

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat HUS-alueen asumispalveluissa

KRISTIINA KUUSSAARI & ANJA HOTTINEN & MARJUT VASTAMÄKI

Johdanto

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat tarvitsevat usein tukea asumisessaan. Taustalla saattaa olla esimerkiksi asuntopula ja taloudelliset vaikeudet. Asumispalveluiden tarve saattaa syntyä myös asiakkaan alentuneesta toimintakyvystä. (Saari 2015.) Mielenterveys- ja päihdepalveluita on viime vuosina kehitetty systemaattisesti avopalvelupainotteiseen suuntaan (esim. Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009). Psykiatrian pitkäaikaisen laitoshoidon määrä on vähentynyt selvästi viimeisen vuosikymmenen aikana, ja samantyyppinen kehitys on havaittavissa myös päihdepalveluissa (Peruspalveluiden tila 2014; Kuussaari & al. 2012). Avopalvelut eivät ole kuitenkaan pystyneet vastaamaan siihen kysyntään, jonka laitospalveluiden purkaminen on aiheuttanut. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien määrä onkin näiden rakenteellisten muutosten myötä kasvanut asumispalveluissa (Peruspalveluiden tila 2014). Havainnot ovat yhteneviä myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Priebe & al. 2009; de Heer-Wunderink & al. 2012; Fakhoury & al. 2002).

Suomessa erilaisten asumispalveluiden määrä on viime vuosina kasvanut myös pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelmien ansiosta. Asunnottomuusohjelmien yksi peruste on ollut laitoshoidon kustannusten vähentäminen tarjoamalla räätälöityjä asumispalveluita kuntoutujille. Ohjelmien kantava voima on ollut asunto ensin -periaate, jonka mukaan asunnottomalle pyritään ensimmäisenä järjestämään asunto ja vasta sitten puutu-

taan mahdollisiin muihin ongelmiin. Kansainvälisen arvion mukaan kokonaisvaltainen asunnottomuusohjelma on toiminut hyvin. (Pitkäaikaisasunnottomuuden... 2015; Karjalainen & Nordling 2015.)

Asumispalveluyksiköistä tiedetään kuitenkin suhteellisen vähän. Tutkimusten mukaan muun muassa asumisen laadussa, hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa, kuntoutumisen tukemisessa sekä asiakkaiden inhimillisessä kohtelussa saattaa olla puutteita (Sohlman & Puotiniemi 2015; Salo 2010; Salo & Kallinen 2007). Lisäksi on havaittu, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa asiakkaiden somaattiset sairaudet saattavat jäädä mielenterveys- ja päihdeproblematiikan taustalle, koska henkilökunnalla ei ole tähän liittyvää osaamista (Järvi & Silberberg 2015; Happel & al. 2013). Juho Saari (2015) on todennut, että asumispalveluiden asiakkaat ovat monella tapaa tarkasteltuna yhteiskunnan huono-osaisimpia. Asumispalveluissa tarjottava sosiaalinen tuki on kuitenkin asukkaalle tärkeää, ja se korvaa useita muita epävirallisen ja virallisen tuen muotoja ja luo uskoa tulevaisuuteen.

Suomessa asumispalveluita tuottavat sekä julkiset, yksityiset että kolmannen sektorin toimijat. Keskustelun kohteena ovat kuitenkin olleet etenkin yksityisten palvelutuottajien tuottaman hoidon riittävyys sekä asukkaiden kuntoutumisen edellytykset. Ongelmana on nähty muun muassa se, että asumispalveluiden toiminnan ja laadun valvonnalle ei ole ollut yhteisiä kriteerejä (Peruspalveluiden tila 2014). Timo Sinervo kollegoineen (2010) on tutkinut ikäihmisille tarkoitettujen, eri tavoilla tuotettujen asumispalveluiden eroavuuksia. Tutkimuksen mukaan toimintayksiköiden asiakasrakenteissa ja kustannuksissa oli eroja. Vaikka palvelut erosivat joiltakin osin toi-

Artikkeli on syntynyt REFINEMENT-hankkeen ja Päihheet Mielessä -hankkeen yhteistyönä. REFINEMENTin rahoitus on EU:n seitsemännestä puiteohjelmasta, vuonna 2014 päättyneen Päihheet Mielessä -hankkeen rahoittajina olivat Suomen Akatemia ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

sistaan, niitä ei ollut mahdollista asettaa paremmuusjärjestykseen. Ei voitu myöskään sanoa, että yksityiset asumispalvelut olisivat muita halvempia tai että niissä olisi enemmän hoidon laatuun liittyviä ongelmia kuin julkisissa tai kolmannen sektorin tuottamissa palveluissa.

Asumispalvelut jaetaan tuettuun asumiseen, palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. *Tuettu asuminen* on lähimpänä itsenäistä asumista. Asukkaalla on joko oma tai kunnan osoittama asunto, jonne hänen tarvitsemansa asumisen tuki tuodaan. Asukas pärjää kohtuullisen pienellä tuella ja kontaktit henkilöstöön ovat ennalta sovittuja ja säännöllisesti toistuvia. *Palveluasuminen* toteutuu useimmiten yhteisöllisissä yksiköissä, kuten kuntoutus- tai ryhmäkodeissa. Asukkaallaan tuen tarve on suurempi kuin tuetussa asumisessa. Kontakti henkilöstöön on päivittäistä ja tuki usein pidempiaikaista. Palveluasumisessa henkilöstöä tulee olla vähintään 0,3 htv/asukas ja työntekijöiden pätevyyksille on asetettu ohjeistuksia. Palveluasumisen tukimuodot vastaavat laajempiin kuntoutustarpeisiin, esimerkiksi sosiaalisten ja arjen taitojen harjoitteluun. *Tehostetussa palveluasumisessa* asukkaallaan asumisen tuen tarve on ympärivuorokautista ja jatkuvaa. Asukas tarvitsee tukea esimerkiksi oman henkilökohtaisen hygienian hoidossa tai lääkinnällisen hoidon toteutuksessa. Kuntoutus on laaja-alaista ja tiivistä. Asuminen toteutuu kuntoutus- tai ryhmäkodeissa, joissa henkilöstö on paikalla ympärivuorokautisesti. Tehostetussa asumispalvelussa henkilöstöä tulee olla vähintään 0,4–0,8 htv/asukas ja henkilöstölle on tiukat pätevyysohjeistukset. Tässä kolmiportaisessa mallissa, asumismuotoa voidaan keventää asukkaallaan kuntoutumisen edetessä. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 18–20.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata HUS-alueella¹ toimivia mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluita ja niiden asiakaskuntaa. Tutkimuksessa selvitetään, miten julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin asumispalvelut eroavat toisistaan yksikön sijaintikunnan koon, henkilöstön monimuotoisuuden ja mitoituksen, asiakaspaikkojen lukumäärän ja palvelun hinnan mukaan. Lisäksi tarkastellaan, onko julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin asumispalvelujen käyttäjien taustoissa eroja ja eroa-

