

SANASOPUKASSA SANOTTUA

Kuntoutujien kokemukset mielenterveyspalveluista

Jaana Kaasinen

Opinnäytetyö
lokakuu 2012

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KAASINEN, Jaana	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 29.10.2012
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SANASOPUKASSA SANOTTUA – Kuntoutujien kokemukset mielenterveyspalveluista		
Koulutusohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) KUUKKANEN, Tiina		
Toimeksiantaja(t) Asumispalvelusäätiö ASPA/ Tandem-projekti		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö kuuluu osaksi Asumispalvelusäätiö ASPAn Tandem- projektia. Tavoitteena opinnäytetyössä oli tuoda esille kuntoutujien kokemuksiin pohjautuen ne palvelut, jotka tällä hetkellä ovat toimivia ja säilyttämisen arvoisia sekä niitä palveluita, jotka kaipaivat heidän mielestään muutosta ja uudistamista. Toisena tavoitteena opinnäytetyössä oli nostaa kuntoutujien omien kokemusten merkitys arvokkaana materiaalina mielenterveyspalveluiden kehittämisessä.</p> <p>Tutkimusmateriaalina oleva kokemustieto on kerätty videoimalla Sanasopukka-teltassa kuntoutujien kertomia tarinoita heidän omasta sairastamis-/kuntoutumisjaksostaan. Tarinoita on kerätty yhteensä sadalta kuntoutujalta. Suurin osa kokemustietonsa kertoneista oli 30- 63 -vuotiaita naisia, n=48 ja toiseksi suurin ryhmä oli 30- 63 -vuotiaat miehet, n=28. Tutkimusaineiston analysoinnissa on käytetty fenomenologis-hermeneuttista lähestymistapaa. Tarinat on analysoitu excel-taulukon, jossa sarakkeiden otsikot ovat muodostuneet tarinoiden pohjalta. Eniten merkintöjä kertyi vertaistuki/ryhmät otsikon alle.</p> <p>Vapaamuotoisesti kerrottuja tarinoita kertyi yhteensä noin yksitoista tuntia. Kolmannen sektorin matalankynnyksen toimipaikat sekä erilaiset vertaisryhmät olivat kuntoutujien kokemusten mukaan parhaiten toimivia palveluita. Kuntoutujat kokivat, että niissä heitä kohdellaan tasavertaisena ja heidän sanomisillaan on arvoa. Palveluiden toimivuudessa heikon lenkki oli itse hoitoon pääseminen. Resurssien eli henkilömäärän lisääminen palveluohjaukseen, tukihenkilöihin ja kotiin tuotavien palveluiden piiriin ovat tarinoissa esiintuotuja kehittämisehdotuksia. Asenteiden muuttaminen oli yksi suurista kehittämisehdotuksista. Kuntoutujien yhtenä ratkaisuna tähän ja tiedon levittämiseen oli kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen niin ammattikoulutuksissa kuin perusopetuksessakin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) mielenterveyspalvelut, kokemus, kokemusasiantuntija, tarina, tarinallisuus, fenomenologis-hermeneuttinen		
Muut tiedot		



Author(s) KAASINEN, Jaana	Type of publication Master's Thesis	Date 29102012
	Pages 52	Language finish
		Permission for web publication (X)
Title TOLD IN THE SANASOPUKKA – Mental health rehabilitees' experiences of mental health services.		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) KUUKKANEN, Tiina		
Assigned by ASPA Housing Services Foundation/Tandem-project		
Abstract <p>The study was a part of the Tandem-project organized by the ASPA Housing Services Foundation. The aim of the study was to highlight such services that are currently active and worth maintaining and those that need to be changed and improved based on the opinions of mental health service users. The second goal was to emphasize the importance of the users' experience as valuable material in the development work of mental health services.</p> <p>These experiences that formed the data of the study were collected by videotaping mental rehabilitees' stories about their illnesses and rehabilitation in the Sanasopukka-tent. A hundred stories were taped. Most part of the participants were women, aged 30-63 years (n=48). The second largest group was 30-63-year-old men (n=28).</p> <p>A phenomenological-hermeneutic approach was used to analyze the research material. The stories were analyzed in an Excel-table in which the column headings were formed on the basis of the stories. Most of the entries fell under the heading Peer support/groups.</p> <p>The recorded stories amounted to a total of eleven hours. According to the experiences of the rehabilitees, the so-called informal low threshold establishments and various peer groups were the best services. The respondents felt that they were treated as equals and that their opinions were valued. The weak link in the services was the difficulty of becoming admitted to the treatment itself. More personnel, more help and more guidance as well as support at the persons' home were the development ideas that the respondents named in their stories. Changing attitudes was one the major suggestions for improvement. According to the respondents, this could be achieved by using experts of experience in professional education as well as in basic education.</p>		
Keywords mental health services, experience, expert of experience, narration, phenomenology, hermeneutic phenomenology		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA	4
2.1 Asumispalvelusäätiö ASPAn Tandem-projekti	
2.2 Aikaisemmat tutkimukset	6
2.3 Valtakunnalliset kehittämisohjelmat	11
2.3.1 Kaste-ohjelmat	12
2.3.2 Mieli 2009- ohjelma	12
3 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	13
3.1 Mielenterveyspalvelut	14
3.2 Kokemus	15
3.3 Kokemusasiantuntija	16
3.4 Tarina ja tarinallisuus	16
3.5 Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
5 TARINOIDEN KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI	19
5.1 Sanasopukka kiertää	21
5.2 Tarinoiden analysointi	25
5.3 Taulukkoon valikoituneet otsikot	27
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	30
6.1 Luotettavuus	31
6.2 Eettisyys	33
7 SANASOPUKASSA SANOTTUA	35
7.1 Toimiva palvelu - ” Minut otettiin vastaan ihmisenä.”	35
7.2 Palveluiden karikat - ” Tunsin olevani työhaastattelussa.”	37
7.3 Kehittämisideoita - ”Nyt olen minä sairas tänään, mutta sinä voit olla huomenna.”	38

8 POHDINTA	40
8.1 Tulosten tarkastelua	40
8.2 Omat kokemukset	43
8.3 Jatkosuunnitelmat	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	49
Liite 1. Suostumuslomake	49
Liite 2. Sanasopukka- esite	50
Liite 3. Excel- taulukko (osa valmiista taulukosta)	52
KUVAT	
Kuva 1. Sanasopukka-teltoa	22
Kuva 2. Tukisanoja Sanasopukan sisällä	23
KUVIOT	
Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen	21
Kuvio 2. Osallistujien ikä- ja sukupuolijakauma	24
TAULUKKO	
Taulukko 1. Yhteenvetotaulukko	29

1 JOHDANTO

Mielenterveyspalveluiden painopiste on 2000-luvun aikana siirtynyt laitoshoidosta avopalveluihin. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen julkaiseman, uusimman tilaston mukaan vuodesta 2006 lähtien avohoitokäyntien määrä on kasvanut 17 prosenttia. Avopalveluiden kehittäminen on ollut haasteellista ja muutokset jatkuvat edelleen.

Asumispalvelusäätö ASPAn Tandem-projekti on mielenterveystyötä kehittävä projekti. Tandem-projektissa kehittämisen lähtökohtana ovat mielenterveyskuntoutujien omat kokemukset saamistaan palveluista. Projektin yhtenä päämääränä on kuntoutujien oman osallisuuden ja asiantuntijuuden vahvistuminen mielenterveyspalveluiden kehittäjänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä täytyy nykyisten suositusten mukaan ottaa käyttäjien kokemukset aikaisempaa paremmin huomioon ja antaa niille sama arvo kuin ns. asiantuntijoiden mielipiteille.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus, jonka tutkimusmateriaalin muodostavat Sanasopukka – teltassa videoidut kuntoutujien kertomat tarinat omista kokemuksistaan mielenterveyspalveluista sairastumisjaksonsa aikana. Tämä kokemustieto on kerätty eripuolilta Suomea. Suomalaisten mielenterveyskuntoutujien kokemuksia saamistaan palveluista on tutkittu vähän ja kokemuksia on tarkasteltu lähinnä joko paikallisen palvelun kannalta tai laitos-/ hoitopaikkakohtaisesti tai tutkimukset ovat tapaustutkimuksia. Työ sisältää myös määrällisiä, kvantitatiivisia elementtejä. Opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta. Ensimmäisen osion muodostaa tarinoiden analysointia varten laatimani analysointirunko, johon projektissa voidaan jatkossa sijoittaa kokemustietoon perustuvat tarinat. Analysointirungon avainsanat nousevat kerätystä materiaalista. Toisen osion muodostaa kerättyistä tarinoista tehdyt yhteenvedot, jolloin yksittäinen kokemus saa kollektiivisen kokemuksen luonteen.

Tarinoiden analysoinnissa olen lähestynyt niitä fenomenologis-hermeneuttisesta näkökulmasta. Tähän päädyin sen vuoksi, että fenomenologia tutkii ihmisten yksilöllisiä kokemuksia ja niiden merkityksiä yksilöille. Kokemukset muovautuvat merkitysten mukaan. Hermeneutiikka on taas kiinnostunut ilmaisujen ymmärtämisestä ja tulkin-

nasta. Tässä työssä käytän sekä opinnäytetyö että tutkimus sanaa kuvaamaan tätä prosessia.

Kiitos opinnäytetyön onnistumisesta kuuluu kaikille niille sadalle rohkealle kuntoutujalle, jotka tulivat Sanasopukkaan jakamaan omat kokemuksensa mielenterveyspalveluiden toimivuudesta ja niiden kehittämistarpeista. Kiitos myös niiden paikkojen toimijoille, jotka ovat mahdollistaneet Sanasopukan vierailun toimipaikoissaan. Sanasopukan käytettävyyden testaamisessa ovat olleet suurena apuna Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen kokemusasiantuntijat Tampereelta.

