

Nina Asikainen – Brita Marttunen  
”Askel itsenäisempään asumiseen”

Arjen taitojen seurantalomakkeen kehittämisprosessi  
yhteistyössä Lassilan asumisyksikön kanssa

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Toimintaterapia (AMK)  
Toimintaterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
11.4.2016

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Nina Asikainen ja Brita Marttunen ”Askel itsenäisempään asumiseen” Arjen taitojen seurantalomakkeen kehittämisprosessi yhteistyössä Lassilan tuetun asumisyksikön kanssa 43 sivua + 2 liitettä Huhtikuu 2016
Tutkinto	Toimintaterapia (AMK)
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapeutti
Ohjaaja(t)	toimintaterapian lehtori Merja Suoperä toimintaterapian yliopettaja Toini Harra
<p>Opinnäytetyön aihe käsittelee mielenterveyskuntoutujien tuettua asumista ja toimintakyvyn liittyvän lomakkeen kehittämistä. Työssä kuvataan Niemikotisäätiön Lassilan tuetun asumisyksikön henkilöstön kanssa toteutunutta yhteistä kehittämisprosessia. Yhteistyökumppanimme Niemikotisäätiö tuottaa palveluja mielenterveyskuntoutujille, jotta he voivat elää mahdollisimman itsenäistä elämää.</p> <p>Niemikotisäätiön Lassilan asumisyksikön ohjaajille tuli tarve saada kuntoutujan haastattelun tueksi selkeä ja helppokäyttöinen lomake, joka soveltuu kaikkien ammattiryhmien käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada kehitettyä heidän tarvettaan vastaava lomake, jonka avulla henkilöstö voisi saada tietoa kuntoutujan toimintakyvystä arjessa ja siinä tapahtunut muutos tietyllä aikavälillä (3-6 kk).</p> <p>Mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn arvioinnissa viitekehyksenä oli kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF), joka kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. Lomaketta kehitettiin kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) mukaan, jossa tarkastellaan ihmisen ja ympäristön välistä suhdetta. Lomakkeen suunnittelussa tavoitteiden asettamisessa hyödynnettiin SMART-tekniikan käyttöä, jolloin tavoitteista oli mahdollisuus saada yksityiskohtaisempia.</p> <p>Opinnäytetyötä ohjasivat laatusuositukset ja lait, kuten mielenterveyslaki (1990) ja terveydenhuoltolaki (2010), joihin Lassilan tuetun asumisyksikön toiminta oleellisesti perustuu. Kehittämisprosessi eteni vaiheittain kehittämistyön mallia mukaillen.</p> <p>Kehittämisprosessin tuloksena saatiin ohjaajien kanssa yhteistyössä tuotettua Lassilan tuettuun asumisyksikköön arjen taitojen seurantalomake. Ohjaajat koekäyttivät lomakkeen, joka heidän kokemustensa perusteella vastasi asetettuja tavoitteita.</p>	

Avainsanat	Mielenterveyskuntoutuja, toimintakyky, tuettu asuminen, asiakaslähtöisyys, kehittämisprosessi

Authors Title Number of Pages Date	Nina Asikainen, Brita Marttunen Developing a Follow-up Form to Measure Mental Health Rehabilitees' Functional Ability in a Subsidised Housing Unit 43 pages + 2 appendices Spring 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructors	Merja Suoperä, Senior Lecturer of Occupational Therapy Toini Harra, Principal Lecturer of Occupational Therapy
<p>The subject of this thesis is subsidised housing for mental health rehabilitees and developing a follow-up form for measuring their functional ability. The thesis describes the developing process carried out in co-operation with the staff of Lassila subsidized housing unit which is run by Niemikoti Foundation. The foundation provides services that enhance the mental, physical and social skills of clients, in order to enable them to live as independently as possible. The staff of the housing unit recognised a need for clear and easy-to-use follow-up form to support interviewing the rehabilitees. The form should be suitable for the use of all the professional groups. The target of this thesis was to develop a form which would give information for staff about the rehabilitees' functional ability in everyday life and changes in it during a certain timespan (3-6 months).</p> <p>A frame of reference for evaluating mental health rehabilitees' functional ability was International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) which describes how sickness or disability influences individual's life. The form was developed according to Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), which examines the relationship between individual and environment. Detailed goals for planning the form were set by using SMART technique.</p> <p>The thesis was guided by quality recommendations and laws such as Mental Health Act (1990) and Health Care Act (2010). The operation of Lassila subsidised housing unit is based on these laws. The developing process proceeded in stages adapting the model of developing work.</p> <p>The result of this co-operational developing process was a follow-up form measuring everyday functions. The staff tested the follow-up form in Lassila subsidised housing unit and the results showed that the goals which were set for the form were achieved.</p>	

<b>Keywords</b>	mental health rehabilitee, functional ability, subsidised housing, client orientated approach, rehabilitating process

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Mielenterveyskuntoutajat ja tuettu asuminen</b>	<b>4</b>
2.1	Säädetyt lait, laatusuositukset ja kehittäminen	6
2.2	Kuntoutumista edistävät tekijät tuetussa asumisessa	9
2.3	Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa	12
<b>3</b>	<b>Mielenterveyskuntoutujien toimintakyky ja arjen hallinta</b>	<b>15</b>
3.1	Toimintakyvyn osa-alueet	15
3.2	Toimintakyvyn arviointi	18
3.3	ICF-luokitus kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnissa	19
<b>4</b>	<b>Kehittämistyön vaiheet Lassilan tuetun asumisyksikön kanssa</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Kuntoutujan arjessa selviytymistä seuraavan lomakkeen kehittäminen</b>	<b>24</b>
5.1	Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) lomakkeen kehittämisen pohjana	25
5.2	Lomakkeen suunnitteluvaihe	29
5.3	Lomakkeen työstäminen ja koekäyttö	32
5.4	Lomakkeen arviointi	33
<b>6</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>36</b>
	<b>Lähteet</b>	<b>40</b>
	<b>Liitteet</b>	
	Liite 1. Sopimus Kuntoutuksen tavoitteista -lomake	
	Liite 2. Arjen taitojen seurantalomake	

## 1 Johdanto

Mielenterveyskuntoutujien asuminen on yhteiskunnallisesti ajankohtainen aihe, sillä 1980-luvulla alkanut hoitojärjestelmän muutos on vähentänyt sairaalapaikkoja lähes neljäsosan. Avohoidon yleistyminen on johtanut avoimuuteen mielenterveyden ongelmia kohtaan sekä lisännyt kuntouttavan toiminnan tarvetta erilaisissa yksiköissä ja asumispalveluissa. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta 2014: 80–81.)

Yleisesti ajatellaan asumisen omassa kodissa olevan jokaisen perusoikeus, jolloin itsenäinen asuminen lisää ihmisen hyvinvointia ja oman elämän hallintaa. Aina ei asuminen omatoimisesti onnistu, sillä kaikki eivät selviydy täysin itsenäisesti arjessaan. Toimintakyky on saattanut heikentyä sairauden tai jonkin muun syyn seurauksena, jolloin tuettu asuminen tarjoaa paremmat mahdollisuudet itsenäisempään elämään. Eriikäisille mielenterveyskuntoutujille on tarjolla tehostettua ja kuntouttavaa palveluasumista niin kunnallisella kuin yksityisellä puolella. Lisäksi on tarjolla tuettua asumista ennen itsenäiseen asumiseen siirtymistä. Tuetussa asumisessa mielenterveyskuntoutujien toimintakykyä seuraamalla pyritään saamaan realistinen kuva heidän selviytymisestään arjessa. Toimintakyvyn ylläpidolla kuntoutujat saadaan paremmin integroitumaan ympäristöönsä ja yhteiskuntaan. Kuntoutujia tuetaan ja kannustetaan niiden taitojen ylläpitoon, jotka mahdollistavat pärjäämisen omillaan tai muuton auttavat ihmistä suuntautumaan itsenäisempään asumismuotoon (Attendo 2014).

Valtakunnallisella tasolla on pyrkimyksenä kehittää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja ja laatua. Avohoitokeskeisellä palvelujärjestelmällä ja kotiin vietävällä asumisen tuella, voidaan vähentää sairaalahoitoja ja lyhentää sairaalajaksoja. (Ympäristöministeriö 2012: 8.) Asuntopalvelusäätiön ASPA: n selvityksen mukaan myös mielenterveyskuntoutujat kokevat asumisen laadun vaikuttavan omaan hyvinvoinnin ja arjen hallinnan tunteeseen (Kettunen 2011: 69–74).

Yhteistyökumppanimme, vuonna 1983 perustettu Niemikotisäätiö tuottaa mielenterveyspalveluja helsinkiläisille psykiatrisen avohoidon asiakkaille. Säätiöllä on 25 toimintayksikköä eri puolilla Helsinkiä. Kuntoutumispaikkoja on yhteensä noin 1600: lle kuntoutujalle. Asumispalveluiden lisäksi Niemikotisäätiö tuottaa toiminnallista kuntoutusta työ- ja päiväkeskuksissa. Niemikotisäätiön asumispalveluja ovat jälleenvuokraus asu

minen, tuettu asuminen, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja perhehoito. Toiminnan periaatteina on asiakaslähtöisyys, yhteisöllisyys, asiakas asiantuntijana, tasa-arvo sekä kodikkuus ja huolenpito. (Niemi 2015.)

Opinnäytetyössä kuvataan lomakkeen kehittämisprosessi yhteistyökumppanimme Niemi 2015:n Lassilan tuetun asumisyksikön kanssa. Lassilan asumisyksikön henkilöstön tarve on saada heillä käytössä olevan ”Sopimus kuntoutuksen tavoitteista” -lomakkeen (Liite 1) rinnalle uusi, heille räätälöity lomake. Asumisyksikössä on ilmennyt tarve saada kuntoutujan haastattelun apuvälineeksi selkeä ja helppokäyttöinen lomake, joka soveltuu kaikkien ammattiryhmien käyttöön. Kehittämisprosessin tuotoksen, eli lomakkeen avulla, on tavoitteena saada kerättyä tietoa kuntoutujan toimintakyvystä ja arjessa selviytymisestä sekä siinä tapahtuva muutos tietyllä aikavälillä. Lomakkeen tarkoituksena on toimia myös kuntoutujan motivaation herättäjänä sekä tukea kuntoutujaa omien tavoitteiden nimeämisessä.

Opinnäytetyön ja lomakkeen kehittämisen teoreettisena pohjana käytetään toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta, International Classification of Functioning, Disability and Health (jäljessä ICF-luokitus). ICF-luokitus käsittelee sosiaali-, terveys- ja yhteiskuntapolitiikan kannalta tärkeitä teemoja, kuten yksilöiden suoriutumista ja osallistumista arjessa: kotona, työssä, asumispalveluissa, laitoshoidossa, koulussa ja päivähoitossa. Luokitus soveltuu yhtä hyvin sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelun ja seurannan viitekehikseksi kuin konkreettiseksi kuntoutuksen tilastoinnin apuvälineeksi. (Stakes 2004; Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 314). Lomakkeen suunnittelussa tavoitteiden asettamisessa hyödynnetään SMART-tekniikkaa. Tavoitteita lähdetään luomaan määrittelemällä (ICF-luokituksen mukainen) näkyvä suoritus tai käyttäytyminen, johon toivotaan muutosta (Hautala ym. 2011: 133). Lomakkeen kehittämistä ohjaa kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, 2007 (jäljessä CMOP-E). Malli lähtee asiakaslähtöisyyden periaatteesta ja ottaa huomioon asiakkaiden erilaisuuden ja erilaiset toimintaympäristöt (Hautala ym. 2011).

Opinnäytetyön rakenne mukailee tutkimuksellisen kehittämistyön mallia (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 24). Mallin avulla työskentely on järjestelmällistä ja luo selkeämmän kokonaiskuvan kehittämistyöstä. Kehittämistyön prosessi etenee vaiheittain, yhteistyössä Lassilan tuetun asumisyksikön kanssa. Avaamme prosessin kulkua yksityiskohtaisemmin työmme edetessä. Kehittämistyön tuotos eli lomake ”Arjen taitojen



seurantalomake” (Liite 2) käy läpi monta erilaista versiota ennen päättymistään lopulliseen muotoonsa. Lomakkeen kehittäminen etenee suunnittelun ja kehittämisen kautta, käytännön kokeilu vaiheeseen, arvioinnin ollessa viimeisenä vaiheena.

Kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen tulee opinnäytetyön tekijöiden käytännön kokemusten kautta. Toinen opinnäytetyön tekijöistä on ollut työharjoittelussa mielenterveyskuntoutujien parissa ja toinen on mukana Parempi Arki -hankkeessa, joka on Väli-Suomen toiminnallinen Sote-integraatiohanke koskien päihde- ja mielenterveysasiakkaita.

## 2 Mielenterveyskuntoutajat ja tuettu asuminen

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) määrittelee mielenterveyskuntoutujan henkilöksi, "joka tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi kuntouttavia palveluja ja lisäksi mahdollisesti apua asumisensa järjestämisessä taikka asumispalveluja". Lassilan tuetussa asumisyksikössä asuvat kuntoutajat voidaan katsoa olevan tämän määritelmän mukaisia henkilöitä. Kuntoutujien mielenterveyspalvelut muodostavat palveluketjun, joka alkaa usein sairaalasta ja jatkuu hänen kotiinsa. Asumispalveluiden järjestäminen edellyttää tiivistä yhteistyötä hoitavan tahon kanssa. Kuntoutujien kannalta asumisratkaisujen tulisi toimia saumattomasti ja olla niin sujuvia, ettei henkilö aina edes itse tunnista siirtyvänsä organisaatiosta toiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Lassilan asukkaat tulevat yksikköön SAS-palveluprosessin kautta. SAS-palveluprosessi etenee vaiheittain, jossa asiakkaan toimintakyky ja hoidon tarve arvioidaan sen mukaan, minkälaista tukea asukas tarvitsee. Mikäli kuntoutujalla on selkeästi tarve asumispalveluille, ohjataan asiakasta tekemään hakemus. SAS-tiimi kokoontuu määrätyn väliajoin ja käsittelee hakemukset arvioiden, ketkä tarvitsevat paikkaa kiireellisimmin. Samoin arvioidaan asiakaskohtaisesti, mikä asumispalvelupaikka soveltuu parhaiten kullekin henkilölle. SAS-tiimin kokouksessa tehdään päätökset asumispalveluihin pääsystä. (Helsingin kaupunki 2015a.)

Tuetussa asumisessa asuva henkilö tarvitsee tukea ja ohjausta pystyäkseen asumaan itsenäisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Helsingissä, kaupungin mielenterveysasiakkaiden asumispalveluja ovat tukiasuminen, kuntouttava asuminen, palveluasuminen ja perhehoito. Kaupungin tarjoamissa tuetuissa asunnoissa henkilö asuu itsenäisesti omassa asunnossaan tai kaupungin järjestämässä tukiasunnossa. Tuetussa asumisessa asukas huolehtii itsenäisesti ruokailuistaan ja ostoksistaan, mutta saattaa tarvita apua esimerkiksi kodinhoidossa tai raha-asioiden hoitamisessa. Tämän asumismuodon tavoitteena on kuntoutujan laajempi elämänhallinta sekä mahdollisimman itsenäinen asuminen. (Helsingin kaupunki 2015b.)

Lassilan yksikössä toteutuu kaikista itsenäisin asumismuoto, jossa kuntoutuja asuu yksityisasunnossaan. Asunnot (21 kpl 26,5 m<sup>2</sup> yksiötä) sijaitsevat tavallisessa kerrostalossa Helsingin Pohjois-Haagassa, jossa asumisyksikkö on toiminut kolmen vuoden ajan. Työyhteisön mukaan on ollut haasteellista muuttaa tavallisen kerrostalon tilat

asukkaiden tarpeita vastaaviksi. Asukkaiden yhteiskäytössä ovat sauna, pesutupa sekä yhteinen oleskelutila "Hopeahelmi", jotka sijaitsevat ensimmäisessä kerroksessa. Palvelujen läheisyys ja turvallisen ympäristöön kohdentuvat laatuvaatimukset toteutuvat. Suurin osa palveluista kuten kaupat, apteekki ja juna-asema, löytyvät kävelymatkan päästä. Asumisyksikön läheisyydessä sijaitsee vanhusten palvelutalo, jossa osa talon asukkaista käy halutessaan syömässä.

