviytymisen turvaamisessa. Yhdessä kuntoutujan kanssa laaditaan työhönvalmennuksen tavoitteisiin liittyvät henkilökohtaiset kuntoutustavoitteet, joiden lähtökohtana on B-lääkärilausunnon lisäksi haastatteluissa ja arvioinneissa ilmenneet asiat. Tavoitteiden toteuttamiselle asetetaan realistinen aikataulu ja niitä tarkistetaan tarvittaessa valmennuksen aikana ja arvioidaan työhönvalmennuksen päättyessä. (Kelan standardi 2015.)

4.4.3 Päivätoiminta

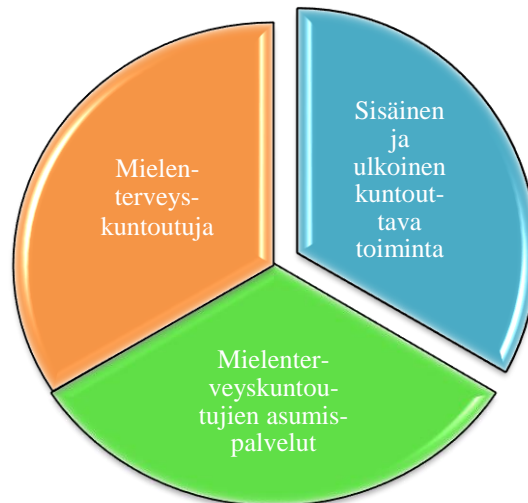
Vammaispalvelulain 8 §:n mukaan kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle päivätoimintaa, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Sosiaalihuoltolain mukainen työtoiminta on ensisijainen palvelu vammaispalvelulain mukaiseen päivätoimintaan nähden. Mikäli vaikeavammaisella henkilöllä ei ole edellytyksiä vamman tai sairauden aiheuttaman erittäin vaikean toimintarajoitteen (esim. mielen-terveysongelma) vuoksi osallistua sosiaalihuoltolain mukaiseen työtoimintaan, tulee palvelu järjestää vammaispalvelulain mukaisena päivätoimintana. Vammaispalvelulain 8 b §:n mukaan vaikeavammaisena pidetään työkyvyttöä henkilöä, jolla ei vamman tai sairauden aiheuttaman erittäin vaikean toimintarajoitteen vuoksi ole edellytyksiä osallistua sosiaalihuoltolain 27 e §:ssä tarkoitettuun työtoimintaan, ja jonka toimeentulo perustuu pääosin sairauden tai työkyvyttömyyden perusteella myönnettäviin etuuksiin (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987, 8b §).

Usein sairastumisen myötä mielenterveyskuntoutujan sosiaaliset taidot ovat heikentyneet. Tämän seurauksena kuntoutuja saattaa alkaa välttelemään muiden ihmisten seuraa ja pahimmassa tapauksessa eristäytyä täysin omaan asuntoonsa. Yksin kodin seinien sisäpuolelle jäämisestä seuraa usein passivoitumista ja kuntoutujasta saattaa tuntua yksinäiseltä ja tarpeettomalta. Tällöin kuntoutujan toimintakyky helposti lamaantuu ja arkisten asioiden hoitaminen voi tuntua mielenterveyskuntoutujasta lähes mahdottomalta. Näissä tilanteissa voidaan puhua syrjäytymisuhasta sekä syrjäytymisestä. Tällöin kuntoutuja kokee usein tärkeäksi, että on olemassa paikka johon tulla. Päivätoiminta tarjoaa asiakkaille mahdollisuuden opetella ja parantaa sosiaalisia taitoja sekä tavata muita ihmisiä. (Martti, Rostila & Suikkanen 2003, 199.)

Päivätoiminta on ammattihenkilön ohjaamaa mielenterveys- ja päihdehuollon erityispalvelua ja avohuoltona toteutuvaa toimintaa. Se luokitellaan kuntoutuspalveluksi, jolle ominaista on toiminnan käytännönläheisyys ja arkisuus. Päivätoiminta ehkäisee yhteiskunnallista syrjäytymistä ja tukee mielenterveyskuntoutujan sosiaalisia suhteita. Toiminnan tavoitteena on pyrkiä tukemaan elämänhallinnan kokonaisvaltaista paranemista. Päivätoiminnan tulee olla matalan kynnyksen yksikkö, johon asiakkaat voivat osallistua ilman lähetettä ja toiminta tulee tuoda lähelle asiakasta. Päivätoiminta on merkittävä kuntoutusresurssi, koska siinä voidaan joustavasti muuttaa toimintoja ja ryhmiä alueen kuntoutujien tarpeiden mukaisiksi. (Pirttipä & Wahlberg 2007, 129; Holmberg 2010, 155; Koskisuu 2004, 207.)

Päivätoiminnan keskipisteenä ovat asiakkaiden todelliset tarpeet ja niihin vastaaminen. Parhaimmillaan päivätoiminta tarjoaa asiakkailleen monia tärkeitä asioita. Se tarjoaa muun muassa turvallisen ympäristön, tukea, yhteisöllisyyttä ja sosiaalista kanssakäymistä, kuntoutusta, uusia arjen kykyjä, sosiaalisia taitoja sekä positiivisia kokemuksia ja henkilökohtaisia saavutuksia. Onnistumisen tunteiden avulla ihmisen kyky jälleen uskoa itseensä vahvistuu. (Martti ym. 2003, 204.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSY- SYMYS



Kuvio 1. Opinnäytetyön viitekehys

5.1 Tutkimuskysymys ja tavoite

Mitkä ovat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden mahdolliset kuntouttavat toiminnot Satakunnassa?

Tavoitteenani on mainitun kysymyksen avulla selvittää Satakunnan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden kuntouttavaa toimintaa.

5.2 Tarkoitus

Tarkoitukseni on antaa lisätietoa opinnäytetyön toimeksiantajalle, Satakunnan sairaanhoitopiirin ” Mielenterveys-kuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa” kehittämisosiolle alueen asumispalveluyksiköiden kuntouttavasta toiminnasta ja sen kuntouttavuudesta.

6 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan semi-kvantitatiivinen. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää mitkä ovat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kuntouttavat toiminnot Satakunnassa? Tarkoituksena oli saada esiin tutkimuksen kohteena olevien Satakunnan alueen asumispalveluyksiköiden esimiesten näkökulmat kuntouttavasta toiminnasta mielenterveyskuntoutuksessa. Opinnäytetyöraportin luettuaan ”Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa” kehittämisosio saa arvokasta lisätietoa hankkeeseensa asumispalveluyksiköiden kuntouttavasta toiminnasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.).

Tutkimusaineiston keräsin käyttämällä sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistonkeruumenetelmää. Useiden eri metodien käytöstä samassa tutkimuksessa käytetään nimitystä metodologinen triangulaatio (Janhonen & Nikkonen 2003, 7–20). Kysymys on silloin metodin sisäisestä triangulaatiosta, kun menetelmäksi on valittu yksi metodi, jolla samaa asiaa lähestytään erityyppisin kysymyksin. Tässä opinnäytetyössä metodiksi valikoitui kysely, koska samaa asiaa kysytään sekä suljetuin että avoimin kysymyksin. Puolistrukturoitu kyselylomake, jonka suljettujen kysymysten vastaukset käsittelin tilastollisesti, edustaa opinnäytetyön kvantitatiivista puolta. Teorialähtöisellä sisällönanalyysillä käsitellyt avoimet kysymykset taas ovat opinnäytetyön kvalitatiivinen puoli. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–43.) Päädyin tähän aineistonkeruumenetelmään, koska sen avulla sain pienellä otannalla suhteellisen laajan ja monipuolisen tutkimusaineiston. Kysely suoritettiin Satakunnan alueen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden esimiehille (16 kpl).

6.2 Opinnäytetyön eteneminen

Ensimmäisen kerran olin yhteydessä Satakunnan sairaanhoitopiirin toteuttaman osahankkeen ”Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa” opinnäytetyöhön liittyen jo lokakuussa 2014. Ensimmäisenä opinnäytetyöni yhteyshenkilönä toimi kehittämisosion projektisuunnittelija. Hänen siirtyessään helmikuussa 2015 toisiin tehtäviin, sain yhteyshenkilökseni projektisuunnittelijan virkaan astuneen uuden henkilön.

Opinnäytetyön ideaseminaari oli joulukuussa 2014, jolloin aihe rajattiin ja kiteytettiin. Kattavan kirjallisen teoriaosuuden keräsin aikavälillä joulukuu 2014 – tammikuu 2015. Suunnitteluseminaari oli tammikuussa 2015. Opinnäytetyön yhteistyösopimus laadittiin Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Satakunnan Ammattikorkeakoulun välille helmikuussa 2015. Sopimus saatiin koululta allekirjoitettuna maaliskuussa 2015.

Hyvissä ajoin ennen kyselyn ajankohtaa testasin kyselyn työelämän asiantuntijalla, jolta saadun palautteen avulla e-lomake vielä muokkaantui. Varsinaisen kyselyn toteutin e-lomakkeella (liite 1) 16.–31.3.2015. Kyselylomakkeen tuottamat aineistot analysoin huhtikuussa 2015. Opinnäytetyöraportin kirjoittamisen aloitin maaliskuussa 2015. Analysoitujen kyselylomakkeiden vastausten perusteella laadin opinnäytetyön kirjallisen raportin, jonka sisältöä työstin huhti – toukokuussa 2015. Valmiin opinnäytetyön esittelin seminaarissa toukokuussa 2015 ja opinnäytetyö julkaistaan Satakunnan sairaanhoitopiirin osahankkeen ”Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa” loppuseminaarissa 2015. Opinnäytetyön eteneminen on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Opinnäytetyön etenemä.

6.3 Kysely aineistonkeruu menetelmänä

Kyselylomaketta käytetään, kun kohteena on henkilö ja häntä koskevat asiat. Kyselyä käytetään myös silloin, kun halutaan tutkia ihmisten terveyttä ja terveystietoisuutta. (Vilka 2007, 28; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 189.) Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä kattavaa ja monipuolista tietoa asioista, joita on tutkittu vähän. Kyselylomake on tavallisin menetelmä, kun tavoitteena on kerätä syvällistä tietoa hajallaan olevalta joukolta ja tällöin sen eduiksi nousevat sekä tehokkuus että ajan säästö. (Anttila 2000, 251; Vilka 2005, 74; Hirsjärvi ym. 2007, 135–137, 188–191; Aaltola & Valli 2007, 102–126.) Tässä työssä kyselyn kohderyhmään kuului 16 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden esimiestä, jotka työskentelevät Satakunnassa. Esimiesten sähköpostiosoitteet sain osahankkeen projektisuunnittelijalta. Satakunta alueena on laaja, joten tämän seurauksena kysely tuli suorittaa tehokkaasti ja taloudellisesti e-lomakkeella. Esimiehet saivat valita itselleen sopivan vastausajankohdan kahden viikon vastausajan sisällä, joten vastaaminen oli helppoa ja vaivatonta. Koska opinnäytetyön kysely suoritettiin verkon välityksellä, mahdollisti se aineiston analysoimisen numeerisesti.

6.3.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Opinnäytetyön aineiston kerääminen tapahtui teoriaan pohjautuvalla kyselylomakkeella, mikä on semi-kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillinen menetelmä. Kyselylomakkeen kysymykset nousivat esiin teoriaosuuden artikkeleista. Kyselyyn liittyy myös huonoja puolia, sillä Internet-sivuilla suoritettavassa kyselyssä ei voida olla varmoja, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn toisin kuin esimerkiksi kasvotusten tapahtuvassa haastattelussa. Selvyyttä ei myöskään välttämättä saada siitä, ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot kyselyn laatijoiden tarkoittamalla tavalla, jolloin väärinymmärryksiä on lähes mahdoton kontrolloida. Lisäksi kato voi joissakin tapauksissa nousta suureksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 180–208; Hirsjärvi ym. 2007, 190.) Opinnäytetyössä edellä mainit-

tuja ongelmatilanteita on vaikea ennustaa, joten päätin suorittaa kyselyn uudelleen, mikäli vastausprosentti olisi ollut pieni ja kyselyn toteutus epäonnistunut.