Avainsanat: mielenterveyspalvelut, kokemus, kokemusasiantuntija, tarina, tarinallisuus, fenomenologis-hermeneuttinen

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

Laitoshoito on vähentynyt ja avohoito lisääntynyt 2000-luvun aikana. Uusimman tilaston mukaan, vuodelta 2010, vuodesta 2006 lähtien avohoitokäyntien määrä on kasvanut 17 prosenttia. Kaiken kaikkiaan psykiatrisen erikoisalnan palveluita vuonna 2010 käytti lähes 155 000 eri potilasta. Työikäisistä ja lapsista suurin osa potilaista oli miehiä ja poikia, kuitenkin 15-25- ja yli 60 -vuotiaiden ryhmässä naisten ja tyttöjen osuus oli suurempi. Uusista potilaista hoidon piiriin on edelleen tullut tahdosta riippumatta noin kolmasosa (31%). Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneitä hoidettiin terveyskeskuksen vastuulla olevassa avohoidossa. Sairaalahoitajakson päätyttyä siirtyi suoraan kotiin tai siihen rinnastettavaan paikkaan 67 prosenttia ja loput 33 prosenttia siirtyi laitoshoidon (sairaala, terveyskeskus, vanhainkoti, kuntoutus-, päihdehuolto- tai kehitysvammalaitos). (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilasto 2010,1-2.)

Psykiatrisessa laitoshoidossa vuonna 2010 eniten potilaita oli Etelä-Karjalan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä suhteutettuna väestömäärään, vähiten Keski-

Suomen ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireissä. Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet ovat vähentyneet vuodesta 2005 lähtien. Vuonna 2010 tahdosta riippumattomassa hoidossa oli ollut 8455 potilasta (29%) ja muita pakkotoimia koki 2610 potilasta hoitojaksonsa aikana. Lääkehoito oli ollut ainakin jonkin aikaa 26 570 potilaalla. Neuroleptilääkitys oli yleisin. (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010,5,7-8.)

Opinnäytetyöni on osa Asumispalvelusäätiö ASPAn valtakunnallista mielenterveys-työtä kehittävää Tandem-projektia. Projektin päämääränä on kuntoutujien oman osallisuuden ja asiantuntijuuden vahvistuminen mielenterveyspalveluiden kehittäjänä sekä uudella tavalla ajatellut sektorirajat ylittävät palvelukokonaisuudet.

2.1 Asumispalvelusäätiö ASPAn Tandem-projekti

Asumispalvelusäätiö ASPA on 13 vammaisjärjestön vuonna 1995 perustama valtakunnallinen säätiö, jonka tehtävänä on edistää vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia asua ja elää itsenäisesti tavallisissa asuinympäristöissä. Kansainvälinen yhteistyö on osa kehittämistoimintaa. (Asumispalvelusäätiö ASPA)

ASPA tekee kehittämistyössä yhteistyötä asiakkaiden ja heitä edustavien järjestöjen, palveluntuottajien ja palvelujen järjestämistä vastuussa olevien kuntien ja seutukuntien kanssa. Asumispalvelusäätiö ASPAn toiminta koostuu neljästä ydinprosessista, jotka ovat kiinteistötoiminta, rakennuttaminen, kehittäminen ja tietopalvelut. Kaikessa toiminnassa huomioidaan ASPAn arvot: ihmisten kunnioittaminen, turvallisuus ja asiantuntijuus. (Asumispalvelusäätiö ASPA)

Tandem -projekti on viisivuotinen valtakunnallinen (2011-2015) mielenterveystyötä kehittävä RAY:n rahoittama projekti ja osa ASPAn kehittämistoimintaa. Projektissa on kolme kehittämisen pääaluetta: käyttäjäkeskeinen kehittäminen, ei-virallisten palvelujen tunnistaminen ja vertailukehittäminen. Tämä kehittämistyö toteutuu kolmen erilaisen ja toisistaan erillisen, mutta samalla toisiinsa tiivistä liittyvän toiminnan kautta. Päämääränä on toimintajärjestelmän monipuolistaminen, johon ei-viralliset toimijat tuodaan osaksi tunnistettua toimintakokonaisuutta. Tavoitteena on muuttaa palvelujen käyttäjän asema asiakkaasta kokemuksekehittäjäksi ja heidän toimintansa kaut-

ta sekä vertailukehittämisen avulla projektilla vahvistetaan mielenterveyskuntoutuji-
en vaikuttamismahdollisuuksia ja kokemusasiantuntijuuden näkökulmaa. (Mansik-
kamäki 2010, 6-11.)

Tandem-projektissa vuoden 2012 painopisteenä on kokemustiedon kerääminen mie-
lenterveyskuntoutujilta heidän saamistaan palveluista sairauden eri aikoina. Koke-
mustietoa kerätään myös mielenterveyskuntoutujien läheisiltä ja omaisilta pääpai-
nopisteen ollessa kuntoutujilta itseltään saamassa tiedossa. Samalla heiltä kerätään
myös ehdotuksia kehittämiskohteiksi omien kokemustensa perusteella. (Kirjavainen
2011)

2.2 Aikaisemmat tutkimukset

Suomen Kuntaliitto sekä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Sta-
kes) toteuttivat yhteistyössä vuosina 2000 - 2001 hankkeen ” Kunta ja mielenterveys-
kuntoutuja. Asiakslähtöiset peruspalvelut ja toimintamallit.” Hankkeen tarkoitukse-
na oli kehittää ja tutkia asiakaslähtöisiä toimintamalleja hyödyntämällä palvelutilan-
teessa ilmaistuja tarpeita ja sovittuja ratkaisuja. Hankkeessa oli myös tarkoitus tutkia
kunnan peruspalveluissa olevia asiakaslähtöisyyden mahdollisuuksia ja rajoja sekä
edellytyksiä. Tarkastelun kohteena oli myös perusterveydenhuollon ja erikoissaira-
hoidon välinen yhteistyö sekä etsiä hyväksi havaittuja käytäntöjä mielenterveystyön
laadun kehittämiseksi. Asiakslähtöisen kehittämistyön lähtökohtina olivat asiakkaan
tahdon kunnioittaminen, vaikutusmahdollisuuksien ja valinnanvapauksien lisääminen
sekä työntekijän toimintamahdollisuuksien lisääminen. Lähtökohdaksi hankkeeseen
otettiin Case Management-malli, jossa jokaiselle asiakkaalle nimetään oma työntekijä
ja yksilöllinen hoito- ja palvelukokonaisuuden luominen mahdollistuu. Vastuutyönte-
kijä eli case manager on vastuussa työstään suoraan asiakkaalle ja hän toimii yhteis-
työssä lähitiiminsä ja esimiehensä kanssa. Hankkeeseen osallistui yhdeksän sosiaali-
ja terveysalan yhteisöä viiden kunnan alueelta sekä yhdestä kuntayhtymästä ja yksi
yksityinen palveluyritys. Keskeiset tiedot koottiin omatyöntekijä-asiakas-pareista
sekä omatyöntekijän esimiehiltä ja työryhmiltä. Hankkeen tuloksen perusteella laa-

dittiin yhdeksän suositusta, jotka kuuluvat asiakaslähtöiseen toimintamalliin. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 12-13, 33-34.)

Yhdeksi suositukseksi kirjattiin mielenterveyttä edistävän asiakastyön ytimen olevan aitoon eettisyyteen, välittämiseen ja intuitiiviseen työskentelyyn perustuva asiakaslähtöinen työtapa. Tämä edellyttää jatkuvaa oman työn kriittistä arvioimista sekä yksin että yhdessä esimiehen, työryhmän tai vertaisten kanssa. Aito case management-mallin toteuttaminen mahdollistaa yksilöllisten hoito- ja palvelukokonaisuuksien toteuttamisen. Jokaisessa kunnassa, kuntayhtymässä, sairaanhoitopiirissä tai muussa organisaatiossa on tarpeellista aloittaa asiakastyön esteiden poistaminen. Tämä mahdollistuu suuntaamalla johtamista ihmisten johtamiseen, johon asioiden johtaminen on väline. (Kokkola et al. 2002, 85-86.)

”Hyvä palvelu ja kohtelu ovat äärettömän tärkeitä peruslähtökohtia ihmiselle ja hänen selviytymiselleen”, kirjoittaa Pirkko Lahti (2004) alkusanoissaan Suomen Mielen-terveysseuran julkaisussa ”Palveluissa pettynyt. Kokemuksia huonosta kohtelusta ja sen seurauksista”. Tähän julkaisuun on koottu ihmisten kokemuksia siitä, miten he ovat tulleet kuulluiksi vaikeissa elämäntilanteissa ja miten heitä on kohdeltu apua hakiessaan lähinnä sosiaali- ja terveyspalveluista. Palveluissa pettynyt -kampanjassa haluttiin tuoda esille niiden ihmisten ääni, jotka ovat kriisitilanteeseen apua hakies- saan joutuneet huonosti kohdelluiksi. Kampanjassa saatiin 370 vastausta. Ensimmäi- seksi selkeäksi toiveeksi kriisitilanteen alkuvaiheessa toivottiin neuvontaa ja ohjausta, koska ihmiset kokivat itsensä yksinäisiksi ja avuttomiksi. Ihmisillä on paljon kysymyk- siä, joihin he haluavat vastauksia, esim. mitä minun pitää tehdä, kun läheiseni kuoli tai miten selviydyn heikentyneestä taloudellisesta tilanteesta avioerostani johtuen. Tuolloin esim. väärin valitut sanat ensimmäisessä kohtaamisessa lannistaa ja ihminen kokee itsensä syvästi loukatuksi. Tämän lisäksi nousi esille, että pitkään jatkuneiden ongelmallisten tilanteiden jatkuminen tuntui tuovan lisää uusia ongelmia. Tämän kierteen katkaisemiseksi olisi jo alkuvaiheessa tarvittu tukea, joka olisi räätälöity yksi- löllisesti. Auttaja olisi voinut toimia ”apuminänä”, taistelukumppanina ja esim. selvit- tää byrokratian kiemuroita tai toimia tukena terapiaan tai hoitoon hakeutumisessa. Palveluiden laatu vaihtelee hyvin paljon paikkakunnasta riippuen, jostain kriisipalve- lut puuttuvat kokonaan. Ammattilaiset vetoavat yleensä resurssi- tai aikapulaan, mut-

ta niiden ei pitäisi vaikuttaa siihen, miten asiakas kohdataan. Paljon saavutettaisiin sillä, että asiakas kohdattaisiin kokonaisvaltaisesti ja kunnioitettavasti. Myös kolmannen sektorin toimijoiden ja vapaaehtoisten panosta voisi lisätä. Jokaisen ammattilaisen pitäisi tarkastella omaa työskentelytapansa ja pohtia, millainen merkitys sanoilla ja teoilla on asiakkaalle. Kaikkien palvelualojen ammattiopinnoissa tulisi kiinnittää huomiota kohtaamiseen, sanojen merkitykseen ja asiakaslähtöiseen auttamiseen. (Lappalainen, Moström & Huovila 2004,5,37-40.)

