

Asumista ja arjen tukea

**Esimerkkejä mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisusta
muutamassa maassa**

Sinikka Törmä, Kari Huotari, Kati Tuokkola ja Jarmo Nieminen



Asumista ja arjen tukea

**Esimerkkejä mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisuista
muutamassa maassa**

Sinikka Törmä, Kari Huotari, Kati Tuokkola ja Jarmo Nieminen



Ympäristöministeriö
Miljöministeriet
Ministry of the Environment

YMPÄRISTÖMINISTERIÖN RAPORTTEJA 17 | 2013
Ympäristöministeriö
Rakennetun ympäristön osasto

Taitto: Marianne Laune
Kansikuva: Jouko Lehmuskallio/YHA kuvapankki

Julkaisu on saatavana vain internetistä:
www.ym.fi/julkaisut

Helsinki 2013

ISBN 978-952-11-4178-2 (PDF)
ISSN 1796-170X (verkkokj.)

ESIPUHE

Maassamme on kehitetty mielenterveyskuntoutujien asumista valtakunnan tasolla viime vuosina ja tämä jatkuu edelleen. Valtioneuvoston asuntopoliittisessa toimenpideohjelmassa vuosille 2012–2015 todetaan, että mielenterveyskuntoutujien ja päihdeongelmaisten asumista kehitetään osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeita sekä osana kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa 2009–2015. Lisäksi tuetaan mielenterveyskuntoutujien asumishankkeiden käynnistymistä sekä uudisrakentamis- ja peruskorjaamishankkeita.

Mielenterveyskuntoutujista on tehty monia selvityksiä, mutta vain pieni osa niistä käsittelee mielenterveyskuntoutujien asumistilannetta ja -tarvetta. Kaksi viimeisintä selvitystä ovat Asumispalvelusäätiö ASPAn raportti mielenterveyskuntoutujien asumisesta 2011 sekä ympäristöministeriön asettaman työryhmän raportti mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisestä 2012.

Edellä mainitun työryhmän toimenpide-ehdotusten mukaisesti ympäristöministeriö toteuttaa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa vuosina 2012–2015 mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeen, mihin tämä raportti liittyy. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisessä on hyvä tarkastella myös muiden maiden asumistilannetta, millaisiin ratkaisuihin niissä on päädytty ja miten niiden ratkaisuja voidaan soveltaa Suomen tilanteeseen. Asumisen kehittämisessä on otettava huomioon, että mielenterveyskuntoutajat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, jonka asumisen tarpeet vaihtelevat mm. iän, elämäntilanteen ja sairauden mukaan. Tämän takia tarvitaan yksilöllisiä asumisratkaisuja ja joustavaa arjen tukea.

Tässä raportissa esitellään mielenterveyskuntoutujien asumisen tilannetta ja erilaisia asumisratkaisuja seitsemässä maassa. Tietoa kerättiin tutkimusten, artikkeleiden sekä asiantuntijoiden ja palvelutuottajien haastattelujen avulla. Raportissa kuvataan Tanskan, Ruotsin, Hollannin, Italian, Australian, Englannin ja Uuden-Seelannin mielenterveyskuntoutujien asumisen ratkaisuja. Raportin lopussa pohditaan näiden maiden ratkaisujen soveltuvuutta Suomeen. Selvityksen toteutti Referenssi Oy:n tutkijaryhmä, jossa olivat mukana VTT Sinikka Törmä, VTT Kari Huotari, YTM Kati Tuokkola ja YTM Jarmo Nieminen.

Yhteistä edellä mainituille maille on psykiatrisen laitoshoidon järjestelmän purkamisen ja toisaalta avohoidon palvelujen sekä asumispalvelujen kehittäminen mielenterveyskuntoutujien tarpeita vastaaviksi. Tässä muutosprosessissa maat ovat edenneet eri tahtia ja kehittäneet erilaisia asumisratkaisuja, jotka heijastavat ympäröivää yhteiskuntaa. Kehityksen suunta on raportin maille yhteinen, ja monissa maissa tavoitteena on järjestää mielenterveyskuntoutujien asuminen tavallisissa asunnoissa arjen tuen avulla. Yhteistä on myös asumisen laadun painottaminen siten, ettei asuminen saa olla laitosta eikä leimaavaa.

SISÄLLYS

Esipuhe	3
1 Johdanto	7
2 Italia – laitoshoidon lakkauttamisesta asumispalvelujen kirjavuuteen	10
2.1 Psykiatrisen hoitojärjestelmän reformi	10
2.2 Asumispalvelut osana psykiatrista hoitojärjestelmää.....	11
2.3 Asumispalvelujärjestelmän kirjavuus.....	14
2.4 Solaris-ohjelma Roomassa.....	16
2.5 Ryhmäasumista Vicenzan Provinssissa Veneton alueella	17
2.6 Trieste ja San Giovanni Compound-kokonaisuus.....	20
3 Ruotsi – pyrkimys mahdollisimman tavallisiin asuntoihin	23
3.1 Oikeus asua kuten muutkin.....	23
3.2 Moniportainen ja monitoimijainen järjestelmä.....	24
3.3 Erityisasumista ja asumisen tukea	25
3.4 Täysimääräisiä pysyviä koteja.....	28
3.5 Tukiasumisyksikkö Frejgatan stödboende Tukholmassa	30
3.6 Asumista tukevat palvelut Tukholmassa	31
4 Tanska – sosiaalipsykiatrisia palveluja kotiin	32
4.1 Laitoshoidosta kuntien asumispalveluiksi	32
4.2 Sosiaalipalvelulaki säätää asumisesta	34
4.3 Asumispalveluja ja tukea kotiin	35
4.4 Aarhusin asumispalvelujärjestelmä.....	36
4.5 Aarhusin asumisratkaisuja.....	40
5 Hollanti – innovatiivisia asumisratkaisuja	43
5.1 Suuri sairaalapaikkojen määrä.....	43
5.2 Lainsäädäntö ja rahoitus	44
5.3 Asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille.....	46
5.4 Moniammatilliset FACT-tiimit.....	49
5.5 Palveluasuntoja Rotterdamissa	51
5.6 Zorgboerderij Idahoeve – Hoivamaatila Idahoeve.....	51

6 Englanti – yhteisön tukea ja liikkuvia palveluja	53
6.1 Yhteisöjen tuki keskeiseksi	53
6.2 Kansallisesti rahoitetut palvelut	54
6.3 Portaittaisesta mallista itsenäiseen asumiseen ja liikkuviin palveluihin.....	54
6.4 Tiimien tukea koteihin	56
6.5 Asumispalvelut Nottinghamin alueella	58
6.6 Lontoon Westminster Mind – hyväntekeväisyysjärjestön asumispalvelut	59
7 Australia – yksilöllisyyden ja oikeuksien korostamista	61
7.1 Laitoshoidosta yhteisöperustaiseen toipumiseen	61
7.2 Mielensterveyskuntoutujien asumisen järjestäminen.....	62
7.3 Erityistä huomiota asunnottomuuteen	63
7.4 Uudistusten sarja.....	63
7.5 Asumisratkaisut liittovaltiotasolla ja Western Australian osavaltiossa	64
7.6 Erilaisia lähestymistapoja muissa osavaltioissa	68
7.7 Esimerkkinä HASI – kumppanuusohjelma.....	69
8 Uusi-Seelanti – strategiat kehittämistä ohjaamassa	72
8.1 Mielisairaiden eristämisestä recovery-orientaatioon	72
8.2 Tarve asumispalvelujen kehittämiseksi ja koordinoimiselle	73
8.3 Kansallisten ohjeiden luominen	74
8.4 Asumispalvelujen ja tukimuotojen laaja kirjo	75
8.5 Järjestö yhteisöpohjaisten asumispalvelujen tuottajana.....	78
9 Yhteenveto ja johtopäätökset	80
9.1 Kansainväliset kehityssuuntaukset	80
9.2 Yhteenveto selvityksen kohteena olevista maista	83
9.3 Yhteenveto asumispalvelujen järjestämisen peruspiirteistä ja laatukriteereistä	88
9.4 Suomen tilanne	90
9.5 Mallien ja toimintatapojen soveltuvuus Suomeen.....	91
Haastatellut asiantuntijat ja palvelun tuottajat	96
Kirjalliset lähteet	97
Internet lähteet	100
Kuvailulehti	101
Presentationsblad	102

1 Johdanto

Tämän selvityksen tarkoituksena on tuoda esiin, miten muissa maissa mielenterveyskuntoutujien asuminen on järjestetty, millaisia ratkaisuja on käytössä, millaiseen lainsäädännölliseen ja poliittiseen taustaan nämä ratkaisut liittyvät sekä miten näitä ratkaisuja voitaisiin hyödyntää mielenterveyskuntoutujien asumisessa Suomessa.

Suomessa tehtyjen uusimpien¹ selvitysten perusteella tiedetään, että mielenterveyskuntoutujien asumistilanteessa on parantamistarvetta. Tavallisissa asunnoissa asuvat mielenterveyskuntoutajat tarvitsevat nykyistä enemmän tukea asumiseensa. Myös mielenterveyskuntoutujien asumisyksiköt eivät aina täytä kaikilta osin laatuvaatimuksia. Valtaosa Suomen mielenterveyskuntoutujista asuu tavallisissa asunnoissa ja ainakin osa saa asumiseensa ja arkeensa riittämättömästi tukea. Osa mielenterveyskuntoutujista taas asuu asumispalveluyksiköissä, joista kaikki eivät täytä mielenterveyskuntoutujille asetettuja laatusuosituksia tai joissa tuki on heidän tarpeisiinsa nähden liian raskasta. Ympäristöministeriön asettaman työryhmän selvitys² osoitti myös, että asumisyksiköiden koko on 2000-luvulla jopa suurentunut. Selvitys toi esiin tarvetta erilaisille asumisyksiköille, sillä mielenterveyskuntoutajat ovat heterogeeninen ryhmä, jonka asumisen ja tuen tarpeet vaihtelevat ryhmittäin ja eri aikoina kuntoutumisen edetessä. Mielenterveyskuntoutujille tarvitaan pysyviä asumisratkaisuja, joissa tuen määrä voi vaihdella yksilöllisesti ja tarpeen mukaan. Kodin tulisi olla pysyvä niin, että mielenterveyskuntoutujan ei tarvitsisi muuttaa, vaan palvelut mukautuisivat hänen tilanteeseensa. Pyrkimys on myös kohti kevyemmän tuen ratkaisuja. Tavoitteena on mielenterveyskuntoutujien asuminen tavallisissa asunnoissa heille räätälöidyn arjen tuen avulla.

Selvitys kohdistuu erityisesti asumisratkaisuihin, joilla tarkoitetaan asumisen ja palvelujen yhdistelmää. Tarkoituksena on liikkua asumisen ja palvelujen rajapinnalla siten, että paino on asumisessa. Tärkeää on kuitenkin se, miten ja millaisen tuen avulla asuminen muissa maissa mahdollistetaan. Suomen mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisessä kannattaa tarkastella myös muiden maiden tilanteita sekä näissä maissa käytössä olevien asumisratkaisujen soveltuvuutta Suomeen. Selvitystehtävänä on kartoittaa muutaman maan mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisuja, niissä mahdollisesti ilmeneviä ongelmia ja niiden ratkaisuja. Tavoitteena on kartoittaa ja kuvailla toimivia malleja. Selvityksessä on tarkasteltu Italian, Ruotsin, Tanskan, Hollannin, Englannin, Australian ja Uuden-Seelannin mielenterveyskuntoutujien asumista ja siinä kehitettyjä ratkaisuja.

¹ Kettunen, Reetta (2011) Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Asumispalvelusäätiö ASPA 2/2011, Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012;

² Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012.

Selvityksen vastattaviksi asetetut kysymykset ovat seuraavanlaisia:

1. Millainen on selvityksen kohteena olevien maiden mielenterveyskuntoutujien asumistilanne ongelmiseen ja myönteisine piirteineen sekä millaisia ovat näiden maiden asumisyksiköt?
2. Millaista tukea ja miltä eri toimijoilta näiden maiden mielenterveyskuntoutujilla on saatavilla asumiseensa?
3. Millaisia toimivia malleja sekä erilaisia asumisratkaisuja näissä maissa on kehitetty mielenterveyskuntoutujille?
4. Miten muiden maiden mallit ovat sovellettavissa Suomen tilanteeseen?

Tehtävänä oli selvittää, mitkä tahot (julkinen sektori, kolmas sektori, vapaaehtoistyö) ovat keskeisiä asumisen järjestämisessä. Keskeisiä ovat myös muun muassa rahoitusratkaisut eri maissa. Miten asumisen ja tuen rahoitus on järjestetty, ja missä määrin julkinen valta on näitä rahoittamassa? Asumisen ja tuen suhde toisiinsa on niin ikään keskeistä. Ovatko asuminen ja palvelut sidottuja toisiinsa vai ovatko ne erillisiä? Onko asuminen kehitetty portaittaisen mallin pohjalle, vai onko ajatuksena, että asunto on pysyvä ja palvelut sopeutetaan tilanteen mukaan? Myös mielenterveyskuntoutujien oman äänen kuuluminen ratkaisuja suunniteltaessa on tärkeää. Onko olemassa käytäntöjä, joiden avulla kuntoutujat otetaan huomioon? Selvitys tarkastelee myös valvonnan ja seurannan järjestämistä ja niitä koskevien ohjeistusten olemassaoloa.

Asumisen laatu ja laatukriteerit ovat niin ikään yksi keskeinen selvitettävä asia. Onko olemassa selkeitä kriteereitä tai miniminormeja fyysiselle ympäristölle? Onko esimerkiksi asetettu jotakin minimi-neliömäärää tai määritelty mukavuudet, jotka asunnoissa on oltava? Onko tilavaatimuksia, jotka koskevat keittiötä, peseytymistiloja ja wc:tä? Yksittäisiä asuntoja koskevien kriteerien lisäksi tarkastellaan, millaisia asumisyksiköt ovat asukasmäärältään ja asukaskoostumukseltaan. Mielenkiintoista on myös, tuleeko mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden järjestämisessä esiin esimerkiksi Green Care -tyyppisiä tai muita innovatiivisia ratkaisuja ja millainen on yhteisöllisyyden merkitys.

Selvitys on toteutettu käyttäen haastattelumenetelmää sekä kirjallisten materiaalien läpi käyntiä. Ensinnäkin on tutustuttu laajasti kunkin maan tutkimuskirjallisuuteen, tieteellisiin artikkeleihin, eri toimijoiden internetsivustoihin ja muihin kirjallisiin lähteisiin. Toiseksi jokaisessa maassa on oltu yhteydessä asiantuntijoihin, joista osa on ollut alan tutkijoita ja osa valvontaviranomaisia tai järjestöedustajia. Samoin on oltu yhteydessä asumispalvelujen tuottajiin. Kontaktit ovat käsittäneet yleensä sekä puhelimesta tehdyn haastattelun että sähköpostikirjeenvaihtoa. Asiantuntijat ovat löytäneet pääosin kirjallisten lähteiden avulla sekä valvontaviranomaisten internetsivujen avulla. Asiantuntijat ovat myös neuvoneet edelleen ottamaan yhteyttä johonkin toiseen henkilöön, jonka ovat katsoneet tutkimukselle hyödylliseksi kontaktiksi. Raportissa esitetyt asumispalveluesimerkit ovat valikoituneet samalla tavalla asiantuntijoiden kanssa käytyjen keskustelujen ja internetsivustojen pohjalta.

Suomalaisille asiantuntijoille järjestettiin tilaisuus, jossa esiteltiin selvityksen alustavia tuloksia ja asumispalveluesimerkkejä ja pyydettiin osallistujien kommentteja esimerkkimalleista ja arvioita niiden soveltuvuudesta Suomeen. Neljä kommenttipuheenvuoroa oli etukäteen valmisteltuja lähetetyn materiaalin pohjalta ja ne tuottivat selvitykseen olennaista tietoa. Tutkijat lisäksi nauhoittivat tilaisuudessa käydyt keskustelut hyödynnettäväksi selvityksen aineistona. Raportti perustuu monipuolisesti kunkin maan aineistoihin ja asiantuntijoiden näkemyksiin sekä suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksiin. Maakohtaisissa osuuksissa ei ole kaikissa kohdin suoraan viitattu lähteeseen tai asiantuntijaan, jonka näkemyksestä on kyse. Käytetyt lähteet on esitetty raportin lopussa.

Koska selvitys käsittelee seitsemän maan mielenterveyspalvelujen toisistaan ja Suomen järjestelmästä poikkeavia järjestelmiä, ovat myös palvelumuodot ja niistä käytetyt

käsitteet maittain erilaisia. Myös mielenterveyskuntoutujaa tarkoitettaessa käytetään erilaisia käsitteitä. Raportissa käytetään ensisijaisesti Suomessa vakiintunutta termiä mielenterveyskuntoutuja. Maakohtaisissa osuuksissa on kuitenkin säilytetty alkuperäiset käsitteet ja suomennettu ne suoraan kussakin maassa esiintyvistä ja asiantuntijoiden käyttämistä käsitteistä. Ulkomaista käsitettä ensimmäistä kertaa käytettäessä on suluisa merkittynä myös alkuperäiskielinen ilmaisu. Suomalaisten vastineiden käyttäminen hävittäisi informaatiota eikä toisi maan erityisyyttä esiin. Käsitteet kertovat osaltaan kunkin maan järjestelmästä, politiikasta ja suhtautumisesta mielenterveyskuntoutujiin.

Esimerkiksi Ruotsin Sosiaalhallitus on suositellut vuodesta 2008 lähtien käytettäväksi käsitettä *”personer med psykisk funktionsnedsättning”* eli suoraan käännettynä ”henkilöt, joilla on alentunut psyykinen toimintakyky”. Käsite kuvaa Ruotsin linjasta rinnastaa mielenterveyskuntoutuja palvelupoliittisesti vammaisiin henkilöihin. Tanskassa esiintyy käsite ”mielenterveysongelmista kärsivät” (*sindslidende*), jota myös Suomessa monessa yhteydessä käytetään. Hollannissa puhutaan ”ihmisistä, joilla on mielenterveysongelmia” (*mensen met psychische problemen*) tai ”ihmisistä, joilla on vakavia mielenterveysongelmia” (*mensen met ernstige psychische problemen*). Joissain tapauksissa *psychische*-sanana tilalla on mielen sairautteen viittaava *”psychiatrische”*-sana. Kun puhutaan asumispalvelujen kohderyhmästä, sisältää käsite usein sanan ”vakava” (hollanniksi *”ernstige”*).

Englanninkielisissä maissa ja englanninkielisissä lähteissä käytetään usein käsitteitä *”mentally ill”* tai *”people with mental illness”* eli ”psykykkisesti sairaat”. Italiassa, jonka mielenterveyskuntoutujien asuminen on psykiatrisen järjestelmän vastuulla, puhutaan useimmin ”potilaista”. Maan psykiatrisen hoidon reformiin liittyvä termi on ”vieraat” (*ospite*). Sitä käytetään edelleen valtion mielisairaaloiden entisistä potilaista, jotka asuvat mielisairaaloiden alueille perustetuissa kuntouttavissa asumisyksiköissä. Suomessa käytetty mielenterveyskuntoutuja-käsite ei tullut esille muissa maissa.

Käsitteellinen kirjavuus on huomattavasti vaikeampi hallita ja haittaa vertailujen tekoa maiden välillä silloin, kun on kyse asumisratkaisuista. Suomen sosiaalihuoltolaki käyttää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista kahta pääkäsitettä: tukiasunto ja palveluasunto. Tukiasunto voi olla erillinen tai asuntoryhmään kuuluva asunto, jossa mielenterveyskuntoutuja asuu tarvitsemiensa sosiaalipalvelujen turvin. Palveluasunto on asumisyksikköön kuuluva asunto, johon on järjestetty päivittäinen apu ja tuki. Silloin kun henkilöstö on paikalla vuorokauden ympäri, puhutaan tehostetusta palveluasumisesta. Mielenterveyskuntoutuja voi myös asua tavallisessa asunnossa ja saada sinne palveluja.³ Vastaavan jaon käyttäminen muiden maiden järjestelmiä kuvatessa ei ole mahdollista. Käsitteitä käytetään eri merkityksessä eri maissa ja saman maan sisälläkin käytössä on usein horjuvuutta.

Ruotsin lainsäädäntö esimerkiksi käyttää kaikista erityisasumisiksi luokitelluista asumispalveluista yhteisnimitystä *”bostad med särskild service”* eli suoraan käännettynä ”asunto, johon kuuluvat erityiset palvelut”. Asumismuodot ovat tarkkaan määriteltyjä ja luokiteltuja. Esimerkiksi Italiassa taas puhutaan erilaisista yksiköistä yleisnimityksellä *”strutture residenziale”*, mikä viittaa yleensäkin majoituksen sisältävään yksikköön ja se kattaa hyvin erilaisia yksiköitä, joille on yleensä määritelty tietynlainen kuntouttava tehtävä.

Raportin luvuissa 2–8 esitetään maiden mielenterveyskuntoutujien asumistilanne ja sen tausta sekä asumista koskeva hallinnollinen järjestelmä. Jokaisesta maasta esitetään myös asumisen käytännön järjestämis- ja toteutustavat, asumisratkaisutyyppit sekä joitain esimerkkejä toimivista malleista. Luvussa 9 esitetään yhteenveto maiden tilanteista, katsaus Suomen järjestelmään sekä johtopäätöksiä siitä, mitä muiden maiden ratkaisuihin voidaan hyödyntää Suomessa, ja mitä toimintatapoja voisi laajentaa ja kehittää edelleen Suomessa.

³ Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012.

2 Italia – laitoshoidon lakkauttamisesta asumispalvelujen kirjavuuteen

2.1

Psykiatrisen hoitojärjestelmän reformi

Italian ensimmäinen kansallinen psykiatrista hoitoa koskeva laki vuodelta 1904 (laki no 36) asetti etusijalle yleisen turvallisuuden ja yhteiskunnan suojelemisen mielen-terveydeltään sairailta ihmisiltä heidän hoitonsa sijaan. Laki mahdollisti eristämisen psykiatriseen sairaalaan määräämättömäksi ajaksi. Italian mielenterveyskuntoutujat elivät suljetuissa laitoksissa muiden ryhmien kanssa, jotka haluttiin eristää. Heillä ei juuri ollut mahdollisuutta hoitoon ja kuntoutukseen, jotka olisivat tähänneet pääs- syyn takaisin yhteiskuntaan. Mielisairaalat toimivat elinikäisinä säilytyspaikkoina ja hoitivat näin ollen samalla mielenterveyskuntoutujien asumiskysymyksen.

Henkinen ilmasto muuttui vähitellen 1960–1970-luvuilla, jolloin sosiaalipsykiat- rinen ajattelu ja syrjinnän vastainen toiminta valtasivat alaa. Vasta vuoden 1978 laki psykiatrisesta reformista⁴ oli varsinainen alku suurelle uudistukselle. Lain perus- ajatus oli se, että myös mielenterveysongelmaisilla on oikeus hoitoon ja terveyteen. Ketään ei saa eristää terveydellisistä syistä, ja kaikki psykiatriset sairaalat tulee sulkea. Psykiatristen sairaaloiden⁵ lopullinen sulkeminen saatiin päätökseen kuitenkin vasta vuonna 1999 eli 21 vuotta reformilain voimaantulon jälkeen. Italia oli ensimmäinen maa maailmassa, jossa kaikki valtion mielisairaalat lakkautettiin. Yksityisesti tuotet- tujen paikkojen määrä ei sen sijaan vähentynyt. Odottamattomana seurauksena oli hoitojärjestelmän rakennemuutos. Vuonna 2007 yksityinen sektori tuotti jopa 54 % kaikista lyhytaikaisista akuutin hoidon sairaansijoista.

Reformin keskeisiä uudistuksia olivat psykiatrisen hoidon muuttaminen avohoi- doksi ja mielenterveyskuntoutujien kotiuttaminen osaksi paikallisyhteisöjä. Mieli- sairaaloiden asukkaita alettiin kotiuttaa, mikä merkitsi pitkälti sitä, että he palasivat omaistensa luo tai joutuivat suoranaisesti kadulle. Osa entisistä mielisairaalapotilaista jäi asumaan vanhoihin sairaalakiinteistöihin perustettuihin yksiköihin vieraina, kuten heitä nimitettiin. Suuri määrä vaikeasti mielenterveysongelmaisia potilaita oli lisäksi uudelleensijoitettava erilaisiin sairaalan ulkopuolisiin yksiköihin. Koko psykiatrisen avohoidon järjestelmä ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut jouduttiin luo- maan uudelleen. Laitoshoidon lakkaaminen ei kuitenkaan johtanut asiantuntijoiden mukaan koko maassa muiden palvelujen johdonmukaiseen kehittämiseen ja riittä- vään lisäämiseen. Tämä aiheutti viiveen mielenterveyskuntoutujien avohoidon ja asumisen järjestämisessä vastaamaan vallitsevaa tarvetta.

⁴ Vuonna 1978 koko Italian psykiatrisen hoidon reformoinut ns. Basaglian laki (laki nro 180) mm. kieltää eristämisen terveydellisistä syistä ja on pohja Italian yhteisöpsykologiaan perustuvalla psykiatriselle hoito- ja palvelujärjestelmälle, johon kuuluvat myös asumispalvelut.

⁵ Mielisairaloita oli vuonna 1978 Italiassa kaikkiaan 76 ja niissä oli tuolloin yhteensä 78 538 potilasta.

Italian psykiatrisen hoitojärjestelmän perusajatuksena on, että mielenterveyskuntoutujat asuvat ja elävät muun yhteisön keskuudessa. Asumispalvelut ovat tarkoitettuja niille, joilla on vakavimpia mielenterveyden ongelmia ja niille, joilla ei ole perhettä tai muuta turvaverkkoa. Kaikki, jotka siihen pystyvät, asuvat perheensä parissa tai muutoin kotona avohoidon palvelujen tukemina ja ovat tarvittaessa lyhytaikaisesti sairaalahoidossa yleissairaaloiden psykiatrisilla osastoilla. Tutkimusten mukaan yli 70 % psykoottisista potilaista asuu perheidensä kanssa. Omaisten hoitovastuu on suuri. Omaiset muodostavatkin terveydenhuollon hallinnon yhden sidosryhmän, ja heidän järjestönsä ovat hyvin vaikutusvaltaisia mielenterveyspolitiikassa. Myös Italiassa perhekeskeisyys on kuitenkin murenemassa, eikä hoitovastuuta voida säilyttää perheille. Etenkin Pohjois-Italiassa kehitys on muuttanut tilannetta selvästi.

2.2

Asumispalvelut osana psykiatrista hoitojärjestelmää

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat Italiassa julkisen terveydenhuollon vastuualuetta ja osa psykiatrista hoitojärjestelmää. Kansallinen mielenterveysohjelma (*Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998–2000*) määritteli mielenterveyshoidon organisaation ja antoi alueille (21) vastuun palvelujen järjestämisestä ja alueellisten mielenterveys suunnitelmien tekemisestä. Ylin viranomais on terveysministeriö (*Ministero della Salute*). Mielenterveyskuntoutujien asumisasiat eivät ole kuitenkaan kansallisella tasolla keskitetyksi minkään organisaation vastuulla, mikä näkyy heikona koordinaationa ja epäyhtenäisyytenä.

Julkinen terveydenhuolto on organisoitu 206 paikallisen terveydenhuoltoyksikön (*Unità Sanitaria Locale, USL*) kautta. Paikallinen terveydenhuoltoyksikkö käsittää mielenterveysosaston (*Dipartimento Salute Mentale, DSM*), joka järjestää mielenterveyspalvelut tietyllä alueella osana terveydenhuollon organisaatiota. Mielenterveysosaston vastuualue on pienempi kuin maan hallinnolliseen (21 alueen) jakoon perustuva alue. Esimerkiksi Emilia Romagnan alueella on kaikkiaan 11 mielenterveysosastoa. Nämä osastot ovat vastuussa alueellaan psykiatrisen hoidon suunnittelusta, koordinoinnista ja sen resurssien hallinnoinnista. Ne vastaavat kaikesta lääketieteellisestä ja sosiaalisesta toiminnasta, joka liittyy ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Niiden vastuualueeseen kuuluvat myös mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ja esimerkiksi siirtymiset palvelujärjestelmän sisällä.

Mielenterveysosastot (*DSM*) jakautuvat eri yksiköihin: mielenterveyskeskukset (*Centro Salute Mentale, CSM*⁶), yleissairaalapsykiatriset yksiköt, päiväkeskukset tai päiväsairaalat (*Strutture Semi Residenziali*) ja asumispalvelut (*Strutture Residenziali*). Mielenterveyskeskukselle kuuluvat kaikki aikuispsykiatrian avohoidon toiminnot ja se hallinnoi päiväkeskusten ja asumisyksikköjen terapia- ja kuntoutustoimintaa. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut järjestetään alueittain ja jokaisen alueen mielenterveysosastolla on toimivalta palveluiden järjestämisessä ja budjetin käytössä. Suurimman osan läheteistä asumisyksiköihin ovat tehneet paikalliset mielenterveysosastot, jotka myös rahoittavat asumispalvelut. Asumispalveluja tuottavat julkiset toimijat joko suoraan tai antamalla toimeksiannon yksityisille sosiaalialan liiketoimintaa harjoittaville tuottajille. Asumisen ja palvelut tuottaa yleensä sama taho. Osuuskunnissa palvelujen tuottaja voi olla eri taho kuin varsinaisen asumisen tuottaja. Osuuskunnissa toimii vapaaehtoisjärjestöjä palveluoperaattoreina.

⁶ Mielenterveyskeskukset ovat matalan kynnyksen paikkoja, jotka ovat auki 24h ja niihin ei tarvita lähetettä. Niissä on myös vuodepaikkoja (esim. Livorno 16). Helppo hoitoon pääsy onkin todettu tutkimuksissa Italian järjestelmän vahvuudeksi.

Vuonna 2000 tehdyn valtakunnallisen tutkimuksen⁷ mukaan noin puolet asumisyksiköistä oli alueellisten mielenterveysosastojen hallinnoimia ja yli kolme neljäsosa niistä oli julkisen kansallisen terveydenhuollon rahoittamia. Etelä-Italiassa oli selvästi enemmän yksityistä palvelutuotantoa, erityisesti yksityisiä hoitokoteja⁸. Epävirallinen hoiva on erittäin tärkeä osa Italian sosiaalisen turvallisuuden järjestelmää, mutta sitä koskevat tilastotiedot ovat puutteellisia. Mielenterveyshoidon osalta sellaista tietoa ei ole saatavissa. Epävirallisen hoivan saamista koskevat tutkimustulokset antanevat kuitenkin suuntaa tällaisen hoivan yleisyydestä. Vuonna 2003 kotitalouksille tehty tutkimus osoitti, että kolmannes kotitalouksista, joissa oli vähintään yksi henkilö, jolla on merkittäviä vaikeuksia selviytyä omatoimisesti, oli saanut apua ulkopuolisilta (esimerkiksi naapureilta tai ystäviltä) viimeisen kuukauden aikana. Pelkästään tällaista apua sai lähes viidennes.⁹

Asumisratkaisut ovat Italiassa kehittyneet eri alueilla hyvin erilaisiksi ja eri tahtiin ilman, että mikään taho olisi koordinoinut niitä. Asiantuntijoiden mukaan Italian asumispalvelujen kehittämisen keskeinen kiista on koskenut sitä, miten ne pitäisi käsitteellistää. Ovatko ne intensiivisiä hoitoprojekteja vai pyrkivätkö ne olemaan asumista eli tavanomaisia koteja, joiden asukkailla on käytettävissään paikallisen psykiatrisen hoidon palvelut ja psykososiaaliset ohjelmat.

Reformilaki (laki 180) antoi alueille vapaat kädet toimeenpanna uudenlaisia yhteisöpohjaisia palveluja. Laki 180 on puitelaki, joka asetti yleiset periaatteet ja ohjeet vaikeasti psyykkisesti sairaiden integroimisesta yhteiskuntaan. Italian mielenterveyskuntoutujien asuminen perustuu edelleen lakiin, joka antaa tietyt reunaehdot ja ”pilarit” koko psykiatriselle hoito- ja palvelujärjestelmälle. Italiassa on 21 aluetta, joissa omat alueelliset lait saatiin aikaan vasta useita vuosia reformilain säätämisen jälkeen, eri alueilla eri aikoina ja asiantuntijoiden mukaan ne muotoiltiin usein jopa reformilain hengen vastaisesti.

Alueille annetaan julkista rahoitusta terveydenhuoltoon kokonaisuutena, joten on vaikea tietää, paljonko mielenterveyshoitoon on allukoitu eri alueilla. Jokainen alue jakautuu lisäksi lukuisiin paikallisiin terveysyksiköihin, joilla on suuri autonomia päättää terveydenhuollon budjetista. Mielenterveyskuntoutujien asumisessa on suuria alueittaisia vaihteluja, sillä alueet ovat omaksuneet erilaiset standardit ja organisointitavat. Tämä on vaikeuttanut kokonaiskuvan saamista Italian mielenterveyskuntoutujien asumisesta. Siksi Italian terveysministeriö perusti monivuotisen ohjelman (*Progetto Obiettivo di Tutela della Salute Mentale 1998–2000*) asumispalvelujen yhdenmukaistamiseksi valtakunnan tasolla. Myöhemmin tilannetta on koordinoitu kansallisten kolmen vuoden välein päivitettävien reformilain tarkoituksia toteuttavien ohjelmien avulla.

Kansallisessa mielenterveysohjelmassa annettiin ensimmäistä kertaa yksityiskohdaisia laatustandardeja mielenterveyspalveluille, sillä reformilaki ei ollut antanut asumispalveluita koskevia määräyksiä¹⁰. Ohjelma suositti muun muassa kahta vuodepaikkaa 10 000 asukasta kohti pitkäaikaisessa hoidossa. Italiassa asumispalvelut ovat osa psykiatrista hoitojärjestelmää ja tarkoitettu pitkäaikaiseen hoitoon, mikä selittää myös tavan esittää standardit vuodepaikkoina.

Ohjelmassa määritettiin psykiatrisen hoidon organisaatiomalli ja delegoitiin palvelujen tuottaminen alueille. Alueet eivät kuitenkaan asiantuntijoiden mukaan pitäneet ohjelman standardeja pakottavina. Ohjelma antoi lähinnä hoitoa ja sen organisointia koskevia suosituksia, mutta ei sisältänyt kuin joitakin suosituksia asumisesta. Tässä

⁷ Vuonna 1999 Italian Kansallisen terveydenhuollon Instituutin rahoittama projekti PROGetto RESidenza (PROGRES) teki useita valtakunnallisia tutkimuksia asumispalveluista esim. De Girolamo ym. (2002); De Girolamo ym. (2005).

⁸ Asiantuntijoiden mukaan nämä tiedot pitävät edelleen paikkansa.

⁹ ISTAT Households multi-purposes survey, 2003.

¹⁰ Laki asetti rajoja psykiatrisille hoitopaikoille. Yleissairaaloiden psykiatrisilla osastoilla ei pidä niiden mukaan olla enempää kuin korkeintaan 15 vuodepaikkaa.

asiakirjassa määriteltiin asumispalvelut (*Strutture non ospitale*) eli sairaaloiden ulkopuoliset yksiköt¹¹, joissa asuvat saavat terapeuttiskuntouttavaa ja sosiaalisesti kuntouttavaa hoitoa ja mahdollisuuden itsenäistyä. Ohjelmassa haluttiin rajoittaa myös asumisyksiköiden kokoa. Yksittäisten asumisyksiköiden potilasmäärät eivät saa olla enempää kuin 20 potilasta. Asumisyksiköiden tulee lisäksi sijaita eristymisen välttämiseksi kaupunkialueella ja niiden ympärillä on hyvä olla viheraluetta. Tämäkään ohjelma ei antanut yksityiskohtaisia ohjeita yksittäisten asumispalveluyksiköiden fyysisestä rakenteesta, henkilökunnasta tai palveluprosesseista.

Psykiatrisen hoitojärjestelmän avohuollon yksiköt, joissa on vuodepaikkoja, jaetaan Italiassa kahteen ryhmään. Puolittaiset asumisyksiköt (*Strutture Semiresidenziale*) ovat lähinnä päiväsairaloita tai päiväkeskuksia eivätkä varsinaista asumista. Niissä voi olla kuitenkin vuodepaikkoja tilapäiseen majoittamiseen. Asumisyksiköt (*Strutture Residenziale*) tarjoavat pitkäaikaista asumista. Ne edistävät kuntoutusta ja yhteiskuntaan integroitumista. Italian terveysministeriö kuvaa ohjeissaan¹² eri asumispalvelutyypit sen mukaan, mikä on niiden kuntouttavuustaso, kuinka kauan niissä on tarkoitus asua ja kuinka suuren osan vuorokaudesta henkilökunta on paikalla. Terveysministeriö määrittelee asumispalvelut seuraavasti jakaen ne kahteen päätyyppiin:

1. Terapeuttiskuntouttavat asumisyksiköt (*Strutture terapeutico-riabilitative*), jotka pystyvät ottamaan vastaan myös post-akuutissa vaiheessa olevia potilaita. Nämä yksiköt jakautuvat hoidon intensiivisyyden mukaan edelleen kahteen ryhmään:
 - a) Intensiivisen (*intensive*) terapeuttisen kuntoutuksen yksiköt, joissa on terveydenhuollon henkilökunta läsnä 24 tuntia vuorokaudessa. Maksimi asumisaika on 18 kuukautta.
 - b) Laajan (*estensive*) terapeuttisen kuntoutuksen yksiköt, jotka on tarkoitettu esim. kroonikoille, joilla ei ole akuuttia intensiivistä kuntoutustarvetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta on paikalla potilaiden hoidon tarpeen mukaan 12 tai 24 tuntia vuorokaudessa. Molemmissa tapauksissa maksimi asumisaika on 36 kuukautta, jota voidaan kuitenkin pidentää lääkir ryhmän päätöksellä.
2. Sosiaalisesti kuntouttavat asumisyksiköt (*Strutture socio-riabilitative*), jotka vastaavat sellaisten osittain itsenäisten henkilöiden tarpeisiin, joita ei voi hoitaa heidän oman perheensä parissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta voi olla paikalla joko 12 tai 24 tuntia vuorokaudessa. Asumisaikaa ei ole tässä asumispalvelun muodossa määritelty.

Erityisesti Pohjois-Italiassa on sosiaalisia osuuskuntia, joihin kuuluu asuminen, työnteko ja kuntoutus yhteisössä. Osuuskunnilla on asumisyksiköitä, joita on kolmea kategoriaa: 24 tuntia valvottuja, 12 tuntia valvottuja ja tukiasuntoja, joissa henkilökunta käy muutaman tunnin ajan (esim. 3-4 tuntia) päivässä. Porrastuksella halutaan mahdollistaa raskaasti (24 tuntia) tuetussa asumisessa olevia mielenterveyskuntoutujia itsenäisempään elämään, jotta he voisivat siirtyä 12 tuntia päivässä tukea sisältävään tuettuun asumiseen ja siitä edelleen asumiseen, joka sisältää tukea vain muutaman tunnin päivässä.

¹¹ Monesti asumispalvelupaikoista puhutaan Italiassa myös sairaaloiden ulkopuolisina vuodepaikkoina. Tämä selittyy sillä, että Italiassa asumispalvelut ovat osa psykiatrista hoitojärjestelmää ja tarkoitettu pitkäaikaiseen hoitoon.

¹² Direzione generale della programmazione sanitaria.

Asumispalvelujärjestelmän kirjavuus

Siirtyminen laitosmallista yhteisöpohjaiseen malliin tapahtui Italiassa asiantuntijoiden mukaan ilman, että uusien palvelujen laatua olisi seurattu ja arvioitu. Tämä johtuu osaltaan siitä, että näistä palveluista ei kerätty systemaattista tietoa eikä luotu standardeja, joiden avulla palveluja olisi voitu arvioida. Reformilain säätämisen jälkeen yhtenäistä kuvaa asumisratkaisujen kehittymisestä valtakunnan tasolla ei ollut. Tästä syystä perustettiin vuonna 1999 Italian Kansallisen terveydenhuollon instituutin rahoittama projekti *PROGetto RESidenze (PROGRES)* selvittämään ja arvioimaan psykiatristen hoitopaikkojen ja asumispalvelujen kokonaistilannetta. Projektissa tehtyjen kyselytutkimusten avulla on pyritty luomaan kuva psykiatrisen hoidon vuodepaikoista ja asumisyksiköistä sekä niihin hyväksytyistä ja niistä kotiutetuista potilaista. Tarkoituksena oli luoda välineitä, joilla voidaan arvioida kansallisen mielenterveyssuunnitelman standardien toteutumista.

Projektin ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2000, 22 vuotta psykiatrisen reformin käynnistymisen jälkeen, tehtiin laaja tutkimus asumispalveluista. Ensimmäisessä vaiheessa pyrittiin keräämään yleistä aineistoa kaikista Italian asumisyksiköistä, niiden asukkaista, henkilökuntajärjestelyistä, alueellisesta määräytymisestä, toimintatavoista ja asukkaiden vaihtuvuudesta. Toisessa vaiheessa vuonna 2005 tehtiin otostutkimus asumispalveluista. Tutkimuksen tehneiden tutkijoiden mukaan tieto on edelleen relevanttia ja sikäli harvinaista, että tämäntapaisia kattavia tutkimuksia ei juuri ole tehty Italian lisäksi kuin Englannissa.

Valtakunnallisessa poikkileikkaustutkimuksessa löydettiin 1 370 asumisyksikköä (*Non-Hospital Residential Facilities*), joissa oli kaikkiaan 17 138 paikkaa. Tämä merkitsee 2,98 paikkaa 10 000 asukasta kohti. Suhdeluku vaihteli yli nelinkertaisesti alueittain (korkein Abruzzo 6,93/10 000 ja alhaisin Campania 1,55/10 000). Kaikkiaan 19 alueella 21:stä oli yli kaksi asumisyksikköpaikkaa 10 000 asukasta kohti eli enemmän kuin kansallinen mielenterveyssuunnitelma suosittaa. Puolet yksiköistä oli avattu vuoden 1996 jälkeen, jolloin taloudellisten kannusteiden avulla oli viety loppuun täydellinen valtion psykiatristen sairaaloiden sulkeminen ja kaikkien potilaiden uudelleensijoitus. Rakenteeltaan 30 % asumispalveluista oli asuntoja, 45 % erillisiä rakennuksia, 13 % rakennuksia, jotka oli jaettu muiden terveydenhuollon toimintojen kanssa, 8 % solu- tai muotoisia asumisyksiköitä ja 8 % muunlaisia. Asumispalveluista 68 % sijaitsi maalla, 23 % kaupungissa, 7 % vanhan mielisairaalan tiloissa ja 1 % yleisen sairaalan tiloissa.

Vuonna 2005 Italian asumispalveluyksiköiden 2 962 potilaan otoksessa (*PROGRES*-projektin toinen vaihe 2005) kahdella kolmasosalla potilaista oli skitsofreniadiagnosi, toiseksi yleisin diagnoosi oli kehitysvammaisuus ja kolmanneksi yleisin persoonallisuushäiriö. Pähdeongelma pääasiallisena tai oheissairautena oli epätavallinen. Potilaiden mielenterveyden sairaudet olivat olleet hyvin pitkäaikaisia ja vakavia. Neljänneksellä oli ollut vakava väkivaltataipumus, mutta asumisyksikössä väkivallan todettiin olevan harvinaista. Kyselytutkimusten tulosten mukaan asumisyksiköissä on yleensä mahdollisuus ulkopuolisiin aktiviteetteihin, joiden tarkoitus on integroida potilaat ympäröivään yhteisöön. Tutkimuksen mukaan kuitenkin 45 % potilaista oli täysin passiivisia. He eivät osallistuneet edes asumisyksikön sisäisiin päivittäisiin aktiviteetteihin.

Tutkimusten mukaan asukkaat asuvat yleensä kahden hengen huoneissa. Tiedossa ei kuitenkaan ole, saavatko he valita asuinkumppaninsa. Yksiköissä on asuinhuoneiden lisäksi tavallisesti avoimia yhteisiä tiloja, kuten puutarha. Asumisyksiköitä on kuvailtu melko kodinomaisiksi. Lisäksi esimerkiksi tietyissä Pohjois-Italian asumisyksiköissä ja jopa mielenterveyskeskuksissa on kissoja ja koiria hellittävinä. Asumisyksiköt ovat yleensä pieniä. Vuoden 2000 poikkileikkaustutkimuksessa niissä oli

keskimäärin 12,5 paikkaa. Asumisyksiköistä 125:ssä (9 %) oli vain yksi paikka, 108:ssa (8 %) oli kaksi paikkaa ja 100:ssa (7 %) oli kolme paikkaa. *PROGRES*-projektin vuoden 2005 otostutkimuksessa (265 asumisyksikköä) asukaskeskisarvo oli 11,5. Vaihteluväli oli suuri, asukkaita oli yksikköä kohti 2–60. Otoksen asumisyksiköistä 16:ssa (eli 6 prosentissa) oli enemmän kuin 20 asukasta, mikä ylittää Italian terveystieteiden suosituksen.

Huolimatta kodinomaisuudesta asumisyksiköillä on tutkimusten mukaan paljon rajoittavia sääntöjä, jotka koskevat potilaiden päivittäistä elämää. Noin puolessa vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen otosyksiköistä eivät esimerkiksi potilaat ja vierailijat saaneet päivän aikana kulkea vapaasti sisään ja ulos. Lähes kolmessa neljäsosassa niistä yksiköistä, joista sai poistua, potilaiden oli ilmoitettava, mihin he menevät. Hieman alle puolessa asumisyksiköistä potilaat eivät saaneet lukita kylpyhuoneen ovea. Lähes kahdessa kolmasosassa potilaiden oli nouseminen ylös viimeistään määrättyyn aikaan työpäivinä ja lähes puolessa myös vapaapäivinä. Lähes kahdessa kolmasosassa asumisyksiköistä henkilökunta voi tarkastaa potilaiden henkilökohtaisia tavaroita. Yli puolessa yksiköistä henkilökunta ja asukkaat söivät ateriat yhdessä. Lisäksi hieman alle kolmanneksessa asumisyksiköistä ei asukkailla ollut paikkaa, jossa he olisivat voineet olla yksin.

Asukkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevista tiloista ei ole saatavilla tietoa. Selkeän kuvan luominen siitä, millaisia huoneet tai asunnot ovat fyysisesti (esimerkiksi pohjapiirrokseltaan) ja millaisia mukavuuksia yksittäisillä potilailla on käytössään, on vaikeaa. *PROGRES*-projektin tutkimuksen 265 asumisyksikössä oli tilaa keskimäärin 36 neliötä asukasta kohti. Mukana neliömäärässä ovat todennäköisesti myös yhteiset tilat, eli kyseessä on neliömäärä, joka on saatu jakamalla kokonaisneliöt asukkaiden määrällä. Asiantuntijoiden mukaan suuri osa asumisyksiköistä on kodinomaisuudesta huolimatta rajoittavine sääntöineen luonteeltaan enemmän hoitolaitoksia kuin kotia vastaavia asuntoja. Tätä kuvastaa myös se, että asukkaita kutsutaan potilaiksi. Italian asumispalveluista tehdyissä koko maan kattavissa tutkimuksissa onkin nähty viitteitä uuslaitostumisesta.

Italiassa on pidetty aiempina vuosikymmeninä parhaimpana mallina suunnitella ja hallinnoida asumispalveluita suurempana kokonaisuutena, niin sanottuna jatkumomallina (portaittainen malli). Tässä mallissa on tarjolla tuen määrältään ja rajoitavuudeltaan eritasoisia asumispalvelutyyppejä. Kaikkein voimakkaimmin tuetuissa asumispalvelumalleissa hoito on intensiivisintä. Tarkoitus on, että potilas voi siirtyä jatkumossa vahvimmin tuetuista ja rajoitavimmista ratkaisuista avoimpiin elinympäristöihin. Tällöin olisi ideaali, että tietyn tasoissa asumispalveluissa olisi aina melko homogeeninen asukaskunta, jotta ratkaisu sopisi kaikkien potilaiden toiminnan tasolle.

Useimmat asumisyksiköt tuottavat kuitenkin pääasiassa pitkäaikaista asumista, eikä kahdessa kolmasosassa niistä ole käytännössä asetettu takarajaa asumisajalle. Vaihtuvuus onkin hyvin alhainen, uusia asukkaita tulee harvoin, samoin poistuma on vähäistä. Siirtyminen omaan itsenäiseen asumiseen on myös epätavallista. Vuonna 1999 24 % asumisyksiköistä ei ollut ottanut yhtään uutta potilasta, 26 % oli ottanut 1–2 ja 49 % enemmän kuin kaksi uutta potilasta. Noin 38 % asumisyksiköistä ei ollut kotiuttanut vuonna 1999 ketään, 32 % asumisyksiköistä oli kotiuttanut 1–2 potilasta ja 30 % oli kotiuttanut enemmän kuin kaksi potilasta.¹³ Monille pitkäaikaisesti mielenterveydeltään sairaille asumisyksikkö merkitsee enemmän loppuelämän kotia kuin siirtymävaiheen ratkaisua. Yleisimmin asumispalvelusta siirrytään toiseen asumispalveluyksikköön. Kotiutuminen asumisyksiköstä perheen pariin tavalliseen asumiseen ei ole yleistä, tosin Etelä-Italiassa se on merkittävästi yleisempää kuin muissa osissa maata.

¹³ De Girolamo ym. (2002) Residential care in Italy.

Asiantuntijoiden mukaan mielenterveyskuntoutujien jatkumoajattelun mukainen joustava siirtyminen raskaimmin tuetusta asumisesta kevyemmin tuettuihin asumisen muotoihin toteutuu heikosti. Vähäisestä vaihtuvuudesta johtuen ei ole aina saatavilla juuri asiakkaan tarpeisiin soveltuvaa kevyemmin tuettua paikkaa, jolloin siirtyminen ei ole mahdollista tai edellyttää muuttoa pois omasta lähiyhteisöstä. Tätä mallia kohtaan on esitetty kritiikkiä myös sillä perusteella, että siinä voivat sekoittua asumiseen kohdistuvat ja hoitoon kohdistuvat tarpeet. Asukkaan tietystä asumisyksikössä saavuttamat valmiudet voivat myös unohtua hänen siirtyessään toiseen. Pääsy asumispalveluihin on sinänsä todettu hyväksi, sillä vain kolmasosalla yksiköistä on jonotuslistoja. Käytännössä asukas kuitenkin siirtyy paikkaan, jossa sattuu olemaan tilaa eikä hänelle parhaiten sopivaan tai hänen itsenäistymistään tukevaan paikkaan. Asiantuntijoiden mukaan Italian asumispalvelujärjestelmä ei käytännössä sovi jatkumoajatteluun siitäkään syystä, että suurin osa yksiköistä on ympärivuorokauden tuettuja ja keskenään hyvin samankaltaisia. Rakenteellisesti kevyemmän tuen yksiköitä ei sen sijaan ole riittävästi.

PROGRES-projektin vuoden 2005 otantatutkimuksessa saatiin tätä ajatusta tukevia tuloksia asumisyksiköistä. Lähes kolmessa neljäsosassa asumisyksiköistä oli henkilöstö paikalla 24 tuntia vuorokaudessa, viidenneksessä vähemmän kuin 24 tuntia ja vain parissa prosentissa tarvittaessa. Alueellinen vaihtelu oli suurta. Etelä-Italiassa ympärivuorokautisesti tuettuja asumisyksiköjä oli kaikkein eniten, jopa 95 % kaikista asumisyksiköistä. Pohjois-Italiassa raskaimmin tuettujen yksiköiden osuus oli pienin 67 %.

Yksikössä oli keskimäärin 8,2 työntekijää. Yhtä kokoaikaista työntekijää kohti oli 1,4 potilasta vaihdellen 0,8–22,3 potilaan välillä. Asumisyksiköissä, joissa oli enemmän kuin suositusten mukainen määrä asukkaita (20 asukasta/yksikkö), ilmeni muita yksiköjä enemmän hoidon keskenjättämissä ja karkaamisissa (*dropouts and escapes*). Asumisyksiköt, joissa ei ollut jatkuvasti paikalla olevaa henkilöstöä, olivat vähemmän laitosmaisia ja ne sallivat useammin esimerkiksi potilaiden oman rahan käytön ja pitivät enemmän henkilökunnan ja potilaiden yhteisiä palaverieja.¹⁴

2.4

Solaris-ohjelma Roomassa

Roomassa on kehitetty asumismuoto, joka edustaa kevyemmin tuettua asumista kuin mitä valtaosa Italian asumispalveluista edustaa. *Solaris* on skitsofreniaa sairastaville henkilöille tarkoitettu itsenäisen asumisen ja siihen liittyvän toipumisprosessin (*recovery*) mahdollistava ohjelma. Vuonna 2000 perustettiin Rooman (Rooma / A territorio) paikalliseen terveystieteeseen (*Aziende Sanitarie Locali, ASL*) uusi terapeuttinen yhteisö. Taustalla oli hoitojärjestelmän jatkumoajattelun toimimattomuus nuorten skitsofreniaa sairastavien potilaiden kohdalla. Potilaat eivät itsenäistyneet tarjolla olevissa asumisratkaisuissa, vaan passivoituivat eivätkä päässeet etenemään kevyempiin asumismuotoihin. Terapeuttisen yhteisön jakson jälkeen nuorten asuminen oli järjestettävä niin, että toipumisprosessia voitaisiin ylläpitää. Paluuta alkuperäisiin koteihin perheiden luo ei pidetty mahdollisena eivätkä potilaat itse sitä halunneet.