Kyselyssä on hyvä edetä yksi asiakokonaisuus kerrallaan. Haettaessa tutkimusongelmiin vastausta, tulee päättää, mitkä asiakokonaisuudet mitataan. Kunkin asiakokonaisuuden kohdalla tulee tarkasti miettiä, mikä tai mitkä kysymykset tarvitaan, jotta asiakokonaisuus tulee käsiteltyä. Kysymystyyppiä valittaessa tulee miettiä, minkälaisilla kysymyksillä haluttava tieto saadaan selville. Kyselylomakkeella kerättävä aineisto voidaan kysyä suljetuilla ja avoimilla kysymyksillä. Monivalintakysymyksiä kohdalla on mietittävä vastausvaihtoehdot tarkasti. Vastausvaihtoehtojen määrä voi vaihdella kahdesta yli kymmeneen. Useimmiten vaihtoehdot on numeroitu aineiston käsittelyn helpottamiseksi. Kysymyksen vastausvaihtoehdot laaditaan niin, että ne ovat toisensa poissulkevia ja yhdessä kysymyksessä tulee kysyä aina vain yhtä asiaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 193–196; Vilka 2007, 67–70.) Opinnäytetyössä suoritettiin kysely, joka sisälsi 17 suljettua ja neljä avointa numeroitua kysymystä, joiden sisältö määräytyi kattavan teoriaosuuden pohjalta. Vastajia helpottaakseni suljetuissa kysymyksissä oli maksimissaan kuusi vastausvaihtoehtoa.

Kyselylomakkeessa olevilla avoimilla kysymyksillä saadaan vastaajilta spontaaneja mielipiteitä. Aineisto voi tosin olla erittäin kirjavaa ja vaikeasti käsiteltävää. (Valli 2001, 110; Hirsjärvi ym. 2007, 193–196; Vilka 2007, 67–69.) Tämän opinnäytetyön e-lomake kyselyssä käytin suljettujen monivalintakysymysten lisäksi myös avoimia kysymyksiä täydentämään suljetuista kysymyksistä saamiani tietoja. Täydentävien näkökulmien toivossa jätin avoimille kysymyksille riittävästi vastaustilaa, jolloin esimiehet saivat mahdollisuuden kertoa, mikä on heidän todellinen näkemyksensä yksikkönsä kuntouttavasta toiminnasta.

Kyselyn pituus tulee miettiä tarkkaan. Liian pitkä lomake voi jäädä vastaajalta kesken tai hän vastaa huolimattomasti. (Hirsjärvi ym. 2007, 195–199.) Opinnäytetyön e-lomakekyselyn keskimääräiseksi vastausajaksi työelämän asiantuntija arvioi noin 10 minuuttia, jolloin vastaaminen ei veisi liikaa esimiesten työaika. Jotta kyselystä saadaan haluttu tieto, tulee sen olla vastaajalle mielekäs ja myös ulkoasultaan puoleensavetävä, jolloin siihen syntyy mielenkiinto vastata. Kyselyn tulisi myös näyttää mukavasti ja vaivattomasti täytettävältä. (Hirsjärvi ym. 2007, 195–199.) Tässä opin-

näytetyössä käytin Satakunnan Ammattikorkeakoulun valmista e-lomakepohjaa, joka on ulkonäöltään selkeä ja helppokäyttöinen.

E-lomakkeen kysymyksistä pyysin palautetta niin opinnäytetyön yhteistyökumppanilta Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämisosion projektisuunnittelijalta kuin työelämän asiantuntijalta ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. Palautteen avulla sain testattua kyselylomakkeen rungon toimivuutta ja selkeyttä (Hirsijärvi – Hurme 2008, 72). Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa varmistin, ettei ketään osallistuneista ole mahdollista tunnistaa opinnäytetyöstä. E-lomakekyselyyn vastanneiden nimiä tai muita tunnistetietoja ei merkitty aineistoihin missään muodossa. Kaikkia aineistoja ja niiden sisältöä käsitteleviä sitoo vaitiolovelvollisuus. (Henkilötietolaki 523/1999, 11–12 §; Mäkinen 2006, 148–149). Eettisistä syistä jokaisen kyselyyn vastanneen anonyymiteetti on turvattava huolellisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 152).

6.3.2 Kysymysten sisältö ja muotoilu

Kyselylomakkeen muodostuksessa on pyrittävä välttämään epämääräisyyttä ja kysymysten tulee merkitä samaa kaikille vastaajille, mikä voi olla vaikeaa toteuttaa. Jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija, tulokset vääristyvät. Kyselyn laadinnassa tulee kiinnittää huomiota lomakkeen selkeyteen ja kysymysten loogiseen etenemiseen. Helpommat kysymykset kannattaa laittaa lomakkeen alkuun niin sanotuiksi ”lämmittelykysymyksiksi” ja avoimet kysymykset lomakkeen loppuun. Kysymykset on hyvä pyrkiä rajaamaan, koska yleisellä tasolla olevaan kysymykseen sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuuksia. Vastaajan on helpompi ymmärtää lyhyitä kuin pitkiä kysymyksiä. (Valli 2001, 100–101; Hirsijärvi ym. 2007, 195–199.) Aloitin opinnäytetyön kyselylomakkeen taustatietokysymyksillä, jonka jälkeen laadin teoriaan pohjautuvia monivalintakysymyksiä. Avoimet kysymykset sijoitin kyselylomakkeen loppuun.

Kyselytutkimuksen tekemiseen liittyy ongelmia, sillä vaarana voi olla, että vastausprosentti jää pieneksi. On myös mahdotonta varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat ottavat kyselyn ja kuinka rehellisesti he ovat vastanneet kysymyksiin. (Hirsijärvi ym. 2009, 195.) Asumispalveluyksiköiden esimiesten sähköpostiosoitteita tarkista-

essani sain huomata, että yksiköiden esimiehissä on ollut vaihtuvuutta, joten voi olla mahdollista, että se on vaikuttanut alhaiseen vastausprosenttiin. Otin tämän kuitenkin huomioon muistuttamalla kyselyyn vastaamisesta kahdesti kyselyn aikana yksiköitä, jotka eivät olleet kyselyyn vastanneet. Pidin tärkeänä, että jokainen esimies vastaisi kyselyyn oman tietämyksensä mukaisesti. Luotettavuutta tutkimukselle lisäsi se, ettei kyselyyn vastanneita esimiehiä ole henkilökohtaisesti tavattu. Näin ollen omat mielipiteet eivät voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin (Töttö 2000, 11). Vastauksia saatiin noin puolet alkuperäisestä, mutta toimeksiantajan kanssa päädyimme siihen, että vastausprosentti riittäisi tulosten analysointiin.

6.4 Aineiston analysointi

E-lomakekyselyn avoimista kysymyksistä saadun aineiston analysoin aineistolähtöisen sisällön analyysin logiikkaa käyttäen, jolloin ohjaava ajatus nostetaan työn teoreettisesta viitekehyksestä analyysin edetessä (Tuomi 2007, 130; Puusa & Juuti 2011, 120). Ryhmittelin samaa asiaa kuvaavat asiat yhteen luokkaan ja annoin niille sisältöä kuvaavan otsikon. Niiden kautta keskeisiksi kuntouttavan toiminnan tavoitteiksi kiteytyi: kuntoutujan pärjääminen arjessa mahdollisimman itsenäisesti, asukkaan toimintakyvyn ylläpitäminen/parantaminen, omatoimisuuden/osallisuuden lisääntyminen ja asukkaan siirtyminen vähemmän tuettuun asumismuotoon. Analyysiyksiköt nousevat aineistosta, eivätkä ne ole etukäteen suunniteltuja. (Tuomi 2007, 130.) Itse analyysi on hyvä tehdä mahdollisimman aineistolähtöisesti, jolloin aiemmat teoriat, havainnot ja tiedot eivät saa vaikuttaa analyysiin (Tuomi 2007, 129–130; Puusa & Juuti 2011, 121). Aineistoa voidaan hahmottaa tutkimusaihetta koskevia asioita pelkistämällä sekä ryhmittelemällä ja keräämällä samanlaiset ilmaisut yhdeksi joukoksi (Puusa & Juuti 2011, 121). Tässä opinnäytetyössä teoriasta nousseet ilmiöt luokiteltiin ominaisuuksiensa mukaan helpottamaan kyselyvaiheen laatimista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykseen vastattiin analysoimalla yhdeksän asumispalveluyksikön esimiehen puolistrukturoidun e-lomake kyselyn vastaukset laskemalla frekvenssit ja prosentit, jolloin saatiin vastauksia kysymykseen, mitkä ovat mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluiden mahdolliset kuntouttavat toiminnot Satakunnassa? Esimerkiksi kysymyksessä 10. Jos vastasit kyllä (kohdassa 9.: Laaditaanko

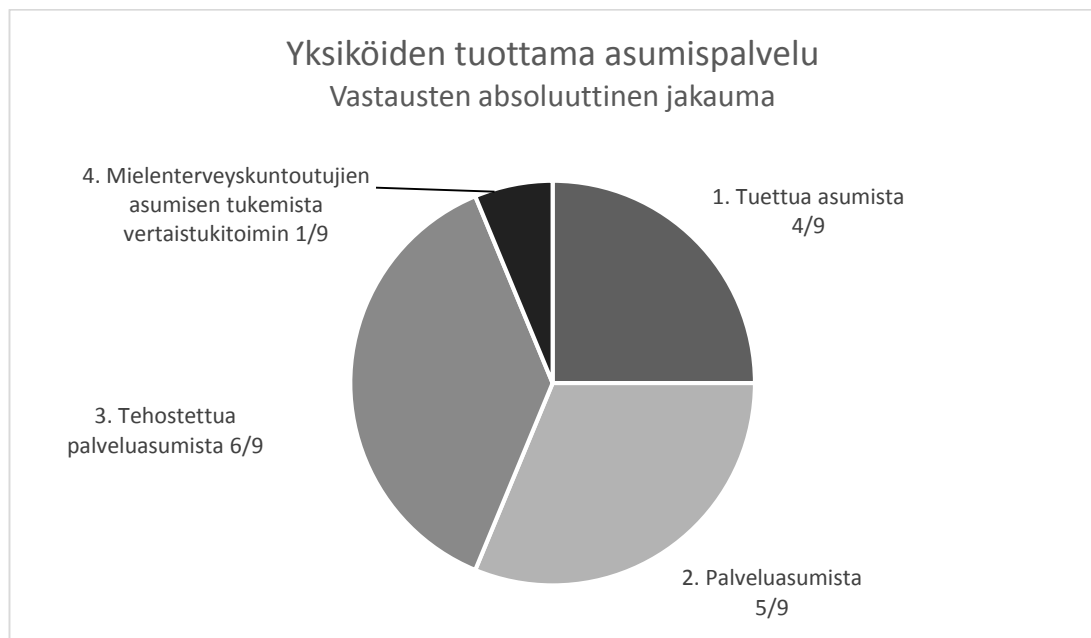
yksikössänne kuntoutujalle päivä- tai viikko-ohjelma), mitä asumispalveluyksikön tuottamaa kuntouttavaa toimintaa ohjelma pitää sisällään., vastaajien tuli valita kuudesta (6) vaihtoehdosta sopivimmat. Vastausvaihtoehtoja oli kuusi ja vastaajista kahdeksan kertoi kuntoutujan päivä- tai viikko-ohjelman sisältävän arjen toimintoja ja viriketoimintaa. Avoimet kysymykset luokiteltiin sisällön analyysin logiikkaa käyttäen. Esimerkiksi kysymyksessä 19. Miksi arvioit yksikkönne kuntouttavan toiminnan juuri tällä arvosanalla (kysymyksessä 18.), vastaajien tuli antaa avoin perustelu laatimalleen arvosanalle. Samaa asiaa kuvaavat vastaukset luokiteltiin yhteen sarakkeeseen ja tämän koosteen perusteella laadittiin analyysi asumispalveluyksiköiden kuntouttavasta toiminnasta.

