

VÄYLIÄ OSALLISUUTEEN

Klubitalot ja muut yhteisövoimavaroja käyttävät kuntoutusmenetelmät mielenterveyspalvelujen uudistajina

Tiivistelmä

Raportissa tarkastellaan mielenterveyspolitiikan uudistumista, yhteisölähtöistä kuntoutumista, klubitalomenetelmää yhtenä sen sovelluksena sekä eräitä muita yhteisöllisiä tukimuotoja. Se on vuosina 2010–2012 toteutetun EMPAD-projektin tuotos. Hankkeen tavoitteena oli edistää aikuisten mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallista osallisuutta tukemalla heidän voimaantumista ja oppimista. Hanketta koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Suomesta. Muut kumppanit olivat Alankomaista, Espanjasta, Romaniasta, Ruotsista, Saksasta, Sloveniasta ja Yhdysvalloista. Hanke sai rahoitusta EU:n elinikäisen oppimisen ohjelmasta. Euroopassa toimi vuonna 2012 noin 85 klubitaloa 20 eri maassa, noin 30 maassa klubitaloja ei ole vielä käytettävissä. Muilla mantereilla toimi lähes 300 klubitaloa, joista noin 200 Pohjois-Amerikassa.

Selvitystyön aineistona oli noin 30 kansainvälistä mielenterveyspolitiikan kehittämissuosituksia 1990-luvulta alkaen, mielenterveysalaa koskevat vertailevat selvitykset, klubitalomenetelmää sekä eräitä muita yhteisöllisiä kuntoutusmuotoja koskevat tiedot ja tutkimukset sekä niitä ohjaavat arvot ja periaatteet. Aineisto analysoitiin kansainvälisten kehittämissuositusten osalta tunnistamalla niiden yhteisiä nimittäjiä, joita verrattiin yhteisöllisten kuntoutusmuotojen sisältöön ja periaatteisiin sekä kuntoutustieteen avainkäsitteisiin.

Pääasiallisia yhteisiä nimittäjiä olivat mielenterveyskuntoutujien ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen, yhtäläiset mahdollisuudet osallisuuteen, palvelujen käyttäjien oikeus osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon, yhteisö- ja avopalvelujen ensisijaisuus, mahdollisuus luoda uusia ihmissuhteita sekä voimaantumisen edistäminen. Kaikilla näillä on keskeinen merkitys klubitalotoimintaa ohjaavissa kansainvälisissä laatusuosituksissa, standardeissa. Monet niistä on myös tunnistettavissa muissa yhteisöllisissä kuntoutusmuodoissa. Klubitalomenetelmän erityisvahvuus on 25 vuoden kokemus klubitalojen kansainvälisen laadunhallinnan, koulutuksen ja sertifiointin kehittämisessä.

Lukuisten arviointitutkimusten perusteella klubitalomenetelmä on hyväksytty Yhdysvalloissa ja Suomessa näyttöön perustuvaksi hyväksi kuntoutumiskäytännöksi. Kaikissa pohjoismaissa ja Skotlannissa klubitalotoiminta on hyväksytty osaksi mielenterveyspalvelujen kansallista kehittämistä, kuten myös Saksan Baijerin ja Ylä-Itävallan osavaltioissa.

Raportin tärkein johtopäätös on, että mielenterveyspolitiikan tulisi perustua Maailman terveysjärjestön pyramidimallin sekä yhteisölähtöisen kuntoutuksen suuntaviivojen (CBR-guidelines) yhdistelmälle, jossa kuntoutujien voimaantumista vahvistetaan vertaistuellalla sekä monialaisella ja tasa-arvoisella yhteistyöllä. Klubitalotoiminnalle ja muille vastaaville palveluille tulisi määritellä selkeä rooli ja tehtävät kuntien ja alueiden mielenterveyspolitiikassa. Suomen päihde- ja mielenterveyspalvelujen MIELI – ohjelmassa (2009–2015) klubitalomenetelmä on suositeltu otettavaksi käyttöön koko maassa. Tavoitteen toteuttaminen vaatisi kuitenkin tehostettuja toimenpiteitä kunnissa ja alueellisissa mielenterveysorganisaatioissa. Vuoden 2012 lopussa oleva 26 klubitalon verkosto ei vielä riitä toteuttamaan asetettua tavoitetta.

Seuraavassa esitellään mielenterveysalan politiikkasuosituksia, niiden toteutusta ja tutkimustuloksia.

Yhteisöllisen mielenterveyspolitiikan kehittyminen

Mielenterveyspolitiikan suunnanmuutos käynnistyi toisen maailmansodan aikana ja sen jälkeen Pohjois-Amerikassa. Myöhemmin uusi suunta käynnistyi myös Länsi- ja Pohjois-Euroopassa ja Australiassa. Laitos- ja sairaalahoidon rinnalle ryhdyttiin kehittämään erilaisia yhteisö- ja avopalveluja. 1960-luvulta lähtien muutokset johtivat laitos- ja sairaalahoidon vähentämiseen tähtääviin mielenterveysalan reformeihin, jotka käynnistyivät eri aikoina eri maissa ja mantereilla. Ensimmäiset avohoidon mielenterveyskeskukset (community mental health centres, CMHC) ja yleissairaaloitten psykiatriset osastot avautuivat USA:ssa 1963. (Jenkins 2011).

1970-luvulla Italiassa (Trieste) käynnistynyt mielenterveysalan reformi on hyvä esimerkki uuden politiikan rantautumisesta Eurooppaan. Triestessä psykiatriset sairaalat lakkautettiin ja niitä korvaamaan kehitettiin erilaisia avopalveluja, tuettua asumista ja sosiaalista yritystoimintaa (WHO 2003a). Muutokset tapahtuivat hitaasti ja Euroopan maissa eri tahtiin. Kehitystä määrittävä piirre oli myös uudessa mielenterveyspolitiikassa lääketieteellisten toimintamallien (medical model) määräävä asema 1980-luvulle saakka, jolloin sen rinnalla alkoi vahvistua laajempi yhteiskunnallinen näkemys (social paradigm). 1990-luvulle tultaessa ihmisoi-keuksiin perustuva näkökulma alkoi ohjata vammaisuuteen ja pitkäaikaissairauksiin liittyviä poliittisia kehittämissuosituksia. (WHO 2010b: 15).