Seija Kokko (2004) on väitöskirjassaan tutkinut sekä asiakkaiden että työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Tutkimukseen osallistui yhdestä mielenterveystoimistosta 25 asiakasta ja 14 työntekijää. Tutkimus on suoritettu haastattelemalla jokaista tutkimukseen osallistujaa yhteensä kolme kertaa. Haastattelut sisälsivät aloituskysymykset ja tietyt teemat. Asiakkaiden haastatteluteemoja oli kuusi ja niissä pyydettiin kuvailemaan hyvän mielenterveystyön kriteerit ja ominaisuudet, palvelujen saavutettavuus sekä niissä toteutuvaa valinnanvapaus, vuorovaikutus työntekijöiden kanssa, erilaisten auttamismenetelmien merkitys itselleen, kokemuksiaan hoidon jatkuvuudesta ja hoidosta saamana hyöty. Työntekijöiden haastatteluteemoja oli kahdeksan ja ne poikkesivat asiakkaille esitetyistä teemoista. Niissä teemoina olivat: hyvän mielenterveystyönkriteerit sekä ihmiskäsitys, johon hyvä mielenterveystyö perustuu, hyvää mielenterveystyötä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet, tieto, jota hyvässä mielenterveystyössä tarvitaan, hyvään mielenterveystyöhön liittyvät tavoitteet, auttamismenetelmät, joita käytetään hyvässä mielenterveystyössä, hyvän mielenterveystyön tulokset ja hyvän mielenterveystyön mahdollistava palvelujärjestelmä. (Kokko 2004,71-73.)

Kokon (2004) tutkimuksessa mukana olleet asiakkaiden kuvaukset hyvästä mielenterveystyöstä voidaan jakaa kahteen pääkategoriaan: ammattitaitoiset työntekijät auttaa ja yhdessä toimiminen auttaa. Ensimmäisen kategorian pääsisältönä on asiakkaiden käsitys siitä, että hyvä mielenterveystyö on ammattitaitoisten työntekijöiden toteuttamaa auttamistyötä, jossa asiakasta autetaan keskustelujen ja lääkehoidon avulla sekä jaetaan perheenjäsenille tietoa mielenterveysongelmista. Toisen kategorian ydinsisältönä on, että mielenterveydellisistä vaikeuksista kärsivät auttavat toisiinsa keskinäisen yhteistoiminnan avulla. Auttaminen on kokemusten jakamista tai

toimintaa yhteistyönä esim. retkillä tai työtoiminnassa. Työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä kuvaa neljä pääkategoriaa: luottamuksellinen hoitosuhde, kokonaisvaltainen potilaan elämäntilanteen järjestäminen, sovittujen hoito-ohjelmien toteuttaminen sekä terapia. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa tärkeintä on, että työntekijä tarjoutuu asiakkaan kuuntelijaksi ja hoito suunnitellaan potilaan ehdoilla. Hoidon tulos ilmenee potilaan vahvistumisena. Kokonaisvaltainen potilaan elämän tilanteen järjestäminen sisältää hoitosuhteen lisäksi myös yhteydenpidon useisiin muihin tahoihin. Tämän kategorian mukaan moniammatillinen asiakkaan tilanteen arviointi on välttämätöntä ennen kuin varsinainen hoito voi alkaa. Työntekijät voivat toimia asiakkaan tukihenkilönä erilaisissa neuvotteluissa ja he tekevät tarvittaessa myös kotikäyntejä. Kolmannen kategorian perustana on, että asiakas/potilas tulee huolellisesti tutkia, jotta hänelle voidaan asettaa diagnoosia ja siten toteuttaa tiettyä hoito-ohjelmaa. Hoito-ohjelmat esitetään potilaalle ja hänen on mahdollisuus päättää mihin suuntaan hoitoa aletaan toteuttaa. Tähän kuuluvat lääkehoito ja erilaiset psykoterapiamuodot. Neljäs kategoria on yhteistyötä potilaan ja hänen omaisten kanssa tietyn psykoterapiamenetelmän mukaan. Olennaista on asiakkaan oma työskentely tilanteensa parantamiseksi. Näiden pääkategorioiden avulla Kokko on laatinut kriteerit hyvälle mielenterveystyölle, joita on yhteensä 42. (Kokko 2004,112-117.)

Syrjäpalo (2006) on tutkinut väitöskirjassaan hoitohenkilökunnan arvoja, potilaiden arvostuksia sekä hoidon nykytilaa. Tutkimus toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosityksikössä. Tutkimukseen osallistui 125 henkilökunnan edustajaa sekä 47 aikuispotilasta. Tiedonkeruumenetelmänä oli kaksi strukturoitua kyselylomaketta, jotka sisälsivät myös avoimia kysymyksiä. Yhteenvedossa Syrjäpalo toteaa, että henkilökunnan tärkeimmät yksittäiset arvot olivat rehellisyys, omien vanhempien työn kunnioittaminen, terveys, vastuuntunto, perheen turvallisuus, mielihyvä ja vastuuntunto. Lisäksi henkilökunta koki mm. toisen ihmisen arvostamisen, perheen ja kodin tärkeäksi. Kun taas uskonnollisuutta ja varakkuutta ei koettu kovin tärkeiksi arvoiksi. Hoito-organisaation osastotoimintoihin ei oltu tyytyväisiä, ongelmaksi koettiin mm. niiden epäviihtyisyys. Hoitohenkilökunnan mielestä potilaan oikeuksista parhaiten toteutuivat inhimillinen kohtelu, ihmisarvon kunnioittaminen, turvallisuus ja henkilökunnan eettinen toiminta ja käyttäytyminen. Potilaiden nimeämät arvot

olivat hyvin samankaltaisia hoitohenkilökunnan arvojen kanssa, mutta he eivät niemenneet terveyttä arvoksi. Potilaat arvostivat mm. lääkärin tavoitettavuutta, perushoitoa, lääkitystä ja terapiota. Arvo ihmisenä oli potilaille erittäin merkittävä. Vaikeiksi asioiksi potilaat kokivat hoitoon pakottamisen, alistetuksi tulemisen kokemuksen, tilan puutteen sekä ympäristöstä johtuvat pelot. Huolimatta yhteiskunnallisista ja rakenteellisista muutoksista psykiatrisessa hoidossa ja toimintaympäristössä sekä henkilökunta että potilaat pitivät hoidon nykytilaa melko hyvänä. Tähän eivät myös vaikuttaneet sekä työ- ja toimintaympäristössä ilmenevät ristiriidat ja eettiset ongelmatilanteet. (Syrjäpalo 2006, 54-60, 103-104.)

Laitila (2010) on väitöstutkimuksessaan tarkastellut mielenterveys- ja päihdeasiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Haastattelututkimukseen osallistujat olivat aikuisia henkilöitä, joilla on henkilökohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdetyöstä tai molemmista joko palveluiden käyttäjinä tai työntekijöinä. Tavoitteena oli saada esiin erilaisia käsityksiä asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Osallistujat valittiin harkinnanvaraisen otannan kautta. Laitilan mukaan palveluiden käyttäjien ja heidän osallisuutensa tulee huomioida erityisesti vastentahtoisessa hoidossa. Lisäksi on turvattava riittävä tiedonsaanti ja asiakkaiden aidot valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Asiakaslähtöinen toiminta sekä rakenteet ovat lähtökohdat osallisuuden toteutumiseksi. Riittävä resursointi, asialle myötämielinen johtamiskulttuuri ja työntekijöiden asenteet ovat asioita, joista on huolehdittava. Asiakkaan osallisuutta tukeva ja asiakaslähtöinen toiminta ei tarkoita ammattilaisten asiantuntijuudesta luopumista vaan uuden työtavan luomista ja jaettua asiantuntijuutta. (Laitila 2010, 69, 183-185.)

Kaisa Kaseva (2011) on julkaissut integroidun kirjallisuuskatsauksen ”Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä”. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarjota tutkittua tietoa asiakaskeskeisyyden kehittymiseen liittyvistä mahdollisuuksista ja haasteista sekä nostaa asiakkaiden ja potilaiden näkökulma asiantuntijoiden näkemyksen rinnalle. Tutkimuksessa on mukana vain eurooppalaisia tutkimuksia, tieteellisiä julkaisuja, teoreet-

tisia tutkimuksia tai kirjallisuuskatsauksia, jotka oli julkaistu v. 2000-2011. Tutkimuksen kohteena oli joko asiakas, potilas tai palveluiden käyttäjä. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella suomalaisten mielenterveyskuntoutujien omia kokemuksia saamistaan palveluista on tutkittu vähän ja kokemuksia on tarkastelu lähinnä joko paikallisen palvelun kannalta tai laitos-/ hoitopaikkakohtaisesti tai tutkimukset ovat tapaututkimuksia. Kaseva on teemoitellut aineistoin neljään eri kategoriaan sen mukaan, mikä on ollut asiakkaan/potilaan osallisuuden aste ja muoto. Nämä neljä kategoriaa ovat: 1) Asiakas palvelujen kohteena, 2) Asiakas palautteen antajana, 3) Asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä ja 4) Asiakas aktiivisena sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäjänä. (Kaseva 2011, 5-11,24.)