Lassilan yksikkö edustaa niin sanottua kevyen tuen yksikköä siltä osin, että työntekijöitä ei ole paikalla öisin. Psykiatrian erikoislääkäri käy paikan päällä kahden viikon välein. Psykiatrian palveluihin kuuluu lääkehoito, lausunnot sekä tarvittavat asukkaiden tapaamiset. Osa Lassilan asumisyksikön asukkaista tarvitsee enemmän tukea, toisten kyetessä asumaan itsenäisemmin. Arjenhallinnan taitoja, kuten itsestä huolehtimista, kodinhoitoa, lääkkeitä huolehtimista, harjoitellaan yhdessä. Tarvittaessa asukkaiden kanssa asioidaan ja heitä ohjataan hoitamaan omia asioitaan. Asukkaita tuetaan ulkopuolisiin toimintoihin muun muassa opiskeluun, työ- ja päivätoimintaan. Valvottu lääkkeenjako on tärkeä osa Niemikotisäätiön, palvelua, jonka kaupunki on tilannut Niemikotisäätiöltä. (Niemikotisäätiö n.d.) Lassilan tuetun asumisyksikön ohjaajat ovat kertoneet, miten mielenterveyskuntoutujia pyritään ohjaamaan ja tukemaan erilaisissa arjen toiminnoissa, jotta he voisivat tulevaisuudessa päästä asumaan itsenäisemmin. Ohjaajien kertoman mukaan aina eivät asiat järjesty kuntoutujan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla ja kuntoutuja voi joutua siirtymään sairaalaan tai vielä enemmän tuettuun asumisyksikköön kuin mitä Lassilan asumisyksikkö on.

Lehtisen (2011), tutkimuksen mukaan asumisohjaajien työllä on merkittävä vaikutus kuntoutujan arjen taitojen, voimaantumisen ja kuntoutumisen edistämiseen (Lehtinen 2011: 48). Lassilan yksikössä työskentelevät ohjaajat koostuvat moniammatillisesta tiimistä, jossa työntekijät pyrkivät saamaan kuntoutujiin hyvän luottamussuhteen. Yhteisten tapaamisten yhteydessä olemme keskustelleet ohjaajan ja kuntoutujan välisestä suhteesta ja vuorovaikutuksesta. Työntekijän tulee olla tasapainossa itsensä kanssa, jotta hän voi olla tueksi asumisyksikössä asuville kuntoutujille. Ohjaajien tulee olla aidosti kiinnostuneita mielenterveyskuntoutujien elämästä ja ymmärtää, minkälaisia haasteita sairaudet voivat tuoda elämään. Heidän on kyettävä selkeästi erottamaan kuntoutujien omat tavoitteet Lassilan asumisyksikön asettamista tavoitteista, pyrkien saamaan nämä erillään olevat tavoitteet lähentymään toisiaan. Ohjaajien tuella ja kannustuksella voidaan saada merkittäviä tuloksia aikaiseksi kuntoutujien motivaation herättämisessä ja lisääntymisessä. Pohdimme yhdessä, mikä on kuntoutujalle annettavan

riittävän ja oikean tuen määrä. Somerkiven (2000) mukaan tukitoimista on eniten hyötyä silloin, kun sitä annetaan kuntoutujalle sopivasti. Liiallinen tai vääränlainen avun tarjoaminen saattaa heikentää kuntoutujan omatoimisuutta, aloitteellisuutta sekä toimintakykyä. Liika tukeminen tekee myös autettavasta riippuvaisen. (Somerkivi 2000: 71–72.) Ympäristöministeriön laatusuosittelun mukaan, mielenterveyskuntoutajat kokivat henkilökunnalta kotiin saatavan riittävän tuen määrän ja tuen oikea-aikaisuuden tärkeänä seikkana. Esille tuli myös, kuinka tuen tulisi voida myös väistyä silloin, kun sitä ei tarvita. (Törmä ym. 2014: 7–17.)

Lassilan asumisyksikön kuntoutujien fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä on suuria eroja. Ohjaajien tekemät viikoittaiset asunnontarkastukset ovat välttämättömiä ja kuuluvat paikan sääntöihin. Ne tehdään kuntoutujaa kunnioittaen ja lakeja noudattaen. Tarkastusten tarkoituksena on luoda kaikille turvalliset asumisen olosuhteet (esim. paloturvallisuus) huomioiden yksilölliset tarpeet ja oman kodin säännöt. Osa kuntoutujista ei haluaisi tarkastuskäyntejä tehtävän heidän koteihinsa ja he kokevat henkilökunnan käyntien olevan tarpeettomia. Tuetussa asumisyksikössä korostuu kuntoutujan asiantuntijuus oman elämänsä suhteen. Harran (2014) mukaan kuntoutujan hallinnoima ympäristö on oma koti tai huoneisto. Tila on hänelle tuttu, hän on luonut kodilleen säännöt ja tavaroiden säilytyspaikat. Ammattilaiselta odotetaan kunnioitusta tätä tilaa kohtaan, jonne hän saapuu vieraaksi. Ammattilainen turvautuu näin herkemmin asiakkaan asiantuntijuuteen, joka luo heidän väliselle yhteistoiminnalle paremmat edellytykset. (Harran 2014: 188–189.)

## 2.1 Säädetty lait, laatusuositukset ja kehittäminen

Aloitimme tiedonkeruun ja tutustumisen mielenterveyskuntoutujiin perehtymällä heitä koskeviin lakeihin ja asetuksiin.

Mielenterveystyötä säätelevistä laeista tärkeimmät ovat mielenterveyslaki (1990) ja terveydenhuoltolaki (2010). Mielenterveystyötä kuten kaikkea sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjataan valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. (Kiviniemi ym. 2014:34–35.) Mielenterveyslaki korostaa itsenäistä asumista ja avokuntoutusta. Lain mukaan “mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.” (Mielenterveyslaki 1990.) Kuntien on myös järjestettävä riittävän hoidon ja palvelujen ohella kuntoutujalle mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen

liittyvään tuki- ja palveluasumiseen (Mielenterveyslaki 2009). Pohdimme kuntoutuksen toteuttamista käytännössä, sillä näkemyksemme mukaan siinä on suuria kuntakohtaisia eroja. Riittävän hoidon ja palvelun kriteereillä sekä suosituksilla pyritään saamaan hoidot ja palvelut valtakunnallisesti tasapuolisiksi, riippumatta yksilön asuinpaikan sijainnista.

Vammaispalvelulaissa sanotaan ihmisarvon ja tasa-arvon kunnioittamisesta seuraavaa: Mielenterveyspotilasta tulee kohdella hänen ihmisarvoaan ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen, eikä häntä saa sairautensa perusteella asettaa muita kansalaisia sosiaalisesti tai taloudellisesti huonompaan asemaan (Lundin ym. 2003: 10). Mielenterveyskuntoutujien kyky huolehtia itsestään tai pitää puoliaan erilaisissa asioissa saattaa olla oleellisesti heikentynyt. Heidän asemansa saattaisi olla selkeästi heikompi suhteessa muihin kansalaisiin ilman erilaisia suosituksia. Suomessa Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee runsaasti erilaisia suosituksia, joista Käypä hoito -suositukset ovat tunnetuimpia. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia (Käypähoito 2013). Aluehallintovirasto (AVI) valvoo monien muiden terveydenhuollon toimintojen lisäksi myös mielenterveys-työtä ohjaten ja valvoen sekä julkisia että yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja (Aluehallintovirasto 2016).

Havaintojemme mukaan mielenterveyskuntoutujien asumiseen ja kotona pärjäämiseen on kohdistunut viime aikoina paljon lisääntyviä kehittämistarpeita, asumispalveluiden muuttuessa yhä enemmän avohoitopainotteiseksi. Myös asumispalvelujen laatuun kiinnitetään kunnissa enemmän huomiota. Mielenterveyskuntoutujien asumisen selvitysten mukaan, kuntoutujien asumisen tukitoimiin tulisi ryhtyä välittömästi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tuen tulisi olla riittävää ja kuntoutujan tarpeiden mukaista, jotta laadukas asuminen toteutuisi.

Ympäristöministeriö (2014) ja asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA toteuttivat vuosina 2012–2015 kehittämishankkeen, jossa kuvattiin mielenterveyskuntoutujien asumisen tämänhetkistä tilannetta. Selvityksen painopiste oli fyysisessä asumisessa ja arjen tuessa. Tietoa kerättiin haastattelemalla asiantuntijoita, kuntoutujia ja heidän omaisiaan sekä eri palveluntuottajia. Selvityksessä tuli esille myös mielenterveyskuntoutujien toiveet oman asumisensa suhteen. Kuntoutujat itse nimesivät hyvän asumisen tunnusmerkit, jotka vastaavat hyvin myös viranomastahojen mielenterveyskuntoutujien asumiselle asettamia kriteereitä. Kuntoutujien asumistoiveina olivat muun muas

sa: itsemääräämisoikeus, asunto palveluiden lähellä, rauhallinen asuinympäristö, matalan kynnyksen tukimuodot sekä tarpeenmukainen ja joustava tuki arjessa. Halutuimpia asumismuotoja olivat yksiöt tai pienten asumisyksikköjen asunnot. He toivoivat asuin yksikköjä vain mielenterveyskuntoutujille, ei päihdeongelmallisille henkilöille. Myös mielekäs tekeminen asunnon ulkopuolella koettiin tärkeänä seikkana. (Törmä – Huotari – Nieminen – Tuokkola 2014: 7–17.) Mielenterveyskuntoutujien kuuleminen kokemusasiantuntijoina, suunniteltaessa ja rakennettaessa uusia asuntoja, voisi auttaa saavuttamaan mielenterveyskuntoutujien kertomat hyvän asumisen tunnusmerkit. Näin heille saataisiin mahdollisimman tarkoituksenmukainen asuinympäristö. Parempi Arki -hankkeen (2015–2017) yhteydessä kuulluksi tulleet päihde- ja mielenterveyskokemusasiantuntijat antoivat hankkeessa tärkeää tietoa, näkemystä ja toiveita omasta näkökulmastaan palveluiden kehittämiseksi (Parempi Arki -hanke 2015–2017).

Ympäristöministeriön (2014) laatusuositusten mukaan henkilökohtainen tila ja itse mieluisaksi sisustettu huone ovat tärkeitä laitostumista estäviä ja kuntoutumista edistäviä tekijöitä. On myös huomioitava kuntoutujien päivittäisten palveluiden, kuten terveydenhuolto-, kauppa-, kulttuuri- ja liikennepalvelujen tarve ja läheisyys. (Törmä ym. 2014: 16–23.) Salon (2010) mukaan asumispalveluyksikön syrjäinen sijainti estää ja rajoittaa kuntoutujien osallistumista ja luo näin sosiaalisen rajoituksen kuntoutumiselle (Salo 2010: 41). Myös asumispalvelusäätiö ASPA: n selvityksessä (2010) kuntoutujat pitivät merkittävänä tekijänä yksikön palveluiden läheisen sijainnin niin, että se mahdollistaa liikkumisen luonnossa ja osallistumisen aktiviteetteihin ja harrastuksiin (Kettunen 2010: 75–78).

Mielestämme Niemikotisäätiön Lassilan tuetuissa asunnoissa näyttäisi ympäristöministeriön laatusuosituksen suurelta osin täyttyvän. Heidän arvoissaan korostuu yksilöllisyys, oikeudenmukaisuus, turvallisuus ja itsemääräämisoikeus. Tavoitteena on asukkaan kuntouttaminen mahdollisimman itsenäiseen elämään.

Asumispalvelujen laatua tutkineet Salo & Kallinen (2007) toivat esille, kuinka asumisyksikön myönteinen suhtautuminen kuntoutukseen vaikuttaa asumispalveluiden laatuun merkittävästi. Muita laatuun myönteisesti vaikuttavina asioina he kokivat henkilökunnan vaikutuksen kuntoutujien palvelujen puolestapuhujina ja kuntoutujan aseman vahvistajana. Myös asumisyksikön henkilökunnan toiminnan ja kuntoutujien päivittäiseen toimintaan osallistumisen välisellä suhteella koettiin olevan tärkeä vaikutus kuntoutusmyönteisen toimintakulttuurin luomisessa ja sitä kautta laadukkaammassa toiminnassa. (Salo – Kallinen 2007: 99–122.)

Asumispalvelusäätiön ASPA: n (2010) selvityksen mukaan, kuntoutujien asumisen ja arjessa selviytymisen keskeisinä haasteina koettiin muun muassa avohoidon riittämätömyys tai puutteelliset asumisratkaisut, jotka johtivat helposti niin sanottuun ”pyörö-ovisyndroomaan”, jossa sairaalasta uloskirjoitettu mielenterveysasiakas palaa nopeasti takaisin sairaalahoitoon. Arjen tuen merkitys nousi esille useissa vastauksissa. Selvityksen mukaan kuntoutujille tarjottavan tuen tulisi olla mahdollisimman käytännönläheistä, säännöllistä ja tavoitteellista. Riittävät tukiverkot mahdollistavat arkipäivän sujumisen. Selvitys korosti myös riittäviä henkilökuntaresursseja, sillä koulutettu ja motivoitunut henkilökunta on edellytys laadukkaille palveluille. (Kettunen 2010: 75–78.)

Opinnäytetyön tekijän osallistuminen Parempi Arki -hankkeeseen (2015–2017) antaa näkökulmaa niihin seikkoihin, joihin on tehtävä parannuksia organisaatiossa paljon palveluja käyttävien mielenterveysasiakkaiden kohdalla, jotta taloudelliset säästöt ja yksilön elämänlaadun paraneminen olisi mahdollista. Hankkeen aikana on käynyt ilmi, että henkilöt, jotka todellisuudessa tarvitsevat apua, eivät välttämättä sitä hae tai eivät osaa hakea. Toisaalta on asiakkaita, joiden palvelujen käyttö on massiivista, väärin palveluihin kohdistettua tai organisaatiota hyväksi käyttävää. Nämä seikat tuovat yhteiskunnalle merkittäviä lisäkustannuksia eivätkä palvele oikealla tavalla asiakasta itseään. (Parempi Arki -hanke 2015–2017.)

## 2.2 Kuntoutumista edistävät tekijät tuetussa asumisessa

Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan monialaisten kuntouttavien palvelujen kokonaisuutta, jossa henkilö tarvitsee mielenterveytensä häiriön vuoksi apua sekä mahdollisia asumispalveluja. Kuntouttavat palvelut edistävät kuntoutumista sekä vahvistavat itsenäistä selviytymistä. Mielenterveyskuntoutukseen pyritään yhdistämään mielenterveyttä edistävät alueet, kuten perhe, työ, opiskelu ja muut läheiset ihmissuhteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 13.)

Kuntoutumista voidaan kuvailla, että se on toimintamuodoltaan palautumista korostavaa, yksilöä kannustavaa ja tulevaisuuteen suuntaavaa. Yleensä kuntoutumistarpeen synnyttää jokin konkreettinen ongelma ja vaikea vaihe kuntoutujan elämässä, kuten esimerkiksi sairastuminen, läheisen menetys, työuupumus tai muut elämän riskitilanteet. (Järvikoski – Lindh – Suikkanen 2011: 89.) Yleisellä tasolla tiedetään, että kenellä tahansa saattaa elämänhallinta horjua elämässä tapahtuvan yllättävän asian tai tilan

teen vuoksi. Kuntoutus on toimintaa, jonka tavoitteena on parantaa ihmisten toimintakykyä sekä sosiaalista selviytymistä arjen eri tilanteissa. Yksilötasolla kuntoutuksen avulla pyritään ehkäisemään ja kompensoimaan sairauksiin, vammoihin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviä ongelmia. Yleisellä tasolla kuntoutuksen tavoitteena on tukea väestöryhmien voimavaroja ja selviytymistä arkielämässään. (Järvikoski – Härkäpää 2008: 8–10.)

Kun sairastumisesta on kulunut aikaa, kuntoutujat yleensä oppivat tunnistamaan sairauden eri vaiheet ja tiedostamaan muutokset, mikä luo tunnetta sairauden hallittavuudesta. Kuntoutumisprosessissa autetaan kuntoutujaa tiedostamaan omat haaveet ja unelmat, joiden perustalle mielekäs kuntoutus voidaan rakentaa. Yksi kuntoutuksen tärkeimmistä tavoitteista on auttaa kuntoutujaa ylläpitämään omaa elämönhallintaansa tilanteissa, joissa hänen omat selviytymiskeinot ovat sairauden vuoksi heikentyneet. Tämä tuki tulisi sisältää toimintakykyä lisääviä menetelmiä, joilla voidaan vaikuttaa kuntoutujan omaan hallinnan tunteeseen elämänsä suhteen. (Koskisuus 2004: 14–15.) Kuntoutumisen myötä sairaus ei välttämättä parane, mutta onnellisuuden ja elämän mielekkääksi kokeminen mahdollistuu. Kuntoutuminen ei myöskään pääty tiettyyn pisteeseen, vaan saattaa jatkua läpi elämän. Myös kuntoutuksen myötä omaksutut uudet toimintamallit auttavat kuntoutujaa entistä itsenäisempään toimintaan ja aktiivisuuteen elämänsä suhteen. (Koskisuus 2004: 150, 225.)

