



Asumispalvelusäätiö

Vesa Salmi

Asumalla kuntoon?

Kuntoutuskäsitteen ulottuvuuksia asumispalveluissa

Saatteeksi

Kuntoutuksen eri muotojen ja kuntoutuskäsitteen suhdetta asumispalvelutoimintaan on Asumispalvelusäätiö ASPAssa pohdittu jo vuosia. Kuntoutuksen suhde asumispalvelun arkeen on koettu epäselväksi: missä kulkee ”tavallisen” asumisen ja elämisen raja kuntoutukseen nähden, missä mielessä normaali arkielämä on kuntoutumista?

Tavoitteena on, että kirja herättäisi asumispalvelujen piirissä ajatuksia ja keskustelua siitä, mitä asumispalveluiden ”kuntoutuksellisuus” merkitsee.

Kirjassa painottuvat mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ja ylipäätään mielenterveydellisten avopalvelujen näkökulma, vaikka muitakin asiakasryhmiä käsitellään. Asumispalvelutyön suhde joihinkin lääkinnällisen kuntoutuksen muotoihin, esimerkiksi liikeratoja ylläpitävään fysioterapiaan, tuottaa ajoittain ongelmia. Mikä esimerkiksi on asumispalvelutyöntekijän rooli päivittäisten jumppaohjelmien läpiviennessä?

Kuntoutuskäsitteen käyttöä kuvataan ja analysoidaan asumispalveluihin liittyvissä yhteyksissä. Kirjan kohderyhmänä ovat tietysti asumispalvelujen kanssa tekemisissä olevat tahot – työntekijät, esimiehet, erilaiset asiantuntijat. Käytännön arkityön kannalta monet käsiteltävät asiat ovat luonteeltaan sikäli teoreettisia tai hallinnollisia, ettei niistä ole arjen kannalta välitöntä hyötyä. Asiakaslähtöisyyttä ja itsemääräämisoikeutta käsittelevät jaksot lienevät asumispalveluiden työntekijän kannalta käyttökelpoisimpia.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan aikuiskoulutuksen opiskelijat on kohderyhmä, jolle tämä kirja ehkä sopii – muun materiaalin ohella luettu-

na. Kuntoutuksesta on julkaistu suomeksi useita laajoja oppi- ja käsi- kirjoja (esim. Kallanranta ym. 2001, Järvikoski & Härkäpää 2004). Niihin tutustuminen tämän rinnalla on vähintäänkin suositeltavaa.

Asumispalveluista ei kuntoutuksen tapaan ole olemassa laajoja yleisesityksiä. Kokonaisemman kuvan saamiseksi kannattaa lukijan tämän ohessa tutustua muihinkin lähteisiin, erityisesti liikunta- ja aistivammaisten ihmisten sekä neurologisten vamma- ja sairausryhmien osalta.

Jotkut keskeiset asiat toistuvat eri luvuissa. Toistoa on saattanut jäädä tekstiin tahattomastikin, mutta myös tietoisesti. Kirjan rakenne on pyritty toteuttamaan siten, että yksittäisiä lukuja on mahdollista lukea erillisinä, tai eri järjestyksissä. Näin ollen toistoa on ollut mahdotonta kokonaan välttää.

Kirjoitustyö sai alkunsa vuonna 2004 aikuiskoulutuksen puitteissa. Adulta Oy ja ASPA-säätiö toteuttivat Helsingissä tuotekehittäjän erikoisammattitutkinnon kolme lukukautta kestäneen pilottikurssin vuonna 2004–2005. Kirjan alkujuurena on ollut kurssille tekemäni loppu-työ.

Kiitän yllä mainitun kurssin vetäjää, opettaja Jarmo Siivaria tuolloin saamastani tuesta sekä mielenkiintoisista keskusteluista. Kiitokset myös Stakesiin Päivi Nurmi-Koikkalaiselle keskusteluista ja hedelmällisistä kommenteista työn loppuvaiheessa. Erityisesti haluan kiittää työtovereistani kehittämispäällikkö Raija Mansikkamäkeä ja suunnittelija Kimmo Parkkista, jotka ovat antaneet lukuisia tärkeitä muutosisäys- ja poistoehtoja. Käsillä olevasta lopullisesta versiosta vastaa kuitenkin allekirjoittanut yksin.

Olen monet kiitokset velkaa pitkältä ajalta kaikille niille sekä ASPAssa että muualla tapaamilleni työtovereille ja yhteistyökumppaneille, joiden kanssa olen saanut kirjan aihepiiriin liittyviä asioita pohtia.

Julkaisu on syntynyt muun työn lomassa, ilman erillistä hanketta tai projektirahoitusta, osana Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaa ASPA-säätiön yleistä kehittämistoimintaa.

Helsingin Malmilla, marraskuussa 2006

Vesa Salmi

Asumispalvelusäätiö ASPA

Sisällys

1. Johdanto	3
2. Asumispalvelu asiakkaan ja työntekijän yhteistyökenttänä	11
Huomioita asumispalvelutyön luonteesta	11
Asumispalvelu, palveluasuminen, tukiasuminen	14
3. Kuntoutuksen käsite	19
Hoidon ja kuntoutuksen rajanvedosta	20
Käsitteenmäärittelyn teoreettisia lähtökohtia.....	22
Hoito vs. kuntoutus: historiaa, lainsäädäntöä, käytäntöjä ..	24
Kuntoutuskäsite järjestelmän kielenkäytössä.....	33
Kuntoutuspalveluluokitus	37
Esteisiin sopeutuminen vai niiden poistaminen?	
Näkökohtia sopeutumisvalmennuksesta	40
Palveluohjaus – kuntoutusohjaus – asumispalvelut.....	45
4. Kuntouttava työote, asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus	52
Kuntoutus vuorovaikutustapana	52

<i>Mihin kuntoudutaan? Mihin kuntoutuminen päättyy?.....</i>	<i>56</i>
<i>Motivaatio, muutosvalmius, tavoitteet</i>	<i>58</i>
Asiakaslähtöisyydestä ja itsemääräämisoikeudesta	62
<i>Asiakaslähtöisyyden suppea määrittely: taustaa</i>	<i>62</i>
<i>Asiakaslähtöisyys asumispalveluissa: laaja määrittely ...</i>	<i>66</i>
<i>Itsemääräämisoikeus – ihmisarvo</i>	<i>69</i>
<i>Asiakaskeskeisyys – asiantuntijakeskeisyys.....</i>	<i>70</i>
<i>Avoimuudesta, luottamuksesta ja tasa-arvosta</i>	<i>73</i>
<i>Asiakaslähtöisyyden esteitä</i>	<i>76</i>
5. Kuntoutus ja asumispalvelut eri kohderyhmissä.....	79
Palvelukuvauksen merkitys	81
Liikuntavammainen ihminen asumispalvelun asiakkaana..	84
Neurologisia vamma- ja sairausryhmiä	87
Kehitysvammaiset ihmiset ja kuntoutus	90
Mielenterveyskuntoutujat.....	93
6. Asumispalvelujen laatusuositukset.....	98
Asumispalvelujen yleinen laatusuositus	100
Mielenterveyskuntoutujia koskevista suosituksista	105
7. Kuntouttava kolmas sektori: järjestöt ja yhdistykset	109
8. Loppumietteitä	118

Liite 1. Asumispalvelutoimintaa ASPAssa.....	121
ASPA Palvelut Oy:n asumispalveluryhmiä.....	123
<i>Helsinki – Asperger-ihmisten asumispalveluryhmä</i>	<i>123</i>
<i>Helsingin Koralli – liikuntavammaisten ihmisten</i>	
<i>asumispalveluryhmä.....</i>	<i>125</i>
<i>Helsingin Simpukka – aivovammaisten ihmisten</i>	
<i>asumispalveluryhmä.....</i>	<i>126</i>
<i>Joensuun mielenterveyskuntoutujien</i>	
<i>asumispalveluryhmä.....</i>	<i>127</i>
<i>Kauhajoen mielenterveyskuntoutujien</i>	
<i>asumispalveluryhmä.....</i>	<i>129</i>
<i>Vantaan mielenterveyskuntoutujien</i>	
<i>asumispalveluryhmä.....</i>	<i>130</i>
Liite 2. Asumispalvelujen kohderyhmiä	132
<i>Liikuntavammaiset ihmiset</i>	<i>132</i>
<i>Neurologisia vamma- ja sairausryhmiä</i>	<i>134</i>
<i>Kehitysvammaiset ihmiset.....</i>	<i>140</i>
<i>Aivovammaiset ihmiset.....</i>	<i>142</i>
<i>Aspergerin oireyhtymä</i>	<i>144</i>
<i>Kuurot ja viittomakieliset ihmiset.....</i>	<i>145</i>
Lähteet	147

1. Johdanto

Missä mielessä voidaan puhua kuntouttavista asumispalveluista? Onko asumispalvelu kuntoutusta, tai osa jotakin laajempaa asiakkaan kuntoutumiseen tähtäävää prosessia? Nämä ovat esimerkkejä kysymyksistä, joihin liittyvät epäselvyydet ovat olleet yhtenä tämän työn lähtökohtana.

Asumispalveluiden asiakkaiden kohdalla kuntoutuskäsite voi liittyä esimerkiksi lakisääteisiin kuntoutuspalveluihin ja lääkinällisen kuntoutuksen eri muotoihin. Usein se näyttäytyy käsitteenä, joka kuvaa tietynlaista työtapaa tai vuorovaikutustapaa. Viimemainitussa tapauksessa käytännön kentällä puhutaan kuntouttavasta työotteesta: sen eri ulottuvuuksia käsitellään eniten mielenterveyskuntoutujien palveluja koskevassa kirjallisuudessa. Kaikkia yllä mainittuja näkökulmia pyritään tässä valottamaan suhteessa asumispalveluihin.

Kuntoutuskäsitteen eri tulkintojen pohtiminen saattaa olla avuksi asumispalvelujen laatutyössä. Asumispalvelua pyritään nykyisin kaikkialla tuotteistamaan, rajaamaan sitä omanlaisenaan palvelutuotteena¹. Kuntoutuksen merkityksen selkeyttämisestä voi olla hyötyä yh-

¹ Hankala palvelutuotteen käsite olisi jo sinänsä yhden tutkimuksen arvoinen (ks. erityisesti Grönroos 2001). Keskeinen ongelma on, että toiminnan tai tapahtuman (esim. kotikäynti asumispalveluissa) mieltäminen tuotteeksi on keinotekoista. Palvelu tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti, sitä ei voi tarkastella arviointimielessä kuten niitä asioita, jotka arkiajattelussa miellämme tuotteiksi – erilaiset kulutustavarat, autot, talot, jne. Palvelujen laatutyössä materiaalsen tehdas- ym. tuotannon

täältä palveluntuottajan omassa sisäisessä kehittämisessä, toisaalta palvelujen ostajan toteuttamassa arvioinnissa.

Kuntoutuskäsitteen yleinen, kaikkiin tilanteisiin sopiva määrittely on ilmeisesti mahdoton tehtävä (Vrt. Kettunen ym. 2002, 10). Eräs määrittelyä suuntaava tekijä on se, että kuntouttavan ammattiavun rahoitukseen, asiakkaan tukiin sekä etuuksiin liittyvien järjestelyjen vuoksi näkökulma on usein korostuneen lääketieteellinen. Diagnooseja ja lääkärinlausuntoja tarvitaan kaikilla kuntoutuksen sektoreilla. Muun muassa Omaisat Mielenterveystyön Tukena Uudenmaan Yhdistys ry:n Palveluohjaus -raportissa todetaan käytännön kokemuksiin nojaten, että palvelujen piiriin päästäkseen asiakkaan tulee aina kuulua ”joihinkin ammattilaisten määrittelemiin ongelmien luokittelu- ja diagnoosijärjestelmiin” (Suominen 2004, 9).

Samalla sanalla saatetaan tarkoittaa eri asioita. Näin voi käydä esimerkiksi silloin, jos lääkinnällisestä kuntoutuksesta määritelmänsä omaksunut pohtii kuntoutusta mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikön työntekijöiden kanssa. Viimemainitut liittävät ”kuntoutuksen” yleensä kuntouttavaan työotteeseen, eli tietynlaisiin arkityön tavoitteenasettelun periaatteisiin. Mielenterveyskuntoutujien kanssa tehtävässä työssä ”kuntouttava työote” on työntekijöiden arkikäytössä elävä käsite, jolla kuvataan toivottavaa, tavoitteiden suuntaista työtappaa.

laatuajattelun siivellä jo muutenkin vaikeaa käsitteistöä.

Kun kuntoutuksen tapainen keskeinen käsite koetaan vaikeaksi, saataan toivoa yhteistä, sitovaa sopimusta käsitteen käytöstä – sen tulkinnois-

**Käytetyimmillä käsiteillä on
usein monia, myös
keskenään ristiriitaisia
tulkintoja**

ta ja merkityksistä eri tilanteissa. Ne kielen ja käsitteiden käyttöä koskevat perusolettamukset, joihin itse nojaan, sulkevat pois mahdollisuuden asettaa arkikielessä elävän käsitteen käyttämistä koskevia normeja. Aiheesta enemmän käsitteenmäärittelyn teoreettisen taustan selvittelyn yhteydessä (luvussa 3).

Muun muassa taloudelliset tekijät tai arvolähtökohdat voivat eri palveluntarjoajilla poiketa toisistaan huomattavasti. Palvelujen laadussa saattaa olla kunnan tai seutukunnan sisällä sitä enemmän vaihtelua mitä tilkkutäkkimäisempi palveluntuottajien kirjo on. Näin ollen kuntoutuksesta tai kuntouttavasta otteesta puhuminenkaan ei ole niin yksinkertaista kuin vielä ennen 90-luvun lamaa, jolloin julkisen sektorin oma palveluntarjonta vastasi pääosin palvelujen toteuttamisesta, ja yksityiset palveluntarjoajat olivat poikkeuksia tästä yleissäännöstä.

Kuten edellä viitattiin, on kuntoutus keskeinen termi myös lainsäädännön näkökulmasta, etuuksia määrittelevänä käsitteenä. Kuntoutus-nimikkeen alla olevat etuudet koskevat asumispalveluissa esimerkiksi liikunta- ja aivovammaisia asiakkaita. He ovat usein asumispalvelujen asiakkuuden lisäksi esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen rahoittaman kuntoutuksen piirissä. Lääkinnällisen kuntoutuksen ja toisaalta asumispalveluihin sisältyvän kuntoutumista edistävää tavoitteenasettelua tarkoittavan kuntoutuksen (kuntouttavan työtteen) pitäminen

käsitteellisesti erillään näyttää näissä asiakasryhmissä olevan helppompaa kuin mielenterveyskuntoutujien palveluissa.²

Yhtenä kuntoutuksen kipeimmistä haasteista Kettunen ym. (2002) mainitsevat kuntoutuspalveluiden ja -organisaatioiden hajanaisuuden. Kuntoutumisprosessissa vastuunjako, tiedonkulku ja yhteistyö eri tahojen kanssa kangertelevat usein. Yhteistyössä yksityisten asumispalveluiden sekä psykiatrisen avo- ja laitoshoidon välillä vastuunjako voi olla epäselvä. Asumispalveluiden työntekijöille liukuu helposti sellaista koordinoituvastuuta, jonka tulisi – ainakin jos ei siitä erikseen sovita – olla hoitovastuussa olevan julkisen organisaation tehtävänä (vrt. Salmi 2003, 92–93). Toisaalta kokonaisuuden hallinnassa tukeminen voi asiakkaan kannalta olla keskeinen kuntoutumisen esteitä poistava apu, ja tässä mielessä – työntekijän kannalta – kuntouttavaa työtötettä parhaimmillaan.

Käsillä olevassa työssä on mm. selvitelty erityyppisten asumispalveluyksiköiden suhdetta kuntoutukseen. Taustaksi on haastateltu joidenkin asumispalveluyksiköiden esimiehiä. Suhdetta kuntoutukseen, palvelujen ostajaan ja yhteistyökumppaneihin tarkastellaan jatkossa mm. näissä haastatteluissa esiin tulleiden asioiden pohjalta.

Palvelujen järjestäjien laajentunut kirjo ja laadullinen vaihtelu aiheuttavat sen, että kunnat, koska vastaavat paitsi itse järjestämiensä myös ostamiensa palvelujen laadusta, tarvitsevat työkaluja eli kriteereitä laadun arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin asumispalveluja koskevat laatusuositukset ovat olleet viime vuosina

² Haastattelu: asumispalveluvastaava Lauri Pärssinen, 11.1.2005.

pääasiallinen keino vastata tähän tarpeeseen. Myös palveluntuottajan itse tekemä laadunarviointi voi perustua suoraan valtionhallinnon informaatio-ohjaukseen, eli soveltuvaan laatusuositukseen. Jäljempänä käsitellään muun ohella sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton julkaisemia, asumispalveluja koskevia laatusuosituksia (luku 6).

Vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuosituksen (STM 2003b) arvolähtökohtana ovat fyysisesti vammaisen ihmisen mahdollisuudet mahdollisimman normaaliin, esteettömään elämään. Näin ollen siinä ei ole varsinaista psykososiaalista ”kuntouttavan otteen” näkökulmaa: vammaisen ihminen ymmärretään kaikille yhteisten oikeuksien ja velvollisuuksien määrittämän kansalaisuuden³ näkökulmasta. Esteettömyyden poistaminen täysivaltaisena kansalaisena toimimisen tieltä ei ole kuntoutuksellista toimintaa vaan kansalaisoikeuksien toteutumisesta huolehtimista.

Liikuntavammaisten asiakkaiden osalta voi asumispalveluista todeta, että ”kuntoutuksellisuus” ei tavallisesti ole asumispalvelutyön ensisijainen tarkoitus. Lähtökohtana on fyysisten esteiden voittamisessa auttaminen ja avustaminen. Asumispalvelun arjessa kohdattavien psykososiaalisten ongelmien määrä on kuitenkin vuosi vuodelta suurempi. Moniongelmaisia ihmisiä tuntuu enenevässä määrin asuvan

³ Kansalaisuuden käsite (ital. *cittadinanza*, sananmukaisesti ”kaupunkilaisuus”) on peräisin italialaisesta mielenterveyspolitiikkaa ja -hoitoa koskevasta keskustelusta. Sen taustalla ovat paikalliset psykososiaalisen esteettömyyden ja tasavertaisuuden ihanteet, jotka liittyvät yhteiskuntapoliittiseen ja filosofiseen perinteeseen huomattavasti kiinteämmin kuin mihin suomalaisessa keskustelussa on totuttu (vrt. Salo 1996).

liikuntavammaisten ihmisten asumispalveluyksiköissä. Eniten sekä asiakasta että henkilökuntaa kuormittavat ongelmat ovat siksi usein pikemminkin psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin kuin fyysisiin toiminnan esteisiin painottuvia.

Fyysinen näkökulma on toisella tavalla – lääkehoidon keskeisen roolin vuoksi – merkittävä myös mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Heidän kohdallaan kuntouttavan asumisen (sosiaalitoimen) ja terveydellisen hoidon sekä lääkityksen (terveystoimen) välistä rajaa voi olla käytännössä hankala vetää. Psykyenlääkityksellä on usein merkittävä osuus kuntoutumisessa myös asumispalveluissa – se voi olla pääedellytys kyvylle toimia laitosten ulkopuolisessa yhteiskunnassa. Asumispalvelutyöntekijän yhtenä tehtävänä on arvioida asiakkaan kunnan vaihteluita ja tarvittaessa ohjata lääkkeiden käytössä, sekä tarvittaessa ohjata asiakas mielenterveyspalveluihin perusterveydenhuoltoon tai psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Asumispalvelut ja muut yksityiset tuki- ja hoitokodit ovat viime vuosina muuttaneet psykiatrisen avohoidon luonnetta. Aikaisemmin, kun suurin osa tarjottavasta sairaalan ulkopuolisesta tuesta oli julkisen sektorin järjestämää psykiatrista avohoidoa (mielenterveystoimistojen ja -neuvoloiden palveluja, kuntoutuskoteja, työ- ja toimintakeskuksia jne.), oli suhteellisen yksinkertaista puhua ”kuntouttavasta avohoidosta”. Sillä voitiin tarkoittaa suurin piirtein kaikkia asiakkaan saatavilla olevia avohoidon tukimuotoja. Tänä päivänä kunnat ja sairaanhoitopiirit hankkivat suuren osan asiakkaan sairaalan ulkopuolella tarvitsemasta tuesta ostopalveluina erilaisilta yrityksiltä, yhdistyksiltä ja säätiöiltä. Kolmannen sektorin laajentunutta roolia nykyisissä palvelukonaisuuksissa käsitellään omana kohtanaan (luku 7).

Kuten Paatero ym. (2001) toteavat, kuntoutusta ei kaikilta osin voi erottaa kuntoutujan saamasta muusta hoidosta tai palvelusta. Kuntoutuksen kokonaisuudessa on läsnä ”useiden palvelujärjestelmien toiminnallisia rajapintoja” (emt.). Mitkä sitten ovat *kuntoutuksen* rajapinnat, vai voiko niitä ylipäätään määritellä, kun ”asumispalvelun”, ”hoidon” ja ”kuntoutuksen” rajanveto on varsin vaikeata ja käytännön toiminnan kannalta joskus keinotekoisinkin?

**Kuntoutusta ei kaikilta
osin voi erottaa
kuntoutujan saamasta
muusta hoidosta tai
palvelusta**

Tarkkoja rajoja ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista yrittää vetää. Rajanveto saattaa olla kuntoutujan itsensä kannalta yhdentekevä. Tuntuukin, että näitä ”rajapintojen määrittelyjä” ynnä muita sellaisia tarvitsevat ensisijaisesti työntekijäryhmät ja organisaatiot, pystyäkseen jäsentämään laajoja toimijaverkostoja ja luomaan itselleen riittävästi jäsentyneen kokonaiskuvan toimintaympäristöstä. (vrt. Paatero ym. 2001, 109–111).

Tässä työssä painottuu, kirjoittajan taustasta johtuen, mielenterveystyön näkökulma. Asumispalvelusäätiö ASPAn huhtikuussa 2005 Joensuussa ja Tampereella järjestämässä mielenterveystyön teemapäivissä⁴ pyrittiin selkeyttämään psykiatrisen avohoidon (kuntoutuksen)

⁴ Joensuu 5.4.2005: Mielenterveystyön teemapäivä: Asumispalveluiden suhde psykiatriseen avohoitoon ja asumispalvelun tavoitteet yksittäisen asiakkaan kohdalla. Luennoitsijoina ylilääkäri Pekka Ropponen (Asumispalvelut psykiatrisen avohoidon

ja asumispalvelujen välistä suhdetta asumispalvelujen työntekijöiden, kunnan ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon edustajien sekä muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Näissä kahdessa tilaisuudessa käytetyt puheenvuorot kommentteineen ovat osaltaan motivoineet kirjoittamista.

tukena) sekä Jari Koskisuus (Asumispalvelun tavoitteet: yhteistyö ja tavoitteenasettelu asiakkaan kanssa).

Tampere 6.4.2005: Mielenterveystyön teemapäivä. Jari Koskisuus: Mikä muuttuu asumalla? Asumispalvelut kuntoutumisen tukena.

2. Asumispalvelu asiakkaan ja työntekijän yhteistyökenttänä

Tässä luvussa tarkastellaan joitakin asumispalveluita koskevia kysymyksiä, jotka ovat käytännön työssä osoittautuneet keskeisiksi, ja joihin asumispalvelujen koulutus- ja kehittämistyössä on törmätty. Asumispalveluita ei ole mahdollista näiden kansien välissä käsitellä tai määritellä kattavasti. Ja kuten todettu, mielenterveyskuntoutuksen näkökulma painottuu muita asiakasryhmiä enemmän, kirjoittajan työ- ja koulutustaustoista johtuen.

Huomioita asumispalvelutyön luonteesta

Asumispalveluun kuuluu asiakkaan asuinpaikassa (kotona tai asumispalveluyksikössä) tapahtuva tuki, ohjaus ja avustaminen. Työntekijä on tukena päivittäisissä kotona tapahtuvissa toimissa sekä asioinnissa kodin ulkopuolella. Lisäksi asumispalvelun tarjoama tuki voi mahdollistaa asiakkaalle sosiaalisten suhteiden luomista ja ylläpitoa, sekä harrastusten toteuttamista.

Asumispalveluista ei ole olemassa samanlaisia kattavia yleisesityksiä, joita kuntoutuksesta on saatavilla useampiakin (laajimpana Kallanranta ym. 2001).

Yksi asumispalvelun ja muiden auttamistyön⁵ muotojen välinen ero on, että se tapahtuu asiakkaan eikä työntekijän reviirillä, usein asiakkaan kotona. Toisen ihmisen kodista tulee toiselle työpaikka. Eräs suurimpia työntekijän haasteita on välttää palveluyksikkömäisen tai laitospäiväkodin ilmapiirin luomista tai vahvistamista asiakkaan kotona. Yksi keskeisiä kysymyksiä on se, että miten laitospäiväkodin toimintakulttuurin ongelmat olisi mahdollista välttää asumispalveluissa ja muussa avohoidon tyyppisessä toiminnassa, palvelukodeissa ja vastaavissa.

Laitospäiväkodin on pyritty vähentämään tai poistamaan kiinnittämällä huomiota yksittäisten työntekijöiden ja työyhteisöjen toimintatapoihin. Varsinkin silloin jos työntekijällä on ”laitostausta” – pidempi sairaalassa tai muussa laitoksessa hankittu työkokemus – voi olla vaarana laitospäiväkodin toimintatapojen siirtyminen asiakkaan kotona toteutettavaan palveluun.

Laitospäiväkodin liittyvien kysymysten näkeminen vain työntekijän ratkaistavissa olevina voi kuitenkin olla yksipuolista; se saattaa erityisesti mielenterveyskuntoutujien palvelun kohdalla olla työntekijän kannalta kohtuutonakin. Tilanne on tässä suhteessa toisenlainen liikunta- ja aistivammaisten ihmisten asumispalvelutyössä, auttamistyön erilaisen luonteen sekä historian vuoksi.

Vaikeista mielenterveysongelmista – usein skitsofreniasta – kärsivä asumispalvelun asiakas tarvitsee useimmiten sellaisen elinympäris-

⁵ ”Auttamistyö” on tässä yleisterminä kaikella ammattiauttamisella: se on kattokäsite, joka sisältää mm. laitoksissa tapahtuvan hoitotyön ja kaikki erilaiset ammatilliset avopalvelut, terapiat, kotipalvelun, ym.

tön, jossa arkirutiineja rikkovat ennakoimattomat tekijät ovat keskimääräistä huomattavasti vähäisemmät. Tällainen elämä saattaa näyttyä ulospäin, ”normaalin” ihmisen lähtökohdista katsottuna, sietämättömän rutiininomaisena tai tylsänä – tai laitosmaisena. Toisen elämää työntekijä arvioi tietysti muun ohella omista lähtökohdista käsin, omaan tilanteeseen peilaten. Voi olla niinkin, että ainoana arviointikriteerinä on kysymys: ovatko tuon ihmisen elinolosuhteet sellaiset, joissa itse viihtyisin?

Olosuhteet, jotka ovat skitsofreniaa tai vaikeaa mielialahäiriötä sairastavan selviämisen kannalta juuri ja juuri riittävän tasaiset, saattavat ”normaalilla” ennakoimattomuuden kestokyvyllä varustetusta ihmisestä tuntua sietämättömän riisutuilta. Kun arvioidaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikön laitosmaisuu- den astetta, on syytä paneutua asiakkaiden lähtökohtiin ja ottaa ne arvioinnin kriteeriksi oman kokemushorisontin rinnalle.

Niiden liikuntavammaisten asiakkaiden kohdalla, jotka eivät kuulu ns. moniongelmaisten ryhmään, asia on toisin. Jos avustamis- ym. rutiineille ei ole psykososiaalisia perusteluja, niin asumispalvelun laatua arvioidaan psykososiaalisen ”normaalitilanteen” näkökulmasta. Tällöin kysymys ”hyväksyisinkö nuo olosuhteet ja mahdollisuudet omalla kohdallani?” on ainoanakin arvioinnin lähtökohtana perusteltu. Mitä yllä mainittuihin moniongelmaisiin asiakkaisiin tulee, heillä on tavallisesti yhtenä näkyvimpänä ongelmana päihderiippuvuus. Heidän kohdallaan mm. oman toiminnan ja sen seurausten välinen yhteys voi olla vaikea tai mahdoton hahmottaa. Tämän syy-seuraussuhteen oppimisen kannalta elinympäristön tulisi olla mahdollisimman selkeäs-

ti hahmottuva – ja siihen pyrkiminen on omiaan lisäämään ”normaalin” ihmisen kokemaa laitospaisuuden tuntua.

Asumispalvelu, palveluasuminen, tukiasuminen

Asumispalvelun käsite on laaja ja vaikeasti hallittavissa. Yksi tapa lähteä liikkeelle on etsiä lainsäädäntöön sisältyvät keskeiset määrittelyt (vrt. esim. STM 2003b, 10).

Asumispalvelulla tarkoitetaan Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan palveluasumisen tai tukiasumisen järjestämistä (22 §). Asumispalvelua annetaan ihmiselle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä (23 §). Asumispalvelu on Sosiaalihuoltolaissa siis yläkäsite, joka jaetaan palveluasumiseen ja tukiasumiseen.

Palveluasumisen käsitettä käytetään yleisesti ainakin kahdessa merkityksessä: toisaalta Vammaispalvelulain ja -asetuksen (380/1987, 759/1987) merkityksessä, kun puhutaan vaikeavammaisten ihmisten oikeudesta kunnan järjestämään palveluasumiseen. Toisaalta käsitettä käytetään kuvaamaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa tiiveintä tukimuotoa (vrt. esim. Paasu 2005).

Vammaispalvelulaissa ja -asetuksessa käytetään palveluasumisen käsitettä, mutta itse palvelun sisältöön siinä ei puututa. Laissa todetaan, että kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle kuntalaiselle palveluasuminen, mikäli hän tarvitsee sitä välttämättä selvitäkseen päivästä toiseen, mutta ei kuitenkaan ole laitoshoidon tarpeessa (VpL 8§). Jos kuntalainen määrittellään Vammaispalvelulain tarkoittamaksi

”vaikeavammaiseksi henkilöksi”, niin hänelle on järjestettävä palveluasuminen riippumatta kunnan taloudellisesta tilanteesta, eli syntyy ns. subjektiivinen oikeus.

Näin ollen vaikeavammaisuuden määrittelemisen on käytännössä keskeisempää kuin palveluasumisen tai muiden yksittäisten tukimuotojen määrittelemisen. Vuonna 2001 kuntien vammaispalvelujen kokonaiskustannuksista 23% käytettiin palveluasumisen järjestämiseen⁶ (STM & Kuntaliitto 2003). Vaikeavammaisena pidetään Vammaispalveluasetuksen mukaan ihmistä, joka vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsee toisen apua päivittäisissä toiminnoissa suoriutuakseen, joko jatkuvaluontoisesti vuorokauden eri aikoina tai muutoin erityisen runsaasti (VpA 11§).

Niin sanotut subjektiiviset oikeudet on kohdistettu vain vaikeavammaisille ihmisille. Siksi vammaisuuden ja vaikeavammaisuuden ero on lain soveltamisen kannalta merkittävä, ja se onkin lähes jokaisen palvelun tai tukitoimen kohdalla määritelty erikseen (Räty 1997, 20–21).

⁶ Suurin kustannuserä olivat kuljetuspalvelut, joihin käytettiin 48% vammaispalvelujen kustannuksista (palvelujen käyttäjistä 80% saa kuljetuspalveluja). 18% kustannuksista kului henkilökohtaisen avustajatoiminnan korvauksiin.

Mielenterveyskuntoutuji-
en kohdalla palveluasumi-
nen käsittää sellaiset
tukijärjestelyt, joihin sisäl-
tyy työntekijöiden ympäri-
vuorokautinen läsnäolo.
Perinteiset kuntoutuskodit

**Palveluasumisen käsitteen
käyttö on erilaista
Vammaispalvelulaissa ja
mielenterveyskuntoutujien
asumispalveluissa**

sisältyvät tähän määrittelyyn, samoin monet viime vuosina kuntien ostopalveluina yleistyneet yksityiset palvelut.⁷

Vammaispalvelulain mukainen, subjektiivisena oikeutena toteutettava palveluasuminen on teoriassa tarkoitettu kaikille vaikeavammaisille kuntalaisille, siis myös osalle mielenterveyskuntoutujista (Räty 2002, 43). Käytännössä on niin, että lain tarkoittamiin palveluihin oikeuttavaa asemaa ei kuntalaisen ole ollut mahdollista saada ilman vaikeasteista fyysistä vammaa. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla palveluasumista ei näin ollen ammatillisessa arkikäytännössä yleensä yhdistetäkään Vammaispalvelulakiin.

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla **tuettu asuminen** (tai tukiasuminen, kuten Sosiaalihuoltolain termi kuuluu) on lähempänä arkikieltä kuin palveluasuminen, niinpä sen tulkinta vaihtelee suppeampia ammattitermejä enemmän ajankohdan ja käyttöyhteyden mukaan. Tue-

⁷ Mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen tuottajista voi mainita esimerkkinä pääkaupunkiseudulla ja sen ympäristössä toimivan HCN-verkoston (Human Care Network), jonka tuottamilla palveluilla kunnat täyttävät pitkälti sitä tarvetta, johon aiemmin ovat vastanneet kuntien tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon ylläpitämät kuntoutuskodit. (ks. www.hcn.fi).

tun asumisen rinnalla puhutaan myös **kotikuntoutuksesta**. Kotikuntoutukselle ei ole lakitekstien tasolla tarkempia määrittelyjä kuten palveluasumiselle ja tukiasumiselle.

Ehkä yksi selvimmistä eroista fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuskäsitteen välillä näkyy siinä, miten asumisen ja kuntoutuksen välinen suhde käsitetään. Liikuntavammaisten ihmisten asumispalveluissa *asumista sinänsä* ei tavallisesti nähdä kuntouttavana elementtinä, mikäli asiakkaalla ei ole vaikeita psykososiaalisia ongelmia. Liikunta- ja aistivammaisten asiakkaiden kohdalla kuntoutus on siinä mielessä asumispalveluista erotettavissa olevaa työtä.

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla on sen sijaan viime vuosina tunnistettu ongelmaksi kuntoutumisen ja asumisen samaistaminen. Asumisen tukitoimiin liittyvä työ on yksi vanhimpia kuntoutukseksi hahmotettuja mielenterveystyön muotoja. Nykyisin mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijat ovat nähneet tärkeäksi korostaa sitä, että kuntouttavissa asumispalveluyksiköissä kuntoutusta on ihmisten eli henkilökunnan työ – sänky ja seinät eivät ole kuntoutusta (työtä), saatikka kuntoutumista (asiakkaan sisäiseen elämään ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvää prosessia). Asuminen on kuntoutujan kohdalla samassa mielessä ihmisoikeus kuin kenellä hyvänsä. (Koskisuu 2004, 201.)