vatko julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin asumispalveluiden tarjoamat palvelut toisistaan.

Aineistot ja menetelmät

Tutkimuksessa on käytetty vuosina 2011–2012 kerättyä eurooppalaista vertailevaa REFINEMENT (*Research on Financing systems' effects on the quality of mental health care in Europe*) -aineistoa, joka sisältää mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitetuista asumispalveluyksiköistä kerättyjä organisatorisia tietoja. Lisäksi käytetään vuonna 2011 kerätyn Päihdetapauslaskennan (PTL) aineistoa, josta on saatu asiakkaita koskevaa tietoa. Tutkimuksessa on tehty alueellinen rajausta siten, että mukana ovat HUS-alueen 26 kuntaa (Sade- niemi & al. 2014).

REFINEMENT-tutkimuksessa selvitetään mielenterveyspalveluiden rahoitus- ja järjestämistapoja ja niiden yhteyttä mielenterveyspalveluiden laatuun eri maissa. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa on kartoitettu HUS-alueen kuntien järjestämistä vastuulla olevat aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluyksiköt perus- ja erityistasolta. Yksiköiden toiminnot luokiteltiin ESMS-R-työkälulla (ks. Salvador-Carulla & al. 2012). Työterveyshuolto ja muut kuin kuntien hankkimat yksityiset terveydenhuollon palvelut jäivät tarkastelun ulkopuolelle. ESMS-R-työkäluä on Suomessa aiemmin käytetty mielenterveys- ja päihdepalveluita luokiteltaessa, ja se on todettu toimivaksi (Ala-Nikkola & al. 2014).

Palveluyksiköistä on kerätty tietoa muun muassa palvelun juridisesta statuksesta (julkinen, järjestö, säätiö ja yksityinen), luonteesta (tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen), henkilöstömääristä ammattikunnittain, kustannuksista, suoritteista ja asiakasmääristä. Tiedonkeruu on tapahtunut hyödyntämällä alueyhteistyötä sekä internetistä saatua tietoa, ja sen on toteuttanut ESMS-R-työkäluen käyttöön koulutettu hankekoordinaattori. Tiedot ovat joidenkin yksiköiden osalta vaillinaiset vastaamisen tai tilastoinnin puutteiden vuoksi.

Päihdetapauslaskentoja on toteutettu Suomessa neljän vuoden välein vuodesta 1987 lähtien (Kuussaari & al. 2012; Nuorvala & al. 2008; Nuorvala & al. 2004; Nuorvala & al. 2000; Kaukonen & Haavisto 1996; Nuorvala & Lehto 1992; Nuorvala & Vertio 1989). Päihde-ehtoisella asioinnil-

¹ HUS-alue käsittää HYKS:n (Peijas, Jorvi, Helsinki), Hyvin-
kään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoito-
alueet sekä Helsingin kaupungin.

la² tarkoitetaan 1) päihdeongelmaiseksi tunnistetun asiakkaan asiointia yksikössä, 2) päihtyneenä asiointia tai 3) päihtheisiin liittyvään kertahaittaan (esim. tapaturmaan) liittyvää asiointia. Tiedot kerätään lomakekyselyllä (ks. www.thl.fi/paihdetapauslaskenta), ja lomakkeen täyttää hoitava työntekijä. Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa tavoitettiin laskentavuorokauden aikana 11 738 päihde-ehdoista asiointia.

Tutkimusaineiston muodostamisen lähtökohtana oli REFINEMENT-hankkeessa HUS-alueelta löydetty 136 mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitettua asumispalveluyksikköä. Kuviossa 1 esitetyn prosessin mukaisesti lopulliseen aineistoon valikoitui mukaan 41 asumispalveluyksikköä. Koska päihdetapauslaskenta painottuu päihteiden ongelmakäyttöön, lopulliseen aineistoon valikoitui erityisesti päihteiden käyttäjille suunnattuja asumispalveluita.

Joitain REFINEMENT-hankkeen keräämiä yksikkökohtaisia muuttujia vietiin päihdetapauslaskenta-aineistoon. Tällaisia muuttujia olivat esimerkiksi yksiköiden omistussuhde (julkinen, yksityinen) ja yksiköiden juridinen status (julkinen, säätiö, yhdistys, yksityinen, muu). Osasta REFINEMENT-hankkeen muuttujista muodostettiin oma aineisto ja tietoja analysoitiin erikseen. Tulosten raportoinnissa kerromme, kummasta tietolähteestä tiedot ovat peräisin. Aineiston analyysissa on käytetty SPSS-ohjelmaa (versio 22.0), ja tiedot on analysoitu soveltuvia kuvailevia tilastollisia menetelmiä käyttäen.