Salon & Kallisen (2007) tutkimuksessa asumisyksiköiden kuntoutumista edistävinä tai estävinä tekijöinä koettiin muun muassa yksikön koko ja sen asukkaat, yksikön sijainti, asumisjärjestelyt, ohjaajien toimintatavat sekä asukkaan oma motivoituminen kuntoutukseensa. Mielenterveyskuntoutujien elämäntarinahaastattelut osoittivat kuinka asumispalvelut eivät yleisesti ottaen edistä asukkaiden kuntoutumista vaan saattavat toimia jopa laitostavina yksikköinä. Myös nykyinen varhaiseläkkeelle siirtymisen järjestelmä ehkäisee tehokkaasti kuntoutumisen mahdollisuuksia. Toisaalta myönteisen kuntoutumisen mahdollisuudet tulivat esille, kun haastatteluissa kävi ilmi kuinka vaikeistakin mielenterveyden ongelmista voi kuntoutua. (Salo ym. 2007: 83,120–122.)

Myös Sjöblomin (2013) mukaan kuntoutujat itse kokivat kuntoutumistaan edistävinä tekijöinä muun muassa mielekkään tekemisen, ulkopuolisen avun saamisen ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen. He toivoivat ohjaajien taholta toimintakyvyn tukemista käytännön tasolla ja psyykkisen hyvinvoinnin osalta. Käytännön tason tukemisen



he kuvasivat arjen pyörittämisen joko omassa asunnossa tai yhteisöön liittyvien tehtävien kautta. Ohjaajilta he toivoivat ennen kaikkea motivointia ja uskoa kuntoutujan omiin kykyihin. (Sjöblom 2013: 47–50.)

Työntekijöillä tulee olla keinoja, joilla he voivat tukea kuntoutujien kuntoutumisprosessia asumispalveluissa. Ammattihenkilöt toimivat kuntoutusprosessissa kuntoutujan yhteistyökumppaneina, heidän tehtävänä on antaa tukea, motivoida ja rohkaista kuntoutujaa kuntoutustavoitteiden asettelussa ja toteuttamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 13). Kuntoutushenkilökunnan tehtävänä on luoda uskoa kuntoutujan omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin, sillä usein mielenterveyskuntoutujan on vaikea hahmottaa omaa tulevaisuuttaan tai usko omiin kykyihin voi olla puutteellinen (Koskisuus 2004: 17). Yksi kuntoutumisen tärkeimpiä tekijöitä on myös toisten ihmisten usko kuntoutujan toimimiseen (Pihlaja 2008: 14). Lassilan ohjaajien pyrkimyksenä on saada kuntoutujat osallistumaan asumisyksikön kerhotilassa ”Hopeahelmessä” järjestettäviin yhteisökokouksiin, jotta kuntoutujat olisivat mukana päättämässä yhteisistä asioista. Kykyä omiin taitoihin pyritään vahvistamaan erilaisin keinoin esimerkiksi yhteisökokouksen puheenjohtajan ja sihteerin valinnalla kuntoutujien joukosta. Ohjaajat korostavat useasti toimivansa kuntoutujien ehdoilla eivätkä voi pakottaa heitä mihinkään ilman heidän omaa suostumustaan.

Mielenterveystyö vaatii työntekijältään vahvan ammatillisen osaamisen lisäksi ymmärrystä omasta itsestä. Prosessia, jossa opitaan ymmärtämään, kuka minä olen mielen terveystyön ammattilaisena, kutsutaan ammatillisen kasvun prosessiksi. Ammatillinen kasvu on persoonallinen prosessi, joka vaatii yhteistyökykyä ja monitaitoisuutta. Lisäksi se vaatii systeemistä osaamista ja oppimiskykyä, jotta työntekijä voi kehittää itseään osana sitä yhteisöä, jossa hän työskentelee. (Kiviniemi ym. 2014: 134.)

Mielenterveystyöntekijän tulee perustaa osaamisensa laaja-alaiseen tietoon, joka edellyttää tietolähteiden aktiivista seuraamista. Laaja-alaisella tiedolla tarkoitetaan tutkimustietoa, kehittämistyön tuomaa tietoa ja kokemustietoa. (Kiviniemi ym. 2014: 36.) Mielenterveysasioista keskustelu edellyttää faktojen tuntemista, erilaisten lähestymistapojen tunnistamista ja omaa oivallusta (Lahti 1995: 25). Olemme käytännössä havainneet, miten tärkeää on mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevien henkilöiden perehtyneisyys alan sairauksiin ja kiinnostus työhön, jota he tekevät. Terveystieteiden huoltoalalla tietotaidon ylläpitäminen on tärkeää, sillä ala kehittyy nopeassa tahdissa, jolloin uutta tietoa tulee myös paljon.

On korostettava hyvän asiakassuhteen rakentamisen vaativan luottamusta. Vaikka työntekijä ja kuntoutuja olisivat keskenään eri mieltä, molemminpuolinen ymmärrys, luottamus ja arvostus luovat edellytykset yhteistyölle. Valokiven (2002) mukaan pysyvä ja luottamuksellinen suhde edesauttaa kuntoutujan ja työntekijän välistä yhteistyötä ja on edellytys sen onnistumiselle (Valokivi 2002: 180). Lassilan ohjaajien ja kuntoutujien väliset asiakassuhteet ovat yleensä pitkiä ja niissä luottamus rakentuu vähitellen.

Yhteenvedona voidaan todeta, kuinka mielenterveystyössä kuntoutuksen edistäminen on monien eri tekijöiden summa. Hyvät asumisolosuhteet ja mielenterveys liittyvät kiinteästi toisiinsa. Suomen terveysministeriön raportin mukaan laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutumista ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien hyvinvointia. (STM 2004: 21.)

### 2.3 Asiakslähtöisyys kuntoutuksessa

Edellisen perusteella voidaan päätellä, asiakslähtöisen työotteen olevan kuntoutuksessa varsin tavoiteltava arvo. Vaikka asiakslähtöisen kuntoutustoiminnan tulisi olla kaikkien toimijatahojen pyrkimyksenä, on käytännön toteutuksessa paljon puutteita. Suomalaisessa kuntoutusta koskevassa kirjallisuudessa on keskusteltu asiakslähtöisyydestä jo 1990-luvulta asti, siitä huolimatta, tutkimusten mukaan vuorovaikutustilanteissa asiakas oli monesti pelkkä toiminnan kohde. Asiantuntijakeskeiset toimintatavat ja kuntoutujien kyvyttömyyttä korostavat toimintamallit ovat yhä edelleen pääosassa. (Järvikoski – Härkäpää 2008: 61.) Nykyisissä palvelujärjestelmissä asiakslähtöisyys toteutuu paremmin yksilötason kohtaamisissa, mutta organisaatiotasolla koneisto tökkii ja on pirstaleinen. Heikkous piilee siinä, ettei oteta huomioon kuntoutujan olevan oman arkensa asiantuntija. Kuntoutujan tehtävä on määrittää, mitä hän odottaa elämältään. Ammatillaiset ovat puolestaan sairauden, hoidon, hoivan ja sosiaaliturvan asiantuntijoita. (Parempi Arki -hanke 2015–2017a.)

Asiakslähtöisyydellä tarkoitamme tässä yhteydessä ammattilaisen ja kuntoutujan välille syntyvää dialogista vuorovaikutussuhdetta, jonka päämääränä on kuntoutujan osallistaminen. Yksilötasolla osallisuus tarkoittaa kuntoutujien olevan osallisia esimerkiksi oman hoito- ja palvelusuunnitelman tai toimintakykyarvion teossa. Tämän tavoitteena on vaikuttaa kuntoutujien jokapäiväiseen elämään ja elämänhallintaan. (Parempi Arki -hanke 2015–2017b.) Lassilan tuetun asumisyksikön ohjaajat korostavat kaikkien kuntoutujaa koskevien tavoitteiden ja suunnitelmien laatimisen pohjalla olevaa asiaksläh-

töistä ajattelutapaa, jossa keskeisenä on kuntoutujan osallisuus omaan elämäänsä koskeviin päätöksiin. Harran (2014) mukaan kuntoutujan ja henkilöstön välisen yhteis toiminnan lähtökohtana on jokin asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma, jonka ratkaisuun tarvitaan asiakkaan ja kuntoutushenkilökunnan välistä yhteistoimintaa. Toimintaympäristöllä, missä yhteistoiminta tapahtuu, on merkitystä yhteistoiminnan onnistumiselle. Toimintaympäristöinä voi olla esimerkiksi ammattilaisen käytössä oleva työtila (esimerkiksi terapeutin vastaanottotila), asiakkaan hallinnoima tila (oma koti) tai ulkopuolisen hallinnoima julkinen tila (työpaikka, kauppa, koulu). (Harra 2014: 187–188.)

Parempi Arki -hankkeessa (2015–2017) käy ilmi, kuinka kuntoutujan osallisuus voidaan huomioida käytännön tasolla. Osallisuudessa työntekijä antaa kuntoutujan tarkastella itse elämäntilannettaan eri näkökulmista ja miettiä, miten hän voisi mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti toimia omassa elämässään. Kuntoutujalla tulee olla käytössään kaikki tarpeellinen tieto ja hänen asioitaan voidaan käsitellä vain hänen läsnä ollessaan. Kuntoutujalle on kerrottava ymmärrettävästi hänen oikeutensa ja velvollisuutensa asiakkuuteen liittyvissä asioissa. Kuntoutujilla on oltava mahdollisuus osallistua kehittämissyihin ja yhteisö-palaveriin ja niissä on käytettävä kieltä, jota kaikki ymmärtävät (Parempi Arki -hanke 2015–2017).

Näkemyksemme mukaan, työskenneltäessä mielenterveyskuntoutujien parissa, on tärkeää muistaa heidän olevan oman elämänsä parhaita asiantuntijoita ja heitä on sen vuoksi muistettava kuunnella. Kuntoutujan osallisuuden lisäämisellä on mielenterveyttä edistäviä vaikutuksia. Osallisuus tukee itsetuntoa, vähentää erillisyyden tunnetta ja rohkaisee vastuulliseen asennoitumiseen omasta terveydestä ja parantaa näin ollen elämänlaatua. (Kokkola – Kiikkala – Immonen – Sorsa 2002: 31.)

Tekesin (2010–2012) hankkeessa tutkittiin asiakaslähtöisyyden vahvistamista mielenterveyskuntoutujien arjessa. Tutkimustulosten mukaan kyseessä on ammattilaisten ja asiakkaiden välinen jatkuva oppimisprosessi, jossa tavoitellaan eri osapuolten välistä arvostamista ja jossa asiakkaat kohdataan mahdollisina yhteistyökumppaneina. Hyvä kumppanuus ei synny kuitenkaan itsestään vaan asiakaslähtöisyyden kehittäminen vaatii ”yhdessä tekemisen” kulttuuria ja sen rakentamista omassa toimintaympäristössään. Erityistä huomiota tulee kiinnittää asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen, eri osapuolten kuuntelemiseen, tiedon, asiantuntijuuden ja vallan kysymyksiin, asiakkaiden valinnan mahdollisuuksiin sekä asiakkaiden kokemusten ja äänen esille saamiseen, kuulemiseen ja vakavasti ottamiseen. (Gunther – Kulmala – Raitakari – Saario: 2012.)

Seuraavaksi käsittelemme syitä jotka vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn haasteisiin sekä arjen hallinnan taitoihin.

### 3 Mielenterveyskuntoutujien toimintakyky ja arjen hallinta

Mielenterveys ja hyvinvointi ymmärretään yhä selkeämmin elinikäisen terveyden tärkeäksi osatekijäksi. Hyvä terveys ja hyvinvointi mahdollistavat emotionaalisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. (Tamminen – Solin 2013: 12.) Freud on määritellyt mielenterveyden kyvyksi rakastaa, tehdä työtä ja toteuttaa itseään. Tämä määritelmä toimii pelkistettynä edelleenkin. Ihminen tarvitsee työtä ja toimintaa voidakseen purkaa energiaansa, voidakseen kokea olevansa tarpeellinen. Ihminen tarvitsee läheisiä ihmissuhteita, joihin voi sijoittaa omia tunteitaan ja joissa voi kokea olevansa hyväksytty, ryhmään kuuluva ja pidetty. Ihminen tarvitsee tunteen siitä, että voi jakaa ja olla osana yhteiskuntaa. Näin ihminen kokee mahdollisuuden toteuttaa itseään ja ylläpitää omaa mielenterveyttään. (Lahti 1995: 25.) Mielenterveyshäiriöt ovat psyykkistä tasapainoa horjuttava tila, joka heikentää ihmisen kykyä selviytyä omasta arjestaan. Mielenterveysongelmiin liittyy usein myös psyykinen stressitila. (Hentinen – Lilja – Mattila 2009: 16.)

Arjen taidoilla tarkoitetaan niitä taitoja ja valmiuksia, joita kuntoutuja tarvitsee suoriutukseen päivittäisistä tehtävistä ja toiminnoista kotona ja omassa lähiympäristössään. Mielenterveyden häiriöissä henkilön arjessa suoriutumisen kyky on heikentynyt. Yleistä on toiminnan ja tekemisen määrän väheneminen. Realiteetit omasta toimintakyvystä voivat poiketa paljonkin toisten käsityksistä. Ihminen voi yli- tai aliarvioida omaa kykyään selviytyä arjesta. (Koskisuus 2004: 17.) Kaikille mielenterveysongelmille on yhteistä se, että ne vaikuttavat erityisesti tunne-elämään ja ajatteluun (Koskisuus 2004: 11). Sairastumisella on usein vaikutuksia ihmisen sosiaalisiin suhteisiin, elintapoihin ja rooleihin. Usein mielenterveyden häiriöiden syiden ja seurauksien ymmärtäminen on vaikeampaa kuin muissa sairauksissa. Myös ympäristön asenteet saattavat lisätä sairastuneen taakkaa. (Koskisuus 2004: 14–15.)

#### 3.1 Toimintakyvyn osa-alueet

Toimintakyky on laaja käsite ja sitä voidaan tarkastella usealla eri tavalla. Toimintakyvyn määritelmät vaihtelevat tieteenalojen ja näkökulmien mukaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) määritelmän mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista ja arkirutiineista, jotka ovat hänelle itsel-

leen merkityksellisiä ja välttämättömiä. Toimintakykyyn vaikuttavia seikkoja ovat muun muassa ympäristö, yksilön persoonallisuustekijät, motivaatio- ja osaamistekijät, sosiaaliset syyt, sairauden vaikeusaste ja kesto, hoito ja kuntoutus. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2010: 8.) Toimintakykyinen ihminen kokee selviytyvänsä jokapäiväisistä tehtävistä ja haasteista kotona, työssä ja vapaa-aikana. Hän kykenee vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa sekä asettamaan elämälleen tavoitteita ja pyrkimään niihin. Toiminnalla on hänelle jokin mielekäs merkitys. (Kähäri-Wiik – Niemi – Rantanen 2006:13.)

Ongelmat toimintakyvyssä voivat ilmetä monin eri tavoin. Ihminen saattaa kokea fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia avuttomuuden tunteita. Nämä tunteet voi johtaa vähitellen tavoitteista ja haasteista luovuttamiseen ja lopulta sosiaalista suhteista eristäytymiseen. Mikäli ihmiseltä puuttuu elämässä tarvittavia aineellisia, psyykkisiä tai sosiaalisia resursseja tai hän ei tunnista niitä, voi hän kokea omat vaikuttamismahdollisuutensa elämäänsä vähäisinä. Muita toimintakykyyn vaikuttavia seikkoja ovat myös ympäristön asenteet, muiden ihmisten tuki sekä erilaiset arjen palvelut. (Pihlaja 2008: 17.)

Toimintakyvyn osa-alueet voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Lisäksi voidaan puhua myös kognitiivisesta toimintakyvyn osa-alueesta, joka käsittää oppimiseen, tiedon käsittelyyn ja kielelliseen toimintaan liittyviä asioita. Kaikki toimintakyvyn osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan. Keho, mieli ja sosiaalinen ympäristö ovat vuorovaikutussuhteessa toistensa kanssa. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2009: 9.) Lassilan henkilökunnan mukaan asumisyksikön kuntoutujilla on haasteita näillä kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla.

**Fyysinen toimintakyky** sisältää kyvyn suoriutua muun muassa päivittäisistä perustoiminnoista, työstä ja opiskelusta, arjen askareiden hoitamisesta, mielekkäästä vapaa-ajanvietosta ja sosiaalisesta kanssakäymisestä (Vammaispalveluiden käsikirja THL 2014). Lassilassa asuvien kuntoutujien on suoriuduttava pääsääntöisesti päivittäisistä perustoiminnoista ja arjen askareiden hoitamisesta, jotta he voivat asua tässä asumisyksikössä. Heidän fyysistä toimintakykyä ylläpidetään päivittäisillä elämiseen liittyvillä tukitoimilla ja niiden harjoittamisella. Näitä ovat esimerkiksi keittiötyöt, vuoteen sijaaminen, siivoaminen ja erilaiset kädentaidot. Toiminnallisten menetelmien käyttö rohkaisee asiakasta aktiivisuuteen ja aloitteellisuuteen sekä auttaa häntä löytämään myönteisiä voimavarojaan ja mahdollisuuksiaan (Kiviniemi ym. 2014: 95).