7 TULOKSET

7.1 Asumispalveluyksiköiden taustatiedot

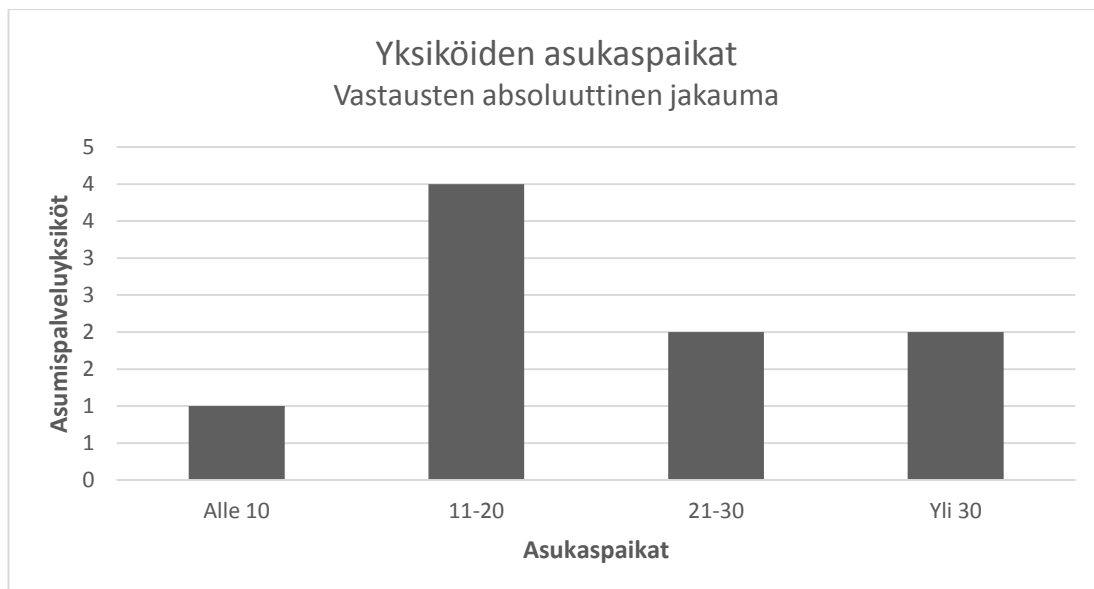
Tässä luvussa on esitelty e-lomakekyselyllä saatuja taustatietoja siitä, minkälaista asumispalvelua yksiköt tuottavat, kuinka monta asukaspaikkaa yksiköissä on, mikä on yksiköissä olevien kuntoutujien pääasiällisin diagnoosi, kuinka moni kuntoutuja on siirtynyt vähemmän tuettuun asumismuotoon viimeisen 24 kuukauden aikana ja kuinka moni kuntoutuja on siirtynyt työelämään viimeisen 24 kuukauden aikana. 16 lähetetystä kyselystä vastausjoukon muodostivat 9 Satakunnan alueella mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä toimivaa esimiestä.

Kyselyssä ilmeni, että yksiköt tuottavat eniten tehostettua palveluasumista, palveluasumista, tuettua asumista ja yksi vastaajista ilmoitti yksikön tuottavan myös asumisen tukemista vertaistukitoimin. Vastaustulokset on eritelty kuviossa 3.



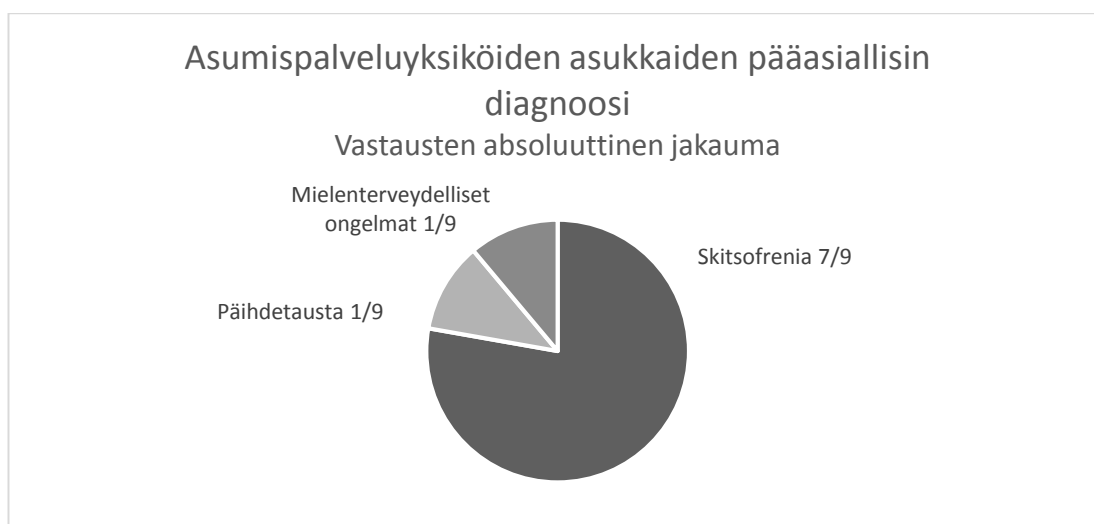
Kuvio 3. Mielenterveyskuntoutujien yksiköiden tuottamaa asumispalvelua Satakunnassa.

Asumispalveluyksiköiden esimiehet vastasivat, että neljässä yksikössä on 11 – 20 asukaspaikkaa, kahdessa yksikössä on 21 – 30 ja kahdessa muussa taas yli 30 asukaspaikkaa. Vain yhdessä yksikössä on alle 10 asukaspaikkaa (ks. kuvio 4.).



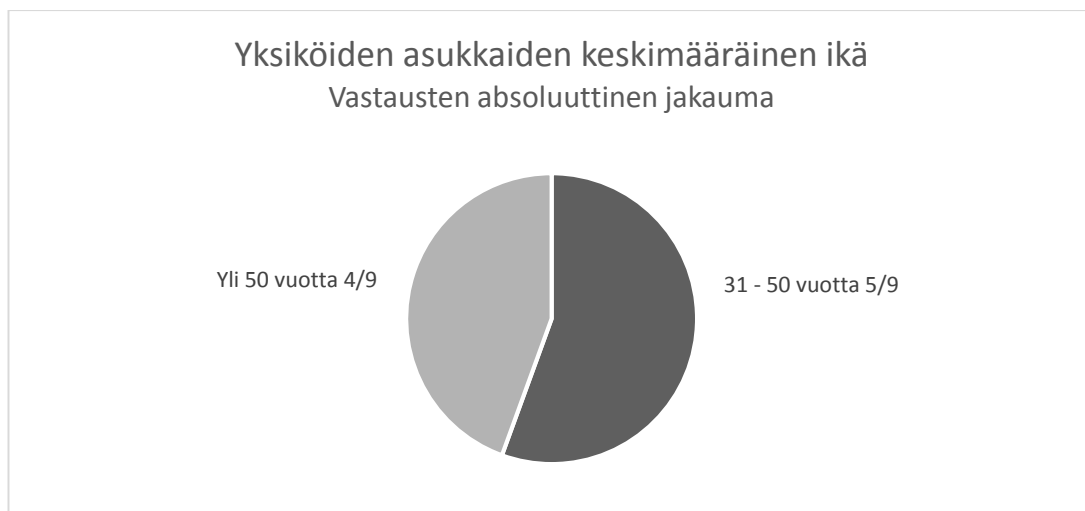
Kuvio 4. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden asukaspaikkojen määrät.

Asumispalveluyksiköiden esimiehet ilmoittivat asukkaiden pääasialliseksi diagnoosiksi skitsofrenian. Yhden yksikön asukkaiden pääasiallinen diagnoosi oli päihdetausta ja yhden mielenterveys ongelmat (ks. kuvio 5.).



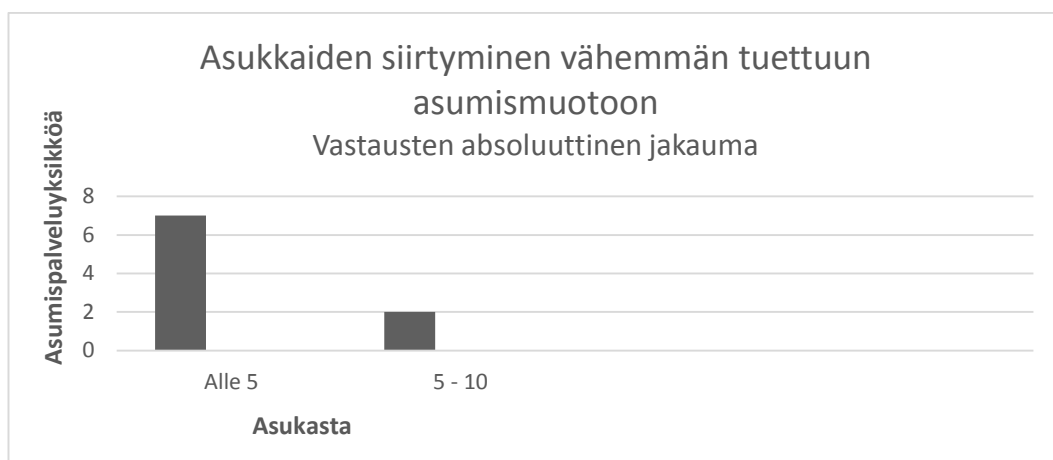
Kuvio 5. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden asukkaiden pääasiallinen diagnoosi.

Viisi asumispalveluyksiköiden esimiestä yhdeksästä ilmoitti kuntoutujien keskimääräiseksi iäksi 31 – 50 vuotta ja loput neljä arvioi keskimääräisen iän olevan yli 50 vuotta (ks. kuvio 6.).



Kuvio 6. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden asukkaiden keskimääräinen ikä.

Kysyttäessä asukkaiden siirtymistä työelämään viimeisen 24 kuukauden aikana oli vastaus kaikilla sama, yksikään asukas ei ollut siirtynyt työelämään viimeisen 24 kuukauden aikana. Seitsemän yksikön esimiehen mukaan asukkaista on siirtynyt vähemmän tuettuun asumismuotoon viimeisen 24 kuukauden aikana alle viisi asukasta ja kahdesta yksiköstä 5 – 10 asukasta (ks. kuvio 7.).



Kuvio 7. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden asukkaiden siirtymisen vähemmän tuettuun asumismuotoon viimeisen 24 kuukauden aikana.