Tulokset

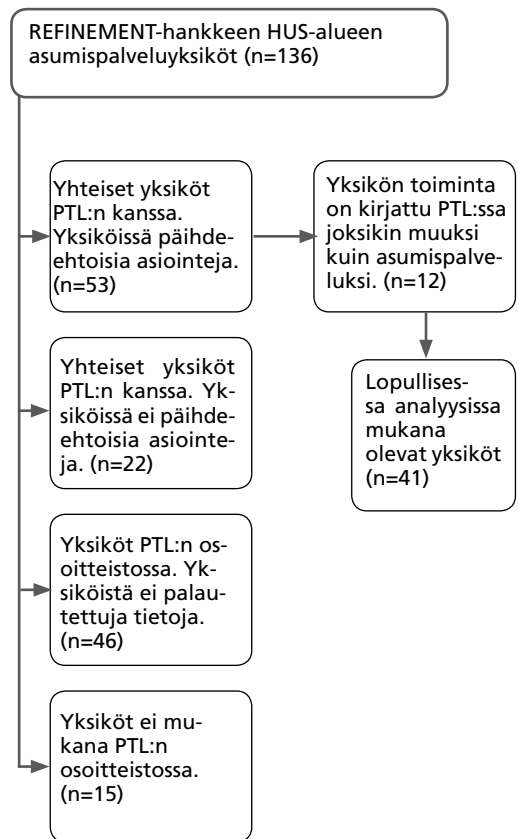
Mukana olevien kuntien koko vaihtelee Helsingin lähes 600 000 asukkaasta Loviisan 16 000 asukkaaseen. Aineistomme 14 kuntaa edustavat reilua puolta (54 %) HUS-alueen 26 kunnasta. Aineiston asumispalveluyksiköistä 56 prosenttia sijaitsi metropolialueella Espoossa, Helsingissä tai Vantaalla. Eniten asumispalveluyksiköitä (n = 7) oli Helsingissä. Seitsemästä kunnasta mukana oli ainoastaan yksi asumispalveluyksikkö. Aineistossa oli 384 päihde-ehdoista asiointia. Koko aineistossa päihde-ehdoista asiointeja oli keskimäärin 9,4 asumispalveluyksikköä kohden (vaihteluväli 1–15,4).

Tässä tutkimuksessa asumispalveluyksiköt jaettiin yksikön palveluiden tuottamistavan mukaan julkisiin, yksityisiin ja kolmannen sektorin (järjestöt ja säätiöt) asumispalveluihin. Tutkimuksessa asumispalvelutyypeillä tarkoitetaan tätä kolmijakoa. Asumispalveluyksiköistä 19 oli kolmannen sektorin tuottamia. Julkisia asumispalveluyksiköitä oli 10 ja yksityisiä 12.

Asumispalveluyksiköt

Julkkisia asumispalveluita oli etenkin suurissa yli 100 000 asukkaan kunnissa. Myös kolmannen sektorin asumispalveluyksiköistä valtaosa oli suurissa kunnissa, kun taas yksityisiä asumispalveluita löytyi myös pienemmiltä paikkakunnilta. (Ks. liitetaulukko 1, www.julkari.fi.)

Julkkiset (0,4 työntekijää/asiakaspaikka) ja kolmannen sektorin asumispalvelut (0,3 työntekijää / asiakaspaikka) eivät juuri eronneet toisistaan henkilöstön määrän ja asiakaspaikkojen lukumäärän suhteen. Yksityisissä asumispalveluissa oli 0,6 työntekijää asiakaspaikkaa kohden. Henkilöstön



Kuvio 1. Asumispalveluyksiköiden valikoitumisen yhdistettyyn aineistoon.

2 Laskennassa kysymys on asioinnista, ei asiakkaista. Sama asiakas on saattanut käyttää laskentavuorokauden aikana useampia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

monimuotoisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä eri ammattikuntien lukumäärää. Kaikissa kolmessa yksikkötyypissä yleisintä oli kahden tai kolmen eri ammattikunnan esiintyminen. Suurimpia ammattiryhmiä olivat lähihoitajat ja sairaanhoitajat. Lisäksi asumispalveluyksiköissä työskenteli lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja toimintaterapeutteja. Aineistossa oli mukana viisi tuetun asumisen yksikköä, 17 palveluasumisyksikköä ja 19 tehostetun palveluasumisen yksikköä. Puolet julkisten asumispalveluyksiköiden toiminnasta oli tehostettua palveluasumista. Myös yksityisistä asumispalveluista suurin osa oli tehostettua palveluasumista. Sen sijaan kolmannen sektorin asumispalveluista valtaosa oli palveluasumista. (Liitetaulukko 1, www.julkari.fi.)

Kaikki tuetun asumisen yksiköt sijaitsivat suurissa yli 100 000 asukkaalla kunnissa. Palveluasumista ja tehostettua palveluasumista oli myös pienemmissä kunnissa. Tehostetut palveluasumisyksiköt ja tuetun asumisen yksiköt olivat palveluasumista suurempia sekä henkilöstön mitoitukseltaan että asiakaspaikkojen lukumäärältään. (Taulukko 1.)

Yksityisissä ja kolmannen sektorin asumispalveluyksiköissä oli pidempiä asiakassuhteita kuin julkisissa asumispalveluissa. Julkisissa asumispalveluissa asiakasvuorokausia oli keskimäärin 213 asiakasta kohden, kolmannella sektorilla 292 ja yksityisissä asiakaspaikoissa 311. Julkisissa asumispalveluissa hoitovuorokauden hinta oli keskimäärin 93 euroa ja yksityisissä asumispalveluissa 103 euroa. Kolmannen sektorin asumispalveluiden hoitovuorokauden hinta oli selvästi halvempi eli keskimäärin 60 euroa. (Liitetaulukko 1, www.julkari.fi.)