**Psyykkinen toimintakyky** liittyy ihmisen elämänhallintaan ja -tyytyväisyyteen. Siihen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa: psyykkinen hyvinvointi, itsearvostus, omien voimavarojen tunnistaminen ja erilaisista haasteista selviytyminen (Vammaispalveluiden käsikirja THL 2014). Lassilan yksikön henkilökunta kertoi asumisyksikön kuntoutujilla olevan usein heikko psyykkinen hyvinvointi itsearvostuksessa, omien voimavarojen tunnistamisessa sekä selviytymässä erilaisista eteen tulleista haasteista.

Elämänhallinta on luottamusta siihen, että voi itse vaikuttaa, suunnitella ja ohjata omaa elämäänsä (Nyyti ry 2016). Hyvän elämänhallinnan omaavalla ihmisellä on realistinen käsitys omista mahdollisuuksista ja hän pyrkii omalla toiminnallaan muuttamaan itselleen liian rasittavaksi kokevat olosuhteet toisiksi (Keltikangas-Järvinen 2008: 255). Elämänhallinta perustuu ennen kaikkea hyvälle itsetuntemukselle, jossa ihminen tiedostaa omat toiveensa ja tavoitteensa. Hyvä elämänhallinta antaa sisäisen voiman tunteen, sillä tietoinen tavoitteiden asettaminen ja päämääriin pyrkiminen antavat ihmiselle tunteen, että hän todella elää aktiivisesti omaa elämäänsä. (Keltikangas-Järvinen 2008: 255–257.)

**Sosiaalinen toimintakyky** sisältää kyvyn olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Siihen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa kyky solmia ja ylläpitää sosiaalisia suhteita, vastuu läheisistä sekä suhteet omaisiin ja ystäviin. Tähän osa-alueeseen luetaan kuuluvaksi myös harrastustoiminta ja vapaa-ajan toiminta yhdessä toisten kanssa. (Vammaispalvelujen käsikirja THL 2014.) Monesti toimintakyvyn heikentyessä ihmissuhteet vaikeutuvat tai loppuvat. Myös ihmisen suhde ympäristöönsä saattaa muuttua. (Kähäri-Wiik ym. 2006: 164.) Lassilan asumisyksikön ohjaajien mukaan tuetussa asumisyksikössä asuvilla mielenterveyskuntoutujilla on hyvin erilaisia taitoja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Toisilla voi olla todellisia haasteita kyvyssä solmia ja ylläpitää sosiaalisia suhteita, toisille se on helpompaa. Joillakin on ystäviä ja omaisia, jotka pitävät yhteyttä, useimmilla ei ketään. Lassilan yksikössä on tavoitteena, että jokaisella olisi mielekästä vapaa-ajanviettoa, työtä tai opiskelua, mutta kaikki kuntoutajat eivät ole näihin kuitenkään motivoituneita. Kuntoutujia yritetään saada sosiaaliseen kanssakäymiseen kannustamalla heitä osallistumaan yhteisökokouksiin, tarttumaan niihin harrastus- ja vapaa-ajan toimintoihin, jotka heitä kiinnostavat. Ohjaajat kertovat pyrkimyksensä saada kuntoutujia enemmän sosiaalisiin kontakteihin muiden ihmisten kanssa.

**Kognitiivista toimintakykyä** tarvitaan asioiden oppimiseen, muistamiseen, keskittymistä vaativiin tehtäviin, tarkkavaisuuteen, hahmottamiseen, tiedonkäsittelyyn, ongel-

mien ratkaisuun, toiminnan ohjaukseen sekä kielelliseen toimintaan (Vammaispalvelujen käsikirja THL 2014). Lassilan asumisyksikön mielenterveyskuntoutujilla on ongelmia erityisesti toiminnanohjauksen kanssa. He tarvitsevat ohjaajilta tukea ja kannustusta saadakseen päivittäiset askareet tehtyä.

Tuulio-Henrikssonin (2014) kirjallisuuskatsauksen mukaan viime vuosikymmeninä on tutkittu paljon neuropsykologiaa, joka liittyy vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien kognitiivisiin vaikeuksiin. Tutkimusten avulla saatiin kliinisesti merkittävää tietoa näiden henkilöiden toimintakyvystä eli siitä, miten tarkkaavaisuus, keskittyminen, muisti, oppiminen, toiminnanohjaus ja muut tiedonkäsittelyyn liittyvät asiat potilailla toimivat. Tutkimukset keskittyvät skitsofreniaryhmän sairauksiin, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja muiden mielialahäiriö-ryhmien toimintakyvyn haasteisiin. Tuloksissa kävi ilmi, miten esimerkiksi kognitiiviset häiriöt näyttävät liittyvän kaikkien mielenterveyden häiriöiden potilasryhmien psykososiaaliseen toimintakykyyn. Tähän liittyvät toiminnanohjauksen puutokset eli aloitekyvyttömyys, suunnitelmallisuuden puute ja vaikeudet oman toiminnan arvioinnissa. Muistin häiriöt hankaloittavat uuden tiedon oppimista ja omaksumista. Myös työmuistin heikkous voi vaikeuttaa vuorovaikutussuhteissa olemista muiden ihmisten kanssa. Monissa tutkimuksissa havaittiin myös näönvaraisen muistin ja hahmotamisen vaikeuksia, jotka tekivät lähiympäristössä liikkumisen vaikeaksi. Henkilöillä oli myös vaikeuksia ymmärtää hoitoon liittyviä sääntöjä ja ohjeita. (Tuulio-Henriksson 2014: 233–238.)

Myös Suomessa tehdyn *Terveys 2000 -väestötutkimuksen* tulokset osoittivat, kuinka skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavilla oli huomattavasti enemmän rajoituksia arkielämän toiminnoissa, sosiaalisissa suhteissa, muistissa ja sanasujuvuudessa kuin yleisväestöllä. He saivat myös heikomman mittaustuloksen liikuntakyvystä, lihasvoimasta sekä lähi- ja kaukonäöstä. (Viertiö: 2011: 9–10.)

### 3.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioinnilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä Lassilan henkilöstölle yhdessä kehitettyä lomaketta, jolla ohjaajat ja kuntoutajat itse arvioivat kokonaisvaltaisesti kuntoutujan taitoja heidän omassa arjessaan. Toimintakyvyn arvioinnissa pyritään selvittämään ihmisen toiminnallisuutta sekä toiminta- ja työkykyä. Arvioinnilla saadaan selville toimintaa rajoittavat ja tukevat tekijät, joita voivat olla esimerkiksi ympäristö.



Arvioinnilla todetaan mahdollinen toimintaterapian tai muun kuntoutuksen tarve sekä palvelu- ja avuntarve. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2010: 8–13.)

Muutoksen tarvetta kartoitetaan arvioimalla asiakasta ja hänen toimintaympäristöään suhteessa hänen rooleihinsa kuuluviin toimintoihin. Asiakkaan taitoja ja valmiuksia tarkastellaan siis suhteessa siihen, mitä asiakas haluaa tehdä ja mitä hänen odotetaan tekevän. Arvioinnissa käytettävien menetelmien tulee olla asiakaslähtöisiä ja luotettavia. (Hautala ym. 2011: 123.) Ihmisen toimintakyvystä ja kuntoutumistarpeesta saadaan mahdollisimman realistinen käsitys, silloin kun kuntoutujan itsensä ja mahdollisesti myös hänen läheistensä kanssa keskustellaan ja heitä haastatellaan. Kuntoutujan toiminnallisuutta voidaan arvioida havainnoimalla hänen tekemisiään. Luotettavin kuvaus saadaan kuntoutujalle tutussa ympäristössä tehdystä havainnoinnista. Arvioinnissa tulee selvittää myös ympäristötekijät. (Kettunen ym. 2009: 19.) Oman haasteensa arviointiin tuo päivittäiseen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät, kuten mieliala, lääkitys, päivän tapahtumat, ravitsemus ynnä muut tekijät, jolloin toimintakyky saattaa muuttua eri tekijöiden vaikutuksesta (Kettunen ym. 2009: 18–19). Toimintakyky ja avuntarve eivät siis ole pysyviä tiloja. Toimintakyky voi myös parantua esimerkiksi tavoitteellisella kuntoutuksella sekä ympäristöolosuhteiden muutoksilla. (Vammaispalveluiden käsikirja THL.)

Arviointimenetelmän käyttökelpoisuuden arvioinnissa on huomioitava sen käyttötarkoitus. Arvo- ja teoreettisten lähtökohtien tulee olla yhteneväisiä käyttötarkoituksen kanssa. Arviointimenetelmän käyttöalue on määriteltävä selkeästi. Käyttöalue saattaa olla tietty ikäryhmä tai toimintaympäristö. (Vammaispalveluiden käsikirja THL.)

Arviointimenetelmät voidaan jaotella standardoituihin ja ei-standardoituihin menetelmiin. Standardoiduissa arviointimenetelmissä pyritään mahdollisimman yhtenäiseen arviointiin, jonka tulos on arvioivasta henkilöstä riippumaton. Arviointi suoritetaan tällöin tietyillä arviointivälineillä, mittareilla, pisteytyksillä jne. Hankaluutena on, että monet standardoidut arviointimenetelmät vaativat käyttäjäkoulutuksen sekä käsikirjan käyttöä. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2010: 14–15.)

### 3.3 ICF-luokitus kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnissa

Toimintakykyä voidaan jäsentää myös erilaisten mallien kautta. Kuvailimme toimintakykyä ICF-luokituksen avulla, koska se tukee toimintaterapian näkökulmaa. ICF on maailman terveysjärjestön luokittelema toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden

kansainvälinen luokitus. ICF-luokitus antaa viitekehyksen, jonka avulla voidaan tarkastella ihmisen toimintakykyyn vaikuttavia osa-alueita sekä saamaan tarkan kuvauksen henkilön toimintakyvystä sekä siinä tapahtuvista muutoksista. Tavoitteena luokituksella on tarjota tieteellinen perusta ihmisen terveydentilan arvioimiselle. ICF-luokitus mahdollistaa myös eri ammattiryhmien yhteistyön tarjoamalla heille yhtenäisen kielen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Tällaisia ammattiryhmiä ovat esimerkiksi toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, kotihoidon ja asumisyksiköiden työntekijät sekä muut ammattilaiset, jotka arvioivat asiakkaiden suoriutumista ja toimintakykyä heidän kotonaan tapahtuvissa päivittäisissä toiminnoissa.

ICF-luokituksessa on ryhmiteltyä aihealueet, joilla kuvaillaan toimintakykyä, toimintarajoitteita ja ihmisen lääketieteellistä terveydentilaa. Luokitus koostuu kahdesta osasta, joissa kummassakin on kaksi osa-aluetta. Luokituksen ensimmäinen osa käsittelee **toimintakykyä ja toimintarajoitteita** ja toinen osa **kontekstuaalisia tekijöitä**. Toimintakyky on ICF-luokituksen yläkäsite. Luokituksessa mielenterveyskuntoutujan toimintakyky nähdään hänen lääketieteellisen terveydentilansa sekä häneen liittyvien yksilötekijöiden ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen tuloksena.

**Ensimmäisessä osassa** luokitus keskittyy *ruumiin ja kehon toimintoihin*, sekä *ruumiin rakenteisiin* liittyviin tekijöihin, joihin kuuluu myös *mielentoiminnot*. Siinä käsitellään myös *suorituksiin* ja *osallistumisiin* liittyviä tekijöitä, jotka tarkastelevat toimintakykyä sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. (Stakes 2004: 3–21.) *Suoritus* kuvataan tehtävänä tai toimena, jonka henkilö toteuttaa. Mielenterveyskuntoutujan kohdalla itsestä huolehtiminen, peseytyminen, kynsienleikkuun, hiusten harjaaminen ja muu vastaava toiminta, on suoriutumista. *Osallistuminen* on kuntoutujan osallisuutta oman elämänsä tilanteisiin, kuten esimerkiksi harrastustoimintaan tai vapaaehtoistyöhön.

**Toisessa osassa** käsitellään *kontekstuaalisia* tekijöitä, joihin liittyvät *ympäristö- ja yksilötekijät*. Ympäristötekijöillä tarkoitetaan sitä fyysistä, sosiaalista ja asenne ympäristöä, jossa kuntoutuja elää ja asuu. Siihen kuuluvat sosiaaliset järjestelmät, palvelut sekä politiikan säännöt, määräykset ja lait. Yksilötekijöitä ei luokitella ICF-luokituksessa. Niillä saattaa kuitenkin olla käyttöä interventioiden lopputulokseen, joten luokituksen käyttäjä voi sisällyttää ne tarpeen mukaan arvoihinsa. Yksilötekijöitä ovat muun muassa kuntoutujan ikä, sukupuoli, sosiaalinen asema, elämäntavat. (Stakes ICF 2004: 7–21.)

#### 4 Kehittämistyön vaiheet Lassilan tuetun asumisyksikön kanssa

Tutkimuksellinen kehittäminen lähtee liikkeelle kehittämistarpeen tunnistamisella. Tämän jälkeen määritellään kehittämiskohteelle alustavat tavoitteet. (Ojasalo ym. 2014a: 26.) Tutkimuksellinen kehittäminen alkaa usein ideoinnista ja päättyy useiden vaiheiden kautta ratkaisuun. Työtä ohjaa ennen kaikkea käytännön tavoitteet, joihin haetaan tukea teoretiedoista. (Ojasalo ym. 2014: 20.)

Alla olevaan kuvaan (Kuvio 1) olemme kuvanneet kehittämistyön vaiheita mukailen Ojasalon (2014) tutkimuksellisen kehittämistyön prosessimallia (Ojasalo ym. 2014: 22–49).



Kuvio 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet.

Ensimmäisessä vaiheessa (**kehittämistyön tarpeen tunnistaminen**), selvitimme yhteistyökumppanin kanssa kehittämistyön lähtökohtia, jotka ovat syntyneet heidän tarpeestaan saada käyttöön uusi lomake. Ojasalon (2009) mukaan kehittämisen tarkoituksena on yleensä saada aikaan jonkinlainen muutos työelämässä tai työyhteisön

toimintatavoissa. On kuunneltava työyhteisön tarpeita ja odotuksia hankkeen suhteen ja pohdittava niiden merkitystä työyhteisö arjessa. (Ojasalo ym. 2009: 24–25.) Pohdimme työyhteisön kanssa lomakkeen sisältöä, millainen sen pitäisi olla, jotta se voisi toimia henkilökunnan apuvälineenä ja palvella mahdollisimman hyvin Lassilan asumisyksikössä asuvia kuntoutujia.

Toisessa vaiheessa (**kehittämiskohteeseen tutustuminen teoriassa ja käytännössä**), keräsimme kehittämistyömme kannalta olennaista tietoa. Aloitimme tutustumalla Lassilan yksikön toimintaan, mielenterveyskuntoutujiin ja henkilökuntaan. Halusimme hyödyntää ohjaajien käytännön kokemusta sekä työelämässä piilevää työntekijöiden kokemukseen perustuvaa niin sanottua hiljaista tietoa. Ojasalon (2014) mukaan kehittämistyön kohteen perusteellinen tunteminen on tärkeää, jotta saadaan luotua vankka tietoperusta, joka koostuu yhteistyötahon toiminnan tuntemisella sekä tutkimus- ja muista lähteistä hankitusta teoreettisesta tiedosta (Ojasalo ym. 2014: 28). Lisäksi etsimme opinnäytetyön aiheeseen liittyvää teoriatietoa alan kirjallisuudesta ja tutkimustuloksista. Haimme myös tietoa jo olemassa olevista mielenterveyskuntoutujien toimintakykyä kuvaavista lomakkeista.

Kehittämistyön kolmannen vaiheen (**tietoperustan muodostaminen ja rajaaminen, mallit ja viitekehykset**) aikana laadimme työsuunnitelman, jonka avulla saimme luotua työllemme aikataulun ja raamit. Tarkoituksenmukaisen tuloksen saavuttamiseksi oli osattava rajata kehittämistyön aihealueet selkeästi. Toimintakyky käsitteenä on hyvin laaja, sisältäen paljon eri ulottuvuuksia, joten sen rajaaminen osoittautui tärkeäksi. Halusimme saada mukaan toimintaterapeutista näkökulmaa, jossa keskeisenä on ihmisen merkityksellinen ja tarkoituksenmukainen toiminta hänen omassa ympäristössään. Pohdimme ympäristön edistäviä ja estäviä tekijöitä kuntoutujien elämässä, johon saimme tukea kanadalaisesta toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallista (CMOP-E).