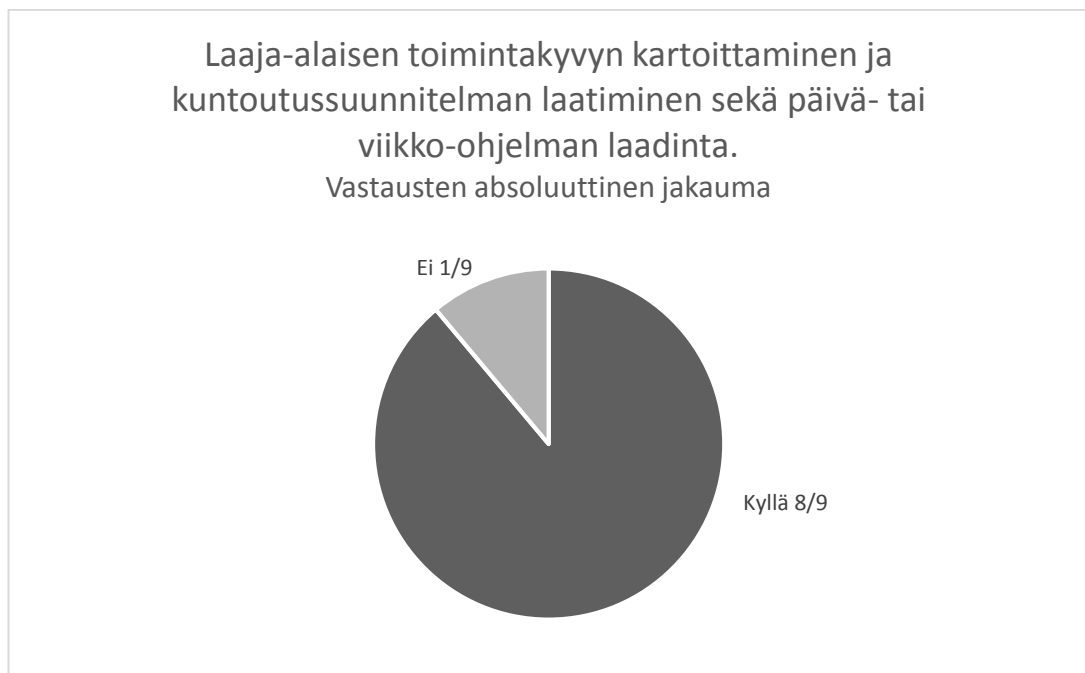
Taulukon 1. yhdeksässä solussa on esitetty ristiintaulukoinnin tuottamat tulokset asukaspaikkojen määristä verrattuna asukkaiden siirtymiseen itsenäisempään asumismuotoon. Tulosten perusteella voidaan todeta, ettei asukaspaikkojen lukumäärällä ole merkitystä asukkaiden siirtymiselle itsenäisempään asumismuotoon, koska sekä alle 10 että yli 30 asukaspaikan yksiköstä on siirtynyt itsenäisempään asumismuotoon 5–10 asukasta.

Taulukko 1. Ristiintaulukointi asukkaiden siirtymisestä itsenäisempään asumismuotoon, absoluuttiset luvut.

<i>Asukaspaikkoja</i>	<i>Siirtyminen itsenäisempään asumismuotoon</i>
11–20	alle 5
11–20	alle 5
11–20	alle 5
21–30	alle 5
21–30	alle 5
Yli 30	alle 5
Yli 30	5–10
Alle 10	5–10

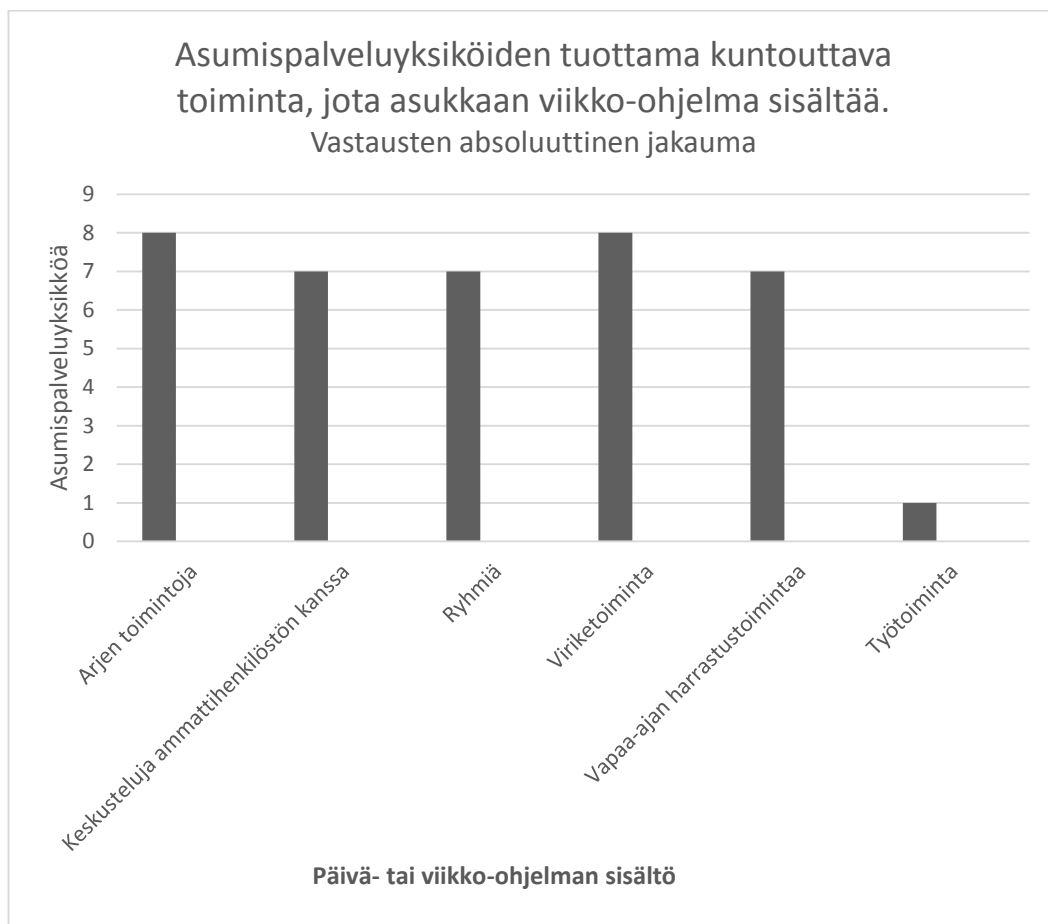
7.2 Toimintakyvyn arviointi, kuntoutussuunnitelma, päivä/viikko-ohjelma

Kahdeksan asumispalveluyksikköä yhdeksästä suorittaa asukkaan saapuessa hänelle laaja-alaisen (psykkisen, fyysisen ja sosiaalisen) toimintakykyarvion ja laatii yhdessä asukkaan kanssa hänelle kuntoutussuunnitelman kolmen kuukauden kuluessa asukkaan saapumisesta. Kahdeksassa asumispalveluyksikössä myös laaditaan asukkaalle henkilökohtainen päivä- tai viikko-ohjelma (ks. kuvio 8.). Seitsemän esimiehistä kertoo asumispalveluyksikön päivittävän kuntoutussuunnitelman kaksi kertaa vuodessa.



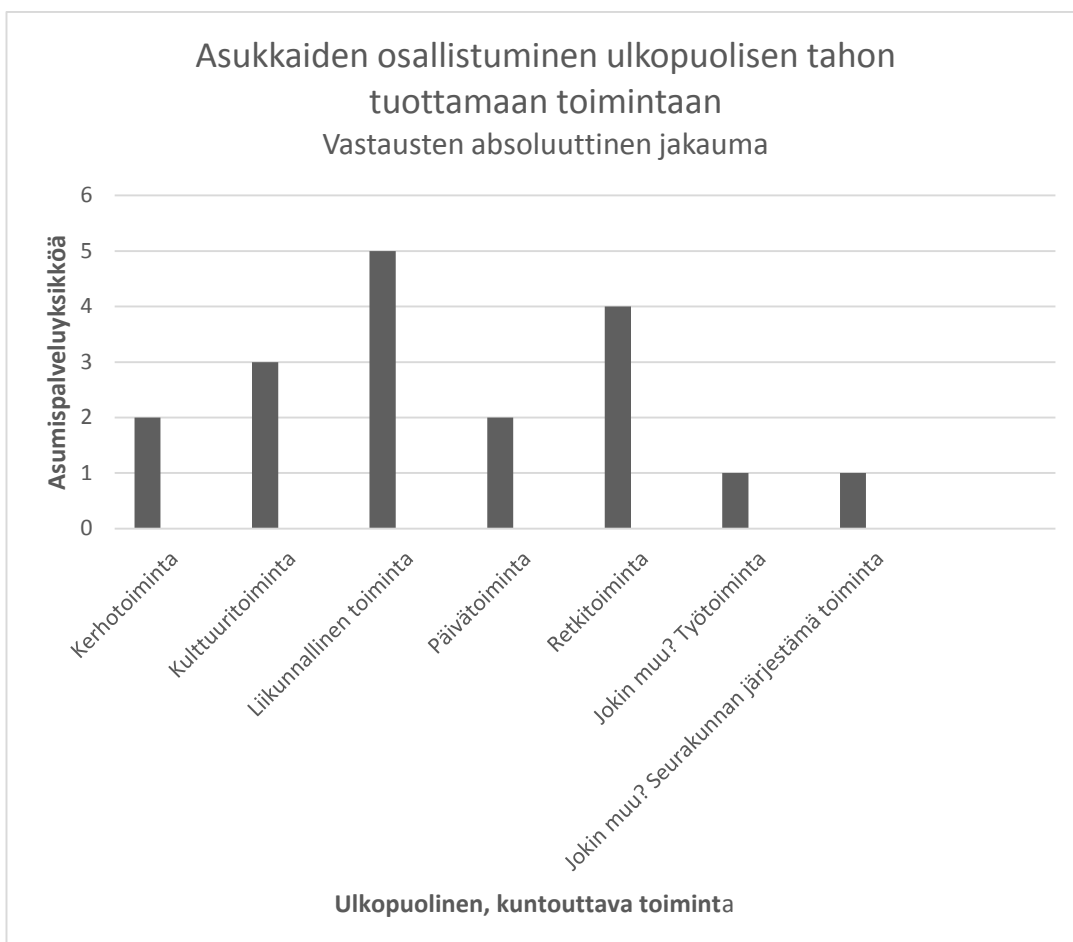
Kuvio 8. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden asukkaiden laaja-alaisen (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) toimintakyvyn kartoittaminen ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden päivä- tai viikko-ohjelman laadinta asukkaalle.

Esimiehet kertoivat asukkaan päivä- tai viikko-ohjelman pitävän sisällään seuraavia kuntouttavia toimintoja: viriketoimintaa (8/9), arjen toimintoja (8/9), keskusteluja ammattihenkilöstön kanssa (7/9), erilaisia ryhmiä (7/9), vapaa-ajan harrastustoimintaa (7/9) ja työtoimintaa pientä korvausta vastaan (1/9) (ks. kuvio 9.).



Kuvio 9. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden tuottama kuntouttava toiminta, jota asukkaan päivä- tai viikko-ohjelma pitää sisällään.