Asumispalveluiden asiakkaat

Iän mukaan tarkasteltuna yksityisten asumispalveluiden asiakkaat olivat hieman nuorempia. Myös naisten suhteellinen osuus oli jonkin verran suurempi yksityisissä asumispalveluissa. Kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä yli 90 prosenttia asiakkaista ei ollut parisuhteessa. Julkisten asumispalveluiden asiakkaista joka viidennellä oli alaikäisiä lapsia. (Taulukko 2.) Nämä alle 18-vuotiaat lapset asuivat lähes poikkeuksetta jossakin muualla, esimerkiksi toisen vanhempansa kanssa tai kodin ulkopuolelle sijoitettuna.

Julkisten asumispalveluiden asiakkaista suhteellisesti suurempi osa oli ansiotyössä kuin yksityisten tai kolmannen sektorin asumispalveluiden asiakkaista. Työttömyys oli yleistä julkisen ja

Taulukko 1. Kunnan koko, henkilöstön määrä ja asumisyksikön paikkaluku tuetussa asumisessa, palveluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa

	Tuettu asuminen (n=5)	Palvelu- asuminen (n=17)	Tehostet- tu palvelu- asuminen (n=19)
Kunnan asukasluku			
Alle 30 000	0	13	19
30 000–49 999	0	46	24
yli 100 000	100	40	57
Henkilöstön määrä			
Keskiarvo	7	5	16
Keskihajonta	3	6	10
Min	4	1	2
Max	9	20	37
Paikkaluku			
Keskiarvo	35	18	33
Keskihajonta	24	12	20
Min	12	6	10
Max	65	41	78

REFINEMENT-aineisto, 2011–2012.

kolmannen sektorin asumispalveluissa. Yksityisissä asumispalveluissa oli sen sijaan suhteessa enemmän eläkeläisiä. Tämä on siinä mielessä yllättävää havainto, että yksityisten palveluiden asiakkaiden keski-ikä oli alhaisempi kuin julkisten ja kolmannen sektorin palveluiden asiakkaiden. Toisaalta yksityisten palveluiden asiakkaista kolmella neljästä oli myös jokin muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyden häiriö. Tämä saattaa ainakin osittain selittää sitä, että asiakkaat eivät olleet työkykyisiä ja olivat eläkkeellä. Lähes kolmannes sekä julkisten että kolmannen sektorin asumispalveluiden asiakkaista oli kokonaan vailla vakituista asuntoa. Yksityisten asumispalveluiden asiakkaista asunnottomia oli liki viidennes. Alkoholilla oli pääasiallinen ja usein myös ainoa päihde suurella osalla kaikkien kolmen asumispalvelutyypin asiakkaista. Laittomien huumeiden käyttöä oli ollut viidennesellä julkisten asumispalveluiden asiakkaista ja lähes kolmanneksella yksityisten asumispalveluiden asiakkaista. (Taulukko 2.)

Myös asiakasaineistosta nousi esiin, että yksityisissä asumispalveluissa ollaan pidempään kuin julkisissa tai kolmannen sektorin tarjoamissa asumispalveluissa. Reilut puolet (53 %) yksityisten asumispalveluiden asiakkaista oli ollut palvelussa yli

Taulukko 2. Asiakkaiden taustatietoja julkisissa, kolmannen sektorin ja yksityisissä asumispalveluyksiköissä 2011

	Asumispalvelut		
	Julkiset (n=116)	Kolmannen sektorin (n=214)	Yksityiset (n=54)
län keskiarvo (v)	50	49	44
Nainen (%)	16	17	24
Ei parisuhteessa (%)	94	92	94
Alle 18-vuotaita lapsia (%)	20	16	8
Ansiotyössä (%)	7	1	2
Työtön (%)	44	42	20
Eläkeläinen (%)	43	52	76
Kokonaan vailla asuntoa (%)	32	31	17
Jokin muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyden häiriö (%)	41	43	75
Vain alkoholin käyttöä viimeisen vuoden aikana (%)	56	62	56
Jonkin laittoman huumeen käyttöä viimeisen vuoden aikana (%)	21	28	32

Yhdistetty REFINEMENT ja päihdetapauslaskenta -aineisto, 2011–2012.

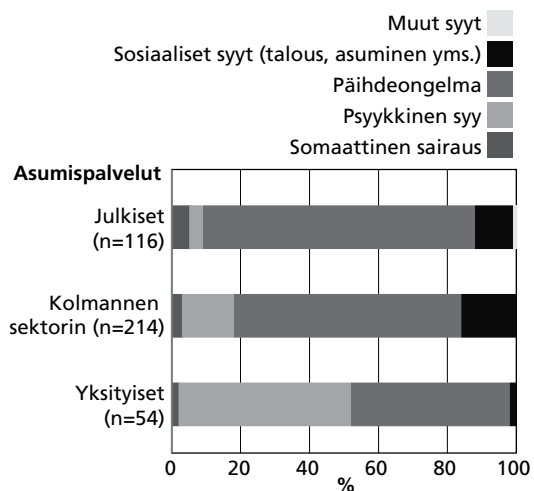
vuoden, kun vastaava luku julkisissa asumispalveluissa oli 34 prosenttia ja kolmannen sektorin tuottamissa palveluissa 44 prosenttia.³

Palveluihin hakeutumisen ensisijaiset syyt

Julkisissa ja kolmannen sektorin asumispalveluissa päihdeongelma oli selvästi yleisin palvelun piiriin hakeutumisen syy. Tämä johtunee ennen kaikkea siitä, että aineisto on rajattu päihteidenkäyttäjien asumispalveluihin. Psykkiset syyt ensisijaisena palveluihin hakeutumisen syynä korostuivat yksityisten asumispalveluiden asiakkailla, joista puolet oli asumispalveluissa psykkisen syyn takia. Muissa kahdessa asumispalvelutyypissä tämä näyttäisi olevan huomattavasti harvinaisempaa. Aikaisemmassa tarkastelussa (taulukko 2) todettiin, että 75 prosentilla yksityisten asumispalveluiden asukkaista oli myös jokin muu kuin päihteiden käyttöön liittyvä mielenterveyshäiriö. Näin ollen havainto siitä, että psykkiset syyt saattavat olla myös palveluihin hakeutumisen taustalla, on looginen. Julkisissa ja kolmannen sektorin asumispalveluissa palveluihin hakeutumisen taustalla saattoi usein olla myös erilaisia sosiaalisia syitä, jotka liittyivät esimerkiksi asumiseen, taloudenpitoon tai perhesuhteisiin. (Kuvio 2.)