Mielenterveyspolitiikan reformien rinnalla klubitalemenetelmä psykososiaalisen kuntoutuksen muotona alkoi kehittyä 1940-luvun loppupuolelta alkaen New Yorkissa USA:ssa. Ryhmä entisiä mielisairaalapotilaita avasi vuonna 1948 Fountain House – nimisen klubitalon keskelle New Yorkin kaupunkia, josta kehittyi kaikkien myöhempien klubitalojen malli. 1970-luvulla klubitalemenetelmä levisi ensiksi USA:n eri osavaltioihin ja Kanadaan sekä vuodesta 1980 alkaen myös Eurooppaan (Propst 2003: 29–32).

Kansainvälisten organisaatioiden politiikkasuositukset

Vuosien 1990 – 2011 aikana hallitusten väliset kansainväliset järjestöt, kuten YK ja sen asiantuntijaorganisaatiot WHO, ILO ja UNESCO, Euroopan neuvosto ja Euroopan unioni julkistivat noin 30 politiikkasuositusta, suuntaviivoja tai asiantuntijaraporttia nopeuttaakseen mielenterveysalan uudistumista. Vuonna 2006 YK:n yleiskokous hyväksyi uuden vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden ihmisoikeuksia koskevan sopimuksen jäsenmaiden ratifioitavaksi. Euroopan unioni on ratifioinut tämän sopimuksen, joka kattaa myös mielenterveyskuntoutujat. Sopimus kehottaa jäsenvaltioita toteuttamaan kokonaisvaltaista hallinnonala- ja sektorirajat ylittävää moniammatillista ja osallistavaa politiikkaa. Vastaava laaja-alaisuus on johtavana ajatuksena muun muassa seuraavissa mielenterveysalaa koskevista politiikkasuosituksista:

- YK:n päätöslauselma mielisairaiden henkilöiden suojelun ja kohtelun periaatteista ja mielenterveyspalvelujen kehittämisestä (YK 1991);
- YK:n yleisohjeet vammaisten henkilöiden mahdollisuuksien tasa-arvon turvaamisesta (YK 1993);
- Maailman terveysjärjestön politiikkasuositus mielenterveyspalvelujen järjestämisestä (WHO 2003b);
- Euroopan neuvoston suositus mielisairaiden henkilöiden ihmisoikeuksien ja ihmisarvon turvaamiseksi (CoE 2004);
- Euroopan mielenterveyspolitiikan toimintasuunnitelma (WHO 2005b);
- Maailman terveysjärjestön yhteisölähtöisen kuntoutuksen suuntaviivat (WHO 2010).

Tärkeimmät kansainvälisten mielenterveysalan politiikkasuositusten yhteiset nimittäjät on luetteloitu seuraavassa:

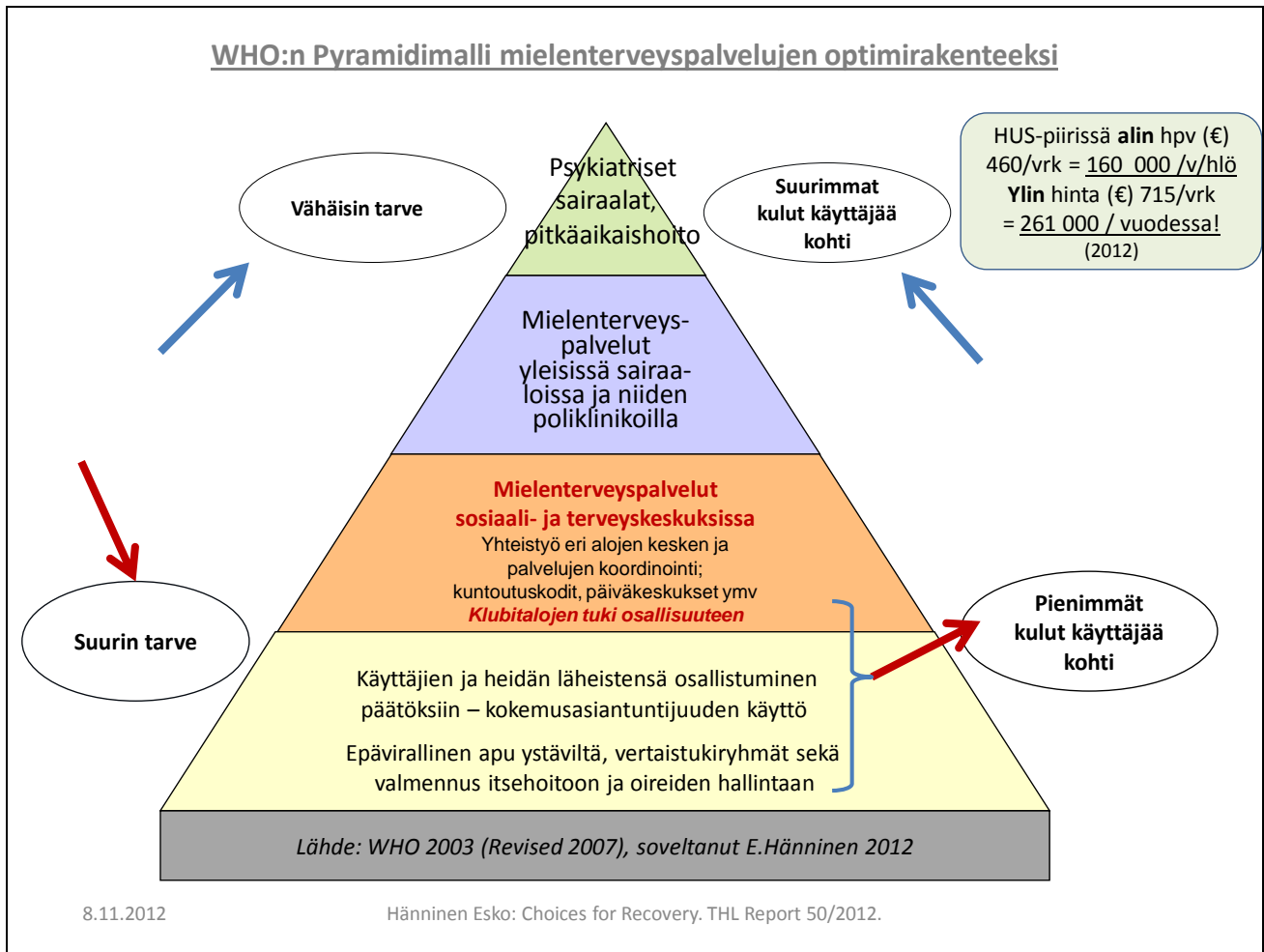
- Yhtäläiset mahdollisuudet toteuttaa ihmisoikeuksia ja vapauksia kaikissa toimintaympäristöissä;
- Mielenterveyskuntoutujille on järjestettävä mahdollisuus osallistua kaikkeen heitä koskevaan päätöksentekoon, palvelujen kehittäminen mukaan lukien;
- Kaikki diskriminointi- ja leimaamiskäytännöt on eliminoitava;
- Täysi osallistuminen asuinyhteisön eri toimintoihin sekä yhteiskunnallisen osallisuuden turvaaminen yhtäläisin perustein muiden kanssa;
- Oikeus tarpeenmukaisiin yleisiin palveluihin, kuten sosiaaliturvaetuuksiin, asumispalveluihin, terveydenhuoltoon, ammatilliseen valmennukseen ja koulutukseen sekä työllistymispalveluihin;
- Oikeus mielenterveyspolitiikkaan, joka perustuu optimaaliin yhteisö- ja avopalvelujen yhdistelmään ja johon sisältyy klubitalotoiminta ja muita vastaavia toipumista tukevia toimintoja;
- Yhteisöllisten kuntoutusmuotojen yhteistoiminnan järjestäminen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, koulutuksen, sosiaalitoimen, työllistymis- ja asumispalvelujen kanssa; sekä
- Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja omatoimisen elämän turvaaminen.