2.3 Valtakunnalliset kehittämisohjelmat

Suomessa on puhuttu asiakaskeskeisestä tai -lähtöisestä työskentelystä jo vuosikymmenten ajan, mutta sen aito toteutuminen on ollut hidasta. Asiakaskeskeisyyden ovat usein määritelleet ammattilaiset asiakkaiden mielipidettä kysymättä tai sitten sitä ei ole huomioitu hoidon toteutumisessa ja suunnittelussa. Nyt viime vuosina tämä asiakaskeskeisyys ja kokemusasiiantuntijuus on nostettu mukaan osaksi koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia kehittämisohjeita sekä valtakunnallisia mielenterveys- ja päihdeohjelmia.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima strategia 2015 sosiaali- ja terveystalouteen on näiden ohjelmien taustalla. Strategian tavoitteena on, että Suomi on vuonna 2015 sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä, toiminnoiltaan tehokas ja dynaaminen yhteiskunta. Sosiaaliturvajärjestelmän perustana on kattava yhteisvastuu. Tähän tavoitteeseen pyritään neljän päälinjauksen avulla: edistetään terveyttä ja toimintakykyä, lisätään työelämän vetovoimaa, vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä sekä varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. (Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2006, 4-5.) Tämän strategian toteutumisen tueksi on laadittu koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva Kaste-ohjelma sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön keskittynyt Mieli 2009-ohjelma.

2.3.1 Kaste-ohjelmat

Neljännesvuosittain valtioneuvoston vahvistaa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste). Kaste – ohjelmaan kuuluvat mm. seuraavat tavoitteet 1) kuntalaisten osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen vähentyminen, 2) hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä 3) palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantuminen sekä alueellisten erojen vähentyminen (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008, 4; 24-31). Ensimmäinen Kaste -ohjelma kosketti vuosia 2008 - 2011 ja nyt tämän vuoden helmikuussa valtioneuvosto vahvisti uuden ohjelman vuosille 2012 - 2015. Tämä ohjelma jatkaa edellisen ohjelman tavoitteiden saavuttamista ja selkiyttämistä. Painopistettä siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 15-18.)

2.3.2 Mieli 2009-ohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mieli 2009-ohjelman yhtenä merkittävänä painoalueena on, että mielenterveyskuntoutujien omaa kokemusta tulee hyödyntää palveluja suunniteltaessa ja kehitettäessä ja heillä tulee olla myös mahdollisuus vaikuttaa asioista tehtäviin päätöksiin. Ohjelmaan sisältyy mm. ehdotukset sekä asiakkaan aseman että hyvinvointia tukevien yhteisöjen vahvistamisesta ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä itseään koskeviin ratkaisuihin. Näissä kohdissa kokemusasiantuntijuuden ja vertais-toiminnan huomioiminen ja kehittäminen ovat avainasemassa. (Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009, 20-24.)

Asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän ja – tuotannon keskeisenä toimijana on yksi avaintema. Tämän toteuttamiseksi on valittu kaksi kärkihanketta. Ensimmäinen kärkihankke on ”Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän kehittämisessä”. Yksittäisistä keinoista tämä on tärkein ja vaikuttavin, jonka avulla luodaan pohjaa asiakkaan aseman vahvistamiselle

päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Toisena kärkihankkeena on ” Valtakunnallinen pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävä ohjelma”. Suomessa on kaikista länsimaista eniten sairaalahoitoa ja pakkokeinoja käytetään enemmän kuin Euroopassa yleensä. (Moring 2010, 66-67.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on toimeenpanosuunnitelmassaan jaotellut Mieli 2009 -työryhmän laatimat suositukset neljään pääryhmään. Jokaisessa pääryhmässä on ns. avaintema, joka on laajempi tavoitekokonaisuus, mitä ei ole mahdollista saavuttaa vain yhden hankkeen kautta vaan tarvitsee toteutuakseen useiden eri yksiköiden yhteistyötä ja aktiviteettia. Lisäksi jokaisesta pääkohdasta on valittu kärkihankkeet. Nämä kärkihankkeet ovat 2-3 tavoitetta tai rajattua tavoitekokonaisuutta, jotka ovat merkityksellisiä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteiden kannalta. (Moring 2010, 65.)

Yhtenä avaintemana on perustason ja eritystason avomielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen koko elämänkaaren kattavaksi palvelukokonaisuudeksi. Tähän on määritelty seuraavat kärkihankkeet: matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittäminen peruspalvelujen yhteyteen sekä kuntalaisten tarpeiden mukaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden laadun ja saatavuuden seuranta. (Moring 2010, 69.)

3 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Opinnäytetyöni avainsanoja ovat: mielenterveyspalvelut, kokemus, kokemusasiantuntija, tarina ja tarinallisuus sekä fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa. Nämä käsitteet olen pyrkinyt määrittelemään sekä niiden virallisen määritelmän mukaan ja kuinka ne on tässä tutkimuksessa ymmärretty.

3.1 Mielensterveyspalvelut

Mielensterveystyöllä lain mukaan tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden kasvun ja toimintakyvyn edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielensterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista sekä lievittämistä. Mielensterveypalveluiksi katsotaan kuuluvan kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka kuuluvat mielisairauksia ja muita mielensterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi. ”Kunnan tulee huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielensterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (710/1982) säädetään.” Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoidon annettavista mielensterveyspalveluista alueellaan siten kuin terveydenhuoltolaissa ja tässä laissa säädetään. Mielensterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina ja siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (L 14.12.1990/1116.)

Mielensterveyspalveluiden tarjonnan kirjo on hyvin laaja ja kunnat ovat järjestäneet nämä palvelut hyvin eri tavoin. Keskeisiä palveluita ovat avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa mielensterveysongelmien tai häiriöiden vuoksi sekä erityyppiset psykiatriset laitoshoidot. Moninaisesti psykiatrian avun tarpeessa oleville henkilöille on asumisen ja arjen tukemiseen pitkäaikaisesti saatavilla olevia palveluita. Kolmas sektori tarjoaa monipuolista tukea ja palveluita arkielämään, kriiseihin ja erityistilanteisiin. Näille palveluille on ominaista matalakynnys sekä erityisryhmien kuten päihdeongelmaisten, mielensterveyspotilaiden omaisten sekä maahanmuuttajien tarpeiden hyvä tuntemus. (Pirkola & Sohlman 2005,6.)

Tässä tutkimuksessa mielensterveyspalveluiksi luokitellaan kaikki ne palvelut, jotka kuntoutujat itse nimeävät kertomissaan tarinoissa. Palvelut, jotka he ovat kokeneet jollakin tavalla merkitykselliseksi omalla kuntoutumispolullaan joko positiivisesti tai negatiivisesti. Huomioon otetaan myös palvelut, jotka eivät kuulu edellä määriteltyihin virallisiin sosiaali- ja terveysjärjestelmän tai kolmannen sektorin palveluihin. Tut-

kimuksessa huomioidaan myös ne palvelut, jotka kuntoutujat nimeävät puuttuvan nykyisistä palveluista ja jotka he kokevat tärkeiksi mielenterveystyössä.

3.2 Kokemus

Fenomenologia pitää kokemusta suhteena. Kokemukseen kuuluu tajuava subjekti sekä hänen tajunnallinen toimintansa että kohde, johon tuo toiminta suuntautuu. Kokemus on merkityssuhde, joka liittää subjektin ja objektin yhdeksi kokonaisuudeksi. Juha Perttula on fenomenologista filosofiaa määritellesään viitannut Lauri Rauhalan ajatuksiin. Elämäntilanne on filosofian tohtori ja psykologi Lauri Rauhalan mukaan se todellisuus, johon ihminen on suhteessa. Hänen mukaansa on kaksi tajunnallisuuden toimintatapaa, psyykkinen ja henkinen, joilla on yhteinen tehtävä: saada elämäntilanne merkitsemään ihmiselle jotakin. Psyykkinen antaa elämäntilanteelle merkityksen ilman kieltä, käsitteitä ja jaettuja sosiaalisia merkityksiä, minkä myötä suhde elämäntilanteeseen on suora ja välitön. Henkisen avulla voi kuvata kokemuksiaan toisille ja ymmärtää mitä toiset ihmiset ymmärtävät. Moni nykyinen arkinen toiminta edellyttää henkisyttä, kykyä luoda käsitteitä ja operoida niiden välisillä suhteilla - ajatella ja teorisoida. (Perttula 2009, 116-118.)

Peter Beresford, sosiaalipolitiikan professori ja mielenterveyskuntoutuja, on määrittellyt kokemukseksi kaiken sen mikä meille tapahtuu. Tälle tiedolle, jonka me olemme muodostaneet jonkin tapahtuman perusteella, on erilaisia nimityksiä mm. oma-kohtainen kokemus, henkilökohtainen kokemus tai eletty kokemus. Oma-kohtaista kokemusta voi hankkia joko tarkoituksellisesti tai muilla tavoin, ja se voi tarkoittaa jotain olosuhdetta tai tapahtumaa. Kokemukset voivat olla äkillisiä tai kokemuksen vaikutus voi olla pitkäaikainen eli kokemus merkitsee yhtä hyvin ihmisenä olemista kuin sitä, että jotain tapahtuu jollekin. Kokemuksen laatu voi vaihdella tavanomaisuudesta ainutlaatuisuuteen. (Beresford & Salo 2008,39.)

3.3 Kokemusasiantuntija

Kokemusasiantuntijuuden määrittelyjä on useita riippuen siitä, missä yhteydessä sitä käytetään ja kuka on määrittelijä. Joidenkin mielestä kokemusasiantuntija voi olla vain koulutuksen saanut henkilö, jolla se erotetaan vertaisuudesta. Toisaalta myös vertaisnimikkeellä toimijoista hyvin moni on käynyt koulutuksen, jossa sisältö on voinut olla hyvinkin lähellä kokemusasiantuntijakoulutusta. Kokemusasiantuntijuutta määritellään myös tehtävän mukaan. Olen itse kohdannut seuraavia määritelmiä: kokemustutkija, kokemuskehittäjä, kokemusarvioija.

Tässä opinnäytetyössä kokemusasiantuntijuus pohjautuu Mieli 2009-työryhmän määrittelyyn. Se on määritellyt kokemusasiantuntijuuden ja heidän toimintansa seuraavasti: ”Kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista, joko niistä itse kärsivänä, niistä toipuneena tai palveluita käyttäneenä tai omaisena tai läheisenä. Kokemusasiantuntijoita tulee käyttää esimerkiksi kunnan strategiatyössä, palvelujen arvioinnissa ja kuntoutustyöryhmissä. Heidän asiantuntemustaan tulee hyödyntää nykyistä enemmän myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa, tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien vähentämiseen tähtäävässä työssä, sekä ulkopuolisissa asiantuntija-arvioissa. (Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009.)