Terapeuttisen yksikön nuorten potilaiden läheiset perustivat vuonna 2002 *Solaris*-yhdistyksen toimimaan potilaiden kanssa yhdessä asumisen järjestämiseksi. Yhdistys järjestää yhteistyössä hoitojärjestelmän eri toimijoiden kanssa asumisen ja tarvittavat palvelut nuorille. Yhdistys etsii ja vuokraa vapailta markkinoilta asuntoja. Potilaat määrittelevät, millaisen asunnon he haluavat, kenen kanssa haluavat asua sekä millaisia ja kuinka intensiivisiä palveluja he tarvitsevat. Asumiselle ei ole määritelty

¹⁴ Picardi ym. (2006) *The Environment and Staff of Residential Facilities*.

enimmäisaikaa, vaan tarkoitus on, että asunto on pysyvä koti. Tällä hetkellä asukkaita on 12 viidessä eri asunnossa tavallisissa asuintaloissa.

Asumisratkaisu perustuu toimijoiden tiiviille yhteistyölle. Asuntoon annettavista arjen tuesta vastaavat kunnan sosiaaliviranomaiset. Käytännössä palveluja antavat ulkopuoliset operaattorit osuuskunnasta. Henkilökunta (yksi työntekijä/asukas) on joustavasti saatavilla 24 tuntia vuorokaudessa jokaisena vuoden päivänä. Kotiin saatava tuki rakennetaan yksilöllisten toiveiden pohjalle ja se vaihtelee asukkaan tilanteen mukaan. Mielenterveyskeskukset (*Centro di Salute Mentale – CSM*) vastaavat tarvittavasta hoidosta ja laitoshoidoista. Hoitoa ja palveluja koordinoi ja valvoo mielenterveysosasto (*Dipartimento di Salute Mentale – DSM*), joka myös arvioi toimintaa.

Solaris-yhdistys hoitaa asuntojen hallinnoinnin ja talousasiat. Se antaa taloudellisen takuun asuntojen omistajille vuokrien maksusta. Yhdistyksellä ei ole omia rahastoja, vaan asukkaat maksavat kuukausittain yhdistykselle kykynsä mukaan vuokrasta, sähköstä ja kaasusta sekä muista kuluista. Asukkaiden tulot muodostuvat erilaisista tuista. Jos heidän tulonsa eivät riitä, tukee mielenterveysosasto heitä taloudellisesti sen mukaan, mitä yhdistyksen kanssa on sovittu. Noin 40 % kuluista katetaan asukkaiden tuloista, noin 10 % tulee hyväntekeväisyydestä ja loppu puolet katetaan julkisen terveydenhuollon hoitojärjestelmän tukena psykiatristen palvelujen hallinnoimien sosiaalirahastojen varoilla. Kustannuslaskelmat ovat osoittaneet, että yhden potilaan kokonainen vuosi *Solaris*-yksikössä maksaa yhtä paljon kuin 10 päivää sairaalassa.

Yhdistys järjestää säännöllisesti eri ammattiryhmien, perheiden, osuuskuntien ja vapaaehtoisten tapaamisia tietojen vaihtoa varten. Tapaamiset toimivat myös seurannan välineinä. Yhdistys järjestää paljon muitakin aktiviteetteja ja työmahdollisuuksia asukkaille. Asukkaiden perheet ovat aktiivisia osallistujia ja tuovat oman asiantuntemuksensa mukaan toimintaan. Myös läheiset saavat tukea ammattihenkilöstöltä.

2.5

Ryhmäasumista Vicenzan Provinsissa Veneton alueella

Tässä esimerkissä käsitellään paikallista mielenterveyskuntoutujien asumisjärjestelmää erityisesti ryhmäasumisen näkökulmasta. Veneton alueella Pohjois-Italiassa sijaitseva Vincenzan provinssi on 18 000 asukkaan alue, jonka läntisen osan paikallinen terveydenhoitoviranomainen on *Azienda Locale Socio Sanitaria (ALSS) 5*. Tämän organisaation osana mielenterveysosasto (*Dipartimento di Salute Mentale, DSM*) vastaa mielenterveyskuntoutujien asumisesta, hoidosta ja heille tarkoitettujen palvelujen suunnittelusta ja toteuttamisesta. Tästä tehtävästä säädetään laeissa nro 1616-2008, jotka koskevat organisaatioiden vastuita toimia mielenterveyskuntoutujien asumisasi- asioissa ja laeissa 651-2010, jotka sisältävät alueellisen mielenterveyskuntoutujien tukea koskevan ohjelman (*Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale*). Mielenterveysosasto solmii kuntien kanssa sopimuksia asuntojen järjestämisestä. Se solmii sopimuksia myös julkisen asumispalveluyhtiön (*ATER*) ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tai vuokraa asuntoja yksityisiltä.

Veneton alueen mielenterveyskuntoutujien asumisesta säädetään alueellisessa päätöslauselmassa 1616 vuodelta 2008, jonka mukaan kaikkien asumisyksiköiden tulee täyttää tietyt viranomaisten vaatimukset, jotta ne saisivat harjoittaa asumispalvelutoimintaa. Alueelliset määräykset sisältävät lupakriteereitä, joiden avulla kontrolloidaan ja seurataan yksikön rakenteellisia, teknologisia ja organisatorisia laatutekijöitä ja erityisesti tarkastetaan rakennuksen kunto, sosiaalinen ympäristö, johon se sijoittuu, henkilöstön minimimäärä, pätevyys ja vuorotyöjärjestelyt. Muita

kriteereitä ovat esimerkiksi se, miten palvelut tuotetaan, noudatetaanko ohjeita ja hyväksytyjä toimintatapoja.

Veneton paikallisen ALSS 5:n alueella asumispalvelut perustuvat mielenterveysongelmien vaikeusasteeseen ja käsittävät eri intensiteeteillä tuettuja ratkaisuja alkaen niistä, joissa on hoitoa ja henkilökunta paikalla 24 tuntia seitsemänä päivänä viikossa niihin, joissa henkilökunta on paikalla vähemmän kuin seitsemän tuntia vuorokaudessa. Viimeksimainituissa matalan intensiteetin ratkaisuihin on keskeistä kuntoutus, terapeuttisuus sekä sosiaaliseen elämään ja työelämään integroituminen, ei niinkään hoito. Seuraavanlaiset portaittaiseen järjestelmään perustuvat asumismuodot ovat tarjolla:

1. Tuetut terapeuttiset yhteisöt, joissa on intensiivinen hoito ja huolenpito. Henkilökunta on paikalla 24 tuntia kaikkina viikonpäivinä.
2. Terapeuttiset yhteisöt, joissa ei ole yhtä intensiivinen hoito ja huolenpito kuin edellisissä, mutta joissa on myös henkilöstö paikalla 24 tuntia vuorokaudessa kaikkina viikon päivinä.
3. Laajaan hoitoon ja huolenpitoon perustuvat asumisyhteisöt, jotka on tarkoitettu henkilöille, joiden psykiatriset ongelmat ovat pysyviä. Myös näissä henkilöstö on paikalla 24 tuntia vuorokaudessa kaikkina päivinä.
4. Asumisyhteisöt, joissa tuki ei ole yhtä intensiivistä kuin edellä mainituissa, ja henkilökunta on paikalla 12 tuntia päiväaikaan. Näissä asukkaita on maksimissaan kuusi ja ne ovat kodinomaisia ja niissä on kuntouttavat palvelut. Nämä ovat joko suoraan paikallisen terveydenhoitoviranomaisen johtamia tai niitä hallinnoivat sopimuksella kolmannen sektorin sosiaaliset osuuskunnat.

Yhteisöasumisesta (lähinnä vaihtoehdot 1–2) asukas voi siirtyä mielenterveyskuntoutujan ryhmäasumisyksikköön.

5. Ryhmäasumisyksiköt (*GAP*) ja itsenäisen asumisen asunnot, joissa tuki on kevyttä ja sisältää henkilöstöltä saadun asumisen tuen palvelut alle seitsemän tuntia päivässä. Ryhmäasumisyksiköt ovat pieniä, kahdesta neljään henkilön yksiköjä. Asumisratkaisuihin tuotettava tuki muotoutuu jatkuvasti jokaisen ryhmäasumisyksikön tarpeiden mukaan. Tuki on joustavaa, sillä *case managerit*¹⁵ ovat osa mielenterveysosaston kuntoutustiimiä ja näin ollen heidän saatavuutensa voidaan taata kaikkina päivän aikoina. Henkilöstö auttaa asukkaita pitämään huolta asunnosta ja maksamaan vuokransa ja muut laskunsa. He auttavat myös asukkaiden päivittäisessä rahankäytössä sekä hyvien naapuruussuhteiden ylläpidossa.

Yhteisöasumiseen ja ryhmäasumiseen on sisäänottokriteerejä, jotka perustuvat muun muassa sairauden laatuun ja vakavuusasteeseen, ikään, kongnitiivisten, sosiaalisten ja työnteon taitojen tasoon sekä kuntouttavaan ohjelmaan sitoutumiskykyyn. Alueen asiantuntijoiden mukaan ryhmäasumisesta on saatu 15 vuoden aikana kokemuksia siitä, että henkilöt, joilla on päihdeongelma tai vakava kehitysvamma, eivät sovi samaan ryhmäkotiin mielenterveyskuntoutujien kanssa. Sen sijaan asumisyksiköihin voidaan ottaa lievästi kehitysvammaisia henkilöitä, joilla on esimerkiksi psykoottisuutta tai rajatilapersoonallisuus. Vanhemmille henkilöille, joilla on psykiatrinen sairaus ja pysyviä sosiaalisia ongelmia, on perustettu laajan tuen (24 h) yhteisöasumista, jota hallinnoi julkinen sektori, ja jonka tuottaa kolmas sektori. Viime vuosilta on myös kokemusta kolmesta ryhmäasumisen muodosta, joissa potilaat asuvat puolisonsa kanssa. Heidän asumistaan tukee mielenterveysosaston kuntoutustiimi. Ryhmäasunnot jaetaan Vincenzoan provinssissa kohderyhmän mukaan kolmeen kategoriaan:

¹⁵ Case management-termille ei ole yksiselitteistä suomenkielistä vastinetta.

Ensimmäisen kategorian asunnot on tarkoitettu nuorille potilaille, joilla on perhe tukenaan. Ryhmäasunto on tällöin viimeinen vaihe kuntoutusprosessissa. Tarkoitus on rohkaista itsenäisyyteen ja valmistaa palaamaan perheen pariin. Toisen kategorian asunnot on tarkoitettu henkilöille, joilla ei ole enää perhettä tai jotka ovat erkaantuneet perheestään. Silloin ryhmäasuminen voi muodostua pitkäaikaisemmaksi. Kolmas ryhmäasumistyyppi on tarkoitettu pariskunnille.

Ryhmäasunnoille on asetettu joitain rakenteellisia kriteereitä. Asumisyksiköiden tulee olla kodinomaisia, ja niissä pitää olla yleiset tilat (ruokailutila ja olohuone). Makuuhuonetta kohti saa olla korkeintaan kaksi asukasta. Yhden hengen makuuhuoneen minimineliömäärä on 9 neliötä ja kahdenhengen 16 neliötä. Asukkaiden pitää saada itse sisustaa ja kalustaa huoneet. Yksiköiden tulee sijaita paikallisen terveydenhoitoyksikön alueella ja olla lähietäisyydellä urheilu- ja kulttuuritoiminnoista. Asiantuntijoiden mukaan kaikki alueen yksiköt täyttävät nämä kriteerit. Kaikki ryhmäasumisyksiköt sijaitsevat asuinalueilla, joilla asuu tavallisia kansalaisia. Ne ovat esimerkiksi pienissä kerrostaloissa tai pienasuinalueilla. Kuukausittain työntekijät tarkistavat, että suhteet asukkaiden välillä ja naapuruston kanssa pysyvät hyvinä. Kahdessa ryhmäasumisyksikössä asumisyksikön asukkaat ovat vastuussa talon yleisten tilojen hoidosta (rappukäytävien puhtaus ja yhteisestä sähkölaskusta huolehtiminen) ja muut asukkaat arvostavat tätä työpanosta.

Asumisyksiköille asetettujen kriteerien mukaan jokaisella asukkaalla pitää olla oikeus pitää itse huolta huoneistaan, tavaroistaan ja esimerkiksi henkilökohtaisesta pyykistään. Asukkailla pitää olla myös yksityisyyttä. Säännöt yleisten tilojen hoidosta ja yhteiselämästä on päätetty palveluntuottajien kanssa ja niistä keskustellaan kuukausittain. Toisten kunnioittaminen ja ystävällisyys ovat edellytyksiä asumiselle yksikössä.

Ryhmäasuminen edustaa viimeistä astetta kuntoutusprosessin jatkumossa. Se tulee kysymykseen, kun potilaat ovat saavuttaneet riittävät sosiaaliset ja työelämätaidot ollakseen itsenäisiä ja riittävän voimaantuneita. Asuminen on intergroitu hoidon ja kuntoutuksen kanssa. Ryhmäasuminen on tiiviisti yhteydessä psykiatriseen hoitojärjestelmään, joka tuottaa palvelut. Case managerit, jotka antavat tuen ryhmäasuntoon, ovat joko asumisyksiköiden tai psykiatrisen päiväkeskuksen henkilökuntaa. Yleensä he muodostavat työparin, jossa toinen on kouluttaja ja toinen tuesta vastaava työntekijä.

Palveluntuottajat seuraavat jokaiselle asukkaalle tehtävän mielenterveysosaston edellyttämän terapeutin ohjelman (*Progetto Terapeutico Personalizzato PTP*) toteuttamista. Case managerit seuraavat ryhmäasumista. *PTP* toimii myös välineenä, jonka pohjalta arvioidaan, mikä on psykiatrisessa sairaalahoidossa olleelle henkilölle sopiva asumisratkaisu. Jos potilaan kliininen tilanne tai sosiaaliset ja ihmissuhteet eivät mahdollista kotiutumista, potilas aloittaa aina ensin terapeutin yhteisöstä. Sieltä alkaa polku, joka johtaa viimeisenä vaiheena ryhmäasuntoon. Varsinaista palveluohjauksikköä ei ole, vaan mielenterveysosasto tukee ja neuvoa sekä järjestää siirtymiset palvelupolulla eteenpäin. Tämä tapahtuu yhteistyössä potilaiden ja perheiden kanssa.

Julkisen sektorin rooli on ryhmäasumisessa ratkaiseva, sillä se organisoii ja tuottaa palvelut ja palkkaa henkilökunnan, jonka avulla ryhmäasuntoyksiköt toimivat. Julkinen sektori myös seuraa ja tutkii asumiskustannuksia edullisen asumisen mahdollistamiseksi. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisujen kustannukset jakautuvat useamman toimijan välillä. Kunnat osallistuvat tekemällä *ALSS*:n kanssa sopimuksia rakennusten antamisesta käyttöön ilman korvausta. *ALSS* vastaa henkilökunnan (case management) palkkaamisesta ryhmäasuntoihin mielenterveysosaston kuntoutusorganisaation kautta. Mielenterveyskuntoutujat osallistuvat panoksella, joka muodostuu heidän omista työ- tai muista tuloistaan tai heidän perheidensä rahallisesta panoksesta. Näiden avulla katetaan asunnon käyttökustannuksia (vesi, sähkö ja lämmitys) sekä elämisen kustannuksia (ruoka ja siivous). Ryhmäasumisyksiköiden ja julkisen asumispalveluyhtiön (*ATER*) kanssa tehtävällä sopimuksella asukkaat

maksavat vuokraa, joka vaihtelee 20–75 euron välillä henkilöltä kuussa. Kustannusosuudet jakautuvat ALSS 5:n ryhmäasuntoyksiköissä keskimäärin siten, että 40 % kustannuksista maksaa ALSS, 20 % kunnat ja 40 % asukkaat ja heidän perheensä.

Tällä hetkellä ALSS 5:n DSM:llä on organisoituna 18 pientä, kahdesta kolmeen asukkaan asuntoa (yhteensä 39 asukasta), joihin se tuottaa kuntoutuspalvelujen toimialaan kuuluvat case management-palvelut. Keskimääräinen henkilöstön antama tuki vaihtelee ajallisesti kahden ja neljän tunnin välillä päivässä. Käytetty aika riippuu asukkaiden kyvystä hoitaa asuntoa, heidän keskinäisistä suhteistaan ja suhteistaan naapureihin. Joka kuukausi järjestetään kokous, jossa ovat mukana asukkaat ja case managerit ja jossa keskustellaan esiin tulevista asioista ja käytännön järjestelyistä sekä tehdään kollektiivisia asumista koskevia päätöksiä. Jokainen asukas voi myös itse ottaa yhteyttä palvelun järjestäjään tarvittaessa.

ALSS 5:n alueella Vincenzan provinssissa on ryhmäasuntoja enemmän kuin suurimmassa osassa muuta Veneton aluetta. Alueella on muita territorioita, joissa tämä välimuotoinen asuminen on otettu käyttöön vasta äskettäin ja sille yritetään saada resursseja. Tällaisilla paikkakunnilla ainoa vaihtoehto kuntouttavissa hoitoyksiköissä asumisen jälkeen on palata suoraan alkuperäisen perheen pariin. Alueen asiantuntijoiden mukaan viimeisen 10 vuoden kehityssuuntana on ollut matalamman intensiteetin ratkaisujen vähittäinen lisääntyminen. Näissä on keskitytty mielenterveyspalvelujen tuottamaan yhdistettyyn kuntoutukseen ja terapiaan, jotka voimistavat mielenterveyskuntoutujien omaa toimintakykyä.

Asiantuntijoiden mukaan ryhmäasumiskokeilu on mahdollistanut sen, että hyviä tuloksia toipumisessa saavuttavat myös sellaiset eri ikäiset potilaat, joilla on hyvin kompleksinen lääketieteellinen ja sosiaalinen tilanne. Joillekin tämä vaihtoehto on tätä kautta tie takaisin täysin itsenäiseen asumiseen tai perheiden luo. Joillekin se taas tarjoaa paikan asua ja elää ja olla aktiivisena toimijana omissa hoitoratkaisuissaan ja sosiaalisissa suhteissaan. Ryhmäasunto asumismuotona ei ole kuitenkaan vielä täysin kehittynyt ja yleistynyt alueellisesti eikä kansallisesti Italiassa. Usein kuitenkin mielenterveysosastojen kehittäessä uusia asumisratkaisuja ne päätyvät ryhmäasuntotyyppisiin ratkaisuihin. Asumistyyppi olisi asiantuntijoiden mukaan paremmin kehitetty, jos olisi olemassa säädöksiä ja organisoitua koskevia kriteereitä, jotka myös kertoisivat, kuinka monta ryhmäasuntoa kullakin mielenterveysosastolla tulisi olla suhteutettuna sen väestöpohjaan.

2.6

Trieste ja San Giovanni Compound-kokonaisuus

Kolmannessa esimerkissä Triestessä Friuli-Venezia Giulian alueella Pohjois-Italiassa on luotu mielenkiintoinen kokonaisuus, jossa on samalla kaupungin alueella mielenterveyspalvelujen ja asumisen lisäksi muuta asumista ja monipuolista toimintaa, johon mielenterveyskuntoutajat osallistuvat aktiivisesti. Trieste on Italian psykiatrisen reformin edelläkävijä. Siellä kehitettiin mielisairaalan alasajon jälkeen yhteisöpohjaisten palvelujen verkosto, joka on ollut myös muiden alueiden palvelujen kehittelyn esikuvana. Kullakin alueella on kuitenkin painotettu erilaisia asioita omista alueellisista lähtökohdistaan käsin. Vuonna 2006 asumisyksikköjen rahoitus siirtyi terveydenhuollon budjettiin. Terveydenhuollon tuottama palveluverkosto koostuu kuten muuallakin maassa mielenterveysosastosta (DSM) ja mielenterveyskeskuksista (CSM), psykiatrisesta yksiköstä yleissairaalassa, asumispalveluista ja suuresta määrstä erilaisia kuntoutusohjelmia, muun muassa sosiaalisia osuuskuntia.

Mielenterveyskeskukset (yhteensä 5) toimivat ympäri vuorokauden tarjoten avohoittoa, ja niissä on 6-8 vuodepaikkaa kriisitilanteita varten sekä päivä- että yökäyt-

töön. Niissä voi viipyä jopa useita viikkoja, mutta keskimääräinen aika on kaksi viikkoa. Ne tarjoavat myös päiväsairala- ja päiväkeskuspalveluja. Lisäksi ne hallinnoivat ryhmäkoteja, siirtymävaiheen terapeuttisia yhteisöjä ja muita asumisryhmiä. Toimintatapa painottaa jatkuvuutta kuntoutuksessa varsinkin vakavasti mielenterveysongelmaisten kohdalla. Tässä lähestymistavassa tuetaan omien perusoikeuksien toteuttamisessa ja sosiaalisten mahdollisuuksien, kuten esimerkiksi asuminen, opiskelu, työvalmennus, terveydenhuolto ja vapaa-ajan vietto, hyödyntämisessä sekä toimimisessa viranomaisten kanssa. Palveluja annetaan potilaiden kotiin ja asumispalveluihin.

Vanhan mielisairaalan San Giovanni Compoundin alueella toimii nykyään lukuisia oppilaitoksia, ravintoloita jne. Mielenterveysosastolla on 10 rakennusta, hallintorakennus, useita pieniä asuntoja, kuntoutusosasto, sosiaalisia osuuskuntia ja baari. Alue on maisemallisesti ja arkkitehtonisesti kauniissa ympäristössä keskellä Triesten etnistä ja kulttuurista moninaisuutta. Aluetta on kehitetty niin, että sinne on tuotu toimintoja ympäröivästä yhteisöstä. Alueella on myös erillinen asumis- ja kuntoutuspalvelutoimisto, joka tukee mielenterveysosaston asiakkaiden kuntoutusta, itsenäistymistä ja sosiaalista integraatiota. Se työskentelee läheisessä yhteistyössä paikallisten terveydenhoitoalueiden mielenterveyskeskusten kanssa. Tämän yksikön suorassa valvonnassa ja koordinaatiossa osuuskunnat pitävät yllä ja hallinnoivat asumisyksiköjä sekä auttavat asiakkaita kehittämään sosiaalisia suhteitaan ja kykyjään. Asumis- ja kuntoutuspalvelut tuottavat seuraavat palvelut: asumispalvelujen koordinoitumisto, työhön valmennus- ja työllisyystoimisto ja vapaaehtoistyön resurssien koordinointi.

Asumispalvelujen koordinoitumisto tekee aloitteita ja kehittää strategioita, joiden tarkoituksena on parantaa mielenterveysosaston asumispalvelujen asukkaiden elinoloja sekä kehittää kuntoutus- ja valmennusprojekteja. Sen tehtäviin kuuluu myös huolehtia asumispaikoista ja koordinoita niiden käyttöä. Tarjolla on kahdenlaista asumispalvelua:

1) Terapeuttiset/kuntoutusasumisyksiköt

Nämä ovat taloja tai asuntoja, jotka paikallinen terveydenhuollon toimisto on joko vuokrannut tai omistaa. Niitä hallinnoi asumis- ja kuntoutuspalvelut joko suoraan omien operaattoriensa välityksellä tai sopimuksilla tyyppin A osuuskuntien tai vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Tällaisia asumisyksiköjä on 10 ja niissä asui vuoden 2005 lopussa yhteensä 70 vierasta¹⁶. Kuusi kymmenestä asuinyksiköstä (43 vierasta) sijaitsee San Giovanni Compound -alueella, eli entisen mielisairaalan kiinteistöihin perustetulla palvelualueella. Asunnot ovat henkilöille, joilla on vakavia mielenterveysongelmia ja vammaisuutta ja joilla ei ole perhettä tai sosiaalista verkostoa ja jotka tarvitsevat henkilökohtaista jatkuvaa terapeuttiskuntouttavaa ohjelmaa. Asuinyksiköissä on joko päiväaikainen tai ympärivuorokautinen henkilökunta. Asukkaaksi ottaminen perustuu henkilön kuntoutusprojektissa mukana olevien eri operationaalisten yksiköjen (esim. mielenterveystoimisto ja päiväsairala) tekemään arviointiin. Asukkaaksi tulon jälkeenkin kontakti kotipaikan yhteisöön säilyy ja oman mielenterveystoimiston palvelut ovat edelleen käytettävissä. Edustajat palvelujen tuottajayksiköistä ja asumisyksiköjen hallinnointiin liittyvät osuuskunnan edustajat kokoontuvat kuukausittain seuraamaan ja arvioimaan asukkaiden edistymistä, erityisesti vasta tulleiden.

¹⁶ Termiä vieras(*ospite*) käytettiin mielisairaalaan reformin yhteydessä vapautetuista potilaista ja joissain yksiköissä käytetään edelleen.

2) Sosiaaliseen integrointiin tähtäävät asumisyksiköt/asuinryhmät

Näitä hallinnoivat suoraan mielenterveyskeskukset. Vuoden 2005 lopussa näissä oli kaikkiaan 40 asukasta 11 eri ryhmässä. Nämä yksiköt on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät ole itsenäisiä ja jotka tarvitsevat siksi tukea päivittäisessä elämässä sekä henkilöille, joille voi olla erityistä hyötyä yhteisasumisesta. Paikallinen terveydenhuollon toimisto on joko vuokrannut nämä asunnot tai omistaa ne. Niitä pyörittävät palveluoperaattorit, jotka tuottavat joustavaa päiväaikaista tukea lähtien asukkaiden tarpeista ja autonomian tasosta.

Lisäksi on sosiaalisia osuuskuntia. Niistä säädettiin ensimmäisen kerran laissa vuonna 1980. Friuli-Venezia Giulian alueellisessa laissa nro 72 ne määriteltiin mielenterveysongelmaisten kuntoutuksen resursseiksi. Laissa todetaan muun muassa sosiaaliseen integraatioon tähtäävät ryhmäkodit ja sosiaaliset osuuskunnat, jotka työskentelevät läheisessä yhteistyössä mielenterveysosaston kanssa laitosisjärjestelmän purkamiseksi, erityisesti sosiaalisen integraation rakenteiksi. Vuonna 1991 sosiaalisten osuuskuntien ohjauksesta annettu laki (381) jakaa osuuskunnat kahteen ryhmään A- ja B-osuuskuntiin. A-tyyppin osuuskunnat työskentelevät lain mukaan julkisen intressin mukaisesti ja edistävät inhimillisyyttä ja kansalaisten integrointia sosiaalisen, terveydenhoidon ja hyvinvointipalvelujen järjestämisen kautta. B-osuuskunnat taas ovat työosuuskuntia. Paikallinen terveydenhuoltoviranomainen luo kumppanuuksia sosiaalisten osuuskuntien kanssa pyytämällä tarjouksia asumispalveluita ja kuntoutusohjelmista. Nämä osuuskunnat tuottavat palveluja muun muassa asumispalveluissa ja arjen taitojen ylläpidossa sekä sosiaalisten taitojen ylläpitoon liittyvissä tehtävissä.

3 Ruotsi – pyrkimys mahdollisimman tavallisiin asuntoihin

3.1

Oikeus asua kuten muutkin

Ruotsissa on käyty läpi samankaltainen psykiatrisen hoidon reformi kuin suurimmas-
sa osassa muitakin läntisiä maita. Laitosvaltaisuuden purkaminen alkoi vähitellen
1960-luvulla. Prosessiin liittyi myös muita muutosta tukevia uudistuksia. Vuonna
1982 voimaan tulleeseen sosiaalipalvelulakiin (*Socialtjänstlagen, SOL*) sisältyi kuntien
sosiaalipalveluille annettava suurempi vastuu mielenterveyskuntoutujien asumisen
järjestämisestä hyväksyttävälle tasolle. Yhteisöpohjaisia ja avohoitopohjaisia psykiat-
risia palveluja alettiin toteuttaa alueittaisina tietyn väestöpohjan mukaan. 1980-luvun
lopulla vastuunjaot mielenterveyshoidon ja sosiaalipalvelujen välillä olivat kuitenkin
epäselviä. Vuonna 1993 hallituksen teettämässä selvityksessä todettiin, että sosiaali-
palveluiden saavutukset asumisen kehittämisessä olivat vielä riittämättömiä. Tulosten
mukaan laitoksesta kotiutetuista potilaista (223 potilaan otos) 43 % muutti omaan
asuntoon, 30 % vanhainkotiin, 24 % somaattiseen hoitokotiin ja 3 % ryhmäkotiin.

Vuonna 1995 toimeenpantiin varsinainen mielenterveyshoidon reformi. Sen pää-
painoalueita olivat hoidollinen itsemääräämisoikeus ja mielenterveyspotilaiden osal-
isuus. Oleellinen osa reformia oli laki, jolla säädettiin kuntien taloudellisesta vastuus-
ta sairaalahoidossa olevista psykiatrisista potilaista, jotka selviytyisivät lääkityksen ja
tuen avulla avohoidossa. Vastuu näistä mielenterveyskuntoutujista siirrettiin maakä-
räjiltä (*landstinget*) kunnille. Reformin seurauksena psykiatristen sairaaloiden paikat
vähenivät huomattavasti. Kun kuusikymmenluvun lopulla Ruotsissa oli noin 35 000
psykiatrista laitospaikkaa, määrä oli pudonnut vuoteen 2003 mennessä 4 606:een.
Reformin jälkeen kuntien tuli tuottaa mielenterveyskuntoutujille paitsi tarvittava
asuminen ja siihen liittyvä tuki, myös työtä ja vapaa-ajanviettomahdollisuuksia.

Reformin tavoitteena oli, että mielenterveyskuntoutujat voisivat elää kuten muut-
kin. Heillä tuli olla valinnan vapaus, loukkaamattomuus (*integritet*) ja itsemäärää-
misoikeus. Kohderyhmä määriteltiin uudelleen siten, että alettiin puhua henkilöistä,
joiden psyykkinen toimintakyky on rajoittunut (*psykisk funktionshindrade*), kun aiem-
min oli puhuttu psyykkisesti sairaista ja häiriytyneistä. Tästä seurasi, että mielen-
terveyskuntoutujat siirrettiin kuntien sosiaalitoimen vastuualueelle muulla tavoin
toimintakyvyltään rajoittuneiden, eli vammaisten henkilöiden, kanssa.¹⁷ Koska asu-
mispalveluissa asuvat mielenterveyskuntoutujat saattavat ajoittain tarvita psykiat-
rista hoitoa, aiheutti tämä muutos sen, että sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon
palveluiden oli toimittava tiiviissä yhteistyössä.¹⁸

¹⁷ Lindqvist & Bengtsson & Fredén & Larsen & Rosenberg & Ruud & Wahlbeck (2011) Från reformintenti-
on till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. Nordiska
högskolan för folkhälsovetenskap. Rapportserie 2011:4 R.

¹⁸ Brunt, David & Tibblin, Lena (2011) Supported housing and housing support for the psychiatrically
disabled. Background, population, policies, practices and current challenges AOTEAROA New Zealand
Social Work Issue 23(1&2), 2011.

Moniportainen ja monitoimijainen järjestelmä

Ruotsin asuntoviraston (*Boverket*) tehtäviin kuuluu ohjata asuntorakennustoimintaa. Se on hallituksen sosiaaliosaston (*Socialdepartementet*) alainen virasto. Saman osaston alainen on myös sosiaalihalitus (*Socialstyrelsen*), joka ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Alueellisella tasolla sosiaaliasioita valvovat lääninhallitukset (*länstyreslen*), joita on 20. Maakäräjät (*landstinget*), joita myös on 20, taas vastaavat terveyden- ja sairaanhoidosta.

Paikallisella tasolla mielenterveyskuntoutujien asumisen kannalta avainasemassa ovat 290 kuntaa (*kommun*), jotka vastaavat sosiaalipalveluista ja toteuttavat alueellaan asuntopoliittista suunnittelua ja toimeenpanoa. Kuntien sosiaalilautakunnat (*socialnämnden*) ovat lakisääteisesti veloitettuja huolehtimaan mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja siihen liittyvistä sosiaalipalveluista. Sosiaalipalvelulain (5 kap 7§ SOL) mukaan sosiaaliviranomaisten pitää toimia niin, että yksittäiset mielenterveyskuntoutujat voivat asua itse haluamallaan tavalla ja siten, että asuminen soveltuu heidän erityisen avun tarpeisiinsa. Kunnan sosiaaliviranomaisten on tarjottava mielenterveyskuntoutujille erityisasumista (*bostad med särskild service*). Erityisasuminen mahdollistetaan niille kuntalaisille, joilla on fyysisiä, psyykkisiä tai muista syistä johtuvia merkittäviä vaikeuksia elämässään ja jotka eivät pysty asumaan tavallisessa asunnossa saatavilla olevan tuen turvin.

Vuosina 1991–1995 myönnettiin valtion avustuksia ryhmäkotien rakentamisen nopeuttamiseksi. Tuolloin avustusten saannin ehtona oli, että asumisyksiköt olivat pieniä, niissä oli aiempaa vähemmän asuntoja ja tilat olivat asianmukaiset. Lisäksi vaadittiin, että saatavilla oli henkilökunnan tuki ja pääsy yhteisiin tiloihin. Tämä koski myös vanhempia asuntoja, jotka eivät alun perin täyttäneet kriteerejä. Kuntien vastuulla oli saattaa mielenterveyskuntoutujien asuminen säädösten mukaiselle tasolle.

Reformiin sisältyi myös huomattava taloudellisten resurssien siirto maakäräjiltä kunnille uusien velvoitteiden aiheuttamien kustannusten kattamiseksi. Hallitus rohkaisi sektorien väliseen yhteistyöhön lainsäädäntöä vahvistamalla ja antamalla kohdennettua tukea siirtymäajaksi kunnille ja maakäräjille. Valtio on ottanut myös viime vuosina enemmän ohjausvastuuta mielenterveyskuntoutujien asumisen ja palvelujen järjestämisestä rahoituksen myöntämisen kautta. Hallitus on muun muassa osoittanut sosiaalihalitukselle rahaa jaettavaksi kunnille ja maakäräjille mielenterveyskuntoutujien tukeen ja asumiseen.

Ongelmana on edelleen sosiaalitoimen ja psykiatrian heikko keskinäinen yhteistyö. Ruotsissa on voimakas kuntien itsemääräämisoikeuden periaate, ja joka kunta päättää itse, kuinka tehtävät palvelujen ja asumisen suhteen jakautuvat eri hallinnonalojen välillä. Vastuu mielenterveyskuntoutujista jakautuukin kunnissa eri tavoin. Asiantuntijoiden mukaan vastuu kohderyhmästä voi kunnassa jakautua useammalle hallinnonalalle, ja joissain tapauksissa vastuunjaossa tehdään toistuvia uudelleenjärjestelyjä.

Lisäksi kuntien näkökulmasta tehtäviä on liikaa suhteessa resursseihin. Kuntasektori on kiinnittänyt huomiota kunnille säädettyjen tehtävien kustannusten nousemiseen ja siihen, että valtion rahoitus ei ole lisääntynyt. Asiantuntijat ovat arvioineet, että erityisasumisen kustannukset ovat yli kaksinkertaistuneet, mutta kunnat eivät ole saaneet valtiolta vastaavia resursseja. Kunnat puolestaan ovat saaneet moitteita sosiaalihalitukselta siitä, että mielenterveyskuntoutujien asumisasiota ei ole kaikkialla hoidettu riittävän hyvin.

Asiantuntijat ovat arvioineet, että Ruotsin mielenterveyskuntoutujien hoito- ja asumisjärjestelmän kehitys vahvuuksineen ja heikkouksineen on hyvin samankaltainen kuin muissakin länsimaissa. Laitosjärjestelmän purkaminen ja yhteisöpohjaisten pal-

velujen kehitys on ollut Ruotsissa monimutkainen johtuen monista hallinnon tasoista ja järjestelmän osista. Samoin kuin esimerkiksi Englannissa, yhteisöpohjaisen mielenterveyshoidon tuottaa Ruotsissa kaksi eri järjestelmää: läänintasolla maakäräjät vastaavat hoidosta ja paikallistasolla kuntien sosiaalipalvelujärjestelmä tuottaa asumisen ja palvelut. Roolien ja vastuiden jako edellyttää vahvaa yhteistyötä ja koordinoitua kohderyhmän parhaaksi, mikä voi vaikeuttaa haastavimpien kohderyhmien asumisen järjestämistä. Yhdeksi suureksi ongelmaksi asiantuntijat nimeävät sen, että osa mielenterveyskuntoutujista asuu asumisyksiköissä kaukana paikkakunnilta, joissa he ovat kirjoilla. Asiantuntijoiden mukaan Ruotsin mielenterveyshoitajärjestelmä on vaikeuksista huolimatta tehnyt kuitenkin paljon työtä tuottaakseen yhdenvertaista ja asianmukaista asumista.

3.3

Erityisasumista ja asumisen tukea

Ruotsin noin 9,3 miljoonaisesta väestöstä on maan sosiaalihuollon vuonna 2006 tekemän tutkimuksen mukaan 1,6 % osuus (n.150 000 henkilöä) mielenterveyskuntoutujia (*personer med psykisk funktionsnedsättning*). Suuri osa heistä asuu Tukholmassa, Göteborgissa ja Malmössä. Vuonna 2008 tehty tutkimus osoitti, että noin 8 000 henkilöä (5 % kohderyhmästä) asui erilaisissa asumispalveluissa. Tästä osuudesta taas kolme neljäsosaa oli julkisella sektorilla kuntien tuetun asumisen ohjelmissa ja yksi neljäsosa yksityisellä sektorilla yritysten ylläpitämissä ja kunnan ostopalveluna heille hankkimissa asumismuodoissa. Tilastotietoja ei ole saatavissa siitä, kuinka moni asuu omissa asunnoissaan asumisen tuen (*boendestöd*) turvin. Asiantuntijat kuitenkin arvioivat, että tuen turvin tavallisessa asunnossa asuu 20 000–25 000 henkilöä, joiden psyykinen toimintakyky on pitkäaikaisesti alentunut. Tämä muodostaa 13–14 %:n osuuden kohderyhmästä. Arvioinnin vaikeutta kuvastaa se, että luvuksi on esitetty myös 15 500. Joka tapauksessa tavallisin asumismuoto mielenterveyskuntoutujille on tavallinen asunto, johon saadaan asumisen tukea¹⁹.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa, niin erityisasumisessa kuin tavallisessa asumisessakin, korostetaan tietoon perustuvaa työtapaa (*kunskapsbaserad arbetsätt*). Myös käsite näyttöön perustuva (*evidensbaserad*) on vallannut yhä suurempaa alaa ja tullut läpileikkaavaksi periaatteeksi sosiaalipalveluihin. Sosiaalihuolto määrittelee näyttöön perustuvan käytännön strategiaksi, jossa päätöksenteko on läpinäkyvä, ja perustuu käyttäjän (*brukare*), eli tässä tapauksessa asukkaan, kokemuksiin, ammattilaisten asiantuntemukseen ja parhaaseen käytettävissä olevaan tieteelliseen tietoon.²⁰

Sosiaaliviranomaisten tulee myös huolehtia siitä, että eri tukimuodot järjestetään yksittäiselle mielenterveyskuntoutujalle yhtenä kokonaisuutena ja eri tahojen yhteistyönä. Tukitoimet mielenterveyskuntoutujille järjestää sosiaalipalvelujen sisällä sosiaalipsykiatrian toimiala, jolle yleensä kuuluvat myös kaksoisdiagnosipotilaat ja päihteiden ongelmakäyttäjät. Sosiaalipsykiatria edustaa moniammatillista ja asiakaslähtöistä lähestymistapaa ja se sisältää muun muassa asumisen ja asumisen tuen (*boendestöd*) mielenterveyskuntoutujille. Asumisen tuki työmuotona kehitettiin mielenterveyskuntoutujia varten psykiatrisen reformin jälkeen 1990-luvun puolivälissä. Asumisen tuki on erotettava tavallisesta kotipalvelusta (*hemtjänst*). Työmuoto vaatii

¹⁹ Brunt, David & Tibblin, Lena (2011) Supported housing and housing support for the psychiatrically disabled. Background, population, policies, practices and current challenges AOTEAROA New Zealand Social Work Issue 23(1&2), 2011.

²⁰ Det är mitt hem, Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Sosiaalihuollon raportteja joulukuuta 2010.

erilaista pätevyyttä ja sen työnkuva on monitahoisempi. Asumistukijoilla (*boendestödjare*) voi olla erilaisia pätevyksiä riippuen kunnasta tai yksittäisestä palvelun tuottajasta ja työnantajasta, joka voi määrittellä pätevyysvaatimukset. Osalla asumistukijoista on eritasoisia terveydenhuollon koulutuksia (*skötare, underskötare*) ja osalla on aiempaa kokemusta psykiatrisesta hoidosta. Nykyisin tehtävässä toimii myös korkeakoulututkinnon suorittaneita, ja korkeakoulututkinto voi olla pätevyysvaatimuksena.

Kunta voi myös ostaa palveluja yksityisiltä tuottajilta. Asiantuntijoiden mukaan asumispalveluiden laadusta on kuitenkin alkanut tulla valituksia erityisesti Tukholmassa sen jälkeen, kun asuntoihin annettavia palveluja ovat alkaneet tuottaa myös yksityiset yritykset kaupungin kanssa tekemiensä sopimusten perusteella. Vapaaehtoisia työntekijöitä ei Ruotsissa yleensä käytetä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Järjestelmä on erilainen kuin esimerkiksi Englannissa, jossa vapaaehtoisia käytetään kaikissa palvelujärjestelmän osissa.

Osa mielenterveyskuntoutujista tarvitsee asumismuodon, jossa on saatavilla henkilökuntaa ja palveluja. Henkilöt, joiden psyykinen toimintakyky on vakavasti ja pitkäaikaisesti alentunut, voivat saada erityisillä palveluilla varustetun asunnon (*bostad med särskild service*). Tällaisen asunnon voi saada kahden eri lain perusteella: Laki tuesta ja palveluista henkilöille, joilla on tiettyä toiminnallista vajaakuntoisuutta (*Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS 1993*) ja sosiaalipalvelulaki (*Socialservicelagen SOL, 2001*). Yleensä kunnan asuntoviranomainen rakennuttaa erityisasumiseen tarkoitettut asunnot ja kunta pääsääntöisesti omistaa nämä asunnot. Sosiaalipalvelujen toimiala välivuokraa asuntoja edelleen mielenterveyskuntoutujille. Palvelujen järjestäminen asuntoihin on myös sosiaaliviranomaisten vastuulla.

Laki tuesta ja palveluista henkilöille, joilla on tiettyä toiminnallista vajaakuntoisuutta (*LSS*) sisältää yksilön oikeuden erityiseen asuntoon ja sitä voidaan kutsua oikeuslaiksi. Se menee siten velvoittavuudessaan kunnallisen itsemääräämisoikeuden edelle. Laki määrittelee aikuisille henkilöille, joilla on tietty toiminnallinen vajaakuntoisuus (mukaan lukien psyykkisen toimintakyvyn aleneminen), kolme eri tyyppistä asumismuotoa:

- ryhmäasunto, jossa on kaikki tarvittava palvelu ja henkilökunta ympäri vuorokauden
- palveluasunto, jossa on tietyt palvelut ja henkilökunta ympäri vuorokauden
- muu erityisesti mukautettu asunto (*annan särskilt anpassad bostad*), joka on erillinen asunto mukautettuna vajaakuntoisen tarpeisiin, mutta jossa ei ole paikalla henkilökuntaa.

Ryhmäasunnot ja palveluasunnot katsotaan erityisasumiseksi. Erityisasuminen on tarkoitettu niille vajaakuntoisille (ml. mielenterveyskuntoutujat), jotka tarvitsevat asumiseensa tukea ja palveluja paikan päällä olevalta henkilökunnalta. Näiden asuntojen saaminen edellyttää viranomaispäätöstä. Lainsäätäjä on jättänyt mahdollisuudet auki myös vaihtoehdoille kehittää muita erilaisia asumismuotoja mielenterveyskuntoutujille. Laki sulkee kuitenkin pois mielenterveyskuntoutujien asumismuotoina asumisen sairaalassa, lyhytaikaiskodissa (*korttidshem*) ja hoitokodissa (*hem för vård*).

Sosiaaliviranomaisten ohjekirja määrittelee *LSS*-lain perusteella tarjolla olevat asumismuodot seuraavasti:

Ryhmäasunto (*gruppbofastad*) on asumisvaihtoehto henkilöille, joilla on niin suuri valvonnan ja hoidon tarve, että henkilökunnan melko jatkuva läsnäolo on välttämätöntä. Lain valmisteluasiakirjoissa ryhmäasumisyksiköt kuvataan pieneksi ryhmäksi asuntoja, jotka on koottu samaan piiriin ja jossa palveluja ja hoitoa voidaan antaa kaikkina aikoina vuorokaudesta. Ryhmäasuntojen yhteinen alue pitää sijoittaa niin, että se toimii asukkaiden luontevana kokoontumispaikkana. Yksittäisten asuntojen

pitää kuitenkin olla täysimääräisiä (*fullvärdiga*) asuntoja eli niissä pitää olla makuutila, oleskelutila, ruoanlaittutila ja tila henkilökohtaisen hygienian hoitoon sekä wc. Asuntojen määrän pitää ryhmäasumisyksiköissä lisäksi olla pieni, enintään 3-5 asuntoa.

Ryhmäasuntojen yhteistilat tarjoavat mahdollisuuden toisten ihmisten seuraan, mutta niissä oleskelun pitää lähteä asukkaista itsestään. Toimintoja ei saa myöskään keskittää niihin esimerkiksi työntekijöiden työn tai valvonnan helpottamiseksi. Yhteistilojen pitää olla tarkoitettuja vain yksikön omille asukkaille ja henkilökunnalle. Ulkopuolinen käyttö luo ohjeiden mukaan laitosmaista leimaa ja voi olla vahingollista pienessä ryhmässä saavutettaville eduille. Ryhmäasunnoissa pyritään mahdollisimman homogeenisen pienyhteisön luomiseen. Sosiaalihuollituksen mukaan kunnille on huomautettu siitä, että yksiköissä on liikaa erilaisiin kohderyhmiin kuuluvia.

Palveluasunnossa (*servicebostad*) palvelut ja henkilökunta ovat yhteisiä toisten palveluasunnoissa asuvien kanssa. Asunnot on usein mukautettu asukkaan tarpeisiin, ja ne sijaitsevat samassa talossa tai samassa pihapiirissä muiden palveluasuntojen kanssa. Palveluasuminen on välimuoto täysin itsenäisen, omassa asunnossa tapahtuvan asumisen ja ryhmäasunnossa asumisen välillä. Kuten ryhmäasuntojen, tulee palveluasuntojenkin olla täysimääräisiä asuntoja.

Palveluasunnoissa voi asua enemmän eri kohderyhmiä edustavia asukkaita kuin ryhmäasunnoissa. Palveluasuntoihin saa palvelua ja tukea asukkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti vuorokauden ympäri. Palveluasunnoissa voi olla myös lukumääräisesti enemmän asukkaita kuin ryhmäasunnoissa. Asukasmäärän pitää olla kuitenkin niin rajattu, että yksikkö integroituu hyvin asuinalueeseen, jotta vältetään laitosten syntyminen. Palveluasuntojenkin suhteen pitää siksi välttää niiden sijoittamista muiden erityisasuntojen tai erityispalvelujen lähelle tai yhteyteen.

Vajaakuntainen, joka ei kuulu LSS-lain piiriin, mutta joka tarvitsee toimintakyvyn vajauksensa perusteella erityisillä palveluilla varustettua asuntoa, voi saada sen Sosiaalipalvelulain perusteella (SOL 5 § 7). Silloin tavallisimmat asumismuodot ovat ryhmäasunto, palveluasunto ja hoitokoti (*sjukhem*). Ryhmäasunto ja palveluasunto voivat muistuttaa vastaavia LSS-lain perusteella tarjottavia asumismuotoja, mutta ne eivät ole sosiaalipalvelulaissa aivan yhtä säänneltyjä. Sosiaalihuollituksen suunnittelua ja standardeja koskevat säännöt ja ohjeet puuttuvat näiden osalta. Hoitokoti on vaihtoehto silloin, kun muut asumismuodot eivät enää ole mahdollisia. Sosiaalipalvelulain perusteella saatava apu voi olla jopa asumista, joka ei ole pysyvää, esimerkiksi laitostasumista tai niin sanottua *Ett hem för vård och boende (HVB)* -asumista. Se on Ruotsissa palvelukonsepti, joka kunnan tilaamana tarjoaa pääasiassa asumista lapsille ja nuorille, jotka eivät voi asua omassa kodissaan. Se voi myös tarjota asumista aikuisille, joilla on sosiaalisia ongelmia ja jotka tarvitsevat hoitoa ja tukea. Nämä asumisratkaisut voivat olla yksityisen, kunnan tai osuuskunnan omistamia ja hallinnoimia.

Muu erityisesti mukautettu asunto aikuisille (*annan särskilt anpassad bostad för vuxna*) tarkoittaa asuntoa, joka on mukautettu toimintarajoitteisten henkilöiden tarpeisiin, mutta ilman siellä toimivaa henkilökuntaa. Asukkaalle pitää antaa toivottuja palveluja ja tukea LSS-lain määrittelemissä rajoissa. Tukea voidaan antaa asuntoon myös Sosiaalipalvelulain mukaisena kotipalveluna. Tällaisessa asunnossa asumista ei kuitenkaan katsota erityisasumiseksi eikä kuntaa voida velvoittaa antamaan terveydenhoitopalveluja. Asumismuotoon eivät kuulu myöskään vapaa-ajantoiminta tai kulttuuriaktiiviteetit.

Muita mahdollisia asumisen muotoja ovat esimerkiksi sosiaalipalvelulain mukainen kollektiivinen asuminen (*kollektivboende*), jossa joukko mielenterveyskuntoutujia jakaa isomman asunnon tai omakotitalon tavallisella asuinalueella. Asukkaat saavat yleensä tarvitsemansa arjen tuen henkilökunnalta. Maakäräjät vastaavat terveyden ja sairaanhoidon palveluista ja kaupunginosalautakunnat asumisen tuesta (*boendestöd*).

Kollektiivinen asuminen on yleisintä Tukholmassa, mutta se on vähenemässä, sillä uusia yksiköitä ei juuri synny.

Lisäksi sosiaalipalvelulain perusteella voidaan järjestää kokeilu- ja harjoittelu-asuntoja (*försöks- och träningslägenheter*). Ne on tarkoitettu aikuisille, jotka päihneiden väärinkäytön, psyykkisten ongelmien tai muiden vakavien sosiaalisten ongelmien vuoksi tarvitsevat tukea. Tavoitteena on asukkaan itsenäinen asuminen.

3.4

Täysimääräisiä pysyviä koteja

Erityisasumisesta ja oikeudesta siihen säädetään sekä sosiaalipalvelulaissa (*SoL*) että laissa tuesta ja palveluista henkilöille, joilla on tiettyä toiminnallista vajaakuntoisuutta (*LSS*). Näissä laeissa ei ole kuitenkaan määrätty, miten asuminen pitää järjestää. Lait eivät myöskään kerro, miten tällaiset asunnot pitää suunnitella, ja miten ne poikkeavat tavallisista asunnoista. Näitä asuntoja koskevat siten yleiset asuntoviraston määräykset²¹. Sosiaalihallitus on lisäksi antanut määräyksiä ja yleisiä ohjeita sekä tuottanut ohjekirjan koskien erityisillä palveluilla varustettuja asuntoja aikuisille. Ryhmä- ja palveluasuntojen tulee sisältää samat tilat eri toimintoille ja täyttää samat kriteerit kuin tavallisten asuntojen. Säännöt eivät anna mahdollisuutta rakentaa vajaakuntoisille pienempiä yksityisiä tiloja siksi, että on olemassa yhteiset tilat. Asuntojen tulee sisältää myös normaalit tavallisiin asuntoihin kuuluvat kalusteet ja laitteet (esimerkiksi keittiökoneet) siitä huolimatta, että yhteisissä tiloissa olisi vastaavat.²²

Ruotsin asuntoviraston yleiset asumisstandardit määrittelevät yhden hengen asunnon minimikooksi 35 neliötä. Jos makuutila on erillinen huone, koko nousee 40 neliöön. Kahden hengen asunnon on oltava 55–60 neliötä. *LSS*-laki puolestaan sisältää kolme keskeistä kriteeriä, jotka ryhmäasunnoiksi tai palveluasunnoiksi suunniteltujen erityisillä palveluilla varustettujen asuntojen tulee täyttää. Asunnon tulee olla: a) täysimääräinen (*fullvärdig*), b) asukkaan yksityinen ja pysyvä koti, sekä c) siihen ei saa muodostua laitosleimaa.

Ensimmäinen kriteeri on, että asunnon on oltava täysimääräinen, mikä merkitsee sitä, että asuntoa koskevat yleiset asuntoviraston rakentamisstandardit, kuten kaikkea muutakin rakentamista. Täysimääräisessä asunnossa pitää olla muun muassa kylpyhuone, erillinen huone tai erotettu tila lepoa ja seurustelua varten sekä huone tai huoneen osa ruoanlaittoa varten. Asumista täysimääräisessä asunnossa pidetään tärkeänä edellytyksenä itsenäiselle elämiselle. Osa ennen vuotta 1993 asunnon saaneista mielenterveyskuntoutujista asuu yhdessä huoneessa ja jakaa muut tilat toisten asukkaiden kanssa. Ennen *LSS*-lakia ei ollut määräyksiä, joiden mukaan asunnon pitäisi olla täysimääräinen.

Toiseksi asunnon on oltava yksityinen ja pysyvä koti. Ruotsin sosiaalihallitus suosittelee pitkäaikaisia asumisratkaisuja esimerkiksi asunnottomille vakavasti mielenterveysongelmaisille. Kuntia kannustetaan panostamaan vakauteen ja pysyvyyteen asumisessa. Linjausta tukevat tieteelliset tulokset, joiden mukaan tuki ja pysyvyys asumisessa vähentävät sairaalassaoloa. Lisäksi tutkimukset osoittavat, että vaikeasti mielenterveysongelmaisten on vaikea siirtää oppimiaan valmiuksia mukanaan ympäristöstä toiseen. Toisaalta on siis tarve pysyvyydelle ja toisaalta hallinnollinen tarve

²¹ Regelsamling för byggande, BBR 2012.