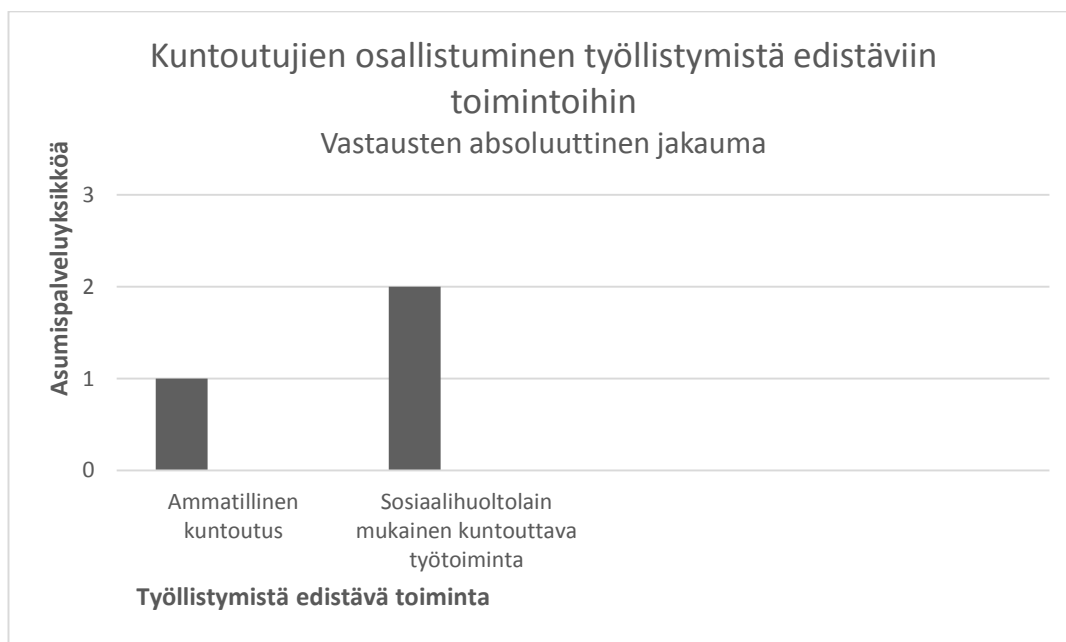
Esimiehet kertoivat asukkaiden osallistuvan ulkopuolisen tahon tuottamaan kuntouttavaan toimintaan, joka pitää eniten sisällään liikunnallista toimintaa (5/9) ja sekä retki- (4/9) että kulttuuritoimintaa (3/9). Asukkaiden kerrottiin myös osallistuvan kerho- ja päivätoimintaan (2/9) sekä työtoimintaan että seurakunnan järjestämään toimintaan (1/9) (ks. kuvio 10.)



Kuvio 10. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden asukkaiden osallistuminen ulkopuolisen tahon tuottamaan kuntouttavaan toimintaan.

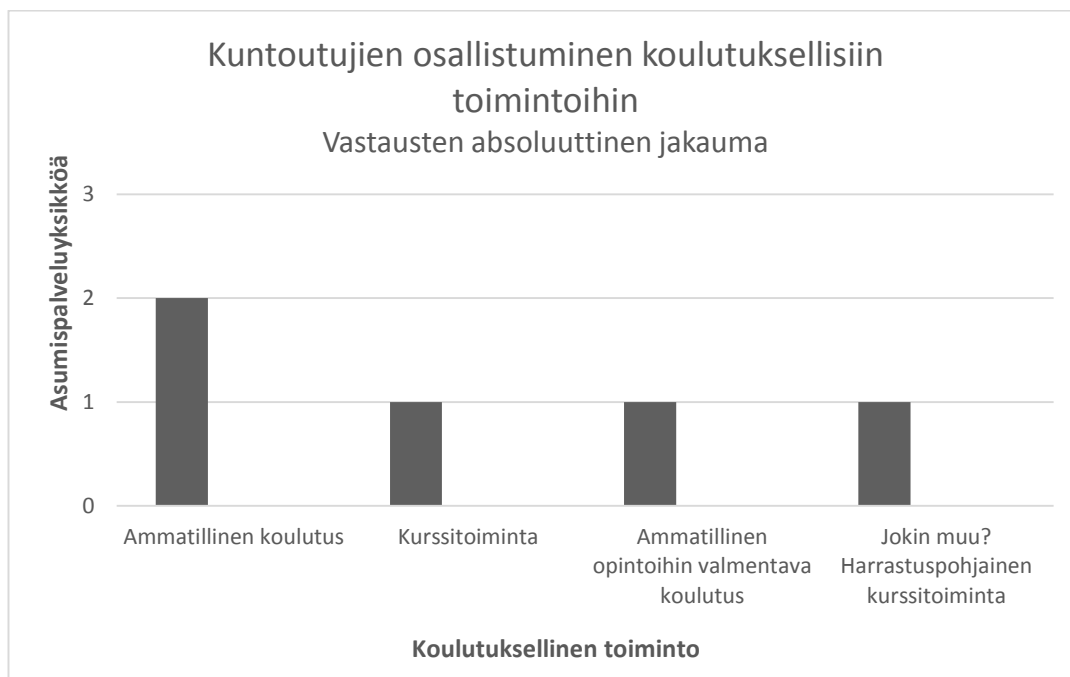
7.3 Työ ja toiminta kuntoutuksen osana

Kysyttäessä kuntoutujien osallistumisesta työllistymistä edistäviin toimintoihin, esimiehet vastasivat kuntoutujien osallistuvan vähänlaisesti sekä sosiaalihuoltolain mukaiseen kuntouttavaan toimintaan (2/9) että ammatilliseen kuntoutukseen (1/9) (ks. kuvio 11.).



Kuvio 11. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden kuntoutujien osallistuminen työllistymistä edistäviin toimintoihin.

Esimiehet kertoivat kuntoutujien osallistuvan koulutuksellisiin toimintoihin vähäisästi. Kahdesta asumispalveluyksiköstä kuntoutujia osallistuu ammatilliseen koulutukseen ja vain yhdestä yksiköstä kurssitoimintaan, ammatillisiin opintoihin valmentavaan koulutukseen sekä harrastuspohjaiseen kurssitoimintaan (ks. kuvio 12.).



Kuvio 12. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden kuntoutujien osallistuminen koulutuksellisiin toimintoihin.

Kyselyn mukaan asumispalveluyksiköt tekevät kuntoutuspalvelua tarjoavista toimijoista eniten yhteistyötä sekä sosiaalipalveluiden että terveydenhuollon kanssa. Esimiehet ilmoittivat yksiköiden tekevän vain vähän yhteistyötä eri järjestöjen, liikunta-toimen ja vapaaehtoistyön kanssa. Yksi esimiehistä mainitsi myös erikseen edunvalvonnan kuntoutuspalveluiden yhteistyötahoksi (ks. kuvio 13.).

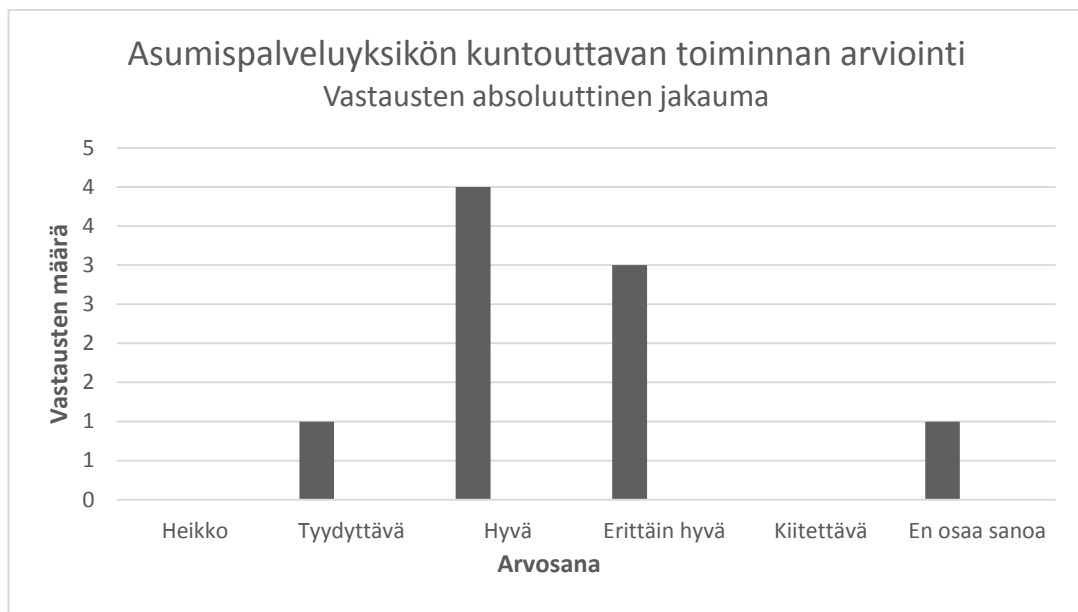


Kuvio 13. Mielensterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden toteuttama yhteistyö muiden kuntoutuspalveluiden kanssa.

7.4 Omatoimisuus, osallisuus ja asumispalveluyksikön kuntouttavan toiminnan arviointi

Neljä mielensterveyskuntoutujien asumispalveluiden esimiehestä arvioi yksikkönsä kuntouttavan toiminnan arvosanoin hyvä, kolme esimiestä arvioi kuntouttavan toiminnan olevan erittäin hyvää, kun taas yksi katsoi toiminnan olevan tyydyttävällä tasolla. Vain yksi vastaajista ei osannut arvioida yksikön kuntouttavaa toimintaa, koska hänen mielestään jokaisella kuntoutujalla on omat kuntouttavat toiminnot, eikä niitä tällöin voi numeerisesti arvioida. Hyväksi arvioitu kuntouttava toiminta sai pe-

rusteluita ”aina on parannettavaa” ja ”toiminnassa usein kehitettävää”. Erittäin hyvää arvosanaa oli perusteltu ”vaikeasti sairaiden/kroonistuneiden asukkaiden eteneminen itsenäisempään elämään. Psykiatrisia sairaalajaksoja ei ole ollut kuntoutumiskotiin muuton jälkeen”. ”Olemme saaneet hyvää palautetta kuntouttavasta työstämme sekä kuntoutujilta, heidän omaisiltaan että myös yhteistyökumppaneiltamme”. Tyydyttävää arviointia oli perusteltu sillä, että yksikön toimintaa voidaan aina tehostaa/lisätä (ks. kuvio 14.).



Kuvio 14. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden esimiesten antama arvio yksikön kuntouttavasta toiminnasta.

Kaikki esimiehet olivat sitä mieltä, että heidän asumispalveluyksikössään tuetaan asukasta omatoimisuuteen ja osallisuuteen ja että heidän kuntouttava toimintansa on tavoitteellista. Omatoimisuuteen ja osallisuuteen kannustaminen näkyy esimiesten mukaan seuraavasti:

”Kuntoutussuunnitelman mukaiset arjen toiminnot suoritetaan itsenäisesti, otetaan asukas mukaan suunnitelmien tekoon.”

”Jokainen osallistuu esim. oman huoneensa siivoukseen kykynsä mukaan.”

”Asukkaan osallistaminen toimintaan, esim. kiinteistön hoitoon jne.”

”Tuetaan ja autetaan missä apua tarvitaan, mutta ei tehdä valmiiksi. Tukea omien taitojen ja kykyjen mukaisesti. Kannustetaan osallisuuteen, aktiivisuuteen omissa asioissa, omiin valintoihin, ja talon ulkopuolisiin menoihin/harrasteisiin, siinä määrin kuin se kunkin kohdalla on mahdollista.”

”Kuntoutujaa ohjataan omatoimisuuteen kaikissa elämän eri osa-alueissa. Harjoitellaan taitoja, joita itsenäinen asuminen vaatii. Kannustetaan osallistumaan palvelukodin ulkopuolisiin toimintoihin.”