3.4 Tarina ja tarinallisuus

Tarinat eroavat muista teksteistä siinä, että ne sisältävät ylivertaisia ominaisuuksia. Ne pyrkivät ja pystyvät esittämään tapahtumat ajassa tapahtuvana kehityskulkuna, johon ihmisistä riippumattomat ja ihmisistä riippuvat pyrkimykset vaikuttavat. Tarinat yhdistävät ihmiset ja ihmisten henkilökohtaiset kokemukset heitä ympäröivään maailmaan (sosiaaliset tapahtumat, järjestelmät, yhteisöt). Nämä ominaisuudet antavat tarinoille nyky-yhteiskunnassa tärkeän roolin tiedon välittämisessä. Tarinat ovat ihmisen luonnollinen tapa kertoa itselleen tärkeistä tapahtumista ulkopuolisille, vieraille ihmisille. Aristoteleen mukaan tietynlainen tarinan rakenne tuottaa kertojan kannalta emotionaalisen, positiivisen palautteen. (Aaltonen & Heikkilä 2003, 126-131.)

Aaltonen ja Leimumäki toteavat, että elämä ei ole kertomus eikä kokemus ole kertomus. Kuitenkin elämän erilaisia tapahtumia ja kokemuksia, kuten sairastumista, kerronnallistetaan ja esitetään erilaisina kertomuksina. Kerronnallistaminen on yksi keino ymmärtää, jäsentää ja tulkita sekä välittää myös toisille omaa koettua todellisuutta. Sekä tarinan tapahtumiin että niiden kerrontaan liittyy kulttuurisia konventioita, jotka toimivat myös tulkintojen apuna. Esimerkiksi omasta elämästään kertovala ajatellaan olevan moraalinen velvollisuus kertoa siitä totuudenmukaisesti. Kokeemukset eivät kuitenkaan ole sellaisenaan säilötty muistiin. Emme kerro jostain tapahtumasta tai kokemuksesta aina samanlaista kertomusta vaan ajan kuluessa erilaisia muuttuvia versioita. Kertomus avaa aina kerrontatilanteessa ja sen ehdoilla kertojaan kiinnittyvän kokemuksen tiedollisen ja totuudellisen ulottuvuuden. (Aaltonen & Leimumäki 2010, 146-148.)

Kokemus ei siirry suoraan kertomukseksi eikä se ole tulkittavissa kertomuksesta sellaisenaan, vaan sekä kerronta että tulkinta edellyttävät monia valintoja. Tulkintaa monimutkaistaa se, että kertomuksella on samanaikaisesti useita eri funktioita. Sillä ilmaistaan, esitetään, kommunikoidaan ja samalla kun kerrotaan, myös koetaan asioita. Kerrontatilanne vaikuttaa siihen millaiseksi kertomus muodostuu. Prototyyppinen kertomus alkuineen, juonen kulkuineen ja sulkeutumineen on muoto, jota myös arkielämän kertomusten kuulijat kertojalta odottavat. Se on muoto, joka on omiaan takaamaan mahdollisimman suuren yhteisymmärryksen kertojan ja kuulijan välille. Suullisessa kerronnassa tuo ideaali saavutetaan vaihtelevasti. Suullinen kertomus harhailee, poikkeaa ja jättää sulkeutumatta. (Aaltonen & Leimumäki 2010,146-148.)

Tässä tutkimuksessa tarinallisuus tarkoittaa pääasiassa tutkimusmateriaalin laatua, mutta myös aineiston käsittely tapaa. Kyseessä on narratiivien analyysi, jolloin huomio kohdistuu kertomusten luokitteluun erillisiin luokkiin, esim. tapaustyyppien, metaforien tai kategorioiden avulla. Tämä analyysi pohjautuu ns. paradigmaattiseen tietämiseen, jolle on tyypillistä täsmällinen käsitteiden määrittäminen ja luokittelujen tekeminen. (Heikkinen 2009, 147-149.)

3.5 Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa

Analysoinnin lähtökohtana on fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa. Tämä vaatii tutkijalta jatkuvaa perusteiden pohtimista. Tällaisen tutkimuksen perustana olevia filosofisia ongelmia ovat ihmiskäsitys eli millainen ihminen on tutkimuskohdeena, ja tiedonkäsitys eli miten kohteesta voidaan saada tietoa ja millaista se on luonteeltaan. Keskeisintä fenomenologisessa ja hermeneuttisessa ihmiskäsityksessä on kokemuksen, merkityksen ja yhteisöllisyyden käsitteet. Tietokysymyksinä nousevat esiin ymmärtäminen ja tulkinta. Fenomenologia tutkii kokemuksia eli ihmisen suhdetta omaan elämäntodellisuuteensa. Ihmistä ei voi ymmärtää irrallaan tuosta suhteesta. Kokemuksellisuutta pidetään ihmisen maailmansuhteen perusmuotona. Kokemuksen katsotaan muotoutuvan merkitysten mukaan ja nämä ovat varsinaisen tutkimuksen kohde fenomenologiassa. Hermeneuttinen ulottuvuus tulee mukaan tulkinnan tarpeen myötä. Hermeneuttinen tutkimus kohdistuu ihmisten väliseen kommunikaatioon ja tutkimuksen kohteeksi muotoutuu ihmisten ilmaisut. Pääkiinnostuksen kohde on kielelliset ilmaisut, mutta myös liikkeet, ilmeet, eleet ja muut keholliset ilmaisut ovat tutkimuksen kohteena. Nämä ilmaisut sisältävät merkityksiä, joita voidaan lähestyä vain tulkitsemalla ja ymmärtämällä. Käytännön elämässä olemme kokemusten, ilmaisujen ja niiden ymmärtämisen sisällä. Arkielämässä toimimme luontaisen ymmärryksemme varassa ns. esiymmärryksessä. Tutkimuksessa tämä tarkoittaa tutkijalle luontaisia tapoja ymmärtää tutkimuskohde jonkinlaisena jo ennen tutkimusta. (Laine 2010, 28-33.)

Jokaisen yksilön kokemukset ja hänen omat tulkintansa ovat päteviä. Kuitenkin kaikki saman tai samankaltaisen kokemuksen läpikäyneet ihmiset eivät tulkitse kokemustaan samalla tavoin. Sen vuoksi on hyödyllistä tarkastella useiden ihmisten tulkintoja kokemuksistaan samankaltaisista tilanteista, koska yksilö ei voi puhua kaikkien puolesta. Hedelmällisintä tämä yksilöllisen tiedon muuttuminen kollektiiviseksi tiedoksi on silloin, kun saman tai samanlaisen kokemuksen omaavat henkilöt kokoontuvat yhteen ja keskustelevat kokemuksistaan. Tällöin tulee mahdolliseksi sosiaalinen prosessi, missä yhteisen kokemuksen perusteella luodaan yhteisöllistä kokemusta. (Berresford & Salo 2008,50-52.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tavoitteena opinnäytetyössä on tuoda esille niitä palveluja, jotka tällä hetkellä ovat toimivia ja säilyttämisen arvoisia kuntoutujien omien kokemusten perusteella sekä niitä palveluita, jotka kaipaivat heidän mielestään muutosta ja uudistamista. Toisena tavoitteena opinnäytetyössä on nostaa kuntoutujien omien kokemusten merkitys arvokkaana materiaalina mielenterveyspalveluiden kehittämisessä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mikä mielenterveyspalveluissa toimii kokemusten perusteella?
2. Mikä mielenterveyspalveluissa ei toimi kokemusten perusteella?
3. Mitä pitäisi kokemusten mukaan kehittää, jotta mielenterveyspalvelut vastaisivat nykyistä paremmin tarpeisiin?

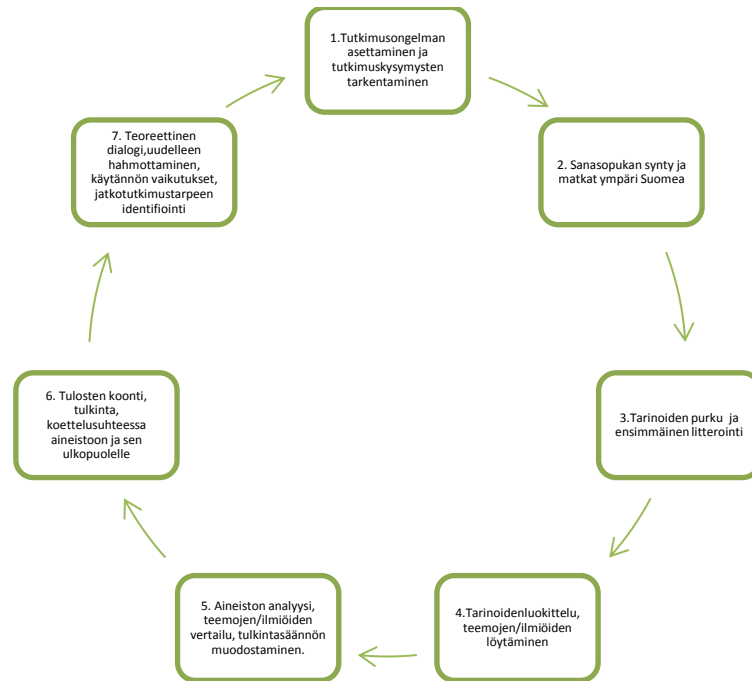
Opinnäytetyössä tarkoituksena oli myös luoda analysointitaulukko Tandem-projektin käyttöön, jotta tarinoiden sisällön kokoaminen jatkossa olisi mahdollisimman yhtenäistä riippumatta siitä, kuka työntekijöistä purkaa ko. tarinat.