Jose M. Caldas de Almeida ja Helen Killaspy (2011: 16) kuvaavat vahvistuvaa kansainvälistä trendiä, jonka mukaan tiukka biolääketieteellinen tulkinta mielen sairauksista on korvautumassa laaja-alaisemmalla näyttöön perustuvalla näkemyksellä. Sen mukaan mielenterveyden häiriöt ovat seuraus monitahoisesta biologisten, psykologisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Siksi psykososiaalisen ja yhteisöllisen kuntoutumisen erilaisille toimintamalleille, joihin klubitalomenetelmä kuuluu, tulisi varata mielenterveyspolitiikassa nykyistä keskeisempi asema.

YK:n asiantuntijajärjestöjen suosittelema pyramidimalli

Maailman terveysjärjestö julkisti vuonna 2003 ensimmäisen version mielenterveyspalvelujen optimaaliksi yhdistelmäksi. Vuonna 2007 se nimettiin *WHO:n pyramidimalliksi*. Pääviesti on, että suurin osa mielisairaaloiden hoitokäytännöistä on korvattavissa kehittämällä erilaisia yhteisöllisiä avopalveluja kuntoutujien omassa elinympäristössä (WHO 2007). Tosiasia on, ettei mainittu pyramidimalli ole vielä toteutunut yhdessäkään maassa (WHO 2001: 86; WHO 2011: 44). Ei myöskään Suomessa, jossa harvaan asuttu maa ja omaksettujen alueellisten ja paikallisten toimintakäytäntöjen hajonta vaativat erityistä huomiota ja innovatiivisia ratkaisuja (THL/SVT tilastoraportti 3/2012). Suurin osa voimavaroistamme on yhä keskittynyt psykiatriseen sairaalahoitoon.

Pyramidimalli tiivistää mielenterveyspolitiikan suositukset, joiden mukaan pääosa voimavaroista tulisi kohdentaa pyramidin alimpien ja keskikerrosten yhteisölähtöisten toimintamallien kehittämiseen ja käyttöön oton laajentamiseen. Pyramidimalli on itse asiassa kaksiolotteinen ”kolmiomalli”. Jotta se voisi kehittyä monitahoiseksi pyramidiksi, malli vaatii tuekseen WHO:n, ILO:n, UNESCO:n ja muiden kansainvälisten toimijoiden kehittämät yhteisölähtöisen kuntoutumisen CBR – toimintaohjeet (WHO et al 2010). Mielenterveyspalvelujen uudelleen strukturointi ”kolmiomallin” eri tasojen kesken vaatii rinnalleen yhteyksien luomisen ja yhteistyötä yleisen terveydenhuollon, koulutuksen ja elinikäisen oppimisen, toimeentulon, työn ja sosiaaliturvan, asumisen sekä osallistumismahdollisuuksien, oikeusturvan ja voimaantumista tukevien toimintojen kanssa. Mainitut tahot kattava yhteistoiminta ja koordinointi luovat ”kolmiomallista” aidon pyramidin.



Voimaantumiseen liittyvät keskeiset käsitteet

Voimaantuminen (empowerment): Perinteisesti mielenterveyskuntoutujia ei ole kuultu eikä heille ole annettu mahdollisuutta osallistua heitä koskeviin ratkaisuihin. He eivät ole päässeet vaikuttamaan myöskään palvelujen kehittämistä koskevien päätösten valmisteluun. Useimmissa maissa kuntoutujat ovat yhä syrjäytymisvaarassa ja heitä syrjitään monissa yhteyksissä. Voimaantumisteoria yhdistää yksilöiden hyvinvoinnin edellytykset yhteiskunnalliseen ja poliittiseen kontekstiin, eikä rajoitu yksinomaan lääketieteellisiin hoitosuhteisiin. (Chamberlin 1997; Fawcett et al. 1996; WHO 2010d). Voimaantumiskäsitteellä on erilaisia merkityksiä riippuen kontekstista, missä sitä käytetään. Yksilötasolla sillä viitataan positiivisesti henkilön valinnanvapauteen, vaikutusvalttaan oman elämän tapahtumiin eli itsemääräämisoikeuteen ja omatoimiseen elämään. Siitosen (1999) mukaan voimaantumisen synonyymi on sisäinen voiman tunne.

Voimaantumista tai sen puutetta voidaan analysoida myös asuinyhteisöjen, organisaatioiden ja palvelujärjestelmien tasolla, esimerkiksi voimaantumisen ja voimattomuuden ulottuvuuden avulla. Elisheva Sadan (2004: 13–14) erittelee kolme tasoa: henkilökohtaisen voimaantumisen, yhteisön voimaantumisen sekä organisaatioissa tapahtuvan ammattikäytäntöjen voimaantumisen. Kaikilla näillä tasoilla tapahtuvalla voimaantumisella tai voimattomuudella hän näkee myönteisiä ja/tai kielteisiä vaikutuksia koko paikallisyhteisön yleisiin kehitysedellytyksiin.