Samantapainen ongelma on olemassa liikunta- ja aistivammaisten kuntoutujien kohdalla. Vaikka asumista ei samaistettaisikaan kuntoutukseen tai peräti kuntoutumiseen samaan tapaan kuin joskus mielenterveyskuntoutujien kohdalla, niin vammaisen ihmisen kaikki normaalit tekemiset saattavat saada kuntoutuksen tai terapian leiman, mikä erityisesti hänestä itsestään voi tuntua epäluonnolliselta tai jopa ab-

surdilta. Pirjo Somerkivi lainaa väitöskirjassaan osuvasti Terhi Pullin vuonna 1999 Invalidityö-lehdessä esittämää kiteytystä tästä asiasta:

Vammaisen tekemiset ovat kuntoutusta, terapiaa tai osa sopeutumisprosessia: muut ihmiset vain harrastavat mieleisiään asioita. Vammaisen suoriutuu tai sitten ei suoriudu päivittäisistä toiminnoista palvelukokonaisuuden turvaamana; terve syö, käy pesulla, asioi WC:ssä, pukeutuu ja menee nukkumaan ilman sen kummempaa erikoistermistöä. (Somerkivi 2000, 13)

Ihmisten asumisratkaisut – so. asunto ja mahdolliset tukipalvelut – sijoittuvat jatkumolle, jonka molemmat ääripäät karsiutuvat asumispalvelujen ulkopuolelle. Toisessa ääripäässä on täysin itsenäinen elämä omassa asunnossa, toisessa ääripäässä laitoshoido. Näiden väliin mahtuu asumispalvelun lisäksi monenlaista palvelua, ja käytetty terminologia on paikoitellen hyvinkin kirjavaa.

3. Kuntoutuksen käsite

Kuntoutuskäsitteen päämerkitykset voi jakaa ainakin kolmeen luokkaan.

Konkreettisimpana kuntoutuksena voidaan nähdä erilaisiin fyysisiin, somaattisiin ongelmiin kohdistuva kuntoutus: esimerkiksi vammautumisen jälkeiseen sopeutumisvalmennukseen tai vammaisjärjestöjen toteuttamiin kuntoutuskursseihin liittyen. Niissäkin toki on psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuutensa, mutta perussyynä on kuitenkin aina somaattinen, esimerkiksi fyysinen vamma tai pitkäaikaissairaus.

Kuten jo edellä on tullut esiin, voidaan kuntoutuskäsitteellä tarkoittaa tietynlaista vuorovaikutustapaa, kuten kuntouttavasta työotteesta puhuttaessa. Tämä merkitys on erittäin yleinen mielenterveystyön arkikäytössä, ja hyvin hankala määritellä.

Kolmanneksi, kuntoutuskäsite voi viitata laeista ja muissa säädöksistä rakentuvaan suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintajärjestelmään.

Näitä toisistaan poikkeavia kuntoutuskäsitteen merkityksiä ei aina huomata pitää erillään. Näyttää siltä, että osa kuntoutuksen ja asu-
mispalvelujen välistä suhdetta koskevista epäselvyyksistä johtuu yllä mainittujen kolmen pääryhmän sisältämien merkitysten tahattomasta sekoittamisesta toisiinsa.

Laeissa ja muissa normeissa heijastuu aina niiden syntyaikana vallalla ollut ihmiskuva ja yhteiskuntakäsitys. Ihmiskuvaa on vaikea tutkia, koska se ei ole julkilausuttua tietoa vaan ”edellytettyä, piilevää, mutta silti vaikuttavaa”. (Kempainen 2004, 71). Kuntoutuksella on kuitenkin

kaikenlaisia julkilausuttuja, lainsäädännössä ja muualla esitettyjä tavoitteita. Nämä tavoitteet ja niiden taustalla olevat toimintakulttuuriin ja arvoihin liittyvät taustaoletukset vaihtelevat aikojen myötä. Tästä saa käsityksen esimerkiksi vertaamalla 1940-luvun lopulla säädettyä Invalidihuoltolakia nykyisiin, 2000-luvun alussa annettuihin säädöksiin.

Historian valossa on helpompi ymmärtää, että *tämänhetkisetkään* kuntoutukseen liittyvät arvot ja toimintakulttuuri eivät ole kiveen hakattuja. Ne muuttuvat – suunnitellusti tai suunnittelemattomasti – ihmisten toiminnan kautta. Näin ollen toimintakulttuurissa olevat ongelmiin on mahdollista vaikuttaa omalla toiminnalla, olkoonkin että nopeita muutoksia ei yleensä kannata odottaa.

Hoidon ja kuntoutuksen rajanvedosta

Kun tarkastellaan asiaa asiakkaan kuntoutustarpeesta käsin, voidaan ajatella että kuntoutus rajautuu ääripäissään toisaalta hoitamiseen ja toisaalta itsenäiseen, ilman apua sujuvaan elämiseen. Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa kuntoutuksen ja hoidon välinen ero määritellään seuraavasti.

Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään. Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002. korostukset VS)

Yllä olevassa määrittelyssä ei lähdetä siitä melko tavallisesta oletuksesta, että ”hoito” on jotain raskaampaa ja vaativampaa, ja ”kuntoutus” hoitoa kevyempää toimintaa, joka sijoittuisi ajallisesti kuntoutuksen jälkeen. Itse asiassa määritelmässä on päinvastainen piirre: kuntoutus on sen mukaan hoitoa monialaisempaa.

Hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on joskus veteen piirretty, kuten ainakin mielenterveyskuntoutujien kanssa työskennelleet tietävät. Olisi käytännön työn kannalta helpotus, jos rajaa ei tarvitsisi miettiä

Kuntoutustyö sisältää sen perusristiriidan, että päätavoitteena on tehdä työntekijän työpanos tarpeettomaksi

silloin, kun sillä ei asiakkaan arkielämän kannalta ole merkitystä. Rajanvetoon kuitenkin käytännössä joudutaan muun muassa erilaisiin viranomaisasioihin liittyvistä syistä. Sosiaalisten etuuksien saamisen kannalta on näet usein ratkaisevaa, kumpaa sanaa asiapapereissa (lääkäreiden antamat B-todistukset ym.) käytetään – onko asiapaperissa puheena oleva palvelu ollut ”hoitoa” vai ”kuntoutusta”.

Asiakkaan arkielämän kannalta ensisijaisia asioita ovat elämän suotuisa eteneminen, ja elämästä saadun kokemuksen yleinen siedettävyyden. Useassa tapauksessa on niiden suhteen se ja sama, kutsutaanko työntekijän toimintaa hoidoksi vai kuntoutukseksi.

Toisessa ääripäässä kuntoutustyö rajautuu asiakkaan itsenäiseen elämään. Kuntoutustyö sisältää sen perusparadoksin, että päätavoitteena on tehdä työntekijän työpanos tarpeettomaksi. Tästä näkökulmasta käsin lienee usein mahdollista tehdä eroa hoidon ja kuntoutuksen välillä, käyttäen kriteerinä puolesta tekemistä: hoitoa vastaanote-

taan, kuntoutukseen osallistutaan kuntoutumalla. Kuntouttavaa otetta ja asiakaslähtöisyyttä käsitellään laajemmin jäljempänä.

Käsitteenmäärittelyn teoreettisia lähtökohtia

Sana ”kuntoutus” johdannaisineen on yksi niistä laajoista, jatkuvassa arkikäytössä olevista termeistä, joita sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä on paljon. Käsitteiden käyttöympäristöt ovat erilaisia: kuntoutuskäsitettäkin tulkitaan tilanteesta, ihmisistä ja käyttöyhteydestä riippuen eri tavoilla.

Asumispalveluja tuottava organisaatio on monien kumppanuussuhteiden risteyskohta. Tavallisia yhteistyötahoja ovat esimerkiksi perusterveydenhuolto, psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköt ja sosiaali-toimi. Kaikissa näissä kuntoutuskäsitteellä on omat merkitysvivah-teensa ja käyttöhistoriansa. On tärkeää ymmärtää, millaisia tulkintoja yhteistyötahot käsitteelle antavat puhuessaan esimerkiksi ”kuntoutta-vista asumispalveluista”.

Omaksumani käsitteenmäärittelyä koskeva kielifilosofinen viitekehys on tiivistäen se, että määrittely voi olla vain käyttötapoja kuvaamalla tapahtuvaa selventämistä. Laajasti arkikieleen levinneelle käsitteelle ei ole löydettävissä yhtä ”parasta” määritelmää. Seuraavassa tätä teoreettista viitekehystä taustoitetaan lyhyesti.

Kieli elää ja muuttuu jatkuvasti, arkitilanteissa tapahtuvan kielen käyt-tämisen myötä; ajatus on yhteneväinen kielifilosofian ns. nominalisti-

sen perinteen kanssa. Nominalismi on toinen länsimaisen kielifilosofian kahdesta päälinjasta, vastakohtanaan kielifilosofinen realismi⁸. Nykyisin nominalistinen lähtökohta näkyy mm. kielifilosofiaan ja kasvatustieteeseen vaikuttaneen Ludwig Wittgensteinin (1889–1951) ajattelussa. Nominalismiin mukaan käsitteelle ei ole löydettävissä yhtä ”kiveen hakattua”, ensisijaista merkitystä. Kielifilosofinen realismi on sitä vastoin pohjana käsityksille, joiden mukaan käsite määritellään etsimällä sille yksi, ensisijainen merkitys.

Hieman kärjistäen voisi nominalismia myötäillen sanoa, että kuntoutuskäsitteen merkityksestä on epämielekäästä edes puhua yleisellä tasolla, ilman yhteyttä konkreettisiin tilanteisiin ja tapahtumiin. Arkitalanteissa syntyy jatkuvasti aikaan, paikkaan ja ihmisiin sidottuja tulkin-toja, joita ei voi erottaa niiden käyttötilanteista. Kuntoutuskäsitteen erilaisia käyttöjä ovat esimerkiksi

- asumispalveluiden työntekijöiden omaan työhön kohdistuva arviointi tai suunnittelu ”kuntouttavuuden” näkökulmasta,
- fyysisen kuntoutuksen toteutus liikuntavammaisen asiakkaan kanssa, tai
- kuntoutusetuuksista päättävän virkailijan työ hakemusten parissa. esim. Kelassa tai sosiaalitoimistossa.

⁸ Filosofisena oppisanana ”realismi” eroaa niistä merkityksistä ja miellelyhtymistä, joita sillä tavallisessa puhekielessä on: filosofinen ”realismi” liittyy sanan alkuperäiseen latinankieliseen merkitykseen (lat. res = asiat, esineet), samoin myös puhekiellelle vieraampi ”nominalismi” (lat. nomini = nimet, kielelliset ilmaisut).

Ei voida sanoa, että jokin näistä olisi kuntoutuskäsitteen määrittelyn kannalta toistaan ensisijaisempi siinä mielessä, että se kävisi pohjaksi kaikille muille kuntoutuskäsitteen tulkinnoille.

Teoreettinen käsitteenmäärittely ei yllä olevasta huolimatta ole mahdotonta tai hyödytöntä. Se ei tässä esitetyn teoriapohjan mukaan kuitenkaan tarkoita käsitteen ensisijaisen merkityksen etsimistä. Kun ensisijaista tai ”arvokkainta” tulkintaa ei ole, on määrittely käyttötapoja kuvaamalla tapahtuvaa selventämistä – ei käyttöä koskevien normien luomista.

Hoito vs. kuntoutus: historiaa, lainsäädäntöä, käytäntöjä

Vaikka sana ”kuntouttaminen” alkoi esiintyä vasta 1940-luvun lopulla, on itse toiminta vanhempaa perua. 1940-luvulla kuntoutuksen käsitettä ei käytetty siinä laajuudessa kuin nykyään. Sillä tarkoitettiin lähinnä aisti- ja liikuntavammaisten kuntouttamista. *Mielenterveyskuntoutuja* -käsitettä ei vielä ollut, eikä mielenterveysongelmaisten kuntouttamisesta sanan nykyisessä merkityksessä puhuttu. Sotainvalidien huolto sekä vuonna 1946 säädetty invalidihuoltolaki veivät silloisen suomalaisen kuntoutuksen kansainväliseen eturiviin. Kuntoutus käsitettiin tuolloin osaksi sairaanhoitoa. (Lyyra 2001).

Kuntoutuskeskusteluun virisi 1960-luvulla yhteiskuntapoliittinen näkökulma. Vuoden 1967 terveydenhuoltolaki määritteli kunnallisen terveydenhuoltolautakunnan huolehtimaan lääkinnällisestä kuntoutuksesta, sekä valvomaan yksityisten järjestämää kuntoutustoimintaa.

Käytännössä kuntoutusta toteutettiin paikallissairaaloiden ja vanhainkotien yhteydessä toimivissa fysikaalisen hoidon osastoissa, sekä erillisissä fysikaalisissa hoitolaitoksissa.

Leimaa-antava piirre 1970-luvun kehitykselle oli yksityisten säätiöiden ja järjestöjen ylläpitämien kuntoutuslaitosten määrän voimakas kasvu. 1970- ja 1980-luvuilla kuntoutusvelvoite siirtyi terveystoimelle uuden Kansanterveyslain (1972) ja VALTAVA-uudistuksen (1984) myötä. 1980-luku oli julistettu YK:n vammaisten vuosikymmeneksi: sen aikana ehdittiin vielä säätää Vammaispalvelulaki (1987).

Kuntoutuslainsäädäntö uudistettiin perusteellisesti vuonna 1991. Uudistus ei sinänsä merkittävästi muuttanut terveydenhuollon kuntoutustehtävää. Tässä yhteydessä keskeistä on, että kuntoutuspalvelujen järjestämisvelvollisuus määriteltiin 1990-luvun alussa ”yleiseksi”. Toisin sanoen säädöksissä ei enää tästä eteenpäin ole lueteltu niitä erityisryhmiä, joiden tulee saada lääkinnällistä kuntoutusta. Palvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan asukkaiden tarpeiden mukaisesti.

Kunnan kuntoutusta koskeva velvoite koskee siis vuoden 1991 uudistusten jälkeen myös mielenterveyskuntoutujia. Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteeksi määritellään fyysisen kuntoutumisen lisäksi myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen. Mielenterveyskuntoutujien lisäksi terveydenhuollon kuntoutuksen kohderyhminä ovat 1990-luvulta alkaen myös kehitysvammaiset sekä päihdeongelmaiset ihmiset.

Mielenterveyskuntoutujien aseman voi edellä kuvatun perusteella sanoa ohjauksen ja säädösten tasolla parantuneen. Toisaalta, kun *lääkinnällinen* kuntoutus on edelleen keskeisessä asemassa, on lääketieteellisen tietopohjan määräävä asema esimerkiksi sosi-aali- ja käyttäytymis-tieteisiin nähden yhta korostunut kuin ennenkin. Lääketieteellinen näkökulma (niin somaattinen

Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on fyysisen kuntoutumisen lisäksi myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen ja ylläpitäminen

kuin psykiatrinenkin) on ollut tasaisen vallitseva koko sodanjälkeisen ajan, eli niin kauan kuin ”kuntoutusta” on Suomessa ollut olemassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmä uudistettiin vuonna 1993. Kuntien velvollisuus palvelujen järjestämiseen pysyi entisellään, mutta enää ei normitettu entiseen tapaan sitä, miten tämä velvollisuus hoidetaan; toiminnan laajuus, sisältö ja järjestämistapa ovat olleet vuodesta 1993 lähtien kuntien omassa harkinnassa.

Vuonna 1993 voimaan tulleet säädösmuutokset ajoittuivat syvään lamakauteen. Varsinkin psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen muodot joutuivat supistusten ja säästötoimien kohteeksi. Psykiatrisen avohoidon (myös kuntoutuksen) resurssien rapautumisesta on puhuttu ja kirjoitettu viimeisen kymmenen vuoden aikana paljon. Kaiken keskustelun jälkeen voinee todeta ainakin kaksi taustatekijää psyykkisen ja sosiaalisen avun tarpeessa olevien aseman heikkenemiseen.

- Yhtäältä mielenterveydellisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden mitattavuus on hankalaa.
- Toisaalta mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä painostuskeinot ovat puutteellisia verrattuna somaattisten sairausryhmien etujärjestöihin.

Viisitoista vuotta sitten tapahtunut notkahdus julkisen sektorin mielenterveydellisissä hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksissa ei ole sittemmin korjaantunut.

1940-luvulta lähtien vaikuttanut terveydenhuollollinen näkökulma, samoin kuin 1960-luvun yhteiskuntapoliittinen näkökulma, elävät tänäkin päivän kuntoutuskäsityksissä. 2000-luvun alun kuntoutuskäsite liittyy aiempaa voimakkaammin työyhteiskunnan ja työuralla menestymisen päämääriin. Sitä luonnehtivat yksilöllisyys ja palkkatyösidonnaisuus. Ajattelussa painopiste on siirtynyt eettisessä katsannossa tilanteeseen, jossa ihmisten keskinäisen solidaarisuuden merkitys on huomattavasti aiempaa vähäisempi. Aiemmin kuntoutuksen järjestämistä ohjaava arvopohja liikkui yleisemmällä ja yhteiskuntapoliittisemmalla tasolla, liittyen näkyvämmiin käsitteisiin kuten onnellisuus, terveys, vapaus ja oikeudenmukaisuus. (Karjalainen 2004, 19).

Lääketieteellinen lähestymistapa on siis 1940-luvulta asti ollut peruslähtökohta kuntoutukselle. Nykyään sitä kuitenkin täydentää vahvassa nousussa oleva kuntoutujan päätösvaltaa ja kuntoutujan omaa asiantuntijuutta painottava lähestymistapa. Aidosti asiakaslähtöisen viranomaistoiminnan puitteita ja edellytyksiä on pyritty vahvistamaan vuonna 2003 voimaan tullessa laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003). Lainsäädännön muuttaminen on kuitenkin vain yksi (asiakaslähtöisen) toiminnan edellytyksistä, kuten Erkki Kemppainen (2004, 75) toteaa. Hallinnonalojen omat tavoitteet ja eri organisaatioi-

den työkuultuurit viime kädessä määräävät, millaista toiminta loppujen lopuksi on. Lainsäädännöllä on mahdollista ainoastaan luoda edellytykset ja sanktiot, ei muuttaa itse toimintaa.

Keskeisenä on nähty myös kokemusasiantuntijuuden tuominen perinteisen ammattiauttaja-asiantuntemuksen rinnalle (Karjalainen 2004, 21–22). Tämä trendi näkyy ennen kaikkea viime vuosina paljon huomiota saaneessa palveluohjausideologiassa ja -käytännössä. (Pietiläinen & Seppälä 2003, Karjalainen 2004, Suominen 2004). Palveluohjausta tarkastellaan vielä jäljempänä erikseen.

Kuntoutuslainsäädännön suuremmat kokonaisuudistukset ovat vuosilta 1991 ja 2004. (vrt. Paatero ym. 2001, Manelius 2003). Lainsäädännössä korostetaan kuntoutujan ja hänen omaisensa ottamista mukaan kuntoutuksen suunnitteluun. Kuntoutusjärjestelmän pääpiirteet voidaan hahmottaa eri viranomaisten kautta alla esitettävällä tavalla (Paatero ym. 2001, 112).

Liikuntavammaisten ihmisten kannalta tärkeimmät järjestäjätahot ovat kuntien vammaispalvelut ja sosiaalihuolto. Kaikki seuraavassa mainitut tahot kuitenkin järjestävät ja rahoittavat kuntoutusta mikä milläkin tavalla – listassa konkretisoituu omalla tavallaan kuntoutuskäsitteen moninaisuus ja hankaluus.

Terveydenhuollon kuntoutusvastuulla ovat sairauksien jatkohoidot ja toimintakykyisyyden parantaminen. Näihin kuuluvat mm. apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus.

Kunnallisen terveydenhuollon velvollisuudesta järjestää kuntoutuspalveluja säädetään Kansanterveyslaissa (66/1972) sekä Erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989). Kuntien tehtävänä on mm. järjestää sairaanhoitoon kuuluva lääkinnällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväk-

si – eli käytännössä niiden osalta, jotka eivät ole mukana työelämässä, tai eivät ole työmarkkinoiden käytettävissä.

Lakien tasolla määriteltyä lääkinällistä kuntoutusta, jolla on merkitystä asumispalvelujen asiakkaiden kannalta, ovat mm. apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusohjaus.

Sopeutumisvalmennuksella tarkoitetaan tässä kuntoutujan tai hänen omaistensa ohjausta ja valmentautumista sairastumisen tai vammautumisen jälkeisessä elämäntilanteessa (esim. aivovammaiset asiakkaat).

Lääkinällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvalla kuntoutusohjauksella tarkoitetaan lain mukaan mm. ”kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä tukemista ja ohjausta”. Määritelmä on laaja ja epämääräinen; sen perusteella esimerkiksi suuri osa mielenterveyskuntoutujille järjestettävästä asumispalvelusta voitaisiin periaatteessa luokitella lääkinällisen kuntoutuksen piiriin.

Vammaispalvelujen ja sosiaalihuollon järjestämän kuntoutuksen tehtävänä on erityisesti ”sosiaalisen selviytymisen ja osallistumisen ylläpito ja kehittäminen”. Tämäkin määrittely on niin laaja, että tulee miettineeksi sen käyttökelpoisuutta. Kuntoutuksen eri muotojen luetteleminen tosin konkretisoi asiaa (Paatero ym. 2001, 114). Tukitoimia ovat mm. asumisen tukeminen ja henkilökohtaisen avustajan palvelut.

Vammaispalvelulain mukaisia tukitoimia ovat mm. palveluasuminen, sekä asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet.

Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus kohdistuu työikäiseen väestöön, ja sen päätavoitteena on työntekijöiden työkyvyn säilyttäminen tai palauttaminen. Kansaneläkelaitoksen tukeman kuntoutuksen piiriin kuuluu myös vaikeavammaisten ihmisten työ- ja toimintakykyisyyden tukeminen. Keinoja ovat muiden muassa kuntoutustutkimukset ja työkokeilut, kuntoutuslaitoshoido, psykoterapia sekä ammatillinen koulutus ja työhönvalmennus. Asumispalveluissa muun muassa liikunta- ja aivovammaiset asiakkaat käyvät Kansaneläkelaitoksen järjestämällä kuntoutuskursseilla.

Tapaturma- ja liikennevakuutukset kattavat kuntoutuksen, jota saavat työtapaturman, ammattitaudin tai liikenneturman vammauttamat. Näillä ihmisillä mm. tapaturman aiheuttamien vammojen johdosta toteutettavat kuntoutustutkimukset tai työ- ja koulutuskokeilut kuuluvat vakuutuksien eivätkä Kelan kustannettaviksi. Asumispalvelujen kohdalla liikenneonnettomuuksissa vammautuneet asiakkaat voivat vammautumisensa jälkeisinä aikoina olla näiden etuuksien piirissä.

Työeläkejärjestelmän piirissä kustannetaan kuntoutusta, jonka tavoitteena on työelämässä jatkaminen tai sinne paluu. **Työhallinto** järjestää kuntoutusta sellaisille vajaakuntoisille ihmisille, jotka ovat työmarkkinoiden käytettävissä.

Kuntoutusjärjestelmä muodostuu yhtäältä lainsäädännöstä ja toisaalta organisaatioista, jotka rahoittavat ja tuottavat kuntoutuspalveluja. Vuosituhannen vaihteessa noin puolet kuntoutuspalveluista tuotet-

Kuntoutusjärjestelmä muodostuu yhtäältä lainsäädännöstä ja toisaalta organisaatioista, jotka rahoittavat ja tuottavat kuntoutuspalveluja

tiin julkisella sektorilla ja puolet yksityisesti (Paatero ym. 2001, 109). Kuntoutusjärjestelmä on hajautettu paitsi järjestäjien, myös rahoittajien suhteen. Kuntoutusmenoista neljäsosa rahoitetaan sosiaalihuollon ja viidesosa terveydenhuollon puolelta. Kelan osuus rahoituksesta on niin ikään viidesosa. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002). Järjestelmää on jo vuosikymmeniä pidetty vaikeasti hallittavana ja monimutkaisena (ks. esim. Valtioneuvoston kuntoutusselonteot 1994, 1998 ja 2002 sekä Rissanen 2001, 503).

Vuoden 1994 Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa todetaan, että työntekijöiden keskuudessa on vielä epävarmuutta eri kuntoutusjärjestelmien vastuurajoista. Myöhemmistä Valtioneuvoston selonteista (1998, 2002) tämä toteamus näyttää hävinneen, vaikka työntekijöiden epävarmuus ei liene hävinnyt. Järjestelmän hallinnan parantamiseksi on kuntoutuslainsäädäntöön tehty kaksi laajaa kokonaisuudistusta, vuosina 1991 ja 2004.

Kunnan sosiaalihuollon yleisenä tehtävää on edistää kuntalaisen sekä kuntalaisten muodostamien ihmisryhmien ja yhteisöjen sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Kuntoutuksen tavoitteet ovat yhteneväisiä sosiaalihuollon yleisen tavoitteen kanssa. Paljon on merkitystä sillä, kuinka ”kuntoutuksellisella” työotteella sosiaalipalveluja annetaan, ja miten erilaiset palvelut tukevat muuta kuntoutusta. Kuntoutuksellinen ote näkyy säädöksiensä tasolla myös Vammaispalveluasetuksessa (759/1987). Sen mukaan kunnan tulee ehkäistä ja poistaa vammaisten ihmisten toimintamahdollisuuksia rajoittavia esteitä ja haittoja siten, että he voivat toimia yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä. (Paatero ym. 2001, 114).

Kuntoutuksen yksi tehtävä on tukea työkykyä tai toimintakykyisyyttä (Paatero ym. 2001, 110). Työkyvyn määrittely on tavallaan yksinkertaista, jos kysymys asetetaan jotakin tietynlaista työtehtävätyyppiä silmälläpitäen: soveltuuko ihminen tämän tai tuon tyyppiseen työhön vai ei. Yleisen toimintakyvyn arvioiminen sitä vastoin on epätasemmempää ja tulospäätöksiltään epävarmempaa. Asumispalveluiden asiakkaiden kohdalla on usein kysymys juuri psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen kokonaistoimintakyvyn määrittelyn tarpeesta.

Vaikeavammaisella ihmisillä on ns. subjektiivinen oikeus eräisiin kunnan järjestämiin vammaispalveluihin. Joihinkin vaikeavammaisen toimintakyvyn ja elämäntilanteen hallinnan kannalta tärkeisiin palveluihin kuten apuvälinehuoltoon ja kuntoutusohjaukseen tällaista vahvaa oikeutta ei sen sijaan ole. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 1994).

”Tavalliselle” lääkinnälliselle kuntoutukselle on oma asetuksensa, joka sitoo sen osaksi perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa tapahtuvaa sairaanhoitoa. Asetus edellyttää, että kuntoutujalle laaditaan kuntoutussuunnitelma yhdessä hänen kanssaan. Siinä tulee ottaa huomioon sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut, sekä sovittaa yhteen lääkinnälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutumista tulee seurata ja arvioida määräajoin. (vrt. Paatero ym. 2001, 113).

Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista asumispalvelujen asiakasryhmiä koskevat tavallaan konkreettisimmin apuvälinepalvelut – apuvälineiden tarpeiden määrittäminen, välineiden sovitin, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto.

Sopeutumisvalmennus tarkoittaa lainsäädännössä kuntoutujan ja hänen omaistensa ohjausta ja valmentautumista sairastumisen tai vammautumisen jälkeiseen elämäntilanteeseen. Kuntoutusohjaus lääkinnällisenä kuntoutuksena tarkoittaa asetuksen mukaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut voidaan järjestää omana toimintana tai ostaa muilta palvelujen tuottajilta. (Paatero ym. 2001, 113).

Säädökset, niihin sisältyvät määritelmät ja sanamuodot ovat tärkeitä siksi, että niiden perusteella myönnetään tai kielletään toimeentuloon ratkaisevasti vaikuttavia etuuksia. Kuten valtioneuvoston vuoden 2002 kuntoutusselonteossakin todetaan, kuntoutusmenojen määrä on yhdeltä osin riippuvainen käytettävästä kuntoutuksen määritelmästä. Se mitä luokitellaan kuntoutusmenoiksi, on sopimuskysymys. Tällä hetkellä kuntoutuksen julkisesta taloudesta suoritettaviin menoihin on laskettu muun muassa vammaispalvelujen kustannukset kokonaisuudessaan. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002) .

Kuntoutuksen kokonaiskustannuksiin on yhtäältä otettu sellaisia menoja, joilla on vain vähäinen yhteys kuntoutukseen, kuten vammaispalvelulain mukaiset kuljetuskustannukset, ja toisaalta erityisopetuksen kaltaisia tärkeitä palveluja, joihin valtioneuvoston kuntoutusselonteossa ei ole kuitenkaan tarkemmin sisällöllisesti paneuduttu. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö 8/2002).

Kuntoutuskäsite järjestelmän kielenkäytössä

”Kuntouttavien asumispalvelujen” järjestämisestä on maininta mm. Mielenterveyslaissa (1116/1990), Sosiaalihuoltolaissa (710/1982), Vammaispalvelulaissa (380/1987), Laissa yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996), Laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) sekä Sosiaalitoimen asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevassa laissa (812/2000). Stakesin laatusuosituksissa todetaan, että kuntouttavien asumispalvelujen järjestämisvastuu jakautuu sosiaalitoimen ja terveystoimen kesken sen mukaan, tarvitseeko asiakas ensisijaisesti ”kuntouttavaa asumista” vai ”asumista, jossa terveydellisel-

lä hoidolla ja lääkityksellä on merkittävä osa kuntoutumista”. (Kallio & Lähteenmäki 2004, 23).

Se tosiasia, että kuntoutuskäsite on sidottu säädösten kautta erilaisiin etuuksiin ja oikeuksiin, rajoittaa käsitteen joustavuutta asumispalvelujen arjessa. Kun käsitteen tulkintaa laajennetaan tarkoitamaan myös vuorovaikutukseen liittyvää työtettä, syntyy eräänlaista kaksinkertaista kielenkäyttöä. Siinä kuntoutuskäsitettä tulkitaan yhtäältä arkeen ja asiakasryhmän tarpeisiin parhaiten sovel-

**Kuntouttavien
asumispalvelujen
järjestämisvastuu
jakautuu sosiaalitoimen
ja terveystoimen kesken
sen mukaan, mikä on
terveyden- tai
sairaanhoidon ja
lääkityksen osuus**

tuvassa kuntouttavan otteen merkityksessä. Toisaalta samojen asiakkaiden kanssa on joissakin yhteyksissä pitäydyttävä lakiin tms. säädöksiin kirjatuihin sanamuotoihin ja toisteltava niitä erilaisissa asiakirjoissa.

Kaksoismäärittelyn ongelma saattaa tulla esiin myös palveluntuottajan ja esimerkiksi kunnan välisessä ostaja-asiakas -suhteessa: vaikka palveluja käyttävän asiakkaan kanssa tehtävä työ on ”kuntoutuksellista” ja siinä sovelletaan ”kuntouttavaa työtettä”, niin palvelukuvauksissa ja -suunnitelmissa saatetaan välttää kuntoutuskäsitettä väärinkäsitysten ehkäisemiseksi.⁹

⁹ Tämä ei tietenkään koske tilanteita, joissa kunta nimenomaan ostaa ko. palvelun jonkin laissa määritellyn kuntoutukseen liittyvän velvollisuutensa hoitamiseksi.

Kuntoutuskäsitteen moneen suuntaan haarautuvat merkitykset ja käyttötavat ovat kokonaisuuden hahmottamisen kannalta erittäin suuri haaste, kuten on monesti todettu (vrt. esim. Valkonen 2002). Jari Koskisuun mukaan kuntoutus voidaan hahmottaa kolmesta näkökulmasta sen mukaan, kuinka laajasti se halutaan ymmärtää. Kuntoutus voi tarkoittaa

- kuntoutujan ja kuntoutushenkilökunnan ja palvelujärjestelmän vuorovaikutusprosessia, tai
- palveluketjua tai toimenpiteiden kokonaisuutta, tai
- yhteiskunnallista toimintajärjestelmää.

(Koskisu 2004, 30).

Jukka Valkonen (2002) tarkastelee kuntoutusta kolmen eri puhettavan näkökulmasta. puhetapa voidaan hänen mukaansa ”säätää” käytäväksi

- kuntoutuksen kohteen vajavuuden näkökulmasta
- kuntoutuksen vaikuttavuuden näkökulmasta tai
- kuntoutusjärjestelmän asettamista näkökulmista.

Valkosen nimeämää kolmatta näkökulmaa voi kutsua byrookraattiseksi. Kuntoutuskäsityksen käytön sekalaisuutta selittää paljolti se, että lainsäädäntö on edelleen varsin hajanaista: kuntoutustoimintaa on hyvin moneen lähtöön, ja kuntoutusjärjestelmä monikerroksinen. (Valkonen 2002, 4).

Jari Koskisuus puhuu suppeasta ja laajasta kuntoutuskäsityksestä. Suppean käsityksen mukaan kuntoutuksen tehtävänä on sairauden tai vamman aiheuttamien ongelmien ratkaisu, toimintakyvyn parantaminen ja haittojen minimointi. Laajan kuntoutuskäsityksen mukaan

kuntoutus on yksilöön ja hänen ympäristöönsä ja yleiseen elämänhallinnan edellytyksiin kohdistuvaa toimintaa. Kuntoutuksen toteuttajaksi voidaan suppeasti ajateltuna lukea vain sosiaali- ja terveyssektori palveluineen. Laajemmassa mielessä kuntoutuksen toteuttajia ovat paitsi kuntoutuksen rahoittajat, suunnittelijat ja ammatti-ihmiset myös ympäristön ja yhteiskunnan suunnittelijat ja rakentajat sekä perhe, ystävät, työyhteisö ja vapaaehtoistyöntekijät. (Koskisuus 2004, 11–24).

Kuntoutuskäsitteen kliininen määritelmä painottaa vikoja, vammoja, sairauksia, joiden olemassaolo oikeuttaa ihmisen saamaan tiettyjä

**Suppean
kuntoutuskäsityksen
mukaan kuntoutus
kohdistuu vain
sairauden tai vamman
aiheuttamiin ongelmiin,
laajan käsityksen
mukaan kuntoutus on
yksilöön ja hänen
ympäristöönsä, sekä
elämänhallinnan
edellytyksiin
kohdistuvaa toimintaa**

kuntoutuspalveluja. Sosiaalitieteellisessä määritelmässä puolestaan painottuvat toimintaympäristön tarjoamat mahdollisuudet.

Kuntoutuksen käsitteen määrittelyyn ja käyttöön liittyy pyrkimys siirtyä ”ongelmakielestä kompetenssikielen” (Valkonen 2002, 6). Kompetenssikielissä korostetaan asiakkaan omaa kykyä ja selviytymistä, eli siis pidetään olemassa olevia kykyjä ja mahdollisuuksia määrittelyn lähtökohdaksi, ei ongelmaa ja sen määrittelyä. Lääketieteeseen nojautavassa määrittelyssä asetetaan jokin kliininen ongelma lähtökohdaksi.

Kliininen (lääketieteellinen) määrittely muodostaa usein lähtökohdan sekä kuntoutustyön tekijälle että kuntoutujalle itselleen. Tällainen määrittely voi olla edellytyksenä etuuksien ja oikeuksien saamiseen. Päästäkseen tiettyjen palvelujen piiriin tulee asiakkaan lokeroitua ammattilaisten – lääkäreiden tai muiden – määrittelemiin ongelmien luokittelujärjestelmiin (vrt. Suominen 2004, 9).

Lääkärin perinteinen rooli on kuitenkin muuttumassa. Kuntoutuksen järjestämisen ryhmätyöluonne ja moniammatillisuus ovat nykyisin korostuneet verrattuna aiempiin vuosikymmeniin. Kuntoutuksen toimintatavan tulisi Paateron ym. mukaan (2001, 110) olla ohjauksellinen ja pedagoginen, kuntoutujan omia valintoja ja elämänsuunnitelmia kunnioittava, sekä ulkokohtaisia neuvoja ja määräyksiä välttävä.