Palveluiden tarjonta

Päihdetapauslaskennan palvelujen tarjontaa koskevassa kysymyksessä on lueteltu joukko erilaisia palveluita ja vastaajaa on pyydetty valitsemaan kaikki ne palvelut, joita asiakkaalle on laskentapäivänä annettu. Kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä oli asumisen lisäksi tarjolla paljon erilaista palvelua sosiaalisten ongelmien selvittelystä somaattiseen ja psykiatriseen tutkimukseen ja hoi-



Yhdistetty REFINEMENT ja päihdetapauslaskenta -aineisto, 2011–2012.

Kuvio 2. Palveluihin hakeutumisen ensisijainen syy julkisissa, kolmannen sektorin ja yksityisissä asumispalveluissa 2011 (%).

³ Luvut on laskettu niistä, jotka ovat vastanneet kysymykseen.

Taulukko 3. Annetut palvelut julkisissa, kolmannen sektorin ja yksityisissä asumispalveluissa 2011 (%)

	Asumispalvelut		
	Julkiset (n=116)	Kolmannen sektorin (n=214)	Yksityiset (n=54)
Toimeentuloturva-asian hoitaminen***	19	45	43
Avustaminen elämänhallintaan liittyvissä ongelmissa***	51	70	96
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa***	26	45	68
Somaattinen tutkimus ja hoito***	8	5	41
Psykiatrinen tutkimus ja hoito***	4	6	52
Mini-interventio	1	6	2
Päihdetilanteen selvittely	47	37	35
Terapeuttinen keskustelu	28	42	39
Katkaisuhoito	0	1	2
Pitkäaikainen laitostuntoutus***	9	25	35
Lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden lääkehoito)***	22	36	85
Ohjattu muualle	0	6	2

***Erot eri asumispalvelujen välillä tilastollisesti merkitseviä $p < 0001$

toon. Lisäksi asumispalveluiden palvelurepertuaariin kuului erilaisia asiakkaiden päihdeiden käyttöön liittyviä interventioita. Yleiskuvana annetuista palveluista voi todeta sen, että yksityisissä palveluissa erilaisia palveluita näyttäisi olevan useammin tarjolla kuin julkisissa ja kolmannen sektorin palveluissa.

Sosiaaliin ongelmiin liittyvissä palveluissa (toimeentuloturva, elämänhallinta, muut sosiaaliset ongelmat) erot julkisten, kolmannen sektorin ja yksityisten asumispalveluiden välillä olivat tilastollisesti merkitseviä. Lisäksi yksityisissä ja kolmannen sektorin asumispalveluyksiköissä oli julkisia yksiköitä useammin valittu vaihtoehto, jossa asiakkaalle tarjottiin pitkäaikaista laitostuntoutusta. Tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan pystytä ottamaan kantaa siihen, ovatko yksityisten ja kolmannen sektorin asumispalveluyksiköiden palvelut kuntouttavampia kuin julkisissa asumispalveluissa tarjottavat palvelut. Voidaan kuitenkin saada jonkinlaista osviittaa siitä, että kuntoutus ehkä ymmärretään eri tavoin yksityisissä ja kolmannen sektorin asumispalveluissa kuin julkisissa asumispalveluissa. Yksityisissä asumispalveluissa lääkehoito näyttäisi kuuluvan palvelurepertuaariin useammin kuin julkisissa tai kolmannen sektorin palveluissa. Kolmannen sektorin asumispalveluiden osalta voidaan todeta, että osa asiakkaista ohjataan muualle palvelujärjestelmään. Julkisissa asumispalveluissa tällaista liikettä ei näyttäisi olevan lainkaan.

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa olemme tarkastelleet julkisia, kolmannen sektorin ja yksityisten tuottamia asumispalveluita HUS-alueella. Olemme olleet kiinnostuneita asumispalveluyksiköiden organisatorisista taustoista ja siitä, eroavatko näiden palvelutyyppeiden asiakasprofiilit ja yksiköiden tarjoamat palvelut toisistaan.

Aineistomme julkisista ja kolmannen sektorin tuottamista asumispalveluista reilusti yli puolet sijaitsi suurissa yli 100 000 asukkaan kunnissa. Yksityisiä asumispalveluita oli sen sijaan myös pienissä ja keskisuurissa kunnissa. Saattaakin olla, että palveluiden tuottaminen itse on kannattavaa ja tehokasta silloin, kun taustalla oleva kunnan väestöpohja on riittävän suuri. Väestöpohjaltaan pienemmissä kunnissa palveluiden ostaminen ulkopuolisilta palveluntuottajilta saattaa sen sijaan olla kustannustehokas vaihtoehto. Tehostettua asumispalvelua oli julkisissa ja yksityisissä asumispalveluissa enemmän kuin kolmannen sektorin asumispalveluissa. Kolmannen sektorin asumispalvelut tuottivat sen sijaan enemmän palveluasumista.