Mielen hyvinvoinnin alueella voimaantumisteoria liittyy mielenterveyden käsitteen ihmisten keskinäiseen auttamiseen, luotettavuuteen, itseluottamukseen, ihmissuhteiden laatuun ja osallistumiseen arjen toimiin. Teoria ohjaa ajattelemaan ensisijaisesti ihmisten hyvinvointia, ei sairautta, toimintakykyä eikä vajuuksia, sekä ihmisen vahvuuksia eikä heikkouksia. Voimaantumistutkimus on keskittynyt tunnistamaan ihmisten kykyjä ja kehityspotentiaalia. (Perkins & Zimmerman 1995: 569). Voimaantunut mielenterveyskuntoutuja kykenee tekemään itsenäisiä ratkaisuja ja päättämään omista asioistaan, hänellä on mielipiteitä ja kyky dialogiin, johon muiden osapuolten on myös osallistuttava (WHO 2004; WHO 2010c). Yksilöinä meillä kaikilla on *voimaantumis - voimattomuus – profiili*, joka muuttuu elämän kokemuksiin ja koettelemuksiin perustuen elämänkaaren ja eliniän eri vaiheissa.

Yhteisölähtöinen kuntoutus (community-based rehabilitation, CBR) parantaa niiden ihmisten elämänlaatua, joilla on yksilöllisiä tai yhteisön voimavaroihin liittyviä erityisiä tarpeita. Sen avulla pyritään kehittämään yhteiskunnallisia palveluja ja muita voimavaroja, joita tarvitaan erityisten tarpeiden täyttämiseksi. Tähän pyritään kehittämällä tasa-arvoisia toimintamahdollisuuksia kaikille erityistä tukea tarvitseville sekä suojelemalla heidän ihmisoikeuksiaan. Yhteisölähtöisen kuntoutumisen peruserä on palvelun käyttäjien ja heidän perheidensä osallistaminen kaikkeen kehittämiseen (Helander 1993: 8). YK:n erityisjärjestöt ILO, WHO and UNESCO ovat kehittäneet yhteisölähtöistä kuntoutusta 1980-luvulta lähtien ja julkaisseet erilaisia CBR-dokumentteja muun muassa 1990-luvulla sekä vuosina 2003 ja 2004. CBR-ohjeet ja käsikirjat julkaistiin lokakuussa 2010. Ne ovat sovellettavissa erilaisiin olosuhteisiin sekä kehittyneissä että kehittyvissä maissa. Erityiset mielenterveyskuntoutujien tarpeita varten suunnitellut ohjeet sisältyvät käsikirjojen täydennysosaan. (WHO 2010d: 3-20). CBR-ohjeet noudattavat YK:n yleiskokouksen vuonna 2006 hyväksymää uutta vammaisten oikeuksien sopimusta, joka tuli voimaan vuonna 2008.

Toipumista tukevat mallit (recovery approaches): Palvelujen käyttäjien oman päätösvallan ja yksilöllisten toipumisprosessien tukeminen ovat tulleet 2010 – luvulla mielenterveyspalvelujen kehittämissä politiikan keskiöön. Toipumisteoriat perustuvat eri yhteyksissä todennettuihin havaintoihin, joiden mukaan mielenterveyskuntoutujilla on samanlaiset tarpeet, toiveet ja odotukset kuin kaikilla muilla ihmisillä (esimerkiksi koulutus- ja työllistymismahdollisuuksien, asumisen, ihmissuhteiden vaalimisen ja vapaa-ajan osalta). Toipumista tukevassa palvelujärjestelmässä käyttäjät otetaan mukaan kaikkeen päätöksentekoon *täysivaltaisina kumppaneina* (full partners), mukaan lukien heitä itseään koskevista palveluista päättäminen. Raportissa kuvataan keskeinen sisältö muun muassa Skotlannin toipumismallista, Yhdysvaltain toipumista koskevasta konsensus-lausumasta, koko henkilön huomioon ottavasta toipumismallista, toipumispääomamallista, sekä Fountain house - klubitalomentelmästä. Tarkastelun ulkopuolelle on rajattu lääketieteellisesti orientoituneet toimintamallit. (Bradstreet 2004; Connor 2004; Dorner 2006; Coutts 2007; McCormack 2007; Daddow & Broome 2010).

Sosiaalinen pääoma (social capital): Lukuisissa tutkimuksissa on tunnistettu positiivinen riippuvuussuhde sosiaalisen pääoman ja mielenterveyden välillä. Sosiaalisella pääomalla on vastaava myönteinen riippuvuus monien muiden mielenterveyteen liittyvien tekijöiden kanssa. Yhteisöissä joissa sosiaalinen pääoma vahvistuu, sosiaalisen turvallisuuden taso paranee, yksinäisyys ja eristyneisyys vähenevät, rikollisuutta esiintyy vähemmän, koulusuoritukset ja koulutustaso ovat paremmat ja myös työsuoritukset ovat parempia kuin alhaisen pääoman yhteisöissä. Sosiaalisen pääoman tärkeimmät tunnusmerkit ovat: ihmisten välinen verkostoituminen, vapaaehtoistoiminnan runsaus, kansalaisaktiivisuus, osallistumisaktiivisuus, henkilöiden välisten suhteiden hyväksikäyttö, paikallisen identiteetin muodostuminen, yhteenkuuluvuuden tunne, solidaarisuus, tasa-arvoiset mahdollisuudet ja yleinen luottamus ja luotettavuus yhteisössä. Sosiaalinen pää-

oma ilmenee kolmella tavalla: yhteydet ihmisten välisten heikkojen siteiden avulla (tuttavuussuhteet), yhteydet vahvojen yhdysiteiden avulla (ystävyyssuhteet, tavoiteyhteisöt, urheilujoukkue), sekä yhteydenpito vahvojen ulkoisten suhteiden avulla tahoihin, jotka voivat myötävaikuttaa yhteisön kehitykseen (Lehtinen 2008; Putnam 1995; Woolcock 1998). Klubitalojen toimintayhteisöissä käytetään hyväksi kaikkia kolmea sosiaalisen pääoman muotoa, jotka yhdessä tukevat jäsenten toipumista ja kuntoutumista.