Kuntoutuspalveluluokitus

Yksi tapa hahmottaa kuntoutuskäsitettä on tutkia Stakesin ja Kuntaliiton julkaisemaa kuntoutuspalveluluokitusta (1997). Luokituksessa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saamien tai hänelle

suunniteltujen kuntoutuspalvelujen toteutumismuotoja. Luokitus on ensisijaisesti tarkoitettu tilastoinnin apuvälineeksi, mutta sitä voidaan käyttää esimerkiksi kunnissa palveluiden suunnittelun tukena. Useat kuntoutusta rahoittavat tahot asettavat palveluille selkeät laatuvaatimukset ja mahdollisuuksien mukaan kilpailuttavat palvelujen tuottajia keskenään. (Koskisuus 2004, 193).

Stakesin kuntoutuspalveluluokituksen mukaan aikaisemmasta yksilökeskeisestä kuntoutuskäsitteestä on siirrytty painottamaan yhteiskunnan rakenteita ja resursseja (Stakes & Kuntaliitto 1997, 8–9). Lisäksi lainataan WHO:n kuntoutuskäsitteen määritelmää:

Kuntoutus sisältää kaikki ne toimenpiteet, joilla pyritään vähentämään vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutuksia sekä saattamaan vammaisen ja vajaakuntoinen kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää vain vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan se kohdistuu myös heidän välittömään ympäristöönsä ja koko yhteiskuntaan heidän sosiaalisen integraationsa edistämiseksi.

WHO:n määritelmä on vaikuttanut kuntoutuskäsitteen laajentumiseen sosiaalisen integraation suuntaan. Siinä ilmenevä käsitys työntekijän roolista poikkeaa aiempien vuosikymmenten mallista tuntuvasti: asiantuntija toimii pikemminkin kuntoutujan konsulttina kuin tavoitteet määrittelevänä auktoriteettina.

Seuraavassa on nostettu esiin kuntoutuspalveluluokituksen kohtia, jotka liittyvät vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin.

Asumiskokeilu. Kokeilu, jossa selvitetään kuntoutujan edellytykset itsenäiseen asumiseen ja siihen tarvittavien toimenpiteiden tarve. Kokeilu voidaan toteuttaa sairaalan tai kun-

toutuslaitoksen yhteydessä olevissa asumiskokeiluun varatuissa tiloissa, palvelutaloissa, ryhmäkodissa tai itsenäisessä asumisessa.

Itsenäistä selviytymistä edistävä neuvonta ja ohjaus. Elinympäristössä selviytymiseen, itsestä huolehtimiseen, ravintoon, liikkumiseen ja elintapoihin liittyvä neuvonta. Voi sisältää myös asumiseen liittyvän neuvonnan ja ohjauksen.

Asumisvalmennus. Yksilöllisesti tai ryhmässä tapahtuvaa valmennusta itsenäiseen asumiseen. Valmennus koskee selviytymistä kotona, kun yhteisövalmennus koskee laajemmin selviytymistä sosiaalisessa ympäristössä.

Palveluasumiseen liittyvät tukitoimet. Vaikeavammaisen palveluasuminen omassa kodissa, palveluasuntoryhmässä tai vaikeavammaisten palvelutalossa asumiseen liittyvine tukitoimineen, joiden kustannuksista kunta vastaa täysimääräisesti vammaispalvelulain mukaisena toimintana.

(Stakes & Kuntaliitto 1997, 17–24).

Asumiskokeilun ja asumisvalmennuksen välinen ero on usein osoittautunut epäselväksi. Ero voidaan tehdä kuntoutuspalveluluokitukseen nojaten: asumiskokeilu on arviointijakso, joka voi johtaa mm. asumisvalmennukseen – asiakkaan tulevaa asumismuotoa ei siis ole päätetty etukäteen, vaan kokeilu toteutetaan juuri sen selvittämiseksi. Asumisvalmennuksessa on sitä vastoin jo ennen sen alkua tehty suunnitelma, jonka mukaan asiakas siirtyy asumisvalmennusjakson jälkeen itsenäiseen elämään, tai johonkin asumispalveluyksikköön.

Kuntoutuksesta puhuminen asumisvalmennuksen tai -kokeilun yhteydessä saattaa aiheuttaa sekaannusta. Niinpä monesti päädytään siihen joissain tilanteissa hankalaan kielenkäyttöön, että työntekijä katsoo tekevänsä kuntoutustyötä ”kuntouttavan työotteen” merkityksessä, mutta

Asumiskokeilu on arviointijakso, joka voi johtaa esimerkiksi asumisvalmennukseen.

Asumisvalmennuksessa asiakas siirtyy jakson jälkeen joko itsenäiseen asumiseen tai johonkin asumispalveluyksikköön

”kuntoutuksesta” puhuminen ei käy palvelumuotojen sekaantumisvaaran takia päinsä palvelukuvauksen tai -suunnitelman tasolla.

Esteisiin sopeutuminen vai niiden poistaminen?
Näkökohtia sopeutumisvalmennuksesta

Sopeutumisvalmennus, yhtenä kuntoutuksen muotona, saattaa herättää ristiriitaisia ajatuksia ja vaikeita kysymyksiä. Esiin tulevista yhteiskunnallispoliittisista ulottuvuuksista huolimatta yksilön on otettava huomioon realiteetit ja sopeuduttava suureen osaan niistä. Tämä merkitsee myös esteisiin sopeutumista. Toisaalta päättäjien ja toimeenpanijoiden velvollisuutena on ajatella pitkällä tähtäimellä sekä taloudellisissa säästöissä että ihmisarvoon, tasavertaisuuteen ja perusoikeuksiin liittyvissä abstraktimmissa kysymyksissä. Sekä taloudellinen että pe-

rusoikeudellinen näkökulma edellyttävät yhteiskunnan ”pelin” sääntöjen kriittistä tarkastelua, myös niiden muuttamiseen pyrkivää toimintaa.

Sopeutumisvalmennuksella tarkoitetaan asetuksen mukaan kuntoutujan ja hänen omaisensa ohjausta ja valmentautumista sairastumisen jälkeisessä elämäntilanteessa (Virtanen 2004, 10; Vilkkumaa 2004, 14–15). Myös asumispalveluissa ja asumisvalmennuksessa vaikutusvallan ulkopuolella oleviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin esteisiin sopeutuminen on usein keskeisellä sijalla.

Seuraavassa pohditaan hetki sopeutumisvalmennusta Ronald Wimanin (2004) ajatusten pohjalta: asia valottuu tässä vain yhdestä melko rajatusta suunnasta. Laajempi katsaus sopeutumisvalmennukseen ei mahdu tämän esityksen puitteisiin.

Kuntoutus vallitseviin olosuhteisiin sopeuttamisena sisältää ratkeamattoman ristiriidan periaatteellisella tasolla. Yhtäältä ihmisen etu voi edellyttää sopeutumista vallitsevaan tilanteeseen – ja tämä koskee kaikkia, ei ainoastaan vammaisia ihmisiä. Toisaalta yksittäisten vammaisten ihmisten sopeuttaminen vallitseviin olosuhteisiin voi peittää näköpiiristä syvällisemmät, kaikkia koskevat muutostarpeet.

Yhteiskunta rakentuu monimutkaisen säännöstön varaan: sen muuttaminen soveltumaan kattavammin kaikille yhteiskunnan jäsenille on yksi edistyksen tärkeä piirre, jossa vammaisjärjestöt ovat poliittisena vaikuttajana tärkeällä sijalla.

Ronald Wiman (2004) pohtii kuntoutuksen perusteita otsikolla ”Kumpaa pitäisi kuntouttaa – ihmistä vai yhteiskuntaa?” Kysymystä voi muokata myös tähän suuntaan: milloin toimintakyvyn vajavaisuus tai alisuoriutuminen on terve reaktio sairaaseen ympäristöön?

Haitta eli "handicap" on golffareille ja raviväelle tuttu sana. se viittaa joidenkin kilpailijoiden epäedulliseen lähtökohtaan, joka johtuu pelin säännöistä. Samaa se tarkoittaa vammaisyhteisissäkin: pelin säännöt asettavat vammaisen huonompaan asemaan. (Wiman 2004, 85).

Wiman käsittelee yhteiskunnan tilaa eräänlaisina pelin sääntöinä, jotka eivät vammaisille ihmisille ole kaikilta osin oikeudenmukaisia. Ihmisiä ei tulisi pyrkiä sopeuttamaan tilanteeseen, joka on eettisesti tai yhteiskuntapoliittisesti kyseenalainen: pelin sääntöjä tulisi sen sijaan pyrkiä muuttamaan. Wimanin tarkastelun kohderyhmänä ovat fyysisesti vammaiset ihmiset, mutta näkökohta soveltuu tarvittavin muutoksin mielenterveyskuntoutujiin. Erityisesti 1960- ja 70-luvuilla on mm. psykiatrisen, kasvatusteorian ja yhteiskuntatieteen radikaaleimmissa näkemyksissä lähdetty siitä, että mielen sairaudet ovat tilanteenmukaisia (adekvaatteja) reaktioita sairaaseen ympäristöön (esim. R. D. Laing 1967[1971]).

Vaikeiden mielenterveysongelmien, erityisesti skitsofrenian tutkimus on 60-luvulta lähtien osoittanut somaattisten perintötekijöiden olevan keskeisellä sijalla vaikeimmissa psyykkisissä häiriöissä (esim. Aché ym. 1990). Vaikka 60-luvulla vallinnut, osassa psykiatriaakin ilmennyt radikalismi osoittautuu myöhemmässä tarkastelussa sisältävän ylilyöntejä ja elämän realiteeteille vierasta ajattelua, on tuon aikakauden keskeinen sanoma edelleen ajankohtainen: elinympäristöön ja yhteiskunnan järjestykseen liittyvät tekijät vaikuttavat voimakkaasti jokaisen yksilön elämään.

Sosiaalisen ja kielellisen (käsitteenmäärittelyyn liittyvän) näkökulman välille voi löytää yhteyden tarkastelemalla termin englanninkielistä vastinetta. *Rehabilitation*-termin yksi merkityssisältö on arvon palauttami-

nen, rehabilitointi. Vammaisten vuosikymmenen (1983–1992) vaikuttavuutta pohtiessaan Ronald Wiman puhuu ”ajatusten arkkitehtuurista”, joka on kohdentanut huomion yksilöiden vammoista heidän elinympäristöjensä esteiden aiheuttamiin vammoihin. Myös mielenterveyskuntoutujien kohdalla voidaan kysyä, millaisia heidän kohdallaan ovat elinympäristön esteiden aiheuttavat vammat.

Sekä fyysisten että psyykkisten vammojen kohdalla sopeutumismahdollisuuksia tai esteettömyyttä on syytä ajatella meitä kaikkia koskevana asiana – ei vastakkainasetteluna, jossa ”terveet” tekevät humanitääristä työtä pienen, vajaakykyisen kansanosan hyväksi. Kyse on ennen kaikkea perusoikeuksien toteutumisesta: voi ajatella Wimanin esimerkiksi soveltaen, että perusoikeuksien toteutuminen edellyttää yhteiskunnassa vallitsevan pelin sääntöjen reiluutta.

Väestön keski-ikä vanheneminen asettaa sekin ”pelin säännöt” uuteen valoon: samat esteet, jotka aina ovat olleet kaikenikäisten vammaisten ihmisten riesana, koskevat yhä suurempaa osuutta niin sanotuista normaaleista kansalaisista.

Rakennuttamisen kannalta järkevää pitkän tähtäimen ajattelua on esteettömyysnäkökohtien huomioiminen kaikissa uusissa asunnoissa, ei vain vammaispalveluihin tarkoitetuissa. Tulisi lähteä siitä, että esteettömyys ei ole vain jotakin marginaaliryhmää vaan myös ”normaalialueen” asukasta koskeva standardi.

Jos päämääränä on itsenäisempi elämä, parempi elämän hallinta, se edellyttää myös ympäristön muuttuvan. Osallistumisen fyysisten, juridisten, tiedollisten, asenteellisten ja sosiaalisten esteiden madaltuminen on ”ulkoisena” edellytyksenä yksilön sosiaaliselle kuntoutumiselle ja parantuneelle osallistumiselle. Kuntoutuksen tulee siis kohdistua myös ihmisen

fyysiseen ja sosiaaliseen toimintaympäristöön, jotta päämäärä saavutettaisiin. (Wiman 2004, 88).

Sosiaalisella kuntoutumisella on kaksi erottamatonta puolta: ihmisen sovittaminen ympäristöönsä ja ympäristön sovittaminen ihmisten erilaisuuteen. (...) Erilaisten ihmisten yhdenvertaisuus ja kaikkien osallisuus luovat turvallisuutta ja luottamusta, sosiaalista pääomaa ja edistävät sosiaalista kehitystä kohti yhteiskuntaa kaikille. (Wiman 2004, 89).

On tärkeää nähdä sopeutumiseen (tai sopeuttamiseen) liittyvät, kehitystä jarruttavat riskitekijät. Asumispalvelujen yhteydessä puhutaan kuitenkin sopeutumisesta ja sopeutumisvalmennuksesta konkreettisella, yksittäisten ihmisten elämää koskevalla tasolla. Seuraavassa vielä lyhyesti käytännön kokemuksia ja ajatuksia sopeutumisvalmennuksesta liikuntavammaisten asumispalveluissa, asumispalveluyksikön vastaavan näkökulmasta.

Käytännön kentällä on koettu, että sopeutumisvalmennus saatetaan toteuttaa liian aikaisessa vaiheessa. Valmennukseen osallistumista edellytetään usein jo silloin kun tilanne on vielä liian tuore, eikä riittävää asioiden ensikäsittelyä vammautumisen jälkeen ole ehtinyt tapahtua. Sitten kun sopeutumisvalmennus olisi ajankohtaista, niin sitä ei enää saakaan. Saattaa olla, että sopeutumisvalmennusta olisi syytä jatkaa vielä asumispalvelujen asiakkuuden aikana. Toisaalta ongelmana epäilemättä olisi, että asumispalveluyksiköissä ei tavallisesti ole erityisosaamista sopeutumisvalmennuksen järjestämiseen.¹⁰

Vammautumisen psykososiaalisen käsittelemisen vaiheet ja aikataulu on yksilöllinen, sopeutumisvalmennuksen sopivin ajankohta vaihtelee

¹⁰ Haastattelu: asumispalveluvastaava Sirpa Räsänen, 25.1.2005.

näin ollen suuresti ihmisestä toiseen. Tätä seikkaa ei asumispalvelu-
vastaava Sirpa Räsänen arvion mukaan kyetä nykyisessä järjestel-
mässä riittävästi huomioimaan.

Palveluohjaus – kuntoutusohjaus – asumispalvelut

Seuraavassa tarkastellaan viime vuosina paljon esillä ollutta palveluohjauksen käsitettä, ja sen suhdetta asumispalveluihin. Palveluohjaus tarkoittaa toisaalta konkreettisia, työn menetelmiä koskevista linjauksista, ja toisaalta se liittyy laajemmin nykyistä palvelujärjestelmää ja sen arvoja

Palveluohjauksella voidaan tarkoittaa sekä asiakkaan kanssa tehtävää työtä (*case management*) että asiakkaan saaman tuen koordinoitua ja yhteen sovittamista (*service coordination*)

koskeviin uudistuspyrkimyksiin. Palveluohjauksen käsite liittyy läheisesti myös kuntoutukseen. Usein puhutaankin kuntoutusohjauksesta ja kuntoutusohjaajista tarkoittaen sisällöllisesti samanlaista yhteistyön tapaa kuin palveluohjauksesta ja palveluohjaajista puhuttaessa.

Palveluohjauksen kehittäminen on ollut viime vuosina osa Sosiaali- ja terveysministeriön kansallista sosiaalialan kehittämishanketta, jossa on keskitytty kolmeen asiakasryhmään: mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin, ikäihmisiin sekä vammaisiin ihmisiin (Hänninen 2006). Malleja ovat Suomessa kehittäneet myös mm. Omaiset mielenterve-

ystyön tukena -Keskusliitto ja Kuntoutussäätiö (Koskisuus 2004, 196). Mielenterveyden keskusliitto on osaltaan ollut kehittämässä kuntoutusneuvontaa. Niin kuntoutus- kuin palveluohjaustakin ovat toteuttaneet suureksi osaksi kolmannen sektorin toimijat, mutta myös julkinen sektori. Kunnissa toteutetuissa palveluohjauksen kehittämissuunnitelmissa on Sauli Suomisen (2006) mukaan saatu hyviä tuloksia.

Palveluohjauksella voidaan tarkoittaa sekä asiakkaan kanssa tehtävää työtä (*case management*) että asiakkaan saaman tuen koordinoitua ja yhteen sovittamista (*service coordination*). Yksilökohtaisen asiakastyön periaatteet ovat vanhoja – perusajatukset ovat muotoutuneet Yhdysvalloissa jo 1860-luvulla. Suomalaiseen keskusteluun palveluohjauksen käsite on tullut 1990-luvun puolivälissä. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 15 - 19).

Erja Pietiläisen ja Heikki Seppälän määritelmässä palveluohjauksella tarkoitetaan laajempaa asiakokonaisuutta kuin vain palveluohjaajan työtä: palveluohjaus on sen mukaan nimitys koko verkoston yhteistyölle.

Palveluohjauksen käsitteellä kuvataan niitä toimintoja, joilla asiakkaan ja viranomaisia edustavan palveluohjaajan yhteistyönä suunnitellaan, organisoidaan, yhteensovitetaan ja arvioidaan palveluja, jota asiakas tai hänen perheensä tarvitsevat nykyisessä elämänvaiheessaan elämänhallintansa tueksi. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10)

Palveluohjaus voidaan asiakkaan tilanteen ja tarpeiden perusteella jakaa alaryhmiin. Perinteisen, verkostoa ja asiakkaan tilanteeseen liittyvää kokonaisasiantuntijuutta korostavan palveluohjauksen lisäksi voidaan puhua ainakin intensiivisestä, itsemääräämisoikeutta koros-

tavasta ja siirtymävaiheiden palveluohjauksesta, sekä palveluohjauksen ns. asianajomallista.

- Intensiivinen palveluohjaus liittyy asiakkaan tietynhetkiseen vaikeaan elämäntilanteeseen eräänlaisena ”täsmäauttamisena”.
- Itsemääräämistä korostavassa palveluohjausmallissa on keskeistä asiakkaan oman toimintatavan tukeminen, hänen omat voimavaransa ja täysivaltaisuutensa yhteisön jäsenenä.
- Siirtymävaiheen palveluohjauksessa on lähtökohtana tiedossa oleva, ennakoitu muutos asiakkaan elämäntilanteessa, esimerkiksi muutto lapsuudenkodista itsenäiseen elämiseen.
- Asianajomallissa painottuu palveluohjaajan rooli asiakkaan puolestapuhujana ja palveluissa todettujen puutteiden esiin nostajana.

(Pietiläinen & Seppälä 2003, 13).

Näyttäisi siltä, että yllä luetellut palveluohjaustyyppit eivät käytännön tilanteissa juuri esiinny sellaisinaan: esimerkiksi asianajomallin piirteitä saattaa olla missä hyvänsä palveluohjausprosessissa. Asianajomallin tyyppinen palveluohjausidea tulee ehkä useimmin esiin mielen-terveyspalvelujen ja -asiakkaiden kohdalla (vrt. Suominen 2004, 2006).

Asumispalveluissa työskennellään usein lapsuudenkodistaan muuttavan asiakkaan kanssa: tällöin asumispalvelutyöntekijän rooli on hyvin samantapainen kuin yllä kuvatulla siirtymävaiheen palveluohjaajalla.

Sauli Suominen tarkastelee palveluohjausta pääsääntöisesti mielen-terveyskuntoutujien näkökulmasta ja hänen määrittelyssään korostuu

Pietiläisen ja Seppälän määritelmää enemmän palveluohjaajan ja asiakkaan välinen kahdenkeskinen vuorovaikutussuhde.

Palveluohjaus perustuu asiakkaan ja tämän palveluohjaajan luottamukselliseen suhteeseen. Tavoitteena on asiakkaan itsenäisen elämän tukeminen. Tuki rakentuu asiakkaan, hänen sosiaalisen verkostonsa, palveluohjaajan ja muiden palveluntuottajien yhdistettyjen voimavarojen varaan. (Suominen 2006)

Susanna Nouko-Juvosen kirjaamassa Mielenterveyden keskusliiton palveluohjauksen määrittelyssä puolestaan on paljon niitä elementtejä, joita sisältyy asumispalveluissa tuttuun kuntouttavan työotteen ideaan. ”Kuntoutuksen palveluohjaus” -termiä käytetään Mielenterveyden keskusliiton turva-asumisprojektin yhteydessä (Nouko-Juvonen 2001).

Kuntoutuksen palveluohjauksella (case tai care management) voidaan tarkoittaa prosessia tai tapahtumaketjua, jossa kuntoutusasiakasta ohjataan käyttämään hänen tarvitsemiään julkisia tai yksityisiä palveluja ja pyritään samalla koordinoimaan eri palvelut tavoitteelliseksi kokonaisuudeksi. (...) Palveluohjaukseen tyypillisesti kuuluvia osatehtäviä ovat asiakkaan kokonaistilanteen arvio, kuntoutussuunnitelman teko, palvelujen hankkiminen (toimenpiteiden kustantajan etsiminen), seuranta ja arviointi sekä asiakkaan asioiden edistäminen. (Nouko-Juvonen 2001, 45).

Jari Koskisuus korostaa omassa määrittelyssään palveluohjaajan roolia palvelujen koordinoijana (service coordination, vrt. ed.).

Palveluohjaus (tai kuntoutusohjaus) tarkoittaa kuntoutujan linkittämistä kaikkiin tarvitsemiinsa – esimerkiksi sosiaalitoimen, kuntoutuksen tai terveydenhuollon – palveluihin. Kuntoutujan kannalta toivottu lopputulos on se, että hänelle on turvattu kuntoutumisen kannalta tarpeelliset palvelut ja että näille palveluille on yhdessä määritelty tavoitteet. Tämä edellyttää, että on selvitetty, miksi palveluja tarvitaan ja mi-

hin niillä pyritään. Tarvittaessa palveluohjaus toimii myös palvelujen kehittäjänä ja yhteistyölinkkinä eri palvelujärjestelmien välillä. (Koskisuus 2004, 41)

Kehitysvammaisten asiakkaiden kohdalla on Kehitysvammaliiton ALLI-projektin yhteydessä nähty vahvuutena se, että työotteena on palveluohjaus, jossa pyritään palvelukokonaisuuksien määrittelyyn yksittäisten palvelujen sijasta. Toisaalta palveluohjauksen toteuttamista vaikeuttavat tällä saralla työn määrä, sektorikohtainen organisointi ja tietojärjestelmien yhteensopivuuden ongelmat. (Hintsala ym. 2004).

Palveluohjauksen

idea on tavallaan niin selkeä ja maalaisjärkinen, että ajattelutavan soveltaminen niin asumispalveluissa kuin muissakin julkisissa ja yksityi-

Palveluohjaus-käsite voi viitata paitsi työtapaan, myös palvelujärjestelmässä vaikuttavien toimintatapojen ja asenteiden muuttamiseen

sissä sosiaali- ja terveystaloudessa tuntuisi luontevalta. Tämän suuntaiseen kehitykseen on pyrittykin. Nykyään esim. Vantaan psykiatrisen kuntoutuskeskuksen kuntoutusohjaajien työnkuva sisältää niitä elementtejä, joita palveluohjauskirjallisuudessa kuvataan.

Keskustelu palveluohjauksesta ei kuitenkaan ole aivan ongelmatonta. Käsitteeseen liittyy ideologista sisältöä – pyritään paitsi arkitoiminnan muuttamiseen, myös palvelujärjestelmässä vaikuttavien toimintatapojen ja asenteiden muokkaamiseen. Palveluohjaus-idea liittyy osittain Ruotsissa ja nyttemmin myös Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti mielenterveyspalvelujen toimintatapojen kritiikkiin (byrokratia, järjestelmäjähtöisyys ym.). Erityisesti kritisoidaan sellaista

perusasennetta, että asiakkaan ongelmat korjaantuisivat asiantuntijan määritelmät hyväksymällä ja hänen määrittelemiinsä menettelyihin alistumalla, ja ensisijaisesti ammattilaisen ohjeita seuraamalla. (Suominen 2004, 2006).

Palvelujen on katsottu olevan kuntoutujan kokonaistilanteen kannalta liian lääketieteellisesti painottuneita (medikalisoituneita), ja asiakaslähtöisyyden sijasta byrokrania- ja järjestelmälähtöisiä. Tällaisessa asetelmassa julkiset palveluntuottajat – perinteiset ammattilaiset ja asiantuntijat – epäilemättä helposti kokevat joutuvansa altavastajan asemaan, mikä on saattanut vähentää halua tutustua palveluohjauksen käytäntöihin ja ideologiaan.

Lisäksi korostetaan, että palveluohjaaja ei toimi asiakkaan terapeutina, vaan huolehtii siitä, että asiakas pysyy mielekkäiksi koettujen palvelujen piirissä. Tämä muistuttaa työntekijän roolia monissa asumispalveluyksiköissä. Asumispalveluyksikön työntekijä on tavallisesti monta kertaa viikossa tekemisissä asiakkaan kanssa, ja näin ollen hänen roolikseen muodostuu helposti palveluohjaajamainen kokonaisuuden hallinnasta vastaaminen.

Asumispalveluiden työntekijällä voi olla varsin laaja työnkuva. Järjestön tai yrityksen edustaja saattaa liukua hoito- ja palvelukokonaisuu- den koordinoijaksi tavalla, joka on perinteisesti kuulunut ennemminkin muodollisessa kokonaisvastuussa olevan organisaation työntekijöille (kunnan sosiaali- tai terveystoimi, tai kuntayhtymän psykiatrinen erikoissairaanhoido).

Koordinoinnin tapahtuminen jossain muualla kuin julkisella sektorilla ei välttämättä ole asia, joka pitäisi nostaa ongelmaksi. On maalaisjärjen ja epäilemättä palveluohjauksenkin arvomaailman mukaista, että

kokonaisuuden hallinnassa asiakasta avustaa se työntekijä, joka on eniten hänen kanssaan tekemisissä – vaikkapa järjestön tai yrityksen asumispalvelutyöntekijä. Mutta reaalin toimintaympäristö ei joka suhteessa ole asiakas- vaan järjestelmälähtöinen – siksi vastuukysymysten määrittelystä voi käytännössä tulla ongelma.

4. Kuntouttava työote, asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus

Kuntoutuskäsitteen laajin ja vaikeimmin rajattava käyttö tulee esiin ”kuntouttavan työotteen” määrittelyn yhteydessä. Tässä luvussa tarkastellaan, mitä kuntouttava työote joistakin keskeisistä näkökulmista käsin voi pitää sisällään. Kuntouttavan työotteen ulottuvuuksia ovat muun muassa asiakaslähtöisyys ja itsemääräämisoikeus, sekä asiakkaan valmius muutosten tekemiseen – kuntoutusvalmius, Jari Koskisuun (2004) termein ilmaistuna.¹¹

Kuntoutus vuorovaikutustapana

Asumispalvelutyön kannalta keskeinen asia on kuntoutuskäsitteen kytkeytyminen tietynlaiseen, asiakkaalle mahdollisuuksia jättävään ja voimaannuttavaan vuorovaikutustapaan. Kuntouttava työote on ilmaisu, jota käytetään erityisesti mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Muidenkin asiakasryhmien asumispalveluyksiköissä on asiakkaina ihmisiä, joilla fyysisen vamman lisäksi on laaja-alaisia psyykkisen ja sosiaalisen elämänalueen ongelmia. Moniongelmaisuus on

¹¹ Tässä luvussa esitettyjen näkökulmien taustalla vaikuttavat erityisesti kolmen ASPAn mielenterveyskuntoutujien yksikön esimiehen kanssa käydyt keskustelut. Haastattelut Petra Haataja 26.4.05, Raija Korhonen 4.4.05, Terhi Nisula 20.1.05.

usein määräävä tekijä varsinkin uusilla asumispalveluiden asiakkailla. Näin ollen psykososiaaliseen tukeen liittyvä ”kuntouttava työote” on ajankohtainen haaste mielenterveyskuntoutuja-asiakkaiden lisäksi muissakin asumispalvelujen vammaryhmissä.

Jari Koskisuu esittää käyttökelpoisen hoidon ja kuntoutuksen eroa epäsuorasti sivuavan määritelmän:

”Kuntoutus kaikissa muodoissaan – myös mielenterveyskuntoutus – on läheisempää sukua koulutukselle ja oppimiselle kuin hoidolle ja toipumiselle.” (Koskisuu 2004, 38).

Eero Riikosen ja Aila Järvikosken (2001) mukaan ammattihenkilöstön ja maallikoidenkin keskuudessa on vallalla käsitys, että mielenterveysalan avohoidon ja kuntoutuksen kehittäminen on ensi sijassa psykoterapian ja psykoterapeuttisen osaamisen kehittämistä. Neuvontatyypin toiminnan arvostus on heidän mukaansa ollut täällä selvästi heikompaa kuin esim. anglosaksisissa maissa. Arjessa käytettävien työtapojen erityisyyden ja korkeaprofiilisuuden korostaminen saattaa muodostua esteeksi voimavarojen hyödyntämiselle. (Riikonen & Järvikoski 2001, 165).

**Kuntoutus kaikissa
muodoissaan – myös
mielenterveyskuntoutus –
on läheisempää sukua
koulutukselle ja oppimiselle
kuin hoidolle ja toipumiselle**

Liian kapeasti määritellyn kuntoutuskäsityksen haitta on Jari Koskisuun mukaan se, että liiallinen (psykoterapeuttinen) painottuminen sairauteen voi johtaa sairauskeskeiseen ja ongelmalähtöiseen malliin,

joka puolestaan ei suo yksilölle riittävästi tilaa ”olla muuta kuin oma vajavuutensa” (Koskisuus 2004, 12). Tämä tärkeä huomio liittyy asumispalvelujen toimintatapaan ja tavoitteisiin: toiminnassa voidaan pyrkiä muun väestön kanssa tasavertaiseen elinympäristöön muusakin kuin fyysisen esteettömyyden mielessä. Sosiaalisessa mielessä se tarkoittaa elämässä ilmenevien eri roolien normaalia järjestystä – toisin sanoen sitä, että asumispalvelun asukas mieltäisi itsensä *ensisijaisesti* asukkaaksi, vaikkapa martinlaaksolaiseksi. Sairauteen liittyvät persoonallisuuden määrittelyt tulisivat vasta sen jälkeen ja tarpeen mukaan.

Mielenterveyskuntoutujan kohdalla hyvä käytäntö on, että häntä tuetaan perustamaan minäkuvansa muuhun kuin ”sktsofreenikkouteen” tai johonkin toiseen lääketieteellisen diagnostiikan tarjoamaan rooliin. Asumispalvelussa tapahtuvan vuorovaikutuksen tulisi tukea asiakasta ajattelemaan niin päin, että ”minulla on sairaus”, ei niin että ”minä olen yhtä kuin sairauteni”, kuten usein varsinkin pitkäaikaissairaiden mielenterveyskuntoutujien kohdalla on laita.

Kuntoutuja, tai jokainen ihminen, on kussakin elämänvaiheessaan useissa eri rooleissa (vrt. Riikonen & Järvikoski 2001, 163). Kuntoutuja, tai asumispalvelujen asiakas on useimmiten myös potilaan roolissa suhteessa terveydenhuoltoon tai psykiatriaan. Erityisesti kuntoutuspsykiatrian kohdalla on vaikea vetää rajaa sille missä potilaan rooli loppuu ja jokin muunlainen autettavan rooli alkaa.

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla kuntoutustyöhön liitetään helposti terapeutin – suomeksi *hoidollinen* – elementti. Mielenterveystyön koulutuksen saanut työntekijä saattaa asumispalveluissakin kokea työnsä terapeutiksi – erityisesti siinä mielessä, että istuminen ja

puhuminen, mielensisäisellä alueella työskentely nähdään fyysistä toimintaa tärkeämmäksi. Nyttemmin suuntaus on ainakin virallisella tasolla heikentynyt, kuten voi todeta viimeisimmästä Valtioneuvoston kuntoutusselonteosta:

”Mielenterveyskuntoutuksen keskeisenä keinona on usein pidetty psykoterapiaa. Psykoterapia on tärkeä hoito- ja kuntoutusmuoto ja monet hyötyvät terapiaprosessista paljon. Ilman yhteyttä muuhun toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävään toimintaan tiivis yksilöterapia on kuitenkin usein liian kapea-alaista monien elämään liittyvien ongelmien ratkaisuksi.” (Valtioneuvoston ...2002).

Eräässä määrittelyssä todetaan, että heikoiksi havaitut alueet ”edellyttävät kuntouttavaa työtettä” (Talo 2002, 37). Tähän olisi syytä lisätä, että asiakkaan vahvat alueet edellyttävät työntekijältä kuntouttavaa työtettä vähintään yhtä suuressa määrin, eli *puolesta tekemisen välttämiseen* liittyvä osaamista. Monesti on erikseen kiinnitettävä huomiota siihen, että asiakkaan vahvoille alueille ei mennä aktiivisesti ”kuntouttamaan”.

Kuntouttavan työtteen määrittelyssä on siis syytä korostaa ohjaamisen, opettamisen ja neuvonnan osuutta. Ohjauksen ja neuvonnan käsitteet ovat olleet esimerkiksi ASPAn asumispalveluissa keskeisiä pohdinnan aiheita jo pidempään (Salmi 2003, 87–88)¹². Riikonen ja

¹² Käsillä olevassa työssä korostetaan tuen ja ohjauksen neuvonnallista, ei-terapeuttista puolta. ASPAn laatutyön kehittämispäivillä v. 2002 asiaa pohdittiin hieman toisesta näkökulmasta: psykososiaalinen tuki suhteessa fyysiseen avustamiseen. Jo tuolloin todettiin, että psyykkisellä ja sosiaalisella alueella toteutuva tuki ja ohjaus – ei fyysinen avustaminen – tuottaa työntekijöille ne haasteet ja ongelmati-

Järvikoski (2001, 166) tähdentävät, että ohjauksen ja neuvonnan korostamisella ei määritellä uusia asiantuntijatehtäviä, vaan pyritään tukemaan ja vahvistamaan asiakkaan omaa asiantuntijuutta.

”Suuri osa toimintakykyä ja sen palauttamista tukevista seikoista sijoittuu varsinaisen kuntoutuksen ulkopuolelle: asiakkaiden arkeen, arkipäivän toimintaan, ihmissuhteisiin, mielikuvituksen ja luovuuden mahdollisuuksiin, työhön ja vapaa-aikaan.” (Riikonen & Järvikoski 2001, 165).

Kuntoutustarve on käytännön pakosta, eli erilaisten tukien määrääntymisperusteista johtuen, enemmän tai vähemmän sopimuskysymys. Taloudelliset etuudet ja korvaukset määrittyvät lääketieteellisten diagnoosien pohjalta. Siispä on ymmärrettävää, jos kuntoutustyöhön liittyy sellaista lääketieteellistämistä (medikalisoitua), jolla ei oikeastaan ole arkielämän kuntoutumisen kanssa mitään tekemistä.

Mihin kuntoudutaan? Mihin kuntoutuminen päättyy?

Kuntoutustyön paradoksi on, että se parhaimmillaan tekee itsensä tarpeettomaksi. Kuntoutustyöntekijä on usein sitä ammattitaitoisempi, mitä *vähemmän* hän itse touhuaa. Tällöin työntekijän ammattitaitoa ei mitata välittömästi näkyviksi tulevien suoritusten pohjalta. Asetelma on ristiriidassa sen kanssa, mitä työllä tavallisesti käsitetään. Kuntoutustyön tekijällä on jatkuvasti vaarana pyrkiä todentamaan oman työnsä arvoa nopeilla konkreettisilla tuloksilla, mikä johtaa turhaan (puolesta) tekemiseen.

lanteet, joita joudutaan esim. kehittämispäivillä ja työnohjauksissa tutkimaan. Moniongelmaisen asiakaskunnan kasvaessa asia on entisestään korostunut.