Julkiset ja yksityiset asumispalvelut eivät juuri eronneet toisistaan henkilöstömitoituksen suhteen. Julkisissa asumispalveluissa oli keskimäärin 0,4 työntekijää asiakaspaikkaa kohden, ja kolmannen sektorin palveluissa luku oli 0,3. Yksityisissä

palveluissa työntekijöitä oli keskimäärin 0,6 asumispaikkaa kohden. Tämä saattaa liittyä siihen, että yksityiset asumispalvelut olivat muita useammin tehostetun asumispalvelun yksiköitä, joiden asiakkaat ovat vaikeampihoitoisia ja vaativampia kuin muissa asumispalveluissa.

Kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä työskenteli useimmiten 2–3 eri ammattikuntaa. He olivat terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on herkkyyks havaita esimerkiksi asiakkaiden somaattisia sairauksia. Asumispalveluiden asiakkaat ovat kuitenkin monesti myös muulla tavalla huonosisia, jolloin esimerkiksi sosiaalisiin kysymyksiin, toiminnallisuuteen ja osallisuuden lisäämiseen erikoistuneiden ammattiryhmien osaamiselle olisi tarvetta. Etenkin kuntouttavammissa asumispalveluissa saattaisikin olla tarpeellista keskustella henkilöstön osaamispuhjan laajentamisesta.

Julkisissa asumispalveluissa oli keskimäärin 213 asumisvuorokautta asiakasta kohden ja yksityisissä asumispalveluissa 301. Näyttäisi siis siltä, että yksityisissä asumispalveluissa ollaan pidempään kuin julkisissa. Julkisissa asumispalveluissa hoitovuorokauden hinta oli keskimäärin 93 euroa vuorokaudessa ja yksityisissä asumispalveluissa kymmenen euroa enemmän. Kolmannen sektorin asumispalvelut olivat keskihinnaltaan halvimpia (60e/vrk). Yksityiset asumispalvelut olivat tässä tutkimuksessa usein tehostetun asumispalvelun yksiköitä. Koska tehostetun asumispalvelun yksiköiden asiakkaiden tuen tarve on suuri, on luonnollista, että hoitosuhteet ovat pidempiä. Tämä näkyy myös palvelun hinnassa, koska tehostetussa palveluasumisessa henkilöstömitoituksivaatimukset ovat varsin tiukoja. Tämän tutkimuksen valossa eri asumispalvelutyypin asiakasvuorokausien määrissä sekä hinnoissa oli siis jonkun verran variaatiota. Tutkimusaineiston pienuuden vuoksi ei kuitenkaan voida sanoa, että asumispalvelutyypin, hoidon keston ja hoidon hinnan välillä olisi selvä yhteys: tämän selvittämiseksi tarvittaisiin laajempi aineisto. Keskustelua olisi jatkossa kuitenkin hyvä käydä monipuolisen palvelutarjonnan osalta. Tältä pohjalta asumispalveluiden toteutusta voisi systematisoida kansallisella tasolla. Asumispalveluiden rahoituksessa on huomioitava palvelun käyttäjän tarpeet ja vaihtoehdot. (Phelan 2015.)

Asumispalveluita on tarjolla monenlaisen asumarpeeseen. Tämä on kunnille samanaikaisesti sekä mahdollisuus että haaste: asiakkaalle tulisi löytää riittävän kuntouttava, mutta samalla kunnan kukkaroa vähiten rasittava asumismuoto.

Asumispalvelut näyttäisivät sijoittuvan suurimpiin kaupunkeihin, joihin nykytietämyksen mukaan ollaan keskittämässä myös psykiatrisia sairaaloita. Myös päihdehuollon erityispalveluita on enemmän tarjolla suurissa kaupungeissa. Kuntouttavan ja asumista tukevan hoitoyksikkömuodon läheisyyttä voidaan pitää hyvänä kuntoutuksen jatkumon kannalta.

Asumispalvelutyypin välillä henkilöstömitoitusten ja paikkalukujen maksimi- ja minimimäärissä on huomattavaa eroa. Näyttäisi siltä, että tutussa asumisessa asukkaan selviytyminen on jo kohtuullisen hyvällä tasolla, jolloin henkilöstön tuen määrä voi olla vähäisempää. Palveluasumisessa henkilöstön keskiarvo jää paljon maksimimäärästä, jota tulisikin mahdollisesti jatkossa tarkastella paikkalukumäärään peilaten. Tehostettu asumispalvelu asumismuotona vastaa henkilöstömitoitustaan psykiatrista sairaalaaosastoa, vaikka sen hoitopäivähinta pysyy kuitenkin alle sairaalaosaston vuorokausihinnan. Rahan ja saatujen palveluiden vastetta olisikin mielekästä tutkia jatkossa.

Julkisten ja kolmannen sektorin asumispalveluiden asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakaumat olivat hyvin toistensa kaltaisia: asiakkaiden keski-ikä lähenee 50 ikävuotta ja suurin osa asiakkaista oli miehiä. Yksityisissä asumispalveluissa asiakkaat olivat sen sijaan hieman nuorempia ja naisia asiakkaista oli lähes neljännes. Julkisissa asumispalveluissa oli enemmän asiakkaita, joilla oli alle 18-vuotiaita lapsia. Lapset olivat kuitenkin usein sijoitettuna kodin ulkopuolelle ja kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä asiakkaat olivat vain harvoin vakituksessa parisuhteessa. Työttömyys, eläkkeellä oleminen ja asunnottomuus oli yleistä. Julkisissa asumispalveluissa oli kuitenkin enemmän ansiotyössä käyviä kuin kahdessa muussa asumispalvelutyypissä. Saattaa olla, että työikäiset työssäkäyvät asumisen tuen tarvitsijat ohjataan nimenomaan julkisiin palveluihin, koska näin halutaan tukea heidän yhteiskuntaan integroitumistaan.