Yhteiskunnallinen koheesio eli yhteisöjä koossapitävä voima (social cohesion) perustuu ryhmään, yhteisöön, organisaatioon tai yhteiskuntaan kuuluvien ihmisten haluun ja motivaatioon työskennellä yhdessä saavuttaakseen yhteiset tavoitteet. Mitä enemmän yhteisössä on havaittavissa yhteiskunnallista koheesiota, sitä monimuotoisempaa ja runsaampaa on myös ihmisten välinen yhteistoiminta. Koheesiota voidaan lisätä tai heikentää monin tavoin: ihmisten aktiivisuus yhteistyösuhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä vahvistaa sosiaalista pääomaa ja yhteisön kulttuurista arvoperustaa. Eripuran vallitessa myös päinvastainen kehitys on mahdollinen. Kansalaisjärjestöissä ja kunnallishallinnossa noudatettavat toimintapoliittiset linjaukset ja päätökset voivat parhaimmillaan vahvistaa koheesiota tai pahimmillaan tuhota sitä. Koko yhteiskunnan tasolla toteutettavat yhteiskuntapoliittiset linjaukset ja ratkaisut vaikuttavat joko myönteisesti, neutraalisti tai kielteisesti eri tasoilla toimivien yhteisöjen ja ryhmien koheesion kehittymiseen. Riittävä koheesio, koossapitävä vetovoima on välttämätön myös tuloksellisille kuntoutusyhteisöille kuten mielenterveyskuntoutujien klubitaloille.

Yhteiskunnallinen osallisuus (social inclusion) – syrjäytyminen (social exclusion): Osallisuudella kuten sen vastakohtalla syrjäytymisellä eli osattomuudella on monta ulottuvuutta kuten esteettömyys, yhteisyyssuhteet ja voimaantumisen. Esteettömyys sisältää pääsyn julkisiin ja yksityisiin tiloihin sekä etäisyydet niihin. Yhteisyyssuhteet muodostuvat tunnesiteistä, ihmisten huomioon ottamisesta ja yhteisvastuusta. Voimaantumista on jo käsitelty edellä. Osallisuus on eräs yhteiskunnallisen koheesion komponentti ja se on tasa-arvoa edistävän politiikan tuotos (Jeannotte 2008: 2-3). Malcolm Shookner (2002) on kehittänyt käsitteen *osallisuuslinssi (inclusion lens)*. Hänen mukaansa ihmiset voivat kokea osallisuutta tai syrjäytymistä muun muassa perheessä, naapurustossa, kouluyhteisössä, työmarkkinoilla ja muissa yhteisöissä. Osallisuutta ja syrjäytymistä voidaan tarkastella suhteessa kulttuurisiin, taloudellisiin ja toiminnallisiin tekijöihin, sekä osallistumisaktiivisuuteen, fyysisiin ominaisuuksiin, poliittisiin ja rakenteellisiin tekijöihin ja ihmissuhteisiin. Kaikki ulottuvuudet tai tekijät koostuvat useista elementeistä. Osallistumislinssin ”läpivalaisun” avulla jokaisen henkilön *osallisuusprofiili* voidaan kuvata arvioimalla henkilön asemoituminen kunkin ulottuvuuden suhteen. Osallisuusprofiilin ymmärtäminen ja hyödyntäminen on tarpeen kaikissa yhteisöllisen kuntoutumisen menetelmissä, klubitalot mukaan lukien. Niiden tavoitteena on kuntoutujien yhteiskunnallisen osallisuuden edistäminen.

Yhteiskunnallinen integraatio (social integration) on Jeannotten (2008: 6-7) mukaan prosessi, jossa kehitetään vakaita, turvallisia ja oikeudenmukaisia yhteiskuntia ja yhteisöjä, jotka perustuvat toimintansa ihmisoi-keuksien edistämiseen ja suojeluun, sekä syrjimättömyyteen, erilaisuuden kunnioittamiseen, mahdollisuuksien tasa-arvoon, yhteisvastuuseen, turvallisuuteen ja kaikkien ihmisten osallisuuteen. Eryityisesti tämä koskee muita heikommassa ja haavoittuvassa asemassa olevia ihmisryhmiä ja yhteisöjä. Tutkimustulokset ovat toistuvasti osoittaneet, että yhteiskunnallinen huono-osaisuus liittyy kasvavaan riskiin sairastua erilaisiin mielen sairauksiin.

Klubitalomenetelmä voimaantumisen ja osallisuuden edistäjänä

Klubitalot psykososiaalisen ja yhteisöllisen kuntoutuksen menetelmänä saivat alkunsa Fountain House –nimisestä yhteisöstä, maailman ensimmäisestä klubitalosta, joka perustettiin New Yorkissa vuonna 1948. Alusta lähtien Fountain House on toiminut esimerkkinä ja innovaatiomallina kaikille myöhemmin eri puolilla maailmaa perustetuille klubitaloille. Klubitalomalli on kehitetty ensisijaisesti mielenterveyskuntoutujien tukijärjestelmäksi, joka täydentää mielenterveysalan muita palveluja. Klubitalot tarjoavat kuntoutuja-jäsenilleen toivoa, vertaistukea ja kehittävää toimintaa, jotka tukevat jäseniä saavuttamaan heidän omat yksilölliset kehitysmahdollisuutensa. Klubitalot ovat osoittaneet, että mielisairauksista voi toipua ja että klubitalojen jäsenet voivat viettää normaalia elämää.

Klubitalojen kansainvälinen kehittämiskeskus (International Centre for Clubhouse Development, ICCD) on koordinoinut klubitalojen kehittämistä maailmanlaajuisesti vuodesta 1994 lähtien. Siihen saakka kansainvälisen kehityksen tukemisesta huolehti Fountain House, New York. Syksyllä 2012 oli maailmanlaajuisesti toiminnassa noin 350 ICCD:n jäsenklubitaloa. Euroopassa toimi 85 klubitaloa 20 maassa. Eurooppalaista klubitalokehitystä vauhdittamaan perustettiin vuonna 2011 Euroopan klubitalojen kehittämiskumppanuus (European Partnership for Clubhouse Development, EPCD), joka tukee ICCD:n kehittämisstrategian toteutumista Euroopassa. Noin 30 Euroopan maassa ei ole vielä klubitaloja.

Syksyllä 2012 päättyneen EMPAD-projektin kumppanimaisissa Espanjassa, Hollannissa, Sloveniassa, Romaniassa ja Suomessa avataan uusia klubitaloja lähivuosina. Tiedossa on että myös Italiassa, Norjassa, Puolassa ja Ranskassa on vireillä uusien klubitalojen perustamissuunnitelmia. Euroopan talouskriisi kuitenkin hidastanee kehitystä. Kiinnostus klubitalomallia kohtaan kasvaa myös entisen Neuvostoliiton alueella - ensimmäiset klubitalot on avattu Venäjän ohella myös Valko-Venäjällä ja Kazakstanissa.