Usein kuntoutuksesta ja ”mielenterveyskuntoutuja” -käsitteestä keskusteltaessa tulee eteen kysymys siitä, mihin kuntoudutaan, milloin kuntoutumisen loppuu? Koskisuu (2004) antaa epäsuorasti vastauksen, jonka mukaan kuntoutus voidaan ajatella prosessina, jolla ei ole ennalta suunniteltua ajallista päätepistettä.

**Kuntoutus voidaan
ajatella prosessina, jolla
ei ole ennalta
suunniteltua ajallista
päätepistettä**

Tavoitteen idea pitää tällaisessa tilanteessa mieltää uudella tavalla, ilman sellaisen lopputavoitteen vaatimusta, jonka täyttymisen jälkeen voisi sanoa kuntoutumisen ja kuntoutustyön kohteena olemisen olevan takana päin.

Koskisuun mukaan kuntoutus voi tarkoittaa muun muassa

...elämän kanssa toimeen tulemista, toimintakyvyn palauttamista suhteessa sairauteen. Kuntoutujille kuntoutuminen tarkoittaa näin ollen koko elämän mittaista prosessia, jonka aikana he vähitellen oppivat menestyksellisesti elämään joko sairauden tai sen mahdollisen uusiutumisen uhan kanssa. (Koskisuu 2004, 67).

Amerikkalaiset kuntoutujajärjestöt ovat vuonna 1999 määritelleet kuntoutumisen siten että se on

- muutosta suhteessa minuuteen ja käsitykseen itsestä,
- muutosta sosiaalisissa rooleissa. Kuntoutumisen ”asteen” voi ihminen itse tai esimerkiksi työntekijä nähdä ...
- ... siinä, miten ihminen on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja miten hän elää elämänsä.

(Koskisuu 2004, 68).

Mielenterveystyössä, ja asumispalvelussa muidenkin asiakasryhmien kohdalla, kuntoutustyön keskeisiä elementtejä ovat suunnitelmallisuus, monialaisuus, yleinen elämänhallinnan ylläpito.

Koskisuus kysyy kriittiseen sävyyn, kuinka paljon mielenterveyskuntoutuksessa on kysymys siitä, että ihmisiä opetetaan mukautumaan, tyytymään niihin mahdollisuuksiin ja ratkaisuihin, joita on tarjolla (Koskisuus 2004, 16). Arkielämän realiteettien ja reunaehtojen kanssa pärjääminen on sekä kuntoutujalla että työntekijälle suuri haaste.

Kuntoutuksen tavoite on (...) haaveiden ja unelmien löytäminen ja omien tavoitteiden etsimisen tukeminen.” (Koskisuus 2004, 17).

Omien tavoitteiden etsimisessä tukeminen merkitsee tavoitteiden saavutettavuuden arviointia. Osa tavoitteista joudutaan mitoittamaan vallitseviin realiteetteihin, jotta ne olisivat saavutettavissa. Sopeutumis-elämäntaitojen omaksuminen on yksi väline tai edellytys niin kuntoutujan kuin muidenkin ihmisten siedettävään elämään. Kyse on nähdäkseni siis paitsi haaveiden ja unelmien löytämisestä, myös olemassa olevien rajojen ja tosiasioiden myöntämisestä.

Motivaatio, muutosvalmius, tavoitteet

Kuntoutumisvalmius tarkoittaa yksilön kykyä asettaa omaa elämää koskevia kuntoutumistavoitteita. Jari Koskisuus (2004) käyttää ilmaisua kuntoutumisvalmius korvaamaan kuntoutumismotivaation käsi-

**Kuntoutumisvalmius
tarkoittaa yksilön kykyä
asettaa omaa elämänsä
koskevia
kuntoutumistavoitteita**

tettä.

Ihminen, joka ei ole valmis muutokseen, voi tulla kuntoutusjärjestelmässä leimatuksi ”motivoitumattomaksi”. Sen sijaan, että todetaan ettei ole motivaatiota, olisi hyödyllisempää lähteä liikkeelle *tavoitteista*: tarvittaessa voidaan todeta, että kuntoutujalla ei ole omia tavoitteita, tai hän ei halua niitä ilmaista. Sitten voidaan edetä sen tutkimiseen, miten tavoitteita olisi mahdollista asettaa.

Jos lähdetään liikkeelle tavoitteista eikä motivaatiosta, voidaan lähtötilanteessa, silloinkin kun motivaatiota ei ole, todeta tavoitteeksi **kuntoutusvalmiuden** kehittäminen. ”Valmius” ei tavoitteena edellytä, että heti alkutilanteessa olisi halu tai kyky (motivaatio) asettaa omia, itsensä lähteviä tavoitteita. Jari Koskisuus vetää tämän yhteen seuraavasti.

Kun omia tavoitteita ei ole tai kuntoutuja ei niitä ilmaise, on kuntoutuksessa kyse kuntoutumisvalmiuden kehittämisestä. Ero on enemmän kuin semanttinen. Silloin kun kuntoutujalla ei ole tavoitteita, kuntoutussuunnitelma tähtää tavoitteiden löytämiseen. (2004, 127)

Koskisuus kysyy myös, mitä me oikeastaan haluamme kuntoutujan ymmärtävän tai hyväksyvän, kun tuemme häntä ”ymmärtämään” elämänsä. Tuemmeko kuntoutujaa löytämään omat sanat omalle tilanteelleen, vai haluammeko hänen hyväksyvän meidän tulkintamme ja käsityksemme tilanteestaan? (Koskisuus 2004, 26). On huomattava, että yksittäisen työntekijän käsitys, hänen tulkintansa asiakkaan tarpeista tai eduista, ei välttämättä ole oikea. Jos vastakkain on kaksi erilaista tulkintaa – asiakkaan ja työntekijän – on molempien perustelulle annettava tilaa.

Otsikolla ”kuntoutus” järjestettävissä koulutuksissa ja seminaareissa todetaan usein, että on pyrittävä selvittämään kuntoutujan omat

tavoitteet ja edettävä niiden mukaan. Tämä toteamus ei yksinään lisää kuntoutustyöntekijän ymmärrystä työstään, vaan on vaarassa jäädä tyhjäksi iskulauseeksi. Näin on varsinkin silloin, jos **halun** ja **tarpeen** käsitteiden ero, ja tämän eron käytännön seuraukset, eivät ole selvillä.

Halu on aina subjektiivinen eikä sellaisena kyseenalaistettavissa. Toisin sanoen jokaisella ihmisellä on oikeus haluta mitä tahansa. Toisaalta on niin, että meidän halumme ovat usein ristiriidassa tarpeidemme tai etujemme kanssa. Tarve ja etu eivät ole halun tavoin subjektiivisia, vaan ne joissain tilanteissa määritellään toisen ihmisen tai viranomaistahon toimesta, ääritilanteissa jopa vastoin tahtoamme.

On tärkeää määritellä halut ja tarpeet suhteessa toisiinsa. Ammatti-
auttajat, esimerkiksi asumispalvelutyöntekijät, ovat asiakkaan elämässä niitä, joilla on osaltaan vastuu asiakkaan tarpeiden havaitsemisesta ja mahdollisuuksien mukaan niiden täyttämisestä. Asiakkaan (tai kenen hyvänsä) ilmaisemat *halut* voidaan ongelmitta täyttää vain silloin, kun ne eivät ole ristiriidassa hänen tarpeidensa tai etujensa kanssa.

Yksi haasteellisimmista, ja myös jokapäiväisimmistä arvoihin liittyvistä ristiriidoista on asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja työntekijälle kuuluvan huolenpitovelvollisuuden välillä. Esimerkiksi ASPAn arvoissa itsemääräämisoikeus voidaan nähdä osana **ihmisen kunnioittamista**, ja huolenpitovelvollisuus toisaalta **turvallisuuden** ja toisaalta **ammattillisuuden** osa-alueena.

Yleinen kuntoutuksen tavoitteenasettelussa esiintyvä ongelma on mitattavissa olevien tavoitteiden ”väkisin vääntäminen”. Tavoitteeksi voidaan kirjata esimerkiksi, että ”asiakas käy päivätoimintakeskuk-

sessä”. Toteutumista on helppo mitata jälkeenpäin, yksinkertaisesti päivätoimintakeskuskäynnit laskemalla. Päivätoimintakeskuksessa käyminen tulisi nähdä *keinona* jonkin kuntoutujan elämään liittyvän asiantilan, esimerkiksi parantuneiden työssäkäyntiedellytysten saavuttamiseksi. Tavoitteet ovat konkreettisten keinojen käyttämiseen verrattuna vaikeammin mitattavissa. Tavoitetta, esimerkiksi ”asiakas selviytyy arkipäivän toiminnoista itsenäisesti”, pitää jollain tavalla tämentää suhteessa siihen, miten asiat tällä hetkellä sujuvat. Tällöin mittaaminen on mahdollista arviointien yhteydessä.

... kuntoutuksen tavoitteena ei voi olla palvelujen tuottaminen, vaan se, että palvelujen asiakkaana olevat kuntoutujat pääsevät omiin tavoitteisiinsa. (Koskisuus 2004, 49).

Liian usein kuntoutuksen tavoitteeksi määritellään kuntoutuspalveluissa käyminen. Palveluiden käyttäminen ei kuitenkaan voi olla kuntoutuksen tavoite; tavoitteena on se muutos, mikä palveluiden avulla on tarkoitus saada aikaan. (Koskisuus 2004., 129).

Riikonen ja Järvikoski (2001) korostavat **yhteisöllisyyden ja vertaistuen** merkitystä. Monesti vertaistukihenkilön tilannetulkinnalla on asiakkaalle enemmän painoarvoa kuin ammattihenkilön tulkinnalla. Vertaistuen liittäminen hoitojärjestelmään on esimerkiksi osassa päihdehuoltoa jo vakiintunut asia. Myös mielenterveyskuntoutujien vertaistuki on tullut koko ajan tärkeämmäksi osaksi kokonaisuutta, mutta ei ainakaan toistaiseksi ole integroitunut hoito- ja kuntoutusjärjestelmään samalla tavalla kuin joissakin päihdehuollon hoitojärjestelmissä.

Vertaistuen merkityksen ymmärtämiseen liittyy työntekijän osalta myös se, että on tärkeätä nähdä oma työn merkitys suhteessa asiakkaan elämän muihin osa-alueisiin. Työnsä arvoa ei työntekijän pidä vähätellä, mutta ei myöskään liioitella.

Asiakaslähtöisyydestä ja itsemääräämisoikeudesta

Kuntoutuskäsitteen vuorovaikutustapaa luonnehtivaan osaan – kuntouttavuuteen, kuntouttavaan työotteeseen – liittyvät keskeisesti asiakaslähtöisyyden ja itsemääräämisoikeuden käsitteet, joita muun ohella tarkastellaan seuraavassa.

Asiakaslähtöisyys on muodostunut keskeiseksi iskusanaksi laatutyössä, palvelujen markkinoinnissa ynnä muussa. Keskeinen ongelma on termin liian suppea määrittely silloin, kun on kyse asumispalveluista tai muista sosiaalialan palveluista. Kyse ei nähdäkseni ole varsinaisesta väärästä määrittelystä vaan pikemminkin siitä, että asumis-, hoiva- ja muiden vastaavien palvelujen kehittämisessä käytetään ns. yksinkertaisista palveluista peräisin olevaa asiakaslähtöisyyden käsitettä miltei sellaisenaan, sitä problematisoimatta tai laajentamatta.

Asiakaslähtöisyyden suppea määrittely: taustaa

Yleisellä tasolla ”palvelujen tuottaminen” sisältää monenlaista – esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja, siivouspalveluja, tai kampaamopalveluja. Asiakaslähtöisyyden käsitettä käytetään usein yleisessä, kaikenlaisen ”palvelujen tuottamisen” niputtavassa merkityksessä. Auttamistyössä, esimerkiksi asumispalveluissa, on tärkeää, että ei jäädä tähän yleiseen asiakaslähtöisyyden merkitykseen, jota kutsun seuraavassa asiakaslähtöisyyden suppeaksi määrittelyksi. Asiakaslähtöisyyden suppea määrittely on lähtökohtana laajoissa laatujärjestelmissä (EFQM, ISO 9000).

Asiakaslähtöisyyden laaja määrittely eroaa suppeasta ennen kaikkea itsemääräämisoikeuteen liittyvien ongelmanasettelujen osalta. Muissa kuin auttamistyön palveluissa, esimerkiksi kampaamossa tai siivousfirmassa, asiakaslähtöisyyden määrittely on yksinkertaisempaa mm. siksi, että asiakkaan itsemääräämisoikeuden arviointi, saatikka itsemääräämisoikeuteen puuttuminen, eivät kuulu asiaan. Auttamistyössä on tässä suhteessa toinen tilanne: asiakkaan itsemääräämisoikeuden määrä tai aste on usein keskeisin arvioitava asia, niin käytännön tilanteiden kuin työn arvopohjankin kannalta.

Kuntoutuksen oppikirjan mukaan kuntouttavan työn lähtökohtana ovat omat valinnat ja oma tahto – sillä tärkeällä varauksella, että ”kun ihmisen omat valinnat eivät ole hänen omalta kannaltaan hyödyllisiä tai järkeviä, hän tarvitsee tukea omien ajattelutapojensa tarkistamiseen ja muuttamiseen” (Kettunen ym. 2002, 79). Miten, missä ja kenen toimesta määritellään asiakkaan valintojen ”hyödyllisyys ja järkevyys”? Oppikirjassa todetaankin äskeisen jatkoksi: ” ... missä menee raja, johon asti ihmisten omiin valintoihin voi puuttua?” (emt, 79).

Kysymys jää vaille yleispätevää vastausta. Vammaisjärjestöjen arvot ja ideologia ohjaavat asumispalvelutoimintaa vahvasti asiakaslähtöisyyden suuntaan sekä periaatteellisella että käytännön tasolla. Yhtenä järjestötaustaiselle toimijalle tyypillisenä ohjaavana ideana on olla muuttamassa toisenlaiseksi sitä tarpeettoman holhoavaa ”kuntouttavaa otetta”, jota osassa vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien palveluja on Suomessa toteutettu. Ongelmaa on ollut erityisesti silloin, kun asiakkaiden itsenäisyyttä olisi pitänyt tukea tekemättä jättämisellä, eli välttämällä tarpeetonta puuttumista heidän elämäänsä.

Lähtökohtana holhoavassa asenteessa ovat usein olleet palveluorganisaation tai työntekijäryhmän tarpeet asiakkaiden tarpeiden sijasta.

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden ja autonomian lisääminen on ollut hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen ohjenuorana. Elämän laadun paranemisen on katsottu olevan suorassa suhteessa siihen, kuinka suuressa määrin ihminen voi vastata itsestään (Välimäki ym. 2000, 87).

Käytännössä on usein niin, että auttamistyön asiakkaan itsemääräämisoikeus on jollakin elämän alueella pysyvästi rajoittunut verrattuna ”normaaliin” itsemääräämisoikeuteen, normaaliin kykyyn (kompetenssiin) käyttää valtaa tai tehdä valintoja arkielämän tilanteissa. Näin ollen omatoimisuuden lisääminen ei jokaisen asiakkaan kohdalla voi kaikilla toiminnan alueilla olla realistinen tavoite.

Jari Koskisuu toteaa, että työntekijät ovat monella tapaa omis-
sa taustayhteisöissään vallitsevan toimintakulttuurin vankeja (Koskisuu 2004, 189). Tämä voi koskea myös minkä tahansa vammaryhmän palveluorganisaatiota. Koskisuuta täydentävästi on mielestäni syytä huomauttaa, että vanhaa toimintakulttuuria ei automaattisesti tule pitää jonkinlaisena mörkönä, josta olisi päästävä kokonaan eroon. Pitkän ajan kuluessa saavutettu vaka-
uus ja ennustettavuus voi olla arvo sekin – osa turvallisuutta, joka on asumispalveluissakin keskeisellä sijalla. A-klinikkasäätiön toimitusjoh-

**Asiakaslähtöisyys on
määriteltävä
auttamistyötä varten
sitte, että otetaan
huomioon
itsemääräämisoikeuteen
liittyvä problematiikka**

taja Lasse Murto toteaa järjestöjen osalta, että palveluiden tuottamisen on tapahduttava historiallisia arvoperinteitä kunnioittaen – unohtamatta, että palveluja on jatkuvasti pyrittävä muokkaamaan muuttuviin olosuhteisiin sopiviksi (Murto 2002, 72).

Laaja, itsemääräämisoikeuden keskeisenä tekijänä huomioon ottava asiakaslähtöisyyden määritelmä sopii yleiseen laatujärjestelmäajatteluun huonosti, koska siitä jää väkisin puuttumaan täsmällisyyttä ja mitattavuutta, joka on edellytyksenä asiakastulosten mittaamiselle käyttäjäasiakkaiden osalta (vrt. EFQM-malli: EFQM 2003a, 21). Laatutyössä usein sellaisenaan käytetty suppea asiakaslähtöisyyden määrittely ei auttamistyössä kuitenkaan ole riittävä. Asiakaslähtöisyys on määriteltävä auttamistyötä varten, siten että otetaan huomioon itsemääräämisoikeuteen liittyvä problematiikka.

Esimerkkejä suppeasta asiakaslähtöisyydestä voi löytää vaikkapa laatupalkintokilpailussa menestyneeltä, siivouspalveluja tuottavalta organisaatioilta: ”Jokaisen SOLilaisen odotetaan toimivan *asiakastyytyväisyyttä* luovalla tavalla.” (Siivousyhtiö SOL:n esittely, <http://www.sol.fi>. korostus VS). Suppean ja laajan asiakaslähtöisyyden eron ymmärtämiseksi voi verrata tätä SOL:n määritelmää siihen asiakaslähtöisyyden määritelmään, jollainen mielenterveyskuntoutujiensa kanssa työskentelevällä asumispalvelutyöntekijällä voisi olla käytössään. Yksinkertainen asiakaslähtöisyyden tulkinta on riittävä, kun asiakas vastaanottaa siivouspalveluja tai käy ruokailemassa lounasravintolassa. Näissä palvelutilanteissa asiakaslähtöisyys toteutuu sellaisena kuin se perinteisessä laatujärjestelmäajattelussa ymmärtään: asiakkaan itsemääräämisoikeus on itsestänselvyys, sitä ei missään vaiheessa problematisoida.

Asiakaslähtöisyys asumispalveluissa: laaja määrittely

Osa liikuntavammaisista asumispalvelujen asiakkaista tarvitsee avustamista ainoastaan fyysiseen liikkumiseen liittyvissä esteissä. Heidän psyykkinen ja sosiaalinen kompetenssinsa ei eroa vammattomien ihmisten kompetenssista. He eivät tarvitse psykososiaalista tukea ja ohjausta, eli puuttumista siihen alueeseen, jolla itsemääräämisoikeuteen liittyvät kysymykset nousevat esiin.

Yksinomaan fyysistä avustamista tarvitsevien asiakkaiden ryhmä on asumispalveluissa viime vuosina pienentynyt. Maksusitoumuksia saavat ihmiset ovat aiempaa useammin ns. moniongelmaisia: psykososiaaliset, itsemääräämisoikeuteen liittyvät kysymykset nousevat esiin samaan tapaan kuin esimerkiksi mielenterveyskuntoutuja-asiakkaiden kohdalla.

Asiakaslähtöisyys on ensisijaisesti *tarpeisiin* vastaamista. Asiakas ei tuetussa asumisessa aina määrittele tarpeitaan täysin itsenäisesti – hän ei ehkä kaikilta osin siihen kykene, tai ei syystä tai toisesta halua sitä tehdä. Tarpeen määrittelee hänen kanssaan, tai ääritilanteissa hänen tahdostaan riippumatta joku muu ihminen tai viranomaistaho. Tämä on keskeinen syy siihen, miksi esimerkiksi laatujärjestelmissä esiintyvä suppea asiakaslähtöisyyden määrittely ei riitä silloin, kun on kyseessä asumispalveluihin liittyvä psykososiaalinen tuki ja ohjaus.

Elämän hallinta ei merkitse päivänkohtaisten halujen täyttymistä, vaan tarpeita koskevan tärkeysjärjestyksen luomisen ja valitsemisen psyykkistä kykyä. Samaa asiaa voidaan kuvata puhumalla kyvystä jättää päivänkohtainen mielihalu tyydyttämättä silloin, kun kieltämys

on edellytyksenä jonkin pidemmän tähtäimen tavoitteen saavuttamiselle.

Yksinkertaisena esimerkkinä voi olla jokapäiväinen töihinlähtö. Useimmat meistä kykenevät, kiinnittämättä asiaan sen suurempaa huomiota, vastustamaan toisinaan esiintyvää halua jäädä kotiin maakaamaan. Lähdemme töihin vastahakoisinakin, koska ymmärrämme sen olevan pidemmällä tähtäimellä itsellemme hyödyllisin ratkaisu.

Mielenterveyskuntoutujan kohdalla, tai moniongelmaisen liikuntavammaisen ihmisen kohdalla, kykyä toimia omia hetkellisiä haluja ja impulsseja vastaan voi olla rajoittunut. Asumispalvelutyöntekijän yhtenä tehtävänä on auttaa asiakasta toimimaan pidemmän tähtäimen, kestävämmän hyödyn suuntaisesti. Tällaisessa tilanteessa halun yksioikoinen täyttäminen, myöntyminen siihen että asiakas esimerkiksi jää sovittuna työ- tai toimintakeskuspäivänä kotiin, ei – käsitteen laajassa, auttamistyöhön sopivassa merkityksessä – ole asiakaslähtöisyttä.

Hoitotieteen tohtori Irma Kiikkala on määritellyt asiakaslähtöisyyttä hoitotyön hallinnolle suunnatussa tekstissä: ”Asiakaslähtöisyyden ajattelullinen idea perustuu siihen, että kan-

**Asumispalvelutyöntekijän
yhtenä tehtävänä on auttaa
asiakasta ajattelemaan
toimintaansa pidemmällä
tähtäimellä**

salaiset nähdään itsenäisinä, vastuullisina ja yhteiskunnan erilaisiin toimintoihin aktiivisesti vaikuttavina toimijoina.”¹³ Tässä määritelmässä näkyy se, että yleisellä hallinnollisella tai poliittisella tasolla esitetty määritelmä ei ilman syventämistä riitä kenttätyön tasolla, silloinkaan kun se on esitetty hoitotyön tai sosiaalityön hallinnollisen tai – kuten tässä tapauksessa – asiantuntija-auktoriteetin suulla. Kiikkalan yllä esittämä muotoilu on pikemminkin osa kuntoutumisen yleisen tavoitetilan määritelmää kuin sosiaalipalvelujen, esimerkiksi asumispalvelun arjessa tarvittavan asiakaslähtöisyyden määritelmää.

Niin sanottu normaali itsemääräämisoikeus ei kenenkään kohdalla ole rajoittamaton. Auttamistyön palvelujen piiriin päässeellä tai joutuneella ihmisellä kyky l. kompetenssi toimia itsenäisesti on ”normaaliin” verrattuna vielä selkeästi alentuneempi jollakin fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen elämän alueella – ja monesti useilla näistä alueista yhtäaikaan. Tällaisessa tilanteessa osa asiakkaan ilmaisemista päivänkohtaisista haluista joudutaan kyseenalaistamaan. Kun näin joudutaan tekemään, on työntekijän pystyttävä perustelemaan ratkaisunsa. Perustelu ei ole mahdollista nojaamalla suppeaan asiakaslähtöisyyden tulkintaan, jonka äärimuoto on ”asiakas on aina oikeassa” -ajattelu. Työntekijän on käytettävä laajempaa, auttamistyön perusluonteeseen soveltuvaa, tarpeista lähtevää asiakaslähtöisyyden määrittelyä.

¹³ Tiedote. Ylihoitajapäivät 7- 8.10.1999.
(<http://www.stakes.fi/paasky/jutut/asiakas.html>)

Suppean asiakaslähtöisyyden ”asiakas on aina oikeassa” -periaatteen edellyttäminen työntekijältä voi auttamistyössä johtaa siihen, että häntä syyllistetään asiakkaan päivänkohtaisten halujen täyttämättä jättämisestä silloinkin, kun niiden täyttäminen olisi ristiriidassa asiakkaan pidemmän tähtäimen etujen tai tarpeiden kanssa. Kuntoutusnäkökulman toteutumisen kannalta työntekijän tulisi osata mukautua asiakkaan kompetenssin vaihteluihin; lisätä apua ja vähentää sitä *asiakkaan* kunkin hetkisen tilanteen ja tarpeen mukaan. (vrt. Koskisuus 2004, 22–23).

Itsemääräämisoikeus – ihmisarvo

Työntekijöiden kanssa käydyissä keskusteluissa on vaikuttanut siltä, että, itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon käsitteet sekoittuvat toisiinsa. Itsemääräämisoikeus samaistetaan ihmisarvoon – eli nähdään itsemääräämisoikeuskin ominaisuutena, joka lähtökohtaisesti kuuluu täydellisenä kaikille ihmisille.

Yksinkertaistaen voi todeta, että itsemääräämisoikeus on jotain sellaista, jonka aste vaihtelee ihmisestä toiseen, ja samalla ihmisellä eri aikoina. Jokaisella on iästä, sukupuolesta, virka- asemasta ja monista muista tekijöistä riippuvia oikeuksia ja velvollisuuksia eri määrä kuin muilla ihmisillä.

Ihmisarvo sitä vastoin on jakamaton käsite: oma tai toisen ihmisarvo joko tunnustetaan sataprosenttisesti tai ei ollenkaan. Ei voi olla kehtään, jolla on osittainen ihmisarvo – yhtä vähän kuin naista, joka on osittain raskaana.

”Alentuneesta itsemääräämisoikeudesta” puhuminen aiheuttaa luonnollisesti vastustusta ja moraalista närkästystä, jos itsemääräämisoikeus mielletään ihmisarvon tapaiseksi jakamattomaksi ominaisuudeksi. Kuitenkin on niin, että jokaisella meistä on alentunut itsemääräämisoikeus – jollakin elämämme alueella.

Asiakaskeskeisyys – asiantuntijakeskeisyys

Työntekijällä voi olla vahva oma näkemys siitä mikä on asiakasläh- töistä. Seija Talo (2002, 33) harmittelee, että käsitteet ”toimintakykyä uhkaavat tekijät”, ”toiminnanvajaus” tai ”toimintakyvyttömyys” mielle- tään usein pelkkänä fyysi- senä vaikeavammaisuute- na, jollainen on esimerkiksi pyörätuolia vaativa toimin- nan rajoite, eikä oteta huomioon psyykkisiä ja sosiaalisia rajoitteita.

Toisaalta joissakin tilan- teissa liikuntavammaiset asiakkaat kokevat liikana

holhoamisena sen, minkä työntekijä kokee kokonaisvaltaisena autta- mistyönä. Kokonaisvaltaisuutta voidaan asumispalveluissa kuvata puhumalla ”tuesta ja ohjauksesta” erotuksena ”avustamiselle”. Avus- tamisessa ei kyseenalaisteta asiakkaan psyykkistä tai sosiaalista kompetenssia, vaan pitäydytään fyysisten esteiden vähentämisessä ja poistamisessa. Osa asumispalvelujen asiakkaista määrittelee asu- mispalvelun tarpeen vain fyysisen avustamisen tarpeena. Tällainen

**Avustamisessa ei
kyseenalaisteta asiakkaan
psyykkistä tai sosiaalista
kompetenssia, vaan
pitäydytään fyysisten
esteiden vähentämisessä
tai poistamisessa**

asiakas voi ymmärrettävästi kokea holhoamisena sellaisen psykososiaalisen tuen ja ohjauksen, jota hän ei ole suoranaisesti pyytänyt. (Salmi 2003).

Kaarina Mönkkönen (2002) toteaa, että ihmissuhdealan työntekijät painivat tänä päivänä asiantuntijakeskeisyyden I. "aikuiskeskeisyyden" ja asiakaskeskeisyyden I. "lapsikeskeisyyden" jännitteiden välissä. Mönkkösen argumenttia ei siinä esiintyvän asiakas/lapsi -vertailun provosoimana kannata ohittaa. Kyse näyttää olevan kielikuvasta, jolla pyritään valaisemaan tärkeää, tunnetasolla vaikuttavaa psykologista lainalaisuutta.

Lapsi-aikuinen -asetelma ilmenee sekä yksilötasolla että ryhmissä kaikissa *valta-asetelman* sisältävissä ihmisten välisissä suhteissa. Yksi tavallisista valta-asetelmista on auttajan ja autettavan välinen suhde, oli sitten kyse asumispalvelusta, sairaalasta, tai muusta auttamistyön toimintaympäristöstä.

Auttajan ristiriita asiantuntija- ja asiakaskeskeisyyden välillä – tai Mönkkösen käyttämän psykologisen teorian termein: aikuis- ja lapsikeskeisyyden välillä – tarkoittaa, että valtaa samanaikaisesti "sekä riisutaan että peräänkuulutetaan" (Mönkkönen 2002, 37). Auttamistyön tekijä saattaa joutua mahdottoman vaatimuksen eteen, jos häneltä odotetaan samalla kertaa sekä asiantuntijuutta (asiantuntijavallan käyttämistä) että sellaista asiakaspalvelijan roolia, jossa valta on kokonaan asiakkaalla.

Mönkkösen ajatus on omien käytännön auttamistyön kokemuksieni sekä työntekijöiden kanssa käytyjen keskusteluiden perusteella varsin uskottava. Erityisen ongelmalliseksi tilanteen tekee, jos työntekijää vaaditaan samanaikaisesti sekä toteuttamaan tuloksellista eli kuntout-

tavaa asumispalvelua että toimimaan perinteisen laatujärjestelmäajat-
telun mukaisen suppean asiakaslähtöisyys -käsitteen hengessä.

Kaarina Mönkkönen luonnehtii asiantuntijakeskeisyyden negatiivista
puolta.

... erilainen ääni saatetaan tukahduttaa esimerkiksi psyko-
logisoimalla asiakkaan tilannetta tai luokittelemalla häntä
jonkin kehyksen kautta. (...) Vaikeiden ongelmien hoitami-
seen painottuva työ luo ammattilaiselle myös pyrkimyksen
yrittää 'selvittää taustalla olevat ongelmat' (Mönkkönen
2002, 40).

Käytännön esimerkki: psykiatrisen sairaanhoitajan koulutuksen saa-
nut asumispalvelutyöntekijä saattaa innostua selvittämään asiak-
kaan psykologisia taustatekijöitä myös sellaisissa tapauksissa, joissa
asumispalvelutyö ei edellytä tällaisten tietojen keräämistä.

Mielenterveyskuntoutuksen asiantuntija Jari Koskisuu toteaa moneen
käytännön tilanteeseen sopivasti, että ”omien tulkintojen esittämisellä
on varsin vähän käyttöä kuntoutuksessa, tärkeämpää on tuoda esille
se, miten on kuullut ja ymmärtänyt kuntoutujan sanoman.” (Koskisuu
2004, 156). Jukka Valkonen kuvaa tätä ongelmaa hieman toisenlaisin
sanankääntein:

Silloin kun kuntoutujan kokemukset omasta tilanteestaan
poikkeavat (...) normatiivisesta mallista, teoreettisista nä-
kemyksistä kiinnipitävillä kuntoutuksen 'asiantuntijoilla' on
houkutus tulkita näitä 'poikkeavuuksia' puolustusmekanis-
meilla, kieltämisellä ja muilla selitystavoilla. (Valkonen 2002,
7).

Edellä sanottu ei merkitse sitä, että teoreettinen tieto psyyken puolus-
tusmekanismeista olisi asumispalvelutyössä tarpeetonta. Tiedosta on
jaksamisen ja oman työsuojelun kannalta ainakin se hyöty, että kyke-

nee paremmin ymmärtämään asiakkaan kanssa syntyvän vuorovaikutussuhteen kehitystä ja muutoksia, sekä oman tunne-elämänsä reaktioita suhteessa asiakkaisiin.

Kaarina Mönkkösen tarkastelun kohteena on se etäisyys ja asema, joka ammattiauttajalle syntyy työn kautta suhteessa asiakkaaseen. Kuten todettu, ammattiauttajan asema voi tuottaa asiakkaan yksityisyyteen perusteettomasti kajoavaa psykologisointia. Mutta toisaalta asiantuntijan asettuminen auktoriteetiksi voi olla juuri se, mitä työntekijältä odotetaan. Mönkkönen toteaa mielestäni aivan oikein, että asiantuntijakeskeisellekin näkökulmalle on oma tilauksensa. (Mönkkönen 2002, 42).

Asiakkaan ja asiantuntijan suhde on *epäsymmetrinen*. Toisin sanoen asiakassuhde syntyy siitä, että palvelua tarjoavalta osapuolelta saadaan vastineeksi jotain sellaista, mitä palvelun vastaanottajalla ei ennestään ole. Epäsymmetrisyys tai tiedon tuoma valta-asema ei sinänsä ole epäeettinen tai paha asia, kunhan se voidaan perustella tarjottavan palvelun perusluonteen kautta. (Vrt. Mönkkönen 2002, 41–42).

Avoimuudesta, luottamuksesta ja tasa-arvosta

Yksi tavallinen ongelmallisen vallankäytön muoto ilmenee tilanteissa, joissa kysytään asiakkaan näkemystä, mutta sivuutetaan se vaivihkaa ”varsinaisessa”, ammattihenkilöstön kesken tapahtuvassa päätöksenteossa. Kysymisen hyvänä tarkoituksena saattaa olla tuottaa asiakkaalle se tunne tai kokemus, että hän olisi mukana vaikuttamassa päätöksentekoon. Tällainen menettely voi kuitenkin pidemmällä tähtäimellä johtaa luottamuksen menettämiseen. Asiakas ymmärtää en-

nemmin tai myöhemmin, ettei hänen sanallaan päinvastaisista puheista huolimatta ole koskaan ratkaisevaa merkitystä.

Ongelmana on avoimuuden puute, ja usein myös työntekijän vaikeus suhtautua luontevasti omaan vallankäyttönsä. Tämä saattaa tuottaa, ilman pahaa tarkoitusta, ”hätäratkaisuna” sen, että hoidetaan asiat ikään kuin asiakas olisi mukana päätöksenteossa. Syynä voi olla auttajan vaikeus kohdata valtasuhteen ja toiseen ihmiseen kohdistuvan hallinnan kokemuksen herättämiä ei-hyväksyttäviä tunteita. Martti Lindqvist käyttää tätä asiaa tutkiessaan ”auttajan varjo” -kielikuvaa (Lindqvist 1990).

Auttamistyössä yhteistyön edellytyksenä on avoimuus ja luottamuksellisuus, joita vallan kätkeminen ei edesauta. Niissä asioissa, joissa ammattiauttajilla on tosiasiallista valtaa asiakkaaseen nähden, tulisi valtasuhteen olla avoimesti esillä. Vallan avoin näyttäminen on edellytys sille, että valtaa voidaan kritisoida ja siitä voidaan keskustella.

Asiakassuhteissa tuntuu usein olevan se äskeistä sivuava ongelma, että hoidosta tai palveluista neuvotellaan ja niitä suunnitellaan ikään kuin asiakkaan vaikuttamismahdollisuudet olisivat suuremmat kuin ne todellisuudessa ovat. Pontimena tällaiseen ajatteluun saattaa olla työntekijän pyrkimys toivon ylläpitämiseen asiakkaassa. Pidemmällä tähtäimellä *epärealistinen* toivon ylläpitäminen saattaa sekin johtaa luottamuksen menettämiseen. Useamman pettymyksen jälkeen asiakas saattaa päätyä siihen vakaumukseen, että auttamisjärjestelmän kanssa tekemisissä ollessa pitää suostua eräänlaiseen teatteriin, jossa ei sovi olla huomaavinaan joitakin ikäviä todellisuuden osa-alueita.