Useilla asiakkailla oli myös jokin muu kuin päihteiden käyttöön liittyvä mielenterveyshäiriö. Yksityisten asumispalveluasiakkaiden mielenterveyshäiriöt olivat yleisempiä kuin kahdessa muussa asumispalvelutyypissä. Vaikka kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä yli puolet asiakkaista oli sellaisia, joiden päihdeongelma liittyi alkoholiin, oli merkittäväällä osalla ollut kuitenkin myös laittomien huumeiden käyttöä viimeisen vuoden aikana. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että kaikkien kolmen asumispalvelutyypin asiakkaat olivat

tässä tarkasteltujen muuttujien valossa varsin huono-osaisia. Tässä tutkimuksessa esitetyt asumispalveluiden asiakkaiden taustoja koskevat tiedot ovat samansuuntaisia kuin Saaren (2015) yksittäistä asumispalveluyksikköä koskevassa tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että asumispalveluyksiköissä oli paljon erityyppistä palvelua tarjolla. Erilaisiin sosiaalisiin ongelmiin ja elämäntilanteeseen liittyviin kysymyksiin nivoutuvaa palvelua oli tarjolla kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä. Myös päihdeiden käyttöön liittyviä interventioita oli saatavilla. Yksityiset asumispalvelut erosivat kahdesta muusta asumispalvelutyypistä siinä, että niissä korostui somaattinen ja psykiatrinen tutkimus ja hoito sekä myös lääkehoito. Tässä saattaa jälleen näkyä se, että yksityiset asumispalvelut olivat usein tehostetun asumispalvelun yksiköitä. Asumispalveluiden palvelupertuaari näyttäisi siis oleva huomattavasti pelkkää asumista laajempi erityyppisten palveluiden kokonaisuus, joka sisältää myös kuntouttavia elementtejä.

Asukaslähtöinen hoito on keskeistä asumispalveluyksiköissä, koska asiakkaat viiptyvät suhteellisen kauan ja heidän ongelmansa edellyttävät johdonmukaisesti toteutettuja pitkäjänteisiä palveluita (Phelan 2015). Asumispalveluiden sisältämää palveluiden kirjoa olisi syytä tutkia lisää. Tutustumalla asumispalveluiden arkeen havainnoimalla ja mahdollisesti myös haastatteluja tekemällä olisi mahdollista lisätä ymmärrystä tarjottujen palveluiden sisällöstä ja laadusta sekä siitä, miten tarjolla olevien palveluiden sisällöt vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Vallitsevaa asumispalveluyksiköiden hoitokulttuuria tutkimalla saadaan tietoa myös kansallisten standardien ja päätösten pohjaksi. Asumispalveluiden järjestämisen perustana tulee olla asianmukainen, kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito, joka on mielekkään elämän perusta.

Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet

Koska yksiköiden lukumäärä oli tässä tutkimuksessa suhteellisen pieni (n = 41) ja päihde-ehdoisten asiointien määrät jäivät etenkin yksityisissä asumispalveluissa (n = 54) alhaisiksi, voidaan tuloksia pitää ainoastaan suuntaa antavina, eikä niitä voida yleistää koko maan asumispalveluita koskeviksi. HUS-alueen päihdehuollon asumispalveluita aineisto edustanee kuitenkin kohtuullisesti. Epävarmuutta tulkintoihin tuo lisäksi se, että joidenkin muuttujien kohdalla oli paljon puuttuvia tietoja, erityisesti REFINEMENT -aineistossa esimerkiksi asiakasvuorokausien määrä ja palvelun hinta.

Päihdetapauslaskenta-aineiston kadon arvioiminen on vaikeaa (ks. Kuussaari & al. 2012). Tässä alueellisessa ja asumispalveluihin keskittyvässä rajatussa aineistossa Päihdetapauslaskennan aineiston kadon arviointi on kuitenkin ollut mahdollista. Näyttäisi siltä, että laskennan osoitteisto vastaa kohtuullisen hyvin REFINEMENT-hankkeessa kerättyjen yksiköiden tietoja. Vuoden 2011 Päihdetapauslaskennan aineistossa kokonaan puuttuvia osoitetietoja oli noin 10 prosenttia.

Vaikka kummassakin käyttämässämme aineistossa on omat puutteensa, on tämä kahden erilaisen aineiston yhdistäminen mahdollistanut sen, että olemme saaneet laajemman kuvan mielen-terveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluita kuin mihin kumpikin aineisto yksinään yltäisi. Esimerkiksi päihde-ehdoisten asiointien tarkastelu jakamalla asumispalvelut julkisiin, kolmannen sektorin ja yksityisiin palveluihin mahdollistui ainoastaan sitä kautta, että REFINEMENT-hankkeen muuttuja vietiin päihdetapauslaskennan aineistoon.