²² Ruotsin asuntoviraston ”Hyvä asuntopuunnittelu” (*Bra bostadsutformning* BBR 2012, s.103) ohjeet sallivat tilojen osittaisen yhdistämisen ryhmäasunnoissa, joissa yhteiset tilat korvaavat asuntojen pienemmät henkilökohtaiset tilat silloin, kun on kyse opiskelijoiden tai dementoituneiden vanhusten asumisesta. Tämä ei kuitenkaan koske mielenterveyskuntoutujien lakien *LSS* tai *SOL* mukaista asumista.

asumispaikkojen ja henkilökuntaresurssien tehokkaalle käytölle. Tässä lähtökohtana on mielenterveyskuntoutujan oma tahto. Mikäli hän ei halua muuttaa, mukautetaan palvelut hänen tilanteensa mukaisiksi.

Kolmas kriteeri on se, että asuntoon ei saa liittyä laitosleimaa. Lain valmisteluasiakirjojen mukaan ryhmäasuntojen on sijaittava tavallisella asuinalueella ja ryhmäasumisyksiköt on muodostettava ja sijoitettava siten, että niihin ei muodostu laitosmaista leimaa. Tämän välttämiseksi ryhmäasumisyksikössä ei esimerkiksi saa olla liian montaa asuntoa. Sosiaalihuollon yleisissä ohjeissa (SOSFS 2002:9) suositellaan lain LSS 9 § 9 tarkoittamiin erityisillä palveluilla varustettuihin asumisyksiköihin sijoitettavan maksimissaan 3–5 henkilöä. Lisähenkilöitä voidaan ottaa, jos kaikille voidaan taata hyvät elämisen ehdot.

Myös palveluasunnot on rakennettava tavallisille asuinalueille niin, että minikäänlaisia keskittymiä ei muodostu. Sosiaalihuollon määräysten ja yleisten ohjeiden mukaan erityisillä palveluilla varustettuja asuntoja ei saa sijoittaa vierekkäin eikä lähelle vanhusten asumista, lyhytaikaiskoteja tai muuta asumista, joka ei ole tavanomaista. Niitä ei saa sijoittaa myöskään sosiaalipalvelujen päivittäisten toimintojen yhteyteen. Mielenterveyskuntoutujalla on myös oikeus toivoa asunnolta tiettyä sijaintia ja sijainnin pitää olla sellainen, että se mahdollistaa osallisuuden yhteiskuntaan. Palveluasunnoissa saa olla vain sen verran asujia, että palveluasuminen integroituu asuinympäristöön eikä synny laitosmaista miljöötä. Sosiaalipalvelulaissa (*Socialtjänstlagen, SOL*) ei erikseen säädetä asukkaiden määrästä erityisillä palveluilla varustetuissa asunnoissa, mutta edellä mainitut määräykset ja yleiset ohjeet antavat suuntaa myös tämän lain perusteella myönnettyyn asumiseen.

Esimerkiksi Tukholman kaupungilla on tarjolla pääasiassa kolmenlaista asumista mielenterveyskuntoutujille: ryhmäasumista, palveluasumista ja tukiasumista. Kaupungissa on 146 ryhmäasumisyksikköä. Näistä 74 on kunnallisia ja 72 yksityisiä. Palveluasumisyksiköjä on 17 ja näistä kahdeksan on kunnallisia ja yhdeksän yksityisiä. Tukiasumisyksiköjä on 16. Näistä 14 on kunnallisia ja kaksi yksityisiä. Ryhmäasuntoja ja palveluasuntoja asumismuotoina on käsitelty aiemmin, joten tukiasumista tarkastellaan seuraavassa esimerkissä.

Tukiasuminen (*stödboende*) koostuu useista samalla asuinalueella sijaitsevista, keskenään integroiduista asunnoista. Asuntojen välittömässä läheisyydessä sijaitsevat myös yhteistilat. Asukkaat saavat tarvitsemansa yksilöllisen tuen vähintään päivisin 365 päivänä vuodessa. Myös tuen saaminen ilta- ja yöaikaan on mahdollista, tosin se ei asiantuntijoiden mukaan aina onnistu resurssisyistä. Maakäräjät vastaavat terveyden- ja sairaanhoidon palveluista tähän asumismuotoon, kun vastaavista palveluista ryhmä- ja palveluasuntoihin vastaa kunta. Tukiasuminen on välimuoto erityisasumiselle ja täysin itsenäiselle asumiselle. Tukiasuminen ei ole Ruotsin lainsäädännön tarkoittamaa erityisasumista²³, jossa on henkilökunta paikalla vuorokauden ympäri ja johon kuuluvat esimerkiksi yhteiset ateriat ja lääkkeiden jako.

Vaikka Ruotsissa ei ole olemassa mitään yhtenäistä ohjetta siitä, miten tukiasuminen pitää toteuttaa tai suunnitella, on Tukholmassa pyritty viime aikoina tähän. Kaupungin sosiaalitoimessa on laadittu yksityiskohtaisia ohjeita siitä, miten tukiasuminen ja muut asumismuodot pitäisi määritellä sekä kuinka asumisen tuki pitäisi suunnitella. Esimerkkinä olevan tukiasumisyksikön ryhmänjohtajan mukaan linjaukset ovat melko uusia ja kärsivät vielä ”lastentaudeista”. Osa niistä on hänen mukaansa huonoja ja tarpeettomia, osa on hyviä.

Tukholman kaupungin laatimien linjausten (Riktlinjer för utredning, dokumentation 2011) mukaan kaupunginosavaltuustot (*stadsdelnämnden*), joita on 12, vastaavat asuntojen suunnittelusta ja rakentamisesta psyykkisesti vajaakuntoisille. Kaupunginvaltuusto on antanut direktiivin asuntorakentamisesta kohderyhmälle. Sen mukaan mielenterveydeltään vajaakuntoisille tarkoitettujen asuntojen määrää tulee lisätä.

²³ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993), Socialtjänstlag, SOL (2001).

Kohderyhmän tarpeiden täyttäminen vaatii kaupungin yhteistä sitoutumista ja monipuolisten asumisvaihtoehtojen luomista. Kaupunginosavaltuustojen pitää tehdä yhteistyötä sen suhteen, miten tuleva asuntotarve ratkaistaan ja arvioida, minkä ryhmien keskuudessa ja millä alueilla tarvetta esiintyy.

3.5

Tukiasumisyksikkö Frejgatan stödboende Tukholmassa

Frejgatan stödboende on nimensä mukaisesti tyypiltään tukiasumista. Se voidaan nähdä välimuotoasumisena niille mielenterveyskuntoutujille, jotka eivät selviydy täysin itsenäisesti tavallisessa asunnossa, mutta joiden ei tarvitse asua esimerkiksi ryhmäasunnossa. Frej-kadun henkilökunta työskentelee pääsääntöisesti maanantaista perjantaihin toimistoaikana (klo 8.00–16.30). Henkilökunta toimii lisäksi asumistukijoina (*boendestödjare*) myös asumisyksikön ulkopuolisille mielenterveyskuntoutujille. Frej-kadun tukiasuminen on tarkoitettu 30-vuotiaille ja sitä vanhemmille miehille ja naisille, joilla esiintyy psyykkistä toimintakyvyn alentumista tai psykoottisuutta.

Tukiasunnot sijaitsevat melko keskellä Tukholmaa, Norrmalmin alueella, Vanadislundenin puistoalueen reunassa vuosisadan vaihteessa rakennetussa kerrostalossa keskellä muuta asutusta. Kiinteistön omistaa kirkollinen St Johannes-säätiö (yleensä tukiasunnot omistaa kunta). Kaupunki välivuokraa asunnot tukiasumisyksikön asukkaille. Asuminen ei voi olla pysyvää. Tästä säädellään Tukholman kaupungin linjauksissa.

Asuntoja on 10 ja ne sijaitsevat kahdessa eri kerroksessa. Ne ovat kaikki täysimääräisiä (*fullvärdiga*) kahden huoneen asuntoja, joissa on jokaisessa oma kylpyhuone ja pieni keittiö. Asunnot ovat 42 ja 47 neliön suuruisia. Käytettävissä on myös suuri yhteinen oleskeluhuone (sohvat ja TV), tupakkahuone, suuri keittiö, pesutupa sekä ulkotila. Henkilökunnan toimisto sijaitsee oleskelutilan yhteydessä pohjakerroksessa. Henkilökunta on kunnan, eli Norrmalmin kaupunginosavaltuuston, palkkaama ja kuuluu sosiaalipsykiatrian toimialalle. Henkilökunnalla on joko sosiaalipedagogin tai mielenterveyshoitajan pätevyys. Vapaaehtoisia ei käytetä, kuten ei Ruotsin mielenterveyspalveluissa yleensäkään. Omaiset eivät osallistu toimintaan, mutta yhteistyötä heidän kanssaan arvostetaan.

Vuokralaiset saavat yksilöllistä apua ja heille tarjotaan mahdollisuus myös yhteisiin aktiviteetteihin. Tarkoitus on yhdessä toimien tarjota sosiaalinen ympäristö ja turvalliset rakenteet asumiselle. Tukimuotoja ovat siivousapu ja asunnon järjestyksessä pito yhdessä henkilökunnan kanssa. Apua saa myös muun muassa kodin asioiden, kuten posti-, viranomais- ja vuokra-asioiden hoidossa, sekä kontakteissa psykiatriisiin ja somaattisiin hoitotahoihin. Asiakas ja asunnon myöntäjä (kunta) määrittelevät palvelut. Palvelujen toteutustapa suunnitellaan tukiasumisyksikön ja asiakkaan välillä ja tämä dokumentoidaan toteutussuunnitelmassa. Tuki ja palvelut ovat yksilöllisesti suunniteltuja kunkin asukkaan tarpeiden mukaan.

Oikeudesta palveluihin säädetään sosiaalipalvelulaissa. Tukiasumiseen pääsy edellyttää sosiaalsihteerin (*socialsekreterare*) myöntävää päätöstä. Asukas maksaa asunnon vuokran, mutta ei saamiaan palveluja. Asumismuodon yksi perustavoite on aktivoida asukkaat omatoimisuuteen, mikä erityisasumisessa ei korkean hoitotasoon ja asioiden asukkaan puolesta tekemisen takia välttämättä toteudu. Frej-kadun tukiasumisessa on jo monia vuosia työskennelty päämäärätietoisesti sosiaalisen yhteyssyiden luomiseksi. Myös osalle omissa asunnoissaan muualla kaupungissa asuville henkilöille tarjotaan mahdollisuutta osallistua yhteisön toimintaan viikoittaisissa yhteistapaamisissa.

Asumista tukevat palvelut Tukholmassa

Tukholman kaupungin sosiaalitoimessa mielenterveyskuntoutujille annettava asuminen ja tuki kuuluvat sosiaalipsykiatrian (*socialpsykiatrin*) toimialueelle. Kaikki 20–64 vuoden ikäiset mielenterveyskuntoutujat kuuluvat tälle toimialueelle. Jokaisessa kaupunginosan hallintotoimistossa on asumistukitiimi tätä kohderyhmää varten. Kun henkilö on saanut päätöksen oikeudesta asumisen tukeen, hän voi valita, miltä taholta hän haluaa asumistukijan (*boendestödjare*). Tukija voi olla kunnan työntekijä tai palvelu voi olla hankittu yksityiseltä yritykseltä.

Kaupungin linjaukset määrittelevät asumisen tuen (*boendestöd*) tueksi ja avuksi henkilöille, jotka asuvat omissa asunnoissaan ympäröivässä yhteisössä. Henkilö, jonka psyykinen toimintakyky on alentunut ja joka tarvitsee tukea kodinhoidossa tai selviytymisessä erilaisista askareista, voi saada asumisen tukea kaupunginosa-hallinnon viranhaltijan selvitettyä, millaiseen ja kuinka laajaan tukeen henkilö on oikeutettu. Tuesta ei peritä maksua. Tuki voi olla lähes mitä tahansa, mitä henkilö tarvitsee. Yleisimmin kyse on tuesta, jonka avulla henkilö selviytyy päivittäisistä asumiseen liittyvistä askareista. Tuki voi ulottua myös kodin ulkopuolelle ja olla esimerkiksi tukea pankkiasioiden tai apteekkiasioiden hoidossa. Se voi olla myös tukea asioinnissa viranomaisissa tai terveydenhuollossa tai yhteydenpidossa muiden ihmisten, kuten sukulaisten ja ystävien kanssa. Asiantuntijan mukaan työtavassa on tärkeää se, että ei tehdä asioita asiakkaan puolesta, vaan autetaan häntä selviytymään mahdollisimman itsenäisesti.

Tukholman kaupunki edellyttää kaikilta työntekijöiltä soveltuvuutta tehtävään. Vähintään 80 %:lla työntekijöistä tulee olla asianmukainen koulutus, mikä tarkoittaa vähintään toisen asteen koulutusta (*gymnasial utbildning*) sosiaalipsykiatrian, terveydenhoidon tai pedagogiikan aloilta tai vähintään viiden vuoden, 2000 vuoden jälkeen hankittua, kokemusta työskentelystä mielenterveyskuntoutujien kanssa. Työntekijöillä tulee olla myös osaamista erilaisista psyykkisistä ongelmista sekä osaamista ja koulutusta erilaisista pedagogisista metodeista kuten ESL (*Ett Självständigt Liv*), jonka avulla parannetaan yksilön sosiaalisia valmiuksia.

Tukholman kaupungin asiantuntija arvioi asumisen tuen toimivan erittäin hyvin kaupungissa ja sen olevan merkittävä tuki, joka mahdollistaa mielenterveyskuntoutujien asumisen omassa tavallisessa asunnossaan. Tukholman asumispalvelujen puutteena hän toi esiin, että kaupungissa on liian vähän sellaisia asumispalveluja, joissa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Niitä tarvitaan tällä hetkellä lisää. Nykyisin henkilöiden, jotka tarvitsevat enemmän tukea kuin voivat saada omaan asuntoon, on muutettava muihin kuntiin, koska Tukholmassa ei ole vapaita ympäri-vuorokauden tuettuja asuntoja.

Uusista innovatiivisista ratkaisuista kaupungin asiantuntija mainitsi suunnitteilla olevan asumisyksikön nuorille mielenterveyskuntoutujille. Uudessa, nuorille suunnatussa asumisratkaisussa, on mahdollista tuen saaminen sekä kunnan omalta henkilökunnalta että maakäräjien terveydenhuollon henkilökunnalta. Tarkoitus on myös, että asumismuodosta mahdollistettaisiin muuttaminen edelleen omaan asuntoon silloin, kun nuori on siihen valmis ja kykenevä.

4 Tanska – sosiaalipsykiatrisia palveluja kotiin

4.1

Laitoshoidosta kuntien asumispalveluiksi

Tanskan nykyiset mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ovat kahden keskeisen prosessin seurausta. Ensimmäinen niistä on asteittainen ja pitkäaikainen laitoshoidon väheneminen. Toinen on vuonna 2007 tehty radikaali terveydenhuollon uudistus, joka johti siihen, että suuri osa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista siirtyi kuntien vastuulle.

Psykiatristen laitospaikkojen määrä on Tanskassa vähentynyt noin kolmasosalla viimeisten 15–20 vuoden aikana. Tanskassa oli vuonna 1991 yhteensä 92 psykiatrista laitospaikkaa 100 000 asukasta kohden, mutta niiden määrä väheni vuoteen 2007 mennessä siten, että tuolloin psykiatrisia laitospaikkoja oli enää 60 paikkaa 100 000 asukasta kohti.²⁴ Laitoshoidon vähentämisen tueksi tarvittiin mielenterveyskeskuksia, yhteisöllistä hoivaa ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja, joissa oli henkilökuntaa paikalla joko kokopäiväisesti tai osa-aikaisesti. Muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna Tanskassa on suhteellisen alhainen psykiatrisen laitoshoidon kapasiteetti ja suhteellisen paljon mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita.

Hyvinvointitehtävät on jaettu useiden eri ministeriöiden kesken. Nämä ovat sosiaali- ja integraatioministeriö, terveysministeriö sekä lapsi- ja kasvatustoiministeriö (*Ministeriet for Børn og Undervisning*). Paikallisviranomaiset ovat kuitenkin vastuussa hyvinvointitehtävien toimeenpanosta. Sosiaalisia etuisuuksia säädellään laajasti lainsäädännöllä, mutta paikallisviranomaiset arvioivat kunkin yksilön sosiaalipalvelujen tarvetta siten, että julkiset hyvinvointipalvelut järjestetään mahdollisimman tehokkaasti.

Tanskalainen hyvinvointimalli perustuu ajatukselle, että kansalaisille turvataan tietyt perusoikeudet, olipa kyseessä sitten työttömyys, sairaus tai mielenterveysongelmat. Paikallisen itsehallinnon perinne on myös vahva ja lähtökohtana on, että kansalaiset otetaan mukaan yhteiskunnan toimintaan. Kansalaisilla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä, vaikka sosiaalisen elämän ongelmatilanteissa määrittelyvalta on viranomaisilla. Tanskassa on asukas- ja käyttäjäneuvostoja (esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumiseen) paikallisviranomaistasoilla, joille valtio antaa rahoitustukea, kuten muillekin heikoimmassa asemassa oleville ryhmille. Julkinen sektori tekee yhteistyötä yritysten ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Paikalliset viranomaiset ovat riippumattomia, mutta poliittisesti valtion ohjaamia. Paikallisviranomaisten vastuulla ovat sosiaalipalveluiden tuottaminen, kuten vanhusten,

²⁴ Van Hoof, Frank & Knispel, Aafne & Schneider, Justine & Beeley, Chris & Aagaard, Jorgen & van Putten, Marijke & Keet, Rene & Snuverink, Stefanie (2011) Outpatient care and community support for persons with severe mental health problems. A comparison of national policies and systems in Denmark, England and the Netherlands. Trimbos-institute, Utrecht.

työttömien tai mielenterveyskuntoutujien asumisen järjestäminen. Paikallisviranomaiset myös myöntävät sosiaaliturvaetuudet ja maksavat ne.

Tärkeä tekijä mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisuille oli mielenterveyspalvelujärjestelmän rakenteellinen uudistus vuonna 2007. Vuodesta 1976 vuoteen 2007 saakka suurin osa mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisusta järjestettiin ja rahoitettiin pääosin lääneihin²⁵ perustuvalla rakenteella. Vuodesta 2007 lähtien ns. erikoistuneista mielenterveyspalveluista sosiaalipsykiatriset palvelut ja asumispalvelut siirtyivät kuntien (vuodesta 2007 lähtien 98) vastuulle. Hoitopalvelut siirtyivät viiden alueellisen terveydenhuollon viranomaisen, erityisesti sairaaloiden, vastuulle. Muutoksen myötä kunnista tuli tärkeitä mielenterveyspalvelujen toimijoita myös rahoituksellisesti. Kuntien ja terveydenhuollon viranomaisten yhteinen suunnittelu ja sopimusten tekeminen ovat edellytyksiä kansallisen rahoituksen saamiselle, jota valtio säätelee.

Tanskassa on noin 30 000 mielenterveyskuntoutujaa, jotka tarvitsevat erityistä sosiaalista tukea.²⁶ Maan mielenterveyspolitiikka perustuu siihen, että kaikkia mielenterveyskuntoutujia pyritään kohtelemaan yhdenvertaisesti ja tasa-arvoisesti. Keskeisessä roolissa ovat alueelliset vastuuhenkilöt, jotka ovat vastuussa siitä, että palveluita on tarjolla. Paikallisviranomaisilla on ensisijainen velvollisuus auttaa mielenterveyskuntoutujia heidän asumisongelmissaan. Keskeisenä tavoitteena on tarjota asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille siten, että he saavat yksilöllisen tuen. Mielenterveyskuntoutujien asumiseen on tarjolla tuki- ja yhteyshenkilöjärjestelmiä sekä hoitoa ja tukea jokapäiväisessä elämässä. Tarpeen vaatiessa heille on tarjolla myös turvakoteja.

Mielenterveyspalvelut ja mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvä rahoitus perustuvat valtion sääteilyyn. Kuntien ja terveydenhuoltoviranomaisten saama rahoituksen määrä neuvotellaan vuosittain, ja se perustuu arvioituun mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen tarpeeseen. Alueilla ja kunnilla on kuitenkin suhteellisen suuri vapaus päättää, miten suuri osuus käytetään esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien hoitoon tai heille annettaviin muihin palveluihin kuten asumisen tukeen. Kansalliset ohjeet eivät määritä tarkasti, mitä palveluja kullakin alueella tulisi olla ja kuinka paljon.

Tanskassa tehtiin ns. psykiatrinen sopimus 2007–2010, jonka mukaan noille vuosille oli varattu yhteensä 490 miljoonaa Tanskan kruunua mielenterveyskuntoutujien paremman arkielämän sujuvuuden turvaamiseksi.²⁷ Sopimuksen mukaan rahat käytettiin muun muassa mielenterveyskuntoutujien arkielämän turvallisuuden parantamiseen sekä niiden mielenterveyskuntoutujien auttamiseen, jotka asuvat omissa kodeissaan (esim. vuokra-asunnoissa), mutta huonoissa olosuhteissa. Edellä mainitusta rahasummasta korvamerkittiin 100 miljoonaa Tanskan kruunua nuorten mielenterveyskuntoutujien erityiseen tukemiseen.

Tanskan vuoden 2009 väestölaskennan mukaan maassa oli noin 5 000 asunnottomaa, joista monella oli mielenterveysongelmia. Väestölaskennan tuloksen pohjalta Tanskan parlamentti aloitti valtion rahoittaman asunnottomuusohjelman, jota toteutettiin 67 miljoonalla eurolla vuosina 2009–2012. Tavoitteena oli asunnottomuuden vähentäminen ja sitä kautta myös mielenterveyskuntoutujien asumisolosuhteiden parantaminen.

²⁵ Tanskassa toteutettiin vuonna 2007 hallintouudistus, jolloin lakkautettiin läänit ja tilalle tuli uusi viiden alueen aluejako.

²⁶ Country report Denmark 2007.

²⁷ <http://english.sm.dk/social-issues/marginalised-adults/mental-illnes/Sider/Start.aspx>

Sosiaalipalvelulaki säätää asumisesta

Sosiaalipalvelulailla on Tanskassa keskeinen rooli asumispalvelujen järjestämisessä. Sosiaalipalvelulain 108 §:ssä on keskeinen asumista koskeva säädös, jonka mukaan maakuntien (*amtskommunen*) on varmistettava, että kunnista löytyy tarvittava määrä pitkäaikaiseen asumiseen soveltuvia asuntoja ihmisille, joilla psyykkinen tai fyysinen kunto on merkittävästi alentunut tai jotka tarvitsevat apua päivittäisiin toimintoihin, tai hoitoa ja tukea, jota ei voi muulla tavalla järjestää.

Sosiaalipalvelulain 108 §:n toisen kohdan (stk. 2) mukaan kunta suosittaa ja tekee päätökset asukkaiden sijoittamisesta asuinyhteisöihin (1 §:n 131 b kohdan mukaan). Kolmannen kohdan (stk. 3) mukaan niillä ihmisillä, jotka haluavat muuttaa toiseen kuntaan, on oikeus vastaavaan palveluun siellä. Edellytyksenä on, että henkilö täyttää maahan- ja maastamuuttoa koskevat kriteerit. Sosiaalipalvelulain 18 §:n neljännen kohdan mukaan asukkaalla on oikeus valita omaan kotiinsa puoliso, kumppani tai rekisteröity partneri (*ægtefælle, samlever eller registrerede partner*). Jos mielenterveyskuntoutuja kuolee, on eloon jäävällä henkilöllä oikeus jäädä asumaan asuntoon.

Sosiaalipalvelulain mukaisiin sosiaalipsykiatrisiin palveluihin, jotka ovat kuntien vastuulla, kuuluvat:

- 1) Asumispalvelut (*botilbud*), joihin kuuluu sosiaalipalvelulain 107 §:n ja 108 §:n mukaisesti palveluasumista eri muodoissa. Näissä on saatavilla päivittäinen tuki, osassa 24 tuntia vuorokaudessa. Sosiaalipalvelulain 110 §:n mukaisesti väliaikaista majoitusta tarjoavat hoitokodit (*forsorgshjem*) ja asuntolat (*herberger*).
- 2) Päivätoiminta (*dagtilbud*), sosiaalipalvelulain 102–104 §:n mukaan.
- 3) Tuki- ja yhteyshenkilöt (*støtte- og kontaktpersonordning, SKP*). Sosiaalipalvelulain 99 §:n mukaan tuki- ja yhteyshenkilöjärjestelmällä pyritään tavoittamaan sosiaalisesti syrjäytyneitä, muun muassa omissa kodeissaan asuvia ja eristyneitä (*isolerade*) mielenterveyskuntoutujia, jotka eivät tiedä saatavilla olevista palveluista tai eivät pysty ottamaan yhteyttä kuntaan saadakseen tukea ja palveluita. Myös päihdeongelmaiset ja asunnottomat voivat saada tukea tätä kautta. Järjestelmän tarkoituksena on rakentaa siltaa muuhun yhteiskuntaan, sosiaalisiin verkostoihin ja palveluihin. Tuki- ja yhteyshenkilöt voivat auttaa päivittäisissä askareissa ja opastaa henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa asioissa sekä mennä mukaan tapaamaan sosiaalityöntekijöitä, lääkäreitä ym. Kuka tahansa voi ottaa yhteyttä kuntaan huomattessaan, että lähimmäinen tarvitsee apua. Tuki- ja yhteyshenkilö voi siten tarjota apua, jota voi vastaanottaa myös nimettömänä. Aputarjouksen saa myös torjua.
- 4) Asumisen tuki (*bostøtte*), joka perustuu sosiaalipalvelulain 85 §:ään. Sosiaali- ja integraatioministeriö nimittää tätä palvelua sosiaalipedagogiseksi tueksi (*socialpædagogisk støtte efter servicelovens, 85 §*). Kunnan on tarjottava tukea niille, jotka sitä tarvitsevat fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn merkittävän alentumisen tai erityisten sosiaalisten ongelmien vuoksi. Palvelua voi saada silloin, kun tarvitsee huolenpitoa (*omsorg*), tukea tai apua, joka auttaa kehittämään taitoja elää elämäänsä omilla ehdoillaan ja mahdollisimman itsenäisesti. Tätä varten seuraavat tukimuodot voivat olla tarpeen: pukeutumisen ja ruuan valmistuksen harjoittelu, apu ostosten tekemisessä, apu oman talouden järjestämisessä ja hallitsemisessa, saattaja ja mukana kulkija (*ledsagelse*) esim. lääkärikäynnillä, vapaa-ajan menoissa (*fritidstilbud*) tai työhön ja opintoihin liittyvissä asioinneissa. Tukea voi tarvita ja saada myös sosiaalisten verkostojen ja ihmissuhteiden ylläpitämiseen sekä konfliktien ratkaisuun.

5) Suojatyö ym. työllisyyspalvelut (*Beskyttet beskæftigelse erhveruserfaring*) perustuvat sosiaalipalvelulain 103.§:ään.

Vapaaehtoistyöllä on myös tärkeä rooli sosiaalialalla ja sosiaalityössä Tanskassa, vaikka julkisella sektorilla onkin päävastuu sosiaalisten ongelmien hoitamisesta. Vapaaehtoisorganisaatiot voivat saada valtionhallinnon tukea perus- ja hankeavustuksista. Ne voivat saada myös rahoitusta erilaisiin ohjelmiin. Sosiaalipalvelulain 18 §:ssä on maininta, että paikallisviranomaisen tulee tehdä yhteistyötä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa sekä tukea taloudellisesti vapaaehtoista sosiaalityötä.

4.3

Asumispalveluja ja tukea kotiin

Kuntien vastuulla oleva sosiaalipsykiatria kattaa kaikki mielenterveyskuntoutujille tarkoitetut sosiaalipalvelut kuten asumispalvelut, päivätoiminnan, tuki- ja yhteishenkilöpalvelut ja työllisyyspalvelut. Tarjottavan tuen ja palveluiden avulla pyritään siihen, että asiakkaat selviytyvät arkielämässään (*klare sig i hverdagen*). Lääketieteellinen hoito on viiden aluepsykiatrisen yksikön vastuulla. Aluepsykiatrisen yksikkö tarjoaa moniammatillisia psykiatrisia avopalveluita. Yksikkö kytkeytyy sairaalapsykiatriaan, joka tarjoaa tutkimusta ja hoitoa sairaaloissa. Tanskassa psykiatristen palvelujen järjestelmä on siten jakautunut kolmeen työalueeseen: sairaala-, alue- ja sosiaalipsykiatria (*sygehus-, distrikts- og socialpsykiatrien*). Nämä täydentävät toisiaan, mutta ovat lähtöisin eri traditioista.

Sosiaalipsykiatria ei tarjoa psykiatrista hoitoa, vaan sen alkuperä Tanskassa on sosiaalityössä (ei sairaalapsykiatriassa kuten monissa muissa maissa). Joidenkin asiantuntijoiden mielestä sosiaalipsykiatrian työskäkaa kuvaisi paremmin käsite psykososiaalinen kuntoutus. Sosiaalipsykiatria on juuri mielenterveyskuntoutujien asumis- ja kuntoutuspalveluiden kannalta kaikkein keskeisin. Päävastuu sosiaalipsykiatristen palveluiden järjestämisestä on kunnilla. Ne tekevät yhteistyötä sairaala- ja aluepsykiatrian, asiakkaiden ja heidän omaistensa, vapaaehtoisten, asuntoja rakentavien ja hallinnoivien asunto-organisaatioiden (*almene boligorganisationer*) sekä työvoima- ja koulutuspalveluja tarjoavien organisaatioiden kanssa. Kunnat ovat avainasemassa, mutta palvelulain mukaisia (*serviceloven*) sosiaalipsykiatrisia palveluita tuottavat myös alueet (*regioner*).

Mielenterveyskuntoutujille on Tanskassa useita eri asumisvaihtoehtoja. Näitä ovat omaan kotiin tuotava asumisen tuki, soluasunnot, joissa on yhteisiä tiloja, hoitokodit, tukiasunnot, puolimatkan kodit sekä lyhytaikaiset kriisiasunnot. Osassa näistä henkilökunta on paikalla 24 tuntia vuorokaudessa, joissakin vain esimerkiksi päivisin tai iltaisin.

Ryhmämuotoisissa asunnoissa asutaan pienissä ryhmissä (esimerkiksi 7 henkilöä/ryhmä) erillisasunnoissa. Asunnoilla on yhteistä henkilökuntaa. Esimerkiksi Kööpenhaminassa aloitettiin ryhmäkotiohjelma jo vuonna 1990. Vuonna 1997 toiminnassa oli 21 ryhmäkotia, joissa asui 76 asukasta. Tanskassa on kehitetty näitäkin laajempia palvelualueisiin perustuvia ratkaisuja, jossa myös asuinalueen muut asukkaat voivat hyödyntää palvelutalojen yhteistiloja ja tiloissa tuotettavia palveluita.

Tanskassa ei yleensä erotella eri ikäryhmiin kuuluvia henkilöitä omiin asumisyksiköihinsä, vaan eri-ikäiset mielenterveyskuntoutujat voivat asua samassa asumisyksikössä. Näin on tyypillisesti silloin, kun asumisen tuen tarve on pitkäaikainen ja henkilökunta on paikalla 24 tuntia vuorokaudessa. Sen sijaan yli 60- tai 65-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille ja dementiaa sairastaville on omat hoitokotinsa, joissa henkilökunta on paikalla 24 tuntia vuorokaudessa. Yli 60- tai 65-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille on

myös asumispalveluita, joissa henkilökunta voi olla paikalla joko 24 tuntia vuorokaudessa tai jopa vähemmän kuin 10 tuntia vuorokaudessa. Joissakin yli 60- tai 65-vuotiaille tarkoitetuissa asunnoissa henkilökunta on paikalla vain päiväsaikaan.

Tanskassa sosiaalipsykiatrialla (*socialpsykiatri*) on tärkeä rooli mielenterveyskuntoutujien enemmistölle, joka asuu tavallisissa vuokra- tai tukiasunnoissa. Kunnan mielenterveyspalvelujen sosiaaliohjaaja (*socialrådgiver*)²⁸ on ensisijainen kontaktihenkilö mielenterveyskuntoutujien tuki- ja palvelujärjestelmässä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveyspalvelujen sosiaaliohjaaja tekee kunkin asiakkaan luokse säännöllisiä kotikäyntejä. Pää tavoite on auttaa asiakasta arkielämän asioiden hoitamisessa sekä tuen ja palveluiden saamisessa. Sosiaaliohjaaja voi lisäksi mennä tueksi asiakkaan mukaan erilaisiin viranomaistapaamisiin. Sosiaaliohjaaja voi myös motivoida ja rohkaista asiakasta osallistumaan erilaisiin asumisyhteisön tapahtumiin tai hän voi tarjota sosiaalisten taitojen opettamista. Kaikki tavoitteet ja tukitoimet dokumentoidaan kuntoutussuunnitelmaan, joka tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Kolmasosa mielenterveyskuntoutujista saa suoraan kotiin myös kotisairaanhoidon kunnallisen hoitopalvelujärjestelmän kautta.

Mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyy myös mahdollisuus osallistua erilaisiin päivätoimintoihin, sosiaaliseen verkostoitumiseen, koulutukseen, ammatilliseen kuntoutukseen ja suojatyöhön. Yleensä näiden mahdollisuuksien painopisteet vaihtelevat paikallisesti sen mukaan, millaisia projekteja kullakin alueella on tarjolla.

4.4

Aarhusin asumispalvelujärjestelmä

Yksi Tanskan mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisen malliesimerkki löytyy Aarhusista, joka on toiseksi suurin kaupunki Keski-Jyllannin alueella. Aarhusin kunnan alueella on noin 307 000 asukasta, joista noin 240 000 asuu kaupungissa. Aarhus on yliopistokaupunki, joten kaupungissa on paljon korkeasti koulutettuja henkilöitä. Muihin Tanskan kaupunkeihin verrattuna Aarhusissa on myös suhteellisen vähäinen määrä vanhuksia ja suhteellisen suuri osuus asukkaista kuuluu ikäryhmään 19–64-vuotiaat.²⁹

Aarhusin kunta tarjoaa kaikkia yllä mainittuja Tanskan sosiaalipalvelulakiin perustuvia palveluita siten, että kunnan sosiaalivirasto (*Socialforvaltningen*) on organisoitu kolmeksi toimialueeksi (*søjler*): 1) Perheet, lapset ja nuoret (*Familier, Børn og Unge*), 2) Sosiaalipsykiatria ja vaikeassa asemassa olevat aikuiset (*Socialpsykiatri og Udsatte Voksne*, jossa ”*udsatte voksne*” kattaa alueet kuten päihderiippuvuus, mielisairaus, asunnottomuus ja prostituutio) sekä 3) Aikuiset vammaiset (*Voksenhandicap*).

²⁸ Socialrådgiver (Bachelor of Social Work, BA) koulutusohjelmassa on paljon samoja piirteitä kuin suomalaisessa sosionomi (amk) koulutuksessa. Tanskassa sosiaalialan BA-tasoinen koulutus on *Professionshøgskolen* ja *Høgskolen*-nimisissä oppilaitoksissa, joita on Tanskassa useita. Tanskassa sosiaalityön BA-tasoinen tutkinto tuottaa kelpoisuuden sosiaalityöhön. Kyseessä ei ole kuitenkaan ylempi korkeakoulututkinto (Master of Social Work, MA), joka Suomessa tuottaa kelpoisuuden sosiaalityöhön. Sosiaalityön MA-tasoista koulutusta järjestää Tanskassa yksi yliopisto.

²⁹ Van Hoof, Frank & Knispel, Aafne & Schneider, Justine & Beeley, Chris & Aagaard, Jorgen & van Putten, Marijke & Keet, Rene & Snuverink, Stefanie (2011) Outpatient care and community support for persons with severe mental health problems. A comparison of national policies and systems in Denmark, England and the Netherlands. Trimbos-institute, Utrecht.

Taulukko 1. Virastokeskuksen palvelut

Asumis- palvelukeskus (Center for Boområdet)	Päivätoiminta- keskus (Center for Dagområdet)	Akuutin ja etsivän työn keskus (Center for Akut- og Opsøgende Indsater)	Alkoholi- hoitokeskus (Center for Alko- holbehandling)	Huume- hoitokeskus (Center for Mis- brugsbehandling)	Hoiva- ja erityispalvelu- keskus (Center for For- sorg og Specialise- rede Indsatser)	Asumisen tukikeskus (Center for Bostøtte i eget hjem CBH)
mm. kuusi palveluasumisen asumisyksikköä	erilaista päivätoimintaa, osa työpainottei- sempaa	- etsivä tiimi - katutiimi - ACT - hälytystiimi - Flexbo - ym.			- akuuttia majoitusta - hoitokoti asunnottomille - suojatyötä - ym.	- yksiköt (pohjoinen, etelä, länsi ja keskusta)
Lov om Social Service paragraf 107 eller parag- raf 85	Lov om Social Service paragraf 12, 85, 99 og 110	Lov om Social Service paragraf 12, 85, 99 og 110	Lov om Sund- hed paragraf 141 og Lov om Social Service paragraf 104	Lov om Social Service paragraf 101 og 107 samt Lov om Sundhed paragraf 142	Lov om Social Service paragraf 108 og 110	Lov om Social Service paragraf 85

Sosiaalipsykiatria ja vaikeassa asemassa olevat aikuiset -toimiala on organisoitu siten, että siihen kuuluvat keskitetty taso ja hajautettu (*decentraliseret*) taso. Keskitettyyn tasoon kuuluvat johtajat ja sen alle 1) toiminnallinen tuki ja ammatillinen kehitys (*Driftsunderstøttelse og Faglig udvikling*), 2) hallinnollinen yksikkö ja asunnottomuus-sihteeristö sekä 3) valvonta ja talous (*Styrning og økonomi*). Hajautettuun tasoon kuuluu virastokeskus (*Center for Myndighed*), jonka kautta kansalaisilla on pääsy sosiaalipsykiatrian ja vaikeassa asemassa olevien aikuisten (*Socialpsykiatri og Udsatte Voksne*) palveluihin (katso taulukko 1). Siellä annetaan neuvontaa, ohjausta ja arviointeja koskien asiakkaiden palvelutarvetta. Keskuksessa työskentelee neuvoja, jotka antavat läheteitä asumisen tukeen ja asumisyksikköihin sekä niihin päivätoimintoihin ja aktiviteettipalveluihin, joihin lähete tarvitaan. Tuki- ja yhteyshenkilöpalveluun (*støtte- og kontaktpersonordning, SKP 99. §*) ei tarvita läheteitä.

Mielenterveyskuntoutajat saavat tavallisia asuntoja esimerkiksi asuntoyhdistyksiltä (*almene boligorganisationer*), jotka rakentavat ja ylläpitävät sosiaalisia vuokra-asuntoja sekä valitsevat myös mielenterveyskuntoutujia asukkaikseen. Kunnat voivat valita näiden asuntoyhdistysten asuntoihin neljäsosan asukkaista jonon ohi. Siinä joukossa voi myös olla mielenterveyskuntoutujia. Kunnilla itsellään ei juuri ole vuokra-asuntoja (vain 2 % asuntokannasta vuonna 2005). Aarhusissa kunnalla on asuntoja muun muassa vanhusten asumista ja hoitokotikäyttöä varten.

Tanskalaiselle mielenterveyspalveluille on tyypillistä, että ne ovat jatkuvassa liikkeessä ja näin on erityisesti Aarhusissa, jossa mielenterveyskuntoutujien asumista kehitetään koko ajan.³⁰ Vielä vuoteen 2011 saakka Aarhusissa oli yhteisömielenterveyskeskuksia, joista mielenterveyskuntoutujille tarjottiin tukea myös asumiseen. Tällä hetkellä Aarhusissa on erityinen asumisen tukikeskus CBH (*Center for Bostøtte i eget Hjem*), jolla on kunnassa neljä yksikköä (*CBH Centrum, CBH Nord, CBH Syd ja CBH Vest*). Työntekijöitä on yhteensä noin 270. Tukikeskus tuottaa asumisen tukea kotiin 1 300 asukkaalle sekä palvelut 26 asumisyhteisöön (*bofællesskab*), joissa asuu yhteensä 250 henkilöä. Asumisen tukikeskuksen palvelut on tarkoitettu mielenter-

³⁰ Kuten muuallakin Tanskassa, mielenterveyskuntoutujien asuminen järjestetään yhteistyössä sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon kanssa. Aarhusissa tämä tapahtuu yhteistyössä Aarhusin yliopistollisen sairaalan kanssa, joka tarjoaa laitoshoidon palveluja sekä avohoitopalveluja. Avohoitopalveluihin kuuluu muun muassa skitsofreniaan, ahdistukseen, persoonallisuuden häiriöihin, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, itsemurhien ehkäisyyn ja neuropsykiatrisia erikoistuneita klinikoita. Yliopistollinen sairaala työskentelee läheisessä yhteistyössä kunnallisen mielenterveyspalvelujen järjestelmän kanssa.

veyskuntoutujille ja/tai päihdeongelmallisille³¹. Suunnitelmissa on myös käynnistää yliopistosairaalan psykiatrisista sairaanhoitajista kentällä liikkuva tiimi, joka tukisi asiakkaita jopa kuukausien ajan sen jälkeen, kun he ovat päässeet pois laitoshoidosta.

Yhteistyössä kunnallisen järjestelmän kanssa yliopistosairaala tarjoaa mielenterveyskuntoutujille myös asumispalveluja. Aarhusin kunnan alueella on mielenterveyskuntoutujille 27 asuntola, joista kuudessa on henkilökunta myös öisin paikalla. Nämä asuntolat ovat eri tavoin varustettuja. Joissakin on vain perusvarusteet, kuten sänky sekä suihkumahdollisuus. Jotkut ovat tukiasuntoja, jotkut ns. puolimatkan taloja, jotkut yksittäisiä vuokrahuoneistoja, joihin on saatavilla tukea ja palveluja lähietäisyydeltä.³² Jotkut näistä asunnoista on tarkoitettu erityisesti tietyille asiakasryhmille, kuten nuorille tai henkilöille, joilla on kaksoisdiagnoosi. Aarhusin kunnassa noudatetaan asunto ensin –politiikkaa, jonka mukaan laitoksissa olon pituutta pyritään vähentämään siten, että asumismahdollisuuksia on tarjolla joustavasti kaikille mielenterveyskuntoutujille, jolloin kukaan ei joudu jäämään laitokseen asunnon puutteen takia.

Kuten muuallakin Tanskassa, myös Aarhusissa mielenterveyspalvelun sosiaaliohjaajat ovat usein ensisijainen kontakti mielenterveyskuntoutujille. Nämä sosiaaliohjaajat työskentelevät asumisen tukikeskuksessa *CBH (Center for Bostøtte i eget Hjem)*. Sosiaaliohjaajien työhön kuuluu pääasiassa kotikäyntejä mielenterveyskuntoutujien luona. He auttavat ja tukevat mielenterveyskuntoutujia arkielämässä selviytymisessä (onko syönyt, onko siivonnut, onko peseytynyt jne.). Oleellista mielenterveyskuntoutujille tarjottavassa tuessa on se, että tuki on saatavana lähipalveluna omassa yhteisössä omaan asuntoon. Sosiaaliohjaajat myös auttavat päivärytmin ja sosiaalisten kontaktien ylläpitämisessä ja motivoivat osallistumaan erilaisiin aktiviteetteihin. Akuuteissa tilanteissa voi apua kotiin saada asumisen tukikeskuksen kanssa samaan kunnalliseen katto-organisaatioon³³ kuuluvalta akuutti-tiimiltä (*Akutteamet*) päivä-aikaan sekä illalla ja yöllä kunnan ja yliopistollisen sairaalan yhdessä ylläpitämältä hälytystiimiltä (*Udrykningsteamet*). Mielenterveyspalvelun sosiaaliohjaajat työskentelevät myös akuuttitiimissä. Tämä Aarhusin toimintatapa on erityinen Tanskassa.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen lisäksi kuntoutumista tukeviin palveluihin kuuluvat päivätoimintakeskukset sekä monet työhön, koulutukseen ja osallistumiseen liittyvät kunnalliset ja järjestöjen sekä käyttäjien projektit. Aarhusissa kunnallisiin palveluihin kuuluu yleisiä päivätoimintakeskuksia, joihin mielenterveyskuntoutujat voivat myös osallistua. Tämän lisäksi on paljon erilaisia työhön, koulutukseen ja osallistumiseen liittyviä projekteja, joihin he myös voivat osallistua. Aarhusin kunnan mielenterveyssektorilla työskenteli vuonna 2009 yhteensä 483 kokoaikaista työntekijää, heistä suurin osa (88 %) oli mielenterveyspalvelun sosiaaliohjaajia. Näistä 45 % oli työskennellyt asuintiloissa, 35 % kotihoidossa ja 20 % päiväkeskuksissa. Vuonna 2009 Aarhusin kunnan mielenterveyspalvelujen menot aikuisille (19–64 vuotta) olivat 71 miljoonaa euroa (351 euroa asukasta kohden). Tästä summasta meni 58 % (43 miljoonaa euroa) alueelliselle järjestelmälle ja 38 % (29 miljoonaa euroa) kunnille.

Aarhusin yhteisöihin perustuvaa mielenterveyspalvelua pidetään edelläkävijänä tuki- ja sosiaalipalvelujen kehittämisessä mielenterveyskuntoutujille. Aarhus on myös malliesimerkki siitä, miten yhteistyö toimii hyvin kunnan ja yliopistollisen sairaalan mielenterveyshuollon välillä. Tämä yhteistyö on alkanut jo kauan ennen vuoden

³¹ Palvelut perustuvat lakiin, jonka mukaan kunnan on tarjottava apua ja tukea niille, jotka sitä tarvitsevat fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn merkittävän alentumisen tai erityisten sosiaalisten ongelmien vuoksi (*Lov om social service § 85*).

³² Näissä asunnoissa asuu enimmäkseen mielenterveyskuntoutujia, mutta joskus asuntoja voidaan myöntää myös muille, kuten asunnottomille (joille on useita paikallisia projekteja, joita rahoitetaan kansallisesta asunnottomuuden torjuntarahastosta).

³³ Sosiaalipsykiatria ja vaikeassa asemassa olevat aikuiset -osasto (*Sosialpsykiatri og Udsatte Voksene*), jossa on yhteensä 850 työntekijää.

2007 rakenneuudistusta. Monet yhteisöjen asumista tukevista palveluista ovat siis kehittyneet vuosien kuluessa. Ne koskevat mielenterveyskuntoutujien asumista ja kotipalveluja, mutta myös kuten edellä on kuvattu, sosiaalista verkostoitumista, päivätoimintaa, työtä ja koulutusta. Uutta luovaa on myös se, että esimerkiksi päivätoimintakeskuksia voivat käyttää mielenterveyskuntoutujien lisäksi monet muutkin ihmisryhmät, kuten päihderiippuvaiset ja asunnottomat. Kunnallisissa päivätoimintakeskuksissa käy viikoittain noin 400 asiakasta, joista 200 on pitkäaikaisia mielenterveyskuntoutujia (= olleet yli kaksi vuotta sosiaalipsykiatrian asiakkaina).

Mielenterveyskuntoutujien asumiseen ja arjen tukeen liittyen Aarhusissa on kehitetty erilaisia konkreettisia hankkeita ja palveluja: mielenterveyskuntoutujien sosiaalista verkostoitumista edistää *Network family* -projekti, jossa asiakas tapaa säännöllisesti perheenjäseniään. *Flexbo*-projekti on tarkoitettu sellaisille asiakkaille, joilla on erityisiä vaikeuksia sosiaalisten suhteiden luomisessa tai ylläpitämisessä. *Network group* -projektin tarkoituksena on selkiyttää mieltymyksiä ja mahdollisuuksia työelämään ja koulutukseen. Tärkeä palvelu koulutuksen alalla on erikoiskoulutuskeskus, joka tarjoaa yksilöllisesti räätälöityä koulutusta. Työllistymispalveluja tuottaa ARK, jossa työskentelee työmarkkinakonsultteja Aarhusin sosiaalipalvelu- ja työvoimatoimiston alaisuudessa. ARK:ssa on erilaisia hankkeita, joiden avulla pyritään yksilöllisesti auttamaan työelämään paluuta. Kun sopiva työpaikka löytyy, asiakasta ei jätetä yksin, vaan hän saa työpaikalla valmennusta ja tukea. Aarhusissa on myös käyttäjälähtöisiä työprojekteja. Työpaikkoina ovat usein julkiset ruokalat ja kahvilat keskellä kaupunkia, jossa kuka tahansa voi asioida. Aarhusin kunnan sosiaalipsykiatrinen toiminta perustuu toipumisohjelmaan (*recovery program*). Yhteisötuen kehittämisessä tärkeä osa on ollut toipumisohjelmalla, jota varten kuultiin mielenterveyskuntoutujien näkökulmia, kokemuksia ja vaikutusmahdollisuuksia suhteessa asumiseen ja arkielämässä selviytymiseen.

Aarhusin paikallisen yhteisön tukiorganisaatiot muodostavat suhteellisen avoimen verkoston, joka on kehittynyt pitkän ja vahvan paikallisen yhteistyön ympärille. Esimerkiksi psykiatriset hoitolaitokset toimivat pitkän perinteen pohjalta hyvässä yhteistyössä muun muassa kunnan, asuntotoimijoiden ja poliisin kanssa. Yhteistyöllä on pitkät perinteet myös mielenterveystoimistojen ja käyttäjäjärjestöjen välillä esimerkiksi tiedonvaihdossa tai informaatiokampanjoiden levittämisessä suurelle yleisölle. Yksi tällainen tulos on vuosittainen mielenterveyspäivä kaupungintalolla, jonka järjestävät eri tahojen mielenterveystyöntekijät ja mielenterveyskuntoutujat ja joka on avoinna kaikille kansalaisille. Aarhusissa on myös käytäntö, että kaikki eri tahojen ydintyöntekijät ja mielenterveyskuntoutujien edustajat kokoontuvat kuukausittain vaihtamaan tietoja ja etsimään ratkaisuja ongelmiin. Joka kolmas kuukausi on vastaava johtajien tapaaminen. Myös alueiden ja kuntien edustajat tapaavat säännöllisesti palvelujen tuottamista ja suunnittelua varten.

Aarhusin yliopisto teki 21 avainhenkilön haastattelututkimuksen, jossa käsiteltiin mielenterveyskuntoutujien palveluja sekä asumista. Tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen osallisuuden mahdollisuudet ja yhteistyö palveluja tuottavien tahojen (terveydenhuolto, kunnat, yhteisöjen tuki) kanssa ovat Aarhusissa paremmat kuin muualla Tanskassa. Monet asiat ovat haastateltujen mukaan myös parantuneet mielenterveyskuntoutujien asumisessa, työssä ja koulutuksessa. Myös asunnottomuusohjelma on auttanut, sillä kodittomien määrä on vähentynyt. Ei ole kuitenkaan olemassa tutkimusta, joka vertailisi mielenterveyskuntoutujien arkielämän laatua ja sosiaalisen osallisuuden mahdollisuuksia Aarhusissa ja muualla Tanskassa. Toisaalta ongelmana nähtiin valtiollisen rahoituksen jakautuminen kahdelle eri sektorille, jotka ovat kunnallinen ja terveydenhuollon sektori. Tämä saattaa pitkällä tähtäimellä aiheuttaa hankaluuksia, sillä kyseessä on kaksi eri maailmaa, kuten eräs haastateltu totesi. Terveydenhuollon lähtökohtana on biomedikaalinen viitekehys, kun taas kunnallisen sektorin lähtökohtana on psykososiaalisesti orientoitunut viitekehys.

Aarhusin asumisratkaisuja

Aarhusissa on hyvin erilaisia asumisyksiköitä eri ikä- ja asukasryhmille. Asumista koordinoi kunnan asuinympäristökeskus (*Center for Boområdet*), jossa kunkin mielenterveyskuntoutujan asumistarve ja –resurssit käydään läpi ja jossa asukas ohjataan sopivaan asumismuotoon.

Haslekollegiet on tarkoitettu 18–35-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille, jotka ovat esimerkiksi psykoottisia tai joilla on itsemurhariski. He saavat Haslekollegiessa psykososiaalista kuntoutusta 1–2 vuotta, jonka jälkeen heidän on tarkoitus siirtyä pysyvästi omaan itsenäiseen asuntoon. Käytössä on ns. psykososiaalisen kuntoutuksen ohjelma, jossa keskitytään arkielämässä selviytymiseen. Painopiste on turvallisessa yhteisössä, joka haastaa osallistumaan sekä kehittämään vuorovaikutus- ja ihmishuuhdetietoja. Keskiössä on sosiaalinen verkostoituminen, työllistyminen ja koulutus. Haslekollegiessa asuu 14 mielenterveyskuntoutujaa, jotka on jaettu kahteen asuinryhmään (seitsemän henkilöä kussakin). Jokaisella asukkaalla on oma huone, jossa on suihku ja wc (kooltaan 21 neliometriä), mutta heillä on yhteinen keittiö ja olohuone. Asuminen pohjautuu sosiaalipalvelulain 107 §:ään.