Keijo Piiraisen (1999) mukaan asiakaslähtöisyys hahmottuu paremmin, jos se nähdään osana jatkuvaa neuvottelujen, tukintojen ja rat-

kaisujen tekemisen prosessia eli sopimuksellisuutta. Vaikka asiakkaiden oma näkemys halutaan säilyttää sopimuksenteon lähtökohtana, heidän on käytännössä kuitenkin antauduttava prosessiin, jossa selviytymistä tai toimintakyvyn ylläpitämistä arvioidaan ja toteutetaan yhdessä, ja asioista päätetään yhdessä.

Piiraisen tavoin Asumispalvelusäätiö ASPAn arvojen tarkennuksissa on päädytty siihen, että palveluiden suunnittelun lähtökohtana ovat asiakkaan ilmoittamat asiat: hänen tulkintansa tarpeistaan ja eduistaan.

Asiakkaan näkemysten pitäminen lähtökohtana on mahdollista toteuttaa ilman, että tingitään ikävistä realiteeteista tai avoimuudesta.

Kettunen ym. (2002, 82–83) toteavat, että asiakassuhteessa

osapuolet ovat ihmisinä tasa-arvoisia, mutta eivät aina tasaveroisia. Työntekijällä on tietynlainen auktoriteettiasema asiantuntijaroolinsa vuoksi. Asiantuntijaroolin vahvuus vaihtelee tilanteen mukaan. Asiakas puolestaan on vaihtelevasti riippuvainen avun ja palvelujen saamisesta. Ammattiauttajaan kohdistuvat perinteiset odotukset saattavat

**Vaikka asiakkaiden oma
näkemys halutaan säilyttää
sopimuksenteon lähtökohtana,
on heidän kuitenkin
käytännössä antauduttava
prosessiin, jossa selviytymistä
ja toimintakyvyn ylläpitämistä
arvioidaan ja toteutetaan
yhdessä, ja asioista
päätetään yhdessä**

näkyä pyrkimyksenä liian nopeaan ratkaisujen lukkoon lyömiseen tai turhaan neuvomiseen.

Kettuselta ym. jää huomiotta yksi käytännössä hankala asia. Odotukset, jotka suuntaavat ammattiauttajaa holhoavaan asenteeseen tai yläpuolelle asettumiseen, voivat tulla asiakkaalta itseltään tai hänen läheisiltään. Tällöin ammattiauttaja saattaa joutua umpikujamaiseen tilanteeseen: asiakas tai hänen läheisensä odottaa autoritaarisuutta, jota työntekijä ei omien ammattieettisten lähtökohtiensa pohjalta koe oikeaksi tarjota. Lisäksi palvelun maksajataho saattaa vaatia ongelmien nopeaa ratkaisua. Tämä paine saattaa osaltaan suunnata työntekijää nopeisiin ja yksipuolisiin ratkaisuihin, joissa ei oteta riittävästi huomioon asiakkaan näkemystä.

Jos palvelujen käyttäjä odottaa työntekijältä direktiivistä otetta, niin jollain tavalla tähänkin odotukseen on reagoitava. Asiakkaan tulisi kokea tulleen autetuksi, kokea tilanteessaan jotain sellaista positiivista, jonka hän katsoo olevan ammattiauttajan kanssa tehdyn yhteistyön ansiota.

Vaikka koko ammattiauttajista koostuva kuntoutustiimi tekisi työnsä omasta mielestään hyvin, on kuntoutujan oma subjektiivinen kokemus ratkaiseva. (...) asiakkaan kokemukset erilaisissa kuntoutukseen liittyvissä lukuisissa virallisissa ja epävirallisissa vuorovaikutustilanteissa ovat olennaisia. (Kettunen ym. 2002, 81).

Asiakaslähtöisyyden esteitä

Seuraavassa vielä Keijo Piiraisen (1999, 11–12) esittämään yhteenvedoon pohjautuva koonti kuntouttavan asumispalvelun asiakaslähtöisyyden esteistä.

(1) Ihmisen kokemusmaailma on yksilöllinen ja monimutkainen. Se sisältää sekä konkreettisia asioita että tunteisiin ja vuorovaikutukseen liittyviä epärationaalisia elementtejä. Palvelut puolestaan pyritään järjestämään rationaaliselta pohjalta. Rationaalisuuteen liittyy lokeroinnin ja byrokraattisten rakenteiden väistämättömyys varsinkin silloin, kun suuremmat ihmismäärät ovat kyseessä. Tilanne on asumispalveluissa parempi jos asumispalveluyksiköt on mahdollista pitää riittävän pieninä.

(2) Kuntoutuspalvelut – yhtenä niistä kuntouttava asumispalvelu – eivät ole konkreettisia tuotteita, joiden toteutumistapaa voisi täydellä varmuudella ennustaa. (vrt. tuotteen ja palvelun käsitteiden välinen suhde: Grönroos 2001). Tämä muodostaa ongelman uusien asumispalveluyksikköjen perustamisvaiheessa, jos resurssit joudutaan määrittelemään arvion perusteella. Mikäli toteutunut palveluntarve poikkeaa arviosta merkittävästi, voi asiakaslähtöisyys sen vuoksi kärsiä ainakin palvelutoiminnan alkuvaiheessa. Tärkeää on luoda sellainen yhteistyösuhde palveluntarjoajan ja maksajan välille, jossa henkilökuntaresursseja ja hinnoittelua voitaisiin tilanteen mukaan joustavasti muuttaa. Tiukan kuntatalouden aikana se on käytännössä vaikeaa.

(3) Asiakaslähtöisyys on keskeinen muttei ainoa ulottuvuus kuntoutuksen kokonaisuudessa. Yleiseen taloudelliseen tilanteeseen, asuntomarkkinoiden tilanteeseen, laajojen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien byrokraatiaan ja toimintatapojen jäykkyyteen liittyvät tekijät aiheuttavat sen, ettei asiakkaan tarpeisiin kyetä aina vastaamaan. Palveluiden kehittämällä on toisin sanoen reunaehtoja, jotka eivät ole palvelujen käyttäjien, myyjien tai ostajien vallassa.

(4) Piirainen mainitsee yhtenä asiakaslähtöisyyden esteenä palvelujen tason vaihtelut eri tuottajien välillä.

(5) Teknologian kehitys ja siihen liittyvät toimintatapojen muutokset tuovat tarjolle mahdollisuuksia, joita asiakkaat eivät osaa vaatia. Uusista teknisistä yms. mahdollisuuksista tiedottaminen käyttäjien on usein ammattihenkilöiden vastuun ja aloitteellisuuden varassa.

(7) Asiakaskeskeisyyttä ja palvelun laatua yritetään parantaa muun muassa asiakaskyselyistä saatavan tiedon avulla. Asiakkaiden mielipiteiden kerääminen on ongelmallista, jos palveluita ei käytännössä ole mahdollista muuttaa asiakaspalautteista nousevien kehittämistarpeiden mukaisesti. Vastaajat eivät aina pysty näkemään mitä konkreettisia vaikutuksia heidän mielipiteenilmaisullaan on ollut. On tärkeää tiedottaa paitsi kyselyjen tuloksista myös niistä toimenpiteistä, joihin kyselyt ovat johtaneet.

5. Kuntoutus ja asumispalvelut eri kohderyhmissä

Asumispalvelut toimivat aina osana kuntoutusta sikäli kun niissä noudatetaan asiakkaan kuntoutumista tukevia toimintatapoja, ns. kuntouttavaa työtettä. Tämän ilmaisun kautta kuntoutuskäsite liittyykin asiakkaan ja työntekijän arjessa usein vuorovaikutustapaan, tietynlaiseen asenteeseen tai näkökulmaan.

Kuten edellä on tullut esiin, käytetään kuntoutuskäsitettä myös lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvissä yhteyksissä sekä sosiaalilainsäädännön terminä. Tällöin ei tavallisesti voida puhua asumispalveluista osana kuntoutusta: asumispalveluyksiköt eivät tuota lakeihin ja säädöksiin suoraan perustuvia kuntoutuspalveluja. Asumispalvelun asiakas voi kuitenkin olla kuntoutusasiakas, esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen kustantamassa kuntoutuksessa käyvä liikuntavammainen ihminen.

Kuntoutuminen on käsite, jolla asiakkaan tavoitteita määritellään asumispalveluyksiköissäkin. Kuntoutustyö puolestaan voidaan ymmärtää niin laajasti, että siihen kuuluu kaikki työ, joka tähtää asiakkaan kuntoutumiseen. Laajassa mielessä suurin osa kaikesta asumispalvelutoiminnasta on kuntoutustyötä. Asumispalvelu on osa laajempaa auttamisverkostoa, ja koko verkoston päätavoitteena on ”asiakkaan kuntoutuminen” – joka puolestaan ihmisestä ja tilanteesta riippuen voi tarkoittaa hyvin erilaisia asioita.

Yhtenä nykyaikaisen asumispalvelun perusajatuksista on inklusion edistäminen. Inklusio tarkoittaa prosessia, jossa pyritään takaamaan väestön valtaosaan verrattuna toisenlaisten ihmisryhmien liittyminen tai sisältyminen (engl. *inclusion*) valtavuoteisöön, mitä tulee heidän toiminta- ja elinmahdollisuuksiinsa. KeskiVertoon nähden ”toisenlaisen” ihmisryhmän muodostavat esimerkiksi fyysisesti vammaiset tai kehitysvammaiset ihmiset. Asumisen fyysisissä puitteissa inklusio tarkoittaa esteetöntä yleisrakentamista, eli normaalien asuntojen rakentamista siten, että niiden mahdolliseen asukaskuntaan sisältyvät myös esimerkiksi liikuntaesteiset ihmiset.

Konkreettisten ilmenemismuotojen ohella inklusiota voidaan ajatella myös laajemmassa eettisessä mielessä. Silloin kyse on asenteellisten esteiden poistamisesta ja yhteiskunnalliseen ilmapiiiriin vaikuttamisesta.

Eettisellä tasolla

inklusion voi ajatella tarkoittavan, että ihmisten erilaisuus ja poikkeaminen ”normaalista” nähdään nykyistä enemmän yhteisöön luonnostaan sisältyvänä osa-alueena, ja parhaimmillaan koko yhteisöä rikastavana tekijänä.

Kuntoutuminen on käsite, jolla asiakkaan tavoitteita määritellään. Kuntoutustyöhön kuuluu laajimmin käsitettynä kaikki se työ, joka tähtää asiakkaan kuntoutumiseen. Laajassa mielessä suurin osa kaikesta asumispalvelutoiminnasta on kuntoutustyötä.

Seuraavassa käsitellään ensin palvelukuvauksen merkitystä asumis- palvelutyön kannalta, ja sen jälkeen eräitä keskeisiä vammaisten ihmisten asumispalvelujen kohderyhmiä. Eräitä muita pienempiä asiakasryhmiä, joita mm. ASPA Palvelut Oy:n asumispalveluissa on asiakaina, käsitellään liitteessä 2. Samassa liitteessä valotetaan lyhyesti myös eräiden harvinaisempien asumispalveluja käyttävien vamma- ja sairausryhmiä ja niihin liittyviä vammais- ja potilasjärjestöjä.

Palvelukuvauksen merkitys

Asumispalveluyksikön palvelukuvauksessa kerrotaan palvelun käyttäjille ja yhteistyötahoille, mitä asioita tarjottu palvelu ikään kuin tuotteena¹⁴ sisältää. Tällöin tulee harkittavaksi, missä määrin siinä tulisi kuvata yksikön osuutta asiakkaan koko auttamisverkostossa. Ainakin niissä tapauksissa, joissa asumispalveluyksikön rooli kokonaisuuden koordinoinnissa on merkittävä, sen olisi hyvä ilmetä myös palvelukuvauksessa. Yksikön tarjoama ”tuotevalikoima” voi näet olla muutakin kuin suoraan asiakkaan asumisen tukeen liittyvää toimintaa: koordinointi, asiakkaan avustaminen palvelukokonaisuuden hallinnassa, voidaan nähdä omana ”tuotteenaan”, jos niin halutaan.

Palvelukuvaus on tavallaan tuotteen esittely, tai tuoteluettelo. Kun kuntoutus voi tarkoittaa niin monia asioita, ilmaisua saatetaan haluta välttää asumispalvelun kuvauksen yhteydessä. Esimerkiksi ASPA

¹⁴ Kuten muualla on jo todettu, tuote on palvelujen yhteydessä käytettynä ongelmallinen käsite. (ks. johdanto, sekä Grönroos 2001).

Palvelut Oy:n palvelukuvauksissa ei tällä hetkellä puhuta asiakkaan kuntoutumisesta, tai työntekijöiden kuntoutustyöstä. Niin mielenterveyskuntoutujien kuin muidenkin asiakasryhmien kohdalla toiminta määritellään ”monimuotoisiksi, elämänhallintaan liittyviksi palveluiksi”¹⁵. Kuntoutusta, ”kuntouttavan työotteen” merkityksessäkään, ei mainita edes mielenterveyskuntoutujien yksiköiden kohdalla.

Saattaa olla syytä miettiä, tulisiko ”kuntouttava ote” tavalla tai toisella kirjoittaa esiin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen palvelukuvauksissa, varsinkin siinä tapauksessa jos käsite on keskeisellä sijalla tulevassa laatusuosituksessa. Jos kuntoutuskäsitettä käytetään, on syytä kirjoittaa riittävän selvästi auki mitä kuntoutuksella (tai kuntouttavalla työotteella) tarkoitetaan. Tarpeen vaatiessa olisi käytävä ilmi myös se, missä mielessä kuntoutus ei sisälly kuvauksessa esitettyyn asumispalveluun.

Palvelukuvauksesta tulisi käydä ilmi palvelukokonaisuuden laajuus ja rajat tosielämää vastaavalla tavalla – mitä yksikön työntekijät asiakkaan palvelukokonaisuudessa tekevät, ja tarvittaessa myös se, mitä eivät tee. Resursseja vaativa rooli verkostoyhteistyössä saattaa tulla kuvattua epäselvästi tai jäädä kokonaan pois. Tällöin voi olla vaarana, että yksikön työn määrä ylittää ne resurssit, jotka on sovittu palvelun maksajan kanssa. On tärkeää, ettei ostaja-asiakas (kunta, seutukunta, kuntayhtymä, tms.) epätasällisen kuntoutustyöstä puhumisen seurauksen tulkitse palveluja sisällöltään laajemmiksi kuin mitä on alun perin sovittu, ja mihin henkilökuntamäärä on mitoitettu.

¹⁵ ASPA Palvelut Oy:n asumispalveluryhmien palvelukuvaukset, www.aspa.fi.

Asumispalveluyksikön arkielämään liittyvät psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ovat samantapaisia asiakasryhmästä riippumatta, asiakkaille ja työntekijöille koituvien haasteiden osalta. Toisaalta kunkin asiakasryhmän erityispiirteet tuovat aina oman lisänsä. Palvelutyön vaatimukset kuitenkin myös poikkeavat toisistaan eri vamma-ryhmissä, ja monenlaista erityisosaamista vaaditaan yksiköstä riippuen.

Tavoitteena on alla käsiteltyjen vamma-ryhmien osalta kuvata joitakin puolia asumispalvelun ja kuntoutuksen välisestä suhteesta. Kussakin ryhmässä asumispalvelu muodostaa oman kokonaisuutensa, jonka kattava kuvaaminen tämän esityksen rajoissa – tai yhden kirjoittajan toimesta – ei ole mahdollista. Lukijan, joka haluaa saada kokonaiskäsitelmän jonkin tai joidenkin erityisten vamma-ryhmien asumispalveluista, on tutustuttava useisiin lähteisiin. Parhaina lähtökohtina siihen toiminevat kunkin vamma-ryhmän asiakasjärjestöjen omat julkaisut ja verkkosivut¹⁶.

¹⁶ Tässä luvussa sekä liitteessä 2 käsiteltyjen järjestöjen verkko-osoitteita. Kunkin liiton sivujen kautta löytyvät tiedot liittojen säätiöistä, paikallisyhdistyksistä ym.

Epilepsialiitto: www.epilepsia.fi

Invalidiliitto: www.invalidiliitto.fi

FDUV (Förbundet De Utvecklingsstördas Väl): www.fduv.fi

Kehitysvammaisten Tukiliitto: www.kvtl.fi

Kehitysvammaliitto: www.famr.fi

Suomen MS-Liitto: www.ms-liitto.fi

Suomen CP-Liitto: www.cp-liitto.fi

Suomen Parkinson-liitto: www.parkinson.fi

Liikuntavammainen ihminen asumispalvelun asiakkaana

Ihmisen vireystasoa, motivaatiota ja päivittäisten rutiinien hoitamisen kykyä ja halua määrittelevät moninaiset tekijät. Päivittäistä apua tarvitsevalla liikuntavammaisella ihmisellä näiden tekijöiden kokonaisuus on sisällöllisesti erilainen kuin fyysisesti terveellä, mutta siinä mielessä samanlainen, että tekijöitä on monia ja ne kumpuavat eri elämänalueilta. Asumispalvelun työntekijän on oman tehtävänsä kannalta tärkeää selvittää, mihin elämisen ja kokemisen alueisiin on hänen työpanoksensa myötävaikutuksella mahdollista vaikuttaa, ja mihin ei.

Vammautuneen ihmisen raajojen liikelaajuuksien säilyminen riippuu fysioterapiassa ja laitospääntoutuksessa saadun opastuksen ohella olennaisesti hänen omasta toiminnastaan – siitä, millainen fyysisten harjoitteiden teon rutiini ja motivaatio hänelle pidemmällä tähtäimellä muodostuu. Asumispalveluyksikössä elävän kohdalla päivittäisten tottumusten ja motivaation syntyisessä ja ylläpidossa on asumispalvelutyöntekijällä, ainoalla päivittäisellä ammattiauttajakontaktilla, merkittävä rooli.

Liikuntavammaisten ihmisten asumispalvelussa työntekijän yksi keskeinen työpanos muodostuu kaikesta siitä, mitä hän tekee asiakkaan päivittäisen motiivoinnin eteen. On toimia – esimerkiksi raajojen liikelaajuuksia ylläpitävät harjoitteet – joiden tekemättä jääminen saattaa vaikeuttaa asiakkaan elämää pysyvästi. Fysioterapeutin kuntoutuksessa saatujen ohjeiden noudattamiseen motiivointi on näin ollen keskeistä. Konkreettisin toimenpide on tiedon välittäminen asiakkaalle: sen varmistaminen, että hänellä on käytettävissään kaikki oman kuntoutusprosessinsa kannalta relevantti asiatieto.

Kuntoutumisvalmiutta laskevin tai kohtavina tekijöinä voivat olla mitkä tahansa asiakkaan elämässä vaikuttavat seikat – esimerkiksi perhesuhteisiin

Tiedon välittäminen asiakkaalle: sen varmistaminen, että hänellä on käytettävissään kaikki oman kuntoutusprosessin kannalta tärkeä asiatieto

tai työelämään liittyvät asiat, oman tai lähipiirissä olevan päihderiippuvuuden hallinnan huononeminen tai paraneminen, ajankohtainen taloudellinen tilanne, ja niin edelleen. Kokonaisuus on siis vaikeasti hahmotettava ja asiakkaan auttamisen keinot ja mahdollisuudet haastavia määritellä. Työntekijän kannalta, sekä asiakasyhteistyön onnistumisen että oman jaksamisen näkökulmasta, on tärkeä määritellä mikä on työntekijän ”tontti” – aivan ensimmäiseksi se, että missä asioissa asiakkaan auttaminen on hänelle mahdollista ja missä ei.

Kuntoutuskäsitteen laajuus, ja sen tuottamat ajoittaiset epäselvyydet ovat tuttuja liikuntavammaisten asumispalveluryhmän työntekijöille¹⁷. Ryhmän asiakkaat ovat avofysioterapiassa ja laitospaksoilla tapahtuvan kuntoutuksen asiakkaita, ja toisaalta työntekijöiden kielenkäytössä puhutaan kuntouttavasta työotteesta, siis kuntoutuksesta vuorovaikutustavan merkityksessä. Kokonaisvaltainen, psykososiaalisen elementin sisältävä ”kuntouttava työote” saatetaan käytännössä kokea ristiriitaisena suhteessa käsitteen täsmällisempiin merkityksiin – mm. lääkinnällisen kuntoutuksen eri muotoihin.

¹⁷ Asumispalveluvastaava Sirpa Räsänen, haastattelu 25.1.2005

Asumispalveluyksikössä saatetaan voimakkaasti korostaa asiakkaan itsenäistä päätösvaltaa mm. avofysioterapiassa saatujen (kuntoutus-) ohjeiden seuraamisessa. Tällöin ”kuntouttavan otteen” mukainen toiminta voisi ääritapauksessa tarkoittaa sitä, että työntekijä pidättäytyy kokonaan ohjaavasta, direktiivisestä puuttumisesta asiakkaan päivitäisiin tai viikoittaisiin harjoitusohjelmiin. Työntekijän tulisi kuitenkin kaikissa tapauksissa toimia vähintään tiedonvälittäjän roolissa: varmistaa, että asiakas on faktatasolla tietoinen kuntoutusohjelman noudattamisen tai noudattamatta jättämisen seurauksista.

Asiakkaan yhteistyövalmiutta koskevat ongelmat ovat käytännössä harvoin niin yksinkertaisia, että olisivat korjattavissa pelkällä uuden faktatiedon antamisella asiakkaalle, tai vanhan kertaamisella. Joissakin tilanteissa asiakas ei syystä tai toisesta halua noudattaa yksikön työntekijöiden tai ulkopuolisten asiantuntijoiden ohjeita. Tällöin hänen kokonaistilanteensa tulisi tuntea asumispalveluyksikössä siinä määrin, että tiedetään mistä tämä johtuu. Yhteistyöongelmat jossakin tiettyssä asiassa (esimerkiksi fysioterapian harjoitteiden noudattaminen) saattavat johtua jostakin rajattavissa olevasta syystä. Jos näin on, on palvelun kannalta olennaista tietää, onko syyhyn mahdollista vaikuttaa yksikön sisällä tai yksiköstä käsin.

Asumispalveluyksikön sisältä peräisin olevana syynä voivat olla vaikeita työjärjestelyissä tai työyhteisön vuorovaikutuksessa olevat epäselvyydet, jotka sitten heijastuvat asiakassuhteisiin. Tyypillinen esimerkki on tilanne, jossa asiakas saa erilaisia ohjeita tai ristiriitaista palautetta eri työntekijöiltä. Tällainen ongelma on hyvänlaatuinen siinä mielessä, että se on työntekijöiden keskenään ratkottavissa – yhteisten toimintalinjojen määrittelemisellä ja sopimisella.

Yksikön ulkopuolelta lähtöisin olevana syynä voi olla esimerkiksi asiakkaan aiempi huono kokemus sosiaali- tai terveydenhuollon palveluista. Tällainen kokemus ei muutu nopeasti. Pidemmällä tähtäimellä tilanne korjaantuu, mikäli asiakas kokee asumispalveluyksikössä asumisensa ja työntekijöiden toiminnan edistävän omaa hyvinvointiaan.

Neurologisia vamma- ja sairausryhmiä

Oman lukunsa muodostavat lukumääräisesti pienet neurologiset vamma- ja sairausryhmät. Näiden ryhmien etujärjestöjen tärkeänä erityispiirteenä on jäsenkunnan kattavuus. Vaikka jäsenkunta on suhteellisesti ottaen pieni, se käsittää suurimmaksi osaksi tai miltei kokonaan kyseisen vamma- tai sairausryhmän edustajat Suomessa.

Nykyisin on olemassa asumispalveluyksiköitä, jotka on tarkoitettu useille vamma- ja sairausryhmille. Tällaisten ”monialaisten” yksiköiden syntyyn ovat syynä mm. palvelujen maksajan niukat taloudelliset resurssit. Kunnat eivät aina pysty järjestämään asumispalveluja siten, että kullekin vamma- ja sairausryhmille voitaisiin muodostaa omat palveluyksikkönsä. On keskusteltu siitä, miten henkilökunnan riittävä asiantuntemus turvataan yksiköissä, joissa on esimerkiksi sekä liikuntavammaisia ihmisiä että mielenterveyskuntoutujia.

Toisaalta ASPAn tekemissä asumispalvelujen tarvekartoituksissa on tullut esiin, että palveluntarvitsijoista keskimäärin vain 15 % on valmis vapaaehtoisesti muuttamaan pois kotipaikkakunnaltaan palvelujen saamiseksi. Näin ollen palvelun järjestäminen kunnan rajojen sisällä

niin, että se on taloudellisesti toteutettavissa, näyttää olevan asiakkaiden ja heidän läheistensä kannalta kuitenkin paras ratkaisu – siinäkin tapauksessa, että se merkitsee ”monialaisen” asumispalveluyksikön perustamista.

Yhden suuren, ”liikuntavammaisten ihmisten” muodostaman asiakasryhmän eriytymätön tarkastelu ei johda alkua pidemmälle. Muun muassa MS-taudin kohdalla asumisen ja kuntoutumisen tukeminen perustuu yhtälailla psykososiaaliseen kuin somaattiseen, liikuntavammaa koskevaan asiantuntemukseen. On myös niin, että liikuntavammasta ei automaattisesti seuraa psyykkistä avuntarvetta – eikä liikuntavamma toisaalta sulje pois mitään mielenterveysongelmia tai psyyken sairauksia.

Sosiaalisen ja kulttuurisen inklusioajattelun haasteena on nähdä liikuntaesteisen ihmisen muut kuin liikuntavammaan suoraan liittyvät palveluntarpeet yleisinä kuntalaisuuteen ja kansalaisuuteen liittyvinä tarpeina. Sama koskee mm. kehitysvammaisten ihmisten mielenterveydellisen avuntarpeen määrittelyä.

Vertaisryhmien rooli tarjoaa CP-vammaisten ihmisten kohdalla esimerkin siitä, kuinka ammatillisen kuntoutustyön ja kuntoutumisen ei aina tarvitse olla yhteydessä toisiinsa. Näin on erityisesti sellaisissa elämänkokemuksissa ja muutostilanteissa, joissa kokemuksellinen samastuminen on ulkopuoliselle erityisen vaikeaa tai mahdotonta. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi fyysinen vammautuminen ja vamman kanssa eläminen. Mielenterveysongelmien kohdalla tilanne on vaikeimpia mielenterveys- ja päihdeongelmia lukuun ottamatta erilainen: ulkopuoliselle (esim. työntekijälle) on useimmiten mahdollis-

ta saada omien elämäkokemustensa kautta jonkinasteinen kokemuksellinen samastuminen asiakkaan tilanteeseen.

Psykososiaalinen näkökulma on Paavo Rissasen epilepsiapotilaiden kuntoutusta käsittelevässä tarkastelussa näkyvästi esillä (Rissanen 2001). Hän toteaa, että kuntoutuksen tarve voi tutkimusten mukaan johtua muustakin kuin epilepsiasta – esimerkiksi huonosta itsetunnosta, lapsen vanhempien ylisuojelevuudesta tai -huolehtivuudesta, omien tavoitteiden ja odotusten vähäisyydestä, vähäisistä kognitiivisista taidoista, tai sekä perhe-, yhteiskunta- ja työristiriidoista.

Rissasen epilepsian yhteydessä esille ottamat psyykkiset ja sosiaaliset kysymykset kaipaavat nähdäkseni sen lisäkommentin, että luetellut asiat eivät yksilön kehityshaasteina liity nimenomaan epilepsiaan tai muuhun erityisryhmään. Ne voivat ilmetä minkä tahansa sairauden tai kriisin yhteydessä. Ihmisten elämänkaareen voi kuulua suuria psyykkisen tai fyysisen sairastumisten, onnettomuuksien tms. laukaisemia kriisejä, joista selviytymisessä ulkopuolinen ammatillinen apu on vain yksi osatekijä. Toisaalta Rissasen ongelmanlähteinä mainitsemat yhteiskunta- ja työristiriidat ilmentävät usein, sikäli kun ne ovat yhteydessä sairauteen tai vammaan, pikemminkin ympäristön – vaikkapa työyhteisön – kuin yksilön ongelmia, olipa kyseessä vammautunut, sairastunut tai ”normaali” ihminen. Tämä näkökohta on yhteydessä kuntoutuksen tavoiteasettelun ongelmiin silloin, kun on kyse sopeutumisen tavoitteesta. Tällöin ammattiauttajien kuntoutustyö voidaan nähdä, jos halutaan hieman kärjistää argumenttia, jonkinasteisena ”sopeuttamisena”. Sopeutumisvalmennuksen problematiikkaa on sivuttu jo aiemmin (luku 3).

Kehitysvammaiset ihmiset ja kuntoutus

Kehitysvamma sinänsä ei voi olla kuntoutuksen kohde. Toisaalta kehitysvammaisuus ei saa olla asianmukaiseen kuntoutukseen tai hoitoon pääsemisen este silloin, kun niitä syystä tai toisesta tarvitaan. Vaikeus saada psykiatrista tai somaattista apua on jatkuvasti ongelma, jonka kanssa kehitysvammaiset ihmiset, heidän läheisensä ja etujärjestönsä joutuvat kamppailemaan.

Kehitysvammaisella ihmisellä voi olla fyysistä tai psyykkistä ongelmaa koskeva kuntoutustarve kuten kenellä hyvänsä. Tällöin normaalin palvelutar-

Inklusio (engl. *inclusion* – sisältyminen, sisällyttäminen) tarkoittaa jokaisen oikeutta ”sisältyä” yhteisöönsä – sen takaamista, että jokaisen oikeus osallistua yhteisönsä toimintaan toteutuu

jonnin tulisi sisältyä saatavilla olevaan tarjontaan mahdollisista liikunta- kehitys- tai muista vammoista huolimatta. Inklusio (engl. *inclusion* = sisältyminen, sisällyttäminen) tarkoittaa jokaisen oikeutta ”sisältyä” yhteisöönsä – sen takaamista, että jokaisen oikeus osallistua yhteisönsä toimintaan toteutuu. Usein termillä viitataan konkreettisiin, asumisen esteettömyyttä ja yleisten tilojen saavutettavuutta koskeviin näkökohtiin. Inklusioperiaatteella on kuitenkin, muun muassa yllä kuvatussa mielessä, tärkeä kulttuurinen ja sosiaalinen ulottuvuutensa.

Positiivisella¹⁸ erityiskohtelulla tarkoitetaan jonkin erityisryhmän olosuhteita parantavia toimia, jotka tähtäävät tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseen (Kumpuvuori 2006). Tietyille tahoille kuten koulutuksen tai työn tarjoajille, voidaan asettaa velvollisuus ryhtyä kohtuullisiin mukauttamistoimenpiteisiin vammaisten ihmisten tarpeiden täyttämiseksi. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi kehitysvammaisten ihmisten kohdalla työhön, koulutukseen tai vaikkapa kuntoutukseen osallistumisen mahdollistamista erityisjärjestelyin. Positiivinen erityiskohtelu voidaan nähdä osana inklusioperiaatteen kulttuurista ja sosiaalista ulottuvuutta: pyritään *sisällyttämään* kaikki yhteisön jäsenet tasavertaisesti kaikkiin yhteisön toiminnan osa-alueisiin.

Asumispalvelutyössä voidaan, erityisesti kehitysvammaisen asiakkaan kohdalla, joutua sekaannusta aiheuttavaan tilanteeseen, kun puhutaan kuntouttavasta työotteesta. ”Kuntouttava” työote voi tavallisissa arkiaskareissa sisältää puolesta tekemisen välttämistä. Tai se voi yleisemmin sisältää tukemista iänmukaisessa kehitysvaiheessa, esimerkiksi kotoa pois muuttavan nuoren aikuisen kohdalla. Jos ei sen kummemmin mieti termiin sisältyviä kuntoutumisen tai kuntoutuksen käsitteitä, niin tässä ei liene mitään ongelmaa. Mutta tarkemmin ajateltuna kuntoutuskäsitteen johdannaisenkin käyttö voi viedä aja-

¹⁸ Termin ”positiivinen” merkitys noudattaa tässä juridista kielenkäyttötapaa. Se poikkeaa arkikielen merkityksestä: oikeusopillisessa kielessä ”positiivinen” ei sisällä arvovarausta ”hyvä”, ”kannatettava”, ”tavoiteltava”, vaan tarkoittaa ainoastaan jonkin asian olemassaoloa. Vrt. esim. ”positiivinen oikeus” = oikeusnormit, jotka ovat olemassa kirjoitettuina säädöksinä (riippumatta siitä ovatko nämä säädökset hyviä tai huonoja).

tuksia harhateille, ja siksi ”kuntouttavasta työotteesta” puhuminen saattaa aiheuttaa ongelmia.

Onko arkiaskareista suoriutuminen *kuntoutumista*, kun kehitysvammainen nuori aikuinen sen oppii kehitystasonsa mukaisessa vaiheessa? Entä onko vanhempien kotoa muuttaminen tai muu iänmukaisen kehitysvaiheen läpikäyminen jonkinlainen *kuntoutumisen* osa-alue, jos siinä apuna oleminen vaatii *kuntouttavaa* työotetta? Mikäli ei ole, ei ehkä kannata puhua työntekijän työpanoksen ”kuntouttavuudesta”. Jos vältetään kuntoutuskäsitettä ja puhutaan esimerkiksi asiakkaan elämänhallintaa tukevasta työotteesta, näitä kysymyksiä ei herää – ei myöskään kysymyksiä siitä, missä suhteessa ”kuntouttava työote” on muihin tässä kirjassa tarkasteltuihin kuntoutuksen merkityksiin.

Asumispalvelutyön tarkastelussa vastakkain ovat olleet myös ”ohjaava ote” ja ”kuntouttava ote”, niin että jälkimmäisellä on tarkoitettu suositeltavampaa, asiakasta voimaannuttavaa ja itsemääräämisoikeutta tukevaa työtapaa. Työntekijän ohjaajaroolia – myös ohjaaja-työntekijänimikettä – on kritisoitu siitä, että asiakkaan oma-aloitteisuuden tukeminen kärsii, jos työntekijä on liian ohjaava, liian direktiivinen. ”Kuntouttava” työote voidaan, kun siinä yllä mainitulla tavalla korostetaan puolesta tekemisen välttämistä ja asiakkaan roolia, nähdä parempana vaihtoehtona. Mutta tässäkin ”kuntouttavuus” tietysti kantaa mukanaan yllä kuvattuja kuntoutuskäsitteen ongelmia.

Mielenterveyskuntoutajat

Seuraavassa käydään läpi eräitä mielenterveyskuntoutujien palveluihin liittyviä näkökohtia viimeaikaisen tutkimustiedon, Asumispalvelusäätiö ASPAssa saatujen kokemusten sekä kirjoittajan omien aikaisempien kokemusten valossa. Muun muassa palveluntarpeen arviointia koskevat seikat, ovat ajankohtaisia muidenkin kuin mielenterveyskuntoutujien palveluissa.

Jaana Paasun (2005) laatimassa selvityksessä kartoitetaan mielenterveyskuntoutujien palvelu- ja tukiasumista pääkaupunkiseudulla. Selvitys on osa Suomen Mielenterveysseuran asumisen tukitoimintaa kehittävää *Keinot käyttöön arjen areenoilla* -projektia (Lehtonen 2006, 6–7). Paasu kiinnittää huomiota muun muassa siihen, että asumisesta ja siihen liittyvistä palveluista käytettävien käsitteiden merkitykset vaihtelevat ja niiden sisällöistä on erilaisia tulkintoja.