Kuntouttavan toiminnan keskeisimmiksi tavoitteiksi määriteltiin kuntoutujan pärjääminen arjessa mahdollisimman itsenäisesti, asukkaan toimintakyvyn ylläpitäminen/parantaminen, omatoimisuuden/osallisuuden lisääntyminen ja yleisenä tavoitteena mainittiin asukkaan siirtyminen vähemmän tuettuun asumismuotoon. Erikseen mainittiin myös yksikön yksilöllinen, jokaisen asukkaan omiin voimavaroihin perustuva kuntouttava toiminta ja se, ettei iäkkäiltä, pitkään psyykkisesti sairastaneilla kuntoutujilla voi olla suuria tavoitteita kuntoutumisen osalta.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätökset

Opinnäytetyössä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen: Mitkä ovat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden mahdolliset kuntouttavat toiminnot Satakunnassa? Opinnäytetyön tutkimuskohteena olevien mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden esimiesten mukaan kuntouttavaa toimintaa pidetään lähtökohtana kuntouttavalle työlle. Kuntouttava toiminta koettiin vastausten perusteella laajana kokonaisuutena ja siihen liittyy paljon muuttuvia tekijöitä. Tutkimuksen kohteena olevien yksiköiden esimiehillä oli joiltakin osin erilaiset näkökulmat kuntouttavan toiminnan kuntouttavuudesta. Jotkut näkivät toiminnassaan aina olevan kehitettävää/parannettavaa, kun taas toiset olivat sitä mieltä, että asumispalveluyksikön kuntouttava toiminta on hyvää, koska kroonisesti sairaiden kuntoutujien psykiatrisia sairaelajaksoja ei ole ollut kuntoutumiskotiin muuton jälkeen. Kuitenkaan varsinaisia ristiriitoja vastausten välillä ei esiintynyt. Vastaajat näkivät monien asioiden vaikuttavan kuntouttavan toiminnan toteutumiseen, kuten kuntoutujan iän ja psyykkisen voinnin. Kallisen ja Salon (2007) laatiman tutkimuksen mukaan Suomessa toteutettava mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden toiminta ei ole niin kuntouttavaa kuin niiden tulisi olla. Vuoden 2007 jälkeen moni asia mielenterveyskuntoutuksen saralla on kuitenkin muuttunut. Mukaan ovat astuneet niin tuotteistaminen, palvelujen hankinnat, laadun hallinta kuin kilpailutuskin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5–7.) Oman kokemukseni mukaan asumispalveluyksiköiden laadunhallinta järjestelmät takaavat selkeän toimintajärjestelmän, yhtenäiset menettelytavat, toiminnan tasalaatuisuuden ja jatkuvan toiminnan parantamisen sekä kehittämisen. Mielenterveyskuntoutuksessa kilpailuttamisella taas pyritään säästöön laatua unohtamatta. Ja kuten olemme saaneet huomata, sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Ehkä parhaiten sitä mielestäni kuvaa kyky täyttää

asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, taloudellisesti ja lakeja ja asetuksia noudattaen.

Kuntouttava toiminta alkaa tutkimuksen mukaan asukkaan laaja-alaiseen (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) toimintakyvyn kartoituksella. Tämän jälkeen yhdessä asukkaan kanssa hänelle laaditaan kolmen kuukauden sisällä saapumisesta henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, joka päivitetään kaksi kertaa vuodessa. Vastausten perusteella esimiehet ovat yhtä mieltä Punkasen (2006, 66–70) kanssa siitä, että kuntoutuksessa toistuvalla päivä- /viikko-ohjelmalla on suuri merkitys, sillä ohjelman kautta kuntoutuja oppii hahmottamaan säännöllisten toimintojen kulkua paremmin. Esimiesten mukaan kuntoutujalle rakennetaan päivä- tai viikko-ohjelma, johon sisältyy arjen toimintoja, viriketoimintaa, ryhmiä ja omaohjaajakeskusteluja sekä muuta mitä kunkin kuntoutujan kuntoutusprosessi vaatii suunnitelmaan laadittujen tavoitteiden toteutumiseksi. (Punkanen 2006, 66–70.) Itse pitäisin erityisen tärkeänä sitä, että asumispalvelusyksiköissä osataan laatia jokaiselle asukkaalle yksilöllinen ja ajan tasalla oleva kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelman tulisi sisältää GAS-menetelmän tavoin sekä pitkän että lyhyen aikavälin tavoitteet, jotka ovat mitattavissa. Tällöin olisi nähtävissä kuinka kuntouttavaa toiminta todellisuudessa on. Kuntoutussuunnitelmien laatimisen lisäksi yksilölliset tavoitteet ja keinojen valinta tulisi ottaa konkreettisesti arjessa käyttöön, sillä kuntoutusprosessissa tehtävän työn tulee mielestäni ehdottomasti perustua teoreettisiin lähtökohtiin.

Tavoitteellisuus nähtiin tutkimuksen mukaan vahvasti liittyvän kuntouttavaan toimintaan. Kuten aiemmin tuli esille Kalliopuskan (1998, 54) teoksesta, yhdessä luotujen tavoitteiden eteen on helpompi työskennellä ja ponnistella. Yhteistyön kautta myös toiminnan mielekkyys lisääntyy ja motivaatio toimintaa kohtaan kasvaa. Myös Seppälän (2009, 27) mainitsema kuntoutuksellinen tavoitteellisuus tuli ilmi esimiesten vastauksista: arjen hallinnan avulla pyritään vähentämään haitallisia tapoja ja tottumuksia sekä omaksumaan uusia taitoja kotielämässä, työtoiminnassa ja vapaa-ajan toiminnoissa. Fyysistä toimintakykyä ja vastavuoroista kanssakäymistä pyritään edistämään ulkopuolisten tahojen järjestämän kuntouttavan toiminnan avulla ja myönteistä ja realistista minäkuvaa pyritään omaksumaan ammattihenkilöstön kanssa käytävien keskustelujen avulla.

Kyselyssä esimiehet toivat esille, että heidän asumispalveluyksikössään tuetaan asukasta omatoimisuuteen ja osallisuuteen. Omatoimisuus näyttäytyy esimiesten mukaan arjen toiminnoissa niin, että kuntoutuja pystyy aloittamaan ja tekemään arki-toiminnot ilman, että toinen kehottaa tai avustaa. Passiivisuuden sijaan kuntoutujan täytyy saada mahdollisuus voimavarojensa kehittämiseen ja taitojen harjaantumiseen omassa arkiympäristössään. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kuntoutujaa autetaan jokaisen henkilökohtaisen tuen ja tarpeen mukaisesti. (Kettunen ym. 2009, 62–63.) Esimiehet yhtyivät teoriaan, jonka mukaan kuntoutujien osallisuus on keskeinen tavoite myös mielenterveystyössä. Osallisuus on sekä keino tavoitteen saavuttamiseksi että päämäärä itsessään (Patterson ym. 2008). Asumispalveluyksiköissä tuetaan ja kannustetaan asukasta yhteiseen päätöksentekoon, valinnan mahdollisuuksiin ja ennen kaikkea omiin mielipiteisiin. Kuntoutuksen suunnittelussa lähdetään kuntoutujan tarpeiden pohjalta.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että asumispalveluyksiköt tuottavat tuetun asumisen ja palveluasumisen lisäksi kuitenkin eniten tehostettua palveluasumista. Tämä tarkoittaa, että yksiköiden kuntoutujilla on fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakyvyn alentumista niin paljon, etteivät he selviydy enää itsenäisesti kotona asuen, vaan vaikean toimintakyvyn rajoittumisen vuoksi he tarvitsevat jatkuvaa hoivaa, huolenpitoa sekä ympärivuorokautista tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Mehtonen 2011, 20.) Asukkaiden vaikea toimintakyvyn rajoittuminen tukee myös vastauksia, joissa kerrottiin vain alle viiden asukkaan siirtyneen itsenäisempään asumismuotoon viimeisen 24 kuukauden aikana. Asukkaiden keskimääräiseksi iäksi arvioitiin 31–50 vuotta tai yli ja pääasialliseksi diagnoosiksi etenevän skitsofrenian. Vastausten mukaan yksikään asukas ei ollut siirtynyt työelämään viimeisen 24 kuukauden aikana ja osallistuminen sekä työllistymistä että koulutuksellista edistäviin toimintoihin oli vähäistä.

Teorian mukaan mielenterveyskuntoutujien työurien tukeminen on tärkeää (Jahoda 1982, Black 2008) ja parhaita kuntoutuksen tuloksia on saatu järjestämällä nopeasti mahdollisimman normaali työsuhte (Tuisku, Juvonen-Posti, Härkäpää, Heilä, Vainiemi & Ropponen 2013, 2624). Voisiko siis sanoa, että työ ja toiminta (muun muas-

sa ammatillinen kuntoutus, työhönvalmennus ja päivätoiminta) ovat avaimia kuntoutumiseen? Tutkimuksesta saamani tulokset kuitenkin osoittavat, että kuntouttava toiminta painottuu erityisen vähän työllistymistä edistäviin toimintoihin. Kysymys kuuluukin, miksi? Voisiko kenties kyseessä olla sama perustelu, johon myös Kivekäs ym. (2008), Gould ym. (2012) sekä Saarnio (2012) ovat tutkimuksissaan päätyneet: verrattuna muihin sairausryhmiin vaikeissa mielenterveyshäiriöissä työhön paluu ja yleinen työllistyminen ovat haasteellisempaa ja huomattavasti vähäisempää kuin muissa diagnoosiryhmissä. Uskon, että ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan ja mielenterveyskuntoutujan leimautuminen vaikuttavat myös osaltaan työhön paluuseen. Vuorelan (2008) tekemän selvityksen mukaan 30 000 työkyvyttömyyseläkkeellä olevaa haluaisi palata työelämään, mutta esimerkiksi masennusta sairastaneiden työhön paluu on vaikeaa siitä huolimatta, että masennus on parantuva sairaus. Kysymys kuuluukin, tukevatko asumispalveluyksiköiden ohjaajat kuntoutujia riittävästi työhön paluuseen ja jos tukevat, niin riittääkö ainoastaan heidän tukensa kuntoutujan työllistymiseen? Työhön paluuseen tarvitaan myös työpaikka ja ennakkoluuloton työnantaja. Tieto kuitenkin lisää suvaitsevaisuutta ja tutkimusten mukaan ne työnantajat, joilla on kokemusta mielenterveyskuntoutujien työllistämisestä, suhtautuvat muita myönteisemmin mielenterveyskuntoutujien työpanokseen ja työllistämiseen (Vuorela 2008, 1).

Vaikka työn merkitys kuntoutumiseen on tutkimusten mukaan suuri, on työllistyminen ja itse työssä pysyminen noussut entistä suuremmaksi haasteeksi. Esimerkkinä voidaan mainita, että mielenterveyden häiriöiden vuoksi myönnettyjen sairauspäiväraha-kausien määrä on kasvanut ja mielenterveyshäiriöt ovat olleet yleisin työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä 2000-luvulla. (Lehtinen 2002; Wahlbeck 2004 61–62). Samaan aikaan kun voidaan todeta työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärän pienentyneen, on vastaavasti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kasvanut (Wahlbeck 2004, 61–62).

Mielenterveyden häiriöiden laitoshoido on vähentynyt vuoden 1996 noin 2,5 miljoonasta hoitopäivästä vuoden 2009 noin 1,8 miljoonaan hoitopäivään (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2010, 29), josta voidaankin päätellä, että yhä vaativampaa hoitoa tarvitsevat asiakkaat siirtyvät avohoitoon. Tämä asettaa epäilemättä haasteita kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoon järjestää laadukkaita avopalveluja mielenterveyskun-

toutujille. Lähtökohtaisesti olen sitä mieltä, että työhön paluuta tai itsenäisempään asumiseen muuttamista ei voida sellaisenaan pitää luotettavana mittarina kuntouttavuutta mitattaessa, kun kyseessä on pitkäaikaisia, kroonisia mielenterveyskuntoutujia. Heidän kuntoutumisensa suurimpana tavoitteena voidaan ensisijaisesti pitää elämän laadun paranemista, joka yksilötasolla on jo sinällään haaste.