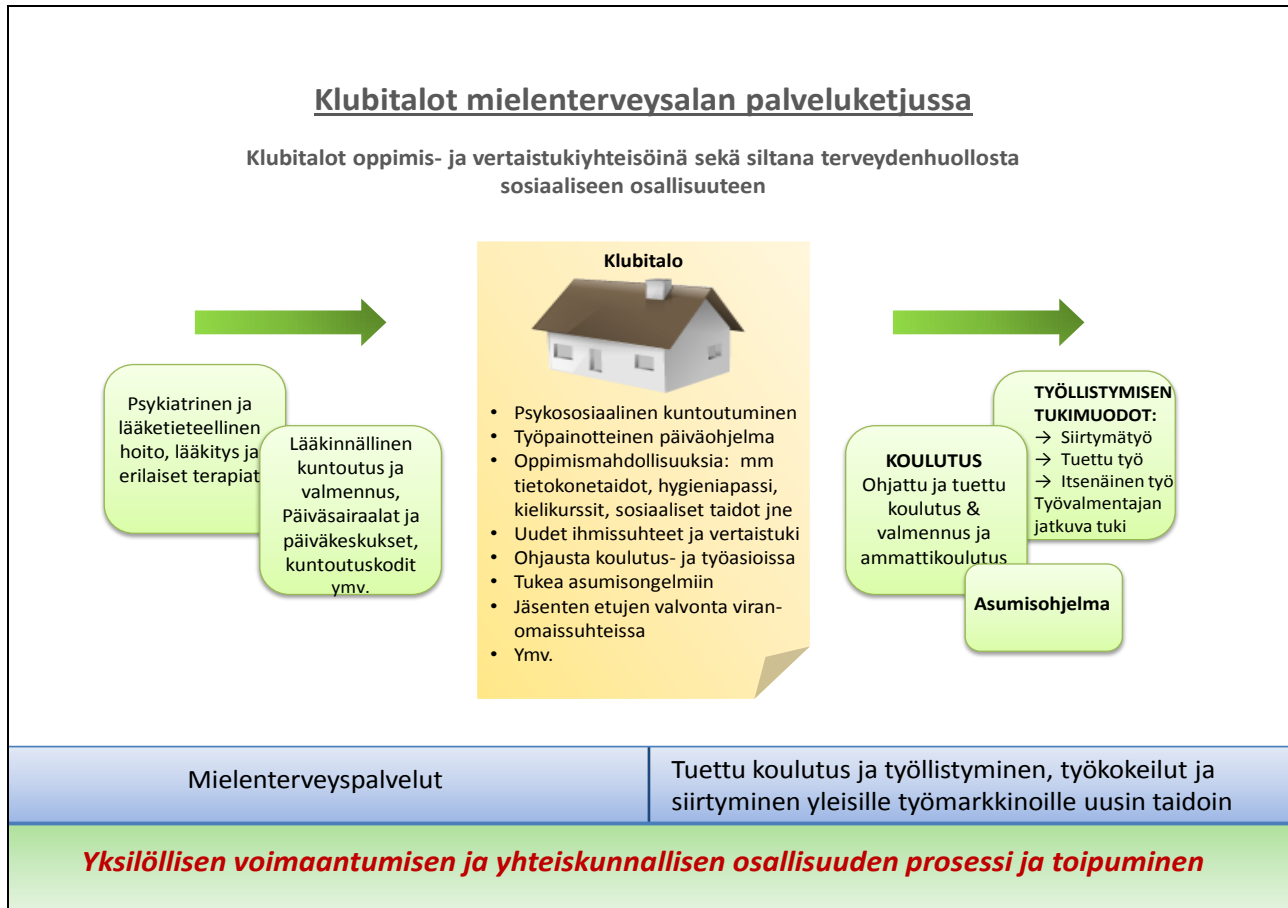
Klubitalojen kansainväliset laatusuosituksset (International Standards for Clubhouse Programs), kansainvälinen koulutus ja sertifiointijärjestelmä ovat klubitalomenetelmän laadunhallinnan kulmakiviä. Klubitalojen laadunhallinnalla ja sertifiointilla on jo 25 vuoden kokemus ja niitä kehitetään edelleen vuosittain ”avoimen dialogin” pohjalta. Klubitalomenetelmä on laadunhallintajärjestelmän ansiosta yksi mielenterveysalan edelläkävijöistä.

Keskeinen piirre klubitalojen kansainvälisissä laatusuosituksissa on, että niiden klubitalotoimintaa ohjaavat periaatteet noudattavat varsin laajasti yhteisölähtöisen kuntoutuksen CBR-ohjeita (WHO et al 2010). Klubitalojen toiminta on monipuolista: työpainotteinen päiväohjelma siihen sisältyvine työtehtävineen on toiminnan ”selkäranka”, vertaistukea on käytettävissä kaikessa toiminnassa, opintoihin ja opiskeluihin liittyvä tuki ja yhteistyö oppilaitosten kanssa on tarjolla niitä haluaville, uuden oppimisesta kiinnostuneiden jäsenten on mahdollista osallistua hygieniapassi-koulutukseen, ATK-valmennukseen ja kielikursseihin. Lisäksi klubitalon jokainen tehtävä ja työpiste tarjoavat jäsenille mahdollisuuden uusien asioiden opiskeluun ja harjoitteluun.

Työelämäyhteyksiä klubitalot pitävät yllä siirtymätyöohjelman, tuetun työllistymisen ohjelman ja itsenäisen työllistymisen tukemisen avulla. Tarvittaessa jäseniä tuetaan asuntopulmien ratkaisemisessa ja muussa viranomaisasioinnissa. Klubitaloilla on myös ilta-, viikonloppu- ja muuta virkistystoimintaa. Kaiken muun ohella järjestetään myös yleistä terveyttä ja mielenterveyttä edistävää toimintaa.

Klubitalot eivät ole erillisiä saarekkeita, vaan täydentävät mielenterveyspalvelujen kokonaisuutta. Seuraava kaavio kuvaa kaavamaisesti klubitalomenetelmän asemoitumista osaksi paikallista, seudullista tai alueellista mielenterveyspalvelujen palveluketjua. Klubitalot toimivat kuntoutujien toipumista tukevana oppimis- ja vertaistukiyhteisöinä sekä siltana terveydenhuollon palvelujärjestelmästä yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja voimaantumiseen. Klubitaloilla on monipuolista yhteistoimintaa muun muassa koulutustahojen, asuntoviranomaisten, sosiaalitoimen ja työllisyysviranomaisten sekä yritysten ja työnantajien kanssa.