KIRJALLISUUS

- Ala-Nikkola, Taina & Pirkola, Sami & Kontio, Raija & Joffe, Grigori & Pankakoski, Maiju & Malin, Maili & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Wahlbeck Kristian: Size matters – determinants of modern, community-oriented mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (2014): 8, 8456–74.
- Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 13. Helsinki, 2007.
- de Heer-Wunderink, Charlotte & Visser, Ellen & Caro-Nienhuis, Annemarie & Systema, Sjoerd & Wiersma, Durk: Supported Housing and Supported Independent Living in the Netherlands, with a Comparison with England. *Community Mental Health Journal* 48 (2012): 3, 321–327.
- Fakhoury, Walid K.H. & Murray, Alison & Shepherd, Geoff & Priebe, Stefan: Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37 (2002): 7, 301–315.
- Happel Brenda & Platania-Phung Chris & Scott, David: Physical health care for people with mental health illness: Training needs for nurses. *Nurse education today* 33 (2013): 3, 396–401.
- Järvi, Antti & Silberberg, Anu: Mielenterveysongelmista kärsivien muut vaiivat pannaan helposti hulluuden piikkiin – ”Tämä johtaa ennenäikäisiin kuolemiin”. Kovat syöpäkiputkin voidaan tulkita mielen ongelmiksi. Silloin hoito viivästyy tai jää kokonaan saamatta. *Helsingin Sanomat* 18.10.2015.
- Karjalainen, Jouko & Nordling, Esa: Asumisen oikeus ja tuen tarve. S. 36–40. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Kesänen, Minna & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahi, Päivi & Solin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpöytä 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Päihdetapauslaskenta vuonna 1995. *Alkoholipolitiikka* 61(1996): 2, 130–138.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012): 6, 640–655.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1> (luettu 1.12.2015)
- Nuorvala, Yrjö & Vertio, Harri: Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria eikä hyväosaisia? *Sosiaalinen aikakauskirja* 2/1989, 51–55.
- Nuorvala, Yrjö & Lehto, Juhani: Päihdetapauslaskenta 1991, *Alkoholipolitiikka* 57(1992): 4, 262–269.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Päihde-ehdotoinnista sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (2000): 3, 246–254.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 6, 608–618.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008): 6, 659–670.
- Peruspalveluiden tila 2014 -raportti 2014: Kunnallistalouden ja hallinnon neuvottelukunta. II osa Liiteosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2014 osa II. http://vm.fi/documents/10623/307653/Peruspalvelujen_tila-raportti_9_2014_II_osa.pdf/4d39ad7b-2372-4ce6-a57d-da436508792e (luettu 25.9.2015)
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma 2012–2015: Helsinki: Ympäristöministeriö, 2012.
- Phelan, Amanda: Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy. *Risk Management and Healthcare Policy* 8 (2015), 215–223.
- Priebe, Stefan & Saidi, Marya & Want, Anna & Mangalore, Roshni & Knapp, Martin: Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social Psychiatry and Epidemiology* 44 (2009): 10, 805–814.
- Saari, Juho: Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 2015.
- Sadeniemi, Minna & Pirkola, Sami & Pankakoski, Maiju & Joffe, Grigori & Kontio, Raija & Malin, Maili & Ala-Nikkola, Taina & Wahlbeck, Kristian: Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (2014): 9, 8743–54.
- Salo, Markku: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarviointin kohteena. Raportti 22/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Salo, Markku & Kallinen, Mari: Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 2007.
- Salvador-Carulla, Luis & Ruiz, Mencia & Romero, Christina & Poole Miriam: ESMS-R European Service Mapping Schedule - Revised / Eurooppalainen mielenterveyspalvelujen kartoittamistyökalu Raportti 55/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-714-1> (luettu 17.4.2015)
- Sinervo, Timo & Noro, Anja & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Sulander, Juhani & Taimio, Heikki & Finne-Soveri, Harriet & Lilja, Reija & Syrjä, Vesa: Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? *Kustannus-*

set, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

Sohlman, Britta & Puotiniemi, Tiina: Mielenterveys-RAI:sta hyötyä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa? S. 36–40. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Kesänen, Minna & Markkula,

Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahi, Päivi & Solin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpapere 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.

TIIVISTELMÄ

Kristiina Kuussaari & Anja Hottinen & Marjut Vastamäki: Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat HUS-alueen asumispalveluissa

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat tarvitsevat usein tukea asumisessaan. Taustalla saattaa olla asuntopula, taloudellisia vaikeuksia tai esimerkiksi asiakkaan alentunut toimintakyky. Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata HUS-alueella toimivia mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluita ja niiden asiakaskuntaa. Olemme kiinnostuneita siitä, eroavatko asumispalveluyksiköt ja palveluiden käyttäjät toisistaan silloin kun palvelut jaetaan julkisiin, kolmannen sektorin ja yksityisten tuottamiin palveluihin. Lisäksi kuvaamme, minkälaisia palveluita erityyppisissä asumispalveluissa tarjotaan asiakkaille.

Tutkimuksessa olemme yhdistäneet kaksi aineistoa. Vuosina 2011–2012 kerätty REFINEMENT-aineisto sisältää mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluyksiköistä kerättyjä organisatorisia tietoja. Asiakkaita koskevaa tietoa on saatu vuonna 2011 kerätystä Päihdetapauslaskennasta. Analyysissä oli mukana 41 asumispalveluyksikköä. Lisäksi käytössämme oli tiedot 384 päihde-ehdoisesta asiainnista. Tutkimuksessa on tehty alueellinen rajausta siten, että mukana oli 26 kuntaa HUS-alueelta. Tiedot analysoitiin sopivia tilastollisia menetelmiä käyttäen.

Reilusti yli puolet aineistomme julkisista ja kolmannen sektorin tuottamista asumispalveluista sijaitsi suurissa, yli 100 000 asukkaan kunnissa. Yksityisiä asumispalveluita oli sen sijaan myös pienissä ja keskisuurisissa kunnissa. Yksityisissä asumispalveluissa työntekijöitä oli asumispalvelupaikkaa kohden enemmän kuin julkisissa ja kolmannen sektorin asumispalveluissa. Tämä saattaa liittyä siihen, että yksityiset asumispalvelut olivat muita useammin tehostetun asumispalvelun yksiköitä, joiden asiakkaat ovat vaikeampihoitoisia ja vaativampia kuin muissa asumispalveluissa. Kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä työskenteli useimmiten 2–3 eri ammattikuntaa ja he olivat useimmiten terveydenhuollon ammattilaisia. Yksityisissä ja kolmannen sektorin asumispalveluissa viivytettiin pidempään kuin julkisen sektorin tuottamissa asumispalveluissa. Kaikissa kolmessa asumispalvelutyypissä asiakkaat olivat huono-osaisia. Työttömyys, eläkkeellä oleminen ja asunnottomuus oli yleistä. Asiakkaat olivat usein yksinäisiä ja heillä oli vaikeiden päihdeongelmien lisäksi myös samanaikaisia mielenterveysongelmia. Asumispalveluiden palvelurepertuaari näyttäisi olevan huomattavasti pelkkää asumista laajempi erityyppisten palveluiden kokonaisuus, joka sisältää myös kuntouttavia elementtejä.