Jokainen *Haslekollegien* asukas sitoutuu osallistumaan yhteisesti ruoanlaittoon, ryhmätapaamisiin ja käytännön tehtäviin. Jokaisella asukkaalla on myös oma tukihenkilö tai tukityöntekijä. *Haslekollegien* yleistavoitteena on, että yksilö työskentelee oman itsensä kanssa ja kehittää vastuuntuntoa ja vaikutusmahdollisuuksia omaan elämäänsä. Keskeistä on, että asukkaat 1) asettavat itselleen tavoitteita ja pyrkivät saavuttamaan niitä, 2) pyrkivät ottamaan vastuuta omasta kehityksestään, 3) hyödyntävät omia voimavarojaan keskittymällä vahvuuksiin ja onnistumisen kokemuksiin, 4) oppivat käytännön taitoja ja osaamista oman arjen jäsentämisessä sekä 5) hankkivat sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. *Haslekollegiessa* nähdään tärkeänä se, että jokaisella asukkaalla on oikeus itse määrätä omasta elämästään. *Haslekollegiet* määrittelee toteuttavansa toipumisorientoitunutta psykososiaalista kuntoutusta. Käytössä on myös voimaantumisen (*empowerment*) lähestymistapa: jokainen mielenterveyskuntoutuja haastetaan ottamaan vastuuta omasta elämästään ja yhteisöön osallistumisesta. Myös yhteydenpito sukulaisiin ja perheeseen nähdään tärkeänä.

Haslekollegietin työntekijät koostuvat monen eri sosiaali- ja terveydenhuollon alan ammattilaisista. Kummassakin asuinryhmässä on opettajia (*pedagoger*), sairaanhoitajia ja toimintaterapeutteja. He työskentelevät päivä- ja iltapäiväaikaan, mutta yöaikaan on vain yksi päivystäjä. Talossa on myös johtaja, jolla on raportointivastuu Aarhusin kunnan sosiaaliviraston haavoittuvassa asemassa olevien aikuisten osastolle (*Socialpsykiatri og Udsatte Voksne, Socialforvaltningen*). Mielenterveyskuntoutujat maksavat vuokraa, jonka määrä on laskettu suhteessa mielenterveyskuntoutujan tuloihin. Vuokraan kuuluu sähkö, vesi ja lämpö sekä kaapeli-tv yhteisissä tiloissa. Omaan huoneeseen saa maksua vastaan kytkeytyä satelliittitelevisioon. Lääkekulut mielenterveyskuntoutuja maksaa itse, mutta voi hakea niihin korvausta. Kellarissa on luova tila (*kreativt vaerksted*), kuntosali, soittimia ja talon pesutilat. Lisäksi talossa on erillinen tupakointitila. Jokainen saa myös polttaa omassa huoneessaan. Myös yövierat ovat sallittuja. Väkivaltainen käyttäytyminen ja huumeiden käyttö ei ole sallittua. *Haslekollegiet* sijaitsee rauhallisella puutarhamaisella asuinalueella, josta on noin neljä kilometriä kaupungin keskustaan, jonne kulkee useita bussilinjoja. Alueella (*Hasle/Åbyhøj*) on useita ruokakauppoja.

Mielenterveyskuntoutujia aktivoidaan osallistumaan erilaisiin seura- ja yhdistystoimintoihin, koulutuksiin ja päiväkeskuksiin, jotka ovat tarkoitettu nuorille mielenterveyskuntoutujille. Yhtenä tavoitteena *Haslekollegietissa* on selkiyttää nuorten koulutus- ja työelämämahdollisuuksia. Koulutuksen osalta osa nuorista suuntautuu

tavalliseen kaikille tarkoitettuun koulutukseen, osa aikuiskoulutukseen, osa iltakoulutukseen ja osa erityisesti mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuihin koulutusohjelmiin. Työelämän osalta tavoitteena on, että kaikki nuoret saisivat työtä. Osa nuorista aloittaa vasta työelämässä, osa jatkaa samalla työalalla, jossa he olivat ennen *Haslekollegietin* tuloa ja osa sijoittuu suojaotyöhön. Työn ja koulutuksen avulla pyritään rakentamaan arkielämää.

Korsagergården on maatila, joka on tarkoitettu sellaisille mielenterveyskuntoutujille, jotka tarvitsevat pitkäaikaista asumista, johon on yhdistetty tuki ja huolenpito. Jokainen mielenterveyskuntoutuja osallistuu maatilan yhteisiin töihin sen mukaisesti kuin he pystyvät niistä suoriutumaan. Henkilökunta on paikalla klo 8.00–22.00. Asuminen pohjautuu sosiaalipalvelulain 108 §:ään.

Botilbuddet Kragelund on tarkoitettu tilapäiseen asumiseen 18–65-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille. *Kragelundiin* voi tulla myös erilaisista riippuvuuksista kärsivät ihmiset. Lähtökohtana ovat asukkaiden tarpeet ja voimavarat. Tavoitteena on lisätä ja kehittää asukkaiden henkilökohtaisia ja sosiaalisia taitoja, selkiyttää heidän tulevaisuuden suunnitelmiaan sekä olla dynaaminen paikka, jossa asukkaat voivat tehdä jokapäiväistä elämäänsä koskevia päätöksiä. Tarkoitus on, että asukkaat voivat kokea olevansa vastuussa omasta elämästään. Keskiössä on elämänlaadun kohottaminen ja psykososiaalinen kuntoutus kohti itsenäistä asumista. Asukkaat voivat tuoda *Kragelundiin* mukanaan lemmikkejä, kuten koiria, kissoja ja kaneja. *Kragelund* sijaitsee luonnon keskellä, jossa on metsää ja rantoja, mutta lähellä on myös palveluja, kuten kauppiaita. Työntekijät ovat paikalla päivisin ja iltaisin. Yöaikaan yksi päivystävä työntekijä tosin nukkuu erillisessä rakennuksessa ja häneen voi ottaa yhteyttä, mikäli ongelmia ilmenee. Asuminen perustuu sosiaalipalvelulain 107 ja 108 §:iin.

Windsor on tarkoitettu sellaisille mielenterveyskuntoutujille, jotka eivät pysty asumaan yksin omassa kodissaan, vaan tarvitsevat erityistä kuntoutusohjelmaa. *Windsorin* majoituskiinteistö koostuu 15 pienestä asunnosta, jotka sijaitsevat entisessä hotellissa Aarhusin keskustassa. Asunnot ovat kaksioita ja ne ovat kooltaan 30–40 neliötä. Kaikissa asunnoissa on oma kylpyhuone ja pieni keittiö. Jokaisella mielenterveyskuntoutujalla on oma asunto. Aarhusin kaupunki omistaa sekä rakennuksen että asunnot. Asumiseen kuuluu psykososiaalinen kuntoutusprosessi, jossa jokaiselle asukkaalle tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Siinä keskitytään edistämään omaa tietotaitoa ja kokemusta luovaa prosessia, jolla mahdollistetaan mielenterveysongelmasta toipuminen. Työntekijätiimi auttaa mielenterveyskuntoutujan yksilöllisten toiveiden ja tavoitteiden saavuttamisessa. *Windsor* on keskittynyt erityisesti syömishäiriöisiin mielenterveyskuntoutujiin. Asuminen perustuu sosiaalipalvelulain 107 §:ään.

Tuesten Huse on tarkoitettu vakavista psykososiaalisista ongelmista kärsiville mielenterveyskuntoutujille, jotka tarvitsevat henkilökunnan tukea. Asuminen on tilapäistä ja siihen kuuluu ns. psykososiaalisen kuntoutuksen ohjelma, jossa jokaiselle asukkaalle luodaan yksilöllinen toimintasuunnitelma. Keskiössä on omien taitojen ja kokemuksen hyödyntäminen siten, että mielenterveyskuntoutujalla on mahdollista toipua mielenterveysongelmasta. *Tuesten Huse* on keskittynyt erikoisesti nuoriin, joilla on suuri psykososiaalisen tuen tarve. Nuoret sairastavat skitsofreniaa ja heillä on kaksoisdiagnoosi. Asumisyksikössä on 16 paikkaa. Jokaisella asukkaalla on oma asunto, jonka koko on 50 neliötä. Kaikissa asunnoissa on wc ja suihku. Asunnot omistaa Aarhusin kunta ja vuokrasopimus on tehty kunnan kanssa. Asuminen perustuu sosiaalipalvelulain 107 §:ään.

Tuesten Husetissa on laajasti eri alan ammattilaisia, kuten pedagogia, toimintaterapeutteja, sosiaali- ja terveysavustajia (*social- og sundhedsassistenter*), hoitotyön avustajia (*en plejehjemsassistent*), omaishoitajia (*en plejer*) ja kokki. Yhteensä vakituisia työntekijöitä on 20. He työskentelevät joko päivä- tai iltavuorossa, osa tekee kiinteää työtyötä. *Tuesten Huset* tekee kiinteää yhteistyötä mielenterveyskuntoutujien omaisten

ja perheenjäsenten kanssa, jotta omaiset voivat paremmin ymmärtää mielenterveyskuntoutujien tilannetta, ihmissuhteita ja kehittymismahdollisuuksia.

Grøfthøj (bofællesskab) on tarkoitettu mielenterveyskuntoutujille, jotka tarvitsevat kuntoutusohjelman ja tukea pystyäkseen asumaan omassa kodissaan. Asunnot ovat pieniä kahden makuuhuoneen rivitaloja, joissa on pieni puutarha. Vuokrasopimukset ovat aluksi määräaikaisia, mutta jos henkilön arvioidaan selviytyvän itsenäisestä asumisesta kotiin tuotavan tuen avulla, vuokrasopimus voidaan muuttaa tavalliseksi vuokrasopimukseksi. Käytössä on psykososiaalisen kuntoutuksen ohjelma (kuten *Tuesten Husessa* ja *Windsorissakin*), jossa keskitytään mielenterveyskuntoutujan vahvuuksien ja elämäkokemuksen hyödyntämiseen. Mielenterveyskuntoutujia pyritään työllistämään mahdollisuuksien mukaan. Henkilökunta on paikalla klo 8.00–22.00. Asuminen perustuu sosiaalipalvelulain 85 §:ään.

Kaikissa Tanskan kaupungeissa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut perustuvat pääosin samoihin sosiaalipalvelulain pykäliin (85, 107 ja 108). Asumispalvelut ovat myös samanlaisia siten, että tuki on saatavissa omaan kotiin. Esimerkiksi Kööpenhamina voi käyttää yhden kolmasosan kuntansa vapaana olevista asunnoista sosiaaliseen asumiseen, ja osa näistä asunnoista annetaan mielenterveyskuntoutujille. Kööpenhaminan kaupungilla on myös erikokoisia asumisyksiköitä, joissa mielenterveyskuntoutujat voivat asua ja joihin he voivat saada eriasteista tukea. Lisäksi Kööpenhaminassa on useita voittoa tavoittelemattomia asumisen organisaatioita. Suurimmat organisaatiot ovat *KAB*, *Lejerbo*, *3B*, *VIBO* ja *FSB*.

5 Hollanti – innovatiivisia asumisratkaisuja

5.1

Suuri sairaalapaikkojen määrä

Psykiatristen sairaalapaikkojen määrä on Hollannissa suuri (1,4 paikkaa / 1 000 asukasta vuonna 2009). Paikkojen lukumäärä (noin 23 000) on lähes samalla tasolla kuin 1980-luvulla. Sairaalapaikkoja on asukaslukuun suhteutettuna selvästi enemmän kuin useimmissa muissa läntisen Euroopan maissa (0,5-0,1 / 1 000 asukasta), esimerkiksi Suomessa (0,9 / 1 000 asukasta vuonna 2009). Deinstitutionalisaatio on koskettanut myös Hollantia, mutta sen tahti ja toteutumistapa on ollut erilainen kuin Suomessa, jossa vielä 1980-luvun alussa oli psykiatrisia sairaalapaikkoja asukaslukuun suhteutettuna huomattavasti enemmän kuin Hollannissa, mutta nyt jo selvästi vähemmän³⁴. Hollannissa muutos on ollut tasaisempi. Sairaalapaikkojen määrästä kertovat – sitkeästi samalla tasolla pysytelleet – luvut sisältävät monia muutoksia mielenterveyspalveluiden järjestelmässä.

Sairaala ei ole ollut ainoa vaihtoehto pitkään aikaan Hollannissakaan, eivätkä psykiatriset sairaalat ole samanlaisia, muusta yhteiskunnasta eristettyjen ihmisten säilytyspaikkoja, kuin viime vuosisadan alkupuolella. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja lisättiin 1980- ja 1990-luvuilla niin, että kapasiteetti kaksinkertaistui viidessätoista vuodessa. Päivätoimintaa, työhön kuntoutusta ja uudenlaisia, palveluohjaukseen ja etsivään työhön perustuvia, avopalveluja kehitettiin. Samaan aikaan suuria psykiatrisia sairaaloita purettiin, sairaalahoido monipuolistui ja sitä alettiin tuottaa pienemmissä yksiköissä. Avopalveluiden tarjonta ja paikkojen määrä palveluasumisessa on kasvanut nopeasti (0,9 paikkaa / 1 000 asukasta vuonna 2009), mutta sairaalapaikkojen määrä ei ole ratkaisevasti vähentynyt. Myös uudelleenlaitostumista on siten tapahtunut. Suhteellisen pitkän ja monivaiheisen muutosprosessin tuloksena palvelujärjestelmästä on muodostunut varsin monipuolinen, vaikka se on merkittävältä osaltaan edelleen sairaalaperustainen.

Liian hitaaksi arvioitua laitosten purkua on pyritty poliittisella tasolla aika ajoin jouduttamaan 1970-luvun alusta lähtien, jolloin laitoshoido määriteltiin kolmannen tason hoitomuodoksi, jota ennen tulee turvautua perustason ja erityistason avopalveluihin. Avohoido ja asumispalvelut ovat kehittyneet voimakkaasti 1990-luvun alkuvuosista lähtien mm. merkittävien kansallisten, nyt jo lakkautettujen, kannustinrahastojen tuella. Muun muassa paikkaluku palveluasumisen piirissä lisääntyi kymmenessä vuodessa 4 000 paikasta (1993) 7 000 paikkaan (2004). Viime aikoina mielenterveyspalveluiden rakennemuutoksen tarpeeseen on herätty paitsi kansallisella politiikkatasolla myös yksityisissä vakuutusyhtiöissä. Vakuutusyhtiöt, jotka neuvottelevat vuosittain sopimukset palveluntuottajien kanssa, ovat sopimusneuvotteluissa

³⁴ Vuonna 1980 oli Suomessa 4 paikkaa / 1 000 asukasta, mikä on yli kaksi kertaa niin paljon kuin Hollannissa samaan aikaan.

alkaneet tavoitella potilaspaikkakapasiteetin alentamista. Yksityisillä vakuuttajilla on merkittävä rooli Hollannin terveydenhuollossa. Viisi suurinta yritysryhmittymää, joilla on yhteensä yli neljä viidesosaa vakuutusasiakkaista, hallitsee maan sairausvakuutusmarkkinoita.³⁵

Lisäponntta palvelujärjestelmän painopisteen muutokselle antaa myös USA:sta lähtöisin olevan asunto ensin –periaatteen ja siihen nojaavien asunnottomuuden vähentämishankkeiden osakseen saama kiinnostus. Hollannin tilastokeskuksen (CBS 2010) mukaan asunnottomia oli vuonna 2009 noin 18 000. Huomattava osa asunnottomista kärsii mielenterveysongelmista. Asunto ensin –periaatteesta lähtevät ratkaisut ovat tulossa yhä merkittävämmäksi osaksi mielenterveyskuntoutujille suunnattavia palveluja. Kun puhutaan suomalaisen tapaan mielenterveyskuntoutujista ja asumisratkaisuista on syytä mainita, että tässä selvityksessä käsiteltävien palveluiden ensisijainen kohderyhmä Hollannissa on ihmiset, joilla on vakavia psyykkisiä sairauksia tai ongelmia, joiden vuoksi he saattavat tarvita pitkäkestoista tukea. Kohderyhmään, johon usein viitataan lyhenteellä EPA (*mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen*), lasketaan kuuluvan 120 000–160 000 henkilöä³⁶.

5.2

Lainsäädäntö ja rahoitus

Hollannin nykyinen mielenterveyspalveluiden rahoitusjärjestelmä on verrattain uusi. Se on tulosta vuoden 2006 reformista. Kun kolmen vuosikymmenen ajan rahoitettiin mielenterveyspalvelut, mukaan lukien asumispalvelut, lähes kokonaan yhden järjestelmän (erityissairauskulu vakuutus AWBZ, *Algemaine Wet Bijzondere Ziektekosten*) kautta, on rahoituskanavia nykyisin kolme. Hollantilaiset asiantuntijat³⁷ ovat päätelleet, että yhtenäinen rahoitusjärjestelmä mahdollisti sen, että aikaisemmasta paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti rahoitettujen organisaatioiden hajanaisesta verkostosta muodostui maan nykyinen melko yhtenäinen, alueellisesti organisoitunut mielenterveyspalveluiden järjestelmä, joka on selkeästi rajattu suhteessa muihin terveyspalveluihin.

Palvelujärjestelmän yhdentymisprosessi kulminoitui alueellisten palvelutuottajien fuusioihin, minkä tuloksena vuonna 2006 neljäkymmentä alueellisesti toimivaa mielenterveyspalveluiden tuottajaa, joista jokainen tarjosi kaikki tarvittavat palvelut alueensa väestölle, dominoi Hollannin mielenterveyspalveluita. Yhtenäisen järjestelmän muodostumista suosineen kansallisen politiikan suunta muuttui 2000-luvun alkupuolella. Järjestelmän varjopuolina alettiin pitää palvelutuottajien monopoliasemaa alueillaan ja suhteellisen riskitöntä rahoitusta, joiden katsottiin jättävän liian vähän valinnanvapautta palveluiden käyttäjille ja tarjoavan liian vähän kannustusta innovaatioille.

Vuoden 2006 reformi tuotti sairausvakuutuslain (ZVW), jonka voimaan tullessa palveluiden käyttäjät voivat ottaa (pakollisen) vakuutuksen haluamastaan vakuutusyhtiöstä, jotka kilpailevat asiakkaista vakuutusmaksuilla ja sopimustuottajiensa palveluiden laadulla. Valtaosa mielenterveyspalveluista siirtyi sairausvakuutuslain piiriin ja pieni osa uuden sosiaaliturkilaain (WMO) piiriin. Sosiaaliturkilain perusteella maksettavat etuudet ja palvelut järjestää kunta, joka saa sitä varten rahat valtiolta. Pitkäaikaishoito ja asumispalvelut jäivät entiseen vakuutusjärjestelmään (AWBZ), joka perustuu pakolliseen vakuutukseen.

³⁵ Westert, Gert 2012. The Dutch Health Care System, 2012. In: International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund; Van Hoof, Frank et al. 2011. Outpatient care and community support for persons with severe mental health problems. Trimbos-instituut, Utrecht.

³⁶ Van Veldhuizen: FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie. Psychopraktik Jaargang 4, April 2012.

³⁷ Van Hoof, Frank & Kok, Ineke & Vijselaar, Joost 2009. Liberalisation of health care in the Netherlands: The case of mental health care. Eurohealth Vol 14/No 4.

Mielenterveyspalveluiden (ml. asumispalvelut) saatavuuden ja rahoituksen kannalta tärkeimmät lait ovat tällä hetkellä seuraavat:

- Sairausrakuutuslaki (*Zorgverzekeringswet, ZVW, 2006*) koskee vuodesta 2008 lähtien suurinta osaa mielenterveyshoitoa. Se kattaa lähes kaiken avohoidon ja kaiken lyhytaikaisen (alle vuoden kestävän) sairaalahoidon. ZVW kattaa noin 2/3 mielenterveyshoidon rahoituksesta.
- Laki erityisistä sairauskuluista (*Algemaine Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ, 1968*) kattaa mielenterveyspotilaiden/-kuntoutujien pitkäaikaisen laitoshoidon (yli vuoden kestävän) sekä palvelu- ja tukiasumisen ja päivätoimintakeskukset. AWBZ kattaa noin 1/3 mielenterveyshoidon rahoituksesta.
- Sosiaalitulokilaki (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO, 2007*). Mielenterveysmenoista vain noin 2 % katetaan VWO:n kautta. Vaikka osuus on pieni, laki kuitenkin asettaa paikallisviranomaisille tehtävän edistää mielenterveysongelmista kärsivien sosiaalista integraatiota. Vuoden 2012 vaalien voittajapuolueiden tekemän koalitionsopimuksen³⁸ mukaan erityissairauskuluvarauksen etuuksia karsitaan ja vastuita siirretään sairausrakuutukselle ja kunnille. Sopimus, jolla tavoitellaan yhteensä 16 miljardin euron säästöjä vuoteen 2017 mennessä, merkitsee isoja leikkauksia sosiaali- ja terveysmenoihin.

Kansalliset vakuutusyhtiöt ja niiden aluetoimistot vastaavat sairausrakuutuksen (ZVW) ja erityissairauskuluvarauksen (AWBZ) hallinnoinnista ja toimeenpanosta. WMO:n toimeenpanosta vastaavat kunnat, joilla on autonomia päättää budjetista. WMO-budjetissa ei ole mielenterveyskuntoutujille korvamerkittyjä etuuksia eikä rahoitukseen ole yksilöllistä oikeutta kuten ZVW:ssä ja AWBZ:ssä.

Mielenterveyspalveluiden rahoitus tulee valtion kautta, viimekädessä tietenkin maksetuista veroista, vakuutusmaksuista ja omavastuuosuuksista. Kunnat saavat valtiolta avustusta sekä korvamerkittyä rahaa niille määrättyjen tehtävien hoitamiseen (esim. sosiaalipalvelut ja peruskoulutus). Omien tulojen osuus kuntien budjetissa vaihtelee, mutta on keskimäärin pieni (16 %). Suomen kaltaista verotusoikeutta ei kunnilla ole, joten tulonlähteitä ovat omaisuuden, koiran omistajuuden, turistien ja maan verottaminen sekä erilaisten hallinnollisten maksujen periminen.

Hollannissa on yli 400 kuntaa, joiden panos mielenterveyspalveluissa ei ole tähän asti ollut kovin suuri. Kunnat ovat tukeneet ruohonjuuritason projekteja, tuottaneet jonkin verran ehkäisevää toimintaa ja etsivää toimintaa, joka tavoittaa asunnottomia mielenterveyskuntoutujia. Kansallisessa politiikassa painotetaan vastuun hajauttamista kunnille ja kansalaisille. Onkin odotettavissa, että kuntien rooli vahvistuu.

Kuntien ja valtion välissä on aluehallinto (12 provinssia), jolla on tärkeitä toimeenpano- ja valvontatehtäviä, mutta mielenterveyspalveluiden osalta sillä ei ole merkittävää roolia. Kansanterveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriö (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*) on mielenterveyspalveluista vastaava ministeriö.

³⁸ Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD – PvdA. 29 oktober 2012. (www.rijksoverheid.nl)

Asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille

Asumispalveluita on erityyppisiä, kuten asunnot palveluasunnoissa, joissa on valvontaa ja palvelua päiväaikaan tai ympäri vuorokauden. Palveluasuminen sijoittuu useimmiten ryhmäkoteihin, joissa olohuone ja kylpyhuone ovat yhteiset. Viime aikoina palveluasumisessa on kuitenkin voimistunut suuntaus pienempiin yksiköihin ja enemmän yksityisyyttä tarjoaviin ratkaisuihin. Itsenäisesti asuvat mielenterveyskuntoutajat voivat saada kotiin tuotavia palveluja.

Laki erityisistä sairauskuluista (AWBZ) kattaa niitä em. palveluista koituvia kustannuksia, jotka eivät kuulu yleisen sairausvakuutuslain piiriin. Asumispalveluihin hakeudutaan hoivatarpeen arviointikeskuksen kautta (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*). Asiakas voi valita kustannetun palvelun sijasta myös henkilökohtaisen budjetin (*PGB*), jolla voi itse ostaa palveluja valitsemaltaan palveluntuottajalta.

Itsenäisen asumisen tuki

RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) on katto-organisaatio, jonka 23 palveluntuottajaa tarjoavat ohjausta ja asumispalveluja ihmisille, joilla on psyykkisiä ja psykososiaalisia ongelmia (asiakkaita yhteensä 24 000). Psykiatrinen hoito ei kuulu palveluihin. Asumispalveluissa työskentelevät ovat sosiaali- ja hoitoalan ammattilaisia (sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja sosiaalipedagogeja). *RIBW* sanoo noudattavansa ”toipumisorientoitunutta ja kuntoutuskeskeistä” lähestymistapaa, jossa toipuminen (*herstel*)³⁹ on sitä, mitä ihmiset itse tekevät ja kuntoutus sitä, mitä organisaation työntekijät tekevät edistääkseen asiakkaidensa toipumisprosessia.

RIBW-palveluntuottajien asiakkaista yli puolet on tuen avulla itsenäisesti asuvia. Sekä palveluasumista että itsenäisen asumisen tukea haetaan niin paljon, että muodostuu jonoja. Itsenäisen asumisen tukeen (asumisohjaukseen) keskimääräinen jonotusaika on puolet (115 päivää) palveluasumisen jonotusajasta (250 päivää)⁴⁰. Muutkin palveluntuottajat tarjoavat itsenäisen asumisen tukea, mutta *RIBW*-palveluntuottajat kattavat tarjonnasta noin puolet. Tuettu itsenäinen asuminen (*BZW, begeleid zelfstandig wonen*) muistuttaa liikkuvaa asumisen tukea, jota Englannissa on tarjolla nimellä *floating support*⁴¹.

Pohjois-Hollannissa toimiva säätiöpohjainen⁴² yritys *RIBW K/AM* tarjoaa itsenäisen asumisen tukea niille asiakkaille, jotka asuvat omassa kodissaan ja maksavat itse vuokraa. Asunnon omistaja voi olla esim. kohtuuhintaisia vuokra-asuntoja ylläpitävä asuntoyhtymä (*wooningsbouwcorporatie*) tai *RIBW*-säätiö itse. Asumisohjauksen sisältö sovitetaan asiakkaan tarpeisiin, mutta siihen kuuluu ainakin asumisohjaajan käynti asukkaan kotona kerran viikossa tietynä ajankohtana. Ohjaaja on päivittäin tavoitettavissa puhelimitse työpäivän aikana. *RIBW*-lähestymistavan mukaisesti asiakasta tuetaan jokapäiväisessä elämässään ja roolissaan vuokralaisena sekä autetaan häntä toteuttamaan tavoitteitaan terveyden, henkilökohtaisen huolenpidon, kotitalouden, raha-asioiden, työn tai vapaaehtoistyön, sosiaalisten kontaktien ja päivätoiminnan alueilla. *RIBW K/AM: lla* on erilliset avopalvelutiimit kahdessa kaupungissa (Haarlem,

³⁹ Engl. recovery.

⁴⁰ Vuonna 2010, Lähde: Trendrapportage 2011. *RIBW Alliantie*.

⁴¹ Erona on se, että englantilainen palvelu on kestoltaan rajoitettu enintään kahteen vuoteen, mutta hollantilainen *BZW* on kestoltaan rajoittamaton. Käytännössä tuki kestää useimmiten alle neljä vuotta. Ks. de Heer-Wunderink, Charlotte et. al.: Supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. *Community Mental Health Journal* (2012) 48: 321-327.

⁴² Stichting *RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden*, jolla on 1150 asiakasta ja 500 työntekijää (vuositasolla 365 henkilötyövuotta).

Beverwijk), mutta asumisohjausta itsenäisesti asuville on saatavilla myös niillä muilla paikkakunnilla, joilla on palveluasumisen yksikkö.

Vaikka laitospaikkakapasiteetti on korkea, on mielenterveyspalveluja laajasti saatavilla myös avopalveluina (*gemeenschapszorg*). Hollannissa on nyt kolmekymmentä integroitua mielenterveysorganisaatiota, joiden tavanomaiseen palvelutarjontaan kuuluvat sairaala- ja poliklinikkapalvelujen lisäksi myös paikalliset avohoito- ja asumispalvelut. Asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille tarjoaa myös joukko mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen tuottajien sekä asiakasjärjestöjen pienempiä projekteja ja palveluyksiköitä. Nyt kun Hollannissa ollaan aikaisempaa vahvemmin suuntautumassa sairaalapaikkojen ja asumisyksikköpaikkojen vähentämiseen mm. säästöpainneiden pakottamana, on painopiste siirtymässä itsenäisesti asuvien tuen lisäämiseen ja kehittämiseen sekä asuntojen saatavuuden varmistamiseen.

Valtaosa mielenterveyskuntoutujista asuu tavallisissa asunnoissa. Kuitenkin suuri joukko on edelleen laitoksissa, asumisyksiköissä ja asunnottomina, joten lisää asuntoja tarvitaan. Kohtuullisen vuokratason asuntoja tuottavien ja ylläpitävien asuntoorganisaatioiden⁴³ tehtäviin kuuluu tarjota asuntoja paitsi pienituloisille yleensä myös erityisryhmille, joihin luetaan mm. vanhukset, opiskelijat, vammaiset, asunnottomat ja muut tuettua asumista tarvitsevat henkilöt. Asukkailla, joiden asumiskulut nousevat tuloihin nähden korkeiksi, on mahdollisuus asumistukeen.

Jotta laadukkaiden asuntojen ja palvelujen järjestäminen mielenterveyskuntoutujille voi onnistua, on yhteisymmärrys ja yhteistoiminta mielenterveyspalveluorganisaatioiden, asunto-organisaatioiden, sairausvakuutusta ja erityissairauskulu- vakuutusta hallinnoivien vakuutusyhtiöiden sekä kuntien välillä välttämätöntä. Eri tahojen yhteistyöllä on toteutettu onnistuneesti esim. sellaisia asumisratkaisuja, joissa mielenterveysorganisaatiot vuokraavat asuntoja asuntoyhdistyksiltä ja säätiöiltä mielenterveyskuntoutujia varten. Usein sama organisaatio antaa (yksin tai yhdessä muiden palvelutuottajien kanssa) arjen tukea ja tarvittaessa moniammatillisia palveluja asuntoihin muuttaville mielenterveyskuntoutujille.

Asuntoja koskevat vaatimukset

Mielenterveyskuntoutujien asuntoja ja asumisyksikköjä koskevat kahdenlaiset vaatimukset. Kaikkia asuntoja koskevat kansalliset rakennusmääräykset (*Bouwbesluit* 2012), joissa asetetaan minimivaatimukset mm. asunnon koolle (18 m²)⁴⁴, asuinhuoneen koolle (5 m²) ja leveydelle (1,8 m), asuintilan (olohuone, makuuhuone, keittiö) osuudelle (55 %) ja huonekorkeudelle (2,6 m). Asunnossa on oltava vähintään 11 m² suuruinen huone, jonka leveys on vähintään 3 metriä. Sen lisäksi on olemassa erityisiä vaatimuksia asumiselle erityissairauskulu- vakuutuksen (AWBZ) kustantamissa asumispalveluissa. Yksilöllisessä asunnossa (huoneisto tai studio omalla ulko-ovella), joka on tarkoitettu 1–2 henkilölle, tulee tilaa olla vähintään 45 m². Pienimittakaavaisessa ryhmäasunnossa (yksikkö 3–6 asiakkaalle, joilla on oma huone ja oma tai enintään neljän hengen jakama yhteinen saniteettitila sekä yleensä kaikille yhteiset huoneet kuten olohuone ja keittiö) asukkaan oman huoneen on oltava kooltaan vähintään 12 m² ja yhteiskäyttöön tarkoitettun huoneen vähintään 7 m²⁴⁵. Nuorten kohdalla huonekoosta ryhmäasumisessa voidaan jossain tapauksessa tinkiä kaksi neliötä.

Em. esimerkit ovat asumisen ”alemmalta tasolta”. Muilla tasoilla, jotka on tarkoitettu enemmän palveluja ja tilojen mukauttamista tarvitseville asiakkaille, on omat vaatimuksensa. Yleisesti voi todeta, että vähimmäisnormi yksityisyyden suhteen on oma huone (joissain tapauksessa poikkeus on mahdollinen, esim. jos kyse on asiak-

⁴³ Nämä asunto-organisaatiot (*woningcorporates*) toimivat lain nojalla ja valtion valvonnassa, mutta ovat itsenäisiä yhdistyksiä ja säätiöitä.

⁴⁴ Aikaisemmin minimikoko oli 24 m².

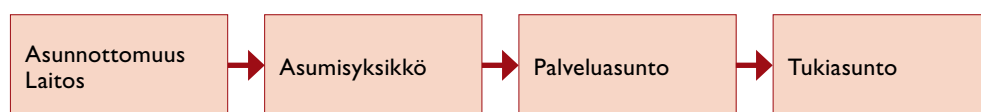
⁴⁵ Building guidelines under the AWBZ. 2007 Performance Requirements. Report number, 0.122, 2007.

kaasta, jolla on psykogeriatria häiriötä) ja että pinta-aloja koskevat vaatimukset vastaavat vähintään yleisiä rakennusmääräyksiä ja yleensä ylittävätkin ne.

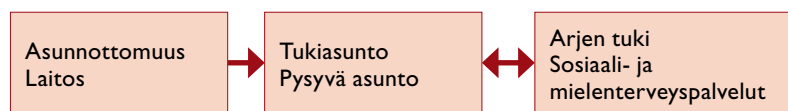
Asunto ensin

Seuraava asetelma havainnollistaa asunto ensin -periaatteen asettamaa haastetta. Asetelma on yksinkertaistettu, sillä erilaisia yksilöllisiin tarpeisiin perustuvia palveluasumISRatkaisuja tarvitaan jossain mitassa silloinkin, kun "asunto ensin" on valittu pääasialliseksi toimintalinjaksi. Periaatetta myös tulkitaan ja sovelletaan eri tavoin eri maissa ja alueilla, vaikka yhteistä on pyrkimys nopeuttaa itsenäiseen ja pysyvään asuntoon pääsyä. Yhteinen pyrkimys on myös palvelujen käyttäjän kohtaaminen kansalaisena eikä toimenpiteiden kohteena. Hollannissa malli, jossa edetään vaiheittain kohti itsenäistä asumista, on edelleen vallitseva, muttei enää kyseenalaistamaton.

Vanha malli



Uusi malli (asunto ensin)



Kuvio 1. Asumisratkaisut vanhan ja uuden mallin mukaan

Amsterdamin Discus-hankkeen tähänastiset kokemukset kertovat asunto ensin -periaatteen ja yhteistyön toimivuudesta käytännössä. *Discus* käynnistyi vuonna 2006 mielenterveyspalvelutuottajan (*Jellinek Mentrum*, nykyisin *Arkin*), asuntoyhdistyksen (*de Alliantie*) sekä sosiaali- ja mielenterveyspalveluja tuottavan järjestön (*HVO-Querido*) yhteisvoimin. Pääasiallinen rahoitus on tullut sairausvakuutuksista. Tavoitteena oli hankkia asunto sadalle asunnottomalle, jotka tarvitsevat myös tukea ja palveluja. *Discus* -hankkeesta tehty arviointi⁴⁶ osoittaa, että enemmistö osallistujista oli käyttänyt psykiatrisia palveluja, kaksi kolmesta avohoitoa ja neljä kymmenestä sairaalahoitoa.

Asumisen suhteen lähtökohtana oli, että asunnottomat muuttavat itsenäisiin asuntoihin ja tekevät vuokra- ja palvelusopimuksen hankkeen hallinnoijan (*HVO-Querido*) kanssa. Asukkaat maksavat itse vuokransa ja hoitavat kotitaloutensa, mutta suostuvat taloudenpidon ohjaukseen ja siihen, että asumisohjaaja käy asukkaan luona vähintään kerran viikossa. Asunnot, jotka sijaitsevat hajautetusti Amsterdammassa, ovat asumisorganisaatioiden omistamia täysimääräisiä asuinhuoneistoja (*self-contained*).

Kullakin asukkaalla on henkilökohtainen asumisohjaaja (*woonbegeleider*). Myös kaksikymmenhenkisen ohjaustiimin muiden jäsenten palvelut ovat käytettävissä. Lähtökohtana on tuen räätälöinti asukkaan tarpeiden mukaan yhteistyössä hänen ja terveyspalvelujen kanssa. Keskimäärin tukea käytetään 4,5–10 tuntia viikossa, mutta sitä on tarvittaessa saatavilla ympäri vuorokauden. Kullakin on oma tukisuunnitelmansa, jota arvioidaan puolivuositain. Perinpohjainen arvio tuen tarpeesta tehdään kahden vuoden jälkeen, jolloin voidaan päätyä siihen, että asumisen tuki jatkuu tai

⁴⁶ Judith Wolf & Dorieke Wewerinke: Evaluating Housing First in Amsterdam: The Discus Project. FEANTSA-seminar "Housing First: A Key Element of European Homelessness Strategies", 23rd March 2012.

siihen, että on päästy tavoitteeseen ja asukas jatkaa asunnossa, mutta vuokrasopimus siirretään hänen nimiinsä.

Henkilökohtaiseen ohjaukseen kuuluvat keskustelut (vähintään kerran viikossa), asioiden tekeminen yhdessä, henkilökohtaisten valmiuksien harjaannuttaminen, apu käyttäytymisen sääntelemiseen (mikäli tarpeen), asiointi viranomaisten kanssa sekä ohjaus päivätoimintaan tai työhön hakeutumiseen. Muita alueita, joihin liittyen ohjausta on tarjolla, ovat asuminen, taloudenpito, päivätoiminta, sosiaalinen ja psyykinen toiminta, pohdinta, liikunta ja muu tekeminen.

Arvioinnin ajankohtana (2011) oli hankkeessa 95 asiakasta. Kaikkiaan oli asiakkaita ollut 123, joista edelleen oli viiden ja puolen vuoden päästä mukana 77 %. Suurin syy pois jäämiseen oli siirtyminen laitokseen tai valvotumpaan asumisyksikköön, toiseksi suurin oli siirtyminen asumaan täysin itsenäisesti. Negatiivisista syistä keskeyttäneitä oli arvioitsijoiden mukaan kuusi henkilöä. Arvioinnin tehneet Radboudin yliopiston tutkijat pitävät hanketta onnistuneena ja katsovat sen tavoittaneen vaikeassa asemassa olevan kohderyhmän, jonka tilanne hankkeen aikana oli kohentunut. Hanke on edelleen käynnissä.

5.4

Moniammatilliset FACT-tiimit

Moniammatilliset ja joustavat aluepohjalla toimivat FACT-tiimit (*Functie Assertive Community Treatment*) tukevat mielenterveyskuntoutujia laaja-alaisesti alkaen asumisesta, työstä, koulutuksesta ja päivätoiminnasta sosiaalisiin suhteisiin ja psykiatrisiin hoitoihin. Myös sairaalajaksojen aikana hoidon koordinointi pysyy FACT-tiimillä. FACT on hollantilainen muunnos Yhdysvalloissa 1960-luvun lopulla kehitetystä ACT-mallista (*Assertive Community Treatment*), joka Suomessa on nimetty työryhmäpohjaiseksi tehostetuksi avohoidoksi⁴⁷. Hollannin ensimmäinen ACT-tiimi muodostettiin vuonna 2002 Rotterdamissa. Nyt ACT-tiimejä on 35.

ACT tarkoittaa avohoitoa, jota ryhmänä työskentelevä mielenterveyden ja sosiaalialan ammattilaisten joukko tarjoaa kaikkein eniten apua tarvitsevalle viidennekselle mielenterveyskuntoutujista (*mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen*). Asiakkaita tiimiä kohden on 100 ja siinä työskentelee esim. sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja ja vähintään yksi psykiatri. Työ on hyvin intensiivistä ja sitä tehdään yhdessä (*shared caseload*). Työryhmä kokoontuu päivittäin ja kuhunkin asiakkaaseen ollaan yhteydessä päivittäin. Vaikka ACT-tiimien toiminnasta on saatu hyviä tuloksia ja on todettu niiden avulla voitavan vähentää sairaalapäivien määrää, pystyvät ne kattamaan vain osan niistäkin mielenterveyskuntoutujista, joilla on vakavia ja pitkäaikaisia ongelmia.

ACT-tiimejä laajemmalla ammatillisella kirjolla varustetut, mutta työn intensiivisyydessä kunkin asiakkaan tilanteen mukaan joustavat FACT-tiimit ovat erityisen kiinnostavia mm. mielenterveyskuntoutujien itsenäisen asumisen tukemisen ja asunnottomuuden ehkäisyn näkökulmasta. Ensimmäiset neljä FACT-tiimiä käynnistivät toimintansa vuonna 2002, nyt niitä on Hollannissa noin 150. Vuonna 2011 ACT ja FACT tiimien arvioitiin pystyvän palvelemaan noin 3 % mielenterveyspalveluiden asiakkaista ja 10–15 % niistä aikuisista mielenterveyskuntoutujista, joilla on vakavia ja pitkäaikaisia mielenterveysongelmia⁴⁸. Nykyisin tiimejä on yhteensä n. 50 enemmän,

⁴⁷ Suomessa ACT-mallia ei ole laajasti omaksuttu, mutta pääkaupunkiseudulla sitä on kokeiltu. Suomen Ks. Komu, Suvi & Mäkinen, Pirjo. ACT-verkostotyömalli. Tehostettua palveluohjausta mielenterveystyön avohoidossa. Diak Etelä, Järvenpää, kevät 2012. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

⁴⁸ Van Hoof et al 2011.

mutta silti kapasiteetti on vielä rajoitettu. Tiimit ovat myös epätasaisesti levittäytyneet maan eri alueille. FACT-toiminta alkoi ensin pienemmillä kaupunkialuilla, mutta on sittemmin levinnyt myös suuriin kaupunkeihin.

Pohjois-Hollannissa Alkmaarin alueella (*Noord-Holland Noord*) FACT-kapasiteetti on selvästi keskimääräistä korkeampi. FACT-mallin on kehittänyt alueen merkittävien mielenterveyspalveluiden tuottaja GGZ NHN (*Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland Noord*), joka on toiminut aktiivisesti avopalvelujen kehittämiseksi mukaan lukien päivätoiminta, sosiaalinen osallistuminen, koulutus ja ammatillinen kuntoutus. Sillä on alueella viisi toimintakeskusta, jotka palvelevat yli tuhatta asiakasta ja jotka lähes kaikki ovat myös FACT-palveluiden piirissä.

FACT-tiimin asiakkaiden määrä on ACT:iin verrattuna kaksinkertainen eli 200 ja sen on tarkoitus tarjota avopalveluja tietyn alueen (noin 50 000 asukasta) kaikille aikuisille mielenterveyskuntoutujille, joilla on pitkäaikaisia ja vakavia ongelmia. Jos asiakkaan tilanne vaatii, FACT-tiimi voi kääntyä ACT asentoon, jolloin voidaan intensiivisen hoidon avulla auttaa asiakasta niin, että hän välttyy sairaalaan passitukselta tai hädöltä. Kriisin jälkeen asiakkuus jatkuu, mutta tiimin palveluiden hoitointensiteettiä lasketaan. Samalla psykososiaalista kuntoutusta ja osallistumista koskevat tiimin tarjoamat palvelut voivat painottua. FACT-tiimiin kuuluu: 1 tiimin vetäjä, 7 palveluohjaajaa (*casemanagers*), esim. sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdetyöntekijä sekä 0,8–1 psykiatria. Lisäksi on 0,8 psykologia, 0,6 kokemusasiantuntijaa ja 0,5 työvalmentajaa, joita ei välttämättä ”pelkässä” ACT-tiimissä ole lainkaan.

FACT-mallin lähtökohtana on antaa yksilöllistä palveluohjausta (*casemanagement*) tietyn alueen kaikille henkilöille, jotka kuuluvat vakavista mielenterveysongelmista kärsivien (*EPA*) kohderyhmään. Ohjaus perustuu asiakkaan kanssa yhdessä tehtävään suunnitelmaan, jossa määritellään tavoitteet hoidolle, kuntoutukselle ja toipumiselle (*herstel*)⁴⁹. Suunnitelma arvioidaan asiakkaan kanssa vähintään kerran vuodessa. Keskeisin käytännön työmuoto on palveluohjaajan käynnit asiakkaan luona säännöllisesti noin kerran viikossa. Suunnitelmaan sisältyy myös ”kriisisuunnitelma”, jossa varaudutaan toimenpiteisiin, mikäli hoidon intensiteetin nostaminen käy välttämättömäksi. Kun kyse ei ole kriisitilanteesta, asiakas voi käydä esim. lääkitys- tai terapia-asioissa vastaanotolla FACT-keskuksessa, josta löytyy psykiatri ja psykologi.

Asiakkaan tilanteen uhatessa kriisiytyä palveluohjaaja merkitsee hänen nimensä FACT-työkalulle (*board*), jolloin koko tiimi ryhtyy työskentelemään tämän asiakkaan kanssa. Kahden päivän sisällä nimen ilmestymisestä työkalulle psykiatri tapaa asiakkaan, tarvittaessa asiakkaan kotona. Kriisisuunnitelma päivitetään ja käynnistetään sen toteutus. Palveluohjaaja kertoo asiakkaalle ja tarvittaessa hänen läheisilleen, että siirrytään intensiivisempään hoitoon, jossa FACT-tiimin työntekijät työskentelevät yhdessä tarkoituksena auttaa asiakasta selviytymään kriisistä ilman sairaalaan joutumista. Työkalulla voi olla samanaikaisesti 15–30 asiakkaan nimet, joiden tilanteen FACT-tiimi käy päivittäin läpi. Tarvittaessa kukin tiimin jäsen on valmis käymään tapaamassa asiakasta myös hänen kotonaan.

Useimmiten muutaman viikon kuluessa asiakkaan tilanne alkaa helpottua, nimi pysyy edelleen työkalulla, mutta yhteydenpito siirtyy enimmäkseen palveluohjaajan harteille ja muut tiimin jäsenet siirtyvät asteittain taustalle. Kun tilanne arvioidaan vakaaksi ja yksilöllinen palveluohjaus riittäväksi, nimi poistetaan työkalulta. Kriisisuunnitelma päivitetään vastaisen varalle ja tuki jatkuu tavalliseen tapaan. Hollannissa on havaittu, että 80–90 prosentissa tapauksia asiakkaan tarve intensiivisempään hoitoon on väliaikainen (muutama viikko tai kuukausi), mutta on myös joitain asiakkaita,

⁴⁹ Yksilöllinen palveluohjaus suuntautuu toipumiseen (engl. *recovery*, holl. *herstel*), mikä ei tässä yhteydessä tarkoita vain sairaudesta parantumista. Palveluohjauksella tuetaan asiakkaan prosessia, jossa hän kehittää omia voimavarojaan ja vapautuu toimintaa ja osallistumista rajoittavista tekijöistä. Tavoite on, että asiakas pystyy ohjaamaan omaan elämäänsä ja toiminaan täysivaltaisena kansalaisena muiden joukossa.

jotka pysyvät ”taululla” hyvinkin pitkään. Heillä sairaus on siinä määrin vaikea, että asuminen sairaalan ulkopuolella on mahdollista vain päivittäisen intensiivisen tuen avulla⁵⁰.

5.5

Palveluasuntoja Rotterdamissa

Valtaosa mielenterveysongelmista kärsiville tarkoitetuista asumisratkaisuista näyttää Hollannissa toteutuvan muodoissa, joista Suomessakin on jo kertynyt paljon kokemusta (itsenäisen asumisen tuki, ryhmäkodit ja palvelutalot). Jo tämän raportin aikaisemmissa luvuissa käsiteltiin itsenäisen asumisen tukimuotoja, joiden tarve ja osuus osana asumispalveluiden kokonaisuutta ovat kasvussa. Tässä luvussa kuvataan lyhyesti aikuisille mielenterveyskuntoutujille tarkoitettua palveluasumista ryhmäkodissa ja palvelutalossa. Ne ovat Hollannissa edelleen tyypillisiä palveluasumisen muotoja⁵¹.

Bonaventurastraat-asumisyksikkö sijaitsee matalassa kerrostalossa Rotterdamin eteläisessä kaupunginosassa lähellä palveluja. Yksikössä on yhdeksän yhden hengen huonetta. Asukkailla on oma huone, jossa on wc. Osassa huoneita on minikeittiö ja jääkaappi. Yhteistiloja ovat suihku- ja wc-tilat, keittiö sekä olohuone. Asukkaiden omien huoneiden kalusteita ja varusteita ovat sänky, vaatekaappi, pöytä, kaksi tuolia, nojatuoli, televisio ja internet-yhteys. Yhteiskeittiössä valmistetaan vähintään kolme kertaa viikossa yhteinen ateria. Asumisohjaaja on paikalla päivisin ja puhelimella tavoitettavissa ympäri vuorokauden.

Spiekmanstraat-asumisyksikkö sijaitsee myös Rotterdamin eteläosassa. Talo on uudehko kolmikerroksinen talo rauhallisella paikalla. Yksikössä on 17 yhden henkilön asuntoa. Niistä 13 on yhden makuuhuoneen ja neljä kahden makuuhuoneen huoneistoa. Kaikissa huoneistoissa on keittiö, kylpyhuone ja oma ulko-ovi. Huoneistot ovat kalustettuja ja lemmikkieläimet sallittuja. Paikan päällä ei ole henkilökuntaa, mutta asukkaat tapaavat asuinohjaajaa erikseen sovittaessa. Puhelimitse saa ympäri vuorokauden yhteyden valvojaan.

Selvityksen yhteydessä on noussut esiin muutamia ratkaisuja, jotka ovat suomalaisesta näkökulmasta oudompia. Seuraavassa luvussa esitetty esimerkki edustaa erilaisuutta Suomessa toteutettuihin ratkaisuihin nähden, eivät Hollannin valtavirtaa tai kehittämisen suuntaa.

5.6

Zorgboerderij Idahoeve – Hoivamaatila Idahoeve

Hollannissa on Maatalous- ja hoivaliiton (*Federatie Landbouw en Zorg*) ylläpitämän rekisterin mukaan 711 hoivamaatilaa (*zorgboerderij*), joista noin 60 ilmoittaa tarjoavansa asumista ja työtä mielenterveyskuntoutujille. Yli puolelle maataloista mielenterveyskuntoutujat ovat tervetulleita ainakin päivätoimintaan tai virkistämiseen. Kehitysvammaiset on ryhmä, jolle useimmat hoivamaatilat (noin 70 % tiloista) ovat valmiita tarjoamaan palveluja. Toiseksi eniten on maatiloja (yli 60 %), jotka tarjoavat palveluja autismin kirjoon kuuluville henkilöille. Muita isoja ryhmiä,

⁵⁰ Van Veldhuizen, J. Remmes: FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, August 2007.

⁵¹ Kummatkin asumisyksiköt omistaa ja palvelut tarjoaa sama mielenterveyspalvelujen tuottaja (*Bavo Europeoortin*), joka on yksi valtakunnalliseen mielenterveyspalveluiden tuottajajärjestön GGZ (*geestelijke gezondheidszorg*) *Nederland* mielenterveyspalveluja laidasta laitaan (ml. asumispalvelut) tuottavista jäsenyryksistä.

joita hoivamaatilat kutsuvat, ovat nuoret, erityisoppilaat ja vanhukset. Valtaosa (lähes 90 %) maatiloista järjestää päivätoimintaa tai -hoitoa. Lyhytaikainen yöpyminen on mahdollista yhdellä neljästä tilasta ja pitempiaikainen asuminen ja työskentely hieman useammalla kuin joka kymmenennellä tilalla.

Hoivamaatilat eroavat toisistaan toiminnallisilta painotuksiltaan. Toisessa ääripäässä ovat tilat, joiden pääasiallinen tarkoitus on toimia tuottavana maatalousyrityksenä, jossa tehtäviin töihin muutama ”hoiva-asiakas” osallistuu kykyjensä mukaan. Toisessa päässä ovat hoivayksiköt, joiden sijaintipaikka maatila on. Maatalous ja muu työtoiminta tilalla on mukautettu hoiva-asiakkaiden tarpeisiin ja mahdollisuuksiin.

Idahoeve on palveluasumisyksikkö, joka sijoittuu vuonna 1900 rakennetulle maatilalle. Tilalle on muutostöiden jälkeen vuonna 2009 sijoitettu 26 asuntoa aikuisille mielenterveyskuntoutujille. Tavoitteena on lyhyemmän tai pidemmän asumisajan myötä siirtyä itsenäisempään elämään ja asumiseen. Tyypillinen asumisaika on 2–3 vuotta.

Jokaisella asiakkaalla on oma asunto (studio), jossa on kylpyhuone ja minikeittiö. Käytössä on myös vierashuone, yhteinen olohuone, kirjasto ja keittiö, jonka yhteydessä on oleskelu- ja ruokailutila. Yhteinen ruokailu kuuluu paikan käytäntöihin.

Hoitoa on saatavissa seitsemänä päivänä viikossa ja 24 tuntia vuorokaudessa. Hoitotiimiin kuuluvat asumisohjaajat (*woonbegeleiders*), sosiaalipedagogiset työntekijät ja psykiatriset sairaanhoitajat. Käytävissä oleviin tukitoimintoihin kuuluvat maatalousneuvoja, hengellinen neuvoja ja johtajapari, joka asuu tilalla. Lisäksi monet vapaaehtoiset toimivat asukkaiden kanssa järjestäen esim. opastusta valokuvaukseen, hevosten hoitoon tai puutarhanhoitoon. Vapaaehtoisia osallistuu myös talkootöihin tilalla. Esimerkiksi viimeksi syksyllä 2012 Neste Oilin työntekijät kunnostivat pajarakennuksen vapaa-ajan tilaksi asukkaiden käyttöön.

Keskeinen oletus hoivamaatilan toiminnassa on se, että asumisella ja työskentelyllä luonnossa on terveyden kannalta myönteinen vaikutus⁵². Tarkoitus on säännöllisen vuorokausirytmien (työ, lepo, ateriat) myötä tuoda tasapainoa elämään. Asiakkaat osallistuvat rakennuksen ja tilan ylläpitotöihin, lampaiden ja kanojen hoitoon, ruuanlaittoon, puutarhanhoitoon ja puutöihin. Lisäksi he osallistuvat maisemanhoitoon ym. töihin saarella saaden siitä korvausta.