5 TARINOIDEN KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI

Aineiston kokoaminen ja käsittely kietoutuvat tiiviimmin toisiinsa kvalitatiivisessa kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta ovat kolme toisiinsa liittyvää, mutta samalla varsin erilaista osatehtävää. Näiden kolmen elementin painotus voi vaihdella tutkimuksesta riippuen, mutta vaiheiden eri tehtävät on silti hyvä tunnistaa, sillä esimerkiksi pelkkä luokittelu ei tarkoita aineiston ana-

lysointia. Se on pikemminkin kerätyn materiaalin tuntemista ja haltuunottoa tukeva osatehtävä. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11-12.) Tähän opinnäytetyöhön liittyvä ideointi alkoi vuoden 2011 elo-syyskuussa, jolloin pohdimme projektiin liittyvän materiaalin hankkimista ja kehitimme Sanasopukan. Opinnäytetyön tekeminen projektiin tuli ajankohtaiseksi loka-marraskuussa 2011, jolloin mietimme sitä, miten kerätystä aineistosta saadaan dokumentoitua tietoa. Olen käyttänyt opinnäytetyön tekemisen etenemisessä hyväkseni Ruusuvuoren, Nikanderin ja Hyvärisen kirjassaan kuvaamaa mallia. Kuviossa 1. analyttisesti esitetyt vaiheet eivät seuraa ajallisesti toisiaan jatkumona vaan ne limittyvät osittain päällekkäin ja usein palataan myös vaiheissa taaksepäin (Ruusuvuori et al. 2010, 12).

Kynnys siirtyä aineistonkeruuvaiheesta analyysiin on laadullisissa tutkimuksissa usein korkea. Tästä syystä aineiston keruu, siihen tutustuminen ja alustavien analyysien tekeminen on hyvä aloittaa keskenään samanaikaisesti ja mahdollisimman varhain. Aineistosta ei koskaan nouse itsestään mitään, eikä aineisto puhu, vaan tutkimuskysymys ja sekä tutkijan lukemisen tapa, tulkinta ja valinta ohjaavat ja jäsentävät aineiston käsittelyä. Aineiston purkaminen, lukeminen tai sen alustava koodaaminen eivät analyttisesti ole neutraaleja vaan pohjautuvat epistemologiselle ja ontologiselle esiyymmärrykselle siitä, millaisia ilmiöitä haltuun otettava materiaali sisältää, mikä siinä on olennaista ja mihin analyysissa keskitytään. Luopumalla omista ennakkoodotuksistaan ja kuuntelemalla aineistoaan tutkija saa tilaisuuden löytää ja tuoda esityksiin jotain uutta. (Ruusuvuori & al. 2010,15)



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen (alkuperäinen malli Ruusu vuori et al. 2010, 12)

5.1 Sanasopukka kiertää

Sanasopukka on telttä, jonne mielenterveyskuntoutuja, hänen omaisensa tai mielenterveysalalla työskentelevä voi tulla kertomaan oman tarinansa. Tandem-projektissa työskentelymme alkuaikoina yhdeksi päällimmäiseksi kysymykseksi nousi, miten saisimme kerättyä mahdollisimman paljon ja jokseenkin helposti kokemustietoa mielenterveyskuntoutujilta, koska se tieto tulisi toimimaan projektissamme palveluiden kehittämisen lähtökohtana. Sanasopukka syntyi meidän projektityöntekijöiden ajatukset yhdistäen.

Telttamme perusrunkona on tavallinen ns. pop-up-telttä, jonka kokoamiseen ei mene paljon aikaa ja painoa on alle 20 kg. Tämä rakenteellinen seikka oli telttää valitessamme tärkeää, koska liukuimme ympäri Suomea ja telttä oli joko meillä matkatavarana julkisissa kulkuneuvoissa tai lähetimme sen Matkahuollon kautta etukäteen paikkakunnalle.

Sanasopukan halusimme myös jollakin tavalla tuovan mielikuvan laskuvarjosta ja siten yhdistyvän Tandem-projektiin, joten telttamme katto ja seinät muodostuvat suuresta leikkivarjosta silloin, kun telttä on pystytetty sisätiloihin. Ulkona ollessamme meillä oli myös käytössä ns. normaalit teltan seinät. (kuva 1.)



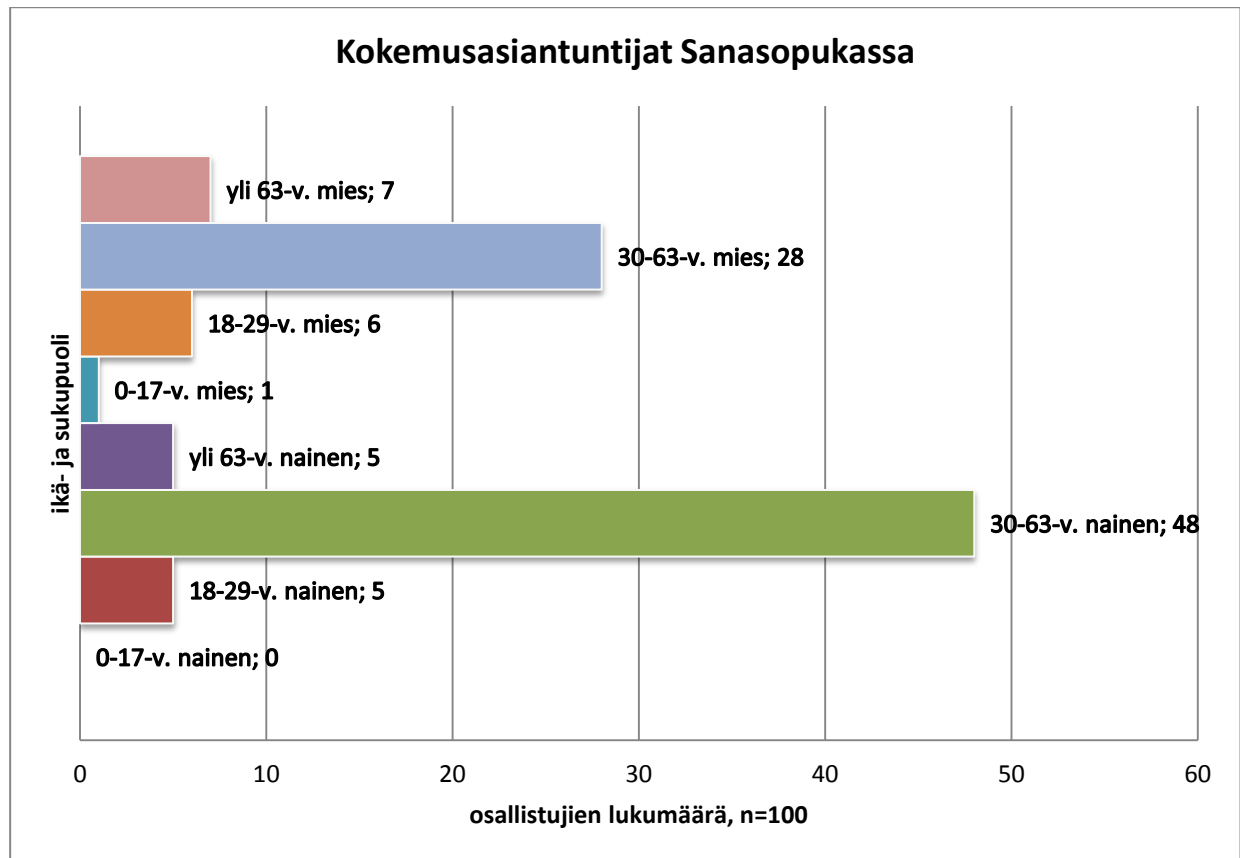
Kuva 1. Sanasopukka-telttä

Sanasopukassa tarinat videoitiin käyttäen normaalia kotikäyttöön tarkoitettua videokameraa. Jokainen sai kertoa omaa tarinaansa vapaamuotoisesti. Me emme haastaltelleet henkilöitä tai esittäneet kysymyksiä kertojalle tarinaan liittyen. Teltan seinille oli ripustettu tukisanakylttejä, joista tarinan kertojalla oli mahdollista saada apua tarinansa kertomiseen. Tukisanakylttejä oli aluksi 14: **perhe, ystävät, naapuri, vertaistuki, ryhmät, mielenterveystoimisto/psykiatrian poliklinikka, ryhmäkoti, tukiasunto, oma asunto, kotiapu, opiskelu/työ, asenteet/ennakkoluulot, kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen**. Nämä tukisanat oli valittu projektintyöntekijöiden kokemustaan ja aikaisempien tutkimusten perusteella. Projektin ohjausryhmässä huhtikuussa 2012, yhtenä käsiteltävänä aiheena oli Sanasopukan tukisanat; niiden toimivuus ja informatiivisuus. Ohjausryhmässä, johon kuuluu myös kokemusasiantuntijoita, käydyn keskustelun perusteella teimme seuraavat muutokset tukisanoihin. Tukiasunto, ryhmäkoti ja kotiapu sanat poistettiin ja niiden tilalle tulivat **tieto, palveluasuminen, netti, tukihenkilö, tunteet (+/-), tuki kotiin, sairaala ja palveluohjaus**. Näin lopullinen tukisanakylttien määrä nousi 19. (Kuva 2.)

Kuva 2. Tukisanoja Sanasopukan sisällä.