Pohdinta

Opinnäytetyöprosessi eteni tiukasta aikataulusta huolimatta sujuvasti ja järjestelmällisesti. Yhteistyö Satakunnan sairaanhoitopiirin toteuttaman osanhankkeen ”Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa” kanssa tapahtui pääosin sähköpostien välityksellä. Olin yhteydessä liittoon säännöllisin väliajoin, jolloin molemmat osapuolet tiesivät prosessin etenemisestä. Satakunnan sairaanhoitopiiri kehittämisosio antoi toimeksiannon sekä tietyt ehdot, joiden puitteissa pääsin vapaasti toteuttamaan e-lomakekyselyä ja tuloksista muodostuvaa kirjallista raporttia. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan opetti itselleni arvokasta ammatillista kasvua kuntoutusohjauksen saralla. Työstetyn teorian avulla syvensin myös omaa asiantuntijuuttani mielenterveyskuntoutuksesta sekä sen kuntouttavan toiminnan osalta. Yksilötasolla koen saavuttaneeni asetetut tavoitteet. Oma arvioni työstetystä teoriasta ja raportista on selkeä, monipuolinen ja ennen kaikkea tarkoituksenmukainen.

Työssä käytetyt tiedonkeruumenetelmät (teorian haku ja e-lomakekysely) olivat monipuolisia ja opettavaisia prosesseja. Teorian haussa haasteeksi muodostui oikeiden termien käyttäminen tietokannoissa. Kuntouttava toiminta on käsitteenä uusi ja suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta löytyykin toistaiseksi vähän. Teorian haku toimi tässä työssä arvokkaana työvaiheena, koska sen pohjalta rakensin sekä työn teoriaosuuden että e-lomakekyselyn sisällön uusimman ja tutkitun tiedon pohjalta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin sekä englannin- että suomenkielisiä tutkimusartikkeleita, jolloin sain työhöni laajemman tutkimusperustan.

Verkkokyselylomakkeen käyttö oli jo entuudestaan tuttua ja sen vuoksi päätinkin toteuttaa kyselyn e-lomakkeen muodossa. E-lomakkeen esitiedoissa kerroin opinnäytetyöstä ja suoritettavan kyselyn tarkoituksesta. Kahden viikon vastausajan aikana 16 kyselystä palautui 9 vastausta. Oman taustatutkimukseni mukaan vastaamattomien

yksiköiden pääpaino on sekä tuetun että tehostetun asumispalvelun tuottamisessa. Asukkaista suurin osa on iäkkäitä ja alkoholin tai kehitysvammaisuuden perusteella palveluasumiseen päätyneitä, jolloin heidän kuntoutumisensa ei perustu kotiin kuntoutumiseen. Näiden kriteerien pohjalta voidaan nähdä esimiesten todennäköisesti ajatelleen, ettei kysely varsinaisesti koske heidän tuottamiaan palveluja. Viime vuosina niin Sote-uudistus kuin lisääntyneet yrityskaupatkin ovat osaltaan saattaneet mielenterveyskuntoutuksen murrosvaiheeseen (Varhila 2013). Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden lisääntynyt kysyntä, henkilöstöpula, lisääntyneet työelämän haasteet ja palvelurakenne uudistukset ovat varmasti lisänneet esimiesten työtaakkaa, jolloin on ymmärrettävää, että töiden priorisointi korostuu ja vähemmän tärkeäksi koetut tehtävät jäävät taka-alalle. (Työnjakoa ja työnrasitusta 2004; Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16–21.) Tilastollisen käsittelyn näkökulmasta aineiston määrä riitti kuitenkin tuomaan esiin enemmistön näkemyksen kuntouttavasta toiminnasta. (Tuomi 2007, 142.) Tulosten muokkaamisessa analysoitavaan muotoon sain apua tietotekniikan diplomi-insinööritä. Vastausten perusteella selvisi, mitä sisäistä ja ulkoista kuntouttavaa toimintaa asumispalveluyksiköissä toteutetaan ja kuinka kuntouttavaa toiminta on.

Mielestäni tutkimuksia tehdessä on muistettava, että ilman luotettavia mittareita ei voida osoittaa oikeita tai parempia tapoja rakentaa ja kehittää mielenterveyspalveluja. Opinnäytetyön tutkimusta olisi kuitenkin mahdollista laajentaa ja jatkaa tekemällä kysely tai haastattelu suoraan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden kuntoutujille. Se toisi uudenlaista näkökulmaa asumispalveluyksiköiden kuntouttavasta toiminnasta ja sen kuntouttavuudesta, koska vastaukset saataisiin suoraan kuntoutujilta itseltään. Samanlaisen tutkimuksen voisi toteuttaa myös Satakunnan alueen ulkopuolella olevissa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä, joissa asiakaskunta saattaa olla erityyppistä ja toiminta eri kehitysvaiheessa. Tällöin saataisiin laajempi kuva siitä, millaista mielenterveyskuntoutujien kuntouttava toiminta koko Suomen alueella tänä päivänä on.

Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuuden takaa selostus toteutuksen kaikissa vaiheissa. Raportissa pyrin myös perustelemaan menetelmien valintaa, sekä teoreettisia lähtökohtia tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Teoriaosuuden lähdeaineistoksi pyrin valitsemaan mahdollisimman luotettavat lähteet myös tutkimusten osalta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 13). Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaakseni käytin lähdeviitteiden ja lähdeluettelon oikean merkitsemistavan apuna Satakunnan Ammatikorkeakoulun opinnäytetyön kirjallisia ohjeita.

Kyselylomakkeen tekoa ohjasivat opinnäytetyön teoreettinen viitekehys, tutkimuskysymys ja tarkoitus. Kyselylomakkeesta saatavan aineiston luotettavuutta lisää se, että tulokset olivat selkeässä numeerisessa ja kirjallisessa muodossa. Tutkimustulokset purettiin ja aineisto analysoitiin nopeasti vastausajan jälkeen. Kyselylomakkeen kysymysten huolellisella asettelulla ja muotoilulla taattiin, että vastaajat ymmärsivät kysymykset oikein ja tutkimuksessa saatiin mahdollisimman tarkka käsitys yksiköiden kuntouttavasta toiminnasta. (Hirsjärvi ym. 2006, 216; Tuomi 2008, 150.) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaajien nimettömyys varmistettiin sillä, että kyselylomakkeet palautuivat nimettöminä e-lomaketietokantaan (Vilka 2007, 164). E-lomakkeesta selvisi ainoastaan ketkä olivat kyselyyn vastanneet, jolloin e-lomakekyselyn uudelleen lähetys kohdentui yksiköille, jotka eivät olleet kyselyä täyttäneet. Kyselylomakkeen vastaukset käsittelin luottamuksellisesti ja hävitän ne asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkimuksen eettisyys varmistettiin sillä, että tutkimukseen pyydettiin lupa sekä koululta että toimeksiantajan edustajalta. Opinnäytetyössä ei mainita toimeksiantajan nimiä yksityissuojan vuoksi. Myöskään kyselyn vastauksia ei pysty yksilöimään vastaajiin, vaikka raportissa käytettiin suoria lainauksia.

Kuntoutuksen ohjaajan näkökulma

Opinnäytetyön ja tutkimuksen aihe kuntoutuksen ohjaajan näkökulmasta oli mielenkiintoinen. Aihe liittyi mielenterveyskuntoutujien kuntouttaviin toimintoihin, mikä on yksi kuntoutuksen ohjaajan pätevyysalue. Teoreettiset lähtökohdat ovat myös tärkeä osa kuntoutuksen ohjaajan toimenkuvaa ja työskentelyä.

Kaikessa kuntoutuksen ohjaajan työssä lähtökohtina toimivat asiakaslähtöisyys ja kuntouttavan toiminnan huomioiminen. Erityisesti mielenterveyskuntoutuksessa korostuu asiakkaan kohtaaminen yksilönä ja tasavertaisena ihmisenä, tällöin myös vuorovaikutus ja dialogisuus korostuvat. Kuntoutuksen ohjaajan toimenkuvaan kuuluu kuntoutujan kuntoutustarpeen arviointi sekä kuntoutusprosessin suunnittelu ja arviointi, joissa voimavarakeskeisyys sekä kuntoutujan laaja-alainen toimintakyky ja sen tukeminen ovat keskeisiä asioita. Vaikka työtä ja kehittämistä olisikin paljon, on kuntoutuksen ohjaaja mielenterveyskuntoutuksen kentällä vielä harvinainen näky. Kuntoutuksen ohjaaja toimii linkkinä kuntoutujan ja eri sektoreiden välillä. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikössä tämä voisi tarkoittaa yhdyshenkilönä toimimista sairaalan, asumispalveluyksikön ja kodin sekä kuntoutujan muun verkoston välillä. Kuten Kallinen ja Salo (2007) tutkimuksessaan osoittavat, nämä yhteydet katkeavat herkästi mielenterveyskuntoutujilla, jolloin asumispalveluyksiköiden toiminta keskittyy pitkälti yksiköiden sisäiseen toimintaan. Tämä taas ei valitettavasti tue mielenterveyskuntoutujien sopeutumista yhteiskuntaan ja itsenäiseen elämään. Kuntoutuksen ohjaajan tehtävä olisi suunnata asukkaan toiminta asumispalveluyksiköstä ulospäin ja edesauttaa yhteyksien luomisessa, joiden turvin asukkaan olisi helpompi siirtyä kohti itsenäisempää asumista ja elämää.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 1.–2.painos. Jyväskylä: PS kustannus.
- Ahonen, J. & Fröjd, S. 2009. Pirkanmaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluselvitys. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/2009. Tampere: Yliopistopaino Oy.
- Anthony, P. & Crawford, P. 2000. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7.
- Anttila, P. 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. 3. painos. Kuopio: Akatiimi Oy.
- ASPA Palvelut Oy. 2014. Organisaatio. Palveluasuminen. Viitattu: 30.11.2014 <http://aspapalvelut.fi>
- Asumista ja kuntoutusta – mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:3. Helsinki.
- Black, C. 2008. Working for the healthier tomorrow. Lontoo: Crown Copyright.
- Bond, GR., Drake, RE. & Becker DR. 2008. An update on randomized controlled trials of evidencebased supported employment. *Psyhc Rehab*.
- Burns, T., Catty, J. & Becker, D. 2007. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 370.
- Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2008. Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. *Kuntoutus* 1.
- Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. (toim.). 2012. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Corbiere, M., Shen, J., Rouleau, M. & Dewa, C. 2009. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work* 33.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, GR. & Huxley P. 2010. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No: CD003080. DOI: 10.1002/14651858. CD003080.
- Hansen, T, Hatling, T, Lidal, E. & Ruud, T. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11.

- Harjajärvi, M., Kairi, T., Kuusterä, K. & Miettinen, S. 2009. Toimivatko kehitysvammaisten mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Kehitysvammaliiton selvityksiä 3.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Kuntaliitto. Stakes. Viitattu 14.2.2015. <https://www.julkari.fi>
- Heikkilä, M. & Julkunen, I. 2003. Obstacles to an oncreased user involvement in social services. A commissioned background document. Council of Europe. Group of Specialists in Social Services (CS-US). <http://www.coe.int>
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Henkilötietolaki 1999. L 22.4.1999/523 muutoksineen.
- Hickey, G. & Kipping, C. 1998. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7(1).
- Hietala, O., Valjakka S., & Martikka, N. 2000. ”Täällä tehdään töitä itseä varten” Klubitalot ja jäsentalot mielenterveyskuntoutuksen ja työllistymisen uusina vaihtoehtoina. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 65/2000. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Sosiaaliturvan mahdollisuudet. 6.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Jahoda, M. *Employment and unemployment: a social psychological analysis*. New York: Cambridge University Press. 1982.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY.
- Joensuu, M., Kivistö, S., Malmelin, J. & Lindström, K. 2008. Pitkä sairausloma ja työhön paluu.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteisiin. 5., uudistettu p. Porvoo: WSOY.

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

Kalliopuska, M. 1998. Sosiaaliset taidot. Helsinki: Oy Edita Ab.

Karlsson, N. & Wahlbeck, K. 2010. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Institut för hälsa och välfärd, Rapport 24/2010, Helsingfors.