Jokaisella asukkaalla on oma viikko-ohjelmansa, johon kuuluu myös opintoihin, työhön ja sosiaaliseen elämään liittyvää ohjausta sekä hoitoon liittyviä toimia. Työhön osallistuminen on vapaaehtoista. Motivaatio työhön, suhtautuminen hiljaisuuteen ja päihitteettömyys ovat aiheita, jotka käydään uusien asukkaiden kanssa läpi.

Idahoeve sijaitsee Tiengemetenin saarella noin 20 km Rotterdamista. Saarelle pääsee vain lautalla. Matka Rotterdamista kestää puoli tuntia ja satamasta on runsaan 10 minuutin kävelymatka tilalle. Maanviljelyksen loputtua (2006) saari on ollut lähes asumaton. *Idahoeven* 26 asukkaan lisäksi vakituksia asukkaita on 10 ja viikonloppuasukkaita 25. Saari on nykyisin suosittu luontokohde ja siellä vieraillee vuosittain 30 000 kävijää. Vierailijoille on tarjolla monenlaisia aktiviteetteja ja palveluja. *Idahoeve*-maatilan omistaa mielenterveyspalveluja tuottava *Bavo Europort*.

⁵² Luontoon ja maaseutuympäristöön tukeutuva, ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi organisoitu toiminta, on usein nimetty *green careksi*. Yleensä green care -toiminta sijoittuu maaseudulle, mutta luonnon elementtejä voidaan hyödyntää kaupunkioiloissakin.

6 Englanti – yhteisön tukea ja liikkuvia palveluja

6.1

Yhteisöjen tuki keskeiseksi

Englannissa on siirrytty 1920–1950-luvuilla mielenterveyshoidon laitoshoitokeskisydestä kohti kuntoutusta ja avohoitoa. Viimeisen 60 vuoden aikana tärkeimpänä painopisteenä on ollut yhteisöjen tukeen perustuva ajattelu (*community care*), joka voimistui erityisesti 1980-luvulla. Yhteisöjen tuen painotus näkyy myös nykyisen hallituksen politiikassa, lainsäädännössä, kansallisissa rahoitusmekanismeissa ja paikallispalveluissa.

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana englantilaisissa mielenterveyskuntoutujien tuki- ja hoitopalveluissa erottuu selvästi kaksi pääpiirrettä. Ensimmäinen on suhteellisen vahva ja kansallinen direktiivein toteutettu valtiollinen keskushallinnon kontrolli ja valvonta, joka ulottuu koko mielenterveyskuntoutujien tuki- ja hoitopalvelujärjestelmään (*mental health care system*). Toinen piirre on pitkäaikainen ja hyvin laaja psykiatrisen laitoshoidon purkaminen, joka johti laitospaikkojen määrän vähittäiseen laskuun jo 1950- ja 1960-luvuilla. Nykyisin laitospaikkojen määrä Englannissa on yksi Länsi-Euroopan alhaisimpia.

Erikoissairaanhoidon (*secondary mental health care*), laitos- ja avohoitoa tarjoaa Englannissa 52 paikallista *Mental Health Trustia*. Niissä oli vuonna 2009 yhteensä 26 000 psykiatrista laitospaikkaa. Koko maan tasolla tämä merkitsee noin 50 psykiatrista laitospaikkaa 100 000 asukasta kohti (OECD-maiden keskiarvo oli vuonna 2008 74,7 laitospaikkaa 100 000 asukasta kohti). Psykiatristen laitospaikkojen määrä on laskenut kahdessa vuosikymmenessä lähes kahdella kolmasosalla. Tuoreimmat luvut myös osoittavat, että niiden määrä laskee edelleen.

Laitoshoidon purkaminen johti Englannissa siihen, että niille mielenterveyskuntoutujille, jotka eivät pystyneet asumaan täysin itsenäisesti, alettiin perustaa erilaisia asumispalveluja. Englannissa on kolmenlaisia asumisratkaisuja aikuisille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Nämä ovat: 1) hoitokodit (*residential care homes*), joista osa tarjoaa mahdollisuuden hoito- tai muun henkilökunnan tukeen 24 tuntia vuorokaudessa 7 päivänä viikossa, 2) erilaiset asumisyksiköt ja tukiasunnot (*supported housing*), joissa on henkilökuntaa päiväsaikaan (esim. klo 9.00–16.00) sekä 3) liikkuvat ja etsivät palvelut (*floating support/outreach services*), jotka tarkoittavat sitä, että henkilökunta käy mielenterveyskuntoutujien kotona tarvittaessa. Näistä kolmesta asumismuodosta vain ensimmäistä säädellään virallisesti. Hoitokotien laatua ja palveluja valvoo säännöllisesti hoidon laatukomissio (*Care Quality Commission*).

Englannissa ei ole olemassa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevaa erityislainsäädäntöä. Tukiasunnoille ei ole myöskään asetettu mitään erityisiä kriteereitä, vaan rakentamismääräykset ovat samat kaikille asunnoille. Mielenterveyskuntoutujien asuntojen tulee olla samanlaisia kuin muidenkin asuntojen. Niissä tulee olla esimerkiksi wc ja keittomahdollisuus. Yleensä hoitokodeissa ja tukiasunnoissa asukkailla on oma makuuhuone, eli he eivät jaa huonetta kenenkään toisen kanssa.

Kansallisesti rahoitetut palvelut

Mielenterveyspalvelut ovat Englannissa kansallisesti rahoitettua lakisääteistä palvelua, jota toteuttaa suurelta osin vuonna 1948 perustettu National Health Service (NHS). Rahoitusta ohjaa ja valvoo ministeriön terveydenhuollon osasto (*Department of Health*). NHS kattaa perustason mielenterveyshoidon (*primary*), yhteisöllisen hoidon (*community*) sekä erikoissairaanhoidon (*secondary health care*). Hoito sairaaloissa on osa erikoissairaanhoidtoa, jota toteuttaa NHS:n alaisuudessa *National Service Trusts* (NHS Trusts).

National Health Servicen mielenterveyspalvelut rahoitetaan pääasiassa verovaroista (76 % on peräisin tuloveroista), mutta myös kansallisista vakuutusmaksuista (19 %) ja asiakkaiden käyttömaksuista (*user charges*) (5 %). NHS:n palvelut ovat pääsääntöisesti ilmaisia kaikille Englannin kansalaisille, jotka täyttävät Englannissa oleskelua koskevat vaatimukset. Hallitus asettaa NHS:lle talousarvion kolmen vuoden välein. Vuonna 2009 noin 14 % koko terveydenhuollon budjetista käytettiin mielenterveyspalveluihin, tuolloin mielenterveysbudjetti oli yhteensä noin 16 miljardia euroa (310 euroa asukasta kohden).⁵³

Lakisääteisiä mielenterveyspalveluja tarjoavat *Mental Health Trustien* (jotka ovat kansallisesti rahoitettuja palveluja) lisäksi paljon myös ns. ei-valtiolliset (*non-statutory*) kolmannen sektorin organisaatiot, jotka ovat paikallisesti rahoitettuja. Monet näistä järjestöistä saavat rahoitusta mielenterveyskuntoutujien asumiseen ja palvelujen järjestämiseen myös muista paikallisista tai kansallisista sosiaalipalvelu- tai asumisbudjeteista, väliaikaisista innovointirahastoista, hyväntekeväisyysrahastoista tai muista lähteistä, kuten mielenterveyden komissaareilta (*mental health commissioners*).

Portaittaisesta mallista itsenäiseen asumiseen ja liikkuviin palveluihin

Historiallisesti tarkasteltuna mielenterveyskuntoutujien asuminen on kehittynyt Englannissa melko kevyen tuen pohjalle. Maassa on eri aikoina syntynyt pääasiassa kolmenlaisia asumisratkaisuja. Ensimmäinen malli oli portaittainen (*staircase model*) malli, jossa asumismuodot oli jaettu kolmeen tai useampaan tasoon niiden sisältämän tuen määrän mukaan. Tarkoitus oli, että kun asukas oli osoittanut asumisratkaisussa kykyä itsenäiseen asumiseen, hän pääsi siirtymään kevyemmän tuen ratkaisuun ja lopulta täysin itsenäiseen asumiseen. Tämä malli oli kuitenkin kallis ylläpitää, lisäksi se vaati resursseja ja valvontaa. Mallia käytettiin Englannissa, mutta se ei yleistynyt kuten monissa muissa maissa Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Tähän vaikutti kansainvälisesti noussut epäily mallin vaikuttavuudesta ja sitä kohtaan esitetty kritiikki.

Toinen malli on yksiportainen ja sitä on kutsuttu majoituspohjaiseksi (*accommodation based services*). Siinä asumisen ajateltiin olevan puolimatkan asumista laitoksen ja itsenäisen asumisen välillä. Kuntoutuja asui erillisessä huoneessa tai itsenäisessä studioasunnossa, ja tarkoituksena oli siirtyä lopulta tavalliseen asuntoon. Tämä malli jäi käyttöön. Kolmas malli, liikkuvat palvelut (*floating services*), perustui itsenäisen asumisen tukemiseen. Kyseessä oli siis joukko erilaisia palveluja, jotka tuotiin mielenterveyskuntoutujan kotiin. Liikkuvien palveluiden työntekijöiden antama apu oli tarkoitettu siirtymiseen laitoksesta itsenäiseen asumiseen. Tämä oli toinen käytännössä elämään jäänyt malli.

⁵³ Boyle, S. (2008). The health system in England. *Eurohealth*, 14, 1, 1–2.

Englantilainen mielenterveyskuntoutujien asumisen pääasiallinen malli perustuu siihen, että mielenterveyskuntoutuja asuu yksittäisessä asunnossa ja saa sinne liikkuvat palvelut. Palveluja ei kuitenkaan kehitetty johdonmukaisesti tukemaan asumista, vaan ne kehittyivät hajallaan paikallisesti. Erilaisten palvelujen paikallista syntyä edesauttoi myös se, asumisen tuen palveluihin oli saatavissa rahoitusta väljemmin kriteerein kuin esimerkiksi terveydenhuollon palveluihin. Niiden toimijoiden määrä, jotka innovoivat palveluja ja kehittivät niitä paikallisiin oloihin, oli suuri sekä julkisella että kolmannella sektorilla. Tästä seurasi, että mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvät palvelut kehittyivät Englannissa monenlaisiksi. Asumispalvelut saattoivatkin toimia terveydenhuollon ja sosiaalihuollon näkökulmasta hyvin kevyellä tuella. Saman palvelunimikkeen alla saattoi toisaalta olla hyvinkin intensiivistä palvelua. Ns. liikkuvien palvelujen sisällä vaihtelu ei ollut aivan yhtä suurta, mutta niidenkin joukossa oli erilaisia toimintatapoja ja palveluvalikoimia.

Nykyään kolmas sektori tarjoaa monia asumispalvelumuotoja mielenterveyskuntoutujille. Ne toimivat usein, mutta eivät aina, yhteistyössä *Mental Health Trustien* kanssa. Asumispalvelut ovat tuetun asumisen yksikköjä (*sheltered and supported housing*) ja asuntoja joihin on tarjolla eriasteista tukea (*housing with various levels of intensity of support*). Osassa näistä on hoitohenkilökuntaa (*nursing staff*). Joissakin on kuntouttavia tavoitteita (*rehabilitative goals*), ja joitakin asumisyksiköitä voidaan luonnehtia hoitokodeiksi (*care homes*). Asumispalveluiden määrä on kasvanut viimeisen kahden vuosikymmenen aikana: vuonna 1990 oli asumispalvelupaikkoja 100 000 asukasta kohden 16 ja vuonna 2006 niitä oli 24. Vuonna 2011 oli yhteensä 38 000 (noin 75 paikkaa 100 000 asukasta kohden) asumispalvelupaikkaa mielenterveyskuntoutujille.⁵⁴

Oleellista englantilaiselle mielenterveyskuntoutujien asumiselle on yhteisön tuki (*community care*) monine verkostoineen sekä terveydenhuoltojärjestelmään että sosiaalisen tuen tarjoajiin. Vuonna 1991 luotu kansallinen tukisuunnitelma (*The Care Plan Approach*) sisälsi sen, että mielenterveyskuntoutujalla tulee olla tukikoordinaattori (*care coordinator or key worker*), jonka tehtäviin kuuluu huolehtia mielenterveyskuntoutujan asumistilanteesta.

Mielenterveyskuntoutujien asumiseen on Englannissa tarjolla monenlaista tukea, kuten yhteisöjen tukea (*community support*), päiväkeskuksia (*day centers*) sekä osallistumismahdollisuuksia useisiin erilaisiin hankkeisiin (*projects*) ja toimintoihin (*facilities*), joita rahoittavat paikalliset ja kansalliset terveydenhuollon ja sosiaalityön toimijat. Myös *Mental Health Trustilla*, paikallisilla neuvontaviranomaisilla (*local council departments*) ja vapaaehtoissektorilla on oma roolinsa näiden lisäpalvelujen tuottamisessa. Myös hyvin kehittyneet kuluttajajärjestöt (*well developed consumer organisations*) ovat usein mukana eri projekteissa tai ovat käynnistäneet omaa toimintaa.

Viimeisen viiden vuoden aikana mielenterveyspalvelujen kehitys Englannissa on kulkenut kohti mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen osallisuuden tavoitteita (mahdollisuus työhön, merkityksellisiin ihmissuhteisiin jne.). Mielenterveyspolitiikka on myös kulkenut liberaalimpaan suuntaan. Lisäksi mielenterveyspalvelut ja yhteisöjen tuki liitetään yhä enemmän yleisiin poliittisiin suunnitelmiin ja terveyden- sekä sosiaalihuollon uudistuksiin.

⁵⁴ Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R., Knapp, M. (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44, 10, 805-814. Asumispalvelupaikkoihin on mukaan laskettu sekä asumisyksiköiden että erillisten tukiasuntojen paikat.

Tiimien tukea koteihin

Englannissa mielenterveyskuntoutujien asumisen tukea koskevat ratkaisut on esitetty hieman eri tavoin riippuen siitä, mitä lähdettä käyttää. Parhaiten tähän antaa näkökulmaa suhteellisen tuore ja ensimmäinen englantilainen kansallinen tutkimus⁵⁵, jossa on arvioitu mielenterveyskuntoutujien ominaisuuksien (*characteristics of patients*) lisäksi heidän hoitoaan (*care*) ja tukeaan (*support*) erityyppisissä asumispalveluissa, joihin sisältyvät muun muassa tuettu asuminen (*supported housing*) ja liikkuvat tukipalvelut (*floating support services*). Tutkimuksessa tarkasteltiin myös kustannusten muodostumista. Tutkimus oli edustava, se toteutettiin 12 paikallisalueella, johon valittiin satunnaisotannalla 250 asumispalveluiden tuottajaa, jotka tuottivat palveluja 18–65-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille.

Tutkimukseen vastasi 153 palveluntuottajaa (vastausprosentti 61 %), joilta saatiin tietoa 414 mielenterveyskuntoutujasta.⁵⁶ Tutkimuksessa asumispalvelut jaettiin neljään pääryhmään: 1) Hoitokodeissa (*care homes*) mielenterveyskuntoutujat asuvat tiloissa, johon he saavat hoitoa. 2) Tuetun asumisen palveluissa (*supported housing services*) on rekisteröity sosiaalinen vuokraisäntä, jonka kanssa tehdään vuokrasopimus, asumiseen kuuluu myös tuki. 3) Liikkuvissa palveluissa (*floating support services*) tarjotaan tietty tuntimäärä viikossa tukea, joka ei kuitenkaan ole sidottu majoitukseen. 4) Aikuisten asumisen harjoitteluohjelmissa (*adult placement schemes*) on joustava majoitus jopa kolmen aikuisen soluasunnossa, jossa on myös työntekijöitä.

Tutkimuksen tulosten mukaan henkilökunta oli 24 tuntia vuorokaudessa paikalla 48 %:ssa hoitokodeista, 17 %:ssa tukiasunnoista sekä kaikissa aikuisten harjoitteluohjelmissa. Keskimääräinen asukasmäärä oli hoitokodeissa 16 asukasta, tukiasunnoissa 13 ja aikuisten harjoitteluohjelmissa 20. Liikkuvien palvelujen keskimääräinen asukasmäärä oli 34. Puolessa hoitokodeista henkilökunta oli vastuussa ruoan valmistuksesta. Tukiasunnoista 13 %:ssa henkilökunta teki ruoan. Aikuisten harjoitteluohjelmassa henkilökunta ei ollut lainkaan vastuussa ruoan valmistuksesta. Organisoituja aktiviteetteja (esim. kaupassa käyntiä, työtä, puutarhanhoitoa, taiteita, koulutusta) oli tarjolla 89 %:ssa hoitokodeista, 85 %:ssa tukiasunnoista, 58 %:ssa liikkuvista palveluista ja 38 %:ssa aikuisten harjoitteluohjelmista. Monissa paikoissa oli myös asukkaiden käytettävissä laaja valikoima tietokoneita ja kirjoja.

Tutkimuksen kohteena olleista mielenterveyskuntoutujista 68 % ei ollut ensimmäistä kertaa asumispalveluissa. Mielenterveyskuntoutujat olivat olleet nykyisessä asumismuodossaan keskimäärin neljä vuotta. Useimmat mielenterveyskuntoutujat olivat miehiä, joilla oli diagnosoitu psykoottinen häiriö, osalla oli ollut rikostuomio ja puolet oli joutunut joskus sairaalaan tahdostaan riippumatta. Päihteiden väärinkäytöstä johtuvia ongelmia oli joskus ollut noin puolella mielenterveyskuntoutujista ja vastaushetkellä päihdeongelma oli neljänneksellä. Mielenterveyskuntoutujista kolmanneksella oli asumisyksikössään oma huone ja oma kylpyhuone ja 62 %:lla oli oma huone, mutta ei omaa kylpyhuonetta. Vain hieman alle viidennes mielenterveyskuntoutujista oli jollakin tavalla integroitunut työhön tai vastaavaan toimintaan. Mielenterveyskuntoutujat tapasivat henkilökuntaa ja muita mielenterveyskuntoutujia päivittäin. Asumispalvelun ulkopuolella he tapasivat ystäviään keskimäärin kahdesti viikossa, mutta moni ei ollut säännöllisesti yhteydessä perheeseensä. Näin oli erityisesti hoitokodeissa asuvilla.

⁵⁵ Priebe ym. 2009

⁵⁶ Kyselyjä oli kaksi. Palveluntuottajia koskevassa kyselyssä oli 17 kysymystä, ja asukkaita (*patients*) koskevia kysymyksiä oli 69. Kussakin palveluyksikössä palvelujohtajat (*service managers*) vastasivat myös asukkaita koskevaan kysymykseen. Tämä voi vaikuttaa muun muassa siihen, että palvelujohtajat ovat esittäneet asukkaita koskevia tietoja paremmassa valossa kuin mitä tilanne todellisuudessa on. Muista otannan kriteereistä, ks. tarkemmin Priebe ym. 2009.

Useimmat mielenterveyskuntoutajat saivat tukea henkilökohtaiseen hygieniaan, pukeutumiseen, ruoanlaittoon ja muihin päivittäisiin toimintoihin (kuten laskujen maksamiseen, rahankäyttöön, ostoksilla käymiseen). Lähes kaikki mielenterveyskuntoutajat saivat lääkitystä ja puolella oli henkilökohtainen tukihenkilö (*care coordinator*). Viimeisen kolmen kuukauden aikana mielenterveyskuntoutajat olivat tavanneet yleislääkärinä keskimäärin 2,4 kertaa ja psykiatria keskimäärin hieman useammin kuin kerran kuukaudessa. Muita terveydenhuollon palveluja käytettiin harvoin. Palvelujen kustannukset eri asumismuodoissa vaihtelivat huomattavasti. Kalleinta oli hoitokodeissa, jossa viikoittainen kustannus oli 474 punttaa. Tukiasunnoissa viikkokustannus oli 281 punttaa ja aikuisten harjoitteluohjelmassa 269 punttaa. Liikkuvat palvelut tulivat maksamaan 147 punttaa viikossa.

Suurin osa mielenterveyskuntoutujista oli jollakin tavalla integroitunut organisoi-tuihin päivätoimintoihin, mitä voidaan tutkimuksen mukaan pitää laadun indikaat-torina. Mielenterveyskuntoutujille oli myös tarjolla kunnioittavaa, asianmukaista ja tehokasta hoitoa (*care*). Sen sijaan parannettavaa löytyi siitä, että monilla mie-lenterveyskuntoutujilla oli vain vähän sosiaalisia kontakteja asuntokohteen ulko-puolelle. Lisäksi vain 17 % mielenterveyskuntoutujista oli jollakin tavalla mukana ammatillisissa toiminnoissa (*involved in occupational activities*), mikä kertoo siitä, että yhteisöissä nämä tavoitteet eivät ole keskiössä. Tutkimuksessa todettiin myös, että vaikka itsenäinen elämä ja työssäkäynti ei ole realistista useimmille asukkaille, heille tarvittaisiin kuitenkin enemmän kuntoutusta (*rehabilitation*) ja erilaisia tukityöpaik-koja (*sheltered work*).

Hoitotarjonta (*care provision*) ja kustannukset erosivat merkittävästi eri hoitoko-deissa (*care homes*), tuetun asumisen palveluissa (*supported housing services*) ja liik-kuvissa palveluissa (*floating support services*). Tutkimuksen johtopäätöksenä on, et-tä mielenterveyskuntoutujien asumista varten kansallisella tasolla tulisi määritellä laatuvaatimukset, joilla varmistetaan, että kaikki asumispalvelujen piirissä olevat mielenterveyskuntoutajat saavat asianmukaista palvelua ja arjen tukea. Mielenter-veyspalveluihin tarvitaan myös lisää taloudellista panostusta, jotta mielenterveys-kuntoutujia voidaan kuntouttaa.

Englannissa on parhaillaan aloitettu ensimmäinen tutkimus (*QuEST*), jossa arvioi-daan mielenterveyskuntoutujien asumisen laatua ja tehokkuutta. Englannissa noin 60 000 mielenterveyskuntoutujaa asuu erilaisissa tukiasunnoissa (*supported accomo-dation*), mikä maksaa kansalliselle terveysjärjestelmälle (*National Health Services*) ja kunnille (*Local Government Authorities*) miljoonia punttia. Aikaisemmin on ollut vain vähän tietoa asumispalvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Parhaillaan alkanut viisivuotinen tutkimus tulee osoittamaan asumisen laadun ja palvelujen tason.

Mental Health Trustit eivät toimi ainoastaan sairaaloissa. Mielenterveyskuntoutujia voidaan hoitaa myös avohoidossa (*outpatient clinics*). Tiimit tarjoavat palveluja 24 tuntia vuorokaudessa mielenterveyskuntoutujien koteihin ja toimivat yhteistyössä hätäkes-kuksen (*Accident and Emergency, A&E*), poliisin ja sairaaloiden kanssa. Asiantuntijat näkevät nämä tiimit mielenterveyskuntoutujien asumisen tuen ja yhteisötuen ns. hy-vinä käytäntöinä. Viimeisen kymmenen vuoden aikana on kehitetty useita erilaisia kansallisia tiimejä, joita kutsutaan nimellä mielenterveyspalvelujen yhteisötiimit (*Com-munity Mental Health Teams, CMHT's*). Nämä tiimit palvelevat suurinta osaa avohoidon asiakkaista, joilla on vakavia tai pitkittyneitä mielenterveysongelmia (*clients with severe and enduring mental health problems*). Näitä tiimejä on neljänlaisia: Kriisien ratkaisutiimit (*Crisis Resolution teams*), etsivän työn tiimit (*Assertive Outreach teams*), psykooseihin var-hain puuttuvat tiimit (*Early Intervention in Psychosis teams*) sekä yhteisöjen kuntoutus tiimit (*Community Rehabilitation teams*). Tiimien kohteina ovat akuutteihin ja vakaviin kriiseihin joutuneet, jotka ilman tiimien apua tarvitsisivat sairaalahoitoa.

Erityisesti etsivän työn tiimit on suunnattu vakavasti mielenterveysongelmai-sille (*people with a history of serious mental health problems*), joilla on vaikeuksia avun

hakemisessa. Etsivän työn tiimien jäsenet pyrkivät saamaan nämä ihmiset mielen-terveyspalvelujen piiriin. Psykooseihin varhain puuttuvat tiimit keskittyvät iältään 18–35-vuotiaisiin, jotka kokevat ensimmäisen psykoottisen jakson. Yhteisöjen kuntoutustiimit tarjoavat yhteisöllistä tukea, koulutusta ja kuntoutusta vaikeasta tai kroonisista mielen-terveysongelmista kärsiville (*persons suffering from severe or chronic mental health problems*). *Mental Health Trusteissa* työskentelee pääasiassa psykiatrisia sairaanhoitajia, joita on arvioilta kaksi kolmasosaa henkilökunnasta. Muuta henkilökuntaa (esim. psykiatrit, sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutit) on 5–15 %, kun taas alle 5 % henkilökunnasta on psykologeja.⁵⁷

6.5

Asumispalvelut Nottinghamin alueella

Nottinghamshire County mielletään yleisesti Englannin johtavana alueena mielen-terveyskuntoutujien yhteisöhoidon ja sosiaalisen osallisuuden lisääjäksi, erilaisten toipumisohjelmien (*recovery*) edelläkävijäksi. Nottingham sijaitsee Keski-Englannissa. Alueella asuu noin 1,1 miljoonaa asukasta, joista noin 300 000 asuu Nottingham Cityssä. Nottinghamin kaupungilla ja Nottinghamshire Countylla on omat erilliset paikallisviranomaiset (*councils*). Muuhun Englantiin verrattuna alueilla on suhteellisen paljon vähävaraisia ja työttömiä.

Pääasiallinen toimija mielen-terveyspalvelujen alueella on *Nottinghamshire Healthcare NHS Trust (NHCT)*, johon kuuluvat molemmat edellä mainitut alueet. Mielen-terveyspalveluissa työskentelee alueella noin 6000 työntekijää. Henkilökunta on enimmäkseen psykiatrisia sairaanhoitajia (59 %) ja sosiaalityöntekijöitä (23 %). Mielen-terveyspalvelujen kokonaisbudjetti (*total revenue*) vuonna 2010 oli 345 miljoonaa. Rahoitus oli organisoitu enimmäkseen kolmen kansallisen lakisääteisen ensiasteen (*Primary Care Trusts*) aluetoimijan kautta ja pieneltä osin kahden paikallisen toimijan kautta. Arviolta noin 20 000 työkäistä aikuista saa vuosittain tukea NHCT:n kautta. Akuutteja laitospaikkoja on yhteensä 203. Tämä tarkoittaa keskimäärin 20 laitospaikkaa 100 000 ihmistä kohti. Luku on alhaisempi kuin kansallinen keskiarvo ja paljon alempi kuin Länsi-Euroopan keskitaso.

NHCT:n tarjoaa asumisen ja kotihoidon palveluja mielen-terveyskuntoutujille edellä kuvattujen yhteisötiimien avulla, vaikka niiden palvelurakenteessa ja nimissä on tapahtunut muutoksia. Vuonna 2010 tiimejä oli viidenlaisia. Kuntoutustiimit (188 kpl) oli hiljattain nimetty toipumistiimeiksi (*Recovery teams*) ja ne antoivat yleisiä mielen-terveyspalveluja yli 5 000 asiakkaalle. Etsivän työn tiimit (64 kpl, *Assertive Outreach teams*) on nykyään integroitu toipumistiimeihin. Kriisien ratkaisutiimit (109 kpl) tarjosivat apua lähes 200 asiakkaalle. Psykooseihin varhain puuttuvat tiimit (51 kpl) tarjosivat apua noin 500 henkilölle, joilla oli ensimmäinen tai epäilty ensimmäinen psykoosi. Yhteisöjen kuntoutustiimit (50 kpl) tarjosivat koulutusta (*training*) ja kuntoutusta lähes 600:lle vakavasta kroonisesta mielen-terveydenongelmasta kärsivälle.

NHCT:n tarjoaa useita erityyppisiä asumisvaihtoehtoja mielen-terveyskuntoutujille. Nämä ovat useimmiten asumiskuntoutusyksiköjä (*residential rehabilitation units*) ja niissä on 24 tuntia vuorokaudessa hoitohenkilökuntaa paikalla. Mielen-terveyskuntoutujille on tarjolla asumista myös muiden organisaatioiden kautta. Esimerkiksi vuodesta 1998 lähtien toiminut *Framework* on suurin ei-valtiollinen (*non-statutory*) organisaatio Nottinghamin alueella, joka tarjoaa lyhytaikaisen asumisen lisäksi myös tuettua asumista heikossa asemassa oleville ihmisryhmille. Vuosittain 7 000 henkilöä

⁵⁷ Mental Health Assessment Profiles (MhAPs), England (2012) Mental Health Expert Group meeting. To be held at the OECD Conference Centre, 2 rue Andre Pascal, 75016, Paris, on 26-27 March 2012. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee. DELSA/HEA (2012)9.

saa tukea (*being assisted*) *Framework*ilta. Arviolta noin 40–50 % *Frameworkin* asiakkaista on mielenterveyskuntoutujia. Saatavilla on myös liikkuvaa tukea (*floating support*), mikä tarkoittaa ihmisten auttamista heidän omissa kodeissaan. Painopiste on epävirallisessa (*informal*), matalan kynnyksen käytännöllisessä ja sosiaalisessa tuessa, joka sisältää avunannon lisäksi tuen myös työn löytämiseen ja sen säilyttämiseen. Rahoitus asumisen tukeen ja muihin asumispalveluihin tulee *Frameworkille* monista eri lähteistä, kuten paikallisilta sosiaali- ja terveysviranomaisilta, varojenkeruusta (*fundraising*) sekä asukkailta itseltään (*out-of-pocket payments*). Myös erilaiset projektit, kuten *Supporting People Program*, on ollut merkittävä *Frameworkin* asumispalveluiden tukija ja kehittäjä.

Framework ja *NHCT* tekevät myös yhteistyötä muun muassa vakavasti ja pitkäaikaisesti mielenterveysongelmaisten henkilöiden (*persons with severe and long-term mental health problems*) asumispalveluiden järjestämisessä. Asukkaille on saatavilla 24 tuntia vuorokaudessa terveydellistä ja sosiaalista apua. Tätä samaa tukea on saatavilla myös yksittäisiin asuntoihin (*individual apartments*) lähialueella. Asiakkaat ovat aikaisempia laitoshoidon pitkäaikaisasiakkaita. *NHCT:n* ja *Frameworkin* lisäksi Nottinghamin alueella on joukko pienempiä organisaatioita ja yleisiä asuntoyhteisöjä (*general housing corporations*), jotka myös tarjoavat asumispalveluja mielenterveysongelmista kärsiville. Näihin asumispalveluihin on linkitetty paljon muuta toimintaa, kuten päiväkeskustoimintaa, sosiaalista osallistamista, koulutusta ja työnsaantiin liittyviä toimintoja, joista monet ovat osoittautuneet menestyksellisiksi (esimerkiksi yhä useammat ovat pystyneet palaamaan työelämään). Kaikki tämä nähdään kansallisen politiikan luomaksi ja mahdollistamaksi onnistumiseksi. Monet näistä toiminnoista ovat kuitenkin riippuvaisia määräaikaista projekteista.

Nottingham on myös alue, joka osallistuu kansalliseen toipumisohjelmaan (*Recovery Program*), itse asiassa englantilaisen kansallisen toipumisohjelmaliikkeen juuret ovat Nottinghamissa. Vuonna 2011 avattiin Nottinghamissa toipumiskoulutuskeskus (*Recovery Education Center, REC*). Erilaiset toipumisohjelmat sisältävät muun muassa tukihenkilökoulutusta, palvelujen arviointia ja leimautumisen vähentämishoelmia (joka esimerkiksi on lisännyt yleisen mielipiteen muodostumista positiivisemmaksi mielenterveyskuntoutujia kohtaan). Viime vuosina ongelmaksi on tullut myös taloudellinen taantuma. Nottinghaminkin alueella on tehty raskaita leikkauksia esimerkiksi *Frameworkin* tuetun asumisen palveluissa. Budjetissa ei myöskään ole enää erillistä (*ring-fenced*) rahaa asumispalveluihin. Tämän seurauksena monia niistä palveluista, joita on kehitetty viime vuosikymmeninä, on jouduttu vähentämään.

6.6

Lontoon Westminister Mind – hyväntekeväisyysjärjestön asumispalvelut

Westminister Mind on tällä hetkellä suurin itsenäinen asumispalvelujen tuottaja Lontoossa Westministerin kaupunginosan alueella. Järjestö tarjoaa tuettua asumista (*supported housing*) mielenterveyskuntoutujille. Organisaatio on toiminut vuodesta 1971 lähtien. Palvelu toimii hyväntekeväisyysjärjestön pohjalta, joka lähti liikkeelle vapaaehtoistyönä ja vapaaehtoisella rahoituksella. Tällä hetkellä asumispalvelut rahoittaa Westministerin kaupunginosa ja kansallinen *National Health Service (NHS Westminister)*. Osa asukkaista maksaa myös itse omista varoistaan asumisensa ja osa rahoituksesta tulee lahjoituksista. Asuminen on itseohjautuvaa, mutta säännöllinen apu on silti saatavilla. Perusajatuksena on, että apua on saatavilla esimerkiksi lääke- ja raha-asioissa, asukkaiden itseluottamuksen parantamisessa ja sosiaalisissa kontakteissa. Yksiköissä autetaan ihmisiä pääsemään töihin tai koulutukseen ja jopa muuttamaan omaan asuntoon.

Järjestön ovat perustaneet ihmiset, jotka ovat lähipiirissä nähneet mielenterveysongelmia tai kokeneet niitä itse. He huomasivat palveluissa puutteita, joten he lähtivät itse perustamaan tukea tarjoavaa ja organisoitua yhdistystä. Erityisesti nähtiin pulaa palveluista, joita mielenterveyskuntoutuja tarvitsee pitkän sairaalajakson jälkeen. Tällä hetkellä rahoitusta saadaan kunnalta eli Westminsterin kaupunginosalta. Asuminen täyttää kansalliset laatuluokitukset. Asumiseen on oikeutettu kuka tahansa mielenterveyskuntoutuja, jolle on tarpeellista kehittää itsenäiseen elämään tarvittavia taitoja ja vahvuuksia.

Tarjolla on monenlaisia asuntoja, kuten jaettuja asuntoja (*shared houses*), soluasuntoja (*shared flats*) ja itsenäisiä asuntoja (*self contained single flats*). Asunnot ovat valmiiksi kalustettuja. Järjestö tekee paljon yhteistyötä vuokraisäntien ja vuokralaisten kanssa, jotta asuminen ja tarve kohtaisivat parhaalla mahdollisella tavalla. Asukkaille annetaan säännöllistä tukea, jotta he selviytyisivät kaikista vuokrasuhteen velvoitteista: huoltotoimenpiteistä ja korjauksista huolehditaan, asukkaita autetaan vuokranmaksussa ja muissa laskuissa, heille pyritään takaamaan turvallinen ja rauhallinen asuminen naapuruston kanssa. Perusidea asumisessa on kokonaisvaltaisen tuen tarjoaminen sellaisille ihmisille, jotka ovat voineet menettää kaiken (mm. asunnottomat) sairastumisen vuoksi.

Asunnoissa työskentelevä ammattitaitoinen henkilökunta varmistaa, että mielenterveyskuntoutujat saavat säännöllistä tukea. Henkilökunta tapaa asukkaita/vuokralaisia (*tenant*) kaksi kertaa viikossa, mutta kriisitilanteessa asukasta voidaan tavata useammin. Henkilökunnan tehtävänä on: 1) tukea asukkaiden henkistä, emotionaalista ja fyysistä terveyttä, 2) huolehtia heidän henkilökohtaisten ominaisuuksiensa (*properties*) ja itsetuntonsa ylläpidosta, 3) kehittää ja ylläpitää asukkaiden sosiaalisia verkostoja, 4) huolehtia heidän talousasioidensa ylläpidosta sekä 5) mahdollistaa asukkaiden pysyvä asuminen. Henkilökunta tekee yhteistyötä paikallisten mielenterveystyöntekijöiden ja muiden palveluntuottajien kanssa sekä varmistaa sen, että asukkaiden tuki on riittävää ja hyvin organisoitu. Esimerkiksi koulutus- ja työpaikkamahdollisuudet pyritään järjestämään kaikille niille asukkaille, joilla on resursseja mennä työhön tai koulutukseen. Asukkailla on lisäksi oma tukityöntekijä, joka auttaa kaikissa arkielämän asioissa, kuten vaikkapa ruoan laitossa tai lomamatkan järjestelyssä.

7 Australia – yksilöllisyyden ja oikeuksien korostamista

7.1

Laitoshoidosta yhteisöperustaiseen toipumiseen

Australian psykiatriset sairaalat kehittyivät Iso-Britanian psykiatristen laitosten esimerkin pohjalle. Australian ensimmäinen mielisairaalalaitos perustettiin vuonna 1846. Siitä lähtien laitokset olivat valtion omistuksessa ja johdossa. Vuosien 1870–1909 aikana käytiin runsasta julkista keskustelua siitä, kuinka laitosten johtamisrakenteita pitäisi uudistaa, sillä monet kansalaiset pitivät vallinnutta laitoshoidoa mielivaltaisena. Vuonna 1914 voimaan tullut mielenviallisuuslaki (*Mental Defectives Act*) johti moniin toimenpiteisiin, joiden tuloksena laitoshoidon johtorakenne muuttui paremmin mielenterveyskuntoutujia huomioivaksi. Vuonna 1933 laitoshoidon järjestelmään tehtiin lisää muutoksia siten, että laitoshoidosta tuli rationalisoidumpaa ja laitosten palvelut ja hallinto eriytettiin. Laitospaikkojen määrä lisääntyi vuoteen 1955 saakka. Psykiatrisia sairaalapaikkoja oli 1960-luvun alussa 281 paikkaa 100 000 asukasta kohti. Mielisairaalahoitoon deinstitutionalisaatioprosessi alkoi Australiassa 1960-luvun loppupuolelta ja vuonna 1992 psykiatrisia sairaalapaikkoja oli enää 40 paikkaa 100 000 asukasta kohti.

Laitoshoidon purkamisvaiheessa 1960-luvun puolivälistä lähtien laitosten keskeisinä ongelmina olivat tilanahtaus, laitosten huono kunto sekä henkilökunnan vähäisyys. Laitoshoidon oli enemmänkin vapausrangaistusluonteista (*custodial*) kuin terapeuttiseen hoitoon pyrkivää. Laitoksissa oli myös runsaasti tarvetta ammattitaitoisen henkilökunnan kouluttamiseen ja perustutkimuksen tekemiseen. Tärkeänä nähtiin myös varhaisvaiheen- ja yhteisöperustaisen mielenterveyspalveluiden lisääminen. Uudet markkinoille tulleet psyykelääkkeet vaikuttivat siten, että moni mielenterveyskuntoutuja ei tarvinnut enää laitoshoidon palveluita. Vuonna 1967 valtio hyväksyi yksityiset psykiatriset hostellit, mikä myös vähensi laitospaikkojen tarvetta. Tämän suuntainen toimenpide oli myös vuoden 1974 päätös, jolla Australian hallitus myönsi kahdeksan miljoonaa dollaria yhteisöperustaisen palvelujen kehittämiseen. 1970-luvulla alkoi kehittyä myös yksityinen hoitojärjestelmä ja yleisten sairaaloiden hyödyntäminen mielenterveyskuntoutujien hoidossa.

1990-luvulla yhteisöperustaiset palvelut tulivat vallitseviksi ja niitä korostettiin useissa laeissa. Tällaisia lakeja olivat muun muassa mielenterveyslaki (*Mental Health Act, 1993*) sekä holhous ja hallintolaki (*Guardianship and Administration Act, 1993*). Kaikki nämä muutokset vaikuttivat siihen, että institutionaaliset rakenteet purkautuivat ja vähenivät samalla, kun yhteisöperustaiset palvelut lisääntyivät. Tässä tilanteessa myös laitoshoitosektori lähentyi yhä enemmän julkista terveydenhuoltoa. 1980- ja 1990-luvuilla Australiassa korostuivat myös mielenterveyskuntoutujien sosiaaliset oikeudet ja tasa-arvokysymykset. 2000-luvulla vallitsevaksi paradigmaksi on noussut toipuminen (*recovery*). Siinä ensisijaisena tarkoituksena on saada potilas

elämään merkityksellistä elämää (*meaningful lives*) sairaudesta huolimatta. Toipumisen tavoitteena on parempi elämänlaatu ja arjen toiminnosta selviäminen, ei pelkästään oireiden vähentäminen tai sairauden hoito.

7.2

Mielenterveyskuntoutujien asumisen järjestäminen

Mielenterveyskuntoutujien asuminen ja sen rahoitus on Australiassa liittovaltion⁵⁸ vastuulla. Vastuuviranomainen on maan hallituksen (*Australian Government*) alainen perhe-, asunto-, yhteisöpalvelujen ja alkuperäiskansojen asioiden osasto (*Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, FaHCSIA*). Asumis- palveluiden järjestäminen ja tuottaminen on kuitenkin kunkin osavaltion tehtävä. Australian liittovaltio tukee eri tavoin osavaltioiden mielenterveyskuntoutujien asumisen hyväksi tekemää työtä sekä kansalaisjärjestöille suuntautuvan tuen että suoran osavaltioille kohdistetun tuen avulla. Ensinnäkin liittovaltio antaa asumistukea mielenterveyskuntoutujille. Toiseksi valtio tukee osavaltioita rahoittamalla useita erityyppisiä asumisen ja palveluiden ohjelmia, joissa kehitetään uusia, innovatiivisia ja usein yksilöllisiin suunnitelmiin perustuvia itsenäisen asumisen ratkaisumalleja. Valtion ja osavaltioiden välinen yhteistyö mielenterveyskuntoutujien asumisessa perustuu yhteiseen sopimukseen (*National Affordable Housing Agreement NAHA*), jossa on sovittu myös yleisesti sosiaalisen asumisen järjestämisestä.

Asiantuntijat ovat tuoneet esiin eräitä koko Australian valtion tasolla mielenterveyskuntoutujien asumisen järjestämiseksi käynnistettyjä projekteja ja palveluja, joita valtio tukee osavaltioiden kanssa solmitun yhteisen sopimuksen (*NAHA*) pohjalta. Kaikkien seuraavien projektien ja niiden alla tuotettujen palveluiden tavoitteena on sosiaalinen inkluusio ja mielenterveyskuntoutujien asumisen edistäminen.

Kohdennettua yhteisöllistä hoitoa mielenterveyskuntoutujille (*The Targeted Community Care, Mental Health, TCC*) tarjoavan hankkeen tavoitteena on tukea mielenterveyskuntoutujia, heidän perheitään ja hoitajiaan, jotta estetään mielenterveyskuntoutujan eristäytyminen. Hankkeella tuetaan ensisijaisesti yksilöllistä toipumista (*recovery*). Tämän hankkeen alla rahoitetaan kolmea mielenterveyskuntoutujille palveluja tuottavaa palvelukeskusta.

Henkilökohtaiset mentorit (*Personal Helpers and Mentors, PHaMs*) tarjoavat tukea aikuisille mielenterveyskuntoutujille tarkoituksena vahvistaa yksilöllistä toipumisprosessia (*recovery*), jossa ennen kaikkea pyritään estämään eristäytyminen ja vahvistamaan yksilöiden yhteyksiä yhteisöön (*community*). Esimerkiksi tuetaan yhteyksiä paikallisiin vapaa-ajan palveluihin, harrastuksiin ja muihin aktiviteetteihin.

Hoitajien tukemista ja ”hengähdystaukoja” (*Mental Health Respite: Carer Support*) tarjotaan joustavasti perheen ja hoitajien tukemiseksi. Erilaisia vaihtoehtoisia ratkaisuja ja lisähoitajia (=omahoitajan vapaita) tarjotaan erityisesti pitäen tavoitteena perheen ja hoitajan jaksamista raskaassa hoitajan työssään myös jatkossa.

Perhetukipalvelut (*Family Mental Health Support Services*) tarjoavat intensiivistä käytännön tukea ja painottavat erityisesti ennaltaehkäisyä. Tämä palvelu kohdistuu erityisesti riskiryhmässä oleviin perheisiin, ja tavoitteena on ehkäistä myöhempiä mielenterveyden häiriöitä sekä sairaalahoitoon joutumista.

⁵⁸ Australia on osavaltioiden ja alueiden (*Territories*) muodostama liittovaltio. Lainsäädäntö perustuu osavaltioiden, alueiden ja valtion väliseen rakenteeseen. Kuudella osavaltiolla New South Wales, Queensland, South Australia, Tasmania, Victoria ja Western Australia on omat perustuslakinsa, ja kolme eri aluetta noudattaa omaa alueiden itsehallintoon perustuvaa lainsäädäntöä. Australian liittovaltio on kuitenkin yhteisen valtiollisen lainsäädännön alainen, joten jos ristiriitoja syntyy, niin Australian yhteinen laki on ensisijainen.

Erityistä huomiota asunnottomuuteen

Mielenterveysongelmat on todettu merkittäväksi tekijäksi Australian terveydenhuollossa. Kaikista maan noin 22 miljoonasta asukkaasta arviolta 3,2 miljoonaa eli viidenes aikuisväestöstä, on viimeisen vuoden aikana kohdannut mielenterveysongelmia. Australiassa mielenterveyskuntoutujien yhteydessä viitataan useasti asunnottomuuden ongelmaan, sillä asunnottomuuden tai sen uhan alaiseksi joutuminen on todettu hyvin selkeästi olevan yhteydessä mielenterveyden ongelmiin. Tämä yhteys on tullut esiin muun muassa noin viisi vuotta sitten tehdyssä tutkimuksessa, jossa todettiin, että niistä, jotka olivat edellisen vuoden aikana olleet asunnottomia, yli puolella oli ollut myös mielenterveyden ongelmia (*mental health disorders*) samana ajanjaksona. Edelleen saman tutkimuksen mukaan yli viidenneksellä aikuisista mielenterveyspalveluiden asiakkaista oli myös ongelmia asumisen suhteen. Tutkimuksessa esitettiinkin huoli siitä, että sairaala on ollut usein heidän pysyvin kotinsa.

Vuonna 2008 koko Australiassa arvioitiin olevan noin 105 000 asunnottomia. Asunnottomille tarjottavia palveluja ja asumisen tukea pidetäänkin erittäin tärkeänä ennaltaehkäisyä myös mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Valtio rahoittaa asunnottomille tarkoitettuja palveluja, jotka yleensä tuottaa kolmas sektori. Vajaa 1 % (230 000) koko väestöstä on käyttänyt palveluja, jotka on suunnattu asunnottomille tai sen uhan alle joutuneille. Vuosina 2011–2012 palvelun käyttäjistä noin 62 % oli aikuisia ja 38 % heidän lapsiaan. Asunnottomien palvelujen käyttö on hieman laskenut suhteessa aikaan 2006–2007, jolloin palveluja käytti reilu 1 %⁵⁹. Asunnottomien palveluihin erikoistuneen yksikön *Specialist Homelessness Service, SHS* tekemissä kartoituksissa todetaan, että viidenneksellä heidän asiakkaistaan on mielenterveyden ongelmia (*mental health issue*).

Uudistusten sarja

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen on ollut Australiassa tärkeällä sijalla monessa mielessä⁶⁰. Koko valtion tasolla näihin kysymyksiin on tartuttu uudistuksilla ja suunnitelmilla. Myös osavaltiotasolla on olemassa omia suunnitelmia ja joissain tapauksissa myös omia painopistealueita.

Australian liittovaltion tasolla on toteutettu mielenterveyskuntoutujien hoidon reformi vuonna 1992. Reformin tavoitteita on täsmennetty vuosina 1998 ja 2003 sekä viimeksi vuonna 2012 (*National Partnership Agreement on Supporting National Mental Health Reform, the Agreement, 2012*). Koko liittovaltion yhteiset neljä tavoitetta koskevat kaikki tavalla tai toisella asumista: 1) kokonaisvaltaisen tuen tarjoaminen mielenterveyskuntoutujille, 2) pysyvän kodin ja tarvittavan tuen saattaminen jokaisen ulottuville, 3) asunnottomuuden vähentäminen ja ehkäiseminen sekä 4) sairaalakierteen katkaiseminen. Erityisesti reformissa on otettu keskiöön kohderyhmiksi nuoret, syntyperäiset australialaiset, asunnottomat ja ne, joilla on riski joutua asunnottomiksi sekä syrjäseuduilla asuvat ihmiset. Australiassa erityispiirteenä on alkuperäiskansojen (*aboriginal*) heikko tilanne suhteessa muuhun väestöön. Arvioiden mukaan asumisen tuen tarpeet näihin ryhmiin kuuluvien keskuudessa ovat viisinkertaiset

⁵⁹ Specialist Homelessness Services 2011–12 Report.

⁶⁰ Australiassa on nostettu kansallisen terveydenhuollon painopistealueeksi mielenterveyskysymykset vuonna 1996. Painopistealueet määritellään sen mukaan, miten laajasti erilaisten seikkojen nähdään aiheuttavan kansanterveydellistä haittaa, ja mihin tulisi kiinnittää huomiota erityisillä panostuksilla.

verrattuna ei-alkuperäiskansoihin nähden. Siten myös alkuperäiskansojen mielenterveyskysymysten huomioiminen nousee Australiassa tärkeälle sijalle.

Asiantuntijoiden mukaan vuonna 2012 tehdyllä liittovaltion mielenterveyskuntoutujien hoitoa koskevaan reformiin pohjautuvalla sopimuksella on ollut hyviä vaikutuksia. Kokemuksen mukaan valtion tuen avulla osavaltioissa on pystytty entistä paremmin tarttumaan ongelmakohtiin mielenterveyspalveluissa. Keskeisiä saavutuksia on ollut kaksi: entistä useammalle mielenterveyskuntoutujalle tai asunnottomalle on voitu tarjota pysyvää asumista, ja entistä harvempi on joutunut turvautumaan laitoshoitoon. Yksi viimeaikainen kehityssuunta onkin se, että sairaalahoidon suhteellisen mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Samaan aikaan sairaalahoidon suhteellisen osuuden vähentyessä vuosien 2005 ja 2010 välillä asumispalveluiden, erityisesti järjestöpohjaisten asumispalveluiden, käyttö on hieman lisääntynyt.

Australiassa ovat myös tutkimusten mukaan yleistyneet erilaiset yhteisölliset kuntoutusmuodot ja päivätoiminnot. Myös asunnottomuutta on saatu vähenemään mielenterveysongelmista kärsivien keskuudessa ja erilaisia tuettuja asumismuotoja ja yhteisöllisiä asumisen tukimalleja on saatu tarjottua yhä useammalle. Myös yhä useampia mielenterveyskuntoutujia on voitu tukea heidän omissa kodeissaan, joko vuokra- tai omistusasunnoissa.

Vuonna 2010 tehtyä selvitystä⁶¹ varten haastateltiin vajaa 2 000 australialaista mielenterveyskuntoutujaa (60 % miehiä ja 40 % naisia). He asuivat suurimmalta osin vuokralla, joko kunnallisessa vuokra-asunnossa tai yksityisessä vuokra-asunnossa. Eri tavoilla tuetuissa asunnoissa asui noin joka kymmenes haastatelluista. Samassa tutkimuksessa sairaalahoidossa olleilta tiedusteltiin, olivatko he saaneet apua asunnon etsimiseen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Suurimmalla osalla haastatelluista oli asunto valmiina, mutta yli viidennes tarvitsi ja sai apua asunnon hankkimiseen. Noin 7 %:lla haastatelluista ei ollut asuntoa, johon kotiutua eivätkä he olleet saaneet apua sen hankkimiseen.

7.5

Asumisratkaisut liittovaltiotasolla ja Western Australian osavaltiossa

Australiassa voidaan asumisen suhteen erottaa kaksi mielenterveyskuntoutujien ryhmää: ne, jotka asuvat itsenäisesti ilman mitään erityistä tukea (*unsupported accommodation*), ja ne, joilla asumiseen on liitetty kiinteästi eriasteista tukea (*supported accommodation*). Pääasiassa itsenäisesti, ilman tukea asuvat mielenterveyskuntoutujat asuvat joko omistamissaan kodeissa tai vaihtoehtoisesti julkisen tarjonnan kautta vuokratuissa asuinnoissa. Julkiseen vuokra-asumiseen hyväksymiselle on asetettu tietyt kriteerit, mm. kyvykkyys ja mahdollisuus sitoutua vuokrasuhteeseen sekä asetetut tulorajat. Asiantuntijoiden mukaan tuen varassa asuvien mielenterveyskuntoutujien asumiseen Australiassa vaikuttaa oleellisesti se, että edullisia vuokra-asuntoja ei ole tarjolla riittävästi, mikä tekee asiantuntijoiden mukaan kysymyksen mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisusta mutkikkaaksi.

Tuettua asumista on Australiassa tarjolla monipuolisesti. Tarjottavat asumispalvelut vaihtelevat hieman osavaltioittain eikä ole olemassa yhtenäisiä, liittovaltion tason määrittelyjä siitä, millaisia asumispalvelujen tulisi olla. Australiassa ei ole myöskään erityisiä lakisääteisiä tai muita asuntokohtaisia normeja. Mielenterveyskuntoutujien asumiselle ei siis ole annettu erityisiä neliö- tai sijaintimääräyksiä eikä asunnon varustelutasoa koskevia ohjeita. Peruseriaate Australiassa on pyrkiä tarjoamaan

⁶¹ People living with psychotic illness 2010. National Mental Health Strategy. Australian Government.

jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle asunto hänen omien tarpeidensa ja lähtökoh-
tiansa mukaisesti, jolloin yksilön tarpeet nousevat ensisijaisiksi kriteereiksi asunnolle.