Aloitimme tarinoiden keräämisen Sanasopukassa marraskuun 17. päivä 2011. Ensimmäisellä kerralla saimme nauhoitettua kahdeksan kuntoutujan tarinan kokemuksestaan mielenterveyspalveluiden toimivuudesta sairastumisensa aikana. Tarinoiden kerääminen jatkui kesäkuun 27. päivään 2012 saakka, jolloin 100 kuntoutujan kertomaa tarinaa tuli täyteen. Vuoden 2011 aika saimme kootuksi 27 tarinaa ja loput 73 tarinaa vuoden 2012 puolella. Tämän kahdeksan kuukauden aikana olimme vierailleet kahdellatoista eri paikkakunnalla eri puolilla Suomea. Pääasialliset vierailukohteemme olivat ns. matalankynnyksen toimipaikat, mutta olemme keränneet tarinoita myös sairaalassa, Mielenterveysmessuilla ja ulkoilmatapahtumassa. Suurin osa kokemustietonsa kertoneista oli 30-63 -vuotiaita naisia, 48 henkilöä. Toiseksi suurin ryhmä oli 30-63 -vuotiaat miehet, 28 henkilöä. Alle kahdeksantoistavuotiaita oli vain yksi. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Osallistujien ikä- ja sukupuolijakauma

Itse olin mukana kahdeksalla paikkakunnalla videoimassa tarinoita. Loppujen neljän paikkakunnan tarinoiden videoimisesta huolehtivat kaksi muuta Tandem-projektin työntekijää. En itse ollut läsnä jokaisessa yksittäisessä nauhoituksessa vaan vuorotte-
limme aina toisen Tandem-projektiin osallistuvan työntekijän kanssa. Tällä pyrimme
varmistamaan sen, ettei välillä raskaidenkin tarinoiden kuunteleminen koidu liian
suureksi rasitteeksi kenellekään meistä. Näin myös tarinan kertojan kanssa oli aina
läsnä aidosti asiasta kiinnostunut ja innostunut eikä väsynyt kuuntelija. Tällä uskon
olleen suuren merkityksen itse tarinan kertojalle.

Tällainen toimintatapa tutkimusaineiston keräämiselle on olennaista fenomenologi-
selle tutkimukselle. Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkija on läsnä tilanteessa,
mutta ikään kuin häivyttää itsensä sosiaalisesta tilanteesta. Tutkijan läsnäolo on kui-
tenkin osoitus siitä, että on aidosti kiinnostunut toisen kokemuksista. Haastateltaessa
henkilöä tämän kokemuksista tukija esittäisi johdattelevia kysymyksiä, mutta ei tul-

kitsisi haastateltavan antamia vastauksia. (Perttula 2009,141.) Tässä tutkimuksessa Sanasopukan seinällä olevat tukisanakyltit toimivat aiheeseen johdattelijana.

Tarinoita kertyi yhteensä lähes yksitoista tuntia. Yhden tarinan kesto oli alun perin rajoitettu n. 10 minuuttiin, mutta pisin tarinan kesti lähes 18 minuuttia. Lyhyin tarina vastaavasti oli 27 sekunnin mittainen. Tavallisimmillaan yksittäisen tarinan kesto oli hieman alle neljä minuuttia.

Tarinansa kertoneet pitivät Sanasopukassa vierailuaan yleensä hyvinkin positiivisena kokemuksena. Dokumentoitua palautetta tästä aloimme kerätä vasta huhtikuusta 2012 lähtien, jolloin olimme kuudennessa paikassa keräämässä tarinoita. Palaute kerättiin itse tekemillämme kuvallisilla tarroilla, joissa meidän antamamme määrittelyn mukaan aurinko-tarra = hyvä kokemus, puolipilvinen-tarra = neutraali kokemus ja pilvinen-tarra = huono kokemus. Palautteen antoi 35 tarinan kertojaa, joista vain kuusi oli liimannut palautepapereihin puolipilvinen-tarran. Kaikki muut papereihin liimattua tarraa olivat aurinko-tarroja. Pilvinen tarroja ei ollut yhtään. Tosin muutama puolipilvinen tarran valinneista kertoi, että heidän kategoriassaan se on paras, koska eivät pidä aurinkoisesta säästä. Tai osa tarinan kertojista arvioi puolipilvinen-tarralla omaa suoritustaan Sanasopukassa, sitä miten sujuvasti hän oli tarinansa kertonut.

5.2 Tarinoiden analysointi

Sanasopukassa kerättyjen tarinoiden pohjalta olen luonnut tarinoiden analysointirungon excel-taulukkoon. Päädyimme projektissa siihen, että viiden eri henkilön maininta jostakin palveluun liittyvästä tai muuten merkittävästä asiasta tekee siitä niin merkityksellisen, että siitä muodostuu avainsana taulukkoon. Rajaamisen ka- toimme käytännön kannalta olevan tarpeellisen, ettei taulukosta muodostu kohtuutoman suuri. Tämä taulukko on muuttanut muotoaan muutaman kerran tarinoiden läpikäymisen aikana. Perustiedot (ikä, sosiaalinen status) jokaisesta tarinan kertojasta on luokiteltu taulukkoon Tandem-projektin rahoittajan Raha- automaattiyhdistyksen (RAY) seurantakyselyn mukaan.

Pyrin purkamaan videoidut tarinat aina mahdollisimman pian niiden kuvaamisen jälkeen. Yleensä tämä tapahtui viikon sisällä niiden tallentamisesta. Purkaessani videoita ja tallentaessani niitä verkkoasemalle tein samalla muistiinpanoja tarinoista vihkoon. En kirjoittanut sanasta sanaan ylös kaikkea mitä tarinassa kerrottiin vaan yritin poimia tarinasta niitä kohtia, joissa oli mainintaa mielenterveyspalveluista tai asioista, jotka olivat edistäneet tai estäneet kuntoutumista. Ruusuvuoren mukaan litteroinnin tarkkuus määräytyy ennen kaikkea tutkittavan ilmiön mukaan. Yksityiskohtainen litterointi ei ole silloin niin oleellinen, kun kiinnostus kohdistuu haastattelussa esiin tuleviin asiasisältöihin. Osan aineistosta on mahdollista litteroida vähemmän tarkasti, nauhoitettuun aineistoon voi tarvittaessa palata ja litteraatiota on mahdollista tarkentaa. (Ruusuvuori 2010, 424-426.) Jokaisen yksittäisen tarinan olen kuunnellut vähintään kaksi kertaa. Jotkut tarinat useamminkin kerran, jos olen halunnut tehdä tarkennuksen johonkin aikaisemmin ylöskirjoittamaani asiaan tai tarinan sisällössä on ollut jotakin, joka on vaatinut useamman kuuntelukerran, jotta asia on avautunut minulle. Osan tarinoista olen kuunnellut useammin siksi, että niissä on ollut vaikeuksia saada selvää tarinan kertojan puheesta joko hänen hiljaisen äänensä vuoksi tai taustalla olevat hälyänet ovat olleet niin voimakkaat. Tarinoista tekemisestäni litteroinnista olen vielä erikseen valikoinut ne kohdat, jotka antavat vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Puheesta tekstiksi muunnettu litteraatio on jo kertaalleen tulkittu versio analysoitavasta tilanteesta. Laadullisessa haastattelututkimuksessa on kuitenkin varsin yleistä tehdä analyysi nimenomaan litteroidusta versiosta, koska isomprien kokonaisuuksien hahmottaminen on näin käytännöllisempää. Kun aineiston analyysin perustana on litteroinnin avulla tuotettu tekstiaineisto, litteroinnin avulla tavoitetaan vain pieni osa haastattelutilanteesta tarjolla olevasta informaatiosta. Litteroidessa tulkitaan aineistoa ainakin kolmella tavalla: havainnoijan oma huomiokyky rajaa pois osan informaatiosta, kulttuurin jäsenenä tehdään tulkintoja siitä, mitä puhuja tarkoittaa sanomallaan ja mitä toimintaa sanottu palvelee tarkasteltavassa tilanteessa sekä tutkijana tehdään tulkintoja aineiston osien tutkimuksellisesta relevanssista. Tehdään päätelmiä siitä, onko sanottu haastattelijan tiedon tarpeeseen vastaavaa, onko se haastattelutoimintaan liittymätöntä jutustelua jne. (Ruusuvuori 2010, 427-428.) Tähän opinnäytetyöhön olen yksin tehnyt aineiston litteroinnin, joten omilla näkemyk-

silläni olen ainakin alitajuisesti vaikuttanut sisältöjen tulkintaan, vaikka olen pyrkinyt pitämään mieleni hyvin avoimenani tarinoita kuunnellessani.

5.3 Taulukkoon valikoituneet otsikot

Lopullisen taulukon otsikot ovat erilaisia hoito- tai asumispaikkoja kuin myös suoraan palvelun sisältöön viittaavia sanoja. Joissakin tarinoissa oli painotettu sisältöön liittyviä asioita ja kuntoutujat olivat kokeneet ne oman hoitonsa ja kuntoutumisensa kannalta merkittävinä seikkoina. Siksi ne ovat myös omina otsikkoinaan taulukossa. Otsikoiden järjestyksessä tausta-ajatuksenani on ollut luokittelu aihepiireittäin.

Otsikoita taulukkoon kertyi aineistossa mainittujen asioiden pohjalta yhteensä 28. Aikaisemmin määritellyistä kriteeristä poiketen *päihdehoito*, *työterveys* ja *tukiasunto* ovat myös taulukossa otsikkoina vaikka niissä ei ole täyttynyt viisi mainintaa. Nämä otsikot olen kuitenkin ottanut mukaan, koska koin ne tärkeäksi taulukon jatkokäytöskäytännössä käyttämisessä. Seitsemäntoista otsikon alla ovat sarakkeet pos. ja neg., joihin merkinnät on tehty niistä annetun palautteen mukaisesti. Lisäksi perhe otsikon alla on edellisten merkintöjen lisäksi sarake äiti, koska yhdessätoista tarinassa oli erikseen mainittu äidin rooli. Kymmenessä otsikossa ei ole alasarakkeita. Niihin liittyvät palautteet ovat olleet joko mainintoja asian tärkeydestä tai palautteet ovat kaikki positiivisia. Joidenkin tarinoiden kohdalla on saman otsikon alla merkintä sekä pos.-että neg.-sarakkeissa. Tämä johtuu siitä, että tarinassa, sairastumisen eri vaiheessa kuntoutuja on kokenut saman palvelun eri tavalla (Liite 3.).

Kehittämisideoita on omana otsikkonaan, koska 26 tarinassa tuotiin esille jokin tai joitakin kehittämisideoita. Nämä ideat, kuten myös tarkempia kuvauksia otsikkoihin liittyvistä sisällöstä olen linkittänyt erilliseen word-tiedostoon. Näin ne ovat jatkokäytöstä ajatellen helpommin löydettävissä.