Jaana Paasu (2005) jakaa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut palveluasumiseen ja tuettuun asumiseen. Tässä yhteydessä mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen tarkoittaa tiiviisti tuettua ympäri-
vuorokautista tukea, mutta ei Vammaispalvelulain määritelmän mukaan, subjektiivisena oikeutena myönnettävää palveluasumista. Palveluasumisen käsitteeseen

(...) kuuluu myös kuntoutuskotityyppinen asuminen, jolloin asumisen tulee sisältää kuntouttava ja asukkaita osallistava työote. Käsitteiden hajanaisuus tuo ongelmia sekä kehittämisen että tilastoinnin osalta, jolloin mielenterveyskuntoutujien asumis- ja tukipalveluiden kehittämistarpeet saattavat olla ristiriidassa todellisen tilanteen kanssa. (Paasu 2005, 34).

Palveluasumisen käsite on laaja ja se käsittää sekä työntekijöiden ympärivuorokautisen läsnäolon että kuntoutuskotiasumisen. Mielen-terveyskuntoutujien kohdalla asumisen tuki ei tavallisesti edellytä usein toistuvia jatkuvia käyntejä asiakkaan kotona, samaan tapaan kuin fyysisesti vammaisilla ihmisillä.

Anu Kallion ja Liisa Lähteenmäen (2004) raportoimassa, Tampereella ja Valkeakosken seudulla toteutetusta *Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut* -kehittämishankkeesta on löydettävissä mielenkiintoinen näkökulma siihen, miten kuntoutuksen käsitettä käytetään arkityössä – miten se ammattihenkilöiden keskuudessa mielletään. Hankkeessa mukana olleet ovat samaa mieltä siitä, että asumispalveluissa tulee olla ”kuntouttava ote”, ja asumispalvelun tavoitteeksi asetettiin ”asiakkaan vähittäinen itsenäistyminen omaan asumiseen”. Hankeraportissa todetaan myös, että asuminen ”kodinomaisessa¹⁹ ympäristössä” on jo sinänsä kuntouttavaa.

Valkeakosken kehittämishankkeessa lähdettiin siitä, että kun ollaan ihmisten kodeissa, palveluissa pitää säilyttää persoonallinen henki (Kallio & Lähteenmäki 2004, 23). Asumispalvelua ei siksi voi jakaa kovin tarkasti määriteltyihin osa-alueisiin. Usein on vaikea tai mahdoton sanoa, missä normaali arkielämä loppuu ja ”kuntoutus” alkaa. Ko-

¹⁹ ”Kodinomainen” -käsitteen käyttöä on syytä kritisoida. Jos asiakkaan *koti* määritellään ”kodinomaiseksi”, niin se määritellään joksikin muuksi kuin kodiksi. Mikään asia ei voi muistuttaa läheisesti itseään, so. ”koti” ei voi ”muistuttaa läheisesti kotia” – eli olla kodinomainen. Ainoastaan muu kuin kotona tapahtuva asuminen voi olla ”kodinomaista”.

tielämän – asumispalvelun arjen – kannalta tällaisella määrittelyllä ei aina ole merkitystään.

Asumisen ympäristö voi olla kuntoutumista edistävä – kuntoutumista edistäviä voivat olla myös aivan tavalliset päivittäiset askareet. Kuntoutumista ei

Kuntouttavan työotteen päämääriä: asukkaan itsenäisyys, omatoimisuus ja suhteellinen riippumattomuus, sekä tasa-vertaisuus ja osallistuminen

kaikilta osin voi irrottaa elämän kokonaisuudesta erikseen tarkasteltavaksi osakseen.

Kallio ja Lähteenmäki toteavat myös, että oltaisiin yhtä mieltä siitä, että tavoitteena on asiakkaan vähittäinen itsenäistyminen omaan asumiseen (Kallio & Lähteenmäki 2004, 23). Käytännön kokemusten valossa herää kysymys, kuinka realistinen tämä tavoite on vaikeimmin sairaiden mielenterveyskuntoutujien kohdalla.

Kuntouttava työote määritellään kuntoutuksen oppikirjassa tavalla, joka voisi sellaisenaan sopia osaksi mielenterveyskuntoutujien asumispalvelun perustehtävän määrittelyä.

Kuntouttavan työotteen päämääränä ovat asukkaan itsenäisyys, omatoimisuus ja suhteellinen riippumattomuus sekä tasavertaisuus ja osallistuminen, sillä ne ovat ihmisen hyvinvoinnin ja mielekkään elämän edellytyksiä. (Kettunen ym. 2002, 42).

Ja kuntoutustyön arjen kuvailu voisi olla suoraan asumispalvelutyöntekijän työnkuvauksesta:

Päivä- ja viikko-ohjelma on hyvä suunnitella yhdessä heti alusta lähtien. Tällöin työntekijä voi auttaa kuntoutujaa päivän kokonaisuuden ja esimerkiksi ajankäytön hahmottamisessa. (Kettunen ym. 2002, 89).

Asumispalvelut kuuluvat asiakkaan ympärille muodostuneeseen, usein laajaan ammattiauttajien verkostoon, jonka yhteinen tavoite on ”asiakkaan kuntoutuminen”. Asumispalvelu on keskeinen apu kuntoutumisessa. Asumispalvelujen työntekijä tapaa asiakasta tiheästi, tavallisesti useita kertoja viikossa. Niinpä hän joutuu tai pääsee auttaja-verkostossa keskeiseen asemaan.

Tapaamiskertojen tiheyden vuoksi asiakas voi kokea suhteen asumispalvelujen työntekijään keskeisimmäksi ammattiauttajakontaktiksi, ja siksi suhteen terapeuttinen vaikutus²⁰ kuntoutumisessa voi olla suuri. Koko auttamisverkoston koordinointi voi olla asumispalvelutyöntekijän hoidettavana. Se saattaa olla tehtävänä epälooginen jos muodollinen vastuu kokonaisuudesta on muualla – kunnan sosiaali-toimella, perusterveydenhuollolla tai psykiatrisella erikoissairaanhoidolla.

Moniongelmaisia asiakkaita voi olla missä tahansa asumispalveluyksikössä. Tämä näkökohta on käytännössä vuosi vuodelta tärkeämpi. Kuntatalouden pienenevät resurssit aiheuttavat asumispalvelujen kohdalla sen, että kalliita ympärivuorokautisia palveluja hankitaan yhä

²⁰ On tärkeää erottaa toisistaan ”terapia” ja ”terapeuttinen vaikutus”. Terapia on psykologinen tai psykiatrinen hoitomuoto, jonka piirissä jotkut asumispalvelujen asiakkaat ovat – hoidon kustannusten ja vaikeasti saatavissa olevien Kela-korvausten vuoksi nykyään melko harvat. Terapeuttista vaikutusta sitä vastoin voi olla millä tahansa tärkeällä ihmissuhteella.

useammin vain niille kuntalaisille, joilla on erityisiä syitä tiiviiseen palveluun. Käytännössä ”erityisenä syynä” voi olla se, että liikuntavamman, aivovamman tai aistivamman lisäksi on merkittävä psykososiaalinen ongelma – esimerkiksi krooninen mielenterveyden häiriö, ja sen lisäksi tai ohella usein päihdeongelma.²¹

²¹ Yleisesti puhutaan ”kaksoisdiagnoosi-asiakkaista” tai –potilaista. Termi on peräisin työntekijöiden ammattislangista, eikä paras mahdollinen. Sitä pyritään nykyisin välttämään ja puhutaan mieluummin esimerkiksi moniongelmaisista asiakkaista.

6. Asumispalvelujen laatusuositukset

Tässä luvussa tarkastellaan asumispalveluihin liittyviä laatusuosituksia. Vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus (STM 2003b) on ensisijaisesti kuntien johdolle, viranhaltijoille ja luottamushenkilöille tarkoitettu paikallisen toiminnan ohjausväline. Mielensterveyspalveluja koskeva yleinen suositus on julkaistu vuonna 2001 (STM 2001). Mielensterveyskuntoutujien asumispalvelujen laatusuositukselta on tätä kirjoitettaessa jo vuoden-pari ollut olemassa pitkälle työstetty luonnos, ja lopullinen versio julkaistaneen syksyn-talven 2006–2007 kuluessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja kuntasektorin valtakunnallinen ohjaus on aiemmin toteutettu ensisijaisesti määräysten (normien) avulla. Viimeisen parin-

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana on siirrytty valtakunnallisista määräyksistä kunnille tarkoitettuihin suosituksiin I. informaatio-ohjaukseen

kymmenen vuoden aikana on keskusjohtoisesta normiohjauksesta suurelta osin siirrytty suosituksiin, eli informaatio-ohjaukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuosituksia eli informaatio-ohjausta on valtionhallinnon omassa kannanotossa pidetty onnistuneena hallintakeinona. Tosin samalla myönnetään, että suositusten todellisesta vai-

kuttavuudesta ei ole toistaiseksi voitu tehdä tarkempaa arviota. (STM 2003, 32).

Suosittelujen toimeenpanoa on pyritty Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelmassa varmistamaan – suosituksella. Kuntia suositellaan varmistamaan laatusuosituksen toimeenpano alueellaan ja huolehtimaan toimeenpanon säännöllisestä seurannasta ja arvioinnista. Kyse on siis ikään kuin metatason informaatio-ohjauksesta: suositellaan, että toimittaisiin suosittelujen mukaan.

Resursseja jaetaan paljolti sen mukaan, mitä tuloksia kullakin sektorilla on esittää. Tällöin etulyöntiasemassa ovat sellaiset sosiaalitoimen ja erityisesti terveydenhuollon osa-alueet, joissa toiminnan perusluonne taipuu tarkkojen tulosmittareiden luomiseen ja yksiselitteisten tulosten esittämiseen. Taloudellisista resursseista pyrkii suurempi siivu menemään näille osa-alueille. Niinpä erityisesti mielenterveys-työn rahoitus jää jaossa jatkuvasti jalkoihin, kun mitattavien tulosten esittäminen ei siinä käy päinsä yhtä konkreettisesti kuin somaattisen hoidon tai kuntoutuksen kohdalla.

Mielenterveysongelmaisten asumis- ja muiden palveluiden, hoidon ja kuntoutuksen rahoittaminen on vaarassa jäädä lapsipuolen asemaan, suosittelujen toimiessa pääasiallisena ”pakotteena”. Pitkällä tähtäimellä kunnalle voi koitua suosittelujen noudattamatta jättämisestä mm. psykiatristen sairaaloiden potilasmaksuina taloudellisia kustannuksia, jotka ovat suurempia kuin suosittelujen huomiotta jättämisen tuomat lyhyen tähtäimen säästöt. Näin ollen jää miettimään, onko normiohjauksen radikaali vähentäminen ollut kuntien tai kuntalaisten kannalta paras mahdollinen ratkaisu.

Asumispalvelujen yleinen laatusuositus

Vuonna 2003 ilmestyneen vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuosituksen tavoitteena on tukea kuntia vammaisten ihmisten asumisen ja asumispalvelujen kehittämisessä, sekä antaa välineitä, näkemyksiä ja suuntaviivoja päätöksenteon tueksi. Siinä ei fokusoida yksittäisiin vammairyhmiin. Suosituksessa on vahvasti perusoikeudellinen²² näkökulma, sekä fyysisten toimintaesteiden vähentämiseen ja poistamiseen liittyvä painotus.

”Vammaisen ihminen” määritellään suhteessa toimintaan tai ympäristöön, nojautumatta perinteiseen, diagnoosipohjaiseen lähestymistapaan:

VAMMAINEN ja TOIMINTARAJOITTEINEN ihminen tarkoittaa suosituksessa kaikkia niitä ihmisiä, joiden kyky toimia on rajoittunut vamman tai sairauden vuoksi ikään katsomatta. Suositus koskee eri-ikäisten ihmisten palveluja, mutta eri ikäryhmissä yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tarvitaan erilaisia palveluja ja tukitoimia. Vammaisuutta ei käsitetä yksinomaan jonkin yksittäisen ryhmän nimikkeeksi. Vammaisuutta ei myöskään nähdä diagnoosipohjaisena määritelmänä. Vammaisuus ja toimintarajoitteisuus ilmenee suhteessa johonkin toimintaan ja ympäristöön. VAIKEAVAMMAISUUS on käsite, jonka sisältö määrittyy suhteessa vammaisen ihmisen elämäntilanteeseen ja ympäristöön ja

²² ”Perusoikeudellisella” tarkoitetaan Suomen Hallitusmuodon perusoikeuspykälän noudattamisvaatimusta (§5): ” Ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.”

merkitsee runsasta avun, palveluiden tai tukitoiminen tarvetta. (STM 2003b, 9)

Suosituksista on helppo tulkita niin, että kohderyhmänä ovat fyysisistä vammoista ja toimintarajoitteista kärsivät ihmiset, eivät mielenterveyskuntoutajat. Vammaisen ihmisen määritelmään halutaan kuitenkin yleisesti sisällyttää osa vaikeimmin sairaista mielenterveyskuntoutujista (vrt. esim. Rätty 1997, 13; Rätty 2002, 43; Taipale 1997, 4–5). Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin liittyy paljon liikuntavammaisten ihmisten palveluista poikkeavia erityispiirteitä – siinä mielessä on johdonmukaista, että mielenterveyskuntoutujien asumispalveluille on tulossa oma laatusuosituksensa.

Tarkoitus on, että kuntien johtavat viranhaltijat ja luottamushenkilöt voisivat käyttää suositusta päätöksenteon ja käytännön toteutuksen apuna. Kunnissa ostopalveluina järjestämien asumispalveluiden osuus on esimerkiksi palveluasumisessa noin 80 % (STM 2003b, 33). Yksityisiltä ostettavien palveluiden tason on suosituksen mukaan vastattava kunnallisen toiminnan tasoa. Se ei kuitenkaan sisällä yksityiskohtaisia käytännön ohjeita palveluja toteuttavalle henkilöstölle, tai palveluntuottajalle. (vrt. STM 2003b, 12, 33–34).

Asumispalvelu määritellään yleisessä laatusuosituksessa Sosiaalihuoltolain 22§ mukaan, ja **palveluasuminen** Vammaispalvelulain mukaan (STM 2003b, 10).. Ympäri vuorokautinen, palvelukodin omissa ympäristöissä tapahtuva mielenterveyskuntoutujien tuettu eläminen määritellään muualla usein niin ikään ”palveluasumiseksi”. Lisäksi mielenterveyskuntoutujien kohdalla puhutaan **tukiasumisesta**. Tällöin on edelleen kyse hoitopaikkaa muistuttavasta ympäristöstä, mutta tuki on vähäisempää. Tukiasumiseksi luokiteltavassa yksikössä

esimerkiksi ei ole viikonloppuisin henkilökuntaa paikan päällä. Ensijaisena palveluvaihtoehtona mielenterveyskuntoutujien kohdalla voidaan nähdä **kotikuntoutus**.

Yleinen asumispalvelujen laatusuositus jakautuu viiteen osaan:

- Vammaisten ihmisten tarpeet mukaan kuntoutussuunnitelmaan
- Rakennettu ympäristö esteettömäksi ja toimivaksi
- Riittävästi esteettömiä ja toimivia asuntoja
- Yleiset palvelut kaikkien saavutettaviksi
- Yksilöllisillä palveluilla yhdenvertaisuuteen

1. Vammaisten ihmisten asumisen tarpeet mukaan kuntoutussuunnitelmaan. Asumiseen ja palveluihin liittyvät tarpeet välittyvät, paitsi suoraan palveluiden käyttäjiltä, myös eri vammaisjärjestöjen kautta. Näin ollen kunnan viranomaisten ja vammaisjärjestöjen välinen keskustelu ja yhteistyö nähdään suosituksessa välttämättömäksi.

Keskeistä todetaan olevan myös vammaisalan henkilöstön kokonaisnäkemys, ja heidän kauttaan vammaisilta ihmisiltä tulevan palautteen välittymi-

Tiedot palvelutarpeista välittyvät palvelujen käyttäjien ja heidän läheistensä, vammaisjärjestöjen sekä vammaisalan henkilöstön kautta

nen päättäjille. Suosituksessa painotetaan myös asumispalvelujen suunnittelun pitkäjänteisyyttä sekä kuntien välistä yhteistyötä.

Kunnan päätöksenteon ja suunnittelun tueksi voidaan suosituksen mukaan laatia erillinen vammaispoliittinen ohjelma. Internet-haku osoittaa, että paikallisia ohjelmia on kunnissa yleisesti olemassa. Lisäksi vammaisneuvostolla on valtakunnallinen vammaispoliittinen ohjelma. (www.vane.to).

2. Rakennettu ympäristö esteettömäksi ja toimivaksi. Ikääntyneen väestön määrä kasvaa jyrkemmin vuodesta 2005 alkaen, ja seuraavan kolmenkymmenen vuoden aikana heidän osuutensa väestöstä lähes kaksinkertaistuu (STM 2001b). Näin ollen rakennusten ja muun liikkumisympäristön esteettömyysperiaate, kaikille sopiva suunnittelu, on tärkeä lähtökohta koko väestön kannalta.

Esteettömyysnäkökohtien huomioiminen suunnittelussa saattaa olla nykyhetkeen sidotulle työntekijälle kaukaiselta tuntuva taustatekijä. Nyt tapahtuva suunnittelu kuitenkin määrittelee rakennusten ja kulureittien käyttökelpoisuuden pitkälle tulevaisuuteen; tällä hetkellä määrittellään olosuhteita, jotka vallitsevat sitten kun palvelujen käyttäjien keski-ikä on selvästi nykyistä korkeampi.

3. Riittävästi esteettömiä ja toimivia asuntoja. Ajatuksena on, että vammaisille kuntalaisille taattaisiin ”mahdollisuus asua muun väestön keskellä tavanomaisine asumiseen liittyvine oikeuksineen ja velvollisuuksineen” (STM 2003b, 21). Tässä näkyy alussa mainittu perusoikeudellinen näkökulma. Ensisijaisena vaihtoehtona tulee olla, muiden kuntalaisten tavoin, yleisessä asuntokannassa oleva asunto.

4. Yleiset palvelut kaikkien saavutettaviksi. Perusoikeuksien ohittaminen voi olla muutakin kuin aktiivista poissulkemista palvelujen piiristä. Yleisten, kaikille välttämättömien palvelujen jääminen vammaisen ihmisen ulottumattomiin on useimmiten seurausta siitä, ettei tiedetä tai ymmärretä näiden palveluiden käyttäjien toimintakyvyn erilaisuutta. (STM 2003b, 26).

5. Yksilöllisillä palveluilla yhdenvertaisuuteen. Palvelusuunnitelmien avulla kunta saa koottua tietoa kaikkien vammaisten kuntalaisten palveluntarpeista kuntasuunnitelmien pohjaksi. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 7§:n mukaan on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus, tai jollei sen laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.

Suosituksessa todetaan, että asumispalveluiden tulee muodostaa riittävän kattava kokonaisuus riippumatta siitä, minkä lain perusteella niitä järjestetään. (STM 2003b, 31). Vammaisten ihmisten asumispalveluita voidaan järjestää sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain tai kehitysvammalain perusteella.

Asumisvalmennus mainitaan suosituksessa erikseen, ja sen kohde-ryhmäksi erotetaan vastavammautuneet, itsenäistyvät nuoret ja ”muutostilanteissa olevat toimintarajoitteiset henkilöt”. Tässä tuntuu ajatuksena olleen fyysisesti vammaisten ihmisten asumisvalmennus. Ainoastaan viimeksi mainitun ryhmän, muutostilanteessa olevat toimintarajoitteiset, voi väljästi tulkiten ajatella sisältävän psyykkisesti ja / tai sosiaalisesti vammaisia ihmisiä.

Mielenterveyskuntoutujia koskevista suosituksista

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus (STM 2001) ei puutu juurikaan kuntoutukseen. Siinä todetaan vain, että mielenterveystyössä on ensisijaista avohoito ja kaikessa hoidossa tulee olla kuntouttava työote.

Suositus kehottaa mm. huolehtimaan siitä, että jokaisella potilaalla on ”hoitaja kuntoutussuunnitelma”.

(STM 2001, 7).

Kuntoutussuunni-

telman ja hoitosuunnitelman välistä suhdetta ei sen syvemmin tarkastella, ja ainoastaan hoitosuunnitelmaa kuvataan laajemmin (STM 2001, 21–22).

Suosituksessa asetetaan tavoite, että ”alueella on toimiva yhteistyö kuntoutuksen järjestämisessä Kansaneläkelaitoksen, työvoimahallinnon, opetustoimen, sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken” (STM 2001, 24). Asumispalveluyksiköissäkin toiminnan sujuvuuteen vaikuttaa se miten julkishallinnolliset organisaatiot kykenevät toimimaan keskenään. Erityisesti tämä koskee sosiaalitoimen ja terveystoimen välistä yhteistyötä.

Kuten Stakesin vuoden 2006 sosiaali- ja terveyskertomuksessa todetaan, pystyvät mielenterveyskuntoutajat muita asiakasryhmiä huonommin vaatimaan tuottajilta laadukkaita palveluja. Näin ollen kuntien

**Mielenterveyskuntoutajat pystyvät
muita asiakasryhmiä huonommin
vaatimaan laadukkaita palveluja.
Siksi kuntien ja läänien
suorittaman laadunvalvonnan
merkitys korostuu.**

ja läänien suorittaman asumispalvelujen laadunvalvonnan merkitys korostuu. Valmisteilla olevaa, erillistä Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen laatusuositusta tarvitaan välineeksi muun muassa tähän työhön. (vrt. Stakes 2006, 151).

Se miksi mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen suositusta niin kovin kaivataan, johtuu paljolti toimintaympäristön muutoksista, joita voi luonnehtia sanomalla, että palvelukenttä on muuttunut tilkkutäkkinmäiseksi. Palvelujen kokonaisuus Suomen eri alueilla muodostuu yhä enemmän julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin muodostamasta ”tilkkutäkistä”, jossa yhtenäinen kokonaissuunnittelu ja laadunhallinta on entistä vaikeampaa.

Tämän taustalla vaikuttavan muutoksen keskeisyyden vuoksi seuraavassa käydään lyhyesti läpi niitä asioita, jotka ovat viime vuosikymmeninä vaikuttaneet mielenterveyskuntoutujien asumis-, kuntoutus- ja muiden avopalveluiden järjestämiseen.

Mielisairaalapaikkojen vähentäminen alkoi Suomessa vuonna 1973. 1990-luvun taitteessa käynnistetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos niukensi olennaisesti psykiatrista erikoissairaanhoidtoa. 1990-luvun talouskriisi vaikutti käytännön toteutukseen: sairaansijojen vähentäminen nopeutui, ja lama esti avohoidon kehittämisen siinä laajuudessa kuin oli tarkoitus. Vuoden 1993 Valtionosuusuudistuksessa vastuu tarvittavien kuntoutuspalvelujen järjestämisestä siirrettiin kunnille.

Kymmenen vuoden aikana (1983–1993) psykiatristen sairaansijojen määrää vähennettiin noin 20 000:sta noin 6000:een (Lehtinen & Taipale 2000). Julkisten avohoitopalvelujen määrä ja sairaalasta kotiutettujen pitkäaikaispotilaiden avohoidon tarve on edelleen epäsuhtainen.

Yksi muutosprosessin tuottama piirre on sairaalojen ulkopuolella tapahtuvan mielenterveyskuntoutuksen kirjavuus. Kuntien itsehallinto lisääntyi tuntuvasti 90-luvun alussa juuri syvän taloudellisen taantumman alkaessa. Kuntatason lisääntyneen vastuun sisäänajovaihe on tapahtunut mitä hankalimmassa tilanteessa, rahapulan aiheuttamassa hätäratkaisujen ja ratkaisupakkotilanteiden paineessa.

Tänä päivänä mielenterveyskuntoutujien avohoito koostuu kunnissa itse tuotettujen palvelujen sijasta tai niiden lisäksi joukosta yritysten, yhdistysten, säätiöiden tuottamia asumis- ynnä muita palveluja. Avopalvelujen kokonaissuunnittelu ja ohjaaminen on käynyt vaikeaksi varsinkin niissä kunnissa, joissa palveluntarjoajien kirjo on laaja.

Vuonna 2001 Suomessa oli 478 asumispalveluyksikköä, joista 343 (72 %) oli yksityisiä ja 133 (28 %) julkisia. Asumispaikkoja näissä yksiköissä oli yhteensä 4740. Palvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia ja kuntakohtaisia eroja: osassa kunnista ei ole lainkaan sen enempää yksityisiä kuin julkisiakaan asumispalvelujen tuottajia.

Ympäri vuorokautiset mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut lisääntyivät merkittävästi 1990-luvulla. Sekä mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen (STM 2001), että vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositusten (STM 2003b) laatimisen yhteydessä todettiin, että avohoidossa tapahtuvaa kuntoutusta ja etenkin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelua varten tarvitaan oma suosituksensa. Todettiin, että asumispalvelutoiminnan kehittämiseksi tarvitaan laatukriteereitä asumisen turvallisuudesta sekä asumishuoneiden koosta ja tasosta. Lisäksi kriteerejä kaivataan henkilöstömitoitukseen, ammattitaitovaatimukseen ja koulutukseen. On toivottu suosituksia, jotka edistävät asiakkaiden kuntoutustarpeista lähtevää henkilöstörakenteen

suunnittelua. Tavoitteena on lisäksi ollut selvittää asumispalvelujen terminologiaa. (Upanne 2004).

7. Kuntouttava kolmas sektori: järjestöt ja yhdistykset

Järjestöt ja yhdistykset tuottavat merkittävän osan asumispalveluista. Toisaalta Kuntoutustoimintaan liittyvää erityisasiantuntemusta on ollut erityisesti vammais- ja potilasjärjestöissä. Kolmannen sektorin sekä yksityisten yritysten merkitys on viimeisen parin vuosikymmenen aikana olennaisesti kasvanut julkisyhteisöjen tuottamien palvelujen rinnalla. Ajankohtaisimpana järjestöjä koskevana asiana tällä hetkellä ovat EU-lainsäädäntöön, järjestöjen yleishyödyllisyyden arviointiin ja liiketoiminnalliseen asemaan liittyvät kysymykset.

Kaikki yllä mainitut seikat tekevät järjestöjen ja yhdistysten tilanteesta keskeisen taustatekijän myös kuntoutuksen ja asumispalvelujen välisen suhteen tarkastelun kannalta. Seuraavassa valotetaan kolmannen sektorin käsitettä, palvelutoiminnan sijoittumista kolmannen sektorin sisällä, sekä kolmannen sektorin roolin muuttumista suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä.

Kolmannen sektorin käsite on tullut Suomeen amerikkalaisen, mm. taloustutkijana tunnetun Jeremy Rifkinin kautta (Rifkin 1997). Kansainvälisessä keskustelussa kolmannesta sektorista alettiin puhua jo 1970-luvulla, jolloin hyvinvointivaltio oli ensi kertaa rakentumisensa jälkeen laajemmin uhattuna, ja etsittiin pelastusrenkaita turvaverkkojen säilyttämiseksi – vähän samaan tapaan kuin nykyisin. Erään määritelmän mukaan kolmannella sektorilla tarkoitetaan ”sellaista kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen vapaaehtoista toimintaa, jonka tarkoi-

tuksena on kattaa niitä alueita, joita valtion tai yksityisten yritysten toiminnalta jää” (Salokorpi 1998).

Jeremy Rifkin samaistaa kolmannen sektorin ”riippumattomaan sektoriin” ja ”vapaaehtoissektoriin” (1997, 238). Tämä määrittely jättää kolmas sektori -käsitteen ulkopuolelle kaikki markkinavoimiin luettavissa olevat tahot; yritysten lisäksi myös esimerkiksi palveluntuottajina toimivat vammaisjärjestöt. Suomessa kolmanteen sektoriin on totuttu lukemaan myös organisaatiot, jotka toimivat sekä etujärjestönä että palveluntuottajana.

Toisen jaottelun mukaan sosiaali- ja terveysjärjestöt voidaan jakaa kolmeen ryhmään seuraavasti. Ensimmäisen ryhmän muodostavat monialaiset toimijat. Monialaisen järjestön tyypillinen piirre on, että toiminta kattaa kaikki keskeiset tehtäväalueet, joissa vapaaehtoinen ja palvelutoiminta limittyvät. Niissä yhdistetään maallikkoasiantuntemusta ja ammattimaista asiantuntemusta ja niissä järjestö on jäsenistönsä sosiaalinen yhteisö. Suurin osa sosiaali- ja terveysjärjestöistä kuuluu tähän ryhmään. Toinen ryhmä on edunvalvontaan ja vaikuttamiseen keskittyvät etujärjestöt ja kolmantena palveluntuottajajärjestöt. (Viitanen & Piirainen 2000, 4).

Hannu Salokorpi toteaa, että viimemainittu kolmijako on määritelmänä suppea ja riittämätön. Yksi ja sama järjestö voi palvelutoiminnan lisäksi profiloitua monella muullakin tavalla: asiantuntijapalvelujen tuottajana, edunvalvojana ja vapaaehtoistoiminnan tukijana ja toteuttajana. Sosiaali- ja terveysjärjestöt voidaan luokitella myös niiden päätoimialan mukaan kansanterveys-, lastensuojelu-, vammais- ja vanhus-tenhuoltojärjestöihin sekä sosiaalista lomatoimintaa harjoittaviin järjestöihin (Poteri 2001, 547).

Marianne Nylundin (2000) mukaan kolmas sektori on liian laaja käsite: on epärealistisesti haettu yhtenäistä nimikettä kentälle, joka sisältää oma-apuryhmät, vapaaehtoistoiminnan, kansalaisjärjestöt, osuuskunnat ja kumppanuushankkeet.

Järjestöt voidaan ryhmitellä edunvalvontajärjestöihin, vapaaehtoistoimintaa ylläpitäviin vertaistukijärjestöihin, asiantuntijajärjestöihin sekä palveluntuottajajärjestöihin

A-klinikkasääton toimitusjohtajan Lasse Murron esittämä kolmannen sektorin määrittely tuntuu käyttökelpoiselta. Hänen mukaansa järjestöt voidaan ryhmitellä

- edunvalvontajärjestöihin,
- vapaaehtoistoimintaa ylläpitäviin vertaistukijärjestöihin,
- asiantuntijajärjestöihin sekä
- palveluntuottajajärjestöihin.

Huomionarvoista on, että monet palveluntuottajajärjestöistä – esim. Invalidiliitto – ovat tähän asti profiloituneet useita järjestötehtäviä suorittaviksi monialajärjestöiksi. (Murto 2003, 67).

Paitsi että ammattimaisuus on tullut kolmannelle sektorille, myös yhteiskunnan peruspalvelujen käytännön toteutukseen liittyvät uudet vaatimukset ovat kovia. Vuonna 1998 Hannu Salokorpi totesi Jeremy Rifkiniä (1997) seurailleen, että kolmannen sektorin osuus yleisissä työmarkkinoissa tulee lisääntymään; siitä arvellaan olevan tulossa

keskeinen toimija yhteiskunnassa julkisen ja yksityisen sektorin rinnalle. (Salokorpi 1998, 35).

Vuonna 2006 voi todeta, että kolmannen sektorin raskaamman, lähempänä yhtäältä yksityistä liiketoimintaa ja toisaalta julkisen sektorin perinteisiä tehtäviä olevan lohkon merkitys on kasvanut huomattavasti ja on edelleen kasvamassa. Yleishyödyllisten järjestöjen on todettu 2000-luvun alussa tuottavan kuntien sosiaalihuollon palvelutuotannosta arviolta yli 17 prosenttia. (Murto 2003, 67).

Toisaalta korostetaan, että kolmas sektori ei saisi kehittyä pelkästään korvaamaan julkisen organisaation palveluja, vaan järjestöjen tulisi toimia myös sosiaalipalvelujen kehittämisen ja ideoimisen roolissa, eli keskittyä kehittämään uudenlaisia toimintamalleja ja palveluja (Salokorpi 1998, 38). Tämä tehtäväksianto vastaa sitä linjausta, joka Raha-automaattiyhdistyksellä on 2000-luvun alussa avustuspäätöksiä ohjaamassa. Etusijalla ovat vapaaehtoistoiminta sekä uusiin toimintamalleihin pyrkivä kokeilu- ja kehittämistoiminta. RAY peräänkuuluttaa erityisesti sellaisia laajoja hankkeita, jotka tukevat ja edistävät kansalaisten omaa aktiivisuutta, itsenäistä selviytymistä ja elämänhallintaa. (RAY 2002, 4).

Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat perinteisesti kehittäneet ja tuottaneet palveluja ihmisryhmille, jotka jäävät muita helpommin julkisten palvelujen ulottumattomiin. Lisäksi järjestöjen panos on ollut tärkeä alueilla, jolla kohderyhmät ovat olleet pieniä ja/tai kapeaa erityisasiantuntemusta vaativia. Järjestöt ovat myös voineet pitää yllä palveluja sellaisilla alueilla, joilla yritystoiminta ei kysynnän satunnaisuuden tai vähäisyyden vuoksi ole käytännössä mahdollista.

Järjestöjen tilanne on kuitenkin muuttumassa rahoitusperustan muuttumisen myötä: Raha-automaattiyhdistys ei nykyisellään enää avusta asumispalveluja tai niihin suoraan liittyviä investointeja. (Stakes 2006, 92–93).

RAY:n linjausmuutos liittyy muun muassa yritysten kilpailua ja julkisia hankintoja koskevien säädösten muutoksiin. Muutosten myötä alkanut yritysten ja kolmannen sektorin sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttaminen ”samassa sarjassa” on otettu järjestökentässä ristiriitaisesti vastaan. Yksioikoista samalle viivalle asettamista on kritisoitu voimakkaasti (esim. Niemelä 2003, 108). Osa järjestöistä on päätenyt jatkamaan palvelutoimintaa osakeyhtiömuotoisina, emojärjestöstä (säätiöstä tai yhdistyksestä) erillisenä liiketoimintayksikkönä. (Stakes 2006, 96).

Kunnat ovat enenevässä määrin siirtyneet ostopalveluihin muun muassa asumispalveluiden järjestämisessä. Yksityisten palveluntuottajien toimintaperiaatteissa ja toiminnan sisällöissä on suurta kirjavuutta. Näin ollen maksaja-asiakkaan kannalta on olemassa tarve käytäntöjen ja nimikkeistöjen – siis esimerkiksi kuntoutuskäsitteen tulkintojen – yhdenmukaistamiseksi, jotta ostopalveluja olisi helpompi arvioida laadullisesti ja verrata keskenään. Ostopalveluja myyvät kolmannen sektorin järjestöt joutuvat tai pääsevät palveluineen aiempaa enemmän mukaan siihen keskusteluun, jota julkinen sektori käy omien palveluidensa laadusta, vaikuttavuudesta, asiakaslähtöisyydestä ja arvioinnista. (Viitanen & Piirainen 2000, Koskisuus 2004).

Kuntoutusta järjestetään kansanterveysjärjestöjen lisäksi erityisesti vammaisjärjestöissä. Järjestökenttää on kuvattu valtakunnalliselta tasolta paikalliselle tasolle laajenevina kehinä, joissa paikallisyhdistys-

ten asema on erityisen merkittävä järjestöjen jäsenien arjen kannalta: heidän elämäänsä suoraan vaikuttavat toiminnat (vertaistoiminta ja vapaaehtoistyö, erilaiset kuntoutuskurssit jne.) tapahtuvat enimmäkseen paikallistasolla. Valtakunnallisen järjestötoiminnan keskeisiä muotoja ovat vaikuttaminen, koulutus ja tutkimus, projekti- ja julkaisu-toiminta sekä palvelutuotanto.