Klubitalojen rooli alueellisessa ja paikallisessa mielenterveyspolitiikassa



Klubitalomenetelmän vaikuttavuutta on tutkittu monissa maissa - myös Suomessa

Tutkimustuloksiin nojaten USA:n päihde- ja mielenterveyshallinto (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMSHA) on hyväksynyt klubitalomenetelmän näyttöön perustuvaksi hyväksi käytännöksi (<http://www.nrepp.samhsa.gov/>). Myös Suomessa klubitalomalli on tunnistettu Stakesissa ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa hyväksi ja suositeltavaksi kuntoutuskäytännöksi viitaten lukuisiin viime vuosien seuranta- ja arviointitutkimuksiin (<http://www.sosiaaliporssi.fi/fi-FI/hyakaytanto/kuvaus/?PracticeId=7b66e441-fd65-4c39-8be4-cd7f15c28908>). Kaikissa pohjoismaissa ja Skotlannissa klubitalotoiminta on hyväksytty osaksi mielenterveyspalvelujen kehittämistä, kuten myös Saksan Baijerin ja Ylä-Itävallan osavaltioissa. Myös monissa USA:n osavaltioissa ja Kanadan territorioissa klubitalomenetelmä on alueen mielenterveyspolitiikan osa.

Kansainvälisten, muualla kuin Pohjoismaissa tehtyjen arviointitutkimusten keskeiset tulokset osoittavat, että osallistuminen klubitalojen toimintaan (McKay 2011):

- edistää jäsenten toipumista;
- edistää hyvinvointia ja yleistä terveydentilaa;
- vähentää merkittävästi psykiatristen sairaalapaikkojen ja muiden terveyspalvelujen käyttöä;
- tukee menestyksellä jäsenten motivaatiota opiskeluun ja työllistymiseen; sekä
- klubitalot ovat kustannustehokkaita sijoituksia rahoittajilleen.

Pohjoismaissa tehtyjen klubitalotutkimusten tuloksia on käytettävissä Ruotsista, Tanskasta ja Suomesta. **Tanskassa** tehtyjen tutkimusten tuloksia julkaistiin vuonna 2011 (Hoejmark, Rosendal Jensen & Langager 2011; Konsulentfirmaet KX, 2011):

- Seitsemän klubitaloa kattava tutkimus päättyi tulokseen, että enemmistölle jäsenistä klubitalot olivat hyvin toimiva kuntoutumis- ja toipumisympäristö;
- klubitalojen menestys perustuu sellaisten olosuhteiden ja tukirakenteiden tarjoamiseen jäsenille, joiden puitteissa toipuminen, henkilökohtainen muutos, oppiminen ja kehitys ovat mahdollisia;
- jäsenet kokivat olevansa klubitaloissa odotettuja, haluttuja ja tarpeellisia, mikä ylläpiti heidän motivaatiotaan.
- Toisessa vain Vejlen kunnan klubitaloa koskevassa tutkimuksessa päätulos oli, että osallistuminen klubitalon toimintaan vähensi merkittävästi sekä sairaala- että avopalvelujen käyttöä säästäten siten kunnan voimavaroja;
- osallistumisella oli myös positiivisia vaikutuksia jäsenten hyvinvointiin, toipumiseen, taitoihin ja sosiaalisiin vuorovaikutustaitoihin;
- tutkimuksessa saatiin näyttöä Vejlen klubitalon kustannustehokkuudesta, mistä johtopäätöksenä klubitalo todettiin Vejlen kunnalle kannattavaksi investoinniksi;
- Klubitalotoimintaa suositeltiin molemmissa tutkimuksissa laajempaan käyttöön Tanskassa.

Ruotsissa vuonna 1997 tehdyssä väitöskirjatutkimuksessa keskityttiin toisaalta klubitaloliikkeen (clubhouse movement) perusominaisuuksiin ja toisaalta parin ruotsalaisen klubitalon analysointiin (Meeuwisse 1997):

- tulokset osoittivat että klubitalo oli jäsenilleen ystävyyden talo ja paikka missä he voivat vahvistaa omaa identiteettiään;
- organisaationsa ja ohjaavien periaatteiden vuoksi klubitalo tuottaa jäsenilleen yhteisöllisyyden tunteen, tasa-arvon kokemuksia ja työvalmiuksia tai muuta mielekästä tekemistä.

Suomessa rahoittajataho (RAY) on tilannut jo neljä klubitalotoiminnan arviointia, joiden raportit on julkaistu vuosina 2000, 2004, 2006 ja 2009. Lisäksi yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijat ovat tehneet opinnäytetutkimuksia ainakin kymmenestä Suomen klubitalosta.

Seuraavassa keskitytään kuvaamaan vuonna 2009 julkaistun toistaiseksi laajimman monimetodisen tutkimuksen tuloksia. Se kattoi yhteensä 18 suomalaista klubitaloa. Tutkimuksen aineistot kerättiin vuosina 2004–2008 ja sen toteuttivat Kuntoutussäätiön tutkimusyksikkö yhdessä Stakesin (myöhemmin THL) terveystaloustieteen yksikön kanssa.

Tulokset osoittavat että osallistuminen klubitalojen toimintaan (Hietala-Paalasmaa et al 2009: 122–127, 139–140):

- edistää jäsenten toipumista,
- vähentää sairaala- ja muiden palvelujen käyttöä, uusien jäsenten sairaalahoitopäivät vähenivät seuranta-aikana 75 %, myös avopalvelujen käyttö väheni. Yksinomaan avohoitoa käyttäneiden käyttösuoritteet vähenivät 25 % seuranta-aikana (13,5:stä 8,8:aan), myös pitkäaikaisjäsenillä avohoidon käyttösuorite oli samalla alemmalla tasolla, mikä viittaa osallistumisen pitkäaikaisiin vaikutuksiin, erot olivat molempien ryhmien osalta tilastollisesti merkitseviä;
- edistää hyvinvointia ja yleistä terveydentilaa;
- tukee jäsenten motivaatiota uusien taitojen oppimiseen, opintojen jatkamiseen ja työllistymistä yleisille työmarkkinoille;
- klubitalotoiminnan keskeinen vahvuus on sen yhteisöllisyydessä, mikä mahdollistaa psyykkiseen sairauteen liittyvien kokemusten jakamisen ja avuttomuuden kehästä vapautumisen;
- sairauden kroonistuessaakin klubitaloyhteisössä jäsen voi kokea itsensä arvokkaana ja hyödyllisenä, voi olla oma itsensä sellaisena kun on ja saa tarvittaessa tukea ja apua arjen haasteisiin;
- klubitalot ovat kustannustehokkaita kannattavia sijoituksia rahoittajilleen, ne tuovat säästöjä muiden palvelujen vähenevän käytön muodossa.
- klubitalotoiminta ei kuitenkaan tyydytä kaikkien jäsenten tarpeita ja odotuksia, ns. heikkenevän orientaation jäsenille tarvitaan muita vaihtoehtoja, mutta myös klubitalojen toimintaa tulisi kehittää, jotta ne pystyisivät vastaamaan paremmin erkaantuvien jäsenten tarpeisiin.