Koko maata koskevilla tilastoilla mielenterveyspalvelut on luokiteltu kolmeen ta-
soon⁶²; laitoshoido eli sairaalapaalvelut⁶³, yleiset asumispalvelut (*residential mental health
services*)⁶⁴ ja yhteisöissä tarjottavat palvelut (*community mental health care services*)⁶⁵.
Näiden lisäksi on monenlaisia itsenäisen asumisen ratkaisuja, jotka lähes aina perus-
tuvat erilaisiin projekteihin tai ohjelmiin. Osavaltioiden sisällä asumisratkaisut saavat
tämän jaottelun sisällä hieman erilaisia sisältöjä.

Yksityiskohtaisemman kuvan saamiseksi asumisratkaisuista on syytä tarkastella
niitä osavaltiotasolla. Tässä on otettu esimerkiksi Western Australian osavaltio. Osa-
valtiossa on arvioiden mukaan noin 2,5 %:lla väestöstä, eli noin 46 000 henkilöllä,
vakavia mielenterveysongelmia (*severe mentall illness*). Kaikkiaan viidenneksellä vä-
estöstä on arvioiden mukaan jonkin asteisia mielenterveyden ongelmia (kohtalaisen
vakavia mielenterveyden häiriöitä, *moderately severe illness* tai lievempiä mielenter-
veyden häiriöitä, *mild to moderate illness*).

Western Australian osavaltiossa mielenterveyskuntoutujien kuten muidenkin
erityisryhmien (vammaisten ja päihdeongelmaisten) asumisesta vastaa osavaltion
asuntovirasto. Valtio rahoittaa osittain asumista ja asukas maksaa tuloihinsa suh-
teutettua vuokraa. Vuokra ei kuitenkaan saa olla kuin 75 % asuinalueen normaali-
tasoon vuokrasta. Mielenterveyskuntoutujien asumiselle ei ole asetettu erikseen
mitään erityisiä ohjeita tai säädöksiä koskien asunnon neliömäärää tai muuta käy-
tännön asiaa. Yleinen periaate on, että asunnot käsittävät yhdestä neljään huonetta,
ja asunto hankitaan jokaiselle henkilölle tai perheelle yksilöllisten tarpeiden ja
tilanteen mukaan.

Western Australian osavaltiossa mielenterveyskuntoutujille on tarjolla sairaalahoi-
don⁶⁶ lisäksi seuraavia tuetun asumisen ratkaisuja:

Psykiatriset hostellit (*psychiathric hostels*): suuria, 20–90 asukkaan asumisyksikköjä,
joissa asutaan jaetuissa tai omissa makuuhuoneissa; ruokailu, pyykkihuolto ja siivous
kuuluvat palveluihin; ruokailu-, kylpyhuone- ja vapaa-ajan tilat ovat yhteiset; hen-
kilöstö on paikalla 24 tuntia.

Yhteisöasuminen (*community residential*): koostuu useista yksiköistä tai asunnoista
(10–20 asukasta); yleensä on omat huoneet, mutta joissain tilanteissa on myös jaettuja
huoneita ja yleensä yhteiset keittiö- ja ruokailutilat sekä muita yhteisiä tiloja; ruokailu
tarjotaan talon puolesta, mutta osa asukkaista huolehtii itse ruokailun ja muut hen-
kilökohtaiset asiansa; henkilöstö on paikalla 24 tuntia.

Ryhmäkoti (*group homes*): samassa asuinhuoneistossa asuu useita henkilöitä, joilla
on samantyyppiset tarpeet ja jotka arviointien ja yhteisten sopimusten perusteella
sopivat yhteen (4–5 asukasta); henkilöstö on paikalla 24 tuntia ja apua tarjotaan
kaikkein päivittäiseen toimintaan tavoitteena taitojen kehittyminen.

Itsenäisen asumisen ohjelmat (*independent living programs*): henkilöllä on oma huo-
neisto, ei jaettua asuntoa, vaan oma kokonainen asunto; mielenterveyskuntoutajat

⁶² Mental Health Services, In brief. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. 2012.

⁶³ Koko Australian valtion tasolla oli vuonna 2010 kaikkiaan 154 yleissairaala, 16 psykiatrista sairaalaa ja 138 akuuttisairaala (*public acute hospitals*), joissa on ollut yhteensä 6 599 paikkaa. Lisäksi yksityisiä sairaaloita oli 50, joissa oli 1800 paikkaa.

⁶⁴ Asumisyksikkö, jossa asukkaat asuvat joko omissa tai jaetuissa huoneissa, mutta keittiö ja pesutilat ovat yhteisiä, henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Tällaisia asumispalveluja oli vuonna 2010 kaikkiaan 156 yksikössä (77 valtion tuottamia ja 79 järjestöpohjaisia), joissa paikkoja oli yhteensä 2239.

⁶⁵ Valtion järjestämä avopalvelu, joka käsittää mm. liikkuvat sairaanhoidon palvelut ja päivätoiminnan palvelut mielenterveyskuntoutujille. Tällaisia yksiköitä oli vuonna 2010 kaikkiaan 1074 ja niissä oli yhteensä 668 miljoonaa potilaskontaktia.

⁶⁶ Pitkäaikaista sairaalahoidtoa on mahdollista saada sekä yleisissä että erityisissä psykiatrisissa sairaaloissa.

pääsevät asumaan valtion asuntoviraston omistamiin asuntoihin ja tukea on tarjolla yhteisen suunnitelman mukaan⁶⁷.

Osavaltiossa on toteutuksen alla oleva mielenterveyskuntoutujien hoidon uudistamisen suunnitelma⁶⁸, joka perustuu mielenterveyslakiin vuodelta 1996 (*Mental Health Act 1996*). Suunnitelman päätavoite on edistää mielenterveyskuntoutujien pääsyä edullisiin asuntoihin, joihin on järjestetty tarvittava tuki. Ensinnäkin tavoitteena on yksilökeskeinen tuki ja palvelut (*person centred support and services*) mielenterveyskuntoutujille. Yksilökeskeinen tuki tarkoittaa sitä, että jokaiselle tarjotaan asunto hänen omilla ehdoillaan. Yksilön omat kokemukset ovat lähtökohta suunnittelulle, tuelle ja palveluille. Yksi alatavoite tässä on hyvä asunto (*A Good Home*), jossa asunto on lähtökohtana tuen tarjoamiselle. Toinen asumiseen liittyvä tavoite on yhtenäiset lähestymistavat (*connected approaches*). Tämä tavoite korostaa eri sektorien yhteistyötä palveluiden järjestämiseksi.

Western Australiassa on siis lähdetty erityisesti kehittämään tuettuja asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille siitä näkökulmasta, että tuki määritellään yksilöllisesti ja ihmiset osallistuvat itse itsensä hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Uudistusta ohjaava periaate on itseohjautuvuus (*Self Directed Services*), jossa palvelujen käyttäjät tietoisesti ymmärretään pikemmin yhteistyöosapuolina palveluiden suunnittelussa kuin passiivisina palveluiden vastaanottajina tai kuluttajina. Western Australiassa suuntaus on saanut nimensä myös tämä ajattelutavan mukaan: minun elämäni, minun tavallani (*My Life, My Way*). Lähestymistavassa korostuu Australiassa laajemminkin vallalla oleva lähestymistapa, *recovery*-periaate, jonka mukaan ihminen kuntoutuu, vahvistuu ja toipuu omalla tavallaan ja osallistuu omien asioidensa hoitoon osana muuta yhteiskuntaa.

Kuten aiemmin esitettiin, Australialle on tyypillistä erilaiset ohjelmat, joiden avulla kehitetään itsenäisen asumisen malleja mielenterveyskuntoutujille. Western Australian osavaltiossa tämä näkyy siten, että merkittävä osa mielenterveyskuntoutujista asuu järjestöjen tarjoamissa yksiköissä, jotka on tuotettu erilaisten ohjelmien tai projektien kautta. Vuonna 2010 noin 1 400 asumispaikkaa tarjottiin erilaisten valtion tukemien projektien tai ohjelmien kautta. Näistä selkeästi yli puolet oli itsenäistä asumista tarvittavan tuen avulla, ja loput olivat asuntolatyypistä (*hostels*) asumista asumisyksiköissä tarvittavan tuen avulla. Vuonna 2011 tuettiin noin 1 700 mielenterveyskuntoutujan tai asunnottoman asumista tuetun asumispalvelun kautta.

Asiantuntijat nostavat ajankohtaisena ohjelmana esiin itsenäisen asumisen ja yhteisössä (*community*) asumisen tukemiseksi toimeenpannun ohjelman *Access Housing*, joka korostaa asuntoon pääsyä eli sitä, että jokaisella ensisijaisesti on oma asunto. Australian liittovaltion lisäksi *Access Housing* -ohjelmaa tukee osavaltion hallinto (*the Mental Health Commission of Western Australia*). Asuntojen rakentamiseen on varattu osavaltion taholta tukea 46 miljoonaa dollaria noin 100 kotiin, joista 80 sijoittuu keskusta-alueelle ja 20 syrjäisemmille seuduille. Tuen tarjoamiseen on annettu rahoitusta valtion taholta noin 25 miljoonaa dollaria. Tukea tarjotaan erityisesti sairaalasta siirtymisen vaiheessa vakavista ja pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsiville. Yksi keskeinen suunniteltu tuki on muun muassa sosiaalinen isännöinti (*supportive landlord*). Ohjelmassa tuki nivotaan asumiseen eli palvelut suunnitellaan asumisen yhteyteen. Tavoitteena on palveluiden tarjoamisella kotiin torjua laitosasuminen, mikä mahdollistaa myös paremman kuntoutumisen. Tavoitteeksi ohjelmassa on asetettu nimenomaan pysyvän asumisen mahdollistaminen mielenterveyskuntoutujille. Ohjelmaa toteutetaan yksilöllisen yhteisössä asumisen, *Individualised Community Living* (ICL), strategian avulla.

⁶⁷ Haastattelun mukaan ohjelmien miinuspuoli on usein se, että tukiohjelmat on mitoitettu useasti noin puolen vuoden mittaisiksi, jolloin tukipalvelut tulee miettiä uudelleen tuon jakson jälkeen.

⁶⁸ Vuonna 2012 tehtiin suunnitelma, jossa tavoitteeksi asetettiin parantaa mielenterveyskuntoutujien tilannetta vuoteen 2020 mennessä.

Asiantuntijoiden mukaan ICL strategia on käynnistetty muutama vuosi sitten siksi, että osavaltiossa on ollut tarkoituksena aikaansaada enemmän valinnan mahdollisuuksia ja itseohjautuvuutta (*self-direction*) mielenterveyskuntoutujien palveluihin. Strategia koostuu kolmesta osatavoitteesta. Ensinnä tavoitteena on jokaiselle oma asunto, jonka omistaa asuntovirasto (*The State Government's Department of Housing*). Asukas maksaa vuokraa, joka on 25 % hänen tuloistaan. Tämä vastaa määrältään hänen vammaisuuden perusteella saamaansa eläkettä. Toiseksi strategian linjauksen mukaan hankitaan rahoitus sille, että jokaiselle voidaan tarjota yksilöllinen tuki (*an individualised funding packages for support*), joka mahdollistaa yksilön osallistuminen yhteisön toimintoihin. Näitä voivat olla esimerkiksi vapaa-ajan toiminnot, kurssit tai mielenterveyskuntoutujan valitsemat terveys- tai hyvinvointipalveluihin. Kolmanneksi hankitaan rahoitus sille, että tarvittava lääketieteellinen tuki (*clinical support*) on mahdollista saada paikallisesti omassa asuinympäristössä.

Tavoite on taata kaikille mielenterveyskuntoutujille, ja erityisesti pitkään sairaalassa oleville tai laitostieteessä oleville, mahdollisuus päästä mukaan. Sekä osavaltion että liittovaltion hallitusten kautta on vielä suunnitelmissa tukea lisää ohjelmaa muutaman seuraavan vuoden ajan, jotta kaikille tarvitseville voidaan tarjota tämä mahdollisuus. Asiantuntijoiden mukaan ICL-strategiassa on positiivista verrattuna aikaisempaan, ns. perinteiseen, tapaan tarjota asumispalvelua, juuri sen yksilöllinen suuntautuneisuus. Tukipaketti (*The support packages*) rakennetaan yksilöllisesti ja niiden laajuus määritellään karkeasti sen mukaan tarvitseeko asukas vähän, keskimäärin, vahvasti tai erittäin vahvasti tukea (*low, medium, high, very high*). Tuki voi kohdistua myös perheenjäsenille, ystäville tai lasten vanhemmille.

ICL-strategian erityisiä saavutuksia asiantuntijat arvioivat sekä yksilöiden että palveluiden kautta. Yksilöille tai perheille koituvat tulokset tai hyödyt muodostuvat heidän mukaansa monista asioista. Ensinnäkin ohjelman avulla on mahdollistettu jokaiselle oma koti. Toiseksi ohjelman avulla on saatu aikaan tilanne, jossa todellinen valinnanmahdollisuus ja yksilön tarpeet on huomioitu. Haastateltujen mukaan myös asiakkaiden ystävyysuhteita ja sosiaalisia suhteita on ylläpidetty, sekä voitu samanaikaisesti huomioida kulttuuriset arvot. Edelleen perhesuhteita on saatu voimistettua ja mielenterveyskuntoutujien terveyttä ja hyvinvointia on voitu lisätä. Ohjelman avulla on lisäksi lisätty turvallisuutta asiakkaiden elämässä.

Palveluiden kannalta saavutetut hyödyt ovat myös haastateltavien mukaan moninaisia. Ensinnäkin palvelujärjestelmän joustavuus on heidän mukaansa lisääntynyt. Toiseksi henkilökohtaisuus ja palveluiden aito vastaavuus tarpeeseen ovat lisääntyneet. Ohjelman avulla on lisäksi lisätty yksilöllisyyden kunnioitusta. Edelleen hyviä saavutuksia haastateltavien mukaan ovat yhteistyön lisääntyminen järjestö- ja julkisen sektorin välillä sekä se, että reagointi palvelutarpeeseen on juurtunut palvelujärjestelmään normaaliksi käytännöksi. Lopuksi haastateltavat arvioivat, että yhteistyö eri sektoreiden kesken on lisännyt vastuun jakautumista mielenterveyskuntoutujien asioiden hoidossa.

Erilaisia lähestymistapoja muissa osavaltioissa

New South Wales

New South Walesissa (NSW) on vuonna 2002 käynnistetty HASI (*The Housing and Accommodation Support Initiative*) ohjelma⁶⁹, jossa valtio on tukenut mielenterveyskuntoutujien pysyvää asumista ja sitä tukevia palveluja. Projekti on ollut innovatiivinen siinä suhteessa, että siinä on tehty yhteistyötä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välillä. Australian mielenterveystuon reformin (*National Partnership Agreement on Supporting National Mental Health Reform*) rahoittamana on käynnistynyt HASI Plus ohjelma, jossa yhteistyötä tehdään osavaltion terveysviraston, perheiden palveluiden osaston ja osavaltion oikeusyksikön sekä järjestöjen kesken. HASI Plus ohjelmassa on kehitteillä erittäin intensiivistä tukea (noin 16–24 tuntia vuorokaudessa), jonka tavoitteena on mahdollistaa vakavia tai pysyviä mielenterveyden sairauksia omaaville (*people with severe and or persistent mental illness*) onnistunut asuminen yhteisössä.

Osavaltiossa on toteutettu muutama vuosi sitten asunnottomille mielenterveyskuntoutujamiehille tuetun asumisen ohjelma (MISHA), jolla arvellaan olevan kauaskantoisia vaikutuksia. Tavoitteena oli pitkäaikainen asuminen. Ohjelmassa tehtiin tutkimusta, jossa muun muassa todettiin, että erilaiset mielenterveyden häiriöt ovat neljä kertaa yleisempiä asunnottomilla miehillä kuin muilla miehillä. MISHA-malli koostui viidestä osiosta, ikään kuin askeleesta, jotka pyrittiin täyttämään jokaisen asiakkaan kohdalla. Ensimmäinen osio oli asumisen taloudellinen tukeminen. Toiseksi ohjelmassa tuettiin asiakkaiden itsevarmuutta ja vahvistumista omana itsenään. Kolmanneksi asiakkaita autettiin asunnon hankkimisessa. Neljäntenä osiona oli henkinen tuki, jota asiakkaille tarjottiin yksilöllisesti. Viides osa-alue oli aktiivisuuden ylläpitämisen tuki asiakkaiden elämässä, mikä useissa tilanteissa tarkoitti osallistumista ympäröivän yhteisön elämään.

Victoria

Victorian osavaltiossa on toteutettu Ovi –projekti (*The Doorway*), jossa tarjotaan asunto noin 50:lle mielenterveyskuntoutujalle. Heitä autetaan ylläpitämään vuokrasuhteensa ja tuetaan rahallisestikin vuokranmaksussa (asukas maksaa 30 % vuokrasta). Ohjelmassa on ollut mukana vuokranantajien edustajia, ja heille keskeinen hyöty onkin ollut olla mukana toteuttamassa sosiaalisesti kestävä ja ainutlaatuisia malleja ja aikaansaamassa parempaa elämää mielenterveyskuntoutujille osana yhteisöä (*community*). Ovi –projekti pohjautuu laajempaan kokonaisuuteen ja ohjelmaan, jossa erityisenä lähtökohtana pidetään asunto ensin -periaatetta (*Housing First –program*). Ovi-projektin kohderyhminä ovatkin mielenterveyskuntoutujien lisäksi asunnottomat tai asunnottomuuden uhan alaiset henkilöt.

⁶⁹ HASI ohjelma on esitelty tarkemmin luvussa 7.7.

South Australia

South Australiassa on ollut käynnissä oma mielenterveyskuntoutujia koskeva reformi (*A Social Inclusion Action Plan for Mental Health Reform 2007-2012*) osana koko valtion sosiaalisen inklusion ohjelmaa. Päivitetty mielenterveyslaki tuli voimaan vuonna 2010 (*Mental Health Act 2009*). Siinä määritellään raamit mielenterveyskuntoutujien hoidolle. Australiassa yleisestikin paljon esillä oleva kokonaisvaltaisen toipumisen käsite (*recovery*) nousee myös South Australian osavaltiossa keskeiselle sijalle. Tämän mahdollistamiseksi muita lain periaatteellisia tavoitteita ovat mielenterveyskuntoutujien varhainen hoitoon pääsy, mielenterveyskuntoutujien oikeudellisen aseman vahvistaminen, entistä paremmat mahdollisuudet seurantaan sekä tasa-arvoiset mahdollisuudet palveluihin ja tarpeen mukaiseen hoitoon mielenterveyskuntoutujille.

Sosiaalisen inklusion ohjelman toteuttamiseksi osavaltiossa on käynnistetty poik-kihallinnollinen HASP-ohjelma (*The Housing and Accommodation Support Partnership*). Ohjelman toteuttamiseen osallistuu sekä asiakkaita että asuntoja ja asumisen tukea tuottavien organisaatioiden edustajia. HASP-ohjelmassa kehitetään räätälöityä tukimallia, jossa tuki tuodaan asiakkaan kotiin. Tuki voi tarvittaessa olla jopa 24 tuntia seitsemänä päivänä viikossa asiakkaan omien lähtökohtien mukaan suunniteltuna.

Lisäksi yksi keskeinen mielenterveyskuntoutujille asumispalveluja tarjoava taho on Mind Australia⁷⁰. Mind Australia on voittoa tavoittelematon rekisteröity yritys, jota suurimmaksi osaksi rahoittaa valtio ja liittovaltion hallitus. Mindin toimintaa tukevat myös monet säätiöt, yhteisöt ja yksittäiset ihmiset. Tarkoituksena on tuottaa yhteisöllisiä tukipalveluja mielenterveyskuntoutujille. Palveluja ovat: asumiskuntoutus, etsivä palvelu, itsenäiseen asumiseen siirtymisen tukeminen, pysyvän ja turvallisen asumisen takaaminen, hoitajien vapaiden tarjoaminen, tukihenkilöt (*mentor programs*), yksilölliset tukipaketit sekä terveellisten elämäntapojen ja luovuuden edistäminen.

7.7

Esimerkkinä HASI – kumppanuusohjelma

New South Wales: HASI – kumppanuusohjelma asumisen ja tuen järjestämiseksi vaikeasti mielenterveysongelmallisille (*people with a range of levels of psychiatric disability*)

HASI (*The Housing and Accommodation Support Initiative*) on liittovaltion mielenterveysreformin myötävaikutuksella käynnistetty ja osavaltioiden ja liittovaltion sopimuksen pohjalta syntynyt ohjelma, jossa valtio tukee mielenterveyskuntoutujien pysyvää asumista ja ja asumista tukeavia palveluja. Ohjelma on ollut innovatiivinen siinä suhteessa, että siinä on tehty yhteistyötä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välillä.

Kumppanuusohjelman tarkoituksena on ollut taata mielenterveyskuntoutujille asuminen yhteisössä ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Mielenterveyskuntoutujia tuetaan lisäämällä heidän tietämystään omasta terveydestään ja vahvistamalla heidän osallisuuttaan omia asioitaan koskevissa ratkaisuisissa. Projektissa on myös tuettu asiakkaiden palveluiden saantia, jotta asumisesta tulisi mahdollisimman pysyvää. Palveluihin voi siten kuulua esimerkiksi tukeminen harrastuksiin osallistumisessa, asioinnissa tai muissa asiakkaan arjen askareissa. Asumisen tuki on yksilöllistä, pienestä tuen tarpeesta (noin viisi tuntia viikossa) hyvinkin runsaaseen tuen tarpeeseen (noin kahdeksan tuntia päivässä). Avainasemassa on toipuminen (*recovery*), joka tarkoittaa jokaisen ihmisen omaa yksilöllistä ja jopa elämänmittaista matkaa itsenäisyyteen.

⁷⁰ Toimii kolmessa osavaltiossa: South Australia, Tasmania ja Victoria.

HASI-palvelumallia on toteutettu vaiheittain. Se alkoi vuonna 2002 vahvan tuen mallin (*high support*) toteuttamisella. Vuosien 2002 ja 2003 aikana perustettiin palvelut, joita tuotettiin sadalle ihmiselle. Asunto-osasto tarjosi sopivan asunnon ja osavaltion terveysvirasto (*NSW Health*) tarjosi viisi miljoonaa dollaria vuosittain kansalaisjärjestöjen kautta palveluiden järjestämiseen. Vahvaan tukeen oikeutettuja olivat mielenterveysongelmaiset, psykiatrisissa yksiköissä asuvat, asunnottomat tai asunnottomuusuhan alaiset sekä toistuvasti sairaalahoidossa olevat. Kolme järjestöä tarjosi tukea tämän vaiheen asukkaille.

Seuraavassa vaiheessa kehitettiin matalamman tuen malli (*lower outreach support*). Tässä osavaltion terveysvirasto (*NSW Health*) tarjosi matalamman tason tukea 460 ihmiselle, joilla oli mielenterveyden kanssa vaikeuksia ja jotka asuivat julkisissa asunnoissa tai yhteisöasunnoissa (*public housing and community housing*). Kuutta kansalaisjärjestöä on avustettu tuen tarjoamiseksi 4,6 miljoonalla dollarilla vuosittain. Tämän tukimallin kohderyhmään kuuluvilla oli pääsääntöisesti asunto jo valmiina.

Vuonna 2006 alkanut ensimmäisen vaiheen laajennus koski samoin vahvaa tukea (*high support*) tarvitsevia mielenterveyskuntoutujia. Tässä laajennusvaiheessa tarjottiin 126 uutta asuntoa. NSW Health tarjoaa yli 6,3 miljoonaa dollaria vuosittain järjestöille tarvittavan tuen järjestämiseen. Malli on rakennettu siten, että asunto-osasto tarjoaa asunnon lisäksi kaikki asuntoon liittyvät asiat, muun muassa kalusteet. Viimeisin HASIn laajennus on ollut erittäin vahvan tuen mallin (*very high support*) kehittäminen. Tämä vuonna 2006 alkanut vaihe tarjoaa runsasta tukea, joka tarkoittaa käytännössä keskimäärin noin 8 tuntia päivässä annettavaa arjen tukea. Tässä vaiheessa palvelun piiriin tuli noin 50 henkilöä. Asiakkaat edustavat lähinnä laitoksissa asuvia ja asunnottomia tai asunnottomuusuhan alaisia. Tukipakettiin varattiin perustamisvaiheessa noin 3,5 miljoonaa dollaria järjestöille avun tarjoamiseen. Edellä kuvattujen vaiheiden jälkeen on suunnitelmassa laajentaa ohjelmaa jo valmiiksi itsenäisesti asuvien mielenterveyskuntoutujien keskuuteen. Palvelu kohdistetaan niille mielenterveyskuntoutujille, jotka asuvat omissa asunnoissaan joko perheensä kanssa tai itsenäisesti.

HASI-palvelumallin toteuttamisessa ovat mukana rahoittajat ja muut toimijat. Valtio vastaa tarvittavista kustannuksista, jotka muodostuvat sekä henkilöstö- että muista taloudellisista resursseista ja näiden lisäksi ohjelman arvioinnista. Lukuisat kumppanitoimijat ja paikalliset palvelun tuottajat yhdessä tuottavat mallin mukaisesti palveluja asiakkaille. HASI ohjelmalla on ohjausryhmä, jossa on edustettuina eri tahot rahoittaja mukaan lukien. Ohjausryhmä on käynnistänyt myös neljännesvuosittaisen foorumin, jossa on tarkoituksena tuoda yhteen eri palvelun tuottajien sidosryhmien ääni ja palaute ohjelmasta. Tarkoituksena on jakaa informaatiota ja yhteisten työpajojen kautta tukea HASIn toteutusta.

Asiakas kohtaa HASI-mallissa kolme paikallista tahoa: asumispalveluiden tuottajat (rahoittaa asuntovirasto), terveyspalveluiden tuottajat (rahoittaa terveysvirasto) ja järjestöjen edustajat, jotka tarjoavat erityyppisiä asumisen tukipalveluja, *accommodation support*, (rahoittaa terveysvirasto).

Vahvan tuen malli on suunnattu henkilöille, joilla ei ole valmiina pysyvää asuntoa. Pääasiallisimpana kohderyhmänä mallissa on psykiatrisissa yksiköissä asuvat, asunnottomat tai asunnottomuuden uhan alaiset tai toistuvasti sairaalahoidossa olevat mielenterveyskuntoutujat. Vuonna 2012 tehdyn arvioinnin mukaan 72 % HASIn piiriin tulleista asiakkaista oli ilman pysyvää asuntoa. Puolet heistä oli pitkään sairaalassa olleita mielenterveyskuntoutujia. HASIn asiakkuudelle on asetettu tietyt kriteerit. Tällaisia ovat muun muassa 16–65 vuoden ikä. Asiakkaalla tulee olla myös diagnosoitu mielenterveysongelma tai -sairaus. Edelleen kriteerinä on oikeus sosiaaliseen asumiseen. Sen jälkeen, kun asiakkaaksi tulon kriteerit ovat täyttyneet, tehdään haastattelu ja mietitään yhdessä, millaisia tarpeita asiakkaalla on ja onko

hän sopiva HASI-ohjelman asiakkaaksi. Tässä keskeiseksi kriteeriksi muodostuu asiakkaan motivaatio lähteä osallistumaan itsenäisen asumisen ohjelmaan.

Kun asiakas on hyväksytty mukaan ohjelmaan, määritellään hänen tarvitsemansa asumista tukevat palvelut. Nämä muodostuvat yleensä erilaisista asiakkaan arkipäivän sujumiseksi tarvittavista henkilökohtaisista palveluista. Palvelukartoituksen jälkeen tehdään konkreettinen suunnitelma ja sopimukset eri palveluntuottajien kanssa. Tämä suunnitelma on nimeltään mielenterveyshoidon suunnitelma. Tässä vaiheessa solmitaan myös asumista koskeva vuokrasopimus. Asiakkaan tilannetta seurataan jatkuvasti. Hyvin oleellista onkin se, että asiakkaalle kerrotaan, keneen hän voi olla yhteydessä erilaisissa tilanteissa sekä kuka hoitaa hänen asioitaan esimerkiksi muutostilanteissa. Asiakkaalle määritellään kontaktihenkilö. Lisäksi etukäteen määritelty koordinaatiotiimi (*a Support Coordinator*) on asiakkaan tukena tarvittaessa.

Jokaiselle asiakkaalle hankitaan hänen tarpeisiinsa soveltuva asunto. Vaihtoehtoina on joko välivuokrata asunto yksityisiltä markkinoilta tai hyödyntää kuntien vuokra-asuntoja. Huomioon on otettava asiakkaalle tehty suunnitelma asumisen tuesta. Suunnitelmassa on listattu asiakkaan sellaisia tarpeita, jotka saattavat vaikuttaa asumiseen. Näitä voivat olla esimerkiksi se, milloin asiakas voi muuttaa, tuleeko huoneiden lukumäärässä ottaa huomioon jotakin erityistä tai onko jotakin muuta erityistä asunnon rakenteen suhteen huomioitavaa.

Asiakkaan kanssa tehdään vuokrasopimus ja huolehditaan siihen liittyvistä asioista. Lisäksi varmistetaan, että asiakas on ymmärtänyt oikein vuokrasopimuksen sisällön. Tässä kohden HASI-mallin työntekijä eli koordinaatiohenkilö toimii tarvittaessa linkkinä yksityisen vuokraisännän ja asiakkaan välillä sekä mahdollisissa ristiriitatilanteissa neuvottelee eri osapuolien välillä. HASI-ohjelmassa on asetettu määräaika sopivan asunnon hankkimiselle. Mikäli asuntoa ei ole onnistuttu hankkimaan 21 päivän sisällä, on osoitettava asiakkaalle väliaikainen asunto ja käytävä neuvotteluja muiden mahdollisten asuntoja tarjoavien tahojen kanssa.

Yksilöllinen tuki suunnitellaan kattamaan kaikki tarvittavat elämän osa-alueet. Tuki muodostuu erityyppisistä arjen sujumista helpottamaan tarkoitetuista palveluista ja kontakteista. Keskeinen tuki muodostuu niistä palveluista, jotka mahdollistavat asiakkaan itsenäisen elämän (kotiasioiden hoitaminen, raha-asioissa tukeminen, ostoksissa tukeminen, lääkkeiden ottamisessa avustaminen, yms.). Yksi osa-alue on myös asiakkaan itsensä toteuttamisen tukeminen. Tämä tarkoittaa erityisesti koulutukseen tai työssäkäyntiin liittyvissä asioissa tukemista tai toiminnan tukemista, joka tarjoaa asiakkaalle mielekästä tekemistä.

Arjen tukemiseksi tarkoitettuihin palveluihin lukeutuvat myös erilaiset vapaaajan tarpeita tukevat palvelut. Tällä tavalla tuetaan asiakkaan sosiaalisia ja virkistykseen liittyviä tarpeita. Ohjelmassa pidetään tärkeänä asiakkaan osallisuuden filosofiaa, jossa voimaannuttamisen ja itsemääräämisoikeuden tukeminen nähdään keskeisinä. Asiakasta rohkaistaan osallistumaan erilaisiin verkostoihin ja palveluihin sekä tuetaan hänen omia kulttuurisia-, kielellisiä- ja etnisiä tarpeitaan. Lisäksi suunnitellaan ilta- ja/tai yöaikaan tarvittava tuki sekä huolehditaan tarvittavasta kriisiavusta.

Arvioiden ja tehtyjen evaluointien perusteella HASI ohjelmalla on ollut monia suotuisia vaikutuksia. Ohjelmasta on tehty muun muassa väli- ja loppuarvioinnit. Viimeinen kokonaisarviointi on vuodelta 2012. Palveluiden piirissä olevilta asiakkailta on muun muassa tiedusteltu saavutetuista hyödyistä. Kyselyjen perusteella ainakin seuraavia suotuisia vaikutuksia on ollut havaittavissa asiakkaiden elämässä: sairaalahoidon tarve on laskenut, opiskelu tai työssäkäynti on yleistynyt asiakkaiden keskuudessa, ystävyysuhteet ovat vahvistuneet, sosiaalinen aktiivisuus on lisääntynyt, fyysinen terveys parantunut sekä omat perhesuhteet ovat parantuneet.

8 Uusi-Seelanti – strategiat kehittämistä ohjaamassa

8.1

Mielisairaiden eristämisestä recovery-orientaatioon

Uudessa-Seelannissa on, kuten muissakin länsimaissa, pitkä historia mielenterveysongelmaisten laitoshoidossa. Varhaisimmat laitokset (*asylums*) rakennettiin 1850-luvulla kaupunkeihin, mutta myöhemmin ne sijoitettiin maaseudulle, jotta mielenterveysongelmaiset olisivat erillään muista ihmisistä. Kuitenkin jo 1870-luvulle tultaessa kaikki laitokset olivat täyttyneet ihmisistä, joita pidettiin parantumattomina, ja tilat laitoksissa kävivät ahtaiksi. 1900-luvun alussa luotiin järjestelmä (*Policy of the villa system*), jossa samankaltaisia häiriöitä (*similar disorders*) omaavia potilaita hoidettiin erillisissä rakennuksissa. Tavoitteena oli edistää yhteisöllisyyttä ja uusia sairaaloita rakennettiin tältä pohjalta.

Psykelääkkeiden käyttöönotto, laituskustannusten vähentämistavoitteet sekä yhä humanitaarisempaa kohtelua vaativa kansalaismielipide lisäsivät 1950-luvulla kiinnostusta pitkäaikaispotilaiden kuntoutukseen (*rehabilitation*). Tuolloin alkoi kansainvälisen suuntauksen mukainen deinstitutionalisaatioprosessi. Uudessa-Seelannissa syntyi tilanne, jossa nopea laitospaikkojen purkaminen johti siihen, että mielenterveyskuntoutujille ei ehditty luoda vastaavasti yhteisöpohjaisia mielenterveyspalveluja. Tämä aiheutti mielenterveyskuntoutujien sosiaalista syrjäytymistä, köyhyyttä ja kodittomuutta.

Vaikka Uudessa-Seelannissa tehokkaammat hoitomuodot vaikuttivat siten, että potilaiden sairaalassaoloaika lyheni, psykiatristen laitospaikkojen määrä ei vähentynyt maassa samassa määrin kuin muissa länsi-maissa. Tämä johtui muun muassa siitä, että pitkäaikaissairaita (*long term patients*) oli paljon. Taustalla oli myös organisatorisia muutoksia sekä keskushallinnon ohjeistuksen puutteita. Vuonna 1972 psykiatristen sairaaloiden johtaminen siirrettiin terveysosaston mielenterveysjaostolta (*Mental Health Division of the Department of Health*) sairaalapiireille (*Hospital Board*). Psykiatrisille sairaaloille luotiin oma rahoitusjärjestelmä ja jokaisella sairaalalla oli oma talousarvio. Sairaalat eivät kuitenkaan olleet valmistautuneet tähän muutokseen. Kansallisten ohjeiden vähäisyys johti siihen, että deinstitutionalisaatioprosessi tapahtui eri tahtiin eri puolilla maata. Vaikka terveysosasto (*Department of Health*) antoi tukensa yhteisöjen tuelle (*community care*) ja avohoidolle, siltä puuttui politiikka, jonka avulla olisi voitu luoda vaihtoehtoja laitoshoidolle. Näin laitospaikat eivät juuri vähentyneet. Tästä huolimatta eri puolilta maata löytyi toimijoita, jotka edesauttoivat kehittämään yhteisöperustaisia mielenterveyspalveluja siten, että mielenterveyskuntoutajat pystyivät asumaan ja elämään yhteisön jäseninä.

Uuden-Seelannin hallituksen dokumentit 1970-luvulta osoittavat, että vaikka laitospaikkojen määrät ja ensimmäistä kertaa laitoshoitoon tulevien määrät olivat laskussa, olivat sairaalaan takaisinottojen määrät kasvussa. Tämä kertoo siitä, että

merkittävä osa mielenterveyskuntoutujista joutui sairaalasta ulos asumismuotoihin, joissa ei ollut riittävää tukea, jolloin heidän mielenterveytensä heikkeni. 1980-luvun puolivälissä yhä kasvava joukko terveydenhoidon ammattilaisia, tutkijoita ja asiantuntijoita alkoi vaatia koordinoitumpaa laitoshoidon vähentämistä. Hallitukselta toivottiin selkeitä ohjeistuksia, rahoitusta ja tukea tehokkaamman avohoidon kehittämiseksi. Se tuottikin 1990-luvulla useita ohjeistuksia ja strategioita (esim. *Mental Health Act 1992; National Mental Health Strategy 1994; the Maison Report 1996; Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be 1998*), jotka vaikuttivat mielenterveyspalvelujen ja yhteisöpohjaisen avohoidon kehittymiseen.⁷¹ Vuonna 1998 Uuden-Seelannin hallitus asetti mielenterveyskuntoutujien hoito- ja palvelujärjestelmän viralliseksi periaatteeksi *recovery*-käsitteeseen perustuvan lähestymistavan, jota jokaisen mielenterveyshoidon ammattilaisen tuli käyttää työssään.

8.2

Tarve asumispalvelujen kehittämiseksi ja koordinoimiselle

Uudessa-Seelannissa tehtiin vuonna 2002 laaja tutkimus⁷², jonka tavoitteena oli tarkastella mielenterveyskuntoutujien itsenäisen asumisen tarpeita. Tutkimuksen arvioitiin olevan ensimmäinen askel kohti eri hallinnon rajat ylittävää mielenterveyspalvelupolitiikkaa. Tällaista politiikkaa tarvittiin tunnistamaan palvelujärjestelmän aukkoja, kehittämään koordinaatiota eri palveluntarjoajien välillä sekä varmistamaan monipuoliset palvelut mielenterveyskuntoutujille.

Tarkastelunäkökulmina olivat asumisen riittävyys, kohtuuhintaisuus, tarpeisiin vastaavuus⁷³ sekä asumista tukevien palveluiden rooli. Lisäksi tutkimuksessa käsiteltiin mielenterveyskuntoutujien asunnottomuuden yleisyyttä sekä pyrittiin identifiomaan asumisen tarpeita. Tutkimusta varten toteutettiin kysely, johon osallistui 800 mielenterveyspalvelujen tuottajaa ja 213 mielenterveyskuntoutujaa.

Tutkimuksen mukaan asumisen vaikeudet ja kodittomuus ovat merkittäviä ongelmia mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Tutkimukseen osallistuneista mielenterveyskuntoutujista 17 prosentilla oli asunto ja asumisen vaikeuksia (*experiencing housing difficulties*) ja neljä prosenttia oli kodittomia tai he asuivat väliaikais- tai hätämajoituksessa. Lisäksi 17 prosenttia mielenterveyskuntoutujista asui olosuhteissa, joihin saattoi kuulua kohonnut asunnottomuusriski. Tällaisia olosuhteita olivat hostellit, hotellit, bed and breakfast -yöpymispaikat sekä asuntovaunalueet. Tutkimuksessa tuotiin myös esille, että monilla vakavasti mielenterveysongelmaisilla ei ole pääsyä mielenterveyspalvelujen piiriin, vaikka heillä olisi oikeus erikoislääkärin hoitoon. Pääasialliset mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvät ongelmat olivat asunon puute, asumisvaihtoehtojen puute, syrjintä sekä laaja joukko tekijöitä, jotka tekivät asunnoista sopimattomia mielenterveyskuntoutujille. Kalliit asunnot ja vuokrat olivat myös ongelma mielenterveyskuntoutujille, mikä näkyi sekä mielenterveyskuntoutujien että palveluntuottajien vastauksissa. Köyhyys, huonot asunto-olosuhteet ja pe-

⁷¹ Elgin, Joanna (2012) *The Impact of Neighbourhood Characteristics and Support on Well-being, Housing Satisfaction, and Residential Stability for People with a Mental Illness*. A thesis submitted in fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Health Science in the University of Canterbury.

⁷² Peace, Robin & Kell, Susan & Pere, Lynne & Marshall, Kate & Ballantyne, Suzie 2002. *Mental Health and Independent Housing Needs. Part 1. A Summary of the Research*. Ministry of Social Development.

⁷³ Uuden-Seelannin mielenterveyskuntoutujien ohjelmateksteissä toistuu käsite *sustainability*, joka voidaan käsitellä asianmukaiseksi ja tarpeisiin vastaavaksi asumiseksi sekä käsite *affordability* eli kohtuuhintaisuus. Edelliseen liittyy myös se, että mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus saada päivittäisiä tai viikottaisia palveluja lähellä asumisyhteisöään sekä tarvittaessa tarkoituksenmukaista hoitoa tai sairaalahoitoa.

ruspalvelujen heikko saatavuus vaikeuttivat mielenterveyskuntoutujien toipumista ja johtivat siihen, että he joutuivat yhä uudelleen sairaalahoitoon.

Riittävien ja sopivien asuntojen löytäminen mielenterveyskuntoutujille todettiin tutkimuksessa suureksi haasteeksi Uudessa-Seelannissa. Asumisen ongelmat nostavat esille myös tarpeen laaja-alaisemmasta tuesta, jolla voitaisiin auttaa mielenterveyskuntoutujia itsenäisempään elämään. Tutkimuksen mukaan Uudessa-Seelannissa on myös tarve palveluiden systematisoimiseen. Eri palveluntarjoajien ja virastojen välille tarvitaan koordinaatiota, jotta mielenterveyspalvelujen aukkoja voidaan paikata ja varmistaa mielenterveyskuntoutujille monipuoliset asumispalvelut. Tutkimuksen tekoajankohtana 2000-luvun alussa kaivattiin hallinnollisia ohjeistuksia, jotta mielenterveyskuntoutujille voidaan turvata laaja valikoima asumispalveluja. Ohjeistusta kaivattiin myös rahoitukseen sekä sen kohdistamiseen laajalle joukolle eri mielenterveyspalvelujen tarjoajia, kuten yhteisöperustaisille ryhmille ja kolmannen sektorin toimijoille. Myöhemmin keskeiseksi asiakirjaksi on muodostunut muun muassa vuonna 2012 julkaistu ns. *Blueprint II*, joka suunniteltiin oppaaksi mielenterveyspalvelujen toteuttamiseen.

Myös tätä selvitystä varten kuullut asiantuntijat korostivat keskeisenä haasteena sopivien asuntojen löytämistä. Työttömyysluvut ovat korkealla ja maassa asumisen kustannukset ovat nousseet, mitkä asiat tällä hetkellä erityisesti vaikeuttavat tilannetta. Asiantuntijat halusivat myös tuoda esiin sen erityislaatuisen asumiseen kohdistuvan haasteen, joka aiheutui vuosina 2011 ja 2012 tapahtuneista maanjäristyksistä. Niillä on ollut kauaskantoiset vaikutukset siten, että ihmisiä jäi paljon kodittomaksi.

8.3

Kansallisten ohjeiden luominen

Uuden-Seelannin terveysministeriöllä (*Ministry of Health*) on kokonaisvastuu maan terveyden- ja vammaishuollon järjestelmästä. Ministeriön tehtävät, vastuut ja valtuudet on säädetty kansanterveys- ja vammaislaissa (*Public Health and Disability Act*) vuodelta 2000 sekä muussa lainsäädännössä. Alueelliset terveystoimikunnat (*district health boards*), joita on 20, ovat vastuussa terveystoimien tuottamisesta alueellaan. Terveystoimikunnat sekä kansanterveys- ja vammaislaissa mukaiset muut palvelut, mukaan lukien asumista tukevat palvelut mielenterveyskuntoutujille, rahoittaa terveysministeriö. Terveystoimikunnan tehtävänä on suunnitella ja järjestää palveluja omilla alueillaan. Kolmannen sektorin järjestöt (*non-governmental organisations*) saavat merkittävää rahoitusta terveysministeriöltä ja alueellisilta terveystoimikunnilta. Monet järjestöt ovat voittoa tavoittelemattomia. Ne tarjoavat monipuolisia perushoidon (*primary care*), mielenterveyden (*mental health*), yksilöllisen terveyden (*personal health*) ja vammaisuuden tukipalveluja (*support services*), kuten myös palveluja maoreille ja Tyynen meren saarten asukkaille.

Terveysministeriö (*Ministry of Health*) vastaa myös mielenterveyskuntoutujien asumisesta. Sen alaisuudessa toimii terveys- ja vammaiskomissio (*Health and Disability Commissioner*), joka jakautuu seitsemään eri osastoon. Osastoista yksi on vuonna 1996 perustettu mielenterveyskomissio (*Mental Health Commissioner*). Komission tehtäviin kuuluu mielenterveyskuntoutujien aseman seuranta ja heidän asioidensa ajaminen (*monitoring and advocacy*). Asioiden ajamiseen kuuluu mielenterveyskuntoutujien eduista huolehtiminen kaikilla terveydenhuollon sektorin tasoilla sekä terveysministerin neuvonta (*advice to the Minister of Health*) mielenterveyskuntoutujien ja heidän perheidensä eduista. Komission tehtäviin kuuluu myös kansallisen mielenterveysstrategian (*National Mental Health Strategy*) toimeenpanon seuranta ja raportointi.

Komissio käsittelee myös muun muassa valituksia ja päättää siitä, onko tarpeen ryhtyä asiassa jatkotoimiin.

Useimmat terveydenhuollon palvelut, kuten mielenterveyspalvelutkin, ovat Uudessa-Seelannissa julkisin varoin rahoitettuja. Julkisesti rahoitettujen mielenterveyspalvelujen tulee noudattaa kansallista mielenterveysstrategiaa (*National Mental Health Strategy*), jossa eritellään palvelutuotannon tavoitteet ja periaatteet koko maassa. Uusin kansallinen mielenterveysstrategia on tehty vuosille 2005–2015. Sen mukaan mielenterveyskuntoutujia tulee tukea siten, että he voivat täysin osallistua yhteisön toimintoihin jokapäiväisessä elämässään. Mielenterveyskuntoutujien pitää voida luottaa siihen, että he voivat saada korkealuokkaisia mielenterveyspalveluja. Mielenterveyskuntoutujien toipumiseen tähtäävien mielenterveyspalvelujen (*recovery-focused mental health services*) tulee tarjota valinnanvaraa, edistää mielenterveyskuntoutujien itsenäisyyttä, olla vaikuttavia, tarpeeseen vastaavia ja ajanmukaisia. Mielenterveyspalvelujen tulee kehittää rahoitusmekanismeja mielenterveyskuntoutujien toipumiseen, hyvien käytäntöjen edistämiseen ja yhteistyön mahdollistamiseen.

Uuden-Seelannin mielenterveyspalvelujen toteuttamisessa keskeisessä roolissa on vuonna 2012 julkaistu ns. *Blueprint II*, joka on suunniteltu oppaaksi mielenterveyden ja riippuvuuskäytöksen alalla siten, että maassa voitaisiin toteuttaa mahdollisimman kustannustehokasta ja integroitua (*cost-effective and integrated*) mielenterveys- ja riippuvuuspalvelua seuraavan vuosikymmenen aikana. *Blueprint II* on päivitetty versio vuonna 1998 ilmestyneestä oppaasta nimeltä *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*. Se antaa mielenterveyspolitiikan suosituksia, jotka Uuden-Seelannin hallitus on hyväksynyt. Sillä on myös edelleen vaikutuksia resursointiin ja sopimuksiin terveysministeriön ja DHB:n välillä (*the Ministry of Health and DHBs*).

Blueprint II soveltaa Uuden-Seelannin kolmen tavoitteen mallia (*New Zealand Triple Aim model*), jonka ovat hyväksyneet kaikki maan keskeiset hallinnolliset tahot, kuten terveysministeriö⁷⁴. Mallissa on kolme rinnakkaista tavoitetta: parempi hoito mielenterveyskuntoutujille, parempi terveys väestölle ja alemmat kustannukset asukasta kohden. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kannalta keskeistä mallissa on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa asuminen kytketään laajasti koulutus- ja työllistymismahdollisuuksien lisäämiseen, sosiaalisen osallistumisen lisäämiseen, perhesuhteiden ylläpitämiseen, lääketieteelliseen hoidon tehokkaampaan käyttöön ja mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaisten tarpeiden huomioimiseen. Lisäksi kokonaisvaltaisessa lähestymistavassa pyritään kehittämään mielenterveyskuntoutujan itsetuntoa sekä lisäämään mahdollisuuksia tehdä erilaisia valintoja ja saada vertaistukea. Lähestymistavassa huomioidaan mielenterveyskuntoutujan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Kokonaisvaltainen lähestymistapa auttaa mielenterveyskuntoutujaa toipumisessa (*recovery*), kun hän integroituu paremmin mielenterveyspalveluihin ja pystyy hyödyntämään niitä tehokkaammin.

8.4

Asumispalvelujen ja tukimuotojen laaja kirjo

Sosiaalisen asumisen on Uudessa-Seelannissa tarkoitus tyydyttää eri väestöryhmien asumisen tarpeet. Tällaisia ryhmiä ovat kehitysvammaiset, vanhukset ja mielenterveysongelmaiset ja yleisemmin vähävaraiset. Sosiaalista asumista rahoittaa ensisijaisesti keskushallinto. Jotkin asunto-organisaatiot saavat kuitenkin rahoitusta myös

⁷⁴ Muita tahoja ovat: the National Health IT Board, the National Health Committee, Health Workforce New Zealand, District Health Boards (DHBs), Health Benefits Ltd ja PHARMAC.

hyväntekeväisyydestä ja kirkollisista lähteistä. Varsinaiset asumispalvelut rahoittaa keskushallinto paikallisten terveyslautakuntien kautta.

Uudessa-Seelannissa ei ole lakia, joka säätäisi mielenterveyskuntoutujien asumisesta. Ei ole olemassa myöskään tiettyjä viranomaisia, joille kuuluisi asumisen käytännön järjestäminen. Asiantuntijoiden mukaan esimerkiksi erilaiset organisaatiot auttavat mielenterveysongelmaisia pääsemään julkiseen tai yksityisen sektorin asumiseen. Mielenterveyskuntoutujat eivät ole asumispalvelujen ensisijaisia kohde-ryhmiä, vaan laeissa korostetaan usein alkuperäiskansojen, kuten maorien ja Tyynen meren kulttuurien asukkaiden oikeuksia. Asumista tarjoavat sekä julkinen sektori että kolmas ja yksityinen sektori. Myös hyväntekeväisyyden pohjalle rakentuneet palvelut ovat tavallisia Uudessa-Seelannissa. Valtiolla on kuitenkin asumisen tuottamisessa tärkeä ohjaava ja säätelevä rooli. Palveluntuottajat voidaan jakaa seuraaviin ryhmiin:

- 1) Yleiset asuntotuottajat, joista suurin on julkisen sektorin *Housing New Zealand Corporation*. Nämä eivät erityisesti kokoaa mielenterveysongelmaisia asumispalveluihin, vaan yleisesti tuottavat asumista vähätuloisille ja -osaisille, ja mielenterveysongelmat on yksi kriteeri saada asunto. Myös paikalliset kuntaviranomaiset tuottavat yleistä edullista asumista.
- 2) Kolmas sektori, joka sekin tuottaa palveluja yleensä monille eri ryhmille. Vain harvat järjestöt tuottavat erityisesti asumista erityisesti mielenterveyskuntoutujille. Tällaisia ovat *Comcare Trust*, *Community of Refuge Trust (CORT)* ja *The Tauranga Housing Trust*. Suuri tuottaja on *Pathways*-järjestö, joka tuottaa palveluja myös mielenterveyskuntoutujille muiden ryhmien ohella.
- 3) Asumispalvelujen ei-julkisia tarjoajia on paljon ja ne tarjoavat lyhytaikaisia ja hieman pidempikestoisia asumisjaksoja, joihin kuuluu hoito-ohjelma. Myös julkinen sektori tuottaa tällaisia asumispalveluja.

Asumisjärjestelyyn vaikuttaa se, millainen asumisen tarve on ajallisesti. Erityisasuminen on tarkoitettu niille, jotka tarvitsevat rajoitetun ajan hoitoa. Pitkäaikainen asuminen on sosiaalista asumista, joka on samanlaista kaikille heikossa asemassa oleville ryhmille.

Mielenterveyskuntoutujien asuntojen ominaisuuksista ei myöskään ole olemassa erillisiä määräyksiä. Kaikkiin asuntoihin sovelletaan samoja asumismääräyksiä, jotka perustuvat alun perin vuodelta 1945 peräisin olevaan ja myöhemmin päivitettyyn asumisparannuslakiin (*housing improvement Act § 4*). Lain mukaan jokaisessa asunnossa on oltava riittävän kokoinen olohuone (*an adequate room used as a living room*), keittiö tai minikeittiö (*kitchenette*), makuuhuone, kylpyhuone ja wc. Jos talossa asuu vähintään kaksi henkilöä, siellä on oltava riittävästi tilaa vaatehuoltoon. Yhden huoneen pinta-alan on oltava vähintään 9 neliötä, tai jos uusi talo rakennetaan, niin pinta-alan on oltava vähintään 14 neliötä.

Asumisparannuslain mukaan olohuoneissa on myös oltava hyväksytty lämmitys. Jokaisen keittiön tai minikeittiön on oltava leveydeltään vähintään 1,5 metriä ja pinta-alaltaan 4 neliötä. Jokaisen makuuhuoneen on oltava leveydeltään vähintään 1,8 metriä. Makuuhuoneissa ei saa olla ruoanvalmistuslaitteita.

Uudessa-Seelannissa mielenterveyskuntoutujien tyypilliset asumismuodot ovat omistusasunto, vuokra-asunto ja tuettu asuminen (*supported housing*). Tuettu asuminen on yleinen termi, joka viittaa erilaisiin majoitustiloihin, joihin kuuluu tukea. Tällaisia ovat asumisyksiköt tai asunnot (*units or apartments*), hostellit ja ryhmäkodit. Uudessa-Seelannissa on 180 tuetun asumisen paikkaa (*supported housing places*) 250 000 asukasta kohden. Tämä vastaa keskimääräistä tuetun asumisen paikkamäärää verrattuna muihin länsimaihin. Uudessa-Seelannissa noin 3 %:lla väestöstä on vakava hoitoa vaativa mielenterveysongelma.