Järjestöt toimivat itsenäisesti omien sääntöjensä ja tavoitteidensa mukaan, ja ovat siinä mielessä verrattavissa yksityisen sektorin toimijoihin. Samalla ne ovat rahoituksen ja yhteistyön kautta sidoksissa julkiseen sektoriin. Kuntoutuksen kannalta sosiaali- ja terveystieteiden rooli "välitason organisaatioina" merkitsee muun muassa sitä, että järjestöjen toiminnan osuutta kuntoutuksen kokonaisuudessa ei aina ole helppo hahmottaa tai eritellä. Toisaalta järjestöt ovat kuntoutujan ja kuntoutusjärjestelmän välissä puolustamassa kuntoutujan oikeuksia; toisaalta ne ovat osa itse kuntoutusjärjestelmää. Erityisen ristiriitainen on niiden järjestöjen rooli, joilla on laaja vastuu palvelujen tuottajana ja jotka samanaikaisesti toimivat jäsenkuntansa etujärjestönä. (Poteri 2001).

Vammaisten ihmisten itsensä perustamia järjestöjä alkoi syntyä 1930- ja 1940-lukujen vaihteessa. Invalidiliitto perustettiin vuonna 1938; sen tavoitteena oli jo aloitusvaiheessa mm. tukea vammaisten ihmisten ammatillista koulutusta, edesauttaa asumisolosuhteiden parantamisessa senaikaisen laitospöytä mukaisesti, sekä tarjota oikeudellista apua. Nykyään useimmilla sairaus- ja vammaryhmillä on oma etujärjestönsä. Järjestöllä on erityispalvelujen tarjoajan, palvelujärjestelmän täydentäjän ja palvelujen kehittäjän rooli. Sekä pienten että suurten järjestöjen tyypillistä toimintaa ovat erilaiset sopeutumisvalmennus- ja

kuntoutuskurssit. Monen järjestön tehtäviin kuuluu myös kuntoutusohjaus: osa kuntoutusohjaajien viroista on keskussairaaloiden omia ja osa hankitaan ostopalveluna järjestöiltä. (Poteri 2001)

Jäsenmäärältään suurien järjestöjen rinnalla toimii ryhmä järjestöjä, joiden jäsenmäärä ei ole suuri, mutta joihin kuuluvat kattavasti kaikki ko. järjestön edustamaan pitkäaikaissairaus- tai vamma ryhmään kuuluvat ihmiset. Nämä järjestöt ovat jäsenkuntansa kannalta merkittäviä niihin keskittyvän, pientä ryhmää koskevan erityisasiantuntemuksen vuoksi. Lukumääräisesti pienen ryhmän on vaikea yksin saada ääntään kuuluville: niinpä verkostoituminen toisten samantyyppisten järjestöjen, sekä soveltuvien suurempien järjestöjen kanssa, on näille ryhmille erityisen tärkeää. Mitä laajempiin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin järjestöt pyrkivät, sitä tärkeämpää verkottuminen ja asia- tai teemakohtaisesti yhtenä painostusryhmänä vaikuttaminen on kaikille järjestöille. Laajimmillaan järjestöjen edunvalvonta- ja vaikuttamistyö on yhteiskunnan uudistamista jollakin kaikkia kansalaisia koskevalla saralla. Ajankohtainen esimerkki tästä on esteettömyysajattelun levittäminen rakentamisessa ja yhteiskuntasuunnittelussa, väestön kokonaiskeski-ikä vanhetessa nopeasti.

Viimeisen 10–15 vuoden aikana olennaisin yhteiskunnallisen muutos palveluja tuottavien järjestöjen kannalta on ollut julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ulkoistaminen yksityisille yrityksille ja kolmannelle sektorille. Tämä on näkynyt erityisen selvästi mielenterveyskuntoutujien avohoidossa: julkinen sektori tuottaa itse huomattavan pienen osan asumis- ja tukipalveluista verrattuna tilanteeseen vaikkapa vielä 1980- ja 1990 –lukujen vaihteessa.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaista on tehty asiakaslaskenta vuosittain 1990-luvun puolivälistä lähtien. Sen mukaan yksityisten tuottamissa asumispalveluissa oli asiakkaina 863 ihmistä vuonna 1994; vuonna 2003 vastaava luku oli 4090. Määrä on siis nelinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Yritykset ja järjestöt tuottivat vuonna 2003 86 % mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista, eikä luku liene sen jälkeen ainakaan vähentynyt.²³ Vuosien 2002–2004 aikana kuntien sosiaalipalvelujen ostokustannukset kasvoivat keskimäärin 14 % vuodessa. (Pirkola & Sohlman 2005, 18–19; Stakes 2006, 92).

Anu Kallion ja Liisa Lähteenmäen Tampereen ja Valkeakosken seudun asumispalveluja koskevasta, vuonna 2004 valmistuneesta tutkimusraportista näkyy, miten kolmannen sektorin palvelujen panos palvelujen arjessa on muuttunut.

”Asumiseen liittyvän kuntoutuksen suunnittelusta keskusteltaessa kävi ilmi, että suunnitelmien tekeminen jää tällä hetkellä melko pitkälti asumispalveluja tuottavan yksikön tehtäväksi. Tämän seurauksena niiden sisällössä on suurta vaihtelua. (Kallio & Lähteenmäki 2004, 25).

Tutkimus vahvistaa sitä palvelujen käytäntöä seuratessa syntynyttä tuntumaa, että asiakkaan tilanteen kokonaissuunnittelun vastuu liukuu usein julkiselta sektorilta kolmannen sektorin toimijoille.

²³ Poikkeuksina voi mainita Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirit, joissa julkisen sektorin itse tuottamien, mielenterveyskuntoutujille tarkoitettujen asumispalvelujen osuus on selvästi suurempi kuin muualla (Pirkola & Sohlman 2005, 20).

On todettu, että mielenterveyskuntoutuksen yhteistyöverkostoissa esiintyy erityisen paljon eri tahojen välisiä työnjako- yhteistyö- ja tiedonkulkuongelmia (Riikonen & Järvikoski 2001, vrt. Koskisuus 2004). Jännitteiden syntymistä edesauttavia muutoksia on tullut lisää 2000-luvun alusta lähtien. Kilpailuttamista ja julkisia hankintoja koskeva lainsäädäntö pakottaa palvelun maksajat ja tuottajat markkinaehtoiseen vastapuoliasetelmaan silloinkin, kun ei toimita vapaiden markkinoiden ympäristössä samassa mielessä kuin tavarantuotannossa. Tällöin kuntoutujan lähtökohdista toteutettava, kaikkien toimijoiden yhteistyönä tapahtuva palvelukokonaisuuden suunnittelu ja arviointi voi käydä vaikeaksi tai mahdottomaksi.

8. Loppumietteitä

Tässä kirjassa on kuvattu kuntoutuskäsitteen vuorovaikutustapaan ja toimintajärjestelmään liittyviä ulottuvuuksia siinä valossa, jossa ne näyttäytyvät asumispalveluja järjestävälle taholle. Kuten alkupuolella todettiin, kuvaus ei ole kattava, sen enempää kuntoutuskäsitteen kuin asumispalvelujenkaan kohdalta. Tavoitteena on, että tämä pieni kirja antaisi uusia virikkeitä pohtia, mitä ”kuntouttava” asumispalvelu voi tarkoittaa.

Asiakkaan kuntoutuminen voi olla tulosta yhteistyöstä ammattiauttajan (kuntoutustyön tekijän) kanssa. Kuntoutumista voivat edistää myös fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä vaikuttavat myönteiset tekijät. Sitä voi tapahtua myös ilman yhteyttä kuntoutukseen – so. kuntoutustyöhön. Elämänhallinnan kokemus voi saada ratkaisevan positiivisen sysäyksen vaikkapa harrastuksen parissa, tai arkielämän tilanteessa ilman, että asialla olisi tekemistä kuntoutustyön tekijöiden tai muiden ammattiauttajien kanssa.

Näin ollen kuntoutuminen on käsitteenä kokonaisvaltainen ja samalla yksilöllisesti kuntoutujan mukaan vaihteleva; käsittemäärittelyn vaikeuksia ei käy ihmettelemisen. Kuten alkupuolella todettiin, kuntoutuskäsitteen määrittely voi olla vain käsitteiden käyttötilanteita tarkastelemalla tapahtuvaa kuvaamista, ei käyttöä koskevien yleistettävien ohjeiden antamista.

Jos kuntoutumista ajatellaan prosessina jolla on jokin päätepiste, niin termi mielenterveyskuntoutuja tuntuu oudolta. Ihminen voi olla läpi elämänsä mielenterveyskuntoutuja. Kuntoutuksen ja kuntoutumisen rajat häviävät, kun mitään elinaikaista päätepidettä ei ole – toisin sanoen, onko niin että kuntoutuminen loppuu vasta kun elämä loppuu? Mielenterveyskuntoutujan tulisi jossain vaiheessa voida lakata olemasta kuntoutuja, jotta kuntoutumisesta voisi mielekkäästi puhua tapahtumaketjuna.

Käsitteen sisällöllisen määrittelyn vaikeus kertautuu byrokratiassa: yksi kuntoutuksen kipeimmistä haasteista on Kettunen ym. (2002) on kuntoutuspalveluiden ja -organisaatioiden hajanaisuus.

Ihmisten asumisratkaisut – so. asunto ja siihen liittyvät mahdolliset tukipalvelut – sijoittuvat jatkumolle, jonka toisessa ääripäässä on itsenäinen elämä ja toisessa laitoshoido. Väliin mahtuu asumispalvelua ja monenlaista muuta tukea. Kuntoutumisprosessia on vaikea rajata omaksi alueekseen, ja sama vaikeus näyttäytyy asumisen ja elämisen välisessä suhteessa. Mikä osa arkea on ”kuntoutumista”, mikä tavallista elämää, vai onko kuntoutujan tavallinen elämä yhtä ja samaa kuntoutumista?

Voidaan sanoa, että kuntoutumisen yleisenä päämääränä on paras mahdollinen tasapaino kuntoutujan toimintaedellytysten ja hänen toimintaympäristönsä välillä. Herää kysymys, miten tulisi toimia ja suhtautua silloin, kun selvästi nähdään, että ongelmat ovat ensisijaisesti fyysisessä tai sosiaalisessa ympäristössä. Tällöin kuntoutujan, esimerkiksi asumispalvelun asiakkaan, toimintavajaus ei ole ongelmien syy vaan seurausta ympäristön ongelmista. Sopeutumisvalmennusta käsiteltäessä tätä ongelmaa on jonkin verran pohdittu luvussa 3. Eet-

tisenä perusongelmana tällaisessa tilanteessa on aina se, että yksittäistä ihmistä, asumispalvelun asiakasta, on autettava kaikin käytettävissä olevin keinoin – silloinkin kun yksilöiden sopeutumisen tukeminen saattaa häivyttää näkyvistä sosiaalisia ja yhteiskunnallisia muutostarpeita.

Kuntoutustyön keinovalikoima, tai asumispalveluissa toteutettava elämänhallinnan tukeminen, ei auta yhteiskunnallisten muutosten tai koventuneen asenneilmapiirin aiheuttamiin ongelmiin. Niillä voidaan asenteellisella ja yhteiskunnallisella tasolla puuttua korkeintaan seurauksiin. Syihin puututaan poliittisin keinoin, yhteiskunnallisilla muutoksin.

Liite 1. Asumispalvelutoimintaa ASPAssa

Seuraavassa esitellään lyhyesti ASPA-säätiön ja ASPA Palvelut Oy:n toimintaa, sekä kuvataan niitä ASPA Palvelut Oy:n asumispalveluryhmiä, joiden esimiehiä ja työntekijöitä on haastateltu tämän kirjan valmisteluprosessin aikana. ASPAn toiminnasta ja asumispalveluryhmistä saat lisätietoja www-sivuilta (www.aspa.fi) sekä suoraan työntekijöiltä puhelimitse tai sähköpostitse (yhteystiedot www-sivuilla).

Asumispalvelusäätiö ASPA ja ASPA Palvelut Oy

Asumispalvelusäätiö ASPA on 13 vammaisjärjestön vuonna 1995 perustama valtakunnallinen säätiö. Säätiön toiminnan tavoitteena on lisätä vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia asua ja elää itsenäisesti tavallisissa asuinympäristöissä.

ASPAn toiminta on vuoden 2005 loppuun asti muodostunut kolmesta palvelusektorista – asumispalvelut, kiinteistö- ja kehittämistoiminta. Säätiön taloushallinto, henkilöstöhallinto ja toimistopalvelut ovat muodostaneet oman sisäisen palveluyksikkönsä.

ASPAn asumispalvelut hoidetaan vuoden 2006 alusta lähtien säätiön kokonaan omistaman ASPA Palvelut Oy:n puitteissa. Kehittämistoiminta sekä kiinteistötoiminta jatkavat edelleen säätiön alaisuudessa.

ASPA Palvelut Oy myy kunnille asumispalveluja. Ostaja-asiakkaana on useimmiten kunnan sosiaalityö. Terveystoimien osuus yhteistyökumppanina on usein keskeinen. Näin on esimerkiksi useissa mielen-

terveyskuntoutujien ASPA-ryhmissä: suhde perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon psykiatriseen hoitojärjestelmään voi käytännön tasolla olla kiintein ulkopuolinen yhteistyösuhde.

ASPA-säätiön kiinteistötoiminnassa tavoitteena on edistää vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia asua normaalissa kuntalaisen elinympäristössä, tavanomaisten palvelujen keskellä. Säätiö voi hankkia asiakkaille asuntoja yksi kerrallaan, pyrkien ottamaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeet huomioon mahdollisimman joustavasti. Raha-automaattiyhdistyksellä on keskeinen rooli asuntojen hankinnan rahoituksessa.

Vuodesta 2005 lähtien myös Valtion Asuntorahaston (ARA) on voinut myöntää erityisryhmien asunto-olojen parantamiseen tarkoitettuja investointiavustuksia. Keskeisenä erityisryhmien asumispalvelujen järjestäjänä ASPAn kiinteistötoiminta on näin ollen osittain ARA:n rahoittamaa (<http://www.ara.fi/>).

Asumispalvelujen peruskonsepti on ns. hajautetun asumispalvelun malli. Malliin kuuluu asuntoryhmä, jonka yksittäisiä asuntoja sitovat toisiinsa yhteisesti organisoidut palvelut. Ryhmän ns. palveluydin muodostuu erillisestä huoneistosta, joka toimii asiakkaiden yhteistilana sekä henkilökunnan tukikohtana. Periaatteena on, että asuntoryhmä pysyy riittävän pienenä ja rakeisena muun asutuksen joukossa.

ASPA-säätiön kehittämistoiminnan tehtäviin kuuluu mm. valtakunnallisen vammaisasumiseen liittyvä tiedonvälitys, tiedonkeruu ja koulutus. Tämänhetkisessä kehitysvaiheessa keskeinen osa-alue on tietopääoma, jota kertyy ASPAn selvitysprojekteista. Vuosittain karttuva kunnallisten ja seutukunnallisten selvitysprojektien joukko muodostaa

vammaisten asumispalvelujen järjestelyä ja kokemista koskevan tietokeskuksen.

Selvitysprojekteja on tehty koko maan alueella ja huomiota on kiinnitetty myös haja-asutusalueiden asumispalveluihin. Selvitysprojekteissa on kartoitettu asiakaslähtöisesti asumista tukevia palveluja ja niiden pohjalta on tehty kunnille toimenpidesuosituksia.

ASPA Palvelut Oy:n asumispalveluryhmiä

Seuraavassa esitellään lyhyesti niitä ASPA Palvelut Oy:n asumispalveluryhmiä, joiden esimiehiä on vuoden 2005 aikana haastateltu kuntoutuksen ja asumispalvelujen välisestä suhteesta.

Helsinki – Asperger-ihmisten asumispalveluryhmä

Asperger-asumispalveluryhmä tuottaa yksilöllisiä asumista tukevia palveluja aikuisille ihmisille, joilla on Aspergerin oireyhtymä. Asperger-ryhmä aloitti toimintansa vuonna 17.4.2001 ja on toiminut nykyisissä tiloissaan vuodesta 2004 lähtien. Ryhmässä on kymmenen asiakasta ja kolme työntekijää (kesäkuu 2005).

Ryhmä tarjoaa asumiseen liittyviä palveluja yksilö- ja ryhmämuotoisina sekä ASPAn puhelinpäivystyksenä, jossa asiakkailla on tarvittaessa mahdollisuus soittaa päivystävälle ASPAn työntekijälle ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin erillisen sopimuksen mukaan.

Asumista tukevat palvelut ovat monimuotoisia elämänhallintaan liittyviä palveluja: päivittäisissä toiminnoissa, kodinhoidossa, asioimisessa ja vapaa-aikana selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea.

Herttoniemessä Siilitiellä on neljä asiakasta. Asiakkaat asuvat ASPAn YH-Suomelta välivuokraamissa asunnoissa samassa rapussa, jossa sijaitsee yhteistila ja ryhmän työntekijöiden toimisto. ASPA on vuokrannut myös yhteistilan. Siilitien ryhmän asiakkaat saavat tukea ja ohjausta asumiseensa ilta- ja viikonloppupainotteisesti kotikäyntien ja ryhmätoiminnan kautta. Yhteistilassa on mahdollisuus vapaaseen seurusteluun sekä ryhmätoimintaan ja se luo mahdollisuudet asiakkaiden keskinäiselle vertaistuelle ja sosiaalisten tilanteiden harjoittelulle. Asiakkaiden kanssa toteutetaan yhteistä ryhmätoimintaa myös kodin ulkopuolella, esim. matkat, retket, liikunta.

Muut asiakkaat, ns. satelliittiasiakkaat, asuvat eri puolilla Helsinkiä, Espoota ja Vantaata. He saavat työntekijältä tukea ja ohjausta ennalta sovituilla kotikäynneillä ja puhelimitse pääosin arkisin.

Palveluiden toteuttamisesta sovitaan asiakkaan kanssa asumispalvelusopimuksessa. Asumispalvelusopimuksessa sovitaan asiakkaan tarvitsema apu ja sen sisältö hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Asumispalvelusopimusta tarkistetaan määräajoin ja vähintään kerran vuodessa.

Asiakkaat tulevat eri kunnista yksilöllisillä maksusitoumuksilla. Asiakkaaksi voi hakea ottamalla Espoossa ja Vantaalla yhteyttä palveluohjaajaan tai ottamalla suoraan yhteyttä asumispalveluvastaavaan.

Työntekijöitä on vastaavan lisäksi yksi kokopäiväinen ja yksi puolipäiväinen asumispalvelutyöntekijä. Kaikilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuoltoalan koulutus.

Helsingin Koralli – liikuntavammaisten ihmisten asumispalveluryhmä

Korallin ASPA-ryhmä tarjoaa Vammaispalvelulain mukaista yksilöllistä, ympärivuorokautista asumispalvelua asiakkaille, joilla on liikuntavamma. Asumista tukevat palvelut ovat monimuotoisia elämänhallintaan liittyviä palveluja: fyysistä avustamista vuorokauden eri aikoina päivittäisissä toiminnoissa, kodinhoidossa, asioimisessa ja vapaa-aikana sekä selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea. Yhteistila tarjoaa asiakkaille mahdollisuuden vapaaseen seurusteluun ja luo mahdollisuudet asiakkaiden keskinäiselle vertaistuelle. Yhteistilan toiminta toteutetaan asiakkaiden toiveiden ja aloitteiden pohjalta työntekijöiden avustuksella.

Myös kodin ulkopuolelle suuntautuvaa vapaa-ajan viettoa järjestetään asiakkaiden kiinnostuksen mukaan. Toimintaa suunnitellaan yhteisesti asukasilloissa.

Palveluiden toteuttamisesta sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa henkilökohtaisella asumispalvelupalvelusopimuksella, jossa sovitaan hänen tarvitsemansa apu ja sen sisältö. Asumispalvelusopimusta tarkistetaan määräajoin, vähintään kerran vuodessa.

Asiakkaita on yhteensä 12. Helsingin kaupunki ostaa palvelut 11 asiakkaalle ja yksi asiakkaista tulee muualta. Koralliin haetaan ottamalla

yhteyttä oman alueen sosiaalitoimeen tai suoraan ryhmän asumispalveluvastaavaan.

Koralli sijaitsee Vuosaarella lähellä metroasemaa ja kauppakeskus Kolumbusta. Kaikki Korallin asiakkaat asuvat ASPA-säätiön omistamissa kerrostaloasunnoissa. Kymmenen asuntoa sijaitsee samassa rapussa kuin yhteistila, ja kaksi pienen kävelymatkan päässä yhteistilasta.

Työntekijöitä on asumispalveluvastaavan lisäksi 12 asumispalvelutyöntekijää. Kaikilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuoltoalan koulutus.

Helsingin Simpukka – aivovammaisten ihmisten asumispalveluryhmä

Simpukan asumispalveluryhmä tarjoaa vammaispalvelulain mukaista ympärivuorokautista tukea ihmisille, joilla on aivovamma. Aivovamma aiheuttaa toimintakyvyn ongelmia, joiden vuoksi he tarvitsevat sekä fyysistä avustamista että ohjausta päivittäisissä toiminnoissaan, kodinhoidossa, asioimisessa ja vapaa-aikana.

Asiakkailla on vammansa vuoksi muisti- ja hahmotusvaikeuksia, ongelmia kognitiivisissa toiminnoissa ja kommunikoinnissa, sekä käyttäytymisen ja tunne-elämän muutoksia. Ohjauksen ja tuen tarve on runsasta kaikkina vuorokauden aikoina. Osalla asiakkaista on lisäksi liikuntavamma.

Yhteistilassa on mahdollisuus ruokailuun, vapaaseen seurusteluun sekä ryhmätoimintaan. Asiakkaiden kanssa toteutetaan yhteistä ryhmätoimintaa kodin ulkopuolella – esimerkiksi matkat, retket, elokuvat.

Työntekijöiden rooli ryhmätoiminnan järjestämisessä on olennainen. Toimintaa suunnitellaan yhteisesti asukasilloissa. Omaisten osuus asiakkaiden elämässä on suuri ja yhteistyö työntekijöiden kanssa tiivistä.

Palveluiden toteuttamisesta sovitaan asiakkaan kanssa asumispalvelusopimuksessa. Tarvittaessa omainen on mukana sen tekemisessä. Asiakkaan tarvitsema apu ja sen sisältö suunnitellaan hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Sopimusta tarkistetaan määrääjain, vähintään kerran vuodessa.

Asiakkaita on yhdeksän. Helsingin kaupunki ostaa palvelut viidelle, asiakkaista neljä tulee muista kunnista. Palvelun piiriin hakeudutaan kotikunnan sosiaalitoimen kautta tai ottamalla yhteyttä suoraan asumispalveluvastaavaan.

Asiakkaat asuvat Vuosaarella lähellä Vuosaaren metroasemaa ja kauppakeskus Kolumbuksen palveluita. Asiakkaat asuvat ASPAn asunnoissa samassa rapussa, missä sijaitsee myös yhteistila. Yhteistilassa sijaitsee myös työntekijöiden toimisto.

Asumispalveluvastaavan lisäksi ryhmässä on kymmenen asumispalvelutyöntekijää. Kaikilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuoltoalan koulutus.

Joensuun mielenterveyskuntoutujien asumispalveluryhmä

Joensuun asumispalveluryhmä tuottaa yksilöllisiä asumista tukevia palveluja aikuisille mielenterveyskuntoutujille. Palvelut liittyvät monimuotoisesti asumiseen ja elämänhallintaan; ne sisältävät esimerkiksi

avustamista päivittäisissä toimissa kotona ja kodin ulkopuolella asioiden hoidossa, sekä muuta selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea. Palvelukokonaisuus muodostuu kotikäynneistä, puhelintuesta ja arkipäivisin erilaisista ryhmätoiminnoista. Lisäksi asiakkailta on mahdollisuus ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin soittaa päivystävälle ASPAn työntekijälle. Ryhmätoiminta antaa virikkeitä asiakkaan arkeen, tukee asumisen taitojen kehittymistä ja harrastustoimintaa sekä luo mahdollisuuden asiakkaiden keskinäiseen vertaistukeen.

Jokaisen asiakkaan kanssa tehdään asumispalvelusopimus, jossa sovitaan kotikäyntien ja muun tuen määrä ja sisältö hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Sopimus tarkistetaan palvelutarpeen muuttuessa ja vähintään kerran vuodessa.

Asiakkaita on 24 ja he tulevat Joensuusta ja ympäristökunnista kotikunnan antamalla yksilöllisillä maksusitoumuksilla. Asumispalveluryhmään hakeudutaan kotikunnan sosiaalitoimiston, mielenterveys-toimiston tai Paiholan sairaalan kautta, tai ottamalla yhteyttä asumispalveluvastaavaan.

Asiakkaat asuvat omissa kodeissaan eri puolilla kaupunkia ja ympäristökunnissa. Tarvittaessa asiakasta avustetaan asunnon hankkimisessa.

Joensuun ASPA-ryhmä toimii tiiviissä yhteistyössä Kotikartanoyhdistys ry:n kanssa (www.kotikartanoyhdistys.fi). Toimisto- ja ryhmätilat sijaitsevat Kotikartanon tiloissa. ASPAn asiakkailta on mahdollisuus osallistua Kotikartanon työtoimintaan ja tapahtumiin.

Asumispalveluvastaavan lisäksi ryhmässä on kolme asumispalvelutyöntekijää. Kaikilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus.

Kauhajoen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluryhmä

Kauhajoen asumispalveluryhmä tuottaa yksilöllisiä asumista tukevia palveluja mielenterveyskuntoutujille.

Asumisen tukipalvelut ovat monimuotoisia elämänhallintaan liittyviä palveluja, esim. avustamista päivittäisissä toimissa kotona ja asioiden hoidossa sekä selviytymistä edistävää tukea ja ohjausta. Palvelukonaisuus muodostuu kotikäynneistä, puhelintuesta ja ryhmätoiminnasta. Lisäksi asiakkaan on mahdollisuus ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin soittaa ASPAn ympärivuorokautiseen puhelinpäivystykseen.

ASPAn ryhmätoiminta antaa virikkeitä asiakkaan aktiiviseen päivään, tukee asumisen taitojen kehittymistä ja luo mahdollisuuden ryhmän asiakkaiden keskinäiselle vertaistuelle. Ryhmätoimintaa on neljänä päivänä viikossa. Ryhmä tarjoaa myös asumisvalmennusta asiakkaille, jotka tarvitsevat tukea itsenäisen elämän aloitusvaiheessa tai sairaalasta kotiuduttaessa.

Asiakkaat asuvat asunnoissaan ympäri Kauhajokea ja ryhmän yhteis-tila toimistoinen sijaitsee erillisessä omakotitalossa. Asiakkaita on kaksitoista.

Palvelun piiriin hakeudutaan kotikunnan sosiaalitoimiston tai ryhmän asumispalveluvastaavan kautta. Palveluiden edellytyksenä on kunnan

maksusitoumuspäätös. Asiakkaiden palvelukokonaisuus määritellään asiakkaille tehdyn yksilöllisen asumispalvelusopimuksen perusteella.

Asumispalveluvastaavan lisäksi ryhmässä on yksi asumispalvelutyöntekijä. Kaikilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus.

Vantaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluryhmä

Vantaan asumispalveluryhmä tuottaa yksilöllisiä asumista tukevia palveluja sekä asumisvalmennusta vantaalaisille mielenterveyskuntoutujille. Kotikäyntien sisältö ja kontaktien tiheys muodostuvat jokaisen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Kotikäyntien aikana asiakas saa apua ja tukea kodinhoitoon ja voi yhdessä työntekijän kanssa hoitaa kotitöitään. Työntekijä tarjoaa henkilökohtaista ohjausta ja asiointiapua. Ryhmätoimintaa toteutetaan erilaisten retkien ja tapahtumien muodossa asiakkaiden toiveiden mukaan. Iltaisin, öisin ja viikonloppuisin asiakkailta on mahdollisuus soittaa ASPAn puhelinpäivystykseen.

Asiakkaille tehdään yhdessä hänen kanssaan henkilökohtainen asumispalvelusopimus, jossa sovitaan kotikäyntien ja muun tuen määrä ja sisältö yksilöllisten tarpeiden mukaan. Asumisvalmennuksessa (kestoltaan 3-6 kk) tehdään henkilökohtainen asumisvalmennussopimus, jossa asetetaan tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Sopimuksia tarkistetaan palvelutarpeen muuttuessa ja vähintään kerran vuodessa. Asumisvalmennuksessa sopimuksia tarkistetaan määräajoin.

Asiakkaita on 25. Asiakkaaksi voi hakea ottamalla yhteyttä suoraan asumispalveluvastaavaan tai Vantaan sosiaalitoimeen oman alueen

sosiaalityöntekijään. Vantaan kaupunki ostaa ASPAn asumispalvelut yksilöllisillä maksusitoumuksilla.

Asiakkaat asuvat eri puolilla Vantaata joko itsenäisesti omissa asunnoissaan tai kahden hengen ryhmäasunnoissa. Asumisvalmennusasunto on kolmen hengen ryhmäasunto. Tarvittaessa asiakasta avustetaan asunnon hankkimisessa.

Työntekijöitä on vastaavan lisäksi kolme asumispalvelutyöntekijää. Yksi heistä työskentelee pääsääntöisesti asumisvalmennusasunnossa. Vantaan vastaava toimii myös Tuusulan asumispalveluryhmän vastaavana. Kaikilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus.

Liite 2. Asumispalvelujen kohderyhmiä

Seuraavassa esitellään vamman tai sairauden kannalta sekä järjestötoiminnan näkökulmasta luvussa 5 esiin tulleita vamma- ja sairausryhmiä. Lisäksi käsitellään eräitä muita pienempiä, asumispalvelujen kannalta huomioon otettavia ryhmiä.

Liikuntavammaiset ihmiset

Vuosittain noin 100 ihmistä saa maassamme selkäydinvamman, joka aiheuttaa huomattavan liikuntarajoitteen tai muita elintoimintojen häiriöitä. Prosentuaalisesti suurimmat vammautumisen syyt ovat liikenneonnettomuus (42 %) ja putoamistapaturma (37 %). Vammautumisen jälkeisen akuuttivaiheen mentyä ensisijainen vaihtoehto on paluu kotiin, tarvittavien asunnonmuutostöiden jälkeen. Useissa tapauksissa myös henkilökohtaisen avustajan palkkaaminen on kotiinpaluun välttämätön ehto. Riippumatta liikuntavammaisen ihmisen asuinpaikasta (koti, asumispalveluyksikkö, laitos), on tiettyjä päivittäin tarvittavia taitoja harjoitettava. Näitä ovat mm. ruokailu ja ruuanvalmistus, perushygieniaan kuuluvat toiminnot, lukemisen ja kirjoituksen mahdollistavien tekniikoiden käyttö, tarpeenmukaisten ympäristönhallintalaitteiden käyttö. Oma lukunsa ovat apuvälineet ja niiden käytön oppiminen. Toimintakyvyn ylläpitämisessä ja palauttamisessa tarvitaan pitkään sekä ajoittaista laitospäästoa että jatkuvaa avofysioterapiaa. (Palomäki ym. 2001, 254–260).

Invalidiliiton asumispalvelutoiminnan juuret ulottuvat 1950-luvulle. Jo tuolloin ajateltiin, että lievästi vammaisten ihmisten asuminen tulisi järjestää tavallisen asuntotuotannon osana. Liiton varsinainen asumispalvelutoiminta alkoi vuonna 1970. Helsingin Käpylästä tuolloin alkanut palvelutalojen ketju on sittemmin kasvanut koko maan kattavaksi verkostoksi, johon kuuluu 17 palvelutalotyypistä asumispalveluyksikköä.

Invalidihuoltolakiin liitettiin asumispalvelua koskevat säännökset vuonna 1974, jolloin vaikeasti vammaisten ihmisten asumispalveluiden mahdollisuudet paranivat. Vuonna 1984 sosiaalihuoltolain maksuasetus muuttui siten, että osaa kustannuksista ei enää peritty suoraan asukkailta, vaan asumispalvelukustannukset korvattiin kokonaan kunnan varoin. Tärkeä vaihe oli vammaispalvelulain voimaantulo vuonna 1988, erityisesti siksi, että sen myötä vaikeasti vammaisten ihmisten palveluasuminen tuli subjektiivisten oikeuksien piiriin vuonna 1992. Kunta on ollut siitä lähtien velvollinen, budjettivaroistaan tai -vajeistaan riippumatta, järjestämään vaikeavammaiselle kuntalaiselle palveluasumisen hänen sitä tarvitessaan. (Invalidiliitto 2000).

Viimemainittu seikka on johtanut tiukkenevan kuntatalouden myötä siihen, että vaikeavammaisuuden ”statuksen” antaminen kuntalaiselle on tiukemmassa kuin mitä säädösten alkuperäinen henki edellyttäisi. Näin ollen esimerkiksi vaikeasti ja pitkäaikaisesti sairaan mielenterveyskuntoutujan on käytännössä mahdotonta saada vaikeavammaisen subjektiiviseen palveluasumiseen oikeuttavaa asemaa, vaikka vammaispalvelulaki ei sinänsä sulje mielenterveyskuntoutujia pois vaikeavammaisuuden piiristä (vrt. Rätty 2002, 43).

1980-luvun lopulla Invalidiliiton asumispalveluihin alettiin kehittää uutta sisältöä. Tällöin todettiin, että liitolla ei tarvitse välttämättä olla omaa asuntokantaa, vaan se voi tarjota palvelujärjestelmän, joka mahdollistaa vammaisen ihmisen itsenäisen asumisen valitsemassaan asunnossa (Invalidiliitto 2000, 8). Tämä linjanveto ennakoii nyt meneillään olevaa suuntausta, jossa pyritään tarjoamaan asumisen tukipalvelut normaalissa asuntokannassa.

Neurologisia vamma- ja sairausryhmiä

Multippeliskleroosi eli MS-tauti on keskushermostosairaus, jota sairastaa maassamme noin 5000 ihmistä. Vaikka sairaus tunnetaan jo 1800-luvulta lähtien, on tarkka syy yhä tuntematon. MS-tauti alkaa yleensä varhaisessa keski-iässä. Oireet esiintyvät useimmilla potilailla aaltomaisesti – lieväoireiset tai oireettomat vaiheet vuorottelevat oireiden pahenemisvaiheiden kanssa; keskeinen osa hoitoa on näiden vaiheiden lievittäminen lääkehoidon avulla.

Suomen MS-liitto on valtakunnallinen kansanterveys- ja liikuntajärjestö, joka edistää multippeliskleroosin ja etenevien harvinaisten neurologisten sairauksien hoitoa ja tutkimusta. Liitto toimii sairastavien ja heidän omaistensa edunvalvojana, sekä tuottaa erilaisia palveluja heidän elämänlaatunsa kohentamiseksi. Suomen MS-liiton ylläpitämä Maskun neurologinen kuntoutuskeskus on maamme ainoa etenevien neurologisten sairauksien kuntoutukseen ja sopeutumisvalmennukseen perehtynyt yksikkö. Lisäksi liitto järjestää useilla paikkakunnilla avokuntoutuspalveluja, jotka on tarkoitettu vastasairastuneille tai niille, joiden sairaus ei ole kehittynyt vaikeasteiseksi.

MS-taudin käypä hoito -suosituksen²⁴ mukaan potilaan kuntoutusketjuun kuuluvat hyvä ensitieto sairaudesta, riittävä sopeutumisvalmennus, lihashuolto- ja liikuntaneuvonta sekä yksilölliset terapiat ja laitostuotoinen ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus havaittujen tarpeiden mukaisesti. Ulkopuoliselle tarkastelijalle käypä hoito -suosituksen kuntoutusta koskevasta osasta nousee erityisen voimakkaana esiin laaja-alainen ja yksilöllisesti vaihteleva erityisasiantuntemuksen tarve. Asumispalveluja MS-liitto järjestää kahdessa erikoistuneessa palvelukodissa: Pihapihlaja Seinäjoella ja Satakieli Lappeenrannassa tarjoavat mahdollisuuden lyhyt- tai pitkäaikaiseen asumiseen sekä asumisvalmennukseen.