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki: STM. <http://www.stm.fi>

Kelan mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen standardi 2015. <http://www.kela.fi>

Kerätär R. & Karjalainen V. Pitkääikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. Suomalainen Lääkärilehti 2010, 65.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kivekäs, J., Gould, R. & Pellinen, M. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. Suomalainen Lääkärilehti 2008, 63.

Komminaho, A. 2012. Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa. Osa-hankesuunnitelma. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja.2.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille – mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita prima Oy.

Koskisuus, J. & Yrttiaho, K. 2005. Keinoja omaan kuntoutumiseen, ohjaajan työkirja. Helsinki. Mielenterveyden keskusliitto.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Porvoo: WSOY PRO Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Lahti, S. & Carlson, I. 2001. Oikeus omiin tavoitteisiin? Pitkään sairastaneiden mielenterveyskuntoutujien kuntoutuskurssikokemus ja kurssin vaikutukset. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto. Printaway Oy.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 1987. L. 3.4.1987/380 muutoksineen.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. 2002. Core concepts of occupational therapy. Teoksessa: An Occupational Therapy Perspective. Revised Edition. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Lehtinen, V. 2002. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes.
- Liira, J., Juvonen-Posti, P. & Viikari-Juntura, E. 2012. Työhön paluun tuki. Työterveyshuollon hyvät käytännöt. Duodecim: Terveysportti.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2009. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Lähteenlahti, Y. 2001. Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Martti, S., Rostila, I. & Suikkanen, A. 2003. Päivä kerrallaan ihmisenä ihmiselle: Päivä- ja työtoiminnan hyviä käytäntöjä ja kehittämistarpeita. RAY:n avustustoiminnan raportteja 6.
- Mehtonen, T. 2011. Sosiaalisen vahvistamisen osaaminen. Teoksessa Lundbom, P. & Herranen, J. (toim.) 2011. Sosiaalinen vahvistaminen kokemuksina ja käytänteinä. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. 2012. Työryhmäraportti. Ympäristöministeriö.
- Mielenterveyslaki. 1990. L 14.12.1990/1116 muutoksineen.

Mäkinen, O 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Narikka, J. 2008: Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen ja hankinta. Tallinna: Tietosanoma AS paketti.

Nikkinen, M. 1996. Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksesta ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Acta Universitatis Medica D 381. Oulu: Oulun yliopisto.

Noppiari, E, Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nurmi-Koikkalainen, P. 2009. Välttämätön apu elämisen mahdollistajana. Näkökulmia vaikeavammaisten henkilöiden asumiseen ja apuun. Terveystalouden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Paasu, J. 2005. Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen ja asumista tukevat palvelut pääkaupunkiseudulla ja Lohjalla. Teoksessa Hynynen, R. (toim.) Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Ympäristöministeriö. Julkaisuja Suomen Ympäristö 745.

Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen. 2012. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Patterson, S, Weaver, T, Agath, K, Albert, E, Rhodes, T, Rutter, D. & Crawford, M. 2008. 'They can't solve the problem without us': a qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England. Health and Social Care in the Community 17(1).

Pensola, T., Järvisalo, A. & Järvisalo J. 2006. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Kirjassa: Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S., toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveystalouden 2000 -kyselyn tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos.

Pirkola, S. & Lönnqvist, J. 2002. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim). Terveystalouden ja toimintakyky Suomessa. Terveystalouden 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Pirttipää, J & Wahlbeck, K. 2007. Psykoottisen asiakkaan kohtaaminen. Teoksessa: Vuori-Kemilä, A. Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Punkanen, T. 2006. Mielenterveystyö ammattina. 2.-4. p. Tampere: TammerPaino Oy.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat – perusteita laadulliseen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Riikonen, E., Nummelin, T. & Järvikoski, A. 1996. Mielenterveyskuntoutuksen kehitystarpeet. Helsinki: Stakes.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

Saari, P. 2013. Työhön paluuseen liittyvät haasteet ja ratkaisukeinot pitkältä sairauslomalta. Kuntoutus.1. 32–37. Viitattu 13.3.2015. <http://www.kuntoutusportti.fi>

Saarnio, L. 2012. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Salokangas, RKR, Stengård, E, Honkonen, T, Koivisto, A-M. & Saarinen, S. 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Stakes. Raportteja 248. Saarijärvi: Gummerus.

Seppälä, H. 2009. Haastavien tilanteiden kohtaaminen erityistä tukea tarvitsevien palveluissa. Keski-Suomen ja Pohjanmaan maakuntien verkostoitunut vammaistyön kehittämissyksikkö -hanke POKEVA: Kehitysvammaliitto

Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen - osallistumista ja ennakoimista. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Sohlman B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. STAKES:n tutkimuksia 137. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaalihuoltolaki. 1982. L 17.9.1982/710 muutoksineen.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 13. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Verkkosivut. Viitattu 1.12.2014 <http://www.stakes.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Etene-julkaisuja. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki.

TEM 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisija 14/2008.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Terveyskirjasto 2007. Mielenterveyshäiriö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 30.12.2014 <http://www.terveyskirjasto.fi/>

Toivio, T. & Nordling, E. 2013 Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuisku, K., Juvonen-Posti, P., Härkäpää, K., Heilä, H., Vainiemi, K. & Ropponen, T. 2013. Ammatillinen kuntoutus mielenterveyshäiriöissä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Duodecim Verkkolehti 129, 2624. Viitattu 13.3.2015. <http://www.duodecimlehti.fi>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki. <http://www.stm.fi/>

Töttö, P 2000: Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Tampere: Vastapaino.

Valkonen, J. & Harju, S. 2005. Ihmisen arvoinen diili. Tuetun työllistymisen hankkeen toimeenpano ja tulokset. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 73. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Valli, R. 2001: Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Varhila, K. 2013. Sote -uudistus ja vaikutukset kuntoutukseen. Toimivat palvelut, vahvat yhteisöt luento. Kunta- ja sote-uudistus.13.11.2013.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorela, M. 2008. Ennakkoluulot estävät paluun työhön. Mediauutiset. 26.3.2008. Viitattu 9.5.2015. <http://www.mediauutiset.fi>

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Porvoo: WSOY

Waddell, G., Burton, AK. & Kendall NAS. 2008. Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when? London: The Stationary Office. www.kendallburton.com

Wahlbeck, K. 2004. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Viitattu 20.12.2014. <http://groups.stakes.fi>

Wahlbeck, K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Helsinki. Viitattu 20.12.2014. <http://groups.stakes.fi>

Wahlbeck, K. & Pirkola, S. 2008. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. Helsinki.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. 2000. Crossnational comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization.

Ylinampa, M. 2005. Kuntouttava, valmentava ja työllistävä työvalmennus. Teoksessa Työ- ja yksilövalmennuksen käytäntöjä – näkökulmia 2000-luvun työpajojen palveluihin. Toim. J. Hassinen. Helsinki: Valtakunnallinen työpajayhdistys.

Ylipaavalniemi, P. 2005. Erityistyöllistämisen yksiköt heikossa työmarkkinaasemassa oleville henkilöille. Työllistämispalveluiden tilastollinen katsaus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Vates-säätiö. <http://www.stm.fi>

KYSELYLOMAKE

Asumispalveluyksikön taustatiedot

1. Minkälaista asumispalvelua yksikkönne tuottaa?

Tuettua asumista

Palveluasumista

Tehostettua palveluasumista

Muuta, mitä?

Kirjoita tähän vastaus kysymykseen muuta, mitä?

2. Kuinka monta asukaspaikkaa yksikössänne on?

Alle 10

11-20

21-30

Yli 30

3. Mikä on pääasiallinen diagnoosi kuntoutujallanne?

Päihdetausta

Skitsofrenia

Masennus

Dementia

Ikä

Muu, mikä?

Selite

4. Kuinka moni asukkaistanne on siirtynyt vähemmän tuettuun asumismuotoon viimeisen 24 kk aikana?

0

Alle 5

5 - 10

10 - 20

Yli 20

5. Kuinka moni asukas on siirtynyt työelämään viimeisen 24 kk aikana?

- 0
- Alle 10
- 10 - 20
- 21 – 30
- Yli 30

Toimintakyvyn arvio, kuntoutussuunnitelma, päivä/viikko-ohjelma

6. Kuntoutujan saapuessa yksikköönne, kartoitetaanko hänen psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakykynsä laaja-alaisesti?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

7. Laaditaanko yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutussuunnitelma kolmen kuukauden kuluessa kuntoutujan saapumisesta?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

8. Jos vastasit kyllä (kohdassa 7.), päivitetäänkö kuntoutussuunnitelma kaksi kertaa vuodessa?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

9. Laaditaanko yksikössänne kuntoutujalle päivä- tai viikko-ohjelma?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

10. Jos vastasit kyllä (kohdassa 9.), mitä asumispalveluyksikön tuottamaa kuntouttavaa toimintaa ohjelma pitää sisällään? Rastita vaihtoehdot.

Arjen toimintoja
Viriketoimintaa
Ryhmiä
Keskusteluja ammattihenkilöstön kanssa
Vapaa-ajan ja harrastustoimintaa
Muuta, mitä?
Kirjoita tähän vastaus kysymykseen muuta, mitä?

11. Osallistuvatko yksikkönne kuntoutujat ulkopuolisen tahon tuottamaan toimintaan?
Rastita kuntoutujienne käyttämät vaihtoehdot.

Retkitoiminta
Kulttuuritoiminta
Päivätoiminta
Kerhotoiminta
Liikunnallinen toiminta
Jokin muu, mikä?
Kirjoita tähän vastaus kysymykseen jokin muu, mikä?

Omatoimisuus ja osallisuus

12. Tuetaanko yksikössänne asukasta omatoimisuuteen ja osallisuuteen?

Kyllä
Ei
En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä (kohdassa 12.), miten omatoimisuus ja osallisuus näkyvät arjen toiminnoissa?

Työn ja toiminnan merkitys kuntoutumiseen

13. Osallistuuko yksikkönne kuntoutuja(t) joihinkin seuraavista työllistymistä edistävästä toiminnoista?

Ammatillinen kuntoutus
Sosiaalihuoltolain mukainen kuntouttava työtoiminta
Työharjoittelu/Työelämävalmennus
Jokin muu, mikä?
Kirjoita tähän vastaus kysymykseen jokin muu, mikä?

14. Osallistuuko yksikkönne kuntoutuja(t) joihinkin seuraaviin koulutuksellisiin toimintoihin? Rastita asukkaidenne käyttämät vaihtoehdot.

Yleissivistävä koulutus

Ammatillinen opintoihin valmentava koulutus

Ammatillinen koulutus

Kurssitoiminta

Jokin muu, mikä?

Kirjoita tähän vastaus kysymykseen jokin muu, mikä?

15. Tekeekö asumispalveluyksikkönne yhteistyötä muiden kuntoutuspalveluiden kanssa? Rastita käyttämänne vaihtoehdot.

Terveystenhoito

Sosiaalipalvelut

Järjestöt

Liikuntatoimi

Vapaaehtoistyö

Jokin muu, mikä?

Kirjoita tähän vastaus kysymykseen jokin muu, mikä?

Asumispalveluyksikön kuntouttavan toiminnan arviointi

16. Onko yksikkönne kuntouttava toiminta tavoitteellista?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä (kohdassa 16.),
mitkä ovat kuntouttavan toiminnan keskeiset tavoitteenne?

17. Arvioi asteikolla 1-5, kuinka kuntouttavaa toiminta asumispalveluyksikössä on?

1 Heikko

2 Tyydyttävä

3 Hyvä

4 Erittäin hyvä

5 Kiitettävä

En osaa sanoa

18. Miksi juuri tämä arvosana?

19. Onko jotakin muuta, mitä haluaisit kertoa asumispalveluyksikkönne kuntouttavasta toiminnasta?