Uuden-Seelannin mielenterveyspalveluissa arjen tuessa työskentelee hyvin erilaisen koulutuksen saaneita ammattilaisia. Kotiin vietävässä arjen tuessa keskeisiä ovat ns. avaintyöntekijät (*case managers or key workers*), jotka ovat usein mielenterveyshoitajia tai sosiaalityöntekijöitä. He koordinoivat mielenterveyskuntoutujien hoitoa ja ovat heidän tärkein yhteishenkilönsä. He myös tukevat mielenterveyskuntoutujia yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisessa ja toipumisessa. Konkreettista arjen tukea antavat myös tukityöntekijät (*support workers*), jotka tukevat mielenterveyskuntoutujia ottamaan aktiivisen roolin elämässään ja kuntoutumisprosessissaan. Tukityöntekijät myös kuuntelevat, neuvovat ja antavat käytännön apua arkeen mielenterveyskuntoutujan omassa yhteisössä. Myös vertaistyöntekijät kulkevat mielenterveyskuntoutujan rinnalla arjen tilanteissa. Vertaistyöntekijöillä on omakohtaista kokemusta mielenterveyskuntoutumisesta, ja heidät on koulutettu tukemaan mielenterveyskuntoutujia vertaisnäkökulmasta.

Mielenterveyskuntoutujien arjen tuessa maori-kulttuurin työntekijät (*maori cultural workers*) antavat neuvontaa ja ohjausta sekä tukevat maori-kulttuuria edustavia mielenterveyskuntoutujia heidän arkielämässään. Tyynenmeren kulttuurien työntekijät (*pacific cultural workers*) auttavat valtavirrasta poikkeavaan kulttuuriin kuuluvia ihmisiä saamaan heidän kulttuuriaan kunnioittavia palveluja (*culturally respectful services*). Mielisairaanhoitajat antavat hoitoa ja kliinistä tukea sekä yhteisöissä että sairaalahoidossa. Toimintaterapeutit auttavat mielenterveyskuntoutujia saamaan takaisin sairauden myötä menetettyjä kykyjä. He myös auttavat heitä kehittämään uusia elämäntapoja.

Kuluttajaneuvojat neuvovat mielenterveyskuntoutujia siinä, kuinka päästä erilaisiin palveluihin ja millaisia eri toipumista auttavia palveluja on saatavilla. Aluetarkastajat (*district inspectors*) ovat lakimiehiä, joiden tehtävänä on huolehtia mielenterveyskuntoutujien laillisista oikeuksista. He antavat lakineuvontaa, käsittelevät valituksia ja järjestävät mielenterveyskuntoutujille asianajajia. Valtuutetut virkamiehet (*Duly authorised officers, DAOs*) ovat terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on mielenterveyslain (*Mental Health Act*) mukaan erityisiä velvollisuuksia, kuten pakollisten hoitoon liittyvien arviointien tekemistä. Perheneuvojat (*family advisors*) neuvovat sekä perheitä että palveluntarjoajia siinä, kuinka työskennellä yhdessä mielenterveyskuntoutujien perheiden kanssa.

Kliiniset psykologit arvioivat psyykkisten ongelmien tason ja auttavat ihmisiä kehittämään henkilökohtaisia toipumisstrategioita. Psykiatrit diagnosoivat, määräävät lääkkeitä ja valvovat kliinistä hoitoa. Jotkut heistä voivat tarjota myös psykoterapiaa. Vastuulliset lääkärit (*responsible clinicians*) ovat yleensä psykiatreja (*psychiatrists*) ja vastaavat hoidosta, pakollisista hoitoon liittyvistä arvioinneista ja mielenterveyslain mukaisesta hoidosta. Sosiaalityöntekijät huolehtivat ihmisten sosiaalista ja käytännön tarpeista, kuten perheiden tukemisesta, sosiaalietuuksista ja työpaikoista.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa ja arjen tuessa keskeisiä ovat myös 1) lyhytaikainen tuki kotiin mielenterveyskuntoutujan tarpeiden mukaan, 2) turvatalo, jossa kriisipalvelu on vaihtoehtona sairaalaan menolle, 3) puhelintuki, jossa mielenterveyskuntoutuja voi saada vertaistukea heti sitä tarvitessaan, 4) liikkuvat palvelut, jossa tiimi reagoi mielenterveyskuntoutujan akuuttiin kriisiin, 5) siirtymäkauden asunto, jossa mielenterveyskuntoutuja voi toipua kriisistä ja kehittää taitoja, joita tarvitaan yhteisössä selviytymiseen sekä 6) kokemusasiantuntijat, jotka toimivat ikään kuin mentoreina ja jakavat kokemuksiaan mielenterveyskuntoutujan kanssa.

Järjestö yhteisöpohjaisten asumispalvelujen tuottajana

Pathways-järjestö on Uuden-Seelannin johtava kansallisten yhteisöpohjaisten mielenterveyspalvelujen tuottaja. Se on hyvä esimerkki siitä, millaisia mielenterveys- ja asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille on tarjolla. *Pathways* on toiminut eri puolilla Uutta-Seelantia jo 23 vuoden ajan. Järjestö tarjoaa laajan valikoiman tukipalveluja asumiseen, käytännön arkeen, työllisyyteen ja hyvinvointiin. *Pathwaysin* periaatteisiin kuuluu jatkuvan palautteen kerääminen palveluista mielenterveyskuntoutujilta, heidän läheisiltään ja työntekijöiltä. Tältä pohjalta järjestö kehittää yhteisöpohjaisia ratkaisuja, joihin kuuluvat muun muassa vertaistukipalvelut. Mielenterveyskuntoutajat korostavat palautteessaan usein yksinkertaisia perusasioita. He toivovat hyvää asumistasoa, kunnon työtä, käytännön tukea arkeen sekä uskon valamista siihen, että heillä on mahdollisuus toipua.

Pathways-järjestön asumisen tuen palveluihin kuuluvat mobiilitukipalvelut, vertaistukipalvelut, hengähdystauko vaihtoehdot (*respite options*), asumispohjaiset tukiratkaisut (*residential-based support solutions*) sekä vaihtoehtoiset akuutin avun palvelut (*alternatives to acute admission*). Mobiilitukipalvelut tarjoavat joustavan tuki- ja palvelumahdollisuuden, joka auttaa ihmisiä elämään itsenäisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että kontakti tukihenkilöön vaihtelee yksilöllisten tarpeiden mukaan. Jotkut ihmiset käyttävät mobiiliyhteisötukea vain kerran viikossa. Toiset käyttävät laajennettua mobiilitukea, kun he tarvitsevat tavallista enemmän tukea, jopa useamman kerran päivässä esimerkiksi silloin, kun palaavat kotiin sairaalasta. Mobiilitukipalvelujen työntekijät toimivat kiinteässä yhteistyössä yhteisön sosiaalisen verkoston kanssa ja he edistävät mielenterveyskuntoutujien yhteisöön osallistumista. *Pathwaysin* laajennettu mobiilituki on myös vaihtoehto sille, että mielenterveyskuntoutujan pitäisi asua hoitokodissa, jossa henkilökunta olisi paikalla 24 tuntia vuorokaudessa. Myös asiantuntijahaastateltava korosti mobiilitukipalvelun roolia hyvänä tukimuotona. Hänen mukaansa sillä voidaan joissain tilanteissa lisätä ratkaisevasti esimerkiksi asiakkaan turvallisuudentunnetta.

Vertaistukihenkilöillä on ainutlaatuinen näkemys ja ymmärrys siitä, kuinka mielenterveyskuntoutajat voivat käyttää palveluja, sillä vertaistukihenkilöillä on oma-kohtaista kokemusta mielenterveyspalvelujen käytöstä. Vertaistukihenkilöt ovat saaneet erikoiskoulutuksen siihen, kuinka he voivat tukea mielenterveyskuntoutujia toipumisessa. *Pathways* on ensimmäinen yhteisöpohjaisia vertaistukipalveluja järjestävä organisaatio Uudessa-Seelannissa. Hengähdystauko –palvelu tarjoaa lepoa asuinympäristössä, jonne mielenterveyskuntoutajat voivat mennä silloin, kun he kamppailevat ongelmien kanssa kotonaan. Hengähdystaukoasunnoissa tai -asumisyksiköissä ihmiset voivat levätä ja keskittyä vain omaan hyvinvointiinsa. Hengähdystauko vaihtoehtoja on monia sen mukaan, mikä on mielenterveyskuntoutujien tarve: Suunnitellut hengähdystauot (*planned respite*) on tarkoitettu niille mielenterveyskuntoutujille, jotka tarvitsevat aikalisän ikään kuin akkujen lataamiseen ja arjen toiminnoista kiinnisaamiseen. Kriisihengähdystauot (*crisis respite*) on tarkoitettu niille, jotka kokevat yllättävä tilanteen tai trauman. Sairaalasta siirtymistilanteissa joillekin mielenterveyskuntoutujille voi olla parempi viettää vähän aikaa hengähdystaukoasunnossa ennen siirtymistä suoraan omaan kotiin.

Monille mielenterveyskuntoutujille asumispohjaiset tukiratkaisut ovat tärkeä askel kohti itsenäistä elämää. *Pathwaysin* asumispalvelut ovat enimmäkseen ryhmämuotoisia. Jokaisella mielenterveyskuntoutujalla on oma avaintyöntekijä, jonka kanssa tehdään toimintasuunnitelma. Asumisen tukeen kuuluu auttaminen yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisessa sekä käytännön elämässä tukeminen, kuten auttaminen ostoksilla käymisessä, ruoanlaitossa ja kotitöissä. Asumisen tukeen kuuluu myös

työllisyys- ja koulutusasioissa auttaminen, raha-asioissa neuvominen sekä lääkkeiden käytöstä huolehtiminen. Mielenterveyskuntoutujaa autetaan myös yhteisön palvelujen ja ryhmiin pääsemisessä sekä terveiden elämäntapojen vaalimisessa, kuten tupakoinnin vähentämisessä. Asumisen tuki vaihtelee yksilöllisten tarpeiden mukaan. Joissakin tilanteissa henkilökunta voi olla paikalla 24 tuntia vuorokaudessa.

Vaihtoehtoisessa akuuttivassa *Pathways* tarjoaa monia eri mahdollisuuksia sille, että mielenterveyskuntoutujan täytyisi kriisitilanteessa välttämättä mennä sairaalaan – vaikkakin sairaala voi joskus olla paras vaihtoehto. *Pathwaysilla* on toipumistaloja vaihtoehtona sairaalahoidolle. Järjestö tekee myös yhteistyötä alueellisten sairaaloiden kanssa siten, että se tarjoaa intensiivistä kotihoitoa henkilön omaan kotiin vaihtoehtona sairaalassa ololle.

Pathwaysilla on myös muita asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille. Yksi tällainen on *Hamlin Road Farm*, jossa mielenterveyskuntoutujille on tarjolla maaseutuympäristö toipumista varten. *Hamlin Road Farmilla* mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus työskennellä enintään kuusi kuukautta ja saada samalla palkkatyökokemusta tulevaisuutta varten. Siellä voi myös opiskella ja saavuttaa sitä kautta kansallisen puutarhatalouden (*National Certificate in Horticulture*) tutkinnon. *Hamlin Road Farmilla* keskitytään kestäväan kehitykseen (*strong focus on sustainability*), siellä on muun muassa luomuviljelyä ja pieni lammastila.

Uudessa-Seelannissa kolmannen sektorin palvelut ovat keskeisessä asemassa mielenterveyskuntoutujien toipumisessa ja sosiaalisten verkostojen rakentamisessa. Uuden-Seelannin toimenpideohjelmien mukaan onnistuneiksi mielenterveyskuntoutujien palveluiksi katsotaan vahva kumppanuus kolmannen sektorin toimijoiden kanssa sekä hyvät yhteydet olemassa oleviin palveluihin, kuten erikoissairaanhoidon ja erilaisiin yhteisöihin.

9 Yhteenveto ja johtopäätökset

9.1

Kansainväliset kehitysuuntaukset

Mielenterveyskuntoutujien asumisessa ja siitä käytävässä yhteiskunnallisessa keskustelussa on tiettyjä kansainvälisesti yhteneviä piirteitä, jotka näkyvät myös tässä selvityksessä tarkastelluissa seitsemässä maassa. Psykiatrisen hoidon historiaan kiinteästi liittyvässä asumiskysymyksessä on erotettavissa selkeitä vaiheita. Ensimmäinen vaihe on laitosvaihe. Tuolloin psykiatriset potilaat ja muut yhteiskunnassa ja perheissä hankalasti hoidettavat ihmisryhmät eristettiin mielisairaaloihin. Taustalla oli myös poikkeavuutta kohtaan tunnettu häpeä ja tietämättömyys. Kyse oli enemmänkin muun yhteisön suojelemisesta kuin heikossa asemassa olevien ihmisryhmien suojelemisesta ja tarvittavan hoidon antamisesta. Laitos oli mielenterveyskuntoutujille yleensä elinikäinen asumispaikka. Sieltä ei juuri ollut mahdollisuutta päästä takaisin yhteiskuntaan, jos sinne oli kerran otettu sisään. Aina 1960-luvulle asti mielenterveysongelmaisten pääasiallinen hoito ja käytännössä myös asuminen keskittyivät kaikissa läntisissä maissa psykiatrisiin sairaaloihin, jotka olivat hyvin samantyyppisiä eri maissa.

1950–1960-luvuilla alkoi henkisen ilmapiirin muutos, joka liittyi laajempiin yhteiskuntien kehitysvaiheisiin. Vapautuminen ulottui erilaisille elämänalueille ja alettiin tiedostaa heikompien ihmisryhmien oikeuksia. Psykiatristen potilaiden elämän muutos konkretisoitui Italiassa, jossa alkoi 1970-luvulla monissa maissa esimerkkinä pidetty psykiatrisen hoidon reformi. Jonkinasteinen reformi käytiin läpi kaikissa läntisissä maissa eripituisina prosesseina, jotka kaikki tähtäsivät deinstitutionaalisointiin.⁷⁵ Monissa maissa mielisairaala- ja hoitopaikat vähenivät rajusti. Italiassa valtion mielisairaalat lakkautettiin kokonaan, mutta yksityisiä mielisairaaloita jäi toimimaan. Tässä toisessa vaiheessa alkoivat kansainvälisesti yleistyä suuret hoito-orientoituneet asumisyksiköt, joita perustettiin mielisairaaloiden entisille potilaille. Niissä asumisen oli tarkoitus olla tilapäistä ja johtaa portaittain vapaampiin ja itsenäisempiin hoito- ja asumismuotoihin. Aiemmin mielisairaaloissa asuneille ja vaikeimmin mielenterveydeltään sairaille nämä laitokset edustivat kuitenkin yleensä pysyvää kotia. Tämä hoitokotityyppinen asumismuoto on edelleen toiminnassa monissa maissa. Asiantuntijat puhuvatkin uuslaitostumisesta. Tätä vaihetta ei kuitenkaan ollut kaikissa maissa. Esimerkiksi selvitykseen kuuluvista maista Ruotsissa ei juuri syntynyt suuria yksiköitä, kuten tapahtui esimerkiksi Italiassa ja Englannissa.

⁷⁵ Vuonna 2009 Euroopan komission asiantuntijaryhmä kehotti raportissaan kaikkia EU:n jäsenmaita sekä Turkia purkamaan laitoshoidon. Laitoshoidosta asumispalveluihin siirtymisen tulee koskea lapsia, vanhuksia, mielenterveyskuntoutujia sekä vammaisia henkilöitä. Laitoshoidon purkua perustellaan ihmisoikeuksien toteutumisen, ihmisen itsemääräämisen, elämänhallinnan ja osallisuuden näkökulmasta.

Mielenterveyskuntoutujien asumisen 1990-luvun alussa alkanut kolmas vaihe on vallalla edelleen. Se merkitsi muutosta kohti tuettua asumista ja pienikokoisia ratkaisuja. Tuettu asuminen (*supported housing*⁷⁶) on kansainvälisesti käytetty yleiskäsite, joka kattaa hyvin monenlaisia asumisratkaisuja. Käsite on enemmän tiettyä ajattelutapaa ja orientaatiota ilmentävä kuin hallinnollinen tai organisatorinen. Tämän suuntauksen perusajatus on se, että tilapäisten asumismuotojen ketjusta siirrytään asumisen pysyvyyteen. Käsite *supported housing* korostaakin enemmän asumista kuin hoitoa. Tarkoitus on, että mielenterveyskuntoutujalla on pysyvä koti, johon hän saa tarvitsemansa palvelut. Asumismuoto voi olla suomalaisten luokitusten mukaan palveluasumista tai tukiasumista. Kansainvälisesti ovat yleistyneet asumismallit, joissa kootaan asuntoja saman tuen piiriin. Ne voivat olla pieniä fyysisestikin tiiviisti toistensa yhteyteen sijoitettuja ryhmäasuntoja tai väljempiä yksittäisten asuntojen joukkoja, joita yhdistävät yhteiset palvelut ja usein mahdollisuus osallistua yhteisiin aktiviteetteihin.

Mielenterveyskuntoutujien asumiskysymykseen liittyy erilaisia ideologisia suuntauksia ja ajatusmalleja, joiden pohjalta asumista kehitetään. 1990-luvulla yleistynyt, Yhdysvalloista lähtöisin oleva käsite on *recovery*⁷⁷, jolle ei ole suoraa suomenkielistä vastinetta. Monissa yhteyksissä käytetään toipumisen käsitettä. Sen mukaan asumisen tulee tukea mielenterveyskuntoutujan elämänlaadun paranemista ja hänen kokeustaan itsenäisenä toimijana. Mielenterveyskuntoutuja on siten aktiivinen toimija palveluprosessissa ja ympäröivässä yhteisössä. Monissa maissa, kuten selvityksen maista esimerkiksi Tanskassa, on nykyisin erityisiä mielenterveyskuntoutujien toipumisohjelmia, joita toteutetaan asumispalvelujen asukkaiden keskuudessa. Tarkoituksena on mahdollistaa heidän itsenäinen asumisensa ja saada heidät integroitumaan yhteiskuntaan. Orientaatio on johtava mielenterveyskuntoutujien palveluiden tarjoamisen ohjenuora erityisesti Uudessa-Seelannissa, jossa maan hallitus määräsi sen vuonna 1998 mielenterveyskuntoutujien palvelujen järjestämisen perusperiaatteeksi. Selvityksessä mukana olevissa maissa käsite ja siihen nojaava asumispalvelujen työote tulee monin paikoin esiin. Suomessa itse käsitettä ei juuri käytetä, mutta samantyyppisiä mielenterveyskuntoutujien oman aktiivisuuden, elämänlaadun parantamisen ja osallisuuden arvoja tuodaan esiin asumispalveluista puhuttaessa. Myös Mieli 2009-suunnitelma korostaa asiakkaan asemaa ja osallisuutta palveluprosesseissa.

Suomessakin lähinnä asunnottomuuskeskustelun kautta tunnetuksi tullut periaate, jota alettiin toteuttaa pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa (PAAVO), on asunto ensin –periaate (*housing first*)⁷⁸, joka on myös lähtöisin Yhdysvalloista. Mielenterveyskuntoutujien asumiseen sovellettuna periaate merkitsee sitä, että mielenterveyskuntoutujalla tulee ensin olla asunto, jonka jälkeen tuki mukautetaan hänen tarpeisiinsa. Asunto on kaiken alku, ei palkinto, jonka mielenterveyskuntoutuja saa osoitettuaan erilaisissa asumisen muodoissa kykenevyyttä itsenäiseen asumiseen. Suomessa on keskusteltu myös siitä, että tällaisessa portaittaisessa mallissa palkinnosta muodostuukin pahimmillaan rangaistus, sillä muuttaminen saattaa aiheuttaa myös stressiä ja vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan elämänlaatuun negatiivisesti. Asunto ensin –periaate palvelee mielenterveyskuntoutujien asumiskysymyksessä samansuuntaisia tavoitteita kuin muut nykyiset ajattelutavat, kuten edellä mainittu *supported housing* ja *recovery*. Asumisen järjestämisen kannalta nämä kaikki orientaatiot merkitsevät sitä, että tulisi pyrkiä laitosmaisista yksiköistä ja asumisen portaittaisuudesta mahdollisimman tavalliseen mielenterveyskuntoutujien asumiseen. Mielenterveyskuntoutujalla tulee olla pysyvä koti riippumatta siitä, millainen hänen

⁷⁶ Ks. Pleace, Nicholas & Wallace, Alison (2011) Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: A Review The Centre of Housing Policy. The University of York.

⁷⁷ Schrank, Beate & Slade, Mike 2007. Recovery in psychiatry. The Psychiatrist (2007) 31. P 321–325.

⁷⁸ Pleace, N.(2011).Exploring the Potential of the 'Housing First' model. In Houard, N. (Ed.), Social Housing Across Europe (pp. 177-186).

mielenterveytensä tila ja avun tarpeensa on. Palvelut muuttavat tarpeiden mukaan, ei kuntoutuja.

Tämä suuntaus on yleinen kaikissa selvityksessä mukana olevissa maissa ja tutkimuskirjallisuuden mukaan yleisestikin kansainvälisellä tasolla. Eri asia on, kuinka hyvin tämä periaate toteutuu käytännössä. Esimerkiksi voidaan ottaa Italia, jossa ajatus on tiedostettu ja tarve *housing first* –periaatteen mukaisiin asumisratkaisuihin on suuri. Koko asumispalvelujärjestelmä on kuitenkin syntynyt portaittaisen mallin mukaiseksi ja pulaa on asumislähtökohdista rakennettavista ratkaisuista. Kokeiluja on eri puolilla maata, mutta ne kamppailevat rahoituksen saamiseksi. Mielenterveyskuntoutujien itsenäisemmän asumisen toteutuksessa ollaankin maittain eri vaiheissa ja joissain maissa läpikäyty kehityskulku ja jo vakiintuneet rakenteet ovat hidastaneet muutosta. Kevyempiä ja joustavampia, mielenterveyskuntoutujan mahdollisimman tavallisesta asumisesta lähteviä, rakenteita löytyy esimerkiksi Pohjoismaista ja Hollannista.

Monissa maissa myös vakavasti ja pitkäaikaisesti mielenterveydeltään sairaille on suunniteltu asunto ensin –ajatteluun perustuvia asumismuotoja. Tämä edellyttää arjen tukea, joka merkitsee tukemista itsenäisessä asumisessa ja asunnon säilyttämisessä. Tukea voidaan antaa muun muassa asunnon siisteyden ylläpidossa, maksuista huolehtimisessa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja ruokahuoltoon liittyvissä asioissa. Monesti arjen tuki on myös palveluohjaustyypistä ohjausta asiointissa viranomaisten kanssa ja palvelujen hankkimisessa. Tuki voi ulottua siten asunnon ulkopuolelle ja käsittää lisäksi naapurussuhteista huolen pitämisen ja yhteydet sukulaisiin ja sosiaalisiin ympäristöihin. Vaikka asumisratkaisu asumisrakenteena on kevyt, sen vaatima palvelujen ja tuen kokonaisuus ei välttämättä ole kevyt silloin, kun mielenterveyskuntoutujalla on monia tuen tarpeita.

Mielenterveyskuntoutajat, jotka tarvitsevat avohoidon palveluja ja joilla on esimerkiksi pysyvä lääkitys, eivät aina voi asua itsenäisesti ilman eri sektoreiden toimijoiden yhteistyötä ja tukea, jossa yhdistyvät arjen tuki asumisessa ja terveydenhuollollinen tuki. Jälkimmäinen tarkoittaa sitä, että kotiin tuleva tuki sisältää huolenpidon esimerkiksi lääkkeiden oston ja asiantuntemuksen asukkaan mielenterveyden mahdollisista muutoksista ja siihen liittyvistä akuuteistakin avun tarpeista. Selvityksessä mukana olleissa maissa yksi palvelujärjestelmän keino vastata näihin tarpeisiin on sosiaalipsykiatria, jossa joko tiimityössä tai yksittäisten työntekijöiden koulutuksessa yhdistyvät nämä erilaiset osaamisen alueet ja valmiudet reagoida itsenäisesti asuvan mielenterveyskuntoutujan tilanteen muutoksiin. Ratkaisuilla on pyritty mahdollistamaan myös vakavasti mielenterveydeltään sairaiden henkilöiden asuminen tavallisessa asunnossa. Tällainen lähestymistapa on vallitseva muun muassa Ruotsissa, Tanskassa ja Hollannissa, joissa on sosiaalipsykiatrinen työote. Esimerkiksi Australiassa tämä toteutuu valtion tukemien ohjelmien kautta, joissa on vahva moniammatillisuuden ja tiimityöskentelyn sekä liikkuvien palvelujen käytäntö.

Suomessa kotiin vietävät palvelut ovat vaikeammin saatavissa kuin monissa maissa, joissa palvelupaketit on suunniteltu asiakaskohtaisesti ja tukea myös tavalliseen asuntoon on saatavissa vuorokauden ympäri. Erona on myös se, että Suomessa tuki on hallinnollisesti jaettu arjen tuen palveluihin ja kotihoitoon. Hoidon eriyttäminen arjen tuen palveluista asumisessa ei ole yleinen käytäntö, vaan mielenterveyskuntoutujien kohdalla korostetaan näiden yhdistämistä ja tiivistä yhteistyötä, jolloin kaiken keskuksena on asiakas ja hänen kokonaistilanteensa.

Yhteenvedo selvityksen kohteena olevista maista

Italian asumispalvelujärjestelmä on valtion toimintaa ja se kuuluu psykiatriseen hoitojärjestelmään. Koko järjestelmä näyttäytyykin ensisijaisesti hoidon ja kuntoutuksen kautta ja siitä on vaikea erottaa asumista omana kysymyksenään. Mielenterveyskuntoutujien hoito ja asuminen on organisoitu alueittain julkisen terveydenhuollon osana toimivan mielenterveyshoidon organisaatioiden pohjalle. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut sekä niiden valvonta ja kehittäminen, ovat terveydenhuollon ja psykiatrien ammattikunnan vastuulla. Kuvaavaa on myös, että asumispalveluissa asuvia kutsutaan yleensä potilaiksi (*paziente*). Tämä näkyy myös keskeisissä valtion rahoittamissa tieteellisissä tutkimuksissa, joissa asuminen ei omana asianaan juuri tule esiin. Italian järjestelmä perustuu yhteisöpsykiatriaan. Lähtökohtana on, että hoitoa ja tukea tarvitsevat mielenterveyskuntoutujat elävät omassa lähiyhteisössään paikallisten mielenterveyskeskusten tuottaman avohoidon tuella.

Myös asumispalvelujärjestelmästä puhutaan Italiassa usein akselilla suljettu – avoin viitaten siihen, miten rajoittava ja intensiivistä hoitoa antava asumisyksikkö on. Asumisratkaisut vaihtelevat maan sisällä, sillä alueilla on ollut vapaat kädet luoda hoitojärjestelmä ja siihen kuuluva asumisyhteisöhoito. Pohjois-Italiassa on kehityksen painopiste ollut pitkälti yhteisöpsykiatrisen julkisen mielenterveyshoidon ja erilaisten kuntouttavien yksiköiden ja osuuskuntatyyppisten asumisyksiköiden luomisessa. Sen sijaan etelässä on enemmän laitoshoidoa, pakkohoidoa ja yksityistä hoitoa, jopa yksityisiä mielisairaaloita. Etelässä perheiden hoitovastuu on myös suuri verrattuna pohjoiseen. Koko maan tasolla portaittain, erilaisten kuntouttavien asumisyksiköiden ketju ei asiantuntijoiden mukaan toimi, sillä asumisyksiot ovat liian samankaltaisia ympärivuorokautisesti tuettuja yksiköitä. Itsenäisemmän asumisen ratkaisuja ollaan Italiassa vasta innovoimassa ja eri puolille maata on syntynyt ryhmäasumistyyppistä palvelua. Niiden perusajatus on se, että mielenterveyskuntoutujat asuvat asunnoissa, ei pienissä laitoksissa, joiksi monet asumisyksiköt ovat alkaneet muodostua. Ajatuksena on myös, että asuminen on pysyvää, eikä kuntoutujien tarvitse muuttaa asumisyksiköistä pois muutoin kuin siirtyessään tavalliseen asuntoon tai perheensä pariin. Palvelut ja tuki tulevat asuntoihin edelleen julkiselta terveydenhuollolta alueellisista mielenterveyskeskuksista. Kuntoutus on keskeinen toimintaperiaate myös näissä uusissa, jo selkeämmin asumiseen perustuvissa ratkaisuisissa.

Ruotsissa vastuu mielenterveyskuntoutujien asunnoista ja asumispalveluista on siirretty kuntien sosiaalitoimen vastuulle. Hoidosta vastaavat maakäräjät. Järjestelmä on moniportainen ja sektoroitunut, mikä edellyttää vahvaa paikallistason yhteistyötä. Mielenterveyskuntoutujien asuminen on vahvasti säädeltyä ja se määräytyy vammaispalvelulain ja sosiaalipalvelulain pohjalta. Myös käytetty käsitteistö on muotoutunut sen mukaisesti, että mielenterveysongelmat käsitetään yhtenä toimintakyvyn rajoitteena fyysisten rajoitteiden rinnalla. Lainsäädäntö määrittelee tarkasti, millaisia asumisen muotoja voidaan tarjota ja kenelle. Lähtökohta on se, että mielenterveyskuntoutujien asuntojen pitää olla täysimääräisiä huoneistoja (*fullvärdiga*), ei pelkkiä wc:llä varustettuja huoneita, joihin liittyy yhteisiä tiloja. Mielenterveyskuntoutujien asumiselle tulee asettaa samat kriteerit kuin muidenkin henkilöiden asumiselle. Myös laitosleimaa ja erityisasumisen keskittymää tulee välttää asumisratkaisuisissa.

Ruotsiin ei juuri ole kehittynyt suuria hoitokotityyppisiä asumispalveluja, vaan asuminen perustuu pienimuotoiseen palvelu- ja ryhmäasumiseen. Tyypillistä on, että palveluiden avulla eri tavoin toisiinsa kytketyt asunnot muodostavat asuinyksikön. Mielenterveyskuntoutujilla on saatavilla tuki, mutta osallistuminen muiden kanssa yhteisiin toimintoihin ja aktiviteetteihin on yleensä vapaaehtoista. Asiantuntijoiden mukaan pula on ryhmä- ja palveluasumista vielä itsenäisemmän tukiasumisen muo-

doista. Toisaalta on myös pulaa ympärivuorokauden tuetusta asumisesta etenkin isoissa kaupungeissa, joista paljon tukea tarvitsevat joutuvat usein muuttamaan muualle saadakseen riittävästi tuetun asumismuodon. Mielenterveyskuntoutujien asumista tukevat palvelut on Ruotsissa organisoitu sosiaalipalvelujen sisällä sosiaalipsykiatrian toimialalle. Sosiaalipsykiatria käsittää kaikkien heikommassa asemassa olevien ryhmien tukipalvelut ja niissä yhdistyy kuntouttava ja aktivoiva työote sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorien asiakaskohtainen yhteistoiminta. Mielenterveyskuntoutujille suunnitellaan kunkin tarvitsema tuen kokonaisuus ja heitä pyritään tukemaan itsenäisyyteen asumisessa ja integroitumaan yhteiskuntaan.

Tanskassa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ja heidän tukemisensa on kuntien vastuulla kuten Ruotsissakin, ja tuen järjestäminen on organisoitu sosiaalipsykiatrian toimialueelle. Kuntien vastuulla oleviin sosiaalipalvelulain mukaisiin sosiaalipsykiatriisiin palveluihin kuuluvat muun muassa asumispalvelut, asumisen tuki- ja yhteyshenkilöpalvelut, päivätoiminta ja työllisyyspalvelut. Asumispalveluihin on saatavissa päivittäistä tukea, osassa tuki on ympärivuorokautista. Tarjottavan tuen tarkoitus on, että mielenterveyskuntoutujat selviytyvät arkielämässään. Sosiaalipsykiatrinen toiminta perustuu toipumisen käsitteeseen. Tanskassa sosiaalipsykiatrialla on tärkeä rooli mielenterveyskuntoutujien enemmistölle, joka asuu tavallisissa asunnoissa. Nämä voivat olla esimerkiksi tavallisia vuokra-asuntoja tai tukiasuntoja.

Keskeisintä mielenterveyskuntoutujille tarjottavassa tuessa on se, että tuki on saatavana lähipalveluna omassa yhteisössä omaan kotiin. Ensisijainen kontaktihenkilö on kunnan mielenterveyspalvelujen sosiaaliohjaaja, joka käy säännöllisesti mielenterveyskuntoutujan kotona. Tavoitteena on auttaa ja tukea mielenterveyskuntoutujaa käytännön arkielämän asioiden hoitamisessa, kuten ruokailusta huolehtimisessa, siivouksessa ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa. Sosiaaliohjaajat auttavat myös päivärytmin ja sosiaalisten kontaktien ylläpitämisessä sekä motivoivat mielenterveyskuntoutujaa osallistumaan erilaisiin toimintoihin. Lisäksi sosiaaliohjaajat auttavat erilaisten palvelujen saamisessa ja he voivat olla asiakkaan tukena kodin ulkopuolella esimerkiksi viranomaistapaamisissa. Akuuteissa tilanteissa voi apua saada kotiin akuuttitiimiltä ympäri vuorokauden.

Hollannissa vastuu mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista on valtiolla, jolle kuuluu lainsäädäntö ja rahoitus. Asumispalveluja tuottavat pääosin samat toimijat, jotka tarjoavat mielenterveyspalveluja yleensä, eli yritykset, yhdistykset ja säätiöt sekä kunnat valtiolta ja sairausvakuutuksista tulevan rahoituksen turvin. Asumispalveluja tarjoavat sekä asumispalveluihin erikoistuneet mielenterveysalan organisaatiot että useiden mielenterveyspalveluiden tuottajien yhdistymisen kautta 1990- ja 2000 -luvulla syntyneet isot alueelliset mielenterveyspalveluiden tuottajat. Nämä tarjoavat mielenterveyspalveluiden koko valikoiman sairaalahoidosta ja erikoissairaanhoidon avopalveluista palveluasumiseen ja itsenäisen asumisen tukeen. Kuntien vastuunotto mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista vaihtelee, mutta yleensä kuntien osuus ei ole ollut kovin suuri. Kuntien vastuu on kuitenkin yleisesti lisääntymässä, kun vakuutusrahoitteisia palveluja siirretään kuntien budjetista maksettaviksi. Tapahtumassa on samansuuntainen muutos, joka vanhusten asumispalveluiden osalta toteutui jo aikaisemmin. Eri toimijoiden yhteistyö on kaikkialla avainasemassa, mutta erityisen tärkeää se on Hollannissa, jossa valtio tarjoaa puitteet (säädökset, rahoitus, valvonta) ja toteutus on useamman itsenäisen toimijan (kunta, mielenterveyspalvelujen tuottajat, vakuutusyhtiöt ja asunto-organisaatiot) tahdon, osaamisen ja aktiivisuuden varassa.

Deinstitutionalisaatio on Hollannissa tapahtunut hitaammin kuin Pohjoismaissa ja Englannissa. Laitospaikkojen määrä ei ole 2000-luvulla vähentynyt, mutta 1990-luvulta lähtien on paikkojen määrä ns. pienimittakaavaisissa asumispalveluyksiköissä (*kleinschalig wonen*) koko ajan kasvanut. Mielenterveyskuntoutujille on asumispalveluina tarjolla palveluasuntoja ryhmäkodeissa ja palvelutaloissa sekä tuettua itsenäistä

asumista. Tarkkaa lukua ei ole, mutta suurin osa kaikista asumispalvelun asiakkaina olevista mielenterveyskuntoutujista asuu itsenäisesti tuettuina eikä ryhmäkoteissa tai palvelutaloissa. Yleisten rakennusmääräysten lisäksi on laatuvaatimuksia, jotka koskevat erityissairauskuluvaluutuksesta kustannettavia mielenterveyskuntoutujille ja muille erityisryhmille tarkoitettuja asumispalveluja. Niissä asuinhuoneiden ja –huoneistojen tilavaatimukset ovat korkeammat kuin yleiset vähimmäisvaatimukset. Yhä yleisemmin pidetään tavoitteena asumista täysimääräisessä asunnossa, mikä toteutuukin palvelutaloissa ja tukiasunnoissa. Sen sijaan on edelleen olemassa melko paljon ryhmäkoteja, joissa asukkailla on oma huone, mutta muut tilat ovat yhteiskäytössä. Palveluasumisyksiköt ovat useimmiten mielenterveysorganisaatioiden omistuksessa, mutta vuokra-asuntoja omistavilla asunto-organisaatioilla on merkittävä rooli täysimääräisten asuntojen tarjoajina palvelu- ja tukiasunnoiksi.

Englannissa mielenterveyspalveluihin kuuluvat asumispalvelut ovat kansallisesti pääosin verovaroista rahoitettua lakisääteistä palvelua, jota toteuttaa suurelta osin vuonna 1948 perustettu *National Health Service*. Rahoitusta ohjaa ja valvoo ministeriön terveydenhuollon osasto. NHS kattaa kaiken perustason mielenterveyshoidon, yhteisöllisen hoidon sekä erikoissairaanhoidon. Hoito sairaaloissa on osa erikoissairaanhoidon, jota toteuttaa NHS:n alaisuudessa 52 paikallista *National Service Trustia*. Lakisääteisiä mielenterveyspalveluja tarjoavat *Mental Health Trustien* lisäksi myös kolmannen sektorin organisaatiot. Englantilainen mielenterveyskuntoutujien palvelujen lähestymistapa perustuu toipumisohjelmiin, jotka sisältävät muun muassa tukihenkilökoulutusta, palvelujen arviointia ja leimaantumisen vähentämishoitoja.

Englannissa on kolmenlaisia asumisratkaisuja mielenterveyskuntoutujille. Hoitokodit tarjoavat henkilökunnan tukea 24 tuntia vuorokaudessa. Erilaisissa asumisyksiköissä ja tukiasunnoissa on työntekijöitä päiväaikaan. Liikkuvat ja etsivät palvelut tarkoittavat sitä, että henkilökunta käy mielenterveyskuntoutujien kotona tarvittaessa. Englannissa ei ole olemassa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevaa erityislainsäädäntöä. Mielenterveyskuntoutujien asunnoille ei ole myöskään asetettu mitään erityisiä kriteereitä, vaan rakentamismääräykset ovat samat kaikille asunnoille. Mielenterveyskuntoutujien asuntojen tulee olla samanlaisia täysimääräisiä (*self contained*) asuntoja kuin muidenkin asuntojen.

Oleellista englantilaiselle mielenterveyskuntoutujien asumiselle on *yhteisön tuki* monine verkostoineen sekä tiivis yhteys terveydenhuoltojärjestelmään ja sosiaalisen tuen tarjoajiin. Vuonna 1991 luodun kansallisen tukisuunnitelman mukaan mielenterveyskuntoutujalla tulee olla tukikoordinaattori, jonka tehtäviin kuuluu muun muassa huolehtia mielenterveyskuntoutujan asumistilanteesta. Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan puolella mielenterveyskuntoutujista oli henkilökohtainen tukikoordinaattori. Useimmat mielenterveyskuntoutujat saivat tukea henkilökohtaiseen hygieniaan, pukeutumiseen, ruoanlaittoon ja muihin päivittäisiin toimintoihin (kuten laskujen maksamiseen, rahankäyttöön, ostoksilla käymiseen). Mielenterveyskuntoutujien asumiseen on Englannissa tarjolla monenlaisia asunnon ulkopuolisia palveluja ja aktiviteetteja, kuten päiväkeskuksia sekä osallistumismahdollisuuksia useisiin erilaisiin hankkeisiin ja toimintoihin. Viimeisen viiden vuoden aikana mielenterveyspalvelujen kehitys Englannissa on korostanut sosiaalisen osallisuuden tavoitteita, kuten mahdollisuutta työn tekoon ja merkityksellisiin ihmissuhteisiin. Lisäksi mielenterveyspalvelut ja yhteisöjen tuki liitetään yhä enemmän yleisiin poliittisiin suunnitelmiin ja terveyden- sekä sosiaalihuollon uudistuksiin.

Englannin mielenterveyskuntoutujien palveluille ovat tyypillisiä erilaiset tiimit, jotka tarjoavat palveluja vuorokauden ympäri mielenterveyskuntoutujien koteihin ja toimivat yhteistyössä hätäkeskuksen, poliisin ja sairaaloiden kanssa. Viimeisen kymmenen vuoden aikana on kehitetty useita erilaisia kansallisia tiimejä, joita kutsutaan nimellä mielenterveyspalvelujen yhteisötiimit. Nämä tiimit palvelevat suurinta osaa niistä avohoidon asiakkaista, joilla on vakavia tai pitkittyneitä mielenterveys-

ongelmia. Kolmannen sektorin toimijoista yksi suuri organisaatio on *Framework*, joka tarjoaa lyhytaikaisen asumisen lisäksi myös tuettua asumista erilaisille heikossa asemassa oleville ihmisryhmille. Saatavilla on myös liikkuvaa tukea, mikä tarkoittaa ihmisten auttamista heidän omista kodeistaan. Painopiste on matalan kynnyksen käytännöllisessä ja sosiaalisessa tuessa, joka sisältää tuen myös työn löytämisessä ja sen säilyttämisessä.

Australiassa mielenterveyskuntoutujien asumisen kysymykset kuuluvat valtiolle (*Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, FaHCSIA*). Australia on liittovaltio ja palveluiden järjestämisen vastuuviranomaisia ovat osavaltiot. Tämän vastuuviranomaisen (*FaHCSIA*) kautta valtio tukee eri tavoin osavaltioiden mielenterveyskuntoutujien asumisen hyväksi tekemää työtä. Ensinnäkin valtio antaa asumistukea mielenterveyskuntoutujille. Toiseksi valtio tukee osavaltioita rahoittamalla useita erityyppisiä asumisen ja palveluiden ohjelmia, joissa kehitetään uusia, innovatiivisia ja usein yksilöllisiin suunnitelmiin perustuvia itsenäisen asumisen ratkaisumalleja. Valtion ja osavaltioiden välinen yhteistyö mielenterveyskuntoutujien asumisessa perustuu yhteiseen sopimukseen (*National Affordable Housing Agreement NAHA*).

Samoin kuin muissa selvityksen kohteena olevissa maissa, on Australiassa tehty mielenterveyskuntoutujien hoidon uudistus, jossa asuminen on erityisen keskeisellä sijalla. Viimeksi vuonna 2012 päivitetystä suunnitelmasta on otettu tavoitteeksi mm. pysyvän kodin ja tarvittavan tuen saattaminen jokaisen ulottuville sekä asunnottomuuden vähentäminen. Asunnottomuudella on todettu olevan selkeä yhteys mielenterveyden kysymyksiin, ja asunnottomuus on ollut merkittävä haaste maassa. Uudistuksen yhteydessä tehdyillä toimilla on todettu olevan ainakin seuraavia myönteisiä vaikutuksia: entistä useammalle mielenterveyskuntoutujalle on voitu tarjota pysyvää asumista, laitoshoidon on suhteellisesti hieman vähentynyt ja erityyppisten avopalveluiden ja järjestöpohjaisten asumispalveluratkaisujen määrä lisääntynyt.

Australiassa on mielenterveyskuntoutujille tarjolla tyypillisesti kahdenlaisia asumisratkaisuja tuottajatahosta riippuen. Valtio järjestää sairaalahoidon lisäksi asumispalveluja, jotka yleensä ovat verrattain suuria yksiköitä (vuonna 2010 keskimäärin 20 henkeä yksikköä kohden). Niissä asutaan yleensä omilla huoneilla, joissain tapauksissa jaetuissa huoneissa, keittiö- ja ruokailutilojen ollessa yhteisiä. Järjestöpohjaiset asumispalvelut ovat sitä vastoin usein pienempiä, keskimäärin noin 10 hengen yksiköitä. Näiden lisäksi varsinaiset itsenäisen asumisen mallit tulevat erilaisten ohjelmien kautta, joissa kehitetään räätälöityjä palveluja. Niissä ei sinänsä erotella asumista palveluista, vaan peruseriaate on tarjota ihmiselle hänen tarvitsemansa palvelut, jotka käsittävät sekä asumisen että elämiseen tarvittavan tuen, ns. arjen tuen. Australialle onkin ominaista monenlaiset ja erityyppiset ohjelmat, joissa kehitetään itsenäisen asumisen malleja. Vallitsevana ideologiana varsin monissa ohjelmissa on toipumisorientaatio (*recovery*), jossa ei lähdetä kuntouttamaan yksilöä ulkoapäin annettujen tavoitteiden pohjalta. Ensisijainen lähtökohta useissa ohjelmissa on mielenterveyskuntoutuja ja että palvelut sekä asuminen suunnitellaan yksilöllisesti (*person-centred support and services*). Palvelut määritellään nimenomaan yksilölle, eikä yksilö valitse palveluja valmiista, ennakkoon määritellyistä valikoimasta.

Uudessa-Seelannissa terveysministeriöllä on vastuu mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen rahoituksesta. Keskeisessä roolissa asumispalvelujen toteuttamisessa ovat erilaiset strategiset suositukset ja ohjelmat. Julkisesti rahoitettujen mielenterveyspalvelujen edellytetään noudattavan kansallista vuosille 2005–2015 laadittua mielenterveysstrategiaa, jossa eritellään palvelutuotannon tavoitteet ja periaatteet koko maassa. Strategian mukaisesti mielenterveyskuntoutujien asumista tulee tukea siten, että he voivat täysin osallistua yhteisön toimintoihin jokapäiväisessä elämässään. Vuonna 2012 julkaistu ns. *Blueprint II* on suunniteltu oppaaksi mielenterveyden alalle siten, että Uudessa-Seelannissa voitaisiin toteuttaa mahdollisimman kustannus-

tehokasta ja integroitua mielenterveyspalvelua. *Blueprint II* soveltaa Uuden-Seelannin kolmen tavoitteen mallia, jossa rinnakkaisia tavoitteita ovat: parempi hoito mielenterveyskuntoutujille, parempi terveys väestölle ja alemmat kustannukset kutakin asukasta kohden. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kannalta keskeistä on holistinen lähestymistapa, jossa asuminen kytketään koulutus- ja työllistymismahdollisuuksien lisäämiseen, sosiaaliseen osallistumiseen, perhesuhteiden ylläpitämiseen ja mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaisiin tarpeisiin.

Uudessa-Seelannissa ei ole lakia, joka määrittäisi mielenterveyskuntoutujien asumista, vaan erilaiset järjestöt voivat tuottaa asumispalveluja mm. edellä mainittujen mielenterveysstrategioiden mukaisesti. Tyypilliset mielenterveyskuntoutujien asumismuodot ovat omistusasunto, vuokra-asunto ja tuettu asuminen. Tuettu asuminen on yleinen termi, joka viittaa erilaisiin asumisratkaisuihin, joihin kuuluu tukea. Tällaisia ovat muun muassa hostellit ja ryhmäkodit.

Johtavaksi ohjenuoraksi Uuden-Seelannin mielenterveyspalvelujen suunnittelussa ja tuottamisessa on maan hallitus asettanut toipumisorientaation (*recovery*), jonka periaatteiden pohjalta myös asumispalvelut tulee suunnitella ja toteuttaa. Uuden-Seelannin mielenterveyspalvelujen järjestelmässä mielenterveyskuntoutujien arjen tukeen on saatavilla hyvin erilaisia tukihenkilöitä. Valikoimasta löytyy muun muassa mielenterveyshoitajan tai sosiaalityöntekijän koulutuksen saaneita niin sanottuja avaintyöntekijöitä, jotka koordinoivat mielenterveyskuntoutujien hoitoa, ovat heidän tärkein yhteishenkilönsä ja tukevat heitä yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisessa ja toipumisessa. Keskeisessä roolissa ovat myös ns. tukityöntekijät, jotka tukevat mielenterveyskuntoutujia ottamaan aktiivisen roolin toipumisessa, he myös kuuntelevat, neuvovat ja antavat käytännön apua arkeen mielenterveyskuntoutujan omassa yhteisössä. Mielenterveyskuntoutujia auttavat myös vertaistyöntekijät, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveyskuntoutumisesta, ja heidät on koulutettu auttamaan mielenterveyskuntoutujia vertaisnäkökulmasta.

Uudessa-Seelannissa on myös iso joukko muita palveluja, joita mielenterveyskuntoutajat voivat saada asumiseen tai arjen tukeen. Näistä keskeisiä ovat muun muassa myös lyhytaikainen kotiin tuotava tuki mielenterveyskuntoutujan tarpeiden mukaan. Myös turvatalo on usein kriisipalveluna vaihtoehtona sairaalaan menolle. Liikkuviissa palveluissa etsivä tiimi reagoi heti, kun mielenterveyskuntoutujalle tulee akuutti kriisi. Mielenterveyskuntoutujille on tarjolla myös niin sanottu siirtymäkauden asunto, jossa mielenterveyskuntoutuja voi toipua kriisistä ja kehittää taitoja, joita tarvitaan yhteisössä selviytymiseen. Lisäksi mielenterveyskuntoutajat voivat saada tukea kokemusasiantuntijoilta, jotka toimivat ikään kuin mentorin roolissa jakamalla kokemuksiaan mielenterveyskuntoutujan kanssa.

Yhteenveto asumispalvelujen järjestämisen peruspiirteistä ja laatuksiteereistä

Viereisessä taulukossa on esitetty kootusti eri maiden mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvien järjestelmien peruspiirteet, asumispalvelua ohjaavat periaatteet ja suurimmat haasteet.

Asiantuntijat totesivat, että mielenterveyskuntoutujien asumista koskevat samat määräykset kuin muutakin asumista. Vain muutamassa maassa asiantuntijat tiesivät olevan joitain erityismääräyksiä. Esimerkiksi Ruotsissa yleiset määräykset merkitsevät sitä, että yhden hengen asunnon minimikoko on 35–40 neliötä ja kahden hengen asunnon 55–60 neliötä riippumatta siitä, onko kyse erityisasumisesta. Asuntojen tulee siis olla melko tilavia. Vertailukohdaksi voidaan asettaa esimerkiksi Italian eräällä alueella paikallisesti luodut suositukset, joiden mukaan ryhmäasunnossa yhden hengen makuuhuoneen minimineliömäärä on 9 neliötä ja kahdenhengen huoneen 16 neliötä. Myös Hollannissa mielenterveyskuntoutujien asumista koskevat yleiset määräykset, mutta erityissairauskuluvaluusta kustannettavissa asumispalveluissa asuinhuoneiden ja -huoneistojen tilavaatimukset ovat korkeammat kuin yleiset vähimmäisvaatimukset.

Monissa maissa suositellaan, että asuntojen tulee olla täysimääräisiä, eli vastata tavallista huoneistoa. Näin on ainakin Ruotsissa, Tanskassa, Englannissa ja Hollannissa. Ruotsissa tämä on viety pisimmälle. Siellä mielenterveyskuntoutujan asunnon tulee olla täysimääräinen riippumatta siitä, onko se itsenäinen, erillään sijaitseva asunto, tai esimerkiksi palvelutaloon tai ryhmäasumisyksikköön kuuluva asunto. Asunnossa tulee olla minimissään samat tilat ja varusteet kuin missä tahansa tavallisessa yksiotä vastaavassa asunnossa. Ei ole olemassa mitään erityisiä perusteita, miksi mielenterveyskuntoutujien asuntoja suunniteltaessa henkilökohtaisia tiloja tai niiden varustusta voitaisiin korvata yhteisillä. Esimerkiksi Hollannissa ei kuitenkaan ole samanlaista sääntöä kuin Ruotsissa täysimääräisestä asunnosta kaikille. Suuntaus täysimääräisiä asuntoja kohti on olemassa ja se liittyy pyrkimykseen siirtyä ryhmäkoodista itsenäisempiin asumismuotoihin, joissa asunnot yleensä ovat tavallisia vuokra-asuntoja ja siten täysimääräisiä.

Kodinomaisuutta korostetaan myös monissa maissa. Ruotsissa laki määrää, että asunnon pitää olla yksityinen ja pysyvä koti eikä siihen saa muodostua laitosleimaa. Laitosleimaa ja eristämistä muusta yhteisöstä pyritään torjumaan monissa muissakin maissa erilaisin suosituksin. Italiassa laki kieltää eristämisen ja korostaa mielenterveyskuntoutujan osallisuutta lähiyhteisöön ja sen palveluihin. Yksi keino uuslaitostumisen estämiseksi Italiassa on lain määräys siitä, että asumisyksikön maksimi asukasmäärä saa olla 20 henkilöä. Italiassakin on kuitenkin paljon tämän ylittäviä yksiköitä ja laitosmaisia käytäntöjä. Myös muissa maissa on annettu suosituksia henkilömääräistä. Erityisesti ryhmäasuminen tulee pitää pienimuotoisena, jotta ryhmä voisi muodostua mielenterveyskuntoutujan tueksi. Ryhmäasunnon asukasmääräksi suositellaan yleensä 3–7 henkilöä. Ryhmäasunnot, kuten muutkin asumismuodot, käsitetään kuitenkin maittain eri tavoin. Joissain maissa ne ovat tiiviimpiä yksiköitä, joissa asukkailla on omat huoneet ja wc:t ja lisäksi ovat yhteiset tilat. Joissain maissa taas pidetään tärkeänä, että ryhmäasumisessa asunnot ovat erillisiä huoneistoja.