Kehittämisprosessin neljännessä vaiheessa (**lähestymistavan valitseminen**) veimme kehittämisprosessia eteenpäin konstruktivisen tutkimuksen mallin mukaisesti, koska tavoitteena oli luoda lomake, joka olisi konkreettinen tuotos työyhteisön käyttöön. Ojasalon (2009) mukaan konstruktivinen lähestymistapa ei perustu mihinkään menetelmään vaan se liittyy kokonaisvaltaisesti kehittämistyön tavoitteeseen. Lähestymistavat voidaan luokitella viiteen erilaiseen luokkaan: toimintatutkimukseen, tapaustutkimukseen, konstruktiviseen tutkimukseen, innovaatioiden tuottamiseen sekä palvelumuotoi-

luun. Konstruktiviselle tutkimukselle on tyypillistä tiivis vuoropuhelu käytännön ja teorian välillä. (Ojasalo ym. 2009: 36–38.)

Viidennessä vaiheessa (**kehittämishankkeen toteuttaminen**) osallistuimme paikan päällä pidettävään yhteisö-kokoukseen, lähinnä havainnoijien roolissa. Kokouksen yhteydessä esittelimme itsemme osalle kuntoutujista ja kerroimme kehittämistyöstä. Tarkoituksena oli koekäyttää lomake haastatteleamalla noin kuutta Lassilan asumisyksikössä asuvaa kuntoutujaa, mutta suunnitelmasta oli luovuttava ajan puutteen ja haastateltavien vähäisen määrän vuoksi. Haastateltavia henkilöitä varten laadimme suostumuslomakkeen, jota emme päässeet käyttämään.

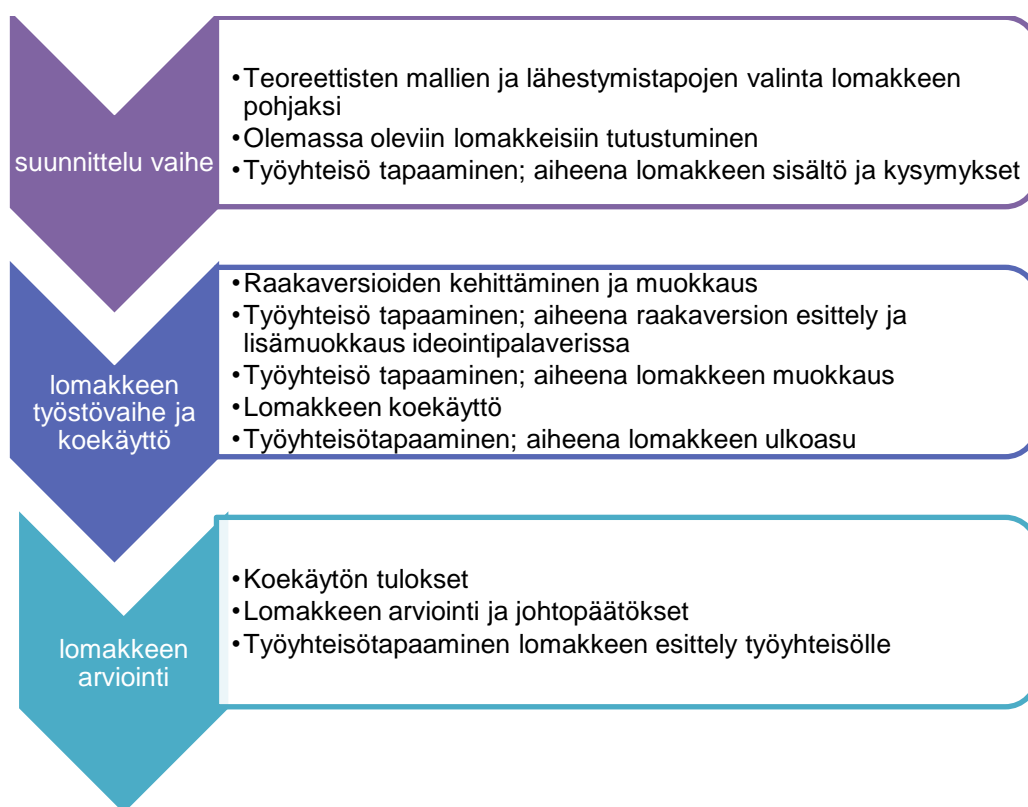
Syksyn aikana lomakkeesta muokattiin useita eri versioita kuunnellen työyhteisön toiveita. Tavoitteena oli saada mahdollisimman asiakaslähtöinen, sisällöltään selkeä ja helppokäyttöinen lomake. Työyhteisön kanssa pidetyn lomakkeen muokkaus- ja ideointipalaverin jälkeen saimme valmiiksi koekäyttöön soveltuvan lomake-version. Ideointipalaveri toteutui konstruktivisen tutkimuksen “aivoriihimenetelmällä” henkilökunnan ja meidän vastavuoroisella ajatustenvaihdolla. Konstruktivisessa menetelmässä testataan ratkaisun toimivuus käytännössä (Ojasalo ym. 2009: 67). Lomakkeen koekäyttö toteutettiin ohjaajien tekemillä kuntoutujien haastatteluilla noin vuoden kuluttua opinnäytetyön aloituksesta.

Kehittämistyön kuudennessa vaiheessa (**kehittämisprosessin ja lopputulosten arviointi**) tarkastelimme muun muassa tavoitteiden saavuttamista, kehittämistyön suunnittelua, kehittämisessä käytettyjä menetelmiä sekä toiminnan johdonmukaisuutta, vuorovaikutusta ja sitoutumista. Arvioinnin tarkoituksena on kertoa, miten kehittämistyössä onnistuttiin. (Ojasalo ym. 2009: 52.) Tapaamisten yhteydessä keskustelimme ja saimme työyhteisöltä sähköpostitse informaatiota kehittämistyön suunnitteluvaiheessa asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta, yhteistyöstä, lomakkeen onnistumisesta ja sen koekäytön tuloksista sekä kokonaisuudessaan kehittämistyön onnistumisesta.

Kehittämistyö Lassilan tuetun asumisyksikön kanssa oli mielenkiintoinen prosessi. Tapaamiskerrat, joita oli kuusi, toteutuivat yhteistyökumppanimme tiloissa. Työyhteisön kanssa käydyt keskustelut on dokumentoitu kirjoittamalla muistiinpanoja yhteisistä tapaamisista. Kehittämistyön tukena saimme opastusta ja neuvoja opinnäytetyömme ohjaajalta.

## 5 Kuntoutuajan arjessa selviytymistä seuraavan lomakkeen kehittäminen

Kehittämistyön keskiössä on työyhteisön tarpeita vastaavan lomakkeen kehittämisprosessi. Lomakkeen kehittämisprosessissa käydään läpi suunnitteluvaihe, lomakkeen käytännön työstäminen ja arviointivaihe. Kehittämisprosessin aikana on lomakkeesta tehty viisi eri versiota, joiden jälkeen on lopullinen lomake saatu valmiiksi. Lomakkeen kehittämistä havainnollistetaan seuraavan kaavion (Kuvio 2) avulla.



Kuvio 2. Lomakkeen kehittämisprosessi.

On ollut oleellista lähestyä aihetta eri viitekehysten kautta, joita yhdistelemällä on kehittämisprosessia ollut järkevää viedä eteenpäin. Näin olemme päässeet lähemmäksi kuntoutuajan arkea ja voineet nähdä asioita asiakaslähtöisemmin. Eri lähestymistapojen kautta olemme saaneet ymmärrystä lomakkeen sisällöllisestä tarpeesta. Olemme lähestyneet aihetta kognitiivisen, humanistisen ja konstruktionistisen lähestymistavan kautta.

“**Kognitiivisen lähestymistavan** mukaan ihminen on oppiva, ja hänellä on luontainen kyky muuttua ja löytää uusia toimintamalleja elämäänsä. Oleellista on mielenterveyden kannalta suotuisten mallien vahvistaminen sekä negatiivisista toimintamalleista poisoppiminen.” (Kiviniemi ym. 2014: 39.) Kuntoutujan tulee saada kokea riittävästi onnistumisia muuttuvissa tilanteissa, jotta muutos koetaan myönteisenä. Häntä on pyrittävä tukemaan muutoksessa ja vahvistamaan uskoa omiin mahdollisuuksiin selviytyä arjessa uudessa toimintamallissa.

**Humanistisessa lähestymistavassa** painotetaan ihmisen omaa tahtoa, luovuutta sekä mahdollisuutta kasvuun ja kehitykseen. Ihminen nähdään valintoja tekevänä subjektina, jolla on runsaasti voimavaroja. Näkemys sisältää ajatuksen ihmisen vastuullisuudesta ja ainutkertaisuudesta. Auttamisen yhtenä tehtävänä on tukea asiakasta tunnistamaan ja vahvistamaan voimavarojaan. (Kiviniemi ym. 2014: 40.) Olemme oivaltaneet, miten tärkeää on korostaa kuntoutujan henkilökohtaisia taitoja ja voimavaroja selviytyäkseen arjen toiminnoissa. Näemme kuntoutujan omia valintoja tekevänä yksilönä, jonka tulee saada osallistua omaa elämää koskeviin päätöksiin. Kuntoutuja tarvitsee rohkaisua ja kannustusta kyetäkseen näkemään omat vahvuudet ja saamaan ne käyttöön.

Ihminen elää jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivän maailman kanssa. Ihmissuhteet, fyysinen ympäristö ja ympäröivä kulttuuri muovaavat ihmistä ja hänen suhtautumistapojaan. **Konstruktivistisen lähestymistavan** mukaan ihminen myös muo-  
vaa ympäristöään. Kuntoutujan menneisyyden kokemuksilla ja ympäristöllä on merkitystä nykyhetkeen. Kuntoutujan oma kokemuksellinen kertomus omasta elämästä ja toimintakyvystä on konstruktivistisen lähestymistavan keskiössä. Kuntoutujan aikaisemmat elämänvaiheet vaikuttavat nykyiseen elämänvaiheeseen, joista muodostuu jokaisen kuntoutujan yksilöllinen elämäntarina. (Kiviniemi ym. 2014: 40.)

#### 5.1 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) lomakkeen kehittämisen pohjana

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) valikoitui kehitetyn lomakkeen pohjaksi, sillä se kuvaa yhteyttä ihmisen, toiminnan ja ympäristön välillä. Mallin vahvuutena on asiakaslähtöisyys, jolloin kuntoutujalle annetaan mahdollisuus päättää itseään koskevista asioista. Mallin muita keskeisiä käsitteitä ovat toiminnalli-

suus ja toimintaan sitoutuminen. Toimintaan sitoutumalla pyritään saamaan konkreettisia tuloksia aikaiseksi kuntoutujan elämässä. (Townsend ym. 2007: 23, 59–60.)

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) on kehitetty nimensä mukaisesti Kanadan toimintaterapialiiton taholta vuonna 1997. Vuonna 2007 julkaistussa *Enabling Occupation II* -teoksessa esiteltiin laajennettu malli CMOP-E, jossa sitoutuminen nostettiin toiminnallisen suoriutumisen rinnalle selittämään ihmisen toimintaa. (Townsend ym. 2007: 22.) Olemme keskittyneet erityisesti mallin **ympäristö** käsitteeseen, koska tarkastelemme opinnäytetyössä tuettua asumista, johon liittyy kiinteästi se konteksti, jossa henkilön toiminnallinen suoriutuminen tapahtuu. Lomakkeen avulla henkilökunnalla on mahdollisuus saada lisää tietoa ja ymmärrystä ympäristötekijöiden merkityksestä kuntoutujien arjessa. Kanadalaisessa toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa (2007) Ihmisen ympäristöä tarkastellaan fyysisten, sosiaalisten, kulttuuristen ja institutionaalisten elementtien kautta.

**Fyysisen ympäristön** (Physical environment) muodostavat luonto, vuodenaikojen ja säätilan vaihtelut. Fyysiseen ympäristöön kuuluvat luonnollisten tekijöiden lisäksi myös rakennetut tekijät, joita ovat esimerkiksi rakennukset, tiet, teknologiatuotteet ja muut materiaalit. Fyysinen ympäristö on merkittävä tekijä ihmisen toiminnan sallivuuden tai rajoittamisen kannalta. (Townsend ym. 2007: 44–53.) Esimerkiksi luonnossa oleskelu vähentää ahdistuksen ja levottomuuden tunteita. Luonto edistää myös toiminnallisuutta, sillä se mahdollistaa erilaisten aktiviteettien harrastamisen. (Suomen ympäristökeskus 2014: 18–19.) Lassilan kuntoutujien fyysisenä ympäristönä on koti ja ne paikat, joissa he päivittäin liikkuvat ja asioivat. Asumisyksikkö sijaitsee sopivasti luonnon ja palveluiden rajamaastossa, jolloin monipuolisen ympäristön hyötykäyttö mahdollistuu. Lassilan työntekijöiden mukaan ympäristön merkitys korostuu kuntoutujien toiminnallisten valintojen tekemisessä arjessa. Kuntoutujilla on mahdollisuus hakeutua haluaansa ympäristöön kokemansa tarpeen mukaan. Ympäristön turvallisuus, omassa asunnossaan viihtyminen ja yksityisyys olivat esille nostettuja teemoja. Saimme käsityksen, että mielenterveyskuntoutujan omassa lähiympäristössä liikkuminen jää usein rajalliseksi. Lassilan työntekijät kertoivat kuntoutujien kokevan liikkeelle lähtemisen usein vaikeana ja omien asioiden hoitamisen hankalana. Lisäksi kuntoutujien vuorokausirytmiksi saattaa olla sellainen, että päivät nukutaan ja yöt ollaan valveilla.

**Sosiaalinen ympäristö** (Social environment) kuvaillaan monikerroksisena. Mikrotaso käsittää päivittäisen vuorovaikutuksen, esim. ohjaajan ja kuntoutujan yhteinen keskus

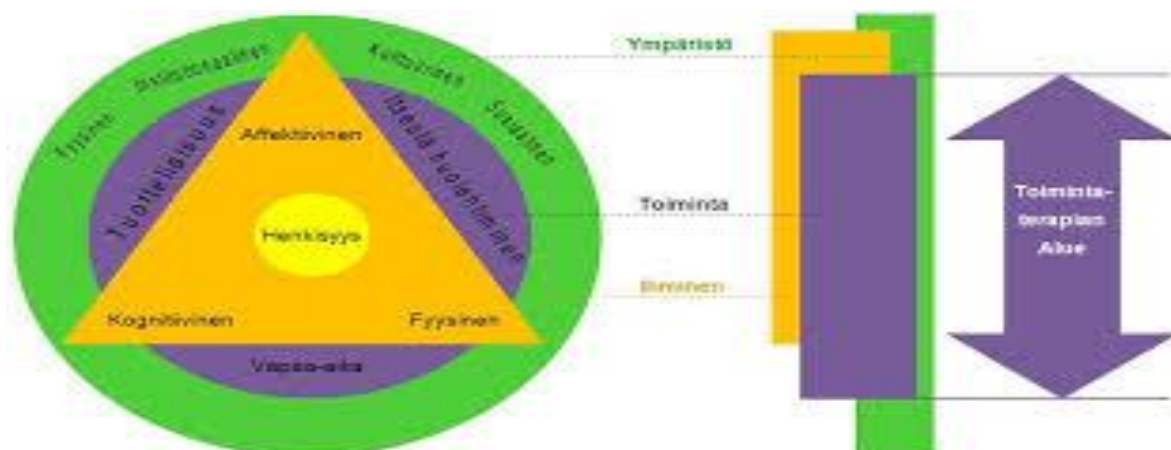


teluhetki syntyy kahdenkeskisestä vuorovaikutuksesta ollen osa Lassilan asumisyksikön kulttuuria. Mesotasolla tarkoitetaan erilaisia sosiaalisia ryhmiä ja verkostoja. Kuntoutujan elämässä näitä voivat olla esimerkiksi yhdistykset joihin hän kuuluu, perhe ja ystävä suhteet sekä tuki, jota hän saa yksikön henkilökunnalta. Makrotasoon liittyvät yhteiskunnalliset resurssit ja tuet sekä yhteiskunnan erilaiset sosiaaliset rakenteet. (Townsend ym. 2007: 22, 44–53.) Lassilan asumisyksikön kuntoutujilla saattaa, ohjaajien mukaan, olla hyvin vähän sosiaalisia suhteita johtuen erilaisista syistä. Toisilla voi olla heikot suhteet läheisiin ja sukulaisiin, toisilla ei ole lainkaan ystäviä. Tämä näkyy ohjaajien mukaan kuntoutujien arjessa monella tavalla. Työntekijöiden tarjoaman tuen lisäksi, muita kuntoutujan tukimuotoja voivat olla esimerkiksi vertaistukiryhmät, uskonnollisten yhteisöjen tuki tai sosiaalinen tuki. Sosiaalinen tuki on riippuvainen kuntoutujan omasta aktiivisuudesta sekä hänen voimavarojensa määrästä. (Määttä 2010: 29.)