Myös Nääppä & Rantanen (2009) havaitsivat tutkimuksessaan klubitalon toiminnan kehittämistarpeita. Monet toiminnasta erkaantuneet jäsenet olivat löytäneet muita kanavia rakentaakseen sisältöä ja toiminnallisuutta elämäänsä. Klubitalon työtehtävien määrää ja laatua pidettiin osin puutteellisina, jäsenten omia osaamisalueita ja tavoitteita ei osattu hyödyntää riittävästi, ja jotkut kokivat vertaistuen ja muun avun ja ohjauksen riittämättömäksi.

Merkillepantava on, että sekä kansainväliset tutkimukset sekä pohjoismaissa suoritettut tutkimukset ovat päätyneet samankaltaisiin toisiaan vahvistaviin arviointituloksiin. Päättöksentekijöiden kannalta keskeisimmät ovat yhtäpitävät tulokset klubitalotoimintaan osallistumisen positiivisista vaikutuksista kuntoutujien toipumiseen, osallisuuden lisääntymiseen sekä sairaala- ja avopalvelujen käytön merkittävään vähenemiseen. Tulos osoittaa, että klubitalomenetelmän käyttöönotto on rahoittajilleen kannattava sijoitus, ei pelkkä kustannuserä.

Suomalaisten tutkimusten lopputulema on, että mielenterveyskuntoutujien klubitaloilla on selkeä ja tärkeä merkitys – myös talouden näkökulmasta – mielenterveyspalvelujen osana ja järjestelmän tuottamien palvelujen täydentäjänä (Hietala-Paalasmaa et al 2009; s. 141).

Johtopäätökset ja suositukset

Pääasialliset johtopäätökset, jotka perustuvat edellä kuvatun ”Choices – raportin” analyysiin ja arviointeihin, voidaan tiivistää seuraaviin havaintoihin ja suosituksiin:

- Suositeltavin mielenterveyspolitiikan kehittämisstrategia tulisi perustaa WHO:n pyramidimallin ja yhteisölähtöisen kuntoutuksen suuntaviittojen yhdistelmälle, jonka toimeenpanoa ohjaa yli sektori- ja ammattikuntarajojen ulottuva yhteistyö ja koordinointi.
- Huolimatta usean vuosikymmenen ponnisteluista yhdessäkään Euroopan maassa ei ole tunnistettavissa mielenterveyspalvelujen moniammatillista ja monialaista yhteistyötä toteuttavaa, pyramidimallin mukaista palveluyhdistelmää. Lähinnä tätä tavoitetta on Italian mielenterveyspalvelujen järjestelmä.
- Useimmissa Euroopan maissa pääosa mielenterveysalan voimavaroista on sitoutunut sairaaloiden ylläpitämiseen. Paikallisyhteisöjen avopalvelut ovat alikehittyneitä tai puuttuvat lähes kokonaan. WHO:n mukaan Eurooppa on yhä maailman johtava psykiatrisen sairaalahoidon manner. Tämä on yhteisölähtöisten tuki- ja kuntoutuspalvelujen kehittämisen tärkein ”pullonkaula”.
- Internetissä suoritettu nettikysely osoitti, etteivät päätöksentekijät ja alan ammattilaiset tunteneet kovin hyvin kansainvälisiä, hallitusten välisten organisaatioiden hyväksymiä mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksia. Tarvitaan lisää ”ylhäältä – alas” viestintää sekä horisontaalista vuorovai- kutusta päätöksentekotahojen kesken mielenterveyspolitiikkaa koskevien suositusten toteuttami- seksi käytännössä; myös Suomessa tähän tulisi kiinnittää erityistä huomiota.
- Mielenterveysalan henkilöstövoimavarojen erot Euroopan maiden välillä ovat suunnattoman suu- ret, mitä ei voida pitää hyväksyttävänä. Tämä on toinen ”pullonkaula” monien maiden yhteisöläh- töisten palvelujen kehittämiseksi. Esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa sekä koulutettujen psykiatrien että alalle koulutettujen hoitajien määrä ovat Euroopan korkeimmat – sopii kysyä käytämmekö omat voimavaramme optimaalisella tavalla?
- Monissa maissa – myös Suomessa – suoritetuissa tutkimuksissa on saatu näyttö siitä, että mielen- terveyskuntoutujan osallistaminen klubitalon toimintaan vähentää merkittävästi sekä sairaala- että avopalvelujen käyttöä, mikä tuottaa säästöä rahoittavalle kunnalle. Säästö vielä ”tuplaantuu” koska yhdistysmuotoiset klubitalot saavat keskimäärin 50 %:n rahoituksen raha-automaattien voittova- roista. MIELI – ohjelman (2009–2015) mukaan klubitalotoiminta tulisi laajentaa koko maahan osak- si seudullisia palveluja. Klubitalot toteuttavat myös tuetun työllistymisen menetelmää, jota myös on suositeltu otettavaksi käyttöön valtakunnallisesti.
- Väyliä osallisuuteen – raportti sisältää myös käytännön ehdotuksia siitä, miten edellä kuvattu py- ramidimalli ja yhteisölähtöisen kuntoutuksen suositukset voidaan toteuttaa käytännössä kustan- nustehokkaasti rahoittajakunnille säästöä tuottaen.
- Suomessa haasteena on lisäksi alueiden välisten erojen vähentäminen sairaalapalvelujen ja avopal- velujen käytössä, sekä yhteisölähtöisten kuntoutumispalvelujen saatavuudessa. Eroja voidaan lie- vittää laajentamalla klubitalojen verkostoa kaikki Suomen seutukunnat kattavaksi!

LÄHDEVIITTEET OVAT KOKO RAPORTIN LIITTEENÄ:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80493/URN_ISBN_978-952-245-694-6.pdf?sequence=1

Hänninen E: Choices for Recovery: Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms. THL report 50/2012. Juvenes Print – Tampere University Print Oy. Tampere.