CP-vamma (CP=*engl.* Cerebral Palsy) määritellään kehittyvien aivojen liikkeistä ja asennoista vastaavien keskuksien ja niiden yhteyksien kertavaurioksi, joka on syntynyt raskauden aikana tai varhaislapsuudessa. Kyseessä on oireyhtymä, jonka haitta-aste vaihtelee vähäisistä toiminnan häiriöistä monivammaisuuteen. **Hydrokefalia** on aivojen nestekierron häiriö, jonka seurauksena aivokammiot laajenevat ja aivopaine nousee. **MMC** (*lat.* meningo-myelo-cele) tarkoittaa selkäytimen tai selkäydinkalvojen pullistumista selkänikamien kaarien välistä.

²⁴ Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä hoito -hanke: ks.

<http://www.kaypahoito.fi>. Sivuilla olevat MS-taudin hoito- ja kuntoutussuositukset on päivitetty elokuussa 2006.

Suomen CP-liitto on vuonna 1965 perustettu valtakunnallinen asiantuntija- ja yhteistyöjärjestö, joka toimii CP-, MMC- ja hydrokefalia - vammaisten ihmisten ja heidän läheistensä etujärjestönä. Keskeisiä toiminta-alueita ovat mm. kuntoutus- ja palvelutoiminta sekä asumisen tukipalvelut.

Liitto järjestää muun muassa sopeutumisvalmennuskursseja. Kurssien tavoitteena on lisätä sosiaalista toimintakykyä, sekä tukea ja edistää vammaisten ihmisten yhdenvertaisia mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnan ja yhteisönsä toimintaan. Asiantuntija-avun lisäksi on tärkeää kurssilaisten toisilleen antama tuki, tiedon ja kokemusten vaihto. Vertaisryhmissä on mahdollisuus pohtia samantapaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa vammaisuuteen, arjessa selviytymiseen ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita.

Parkinsonin tauti on parantumaton, etenevä neurologinen sairaus, jonka oireet saadaan nykylläkityksen avulla usein varsin hyvin hallintaan. Oireita ovat mm. lepo vapina ja liikkeiden hitaus. Tauti johtuu tiettyjen liikesäätelyyn osallistuvien hermosolujen tuhoutumisesta aivoissa. Solujen vähittäistä tuhoutumista tapahtuu normaalissakin vanhenemisessa, Parkinsonin taudissa tuhoutuminen alkaa aikaisemmin ja on voimakkaampaa.

Parkinsonin tautia sairastavien kohdalla lääkinnällinen kuntoutus on keskeisessä asemassa. Sitä järjestävät ja kustantavat kunnallinen terveydenhuolto sekä kansaneläkelaitos. Käytännössä terveyskeskukset ja sairaalat voivat järjestää kuntoutusta omana toimintanaan tai maksusitoumuksella yksityisiltä palveluntuottajilta. Alle 65-vuotiailla vaikeavammaisilla Parkinsonin tautia sairastavilla lääkinnällisen kun-

toutuksen järjestämisvastuu on Kansaneläkelaitoksella. (Virtanen 2004).

Suomen Parkinson-liitto edistää toiminnallaan Parkinsonin tautiin, dystoniaan, Huntingtonin tautiin ja muihin liikesairauksiin sairastuneiden hoitoa ja kuntoutusta. Liiton toiminnan tavoitteena on auttaa sairastuneita ja heidän omaisiaan elämään mahdollisimman täysipainoista elämää²⁵.

Epilepsia on monimuotoinen neurologinen pitkäaikaissairaus. Lääkehoidon ohella epilepsiaa sairastava tarvitsee usein koulutuksellista, ammatillista ja sosiaalista tukea. Epilepsialiitto tarjoaa epilepsiaa sairastavalle ja hänen läheisilleen tietoa ja tukea epilepsian kanssa elämiseen. Liitto toimii sen puolesta, että hyvä hoito ja tarvittavat tukipalvelut olisivat kaikkien saatavilla, ihmisillä olisi epilepsiasta oikeat tiedot ja että sairauteen suhtauduttaisiin asiallisesti ja avoimesti²⁶.

Niistä potilaista, joilla on epilepsian ohella jokin muu pitkäaikaissairaus tai vamma, vajaa kolmannes tarvitsee toisen apua kaikissa taloudenhoitoon ja asiointiin liittyvissä askareissa. Pelkkää vaikeaa epilepsiaa sairastavista kaikkiin arkitoimintoihin tarvitsi apua saman tutkimuksen mukaan yhdeksän prosenttia vastaajista. Liikuntaesteisyys kuitenkin lisää palveluntarvetta heidänkin kohdallaan. (Hiltunen & Kälviäinen 2002, 76–78).

²⁵ Suomen Parkinson-liitto ry: <http://www.parkinson.fi>

²⁶ Epilepsialiitto: <http://www.epilepsia.fi>

Epilepsiapotilas tarvitsee tietoa mm. hoitotoimista ja siitä, kuinka ne vaikuttavat hänen elämäänsä. Paavo Rissasen (2001) mukaan on melko tyypillistä, että tiedon antaminen jää monesti vuosienkin päähän diagnoosin tekemisestä ja hoidon aloittamisesta. Siihen mennessä psykososiaaliset ongelmat ovat usein tulleet keskeisiksi ongelmien lähteiksi.

Hankalasti autettavissa ja rajattavissa olevien psykososiaalisten ongelmien syntymistä voidaan epäilemättä ehkäistä riittävän ajoissa annetulla asiatiedolla. Siksi kaikkien ammattiauttajien, niin asumispalveluissa kuin muuallakin, keskeinen velvollisuus on alkuvaiheessa – ensimmäisinä kuukausina tai vuosina, vammasta tai sairaudesta riippuen – relevantin asiatiedon välittäminen asiakkaalle.

Aarne Ylisen mukaan juuri Epilepsialiitto on ansioitunut maassamme kuntoutumiskurssien järjestäjänä. Ohjauksen ja tiedon lisäksi toisten sairastuneiden kautta tuleva vertaistuki on keskeisessä asemassa. (Ylinen 2004, 18). Epilepsiaa sairastavan kuntoutussuunnitelma on monitahoinen. Siihen voi sisältyä mm. neuropsykologista kuntoutusta, toiminta- ja fysioterapiala, työ- ja toimintakyvyn arviointia, koulutuskokeiluja, uudelleen koulutusta, laituskuntoutusta, sosiaaliturvaan liittyviä palveluja sekä sopeutumisvalmennusta (Väyrynen 2004, 24).

Sopivan asumisen järjestäminen näyttää monen epilepsiaa sairastavan kohdalla nousevan suurimmaksi arkiselviytymisen haasteeksi. Asumisolosuhteet, niihin liittyvine riittävine tai riittämättömine palve-

luineen voivat kantaa tai kaataa esim. PME:aa²⁷ sairastavan arjen. Palvelut voivat käytännön tasolla olla riittäviä, mutta psykososiaalinen tuki ontuu. Asukas saattaa jäädä yksin siitä syystä että asuu palvelutalossa itselleen vieraan viiter ryhmän kanssa. Kuntoutumisen monita hoisen haasteen edessä ovat myös vaikeaa epilepsiaa sairastavat. Hyvienkin suunnitelmien toteutus voi Väyrysen mukaan juuttua siihen, että kaikki yhteistyökumppanit eivät ymmärrä epilepsian monimuotoisuudesta johtuvaa avun tarvetta. Puutteet kokonaisvaltaisesti toimintakykyä tukevan, sairausryhmän erityistarpeet huomioon ottavassa palvelun toteuttamisessa voivat heikentää tai jopa kaataa hyvänkin suunnitelman. (Väyrynen 2004).

Epilepsiapotilaiden ammatillisen avun tarvetta luonnehtii monimuotoisuus – toisaalta perustason asumis- ynnä muiden palvelujen, ja toisaalta itse sairauteen liittyvän erikoisosaamisen tarve. Tilanne on samantapainen kaikissa edellä käsitellyissä neurologisissa sairausryhmissä. Yksitellen katsottuna kyse on kunkin sairauden kohdalla suhteellisen pienestä ihmisryhmästä, mutta yhteenlaskettuna tässä luvussa tarkastellut ryhmät muodostavat suhteellisen suuren joukon, jonka kohdalla niin tukitoimien järjestämisessä kuin edunvalvonnanakin on saavutettavissa etua liittoutumalla.

²⁷ PME (epilepsia myoclonica progressiva) –myoklonusepilepsia. Sairaus johtuu suomalaiseseen tautiperintöön kuuluvasta geenivirheestä. Etenevät, yksilöllisesti vaihtelevat oireet alkavat 6-15 vuoden iässä, jota ennen kehitys on normaalia. PME-sairaus on Suomessa vain noin 160 henkilöllä.

Kehitysvammaiset ihmiset

Kehitysvammaisten ihmisten asioita ajavissa suomenkielisissä järjestöissä on hieman samantapainen työnjako kuin mielenterveyspuolella. Kehitysvammaisten ihmisten ja heidän läheistensä hallinnointiin perustuu Kehitysvammaisten Tukiliitto (vrt. Mielenterveyden keskusliitto), ja koulutusta sekä tutkimusta tuottaa asiantuntijaorganisaatio Kehitysvammaliitto (vrt. Suomen Mielenterveysseura). Kehitysvamma-alan etujärjestöjen tehtävänä on olla ajamassa kehitysvammaisille ihmisille tasavertaista asemaa muiden vamma ryhmien joukossa. Kehitysvammaisten erityishuolto perustuu edelleen, viimeisenä pohjoismaana ns. keskuslaitosjärjestelmään, jossa suuret laitokset muodostavat kehitysvamma palvelujen ytimen. Järjestelmän uudistaminen on etujärjestötyön keskeinen tavoite (Suni 2004).

FDUV (Förbundet De Utvecklingsstördas Väl) on Suomen ruotsinkielisten kehitysvammaisten etujärjestö, joka jonka erityistavoitteena on huolehtia siitä, että suomenruotsalaiset saavat tukea ja palveluja omalla äidinkielellään. FDUV:n alueelliset yhdistykset haluavat pitää esillä sitä, että ruotsia äidinkielenään puhuvilla on samat palveluja ynnä muuta koskevat perustuslailliset oikeudet kuin muillakin Suomen kansalaisilla.

Kehitysvammaisten Tukiliiton edeltäjä Vajaamielisten Tukiyhdistysten Liitto perustettiin vuonna 1961. Ensimmäiset aloitteet liiton perustamiseksi oli tehty jo 1940-luvulla. Kehitysvammaisten Tukiliitto rekisteröitiin järjestön uudeksi nimeksi vuonna 1982. 1990-luvulla ajattelun painopiste alkoi siirtyä kehitysvammaiseen ihmiseen itseensä, hänen

mahdollisuuksiinsa itse vaikuttaa elämäänsä ja ajaa asioitaan. Organisaation tai työntekijän toteuttamaa, tämän suuntaista toimintaa ollaan totuttu kutsumaan kohderyhmän voimaannuttamiseksi. Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Kumppanuusprojekti tuki tätä prosessia ja sen seurauksena perustettiin *Me Itse* -yhdistys vuonna 1999. EU:ssa on 90-luvulta lähtien virinnyt paljon yhteistyötä eri maiden vastaavien järjestöjen kanssa.

2000-luvun alussa laman vaikutukset näkyvät edelleen ja kuntien talous on tiukalla. Kehitysvammaisten Tukiliitto haluaa toimia etenkin alueellisten eriarvoisuuksien tasoittamiseksi. Työhön liittyvät asiat ovat niin ikään tärkeitä, samoin kehitysvammaisten ihmisten koulutusmahdollisuuksiin vaikuttaminen.

Kehitysvammaisten Tukiliitto perusti **Kehitysvammaisten Palvelusäätiön** vuonna 1992. Kehitysvammaisten Palvelusäätiö on omaisjärjestötaustainen valtakunnallinen palveluntuottaja, joka palveluillaan auttaa ja tukee kehitysvammaisia ihmisiä ja heidän perheitään. Säätiön palvelukodit tarjoavat kodin lisäksi asukkailleen päivätoimintaa sekä tilapäispaikkoja ynnä muita palveluja palvelukotien lähiseudulle.

Palvelusäätiön muuttovalmennus lapsuudenkodista muuttaville nuorille aikuisille tarjoaa tukea aikuisuuteen ja valmistautumisapua tulevaan elämänmuutokseen. Muuttovalmennusta voidaan toteuttaa sekä omaan uuteen kotiin että asuntolaan muutettaessa. Muun ohella valmennuksessa käydään läpi mahdolliset sairauksiin tai vammoihin liittyvät avun ja apuvälineiden tarve. Mikäli jokin sairaus tai vamma vaatii kuntoutuksellisia toimenpiteitä, nekin mitä ilmeisimmin tulevat muuttovalmennuksen yhteydessä tarkasteltaviksi, osana kokonaisuutta. Asumispalveluyksikköön muuttavan kannalta on tärkeää, että yksikön

henkilökunta on selvillä, millaista ohjauksen tai avustamisen tarvetta muiden tahojen kuntoutuksellinen tai muu työ aiheuttaa asumispalvelun arjessa.

Kehitysvammaliitto pyrkii vaikuttamaan kehitysvammaisten ihmisten olosuhteisiin tutkimuksen, koulutus- ja kehittämistoiminnan, tiedotuksen ja materiaalityönteollisuuden avulla. Yhdessä asiakkaidensa (muun muassa kuntien) kanssa Kehitysvammaliitto kehittää uusia toimintatapoja, tuotteita ja palveluja. Liitto on määritelmänsä mukaan tietotaitokeskus, yhteiskunnallinen vaikuttaja ja yhteistyöfoorumi. Sen toiminta perustuu tutkimustietoon ja arjen kehitysvammatyön tuntemukseen. Liiton toiminta tähtää, inkluusioperiaatteen mukaisesti, ihmisarvoa korostavaan ja suvaitsevaiseen yhteiskuntaan, jossa jokainen saa tarvitsemansa palvelut omassa elinympäristössään.

Aivovammaiset ihmiset

Palvelujärjestelmässä on aivovammaisten ihmisten kohdalla havaittu puutteita erityisesti asumispalveluissa, päivätoiminnassa sekä ohjaus- ja neuvontapalveluissa. Palveluita on toisaalta puuttunut kokonaan, toisaalta olemassa olevien palvelujen on koettu olevan sisällöltään sopimattomia. Tälle ryhmälle tarkoitettujen kuntoutuspalvelujen kehittäminen on tavallista haastavampaa, koska aivovamman aiheuttamat oireet ovat niin moninaisia (Puolakanaho 1998).

Aivovamman lääketieteellinen hoito ja seuranta, sekä siihen liittyvä lääkinnällinen kuntoutus, ovat usein pysyvästi keskeisellä sijalla aivovammaisen asumispalveluasiakkaan arjessa. Lääkäri on asumispalveluyksikön yhteistyötahona keskeisempi kuin monessa muussa vamma ryhmässä. Asumispalveluiden yhtenä osa-alueena on päivit-

täinen lääkehoidon vaikutusten seuranta ja raportointi erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan lääkitykseen tehdään muutoksia. (Pärssinen 2005).

Aivovamman tavallinen synty tapa on liikenne- tai muu onnettomuus. Vammautumisen jälkeinen sopeutumisvalmennus tapahtuu sairaalajakson aikana, ennen asumispalveluyksikön asiakkaaksi tuloa. Kansaneläkelaitoksen järjestämä sopeutumisvalmennus on näin ollen joutunut ohjaksi siinä vaiheessa, kun asiakas tulee asumispalveluryhmään.

Kuntoutus toimintajärjestelmänä on aivovammaisten asumispalveluasiakkaiden ryhmässä tutumpi muutenkin kuin yllä mainitun lääkäriyhteistyön kautta. Asiakkaat käyvät Kelan lääkinnällisenä kuntoutuksena järjestämällä kuntoutusjaksoilla säännöllisin väliajoin, esimerkiksi kerran vuodessa. He käyvät jatkuvasti myös muissa kelan myöntämässä kuntoutuksissa kuten fysioterapiassa. Kuntoutusjaksoja järjestävät muun muassa Invalidiliiton Lahden ja Käpylän kuntoutuskeskukset sekä Haagan neurologinen tutkimuskeskus. Kuntoutusjaksojen loppupalavereissa asumispalvelutyöntekijät saavat kuntoutuksen asiantuntijoilta neuvontaa ja ohjeita siitä, mitä asioita asiakkaan päivittäisessä avustamisessa, tuessa tai ohjauksessa on otettava huomioon lääkinnällisen kuntoutuksen tulosten säilyttämiseksi.

Kuntoutuksen ja asumispalvelun välinen käsitteellinen rajanveto näyttää olevan helpompaa aivovammaisten asiakkaiden asumispalveluyksikössä kuin monessa muussa. Kuntoutuskäsite liittyy säännöllisten laitospalvelujaksojen yms. kautta suuremmin Kelan käsitteistöön ja lääkinnälliseen kuntoutukseen. Toisaalta myös aivovammaisten ihmisten asumispalveluissa on kuntoutuksen ja asumispalvelun rajanveto koettu epäselvänä. Mutta kuntoutuksen ja asumispalvelun väli-

seen rajanvetoon tuntuu siis olevan tässä kohdin enemmän mahdollisuuksia kuin monissa muissa asumispalveluiden asiakasryhmissä.²⁸

Aspergerin oireyhtymä

Aspergerin oireyhtymä on itävaltalaisen lastenlääkärin Hans Aspergerin vuonna 1944 julkaiseman artikkelin mukaan nimetty, aivojen neurologisista häiriöistä johtuva oirekokonaisuus. Laajempaan tietoisuuteen se on tullut 1980-luvun alkupuolelta lähtien. Diagnostisen historian lyhyden ja oireiden laaja-alaisuuden vuoksi ei Aspergerin oireyhtymälle ole löydettävissä vakiintunutta määritelmää. Yksi keskeisistä piirteistä on kykenemättömyys asettaa ulkoisia ärsykeitä tärkeysjärjestykseen, ja siitä johtuva sosiaalisten taitojen vajavaisuus. Asumis- ja muissa tukipalveluissa viimeksi mainittu piirre asettaa erityisiä vaatimuksia ryhmätoiminnan järjestämiselle ja kodin ulkopuolisten asioiden hoitamiselle. Erityistä huomiota on kiinnitettävä häiritsevien tekijöiden minimointiin. ”Häiritsevät tekijät” on huomattavasti laajempi käsite asperger-ihmisellä kuin muilla.²⁹

Ympäristön hahmottamisen ja hallinnan sekä ihmissuhteiden ongelmat ovat asperger-ihmisten kohdalla alkusyiltään *neurologisia*, eivät psykologisia – toisin sanoen ongelmat eivät alkuaan ole peräisin häiriintyneistä vuorovaikutussuhteista, vaan somaattisista (so. neurologisista) tekijöistä. Mielenterveysalan koulutuksen saaneen asumispal-

²⁸ Haastattelu: asumispalveluvastaava Lauri Pärssinen, 11.1.2005.

²⁹ Haastattelu: asumispalveluvastaava Mari Nikkola ja asumispalvelutyöntekijä Pirkko Asuntay, 28.6.2005

velutyöntekijän haasteena on kyetä tarvittavassa määrin ”unohtamaan” psykodynaaminen lähestymistapa, jota esimerkiksi skitsofreniapotilaiden ja -asiakkaiden kanssa noudatetaan. Esimerkiksi ryhmässä toimimisen vuorovaikutustaitoja ei ehkä ole mahdollista olennaisesti parantaa ohjattuihin ryhmiin osallistumisella. Aspergeri ihmisellä viimekätisenä toimimisen vaikeuden syynä on fyysinen – eli neurologisperäinen – kykenemättömyys jäsentää monimutkaisia tilanteita ja panna tärkeysjärjestykseen yhtäaikaan havaittavia ärsykejä.

Aspergerin oireyhtymä on laaja-alainen ilmiö; asumisen tukitoimissa huomioon otettavia tekijöitä on useita yllä mainittujen lisäksi. Tarkempaan selvitykseen ei tässä ole mahdollista syventyä. Erinomaisen yhteenvedon tarjoaa ruotsalaisen lapsi- ja nuorisopsykiatrian professorin Christopher Gillbergin joitakin vuosia sitten suomennettu teos (Gillberg 1999).

Kuurot ja viittomakieliset ihmiset

Kuurojen ja viittomakielisten ihmisten kohdalla asumis- ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä on erityispiirteitä, jotka asettavat omat haasteensa muun muassa työntekijöiden valinnalle. Kuurojen elämä ja kulttuuri perustuvat näön varassa elämiseen ja visuaalisen kielen (viittomakielen) käyttöön. Kuurot eivät määrittele itseään vammaisiksi vaan kielellis-kulttuuriseksi ryhmäksi, jolla on omat perinteensä ja kulttuurinsa (ks. Kuurojen Liiton www-sivut, <http://www.kl-deaf.fi/>). Näin ollen kuurous sinänsä ei ole asia, joka aiheuttaisi asumis- tai muun vammaispalvelun saatikka kuntoutuksen tarvetta. Toisaalta esimerkiksi mielenterveyspalvelujen tulisi olla kuurojen ja muiden aistivammaisten ulottuvilla siinä missä muidenkin.

Kuurojen Liitto tuottaa asiantuntija- ja muita palveluita kaiken ikäisille viittomakielisille, viittomakieltä ja viittomakommunikaatiota käyttäville tai niitä tarvitseville. Liiton kehittämishankkeissa syntyvät tuotteet ja palvelut suunnitellaan mahdollisimman pitkälle “Design for All“-periaatteella toimiviksi. Kuurojen Palvelusäätiö puolestaan tuottaa kuuroille ja kuurosokeille vammaispalvelulain mukaista palveluasumista ja sosiaali- ja terveystalvija. Mielenterveyspalvelujen osalta voi mainita säätiön palvelukeskus Ainolan Helsingissä, joka tuottaa viittomakielistä palveluasumista kuuroille mielenterveyskuntoutujille.

Säätiö toteuttaa erilaisia kehittämishankkeita. Esimerkiksi Passi-projekti selvittää pitkäaikaissairaiden kuurojen ja kuurosokeiden sopeutumisvalmennustarvetta ja tuottaa sopeutumisvalmennusta pitkäaikaissairaille asiakkaille. Sopeutumisvalmennuskurssit toteutetaan yhdessä sairauksiin perehtyneiden potilasjärjestöjen kanssa.

Lähteet

Achté, Kalle; Alanen, Yrjö; Tienari, Pekka (toim.) 1990: *Psykiatria 1*. 6. uudistettu laitos. WSOY 1990.

EFQM 2003a: *EFQM Excellence Model*. Suomenkielinen käännös.

Grönroos, Christian 2001: *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. WSOY. Helsinki.

Gillberg, Christopher 1999: *Nörtti, nero vai normaali? Aspergerin oireyhtymä lapsilla, nuorilla ja aikuisilla*. Suom. Soili Remonen. Atena Kustannus.

Hiltunen, Nina & Kälviäinen, Reetta 2002: *Vaikeat epilepsiat. Tutkimus vaikeita epilepsioita sairastavista sekä heidän hoito-, tuki- ja palvelutilanteestaan Suomessa*. Julkaisuja 1/2002. Epilepsialiitto.

Hintsala, Susanna; Nummelin, Tua; Matikka, Leena M. 2004: *Laatusuosituksista arviointiin. Hyvät käytännöt ja vammaisten asumispalvelujen laatusuositukset –projektin loppuraportti*. Kotunet –julkaisuja 3. Kehitysvammaliitto.

Hynynen, Raija (toim.) 2005: *Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista*. Suomen ympäristö 745. Ympäristöministeriö.

Invalidiliitto 2000: *Asu hyvin. Invalidiliiton asumispalvelua 30 vuotta*. Invalidiliitto.

Isohanni, Matti 1983: *Uudistuva psykiatrinen sairaala*. WSOY.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004: *Kuntoutuksen perusteet*. WSOY.

Kallanranta, Tapani; Rissanen, Paavo; Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2001: *Kuntoutus*. Duodecim. Helsinki.

Kallio, Anu & Lähteenmäki, Liisa 2004: *Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakasohjaus ja tuotteistus*. Hankkeen loppuraportti / mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut -hanke, Tampereen kaupunki ja Valkeakosken seutu. Sosiaalikehitys Oy.

Karjalainen, Vappu 2004: "Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten?" Teoksessa Karjalainen & Vilkkumaa 2004, s. 11–25.

Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2004: *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes.

Kempainen, Erkki 2004: "Kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja oikeusluonne". Teoksessa Karjalainen & Vilkkumaa 2004, s. 71–79.

Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Vuori-Kemilä, Anne 2002; Ihalainen, Jarmo: *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. WSOY. Helsinki.

Koskisuu, Jari 2004: *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Edita. Helsinki.

Laing, R. D. 1967 [1971]; *Kokemisen politiikka ja Paratiisin lintu*. Suom. Kirsti Simonsuuri. Otava. 1971.

Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu 2000: "Mielenterveyspalvelut". Teoksessa Uusitalo, Parpo, Hakkarainen (toim.): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakesin raportteja 250.

Lehtonen, Hannele 2006: *Keinot käyttöön arjen areenoilla. Kuvaus verkostohankkeen toteutuksesta. Käsikirja vertaisryhmän ohjaajalle ja kehittämistoiminnasta vastaavalle*. Suomen Mielenveysseura.

Lindqvist, Martti 1990. *Auttajan varjo. Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa*. Otava.

Lyyra, Tapani 2001: *Arvon mekin ansaitsemme. Kuntoutustarinat ja lainsäädäntö*. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry.

Manelius, Terttu 2003: "Kuntoutuslainsäädäntö uudistuu ensi vuonna". *IT-Lehti* 9/2003.

Murto, Lasse 2003: "Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajina". Teoksessa Niemelä & Dufva 2003, s. 64–85.

Mönkkönen, Kaarina 2002: "Dialoginen työote. Vastaaminen, valta ja vastuu vuorovaikutussuhteessa." *Kuntoutus* 4/2002, s. 36–54.

Niemelä, Jorma 2003: "Järjestöt ajan hengen uudistajina". Teoksessa Niemelä & Dufva, s. 108–131.

Niemelä, Jorma & Dufva, Virpi (toim.) 2003: *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhanella*. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Nouko-Juvonen, Susanna 2001: "Turva-asumisprojektin tavoite: Kuntoutusohjaus osaksi mielenveyskuntoutusta". *Kuntoutus* 1/2001, s. 43–48.

Nylund, Marianne 2000: "Oma-apuryhmät ja vapaaehtoistyöntekijät Suomessa". *Kuntoutus* 4/2000, s. 55–59.

Paasu, Jaana 2005: "Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen ja asumista tukevat palvelut pääkaupunkiseudulla ja Lohjalla". Teoksessa Hynynen (toim.) 2005, s. 27–52.

Paatero, Heidi; Kivekäs, Jukka; Vilkkumaa, Ilpo 2001: "Kuntoutusjärjestelmä". Teoksessa *Kuntoutus*. Duodecim. Helsinki. s. 109–126.

Palomäki, Heikki; Koskinen, Sanna; Dahlberg, Antti; Alaranta, Hannu 2001: "Keskushermoston vammat". Teoksessa *Kuntoutus*. Duodecim, Helsinki, s. 243–269.

Pietiläinen, Erja & Seppälä, Heikki 2003: *Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa*. Kehitysvammaliitto.

Piirainen, Keijo 1999: "Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus?" *Kuntoutus* 4/1999, s. 3–12.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (toim.) 2005: *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Stakes.

Poteri, Riitta 2001: "Sosiaali- ja terveysjärjestöt kuntouttajina". Teoksessa Kallanranta ym. 2001, s. 547–557.

Puolakanaho, Harriet 1998: "Keskustelua aivovammaisten palveluista tarvitaan". *Kuntoutus* 4/1998, s. 24–30.

RAY 2002: *RAY:n avustustoiminnan suuntaviivat ja painoalueet. Avustusstrategia 2002–2007*. Verkkojulkaisu (pdf):
http://www.ray.fi/avustustoiminta/hakeminen/pdf_hakuohjeet/RAY_avustusstrategia2002_2007.pdf

Rifkin, Jeremy 1997: *Työn loppu*. Suom. Ritva Liljamo. WSOY. Juva.

Riikonen, Eero ja Järvikoski, Aila 2001: ”Mielenterveysongelmat. Teoksessa *Kuntoutus*, Duodecim. Helsinki. s. 161–172.

Rissanen, Paavo 2001: ”Hoito- ja kuntoutussuunnitelma”. Teoksessa *Kuntoutus*, Duodecim. Helsinki. s. 501–509.

Räty, Tapio 1997: ”Mielenterveyspotilaiden oikeudesta sosiaalipalveluihin ja eräisiin tukitoimiin”. Teoksessa Taipale (toim.) 1997, s. 10–36.

Räty, Tapio 2002: *Vammaispalvelut. Vammaispalvelujen soveltamiskäytäntö*. Kynnys ry.

Salmi, Vesa 2003: *Arvokasta asumispalvelun arkea*. Laatuprojekti 2001–2002. Loppuraportti. Asumispalvelusäätiö ASPA.

Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalarformit Italiassa ja Suomessa*. Vastapaino.

Salokorpi, Hannu 1998: ”Kenet kolmas sektori työllistää?” *Kuntoutus* 2/1999, s. 34–38.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 8/2002, koskien Valtioneuvoston kuntoutusselontekoa 2002.

Stakes & Kuntaliitto 1997: *Kuntoutuspalveluluokitus. Opas luokituksen käyttöön*. Ohjeita ja luokituksia 1997:1.

Stakes 2006: *Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006*. Julkaisuja 2006:4.

STM 2001: *Mielenterveyspalvelujen laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9.

STM 2001b: *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4.

STM 2003: *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20.

STM 2003b: *Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4.

STM & Kuntaliitto 2003: *Vammaispalvelut kunnissa. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien asiakkaat ja kustannukset kunnissa 2001*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.

Suni, Tapio 2004: "Asumispalveluiden toiveita ja todellisuutta". Kehitysvammaisten Palvelusäätiön vuosikirja 2004.

Suominen, Sauli (toim.) 2004. *Palveluohjaus. Raportti 2002–2004*. Omaiset Mielenterveystyön Tukena Uudenmaan Yhdistys ry.6

Taipale, Ilkka (toim.) 1997: *Mielen sairaa samalle viivalle. Vammaisetteuksien soveltaminen*. Mielenterveyden Keskusliitto.

Talo, Seija 2002: "Moniammatillisuus kuntoutuksessa". *Kuntoutus* 3/2002, s. 32–38.

Upanne, Maila 2004: "Laatua mielenterveyspalveluiden kehittämiseen". *Laatupala* 1/2004, s. 20–22.

Valkonen, Jukka: "Mistä puhutaan, kun puhutaan kuntoutuksesta?" *Kuntoutus* 1/2002, s. 3–20.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002. (ks. esim. www.vn.fi, www.eduskunta.fi)

Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta, 1998. (ks. esim. www.vn.fi, www.eduskunta.fi)

Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutusjärjestelmän kehittämisestä, 1994. (kopio: www.stakes.fi/palvelut/mielenterveys/me/toimijoita/kuntoutu.html)

Viitanen, Elina & Piirainen, Arja 2000: ”Järjestö kuntoutuspalveluiden tuottajana. Asiakaslähtöisen avopalvelutoiminnan arviointia palvelujen käyttäjän kokemana.” *Kuntoutus* 1/2000, s. 3–12.

Vilkkumaa, Ilpo 2004: ”Mihin sopeutumisvalmennus perustuu?” *Epilepsialehti* 6/2004, s. 14–15.

Virtanen, Tanja 2004: *Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa*. Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa – projekti 2001–2004. Suomen Parkinson-liitto ry.

Välimäki, Maritta; Holopainen, Arja; Jokinen, Maija 2000: *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. WSOY.

Wiman, Ronald 2004: ”Kumpaa pitäisi kuntouttaa – ihmistä vai yhteiskuntaa?” Teoksessa Karjalainen & Vilkkumaa 2004, s. 71–79.

Wittgenstein, Ludwig 1980 [1953]: *Filosofisia tutkimuksia*. Suom. Heikki Nyman. WSOY.

Ylinen, Aarne 2004: ”Kuntoutuja tarvitsee neuvontaa, ohjausta, tietoa”. *Epilepsialehti* 6/2004, s. 18–19.

Kuntoutuksen ja asumispalvelujen suhteeseen liittyvää lainsäädäntöä:

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen liitteessä (STM 2003b, 46–48) käydään luettelonomaisesti läpi asumispalveluja koskevaa lainsäädäntöä. Ensimmäisenä ja tärkeimpänä mainitaan

Suomen Perustuslaki (19.3§). Keskeisiä muita lakeja ovat Sosiaali-
huoltolaki (710/1982), Vammaispalvelulaki (380/1987), sekä Laki ke-
hitysvammaisen erityishuollosta (988/1977).

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Kuntalaki 17.3.1995/365

Kotikuntalaki 11.3.1994/201

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

22.9.2000/812

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoi-
mista 3.4.1987/380

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tuki-
toimista 18.9.1987/759

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977

Asetus kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 9.8.1996/603

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Hallintomenettelylaki 6.8.1982/598

Laki tiedoksiannosta hallintoasioissa 15.4.1966/232

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999

Asetus viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallin-
tatavasta 21.11.1999/1030

Henkilötietolaki 2 2.4.1999/523

Maankäyttö- ja rakennuslaki 5.2.1999/13

Haastattelut:

(työnimikkeet ja –paikat merkitty haastatteluhetken tilanteen mukaan)

Pärssinen, Lauri, asumispalveluvastaava, ASPAn aivovammaisten asiakkaiden asumispalveluryhmä Simpukka Helsingissä. Haastattelu 11.1.05.

Räsänen, Sirpa, asumispalveluvastaava. ASPAn liikuntavammaisten asiakkaiden asumispalveluryhmä Koralli Helsingissä. 25.1.05

Korhonen Raija, asumispalveluvastaava, ASPAn mielenterveyskuntoutujien asumispalveluryhmä, Joensuu. 4.4.05

Nisula Terhi, asumispalveluvastaava, ASPAn mielenterveyskuntoutujien asumispalveluryhmä, Kauhajoki. 20.1.05,

Haataja, Petra, asumispalveluvastaava, ASPAn mielenterveyskuntoutujien ryhmät Järvenpäässä, Tuusulassa ja Vantaalla. 26.4.05

Mansikkamäki, Raija, ASPAn asumispalvelupäällikkö, 30.3.05

Nikkola, Mari & Asuntay, Pirkko 28.6.05 / Asperger-ryhmä

Julkaisemattomat lähteet:

Hänninen, Kaija 2006: Miksi palveluohjausta kehitetään juuri nyt? Puheenvuoro Palveluohjaus vanhustyössä –työkokouksessa, Joutseno 19.5.06

Suominen, Sauli 2006: Puheenvuoro Palveluohjaus vanhustyössä –työkokouksessa, Joutseno 19.5.06



**ASUMISPALVELUSÄÄTIÖ ASPA
BOENDESERVICESTIFTELSEN ASPA**

Viljatie 4 A, 00700 HELSINKI
p. (09) 3478 430 fax (09) 3478 4360
www.aspa.fi

ISBN 952-5680-04-5
ISSN 1796-6795

**ASPA-julkaisuja 2
2006**