**Kulttuurinen ympäristö** (Cultural environment) koostuu tavoista ja tottumuksista, sekä kulttuurisista odotuksista, joita ihminen yhteiskunnan jäsenenä toteuttaa. Kulttuurisia tekijöitä ovat muun muassa kuntoutujan sukupuoli, ikä, rotu ja etnisyys. (Townsend ym. 2007: 23.) Lassilan yksikön toiminta muodostaa kulttuurisen ympäristön kuntoutujalle, jossa hän käyttäytyy yksikön arvojen ja sääntöjen mukaisesti. Tuetussa asumismuodossa korostuu yhteisöllisyys, johon kuuluvat oleellisesti yhteiset säännöt, vastuut, erilaiset vuorovaikutussuhteet ja arjen taitojen opettelu (Ihalainen – Kettunen 2011: 50).

**Institutionaalinen ympäristö** (Institutional environment) koostuu makrotasoon kuuluvista tekijöistä kuten oikeus-, talous- ja poliittisista järjestelmistä. Institutionaaliseen ympäristöön luetaan kuuluvaksi myös ihmisen jokapäiväiseen elämään vaikuttavat tekijät kuten työpaikat, koulut, päiväkodit, sosiaali- ja terveysterveystoimet sekä muut yhteiskunnan rakenteet, johon myös mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen kuuluu. (Townsend ym. 2007: 23.)

Kuvassa (Kuvio 3) näkyvän Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) avulla voidaan sitouttaa ihminen toimintaan ja sitä kautta osallistumaan omaan kuntoutumiseen. Osallistuminen tarkoittaa esimerkiksi oman ajan täyttämistä mielekkäällä tekemisellä. Toiminta nähdään ihmisen perustarpeena, joka luo pohjan ihmisen hyvinvoinnille. (Townsend ym. 2007: 109.)



Kuvio 3. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E).

Käsityksemme mukaan mielenterveyskuntoutuksessa sitouttaminen on usein haastavaa. Ongelmaksi saattaa muodostua kuntoutujan passiivinen rooli ja motivaation puute, koskien omaa elämäänsä ja kuntoutumistaan. Kuntoutuja ei välttämättä näe vaihtoehtoja, vaikka niitä olisi olemassa. Mielenterveyskuntoutujien vaikeutena on usein omien kuntoutumistavoitteiden asettaminen. Usko omaan kykyihin ja taitoihin saattaa olla puutteellinen. Tulevaisuuden hahmottaminen voidaan kokea vaikeaksi tai se voi puuttua kokonaan. (Koskisuu 2004: 17.) Keskustelimme Lassilan tuetun asumisyksikön ohjaajien kanssa monen mielenterveyskuntoutujan historiassa tapahtuneista epäonnistumisista ja sairauksista, jotka ovat vieneet useammalta uskon itseensä, monelta myös luottamuksen toisiin ihmisiin. Lukuisat epäonnistumiset ja elämän tapahtumat ovat lannistaneet sekä vieneet halun yrittää ponnistella oman elämän parantamiseksi.

Lassilan yksikössä toteutetaan voimavarakeskeistä ajattelutapaa, joka on lähinnä psykoterapiaan liitetty käsite. Sitoutuminen nähdään tässä ajattelutavassa yhtenä tärkeänä tekijänä. Tässä ajattelu- ja toimintamallissa korostuu usko ihmisen omaan arvokkuuteen sekä itsemääräämisoikeuteen. Uskotaan siihen, että kuntoutujalta itseltään löytyvät tarvittavat voimavarat työntekijän kanssa tehtävän yhteistyön tuloksena. Keskeisintä tässä ajattelumallissa on positiivinen ote, joka näkyy mm. keskustelutilanteissa kuntoutujan vahvuuksien esiin nostamisella. Ongelmia ei ohiteta, niiden sijaan keskitytään kuntoutujan kykyihin ja onnistumisiin. Myönteinen asenne ja voimaantuminen johtavat sitoutuneeseen toimintatapaan. (Hakonen 2008: 111–117.)

## 5.2 Lomakkeen suunnitteluvaihe

Kehittämiprosessissa konkreettinen toiminta lähtee liikkeelle suunnittelusta, josta se etenee kehämuotoisesti, missä jokaista vaihetta toteutetaan ja suhteutetaan toisiinsa järjestelmällisesti. Suunnitelmavaiheessa lähdetään selvittämään kirjallisuudesta tai muusta lähdeaineistoista, onko saman tyyppisiä aiheita jo tutkittu. (Ojasalo ym.2009: 60.)

**Lomakkeen suunnittelu** alkoi tarvittavan tiedon hankkimisella. Suunnittelun teoreettisena tietopohjana käytimme SMART-tekniikkaa, ICF-luokitusta ja Kanadalaista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (CMOP-E). Konkreettista tietoa saimme kerättyä Lassilan työyhteisön ohjaajilta.

Tutustuimme Internetissä jo olemassa oleviin valmiisiin toimintakykyä ja arjen hallintaa koskeviin mittareihin pohtien voiko niitä hyödyntää omassa kehittämistyössä. Tarkoituksena oli räätälöidä Lassilan yksikköön heille sopiva lomake, jota koko moniammatillinen työryhmä voisi käyttää haastattelun tukena. Tämän vuoksi jätimme ulkopuolelle toimintaterapeuttien käyttämät erilaiset toimintakyvyn mittarit ja arviointivälineet, koska niiden käyttö vaatii toimintaterapeutin koulutuksen ja osaamisen.

Aluksi kävimme läpi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämän TOIMIA-tietokannan eri toimintakyvyn arviointiin soveltuvia mittareita ja niiden käyttötarkoituksia. Keskityimme erityisesti mielenterveysongelmien toimintakykyä mittaaviin testeihin. Näistä testeistä emme kuitenkaan löytäneet tarpeeksi selkeää ja helppokäyttöistä menetelmää. Monet testit, esimerkiksi WHODAS 2.0 (12 kysymyksen versio), olisivat vaatineet käyttäjältään laajemman perehtymisen käyttöön sekä testin mukana olevaan käsikirjaan. (TOIMIA-tietokanta 2016.) Tutustuessa erilaisiin lomakkeisiin, löysimme ASTA: n-asumisen toimintojen arviointilomakkeiston, jonka tarkoituksena on arvioida asumisessa tarvittavan avun ja tuen tarvetta sekä asukkaan toimintakykyä. ASTA soveltuu asumisen taitojen arviointiin henkilöille, joilla on kognitiivisista, psyykkisistä tai fyysisistä syistä johtuvia avun tarpeita (Asumispalvelusäätiö ASPA 2010). Totesimme ASTA: n käytön liian aikaa vieväksi, sen laajuuden vuoksi, sillä arvioinnin kohteena on 78 nimettyä toimintoa. ASTA arvioi pääasiassa kodin sisällä tapahtuvia asumisen toimintoja. Kodin ulkopuolinen osio on varsin suppea, joka ei vastaa yhteistyökumppanimme toiveita. Lisäksi koimme lomakkeen sopivan paremmin esimerkiksi liikuntavammaisille henkilöille. Enemmän tarpeitamme vastaavaksi koimme ASTA-

lomakkeesta kehitetyn Mini-ASTA: n, joka on tarkoitettu asumisessa päivittäisten toimintojen nopeaan alustavaan arviointiin. Mini-ASTA soveltuu hyvin myös kuntoutujille, joiden toimintakyky vaihtelee sairauden takia. Omassa työssämme hyödynsimme Mini-ASTA:n otsikointia ja sisällön rakennetta.

**Suunnitteluvaiheessa** keskustelimme työyhteisön tarpeista lomakkeen sisällön ja kysymysten suhteen mieltien, mitä tietoja he halusivat saada kuntoutujista ja mitä asioita he pitivät erityisen tärkeinä. Hyvään lomakkeeseen tarvitaan vain hyviä kysymyksiä. Kysymysten muotoilu lähtee siitä, että on määritelty haluttu tieto. Sen jälkeen määritellään avaintermi. Kysymysten suunnittelussa on tärkeää, että kysymykset ovat lyhyitä ja ytimekkäitä. Kysymystä tehtäessä on myös tärkeä pohtia vastaajan tilannetta. (Tilastokeskus 2012.)

Hyödynsimme ohjaajien käytännön kokemusta Lassilan asumisyksikön toiminnasta, kuntoutujista ja heidän yksilöllisistä tarpeistaan. Tämän tiedon avulla pystyimme näkemään asiat enemmän kuntoutujien näkökulmasta. Työyhteisön kanssa vaihdoimme ajatuksia ja mielipiteitä avoimesti toinen toistamme kuunnellen ja kunnioittaen. Lassilan tuetun asumisyksikön ohjaajat olivat samoilla linjoilla kanssamme lomakkeen keskeisistä tekijöistä: asiakaslähtöisyydestä, kuntoutujan kunnioittamisesta ja hänen voimavarojensa vahvistamisesta. Kysymysten laatimisessa halusimme painottaa erityisesti selkeyttä, loogisuutta ja ymmärrettävyyttä. Keskusteluissa nousi tärkeäksi, että kysymysten avulla ohjaajalla ja kuntoutujalla tulisi olla mahdollisuus saada tietoa kuntoutujan toimintakyvyn tasosta ja arjen hallinnan taidoista (itsestä huolehtiminen, ruokahuolto, taloustyöt, kodin ulkopuolella asiointi jne.). Tämän lisäksi kuntoutumista edistävät tai estävät ympäristötekijät tulisi huomioida (asunnossa viihtyminen, turvallisuus, sosiaaliset suhteet jne.). Ohjaajat halusivat saada kuntoutujaa ”heräteltyä” pohtimaan omaa tilannettaan ja motivoitumaan kuntoutumiseensa (tulevaisuuden suunnitelmat, tavoitteet, kuntoutujalle tärkeät asiat ja arvostuksen kohteet sekä toiminnot, joissa on hyvä). Lomakkeen kysymysten avulla ohjaajat halusivat vahvistaa kuntoutujan motivaatiota muutokseen ja saada konkretisoitua hänen tavoitteensa. Tavoite lähtee aina kuntoutujan tarpeista. Myös tavoitteen jakaminen osatavoitteiksi ja samalla aikatauluun sidotuiksi asioiksi vahvistaa kuntoutujan motivaatiota omaan elämäänsä koskevaan muutokseen. (Kiviniemi ym. 2014: 78.) Ammatillisessa keskustelussa ohjaajan ja kuntoutujan välillä pyrkimyksenä on kuntoutujan elämäntilanteen ja ongelmien kartoittaminen sekä ratkaisujen ja voimavarojen luominen, löytäminen tai esiintuominen. (Kiviniemi ym. 2014: 77.) Lomakkeen tukena käytävän keskustelun avulla ohjaaja

voi muistuttaa kuntoutujaa siitä, mitä hän pystyi tekemään aikaisemmin ja mitä hän pystyy tekemään nyt. Muistuttaminen auttaa sekä työntekijää että asiakasta tarkentamaan näkökulmansa siihen, mikä heidän yhteistyössään on tärkeää: tavoitteet. (Kiviniemi ym. 2014: 98.)

Kuntoutujan tavoitteita miettiessä käytimme hyödyksi SMART-tekniikkaa. SMART-tekniikka on apukeino, jolla tavoitteista pyritään saamaan yksityiskohtaisia (specific), mitattavissa olevia (measurable), saavutettavia (achievable), realistisia (realistic) ja aikaan sidottuja (timed). Tavoitteita lähdetään luomaan määrittelemällä (ICF-luokituksen mukainen) näkyvä suoritus tai käyttäytyminen, johon toivotaan muutosta. Määrittely pyritään tekemään mahdollisimman konkreettiseksi. Ympäristön muokkaaminen ja hyödyntäminen ovat keskeisiä toimintaterapian ja kuntoutuksen keinoja tukea asiakkaan toimintaa. (Hautala ym. 2011: 133.) Järvisen (2014) mukaan SMART-tekniikassa hyvä tavoite on olennainen eli motivaation kannalta tärkeintä on, että tavoite vie kokonaisuutta selkeästi oikeaan suuntaan. Tämä ohjaa kuntoutujaa miettimään, miten tärkeä tavoite on hänelle ja miltä onnistuminen tämän tavoitteen suhteen mahdollisesti voi tuntua. Hyvä tavoite on aikaan sidottu eli kuntoutujalla ja ohjaajalla on oltava käsitys siitä, mihin mennessä tavoitteen on tarkoitus toteutua. Tavoitteiden tulee olla tarkoin määriteltyjä ja selkeästi rajattuja. Pohdimme, ohjaajien kanssa mitä tarkalleen halutaan saada aikaiseksi kuntoutujan arkielämässä ja mitkä asiat jäävät mahdollisesti tämän tavoitteen ulkopuolelle. Kuntoutujan tavoitteet tulisi olla arvioitavissa eli kuntoutujalla ja ohjaajalla tulisi olla jonkinlainen käsitys siitä, milloin ja miten tavoite on toteutunut. Pohdimme, mistä tiedetään tavoitteen saavuttamisen onnistuneen ja mitä se tarkoittaa konkreettisesti. Kuntoutujan tavoite tulisi olla myös sellainen, joka on mahdollista saavuttaa, vaikka se olisi haastava, mutta ei mahdoton. (Järvinen 2014.)

Lomakkeen teoreettiseksi taustaksi valikoitui ICF-luokitus, jota apuna käyttäen tarkastelimme kuntoutujan toimintakykyä edistäviä ja rajoittavia tekijöitä hänen arjessaan. Vaikka hyödynsimme lomakkeen kysymysten laadinnassa ICF-luokitusjärjestelmää, emme voineet käyttää sitä otsikoinnissa ja sisällössä varsinaisina merkintöinä (koodit), koska se oli osalle työntekijöistä vieras. Yhtenä ajatuksena oli nimetä otsikot toimintaterapianimikkeistön mukaan, mutta moniammatillisen tiimin jäsenistä oli osalle toimintaterapianimikkeistö vieras. Myöskään otsikoiden yhteensopivuus laadittujen kysymysten sisällön kanssa eivät kohdanneet, joten tästäkin ajatuksesta luovuttiin.

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) valikoitui kehitettävän lomakkeen pohjaksi. Mallin avulla saimme lomakkeelle keskitettyä tärkeimmät arjessa selviytymiseen liittyvät tekijät, kuten ihminen, toiminta ja ympäristö sekä näiden yhteys toisiinsa. Näiden tekijöiden vuoksi malli sopi hyvin, sillä tavoitteenamme oli pitää kuntoutujan itsensä kokemaa tarvetta lomakkeen kehittämisen keskiössä. Tämä kuntoutujan kokema tarve voi muodostua yhdestä tai useammasta hänen tunnistamastaan asiasta. Tarpeen tunnistamisesta voidaan toiminnan kautta lähteä suunnittelemaan asiakaslähtöistä lomaketta (Kiviniemi ym. 2014: 95). Kuntoutujan tarpeen tunnistamisen apuna olemme käyttäneet tutkittua tietoa yhdistettynä Lassilan henkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen kautta saatuun käytännön työhön liittyvään tietoon.

### 5.3 Lomakkeen työstäminen ja koekäyttö

**Lomakkeen työstämisen vaiheessa** tapasimme työyhteisön kanssa kolmesti saadaksemme lomakkeen muokattua lopulliseen muotoon. Aluksi lähdimme mukailemaan niitä lomakkeita, joihin olimme aikaisemmin tutustuneet. Työyhteisöön lähetettiin useita versioita lomakkeista, jotka ohjaajat lähettivät takaisin muokausehdotuksin. Tässä kohdassa ajauduimme kauemmaksi työyhteisön ajatuksista ja lomake vastasi yhä vähemmän heidän toiveitaan. Kävi ilmi, että olimme laittaneet lomakkeeseen asioita, joita itse olimme pitäneet tärkeinä ja kuuntelimme yhä vähemmän yhteistyökumppanimme toiveita. Koimme haasteena vastata työyhteisön tarpeeseen saada lomakkeen avulla mahdollisimman laajasti tietoa kuntoutujasta, lomakkeen ollessa samanaikaisesti mahdollisimman lyhyt ja selkeä. Myös lomakkeen kaikki kysymykset eivät täysin vastanneet kuntoutujien arkea käytännössä. Esimerkiksi olimme laatineet kysymyksiä koskien kuntoutujien avuntarvetta pukeutumisen ja ruokailun suhteen, vaikka lähtökohtaisesti kevyesti tuetussa asumismuodossa ei voi asua, jos näistä toiminnoista ei suoriudu itsenäisesti. Lisäksi oletimme kaikkien asukkaiden kykenevät hoitamaan itsenäisesti raha-asiansa, vaikka todellisuudessa osa asukkaista on edunvalvonnassa.