Taulukko 2. Asumisen järjestäminen mielenterveyskuntoutujille

Maa	vastuutaho järjestäjätaho	asumispalvelut laitoshoido	orientaatio/filosofia	ongelmat/ kehittämistarpeet
Italia	valtio/alueellinen psykiatrinen hoitojärjestelmä	<ul style="list-style-type: none"> • alueittain syntynyt terapeutiskuntouttavia yksiköitä ja sosiaalkuntouttavia yksiköitä • vain vähän ryhmä- ja tukiasuntoja • valtion mielisairaalat lakkautettu, yksityisiä laitoksia varsinkin Etelä-Italiassa 	<ul style="list-style-type: none"> • yhteisöpsykiatria, portaittaisuus, hoito ja kuntoutus ratkaisuissa mukana "potilaat" perheiden suuri hoitovastuu 	<p>jatkumo ei toimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • liikaa samanlaisia vahvasti tuettuja yksiköitä • uuslaitostuminen, • itsenäisen asumisen ratkaisuja tarvitaan
Ruotsi	kunnat/ sosiaalipalvelut/ sosiaalipsykiatria	<ul style="list-style-type: none"> • lainsäädännössä tarkasti määritellyt asumismuodot • ryhmä- ja palveluasunnot, tukiasuminen • laitoshoido vähentynyt pitkällä aikavälillä huomattavasti 	<ul style="list-style-type: none"> • tavalliset kodit, itsenäisen asuminen, leimaamisen välttäminen • rinnastetaan vammaisiin, • "henkilöt, joiden psyykinen toimintakyky on alentunut" 	<ul style="list-style-type: none"> • esim. Tukholmassa pulaa 24h tuotetuista yksiköistä • pulaa myös itsenäisemmän asumisen yksiköistä • yksityisten tuottajien markkinoille tulo: lisääntyneet valitukset
Tanska	kunnat/ sosiaalipalvelut/ sosiaalipsykiatria	<ul style="list-style-type: none"> • useita asumismuotoja: soluasunnot, hoitokodit, tukiasunnot, puolimatkan kodit, lyhytaikaiset kriisi-asunnot sekä ryhmämuotoiset asunnot • tuki saatavana omassa yhteisössä tavalliseen kotiin • liikkuvat palvelut, tiimit • laitospaikkojen määrä vähentynyt 	<ul style="list-style-type: none"> • sosiaalipsykiatrinen toiminta perustuu toipumisorientaatioon 	<ul style="list-style-type: none"> • ongelmana valtiollisen rahoituksen jakautuminen sekä kunnalliselle että terveydenhuollon sektorille
Hollanti	valtio, mutta kuntien vastuu kasvussa/ vakuutusyhtiöt, yritykset ja kolmas sektori • henkilökohtaiset budjetit, sosiaalivakuutus	<ul style="list-style-type: none"> • palveluasuntoja ja tuettua itsenäistä asumista • paljon erilaisia vaihtoehtoja • laitospaikkojen suuri määrä 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan valinnan vapaus • "vakavista mielenterveysongelmista kärsivät" • eri toimijoiden yhteistyö ja yhteisvastuu paikallistasolla 	<ul style="list-style-type: none"> • asuntoja tarvitaan lisää • avopalveluiden ja arjen tuen rahoituksen turvaaminen itsenäisesti asuville
Australia	liittovaltio tukee osavaltioita, joilla järjestämisvastuu • järjestöt tuottavat suuren osan palveluista • valtion tukemat ohjelmat	<ul style="list-style-type: none"> • sekä isompia valtion asumispalveluyksiköitä että pienempiä yksityisten tarjoamia asumispalveluja, • erilaiset ohjelmat tuoneet lisää tarjontaa, • uudet "kevyemmät" mallit ohjelmien kautta • laitoshoidon väheneminen 	<ul style="list-style-type: none"> • recovery-orientaatio, yksilöiden oikeudet, • "people with mental illness", vähemmistöt, asunnottomat 	<ul style="list-style-type: none"> • pula edullisista vuokra-asunnoista vaikeuttaa tilannetta
Englanti	valtio ohjelmien rahoittamisen kautta/ järjestöt	<ul style="list-style-type: none"> • hoitokodit, tukiasunnot ja liikkuvat palvelut • oleellista yhteisöjen ja yhteisötiimien tuki • laitospaikkojen määrä laskeutunut ja laskee edelleen 	<p>toipumis-orientaatio</p> <ul style="list-style-type: none"> • "people with mental illness" 	<ul style="list-style-type: none"> • taloudellisen taantumun vuoksi leikkauksia asumispalveluissa. • monia palveluja jouduttu vähentämään
Uusi-Seelanti	valtio ohjelmien rahoituksen kautta/ järjestöt, monien toimijoiden yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> • järjestöt tuottavat asumispalveluja • mielenterveysstrategiat ohjaavat • paljon tuettua asumista asumisyksiköissä, hostelleissa, tuen määrä vaihtelee suuresti • laitospaikat eivät ole vähentyneet yhtä paljon kuin muissa länsimaissa 	<ul style="list-style-type: none"> • recovery-orientaatio asetettu hallituksen taholta • "people with mental illness" • palvelut liittyvät usein riippuvuuksista kärsivien palveluihin • vähemmistöt, asunnottomat tärkeitä asunnon tarvisijoita 	<ul style="list-style-type: none"> • tarve mielenterveyskuntoutujien asumis- ja tukipalveluiden koordinoimiseen • puute sosiaalisesta asumisesta

Suomen tilanne

Suomessa mielenterveyskuntoutujien asumisen järjestäminen on kuntien sosiaalitoimen vastuulla, kuten esimerkiksi selvityksen kohteina olleissa Ruotsissa ja Tanskassa. Velvoitteesta säädetään sosiaalihuoltolaissa (710/1982), jossa määritellään myös mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut. Asumispalvelut jaetaan laissa tukiasumiseen ja palveluasumiseen. Tukiasumisessa kuntoutuja saa tukea ja ohjausta kyetäkseen asumaan erityisessä tukiasunnossa. Palveluasuminen sisältää asumisen ja siihen liittyvät palvelut. Palveluasuminen voidaan järjestää palvelutalossa, jossa asukkaalla on oma huoneisto tai esimerkiksi ryhmäkodissa, jossa asukkaalla on huone ja oma kylpyhuone. Palveluasuminen voi olla tavallista palveluasumista tai tehostettua palveluasumista. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla päiväaikaan ja tehostetussa palveluasumisessa ympäri vuorokauden. Tukiasuntoihin ja tavallisiin asuntoihin saatavilla oleva tuki järjestetään sosiaalipalvelujen toimialalta ja mahdollisesti tarvittava kotiin tuotava hoito terveydenhuollon toimialalta. Suomessa ei ole vallitsevana työmuotona moniammatillisia tiimejä tai sosiaalipsykiatrisia tiimejä kuten esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa, mutta palvelut ovat sosiaali- ja terveyssektorien yhteistä toimintaa.

Mielenterveyskuntoutujien asumisen laatua on Suomessa pyritty takaamaan ohjeilla ja laatusuosituksilla, jotka kaikki ovat sisällöltään samansuuntaisia. Palvelujen ja hoidon osalta mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalle. Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuunnitelma vuodelta 2007⁷⁹ korostaa sitä, että mielenterveyskuntoutujien tulee saada riittävästi tukea ja palveluja voidakseen asua tavallisessa asunnossa. Asumisyksiköistä suositukset antavat tarkkoja laatuksiteereitä. Ensinnäkin niiden tulee olla kodinomaisia ja soveltua myös pitkäaikaiseen asumiseen. Yksittäisen huoneen tulee sisältää wc:n, suihkun ja keittomahdollisuuden ja sen tulee olla kooltaan vähintään 20 neliötä. Kahden hengen huoneen minimikoko on 30 neliötä. Asukkaille pitää taata riittävä yksityisyyden suoja. Asumisyksiköt pitää myös suunnitella niin, että mielenterveyskuntoutujien kanssa ei sijoiteta asumaan hyvin erilaisiin ryhmiin kuuluvia henkilöitä, vaan että kaikilla on samantapaiset erityistarpeet. Yksikköjä ei myöskään pidä sijoittaa taajamien ulkopuolelle, vaan muun asutuksen yhteyteen.⁸⁰

Asumisen toimialaa ohjaa ja valvoo ympäristöministeriö. Kehittämistoiminnan ja rahoituksen sekä siihen liittyvän ohjeistuksen kautta asumista ohjaa Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. ARA:n perustehtävänä on edistää kohtuuhintaista asumista sekä sen kehittämistä vuorovaikutuksessa yhteistyökumppaneiden kanssa. ARA-tuotannossa yksi merkittävimmistä osa-alueista on erityisryhmien asumisen rahoittaminen. ARA:n tehtävä on edistää ja kehittää laadukasta sekä kohtuuhintaista asumista. ARA rahoittaa asuntoja, taloja ja muita asumiseen tarvittavia tiloja. Erityisryhmien asumisessa on lisäksi kyse erilaisista palveluista sekä hoivan ja huolenpidon järjestämisestä. Niitä ARA ei rahoita. ARA edellyttää, että erityisryhmien asuntojen omistus ja vuokraus on eri yhteisön omistuksessa kuin palvelutuotanto. Ara on antanut palveluasumista koskevat ohjeet,⁸¹ joita tulee noudattaa ARA:n tuen saamisen ehtona.

⁷⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13.

⁸⁰ Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012.

⁸¹ Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2011b. Palveluasumisen opas, Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2011c. Suunnitteluopas. Keskeisiä tavoitteita valtion tukemien asuntojen suunnitteluun.

Aran ohjeiden mukaan asumisyksiköiden ja asuntojen tulee sijaita tavallisilla asuinalueilla muun asutuksen lomassa ja olla osa normaalia lähiyhteisöä palveluineen. Yksiköiden tulee olla pieniä, mutta yksittäisten asuntojen tulee olla riittävän kokoisia henkilökohtaisine tiloineen ja yhteistiloinen. Asumisratkaisuja tulee olla monenlaisia, jotta asukkaiden avun ja tuen tarve huomioiden kyetään järjestämään yksilöllistä asumista. Selkeästi eri erityisryhmiin lukeutuvien henkilöiden asuntoja ei tule sijoittaa samalle tontille tai samaan rakennuskokonaisuuteen. Erillisen asunnon pinta-alaksi suositellaan 35–40 m². Ryhmäkodeissa henkilökohtaisen asuintilan (huone ja kylpyhuone) pinta-alan tulee olla vähintään 25 m². Tavoitteena on viihtyisä asunto, joka mahdollistaa kodikkaan ja muunneltavan sisustuksen. Kun ryhmäkodissa on enemmän kuin 10 asuinhuonetta, tulee siinä olla kaksi erillistä yhteistä oleskelutilaa.⁸²

Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontaviranomainen Valvira valvontaohjeet ”Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoido. Valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2012–2014” antavat myös suosituksia erityisasumisesta. Valvira ohjeistaa välttämään laitosmaisia ratkaisuja ja toimintatapoja sekä pyrkimään pieniin yksikkökokoihin. Samoin tulee välttää erityisasumisen keskittymiä. Valvontaohjelman mukaan samaan asumisyksikköön ei tule sijoittaa hyvin erilaisia tuen tarpeita omaavia ja eri-ikäisiä asukkaita. Valvontaohjeissa annetaan kriteerejä myös asuintilojen fyysisille ominaisuuksille. Ohjeiden mukaan jokaisella asukkaalla tulee olla oma huone sekä wc ja pesutilat. Valvira mukaan yhden hengen huoneen vähimmäispinta-ala on 20 neliötä. Yksikön enimmäiskoko on 15 asuntoa.

Eri tahojen antamat ohjeet ja laatukriteerit ovat siis hyvin samansuuntaisia. Ne ovat myös kansainvälisesti tarkasteltuna yleisesti vallalla olevia periaatteita ja arvoja ajavia. Ehkä suurin ero on se, että Suomessa ei suoraan edellytetä täysimääräisiä asuntoja eli tavallisia huoneistoja, vaan puhutaan huoneista ja niihin kuuluvista peseytymis- ja keittotiloista, vaikka Suomessa on asumisen fyysiseen puoleen kiinnitetty huomiota. Myös sosiaali- ja terveysviranomaiset antavat tiloja koskevia suosituksia laitosismaisuuden ja leimautumisvaaran vähentämiseksi.

Viimeisimmissä tutkimuksissa Suomen mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen suurimmaksi kehittämistarpeeksi on todettu riittämätön asumisen tuki tavallisiin asuntoihin. Mielenterveyskuntoutujat asuvat myös usein liian raskaasti tuetuissa asumismuodoissa. Lisäksi asumisyksiköt eivät aina täytä laatuvaatimuksia esimerkiksi kokorajoitusten osalta, vaan asumisyksikköjen koon on todettu 2000-luvulla kasvaneen.

9.5

Mallien ja toimintatapojen soveltuvuus Suomeen

Selvityksen tarkoituksena oli luoda käsitys maiden mielenterveyskuntoutujien asumistilanteesta, sen toteuttamistavoista ja käytetyistä ratkaisuista. Tarkoituksena oli pohtia, mitä näistä erilaisista käytännöistä voitaisiin soveltaa Suomessa. Tarkoituksena ei kuitenkaan ollut etsiä niin sanottuja hyviä käytäntöjä, joiden kerääminen olisi edellyttänyt erilaisia menetelmiä ja systemaattisempaa toteutustapaa.

Yleisenä havaintona voidaan sanoa, että selvityksen kohteena olevat maat ovat hyvin eri vaiheissa mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämisessä. Kaikissa maissa on myös samantyyppisiä kehittämistarpeita ja erityisesti korostuu tarve nykyistä itsenäisemmän asumisen tukemiseen.

⁸² Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoido. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014.

Kaikissa maissa on hyvin samantyyppisiä ympärivuorokautisesti tai 7–12 tuntia vuorokaudessa tuettuja asumisyksiköitä, joihin yleensä kytkeytyy kuntouttava palvelu tai hoito. Ne ovat tyyppillisesti osa asumisen porrastettua jatkumoa, jonka tarkoitus on, että asukas voisi vaiheittain siirtyä itsenäisempiin vaihtoehtoihin. Useissa maissa nämä jatkumot eivät kuitenkaan toimi hyvin, vaan asumisyksiköistä muodostuu monille elämänikäisiä koteja. Näin tapahtuu joko siksi, että asukkaat passivoituvat tai siksi että heille ei ole jatkumossa sopivia siirtymisvaihtoehtoja. Yleinen pyrkimys onkin rakenteellisesti kevyempiin asumisratkaisuihin, joissa asuminen olisi itsenäisempää ja mielenterveyskuntoutujaa yhteiskuntaan integroivaa. Asumisyksiköitä on kritisoitu liiallisesta asukkaiden puolesta tekemisestä ja siitä, että kodinomaisuudesta huolimatta niihin on kehittynyt paljon rajoittavia laitospäisiä käytäntöjä. Selvityksessä löytyi myös erilaisia mielenkiintoisia asumisratkaisuja aina hoivamaatiloihin ja sosiaalisista osuuskunnista pieniin kaupunkikeskustojen ryhmäkoteihin tai asuntoryhmiin, joita yhdistivät samat palvelut. Monissa maissa valikoima olikin monipuolisempi kuin Suomessa ja esimerkiksi Ruotsissa.

Ei kuitenkaan ole tarpeen pyrkiä löytämään jotain tiettyä mallia, joka sellaisenaan voitaisiin siirtää Suomeen tai joka voitaisiin nähdä parempana kuin ne ratkaisut, joita Suomessa on jo käytössä. Kuten tätä selvitystä varten kuullut suomalaiset asiantuntijatkin totesivat, tarvetta ei ole jäykille malleille, vaan mielenterveyskuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin joustavasti vastaamaan pystyville palvelumuodoille. Selvityksessä kiinnitettiin erityistä huomiota asiakasnäkökulmaan ja niihin moninaisiin tarpeisiin, joita mielenterveyskuntoutujalla voi olla eri elämäntilanteissa. Ulkomaisia ratkaisuja tarkasteltiin siitä näkökulmasta, miten suomalaista asumispalvelujen järjestelmää voisi rikastuttaa niin, että se pystyisi vastaamaan mahdollisimman laajalti mielenterveyskuntoutujien erilaisiin ja ajallisesti vaihteleviin tarpeisiin.

Taustalla erilaiset järjestelmät ja ajattelutapa

Selvityksen kohteena oli seitsemän hyvin erilaista maata. Maissa on erilaiset hallinto- ja palvelujärjestelmät, jotka myös vaikuttavat siihen, millä logiikalla ja millaisia palveluja on tarjolla. Suomen järjestelmä on siinä mielessä melko poikkeuksellinen, että lainsäädännössä säädetään kaikille kunnille tarkasti määritellyjä tehtäviä. Selvityksen maista vain pohjoismaat Ruotsi ja Tanska ovat tässä suhteessa lähellä Suomea. Esimerkiksi Ruotsissa kunta yleensä omistaa asunnot ja tuottaa asumispalvelun sekä muut asumista tukevat palvelut, vaikka nykyisin palveluja on annettu sopimuksilla myös muiden toimijoiden hoidettaviksi. Mielenterveyskuntoutujien asuminen on niissä säädetty selkeästi kuntien järjestämisvastuulle ja laeissa on jopa määritelty asumisratkaisutyypit. Muissa maissa tällaista lakisääteistä velvoitetta kunnille ja tarkkoja määrittelyjä asumisratkaisuihin ei ole. Joissain maissa taas valtion organisaatio rahoittaa ja järjestää mielenterveyskuntoutujien asumisen. Näin on esimerkiksi Italiassa, jossa palvelut ovat valtion terveydenhuollon aluehallinnon rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Englannissa rahoitus tulee valtiolta, mutta palvelujen tuottajat ovat useimmiten järjestöjä, tai palveluja tuotetaan monien eri toimijoiden yhteistyönä kuten Hollannissa, jossa rahoitus tulee valtiolta ja vakuutusjärjestelmän kautta. Joissain maissa taas valtio ohjaa ja rahoittaa palvelujen tuottamista suurten ohjelmien kautta kuten Australiassa ja Uudessa-Seelannissa.

Kun pohditaan asumisen ratkaisumallien tai toimintatapojen omaksumista Suomeen, on otettava huomioon myös maiden erilaiset hallinnolliset ja palvelujen tuottamisen järjestelmät, jotka vaikuttavat siihen, mikä taho palveluja järjestää ja käytännössä tuottaa sekä miten säädeltyjä tarjottavat palvelut ovat malliltaan. Samoin vaikuttavat järjestelmien sisäinen työnjako ja toimintatavat. Esimerkiksi Italiassa mielenterveyskuntoutujien asuminen on osa psykiatrista hoitojärjestelmää ja psykiatrien ammattikunnan vastuualuetta, jolloin hoito muodossa tai toisessa on siihen

sisään rakennettu. Niissäkin maissa, joissa mielenterveyskuntoutujien asuminen on sosiaaliviranomaisten vastuulla, on tukipalveluissa yleensä mukana kuntouttava työ ja palvelut tuotetaan moniammatillisten tiimien avulla.

Selvityksen kohteena olevien maiden asumisjärjestelmien suhteen on otettava huomioon myös, että asumispalvelut ovat useimmissa maissa määritelty tarkoituksiksi vakavasti ja pitkäaikaisesti mielenterveysongelmallisille tai mieleltään sairaille (*mentally ill*) henkilöille. Lähtökohta on tällöin myös, että asumispalvelun tehtävä on kuntouttaa ja mahdollistaa asukkaiden hoidon saaminen. Asumisyksiköt ovat tärkeitä osalle mielenterveyskuntoutujista ja etenkin joissain vaiheissa elämää, mutta kaikki eivät tarvitse sen tyyppistä asumismuotoa. Siitä syystä asumisratkaisuihin keskittävän selvityksen avulla on vaikea saada kokonaiskuvaa lievemmin mielenterveysongelmaisten, mutta ajoittain tukea tarvitsevien tilanteesta ja mahdollisuudesta apuun.

Selvityksessä ei kerätty tilastotietoa siitä, miten erilaiset laitospaikat ja asumispaikat jakautuvat tai kuinka paljon mielenterveyskuntoutujia asuu tavallisissa asunnoissa. Selvityksen menetelmillä, jotka perustuvat haastatteluihin, sähköpostitiedusteluihin ja tutkimusraportteihin, ei ollut mahdollista koota systemaattista vertailukelpoista tietoa. Joissain maissa saattaa olla tietoa joiltain alueilta tai yksittäisistä kunnista. Valtakunnallisia tietoja on vain harvoin ja tällaiset poikkileikkaustutkimuksiin perustuvat tiedot ovat monesti vanhentuneita.

Palveluja joustavasti tavalliseen kotiin

Selvityksessä tuli useissa maissa esiin joustavia kotiin tuotavia palvelua ja tukea, joita voisi olla hyvä laajentaa myös Suomessa. Suomessa on sosiaalihuoltolaissa määritelty palveluasuntojen lisäksi tukiasunto asumisratkaisuksi, johon kuuluu tietyn asteinen tuki. Tukiasunnossa mielenterveyskuntoutuja asuu palvelujen turvin ja tuen tarpeen lakattua hän yleensä muuttaa pois tukiasunnosta. Tukiasunto voi olla hyvä sellaiselle mielenterveyskuntoutujalle, jolla ei ole ennestään asuntoa ja se toteuttaa hyvin *housing first* -periaatetta. Sen sijaan Suomessa on vielä liian vähän tarjolla erityisesti mielenterveyskuntoutujien tarpeisiin suunniteltua tavalliseen asuntoon tuotavaa tukea. Esimerkiksi Ruotsissa ei ole rajattu sosiaalipsykiatrian toimialan tuottamia kotiin tuotavia palveluja erityisiin tukiasuntoihin, vaan niitä voi saada kuka tahansa tukea tarvitseva mielenterveyskuntoutuja tarpeen arvioinnin jälkeen. Samoin esimerkiksi Hollannissa ja Tanskassa, joissa molemmissa on erilaisia kotiin tuotavan tuen ja palvelujen tiimejä, ei näitä palveluja ole sidottu vain erityisiin tukiasuntoihin. Suomessakin olisi hyvä laajentaa ja kehittää edelleen sellaisia tukimuotoja, jotka mahdollistavat mielenterveyskuntoutujan asumisen omassa kodissaan ilman, että hänen tarvitsisi muuttaa tuki- tai palveluasuntoon ollessaan tuen tarpeessa.

Myös kotiin tuotavan palvelun sisällön suhteen löytyy muista maista esimerkkejä, joissa mielenterveyskuntoutuja saa hyvin monipuolista tukea joutumatta hakemaan tai vastaanottamaan sitä monelta eri taholta. Eri sektorien ja ammattiryhmien yhteistoiminta on monesti asukkaan ympärille kootun tiimin antamaa ja juuri hänen tilanteeseensa räätälöityä tukea. Saatavilla oleva tuki voi olla asumiseen liittyvää arjen tukea, kuntouttavaa ja aktivoivaa tukea ja mielenterveyteen liittyvää hoidollista tukea. Tällaisessa tuessa mahdollisesti myös varaudutaan tilanteen muutokseen, eli tiimissä on osaamista ja valmiuksia antaa erilaista ja erilaisella intensiteetillä tarjottavaa tukea sitä tarvittaessa. Ajatus on, että palveluilla pystytään nopeasti ja joustavasti reagoimaan mielenterveyskuntoutujan tarpeisiin. Tiimin resursseista ja palveluvalikoimasta voidaan aina tarvittaessa aktivoida tarpeisiin parhaiten vastaava osa, olipa se sitten hoitoa, kuntoutusta tai arjen tukea asumisessa. Joinakin aikoina ei ehkä tarvita minkäänlaista aktiivista tukea, vain tietoisuutta sen saatavilla olemisesta. Tällainen sisäisesti joustava tukirakenne voidaan käsittää palvelujen sisäisenä portaitaisuutena, jolloin mielenterveyskuntoutujan eri tarvitse muuttaa hänen tilan-

teensa muuttuessa. Tuki on se, joka muuntuu mielenterveyskuntoutujan tilanteeseen sopivaksi. Myös suomalaiset asiantuntijat pitivät tämän tyyppisiä joustavia kotiin tuotavia palvelukokonaisuuksia hyvinä. Tällaisia malleja oli esimerkiksi Tanskassa, Ruotsissa, Hollannissa, Englannissa, Uudessa-Seelannissa ja Australiassa.

Hieman toisen tyyppinen lähestymistapa on se, että asumiseen liittyvää arjen tukea laajemmalla ja erityisesti mielenterveyskuntoutujan erityistarpeita vastaavalla työotteella ja osaamisella tarjotaan tukea yhdeltä toimialueelta, joka on erikoistunut heikossa asemassa olevien ihmisryhmien palveluihin. Pohjoismaissa on yleinen psykiatrian ja sosiaalitieteiden yhdistelmä, sosiaalipsykiatrian toimiala, joka tuottaa kotiin vietävät palvelut esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa. Se on kuntien sosiaalitoimen erityinen toimiala, joka sisältää muutakin palvelua kuin välittömästi asumiseen liittyvää arjen tukea. Sosiaalipsykiatriassa korostuu itsenäisen asumisen mahdollistamisen lisäksi esimerkiksi mahdollisuuden järjestäminen mielekkääseen työntekoon, tuen antaminen palvelu- ja hoitopäätösten teossa viranomaisten kanssa, asiakkaan omien voimavarojen aktivoiminen ja itsenäisyyden tukeminen.

Lisää vaihtoehtoja ja moniarvoisuutta

Englannissa, Hollannissa, Australiassa ja Uudessa Seelannissa on hyvin monenlaisia asumispalveluja ja itsenäiseen asumiseen tarjottavan tuen muotoja. Tukea on saatavilla omaan yhteisöön sinne, missä mielenterveyskuntoutujat asuvat. Osittain moninaisuus selittyy asiakkaan tarpeisiin räätälöityjen ja helposti saatavilla olevien palveluiden kehittämiseen kannustavilla rahoitusjärjestelmillä. Palveluja myös kehitetään niin, että mielenterveyskuntoutujien arkielämää lähellä toimivat tahot osallistuvat kehittämiseen ja tuottamiseen. Edellä mainituissa maissa on myös käyttäjien osallistumisella palveluiden muotoiluun vahvempi perinne kuin pohjoismaissa, joissa järjestelmänäkökulma on hallitsevampi. Myös palvelujen tuottajat ovat keskenään erityyppisiä ja edustavat erilaisia suuntauksia. Hollannissa käytössä oleva henkilökohtainen budjetti tekee mahdolliseksi sen, että mielenterveyskuntoutuja itse valitsee haluamansa palvelun. Tämä on yksi valinnan vapautta lisäävä käytäntö, jonka käyttöönottoa pitäisi Suomessakin harkita, mutta se edellyttää, että vaihtoehtoja on tarjolla.

Myös suomalaiset asiantuntijat katsovat, että valinnanvapautta tulisi olla enemmän, sillä mielenterveyskuntoutujat ovat yksilöitä ja lisäksi heidän sairautensa voi olla hyvin erilainen tai erilaisessa vaiheessa. Käsite mielenterveyskuntoutuja on hyvin yleinen, eikä merkitse palvelujenkaan suhteen yhtä ryhmää. Mielenterveyskuntoutujilla on erilaisia tarpeita, valmiuksia ja mieltymyksiä. Yhden mielenterveyskuntoutujan toive kuntoutusajan asumismuodosta voi olla itsenäinen tukiasunto kaupunkikeskustassa, kun taas toinen saattaa kaivata yhteisön tukea ja vaikkapa maaseudun rauhaa.

Yhteisöllisyyttä ja aktivointia

Hyötyä Suomelle olisi myös siitä, miten joissakin maissa toteutetaan yhteistä toimintaa ja palveluja mielenterveyskuntoutujien tukemiseksi niin, että mukaan tulevat paikalliset tai alueelliset viranomaiset, järjestöt, yritykset, kokemusasiantuntijat, vapaaehtoistyöntekijät ja heidän osaamisensa. Englannista on hyviä esimerkkejä yhteisöjen tuesta sekä yhteisötiimityöskentelystä, joiden avulla voidaan esim. välttää sairaalaan joutuminen akuuteissa kriiseissä. Myös Suomessa olisivat tarpeen henkilökohtaiset tukikoordinaattorit, jotka ohjaavat mielenterveyskuntoutujaa asumisessa sekä auttavat häntä osallistumaan erilaisiin aktiviteetteihin ja sosiaalisiin verkostoihin, joiden kautta mielenterveyskuntoutuja voi saada tukea paikallisyhteisöltä.

Yhteisöllisyys ja aktivointi ovat molemmat selkeästi osa laajempaa filosofista asennoitumista mielenterveyskuntoutujien tilanteeseen. Osallisuuden vahvistamisen ilmapiirin tulisi tarkoittaa sitä, että heidän osallisuutensa todella otetaan yhdeksi tavoitteeksi eikä vain paperilla sanotuksi hyväksi käytännöksi. Kun Suomessa esimerkiksi koetaan yhdeksi keskeiseksi pulmaksi se, että kerran mielenterveyskuntoutujan leiman saaneen henkilön on vaikea päästä tästä stigmasta eroon, ei voida vielä puhua osallistavuuden ilmapiirin olemassaolosta. Muutos voi liittyä myös perustavanlaatuisen ajattelutapaan, poliittiseen tahtoon tai asenteisiimme sitä kohtaan, miten suhtaudumme ylipäätään heikossa asemassa olevien ihmisryhmien olemiseen ja elämiseen. Nykyisellään ollaan vielä hyvin viranomais- ja palveluntuottajälähtöisessä asetelmassa, vaikka mielenterveyskuntoutujan tulisi olla keskushenkilö.

HAASTATELLUT ASIANTUNTIJAT JA PALVELUN TUOTTAJAT

Italia:

Giovanni de Girolamo, Dottore, Direttore Scientifico, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Brescia

Antonio Maone, Dottore, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma A

Claudio Busana, Dottore, Regione Veneto Dipartimento di Salute Mentale Azienda Socio Sanitaria5 Ovest Vicentino

Marco Ballini, tutkija, sairaanhoitaja, Kainuun keskussairaala

Ruotsi:

Anna Lindskog, utredare, Stockholm Socialförvaltningen

Markus Dahlin, gruppledare, Frejgatan stödboende

David Brunt, professor Linne universitet

Tanska:

Vibeke Lybecker Jensen, fuldmægtig, Københavns kommune, Socialforvaltningen, Mål- og Rammekontoret for voksne

Mogens Møller Nielsen, afdelingsleder, Tuesten Huse

Sune Kragelund, boformsleder, Windsor

Karen Thyrsting, afdelingsleder, Kragelund

Hollanti:

Jeroen Rous, Beleidsadviseur, De Amsterdamse Federatie van Woningcorporaties

Rob van der Laan, manager Idahoeve, Tiengemeten Zuid-Beijerland

Australia:

FaHCSIA Coordination Team, Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (tiimi antanut vastaukset kysymyksiin sähköpostilla)

Robert Erskine, Senior Project Manager, Mental Health Commission

Elaine Paterson, Director, Services Purchasing and Development, Mental Health Commission

Englanti:

Stefan Priebe, Professor, Unit for Social and Community Psychiatry, Newham Center for Mental Health, London.

Sima Sandhu, researcher, Unit for Social and Community Psychiatry, WHO Collaborative Centre for Mental Health Services Development Barts and the London School of Medicine and Dentistry Queen Mary, University of London

Willy Storm, Ministry of Health, Welfare and Sport

Uusi-Seelanti:

Mary O'Hagan, International consultant in mental health recovery and wellbeing

Annette Sutherland, Housing manager, Comcare Trust

Marion Blake, CEO, Platform Charitable Trust

Helen Lockett, MBA, MA, International Associate, Centre for Mental Health, The Wise Group, NZ

KIRJALLISET LÄHTEET

- A Contributing Life 2012. National Report Card, on Mental Health and Suicide Prevention. Australian Government. National Mental Health Commission.
- Aarhus kommune 2012. Borger. Socialt samvær for psykisk sårbare og udsatte voksne.
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2011a. Palveluasumisen opas.
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2011b. Suunnitteluopas. Keskeisiä tavoitteita valtion tukemien asuntojen suunnitteluun.
- Ballini, Marco 2010. Psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta Italiassa. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Hoitotyön koulutusohjelma. Kevät 2010.
- Blueprint II 2012. Improving mental health and wellbeing for all New Zealanders. Making change happen. A companion document to Blueprint II: How things need to be. Mental Health Commission. New-Zealand.
- Boligselskaber i København 2013. Oversigt over boligselskaber i København.
- Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS 2007. Stöd för rättstillämpning och handläggning. Artikelnr 2007-101-6 Edita Västra Aros, juni. ISBN 978-91-85483-35-8.
- Boverkets byggregler BFS 1993:57. Med ändringar t.o.m. BFS 1998:38.
- Boyle, S. 2008. The health system in England. Eurohealth, 14, 1, 1-2.
- Bruce, Jasmine & Shannon, McDermott & Iona, Ramia & Bullen, Jane & Fisher, Karen R. 2012. Evaluation of the Housing and Accommodation Support Initiative (HASI) 2012. Final Report. SPRC Report 10/2012.
- Brunt, David & Tibblin, Lena 2011. Supported housing and housing support for the psychiatrically disabled – background, population, policies, practices and current challenges. Aotearoa New Zealand social work Issue 23 (1 & 2), 2011.
- Building guidelines for AWBZ facilities (Exceptional Medical Expenses Act) 2004. Report number 0.114, January 2004.
- Building under the AWBZ. 2007. Performance Requirements Report number 0.122, 2007.
- Burdekin, Brian 1993. Human Rights & Mental Illness. Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness, Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Caldas de Almeida, Jose Miguel & Killaspy, Helen 2011. Long term mental health care for people with severe mental disorders. European Union.
- Country report Denmark 2007. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study.
- De Girolamo, Giovanni & Bassi, Mariano & Neri, Giovanni & Ruggeri, Mirella & Santone, Giovanni & Picardi, Angelo 2007. The current state of mental care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. Eur Arch Psychiatry Clin neurosci (2007) 257. P. 83-91.
- De Girolamo, Giovanni & Picardi, Angelo & Micciolo, Rocco & Falloon, Ian & Fioritti, Angelo & Morosini Pierluigi 2002. Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities 2002 181. P. 220-225.
- De Girolamo, Giovanni & Picardi, Angelo & Santone, Giovanni & Falloon, Ian & Morosini, Pierluigi & Fioritti, Angelo & Micciolo, Rocco 2005. The severely mentally ill in residential facilities: A national survey in Italy. Psychological Medicine (2005) 35. P. 421-431.
- De Heer-Wunderink, Charlotte & Visser, Ellen & Caro-Nienhuis, Annemarie & Sytema, Sjoerd 2012. Supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. Community Mental Health Journal (2012) 48: 321-327.
- Department of Health and Social Security 1981. Care in the Community. London: HMSO, 1981.
- Department of Health 1990. National Health Service and Community Care Act, London: DH, 1990.
- Department of Health 1998. Partnerships in Action–New Opportunities for Joint Working between Health and Social Services: A discussion document. London: HMSO, 1998.
- Det är mitt hem 2010. Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Sosiaalhallituksen raportteja, joulukuu 2010.
- Elgin, Joanna 2012. The Impact of Neighbourhood Characteristics and Support on Well-being, Housing Satisfaction, and Residential Stability for People with a Mental Illness. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for the Degree of Master of Health Science in the University of Canterbury.
- Ethical aspects of deinstitutionalization in mental health care 2001. Programme number: BMH 4-98-3973. Final report 2001. Trimbos-instituut, The Netherlands.
- Government-funded specialist homelessness services 2011. SAAP National Data Collection annual report 2010-11: Australia.
- Homelessness Australia 2011. Exploring the links between homelessness, mental illness and psychological distress.

- Home Truths, Mental Health Council of Australia 2009. Mental Health, Housing and Homelessness in Australia, March 2009.
- Housing and Accommodation Support Initiative (HASI) for people with mental illness 2006. NSW Department of Health. March 2006.
- Housing and Mental Health 1999. Reducing Housing Difficulties for People with Mental Illness. Mental Health Commission, August 1999.
- ISTAT Households multi-purposes survey, 2003.
- Karlsson, Nina & Wahlbeck, Kristian 2012. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012):5.
- Kettunen, Reetta 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Asumispalvelusäätiö ASPA 2/2011.
- Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012.
- Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder 2005. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004 Elanders Gotab, Vällingby, augusti 2005.
- Komu, Suvi & Mäkinen, Pirjo 2012. ACT-verkostotyömalli. Tehostettua palveluohjausta mielenterveystyön avohoidossa. Diak Etelä, Järvenpää, kevät 2012. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).
- Lindqvist & Bengtsson & Fredén & Larsen & Rosenberg & Ruud & Wahlbeck 2011. Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. *Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Rapportserie 2011:4 R.*
- Maone, Antonio & Rossella Berardi & Spagnuolo, Olga 2008. The house keys: an innovative approach to supported housing in Rome, Italy. *Housing, care and support* July 2008, Paviloin Journals (Brighton) Ltd.
- McDermott, Shannon 2011. Evaluation of the Mental Health, Housing and Accommodation Support Initiative (HASI). Second Report. STRC report 11/05.
- Medeiros, Helena & McDaid; David & Knapp, Martin and the MHEEN Group 2008. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. MHEEN II Policy Briefing. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Mental Health 2020. Making it personal and everybody's business. Action Plan 2011- 2012. Government of Western Australia, Mental Health Commission.
- Mental Health and Independent Housing Needs 2013. Ministry of Social Development.
- Mental Health Assessment Profiles (MhAPs), England 2012. Mental Health Expert Group meeting. To be held at the OECD Conference Centre, 2 rue Andre Pascal, 75016, Paris, on 26-27 March 2012. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee. DELSA/HEA (2012) 9.
- Mental Health Commission 2010. Annual Report 2010/11. Government of Western Australia.
- Mental Health Commission 2011. Annual Report 2011/12. Government of Western Australia.
- Mental Health Commission 2012. Annual Report, for the year ended 30 June 2012. Ministry of Health for Mental Health Commission.
- Mental Health Services, In brief 2012. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare.
- Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012.
- ODPM 2002. The NHS and the supporting people strategy: building the links. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2002.
- Peace, Robin & Kell, Susan 2001. Mental Health and housing research: housing needs and sustainable independent living. Knowledge Management Group. Ministry of Social Development. *Social Policy Journal of New Zealand*. Issue 17.
- Peace, Robin & Kell, Susan & Pere, Lynne & Marshall, Kate & Ballantyne, Suzie 2002. Mental Health and Independent Housing Needs. Part 1. A Summary of the Research. Ministry of Social Development.
- People living with psychotic illness 2010. Australian Government. November 2011.
- Picardi, Angelo & de Girolamo, Giovanni & Santone, Giovanni & Fioritti, Angelo & Miccolo, Rocco & Morosini, Pierluigi & Zanalda, Enrico 2006. The Environment and Staff of Residential Facilities: Findings from the Italian 'Progres' National Survey. *Community Mental Health Journal* (2006) 42: issue 3. P. 263-279.
- Pleace, Nicolas 2011. Exploring the Potential of the 'Housing First' model. In Houard, N. (Ed.), *Social Housing Across Europe*. P. 177-186.
- Pleace, Nicolas & Wallace, Allison 2011. Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: A Review. The Centre for Housing Policy. The University on York.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R., Knapp, M. 2009. Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44: 10. P. 805-814.
- Ravelli, Dick P. 2006. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* 6, March, 1-11.

- Riktlinjer för utredning, dokumentation m.m. inom stadens socialpsykiatri 2011. Antagna av KF 2011-05-23. Stockholms stad, socialförvaltning, avdelningen för stadsövergripande sociala frågor.
- Regelsamling för byggande, BBR 2012. Boverket, lokakuu 2011. P. 102-105.
- Roadmap for National Mental Health Reform 2012. A Contributing Life: the 2012 National Report Card on Mental Health and Suicide Prevention, National Partnership Agreement Supporting Mental Health Reform.
- Santone, Giovanni & de Girolamo, Giovanni & Falloon, Ian & Fioritti, Angelo & Micciolo, Rocco & Picardi, Angelo & Zanaldi, Enrico 2005. The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. *Soc Psychiatr Epidemiol* (2005) 40. P. 540-550.
- Schrank, Beate & Slade, Mike 2007. Recovery in psychiatry. *The Psychiatrist* (2007) 31. P 321-325.
- Shepherd, G & Macpherson R 2011. Residential care. In: Thornicroft G, Szukler GI, Mueser KT, Drake RE. (eds). *Oxford Textbook of Community Mental Health*, Oxford: Oxford University Press. P. 232-244.
- Silfverhielm, H. & KAmis Gould, E. 2000. The Swedish mental health system. Past, present, and future. *National Board of Health and Welfare. Stockholm, Sweden. International Journal of Law and Psychiatry* 2000, 23(3-4). P. 293-307.
- Smark, Ciorstan J., & Deo, H. 2006. Social and Historical Power Plays: A Foucauldian Gaze on Mental Institutions, University of Wollongong, Research Online <http://ro.uow.edu.au/cgi/view-content.cgi?article=1489&context=commpapers>
- Smart Services 2006. Innovative Models of Mental Health Care in Australia and Overseas. Mental Health Council of Australia.
- Social Policy in Denmark 2012. Published by The Ministry of Social Affairs and Integration. Danish presidency of the council of the European Union 2012. EU2012.DK.
- SOSFS 2002:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med skärskild service för vuxna enligt 9 §9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade; LSS.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2007:13.
- Specialist Homelessness Services 2012. Specialist Homelessness Services 2011-12. Report from Australian Institute of Health and Welfare.
- Trendrapportage 2011. RIBW Alliantie.
- Valvira, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2012. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympäristöolosuhteiden asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014.
- Van Hoof, Frank & Knispel, Aafne & Schneider, Justine & Beeley, Chris & Aagaard, Jorgen & van Putten, Marijke & Keet, Rene & Snuverink, Stefanie 2011. Outpatient care and community support for persons with severe mental health problems. A comparison of national policies and systems in Denmark, England and the Netherlands. Trimbos-institute, Utrecht.
- Van Hoof, Frank & Kok, Ineke & Vijselaar, Joost 2009. Liberalisation of health care in the Netherlands: The case of mental health care. *Eurohealth* Vol 14/No 4.
- Van Veldhuizen, J. Remmes 2007. FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, August.
- Van Veldhuizen, Remmers 2012. FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie. *Psychopraktik* Jaargang 4, april.
- Wadham, Ben (1992). The national mental health policy and social change.
- Westert, Gert 2012. The Dutch Health Care System, 2012. In: *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund.
- Willberg, Mirja 2002. Mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen. *Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja* 54. Helsinki:Hakapaino.ISBN 952-460-092-7 (PDF) ISSN 1455-3244 Helsinki.
- Wolf, Judith & Wewerinke, Dorieke 2012. Evaluating Housing First in Amsterdam: The Discuss Project. FEANTSA-seminar "Housing First: A Key Element of European Homelessness Strategies", 23rd March 2012.

INTERNET LÄHTEET

<http://www.hdc.org.nz/about-us/hdc-organisation-chart>

<http://www.legislation.govt.nz/regulation/public/1947/0200/4.0/DLM3548.html>

<http://www.pathways.co.nz/page/5-Home>

<http://www.poriruahospitalmuseum.org.nz/the-origins-of-mental-health-care-in-new-zealand-and-wellington>

<http://www.pathways.co.nz/page/5-Welcome>

http://www.triestesalutementale.it/english/mhd_ou.htm

http://www.mentalhealth.wa.gov.au/Libraries/pdf_docs/Current_Trends_in_Mental_Health_Legislation.sflb.ashx

<http://www.westminstermind.org.uk/about>

www.communities.gov.uk/indices

<http://www.aarhus.dk/da/borger/kultur-idraet-og-fritid/Aktivitetstilbud/Psykiatri-og-udsatte/Kontaktsteder.aspx>

<http://www.boligplaner.dk/oversigt/koebenhavn/boligselskaber.html>

http://www.mentalhealth.wa.gov.au/Libraries/pdf_docs/Current_Trends_in_Mental_Health_Legislation.sflb.ashx

<http://english.sm.dk/social-issues/marginalised-adults/mental-illnes/Sider/Start.aspx>

<http://www.health.qld.gov.au/mentalhealth/docs/qld-mh-history.pdf>

http://www.triestesalutementale.it/english/mhd_ou.htm

www.afwc.nl

www.commonwealthfund.org/

www.rijksoverheid.nl

www.zorgboeren.nl

KUVAILELEHTI

Julkaisija	Ympäristöministeriö Rakennetun ympäristön osasto		Julkaisu-aika Toukokuu 2013	
Tekijä(t)	Sinikka Törmä, Kari Huotari, Kati Tuokkola ja Jarmo Nieminen			
Julkaisun nimi	Asumista ja arjen tukea. Esimerkkejä mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisusta muutamassa maassa.			
Julkaisusarjan nimi ja numero	Ympäristöministeriön raportteja 17/2013			
Julkaisun teema				
Julkaisun osat/ muut saman projektin tuottamat julkaisut				
Tiivistelmä	<p>Selvityksessä tarkastellaan mielenterveyskuntoutujien asumistilannetta ja asumisratkaisuja Italiassa, Ruotsissa, Tanskassa, Hollannissa, Englannissa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa. Tavoitteena oli kartoittaa toimivia asumisen ja arjen tuen malleja sekä arvioida muiden maiden mallien soveltuvuutta Suomeen. Selvitys toteutettiin kirjallisten aineistojen sekä eri maiden asiantuntijoiden ja palveluntuottajien haastatteluiden avulla.</p> <p>Selvityksen kohteina olevissa maissa mielenterveyskuntoutujien asumiskysymys on ratkaistu sekä hallinnollisesti että palvelujen tuottamisen suhteen hyvin eri tavoin. Esimerkiksi Italiassa asuminen on osa valtion psykiatrista hoitojärjestelmää, kun se Ruotsissa ja Tanskassa on kuntien sosiaalitoimen tehtävä. Englannissa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa kolmas sektori käytännöllisesti katsoen tuottaa kokonaan palvelut valtion rahoituksen tuella. Hollannissa taas palvelujen järjestäjä- ja tuottajatahoja on monia. Kaikissa maissa on kuitenkin hyvin samantyyppisiä asumispalveluyksiköitä kuin Suomessa. Kaikissa maissa korostetaan laatutekijänä sitä, että asuminen ei saa olla laitospaikka ja leimaavaa. Muissa maissa kiinnitetään kuitenkin yleensä vähemmän kuin Suomessa huomiota asumisen fyysisiin puitteisiin ja vastaavasti enemmän mielenterveyskuntoutujien toipumisprosessiin ja yhteisöllisiin seikkoihin.</p> <p>Maat ovat hyvin eri vaiheissa kaikille yhteisessä pyrkimyksessä luoda rakenteeltaan kevyempiä ja itsenäisemmän asumisen mahdollistavia asumisratkaisuja. Kotiin tuotava arjen tuki on useissa maissa laajempaa kuin Suomessa ja se on suunniteltu erityisesti mielenterveyskuntoutujien muuttuviin ja yksilöllisiin tarpeisiin. Varsinkin tavallisiin asuntoihin saatavan tuen palveluissa on Suomeen soveltuvia malleja ja toimintatapoja. Moniammatillisuus ja liikkuvat palvelut sekä sosiaalipsykiatriaan perustuvat työmuodot ovat yleisiä erityisesti Tanskassa, Hollannissa ja Ruotsissa. Suomen kannalta mielenkiintoinen on malli, jossa apua on saatavilla kotiin joustavasti mielenterveyskuntoutujan yksilöllisten tarpeiden ja vaihtuvien tilanteiden mukaisesti moniammatilliselta tiimiltä. Tämä perustuu ajatukseen, että tuki muuntuu mielenterveyskuntoutujan tilanteen mukaan, eikä kuntoutujan tarvitse elämän eri vaiheissa muuttaa, vaan hän voi asua pysyvässä kodissaan. Suomessa on myös opittavaa monien maiden yhteisöllisyydestä ja siitä, miten mielenterveyskuntoutujia aktivoidaan osallistumaan ympäröivään yhteiskuntaan ja omaan kuntoutumisprosessiinsa.</p>			
Asiasanat	Mielenterveyskuntoutujat, asuminen, asumispalvelut, asumisratkaisut, asumista tukevat palvelut, arjen tuki			
Rahoittaja/ toimeksiantaja	Ympäristöministeriö			
	ISBN 978-952-11-4178-2 (PDF)		ISSN 1796-170X (verkkokj.)	
	Sivuja 102	Kieli suomi	Luottamuksellisuus julkinen	
Julkaisun myynti/ jakaja	Julkaisu on saatavana vain internetistä: www.ym.fi/julkaisut			
Julkaisun kustantaja	Ympäristöministeriö			
Painopaikka ja -aika	Helsinki 2013			

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Miljöministeriet Avdelningen för den byggda miljön	Datum Maj 2013
Författare	Sinikka Törmä, Kari Huotari, Kati Tuokkola och Jarmo Nieminen	
Publikationens titel	Asumista ja arjen tukea. Esimerkkejä mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisusta muutamassa maassa. (Boende och stöd i vardagen. Exempel på boendelösningar som några länder infört för klienter inom psykiatrisk rehabilitering)	
Publikationsserie och nummer	Miljöministeriets rapporter 17/2013	
Publikationens tema		
Publikationens delar/ andra publikationer inom samma projekt		
Sammandrag	<p>I utredningen studeras boendesituationen och boendelösningar för klienter inom psykiatrisk rehabilitering i Italien, Sverige, Danmark, Holland, England, Australien och Nya Zeeland. Målet var att kartlägga fungerande modeller för boende och stöd i vardagen och att bedöma om de andra ländernas modeller lämpar sig för finländska förhållanden. Utredningen genomfördes med hjälp av dels skriftliga material, dels intervjuer med experter och serviceproducenter i de olika länderna.</p> <p>I de länder som utredningen gäller har frågan om boende för klienter inom psykiatrisk rehabilitering lösts på väldigt olika sätt när det gäller både det administrativa och själva tillhandahållandet av tjänster. I t.ex. Italien utgör boendet en del av statens psykiatriska vårdssystem, medan det i Sverige och i Danmark är en uppgift för det kommunala socialväsendet. I England, Australien och Nya Zeeland är det i praktiken tredje sektorn som helt och hållet producerar tjänsterna med statligt stöd. I Holland är det många olika aktörer som ordnar och tillhandahåller tjänsterna. I samtliga länder finns det trots allt boendeserviceenheter som påminner mycket om de i Finland. I alla länder framhålls som kvalitetsaspekt att boendet inte får vara institutionsmässigt och stigmatiserande. Jämfört med Finland fästs det i de andra länderna mindre vikt vid de fysiska boendevillkoren och mer vikt vid klienternas återhämtningsprocess och gemenskapsfaktorer.</p> <p>Länderna befinner i mycket olika skeden i den gemensamma strävan att ta fram boendelösningar som har enkel struktur och som möjliggör mer självständigt boende. Det stöd i vardagen som klienterna får i sin hemmiljö är i många länder mer omfattande än i Finland, och det har planerats specifikt efter klienternas individuella och föränderliga behov. I synnerhet de stödtjänster som kan erhållas i vanliga bostäder omfattar modeller och verksamhetsätt som passar finländska förhållanden. Multiprofessionell verksamhet och mobila tjänster samt arbetsmetoder som har sin grund i socialpsykiatri är vanliga framför allt i Danmark, Holland och Sverige. Finlands intresse ligger hos en modell där multiprofessionella team flexibelt kan erbjuda hjälp i hemmiljö i enlighet med klienternas individuella behov och deras föränderliga situation. Detta grundar sig på tanken att stödet ska anpassas efter klientens situation och att klienten inte ska behöva flytta i olika livsskeden utan kunna bo i sitt stadigvarande hem. Finland kan också ta lärdom av de andra ländernas fokus på gemenskap och det sätt på vilket klienter inom psykiatrisk rehabilitering aktiveras att delta i samhället omkring dem och i den egna rehabiliteringsprocessen.</p>	
Nyckelord	Klienter inom psykiatrisk rehabilitering, boende, boendeservice, boendelösningar, stödtjänster för boende, stöd i vardagen	
Finansiär/ uppdragsgivare	Miljöministeriet	
	ISBN 978-952-11-4178-2 (PDF)	ISSN 1796-170X (online)
	Sidantal 102	Språk Finska
		Offentlighet Offentlig
Beställningar/ distribution	Publikationen finns tillgänglig endast på internet: www.ym.fi/julkaisut	
Förläggare	Miljöministeriet	
Tryckeri/tryckningsort och -år	Helsingfors 2013	

Maassamme on kehitetty mielenterveyskuntoutujien asumista valtakunnan tasolla viime vuosina ja työ jatkuu edelleen. Ympäristöministeriön rahoittamassa selvityksessä tarkastellaan mielenterveyskuntoutujien asumisen tilannetta ja erilaisia asumisratkaisuja seitsemässä maassa. Raportissa kuvataan Tanskan, Ruotsin, Hollannin, Italian, Australian, Englannin ja Uuden-Seelannin mielenterveyskuntoutujien asumisen ratkaisuja.

Näissä maissa mielenterveyskuntoutujien asumiskysymys on ratkaistu eri tavoin. Joissain maissa asuminen on osa valtion psykiatrista hoitojärjestelmää ja joissain taas kuntien sosiaalitoimen vastuulla. Yhteistä maille on psykiatrisen laitoshoidon purkamisen ja toisaalta pyrkimys luoda kevyempiä ja itsenäisen asumisen mahdollistavia asumisratkaisuja. Raportissa tuodaan esille erilaisia ratkaisuja ja esimerkiksi malli, jossa tukea on saatavilla kotiin joustavasti mielenterveyskuntoutujan yksilöllisten tarpeiden ja vaihtuvien tilanteiden mukaisesti. Tällaisen toiminnan laajentamiselle on Suomessa suuri tarve. Mielenterveyskuntoutujat ovat heterogeeninen ryhmä, jonka asumisen tarpeet vaihtelevat mm. iän, elämän tilanteen ja sairauden mukaan. Siksi tarvitaan yksilöllisiä asumisratkaisuja.



Ympäristöministeriö
Miljöministeriet
Ministry of the Environment

ISBN 978-952-11-4178-2 (PDF)
ISSN 1796-170X (verkkoj.)