Seuraavassa tapaamisessa lomaketta lähdettiin muokkaamaan *yhteisöllisten ideointimenetelmien* keinoin. Erilaisia ideointimenetelmiä on runsaasti, näistä meidän tarpeisiin soveltui parhaiten *aivoriihiyöskentely*. “Aivoriihi (brainstorming) on yksi niin sanotun luovan ongelmanratkaisun standardimenetelmistä, jolla tuotetaan ideoita ryhmässä. Aivoriihikokouksessa yleensä 6-12 hengen ryhmä pyrkii vetäjän johdolla ideoimaan uusia lähestymistapoja tai ratkaisuja johonkin ongelmaan”. (Ojasalo ym. 2014: 160.) “Aivoriihikokouksessa” keskustelimme ensin kehitetyn lomakkeen ongelmakohdista ja

haasteista. Ohjaajat halusivat lomakkeelle paremman ja selkeämmän otsikoiden jaotteen, jolloin pohdimme ja ideoimme yhdessä uusia otsikoita selkeyttämään lomakkeen sisältöä. Lisäksi huomasimme lomakkeen keskittyvän liikaa kuntoutujan haasteisiin. Olimme yhteisesti sitä mieltä, että lomakkeesta tulisi saada “voimavaralähtöisempi” ja kuntoutujaa enemmän kannustava. Tätä silmällä pitäen lähdimme jälleen muokkaamaan lomaketta.

Kehittämisen loppuvaiheessa Lassilan kaksi ohjaajaa testasi lomakkeen toimivuuden käytännössä kahden kuntoutujan kanssa. Toinen kuntoutuja oli halunnut täyttää lomakkeen itse ja toisen kuntoutujan kohdalla toimi ohjaaja kirjurina. Koekäytön perusteella nousi esille, että ohjaajan ja kuntoutujan näkemys voi erota suurestikin toisistaan. Ristiriitana oli ollut tilanne, jossa kuntoutuja oli omasta mielestään huolehtinut hyvin puhtaudestaan, kun taas ohjaajalle tilanne oli näyttänyt toisin. Koekäytön jälkeen ohjaajat toivoivat lomakkeeseen lisättävän kohdan “omasta terveydestä huolehtiminen”. Kuntoutuja oli kokenut, ettei lomakkeessa käsitellä riittävästi hänen tupakointiin liittyviä asioita.

Seuraavassa tapaamisessa työyhteisön kanssa pohdimme koekäytössä esiin nousseita epäkohtia ja teimme sen ohjaamana lomakkeeseen muutoksia. Ohjaajat totesivat olevan tärkeää, että lomakkeella näkyy molempien, kuntoutujan ja ohjaajan, arvio sen hetkisestä toimintakyvystä. Mietimme tähän sopivaa ratkaisua ja tulimme päätökseen, että kummatkin osapuolet laittavat kokemuksensa erivärisin rastein lomakkeen janaasteikolle. Näin ollen kenen tahansa ohjaajan käydessä lomakkeen läpi seuraavan kerran kuntoutujan kanssa voi todeta ristiriidan kuntoutujan ja ohjaajan näkemyksessä. Lomakkeen ulkoasuun ohjaajat halusivat vielä siistimistä ja sen työstäminen alkoi viimeisenä. Ajatuksena oli saada muutettua lomake (A4) pirteäksi lehtiseksi Niemikotisäätiölle tunnusomaisin vihrein värein (Liite 2).

#### 5.4 Lomakkeen arviointi

Seuraavaksi keskitymme tarkastelemaan laaditun tuotoksen eli lomakkeen aineiston laadun ja luotettavuuden **arviointia**.

Lomakkeen tavoitteena oli saada tietoa kuntoutujien toimintakyvystä ja siinä tapahtuneesta muutoksesta tietyllä aikavälillä, ollen samanaikaisesti kuntoutujan motivaation

herättäjänä ja tukemassa kuntoutujaa tavoitteiden nimeämisessä. Myös asiakaslähtöisyys oli asetettu tavoitteeksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteen laatu voidaan määrittellä organisaation, tuotteen, palvelun ja tietyn prosessin muodostamaksi kokonaisuudeksi, jolla on kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. Laadukas tuote vastaa aina käyttäjän tarpeita ja tyydyttää asiakkaan odotukset. (Jämsä – Manninen 2000: 127.) Koska arviointi tehdään aina suhteessa tavoitteeseen (SMART) olimme kokonaisuudessaan tyytyväisiä tuotokseen eli lomakkeeseen.

Lomakkeen sisältö muodostui kerätystä aineistosta koskien kuntoutujien toimintakykyä, arjen hallintaa ja suhdetta ympäristöön. Aineiston keruussa hyödynsimme Lassilan työyhteisön ammattitaitoa yhdistettynä teoriatietoon, malleihin ja viitekehyksiin. Lomakkeen sisällön rajaaminen, vastaten samanaikaisesti työyhteisön toiveita ja kuntoutujien yksilöllistä arkielämää, osoittautui haasteelliseksi, sillä aihealueet olivat laajoja. Kerätystä tiedosta rajasimme pois työhön ja opiskeluun liittyvät teemat. Kerätyn aineiston pohjalta sekä aivoriihiyöskentelyä apuna käyttäen, nousi kuntoutujien toimintakyvyn ja arjen hallinnan kannalta viisi eri teemaa, jotka muodostivat lomakkeen sisällön ja siihen liittyvät otsikot:

- itsestä huolehtiminen
- ruokahuolto ja taloustyöt
- kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-ajanvietto
- ympäristö
- omaan kuntoutumiseen motivoituminen

Lomakkeen luotettavuutta arvioitaessa huomioimme kehitetyn lomakkeen lukeutuvan ei-standardoituihin arviointimenetelmiin, jossa arvioinnilla saadut tulokset ovat tulkinnanvaraisia ja subjektiivisia verraten standardoiduilla arviointimenetelmillä saatuihin tuloksiin. Tämä pois sulkee luotettavan toiston mahdollisuuden, koska tarkat pisteetykset puuttuvat. Lomaketta käytettäessä voidaan luotettavuutta lisätä arviointiin vaikuttavien asioiden pohtimisella tapahtuman aikana ja sen jälkeen, sekä saadun tiedon tarkistamisella ja sen teoreettisella tulkinnalla. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2010: 14–15.) Lomakkeen kehittämisessä ei siis kyetty täyttämään Toimia-tietokannassa suositteluja mittareille asetettuja vähimmäiskriteereitä. Tämä olisi vaatinut paljon tieteellistä tutkimustyötä, jota ei ajallisesti opinnäytetyötä tehdessä pystytä toteuttamaan.



Lomakkeen käytettävyyden arviota saatiin Lassilan ohjaajilta. Koekäytön toteuttaneet ohjaajat kertoivat lomakkeen kysymysten olleen kuntoutujien mielestä ymmärrettäviä ja selkeitä. Tunnelma oli ollut hyvä ja keskittynyt lomakkeen äärellä työskenneltäessä. Toinen kuntoutuja oli todennut: “tää ei ollut niin paha”. Kokonaisuudessaan kuntoutujien antama palaute oli ollut positiivista. Lomakkeen kysymysten määrä oli ollut sopiva suhteessa ajankäyttöön. Ohjaajien kokemus lomakehaastattelusta keskustelun tukena oli ollut positiivinen. Edellä mainituilla lomakkeen sisällön kysymysten avulla he saivat tarvittavat tiedot koskien kuntoutujien toimintakykyä ja arjessa selviytymistä.

Edellisen perusteella voidaan päätellä lomakkeen täyttäneen sille asettamamme laatuodotukset. Ensinnäkin asiakaslähtöisyyden periaate toteutui, sillä kuntoutuja arvioi itse omaa tilannettaan. Toiseksi lomake on tarpeeksi informaatioita sisältävä, jotta henkilöstö saa sen avulla kaiken oleellisen tiedon. Sisältö oli selkokielineen ja ohjaajat pystyivät hyödyntämään sitä käytännön työssään. Kun käytännössä pidemmällä aikavälillä lomakkeen käytössä ilmenee epäkohtia, voidaan lomaketta muokata haluttuun suuntaan.

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyö oli kehittämistyönä pitkä prosessi, joka toteutettiin yhteistyössä Lassilan asumisyksikön henkilöstön kanssa. Tarkoituksena oli rakentaa yhdessä lomake, jonka avulla saadaan todennettua kuntoutujien toimintakykyä ja arjen hallintaa. Lomakkeen kehittäminen oli isoin osa koko kehittämisprosessia. Tapaamiskerroilla työyhteisön kanssa, keskityimme lomakkeen sisällön laatimiseen ja muokkaamiseen. Kehittämistyön tekeminen on haastavaa, koska siinä tarvitaan aiheen osaamisen lisäksi projektityön osaamista ja kehittämistyöhön tarvittavia taitoja. Kehittämisen osaaminen näkyy esimerkiksi aloitteellisuutena, innovatiivisuutena, oman työn arviointina, tiedon tuottamisena sekä monipuolisena menetelmäosaamisena. Lisäksi on laadittava tarkka suunnitelma sekä hallittava suunnitelman mukainen eteneminen. Kehittämistyössä on keskeistä soveltaa ja muokata uusia ratkaisuja. (Ojasalo ym. 2014: 20.)

Yhdessä kehittäminen työelämän kanssa oli antoisaa, mutta samalla myös haastavaa. Alussa selkeän suunnitelman puuttuminen vaikeutti työn etenemistä. *Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessimallin* avulla saimme luotua työllemme tavoitteet ja työtämme ohjaavan suunnitelman, jonka jälkeen työ eteni vaiheittain. Kehittämisen jatkuva sykli (PDSA) näkyi konkreettisesti koko prosessin ajan, sillä jouduimme välillä palaamaan suunnittelemaan lomaketta uudelleen. Toisinaan ajauduimme kauas työyhteisön asettamista toiveista, palataksemme jälleen edelliseen lomake-versioon ja siinä hyviksi todettuihin asioihin. Tämä koetteli kärsivällisyyttä, motivaatiota ja kehittämistaitoa.

Kehittämistyössä on tärkeää kiinnittää huomiota sen luotettavuuteen. Olennaista luotettavuuden kannalta on, että työn kaikki vaiheet ja niihin johtaneet valinnat on pyritty raportoimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja loogisesti. Vaihe vaiheelta raportoitu työ antaa lukijalle riittävästi tietoa, joka mahdollistaa saatujen tulosten arvioinnin. Myös työhön käytetty aika vaikuttaa luotettavuuteen. (Tuomi 2007: 150–152.) Keräsimme muistiinpanoja koko prosessin ajan ja etsimme siihen tarvittavaa lisäinformaatiota. Koimme haastavana saada lyhyessä ajassa kerättyä mahdollisimman paljon tietoa yksikön toiminnasta ja kuntoutujien avuntarpeesta sekä toimintakyvyn rajoitteista. Olisi ollut avartavaa päästä näkemään käytännön työtä henkilökunnan ja kuntoutujien välillä, koska prosessin aikana tuli esiin asioita, joita emme olleet tienneet kuntoutujista. Vaikka lomakkeessa toteutui asiakaslähtöisyys, olisimme halunneet saada vielä enemmän

kuntoutujan “omaa ääntä” esille. Toivomme, että kuntoutujien kokemusasiantuntijuus huomioidaan lomakkeen mahdollisessa jatkokehittälyssä.

*Tutkimuksellisen kehittämistyön* menetelmiä hyödyntäen pyrimme sitouttamaan ja osallistamaan henkilöstön. Parhaimmillaan yhteistyö heidän kanssaan on ollut yhteiskehittämistä, jossa kumpikin osapuoli on voinut tuoda esille uusia ideoita ja näkökulmia. Yhteistoiminnan tarkoituksena on sitouttaa osallistujat yhteiseen tekemiseen. Se edellyttää osallistujiltaan myös hyviä vuorovaikutustaitoja, luottamusta, kunnioitusta toisten näkemyksiä kohtaan, mutta myös asioiden kriittistä tarkastelua. (Harra – Mäkinen – Sipari 2012.) Jos työntekijät kokevat jäävänsä kehittämisen ulkopuolelle eivätkä koe projekteja omiksi, ollaan tilanteessa, jota voidaan kutsua projektiväsämykseksi. Vaarana on, että silloin kaikki kehittäminen koetaan ylimääräiseksi työksi. (Honkanen 2012: 66.) Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmistä *yhteisöllisten ideointimenetelmien* mukaisen ”*aivoriihityöskentelyn*” koimme antoisana työskentelymuotona, sillä mieleen tulevien asioiden vapaamuotoinen ideointi tuotti tärkeää tietoa koskien lomakkeen sisältöä, kysymyksiä ja ulkoasua. Etuna oli myös saada lomakkeen kehittämiseen enemmän työyhteisön näkökulmaa ja uusia ideoita. Pystyimme hyödyntämään heidän jo olemassa olevaa osaamistaan ja tietoa koskien Lassilan asukkaita ja yksikön toimintaa. Me puolestamme toimimme esille lomakkeen pohjana käytettyjä teoreettisia malleja. Tulimme työyhteisön ulkopuolelta, joten pystyimme näkemään asiat ”ulkopuolisin silmin”.

Työyhteisön taholta saimme vapauden toimia oman aikataulumme ja tekemiemme valintojen mukaan. Tämä mahdollisti omien ideoiden esiin tuomisen. Vastaavasti haasteina oli henkilöstön kanssa aikataulujen yhteen sovittaminen ja teorian tiedon kohtaaminen käytännön työssä. Ohjaajien toteuttama lomakkeen testaus antoi arvokasta lisätietoa sen käytettävyydestä käytännön työssä. Pohdimme, miten tärkeää olisi ollut saada myös oma kokemus lomakkeen toimivuudesta ja päästä kohtaamaan kuntoutujia henkilökohtaisesti lomakkeen käytön yhteydessä.

Opinnäytetyön aikana meille on herännyt kiinnostus ja kriittinen pohdinta mielenterveyskuntoutujien asumisen olosuhteisiin ja niihin liittyviin tukipalveluihin. Vaikka suositusten mukaan mielenterveyskuntoutujat pyritään sijoittamaan heille tarkoituksenmukaisiin asumismuotoihin, olemme huomanneet, että he eivät käytännössä kuitenkaan ole aina oikeissa paikoissa toimintakykynsä tasoon nähden. Olemme saaneet lisää ymmärrystä

ja tietoa asianmukaisesti hoidettujen asumispalvelujen kuntoutumista edistävästä tekijöistä, kuten riittävästä toimintakyvyn tason merkityksestä kuntoutujan elämänlaatuun nähden. On ollut oleellista huomata toimintakyvyn todentamisen, seuraamisen ja arvioinnin tärkeyden merkitys, jotta voidaan ryhtyä ajoissa riittäviin tukitoimiin. Tiedonhaussa totesimme toimintakyvyn olevan käsitteenä varsin laajan ja moniulotteisen, jolloin sen rajaaminen on ollut tärkeää oman kehittämistyön hallitsemiseksi ja saamiseksi hahuttujen raamien sisäpuolelle. Toimintakyky ymmärretään usein hyvin kapea-alaisesti fyysisenä toimintakykynä ymmärtämättä sen sisältävän muutkin osa-alueet, jotka kaikki yhdessä vaikuttavat ihmisen arjen hallintaan ja päivittäisistä toimista selviämiseksi. Avaamalla toimintakyvyn osa-alueita pienempiin osiin on meille avautunut mahdollisuus ymmärtää mielenterveyskuntoutujien arkea paremmin. Haluamme korostaa kuinka kuntoutujan arjen taitojen ja toimintakyvyn arvioinnissa tärkeintä on aina kuntoutujan aito kohtaaminen, kuunteleminen ja hänen elämäntilanteensa kartoittaminen. Tähän ei pelkkä lomake riitä, mutta se voi olla oiva apuväline henkilöstölle, jotta kuntoutukselle asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa.

Opinnäytetyö on tuonut tekijöilleen merkityksellisen oppimistilanteen tilaisuutena tutustua mielenterveyskuntoutujien asumisen arkeen ja Lassilan asumisyksikön työntekijöiden tehtäväkuvaan. Olemme saaneet uutta kokemusta moniammatillisesta työyhteisöstä ja käytännön kokemusta siitä, kuinka osaamista voidaan jakaa. Eettisen toiminnan periaatteet, hyvän elämän ja arvojen kunnioitus ovat olleet ohjaamassa meidän yhteistä kehittämisprosessia. Samansuuntaisten arvojen ohjaamana on yhteistyötä ollut helppo tehdä, näistä kaikkein korostuneimmin on noussut esille asiakaslähtöisyys ja halu sen toteuttamiselle. Työ on edellyttänyt toimintaterapian peruseriaatteiden pohjimista ja niiden erilaisten yhteyksien löytämistä Lassilan moniammatillisen työyhteisön kanssa. Kehittämisprosessin aikana olemme toimineet hyvän tieteellisen käytännön sekä tutkimustieteellisen periaatteen mukaisesti. Aineistoa on tallennettu muistitikulle ja materiaalia säilytetty lukitussa paikassa vaitiolovelvollisuus huomioiden. Materiaalin arkistointi ja hävittäminen tapahtuu tiukasti vaitiolovelvollisuutta, lakeja ja säädöksiä noudattaen (Hallila 2005: 114).

Tämä opinnäytetyö vastasi tarkoitustaan, sillä sen myötä rakentui onnistuneesti uusi lomake. Lisäksi voimme todeta, että pysyimme aikataulussa, jonka olimme itsellemme asettaneet. Työyhteisön tehtäväksi jää lomakkeen juurruttaminen osaksi heidän työtään sekä mahdollinen jatkokehittely, jolloin kehittämisprosessi tulee edelleen jatkumaan työyhteisössä. Opinnäytetyöllä toivotaan olevan merkitystä Lassilan henkilöstön

lisäksi ennen kaikkea kuntoutujille itselleen, jotta he saavat lomakkeen avulla lisää ymmärrystä omasta tilanteestaan, huomaavat myös omat vahvuutensa ja motivoituvat paremmin omaan kuntoutumiseen. Toivomme, että lomaketta voisi hyödyntää myös muut tuetun asumisen yksiköt sekä henkilöt jotka työskentelevät mielenterveyskuntoutujien parissa. Kehittämisprosessin jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kuntoutujien mielipiteiden kuuleminen lomakkeesta, sen käytössä eteen tulleista hyödyistä ja haasteista sekä kehittämis ehdotuksista.

## Lähteet

Aluehallintovirasto 2016. Verkkodokumentti.< <http://www.avi.fi/>>

Asumispalvelusäätiö ASPA 1/2010. Omaan elämään – turvallisen asumisen projekti. ASTA-lomakkeiston käyttäjän käsikirja. Verkkodokumentti. <[http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-\\_kayttajan\\_kasikirja\\_1.10.pdf](http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-_kayttajan_kasikirja_1.10.pdf)>. Luettu 15.4.2015.

Attendo 2014. Palvelukodit mielenterveyskuntoutujille. Verkkodokumentti. <<http://www.attendo.fi/palvelukodit-mielenterveyskuntoutujille>>. Luettu 29.3.2016.

Gunther, Kirsi – Kulmala, Anna – Raitakari, Suvi – Saario, Sirpa. Asiakaslähtöisyys nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa. Tekes 2010–2012. Verkkodokumentti. <<http://www.uta.fi/yky/sty/tutkimus/tutkimusprojektit/asiakaslahtoisuus.html>>. Luettu 12.11.2015.

Hakonen, Sinikka – Suomi, Asta 2008. Kuluerastä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. 1. painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Hallila, Liisa 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosa-  
keyhtiö Tammi.

Harra, Toini 2014. Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Lapin yliopisto: Rovaniemi 2014. Verkkodokumentti. <[https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61769/Harra\\_Toini\\_ActaE\\_156pdfA.pdf?sequence=2](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61769/Harra_Toini_ActaE_156pdfA.pdf?sequence=2)>. Luettu 7.1.2015.

Harra, Toini – Mäkinen, Elisa – Sipari, Salla 2012. Mikrokirja: yhteiskehittely hyvinvoinniksi (käsikirjoitusluonnos 7.6.2012) Verkkodokumentti. <[http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/klusterit/Hyto](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/klusterit/Hyto)>. Luettu 12.2.2016

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita Prima.

Heikkinen-Peltonen, Riitta – Innamaa, Marja – Virta, Marjut 2014. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Helsingin kaupunki 2015a. SAS-prosessikuvaus. Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/www/sote/fi/yhteistyokumppaneille/sas/prosessi/>>. Luettu 10.12.2015.

Helsingin kaupunki 2015b. Asuminen ja ympäristö. Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/asuminen-ja-ymparisto/asuminen/tuettu-asuminen/>>. Luettu 28.12.2015.

Hentinen, Kirsi – Lilja, Aulikki – Mattila, Eija 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Honkanen, Hilikka. Osallisuuden edistäminen kehittämissprosessissa. Etnografisen lähestymistavan mahdollisuudet. Verkkodokumentti. Oulun seudun Ammattikorkeakoulun tutkimus ja kehittämistyön julkaisu.

<[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53448/Osallisuuden\\_edistaminen.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53448/Osallisuuden_edistaminen.pdf?sequence=1)>. Luettu. 23.2.2016

Ihalainen, Jarmo – Kettunen, Terttu 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Sosiaaliturvan mahdollisuudet. 6. painos. Helsinki: WSOYpro.

Jämsä, Kaisa – Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Järviöskoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2008. Kuntoutuksen perusteet. 5. painos. Helsinki: WSOYpro OY.

Järviöskoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkaiden muotoutuminen. Teoksessa. Rissanen, Paavo – Kallaranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Keuruu. Duodecim.

Järviöskoski, Aila – Lindh, Jari – Suikkanen, Asko 2011. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Järvinen, 2014. SMART-tekniikka. Parempi Arki -hanke 2015–2017. Kaste-hanke. Väli-Suomen toiminnallinen Sote-integraatio-hanke 2015–2017. Luentomateriaalia 1/2016. Hyvinkää.

Keltikangas-Järvinen, Liisa 2008. Temperamentti, stressi ja elämäntilanne. Helsinki: WSOY

Kettunen, Reetta 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Asumispalvelusäätiö ASPA. Verkkodokumentti.

<[http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/MTA\\_/selvitysraportti](http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/MTA_/selvitysraportti)>. Luettu 20.2.2016.

Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne – Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy. 4. uudistettu painos.

Kiviniemi, Liisa – Läksy, Marja-Liisa – Matinlauri, Timo – Nevalainen, Kaija – Ruotsalainen, Kari – Seppänen, Ulla-Maija – Vuokila-Oikkonen, Päivi 2014. Minä mielenterveytyksen tekijänä. Helsinki: Edita.

Kokkola, Anita – Kiiikkala, Irma – Immonen, Tuula – Sorsa, Minna 2002. Mitä sinä elämäntäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto Stakes.

Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille, mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit Oy.

Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne – Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy. 4. uudistettu painos.

Kettunen, Reetta 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Asumispalvelusäätiö ASPA. Verkkodokumentti.

<[http://www.aspasaatio.fi/sites/deafult/files/MTA\\_/selvitysraportti](http://www.aspasaatio.fi/sites/deafult/files/MTA_/selvitysraportti)>. Luettu 20.2.2016.

Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne – Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy. 4. uudistettu painos.

Kettunen, Reetta 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Asumispalvelusäätiö ASPA. Verkkodokumentti.

<[http://www.aspasaatio.fi/sites/deafult/files/MTA\\_/selvitysraportti](http://www.aspasaatio.fi/sites/deafult/files/MTA_/selvitysraportti)>. Luettu 20.2.2016.

Kiviniemi, Liisa – Läksy, Marja-Liisa – Matinlauri, Timo – Nevalainen, Kaija – Ruotsalainen, Kari – Seppänen, Ulla-Maija – Vuokila-Oikkonen, Päivi 2014. Minä mielenterveytyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Käypähoito 2013. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Käypähoito-suositukset. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset>> Luettu 3.3.2016.

Lahti, Pirkko 1995. Mielenterveyden MENU. Porvoo: WSOY: n graafiset laitokset.

Lundin, Lennart – Ohlsson, Ove – Berg, Leif – Tiitta, Liisa 2003. Psykkisen toimintakyvyn häiriöt, tukea ja apua kognitiivisiin toimintahäiriöihin. Lievestuore: Profami oy.

Mielenterveyslaki. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu 17.12.2015.

Niemikotisäätiö-esite 2015. Lassilan tuetut asunnot -asumisyksikkö.

Nyyti ry 2016. Henkistä hyvinvointia ja elämänhallintaa opiskelijoille. Verkkodokumentti. <<http://www.nyyti.fi/tietoa/elamanhallinta/>>. Luettu 1.2.2016.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 3. uudistettu painos, 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Parempi Arki -hanke 2015–2017. Kaste-hanke. Väli-Suomen toiminnallinen Sote-integraatio -hanke 2015–2017. Kutsu hankkeeseen osallistuville. Parempi arki. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Kaste: [stm.fi/kaste](http://stm.fi/kaste). Verkkodokumentti. Vaatii salasanan. Luettu 17.11.2015.

Parempi Arki -hanke 2015–2017a. Kaste-hanke. Väli-Suomen toiminnallinen Sote-integraatio-hanke 2015–2017. Asiakaslähtöisyys. Verkkodokumentti. <<http://www.parempiarki.fi/parempi-arki-hanke/asiakaslahtoisuus>>. Luettu 2.2.2016.

Parempi Arki -hanke 2015–2017b. Kaste-hanke. Väli-Suomen toiminnallinen Sote-integraatio-hanke 2015–2017. Hoito- ja palvelusuunnitelma HOPA. Verkkodokumentti. <<http://www.parempiarki.fi/parempi-arki-hanke/hopa>>. Luettu 10.3.2016.

Parempi Arki -hanke 2015–2017c. Kaste-hanke. Väli-Suomen toiminnallinen Sote-integraatio-hanke 2015–2017. PDSA. 2. Seminaarikierros-materiaalia 3/2016, Tamperre.



Pihlaja, Katja 2008. Pro gradu -tutkielma, kasvatustieteiden laitos/erityispedagogiikan yksikkö. "Joka päivä itänsä kuntouttaminen on kova työ". Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta. Jyväskylän yliopisto 2008.

Salo, Markku – Kallinen, Mari 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.

Salo, Markku 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemuservioinnin kohteina ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sjöblom, Ulla. Kuntoutus sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen tehostetussa asumispalveluyksikössä. Asukkaiden kokemuksia tehostetun asumispalvelun kuntouttavuudesta. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu: sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, kriisi- ja katastrofityö.

Somerkivi, Pirjo (2000) "Olen verkon silmässä kala": vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Verkkodokumentti. <[https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Asumista\\_ ja\\_kuntoutusta\\_+stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d](https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Asumista_ ja_kuntoutusta_+stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d)>. Luettu 12.8.2015.

STAKES. 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2010. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset.

Suomen ympäristökeskuksen raportteja 35/2014. Luonto lähelle ja terveydeksi Ekosysteemipalvelut ja ihmisen terveys Argumenta-hankkeen (2013–2014) tulokset ja toimenpidesuosituksat. Jäppinen, Jukka-Pekka (Suomen ympäristökeskus) – Tyrväinen, Liisa (Metsäntutkimuslaitos) – Reinikainen, Martina (Suomen ympäristökeskus) – Ojala, Ann (Metsäntutkimuslaitos) (toim.)

Tamminen, Nina – Solin, Pia 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asuminen- ja hoivapalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakykyon/toimintakyvyn-ulottuvuudet>>. Luettu 30.4.2015.

Tilastokeskus -virtual statistics 2012. Verkkodokumentti. <<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/01/>>. Luettu 20.5.2015

TOIMIA-tietokanta 2016. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/toimia/tietokanta>>. Luettu 10.5.2015.

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuulio-Henriksson, Anna-Mari 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Artikkeliduo11478. Duodecim 3/2014.

Townsend, Elizabeth A. – Beagan, Brenda – Kumas-Tan, Zofia – Versnel, Joan – Iwama, Michael – Landry, Jennifer – Stewart, Debra – Brown, Jocelyn 2007. Enabling, Occupational therapy's core competency. Teoksessa Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. (toim.): Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Törmä, Sinikka – Huotari, Kari – Nieminen, Jarmo – Tuokkola, Kati. Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ja niiden kehittäminen. Ympäristöministeriön raportteja 24/2014

Valokivi, Heli 2002. Toimiva asiakkuus. Kriminaalihuollon palveluohjauskokeilu naisasiakkaiden kertomana. Teoksessa Juhila, Kirsi – Forsberg, Hannele – Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. 164–187.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Vammaispalvelujen käsikirja. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus STM, 2015. Saatavilla verkkojulkaisuna. [https://www.thl.fi/web/vammaispalvelujen\\_kasikirja](https://www.thl.fi/web/vammaispalvelujen_kasikirja). Luettu 19.11.2015.

Viertiö, Satu 2011. Functional Limitations and Quality of Life in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders (Skitsofreniaan ja muihin psykooseihin sairastuneiden toimintakyvyn rajoitukset ja elämänlaatu). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tutkimus 60. 147 sivua. Helsinki 2011.

Ympäristöministeriö. 2012. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmän raportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012. Verkkodokumentti. Luettu 18.3.2015. <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=136376&lan=fi>.

Lait ja asetukset

Mielenterveyslaki (1116/90)

Sosiaalihuoltolaki (710/82)

Saatavilla: [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa)

## Sopimus kuntoutumisen tavoitteista -lomake

### SOPIMUS KUNTOUTUMISEN TAVOITTEISTA

---

1. LÄHITAVOITTEET

---

2. TULEVAISUUDEN TAVOITTEET

---

3. KEINOT TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEKSI

---

4. VOIMAVARAT

---

Helsingissä \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Asukkaan nimi

\_\_\_\_\_  
Ohjaajan nimi

\_\_\_\_\_  
Ohjaajan nimi

Arjen taitojen seurantalomake

# Arjen taitojen seurantalomake

---

Niemikotisäätiö  
[www.niemikotisäätiö.fi](http://www.niemikotisäätiö.fi)  
Lassilan tuetut asunnot  
00440 Helsinki



NIEMIKOTISÄÄTIÖ

PVM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

NIEMIKOTISÄÄTIÖ: Lassilan tuetut asunnot

ARJEN TAITOJEN SEURANTALOMAKE

(Lomaketta on tarkoitus käyttää kuntoutujan haastattelun tukena)

Laita **JANALLE (1-10)** rasti (X) kohtaan, joka kuvaa parhaiten **NYKYTILANNETTASI**

**1** \_\_\_\_\_ **10**  
**tarvitsen apua, tukea/ohjausta** **selviydyn itsenäisesti**

- kuntoutuja merkitsee janalle arvion suoriutumisestaan
- ohjaaja merkitsee janalle arvion kuntoutujan suoriutumisesta

**NYKYTILANNE**

(kuvaile omin sanoin elämääsi tällä hetkellä)

---

---

---

---

---

---

---

---

**ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN****Omasta puhtaudesta** (peseytyminen, parran ajo, kynsien leikkaus ym.) **huolehtiminen:****1** \_\_\_\_\_ **10****Lääkkeistä** (lääkkeiden hakeminen, jakaminen, ottaminen) **huolehtiminen:****1** \_\_\_\_\_ **10****Tuen tarve, mitä asialle voisi tehdä:**

---

---

---

---

**RUOKAHUOLTO JA TALOUSTYÖT**

**Säännöllisestä ja riittävän monipuolisesta ravitsemuksesta** (ruoan valmistaminen, valmisruokien lämmittäminen, ruokailu kodin ulkopuolella ym.) **huolehtiminen:**

**1** \_\_\_\_\_ **10**

**Kodin siisteydestä** (imurointi, tiskaus, roskat ym.) **huolehtiminen:**

**1** \_\_\_\_\_ **10**

**Vaatehuollosta** (hankinta, vaatteiden puhtaus, pesukoneen käyttö) **huolehtiminen:**

**1** \_\_\_\_\_ **10**

**Tuen tarve, mitä asialle voisi tehdä:**

---

---

---

---

---

---

---



**KODIN ULKOPUOLELLA ASIOINTI JA VAPAA-AJAN VIETTO****Työ ja/tai opiskelu:****1** \_\_\_\_\_ **10****Harrastukset ja/tai muu toiminta:****1** \_\_\_\_\_ **10****Vuorokausirytmien (päivä/yö, arki/viikonloppu) säilyttäminen:****1** \_\_\_\_\_ **10****Asiointi (kauppa, apteekki, pankki, lääkäri):****1** \_\_\_\_\_ **10****Raha-asioiden (laskut) hoitaminen:** Edunvalvoja: kyllä  ei Välitystili: kyllä  ei **1** \_\_\_\_\_ **10****Tietokoneen käyttö (esim. verkkopankin käyttö):****1** \_\_\_\_\_ **10****Yhteydenpitäminen (sukulaiset, läheiset):****1** \_\_\_\_\_ **10****Tuen tarve, mitä asialle voisi tehdä:**

---

---

---

---

---

---

---

## YMPÄRISTÖ

**Asunnossa viihtyminen ja asuinympäristössä viihtyminen:**

**1** \_\_\_\_\_ **10**

**Asuinympäristön turvallisuus:**

**1** \_\_\_\_\_ **10**

**Tuen tarve, mitä asialle voisi tehdä:**

---

---

---

---

---

## OMAAN KUNTOUTUMISEEN MOTIVOITUMINEN

**Toiminnot, joissa olen hyvä / taitava:**

---

---

**Tärkeät asiat ja arvostukset (mielenkiinnon kohteet):**

---

---

**Tavoitteiden asettaminen sekä tulevaisuuden suunnitelmat ja toiveet (tavoitteet kirjataan sopimukseen kuntoutumisen tavoitteista):**

---

---

## YHTEENVETO

(missä asiassa ja mitä parannusta erityisesti haluaisin nykytilanteeseen, miten voisin sen saavuttaa):

---

---

---

Seuraava keskustelu on 3–6 kk:n kuluttua:

---

Helsingissä

\_\_\_\_\_

kuntoutuja

\_\_\_\_\_

ohjaaja