Hoitoon pääsy on taulukossa ensimmäisenä otsikkona, koska siitä kokemukset palveluista yleensä alkavat. Seuraavat viisi otsikkona: **sairaala**, **psykiatrian poliklinikka**, **työterveyshuolto**, **terveysasema** ja **päihdehoito** ovat kaikki erilaisia hoitotahoja, jotka

mainittiin tarinoissa. Joissakin tarinoissa kokemukset liittyivät mielenterveystoimistoihin. Nämä kokemukset olen laittanut psykiatrian poliklinikka otsikon alle. Hoitoon liittyviä elementtejä ovat **terapia, lääkitys, hoitosuhteen pysyvyys, vertaistuki/ryhmät ja perheen huomioiminen**. Terapia otsikon alla ovat kaikki ne maininnat, jossa nimenomaista sanaa on käytetty. Koska tarinan kertojia ei ole haastateltu, uskomukseni on, että heidän tarinoissaan terapia merkityksen ovat saaneet myös keskustelut hoitohenkilökuntaan liittyvien henkilöiden kanssa, ei puhtaasti terapiakäynnit. Eniten merkintöjä kerääntyi otsikon ryhmät/vertaistuki alle. Tämä otsikko sisältää niin matalankynnyksen ryhmätoiminnan kuin virallisissa hoitopaikoissa toteutuneen ryhmä ja vertaistoiminnan. **KELAn/vakuutusyhtiöiden** toiminta vaikutti kahdeksan kuntoutujan palveluiden saamiseen.

Asumismuodoista korostui **oman asunnon** merkitys. Kaikki maininnat tästä olivat positiivisia. **Tukea arjen hallintaan** otsikon alle on kerätty kaikki ne maininnat, joissa kyse on konkreettisesta avusta sekä tukihenkilöistä. Näistä kuntoutuja oli saanut apua arjessa selviytymisensä tai hän oli kokenut sitä tarvitsevansa.

Opiskelu ja työ edustivat tarinoissa sosiaalistaverkostoa, johon kuntoutuja kuului nyt tai oli aikaisemmin kuulunut. Opiskeluun on laskettu mukaan myös valmentava koulutus. **Harrastukset, liikunta ja uskonto/seurakunta** kuuluvat kuntoutujien vapaa-aikaan ja voimavaroihin. Näiden otsikoiden alla ei ole jakoa positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin. Kaikki näihin asioihin liittyvät maininnat olivat positiivisia. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Yhteenvetotaulukko

Otsikko	pos.	neg.	yht.
Hoitoon pääsy	8	16	24
Hoitotahot			
sairaala	18	11	29
psykiatrian poliklinikka	31	6	37
työterveyshuolto	3	-	3
terveysasema	6	4	10
päihdehoito	3	-	3
Hoitoon liittyvät elementit			
terapia	16	3	19
lääkitys	20	12	32
hoitosuhteen pysyvyys	5	10	15
vertaistuki/ryhmät	64	-	64
perheen huomioiminen	4	3	7
KELA/vakuutusyhtiö	3	5	8
Eri asumismuodot			
kuntoutuskoti	1	7	8
tukiasunto	3	-	3
oma asunto	18	-	18
Tukea arjen hallintaan	33	-	33
Henkinen ja konkreettinen tuki			
perhe	27	5	32
- äiti			11
ystävät	26	4	30
Sosiaalinen verkosto			
opiskelu	11	-	11
työ	14	4	18
Vapaa-aika ja voimavarat			
harrastukset	16	-	16
liikunta	12	-	12
uskonto/seurakunta	9	-	9
Vuorovaikutus			
toivo			5
tieto			13
asenteet/ennakkoluulot	4	21	25
kohtaaminen	2	13	15
Omat voimavarat/ itsetuntemus/aktiivisuus			14

Liikunnan olen tarinoiden pohjalta nostanut erilliseksi otsikoksi, koska se mainittiin harrastuksista kaikista useimmin. Erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin viitaten ja niiden laatua kuvaavat otsikot **toivo, tieto, asenteet/ennakkoluulot ja kohtaaminen**. Asenteisiin/ ennakkoluuluihin on laskettu mukaan kuntoutujien maininnat sekä omista että ulkopuolisten asenteista mielenterveyskuntoutujia ja -paikkoja kohtaan. Positiivisia kokemuksia oli neljällä kuntoutujalla. Sitä vastoin negatiivisista kokemuksista kertoi 21 kuntoutujaa. Kohtaamisen erikseen maininneita kuntoutujia oli yhteensä 15. Heistä vain kahdella oli kokemus kohtaamisesta positiivinen, loppuilla 13 negatiivinen.

Omat voimavarat/itsetuntemus/aktiivisuus tuli esille 14 kuntoutujan kertomassa tarinassa. Tämän koettiin olevan yksi ratkaisevista tekijöistä oman kuntoutumisen kannalta.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimushaastatteluja on paljon erilaisia ja aineistot ovat hyvin monimuotoisia riippuen siitä, miten paljon haastateltavalle on annettu tilaa kertoa asioista vapaamuotoisesti vai onko häntä johdateltu kysymys-vastaus-tyyppisesti. Haastattelijan valitsema ote siis vaikuttaa tuotetun materiaalin laatuun eli siihen sisältääkö kertomus vapaamuotoista, minämuodossa tuotettua kerrontaa, joka saattaa käsittää hyvinkin pitkän aikajakson vai löytyykö kerronnallinen luonne jostain muusta. Samalla ollaan enemmän kiinnostuneita siitä, mitä kerrotaan eli sisällön erittelystä eikä niinkään siitä miten kerrotaan. (Aaltonen & Leimumäki 2010,119,121.) Opinnäytetyön tutkimusaineiston muodostivat tarinat, jotka oli kerätty videoimalla kuntoutujien kertomia tarinoita omasta kuntoutumispolustaan ja kokemuksistaan mielenterveyspalveluista. Kyseessä on elämäkerrallinen lähestymistapa. Näitä tarinoita erilaista kokemuksista luokitellaan elämäkertoiksi, joissa keskitytään tiettyyn teemaan ja henkilöitä pyydetään kertomaan heille merkityksellisistä tapahtumista. (Hirsijärvi 2007,

204 -205.) Koska tutkimuskohteena ovat ihmisten kokemukset, olen joutunut pohtimaan erityisesti sen luotettavuutta ja eettisyyttä.

6.1 Luotettavuus

Kvalitatiiviseen tutkimukseen kuuluu, että tutkimuksen kulusta laaditaan tarkka selostus. Tämä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa mm. tarinoiden kuvaamistilanteista tehtyä kuvausta sekä kuinka paljon aikaa videoimiseen käytettiin. Esille tuodaan myös mahdolliset häiriötekijät näissä tilanteissa sekä tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Myös tutkimuksen luokittelun tarkka kuvaus lisää sen luotettavuutta. (Hirsijärvi 2007, 214-215.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa, antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tämän vuoksi on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Tästä syystä tiedonantajien tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Tässä tutkimuksessa tiedonantajiksi oli valikoitu ne henkilöt, joilla on oma-kohtaisia kokemuksia mielenterveyspalveluiden toimivuudesta. Ajallisesti kokemukset ovat pitkältä aikaväliltä. Tiedonantajien kuvaamat omat kokemukset ovat olleet joko kymmenien vuosien ajalta tai tarinoissa kuvatut kokemukset ovat voineet tapahtua viimeisen vuoden aikana.

Aineistolähtöisen analyysin ongelmaksi usein katsotaan, että voiko tutkija objektiivisesti analysoida aineistoa, ilman, että omat ennakkokäsitykset vaikuttaisivat analysoinnin tulokseen. Tästä johtuen fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa tutkijan tulee kirjoittaa auki omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä. Laineen mukaan tätä kutsutaan hermeneuttisessa tutkimuksessa esiyymmärrykseksi. Tutkijalla on oma luontainen tapa ymmärtää tutkimuskohdetta jo ennen tutkimusta. Objektiivisuus toteutuu silloin, kun tutkimus on tehty tutkijan maailman- ja ihmiskäsitystä ja kokemusta koskevan kanssa johdonmukaisella tavalla. Tällöin tutkimuksen tietoteoreettinen perusta ja empiirinen osuus muodostavat ehyen kokonaisuuden. Ilman yhteistä

kulttuuria tutkijan voisi olla erittäin vaikea ymmärtää tutkittavan elämäntapahtumia. Kolmantena objektiivisuuden mittarina voidaan pitää sitä, että tutkimus on kaikissa vaiheissaan toteutettu niin, että tutkimuksellinen ymmärrys perustuu tutkimukseen osallistuvien elävään kokemukseen ja kuvauksiin kokemuksistaan. (Laine 2010,32-33; Perttula 2009, 156-157;Tuomi & Sarajärvi 2009,96.)

Oma kokemukseni mielenterveyspalveluista koostuu kuuden vuoden työkokemuksesta psykiatrisessa työssä. Olen työskennellyt akuutilla suljetulla osastolla, suljetulla kuntoutusosastolla ja psykiatrian poliklinikalla. Näissä toimintaympäristöissä olen saanut tutustua hyvin monenlaisiin toimintatapoihin sekä saanut pieneltä osin olla vaikuttamassa hoitosysteemin uudistamistyöhön. Nämä vuodet ovat muokanneet omia odotuksiani ja arvojani mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuudesta.

Vuosien aikana huomasin, että mielenterveyspalveluilla on vaikeuksia vastata niihin kohdistuneisiin odotuksiin ja toiveisiin. Palveluita on ajoittain saatavilla melko paljonkin, mutta niiden oikea aikaisuus ei toimi. Paljon on myös päällekkäistä toimintaa. Mielenterveyspalveluiden tarve on kasvanut ihmisten huonovointisuuden lisääntymisessä ja järjestelmä ei ole kyennyt siihen vastaamaan. Toisaalta myös useiden palveluiden tarvitsijoiden piirissä on voimassa vahvasti se näkemys, ettei perusterveydenhuolto kykene vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Tässä osittain kyseessä on mielestäni tiedon puute, sillä tiedossa ei ole, että myös terveyskeskuksissa toimii psykiatrian erikoisalan ammattilaisia.

Ihmisten hoitoon pääsyyn viivästymisen vuoksi heidän ongelmansa ovat yleensä päässeet kasvamaan lumipalloefektin tavoin. Aikaisemmin asioihin puuttamalla voitaisiin saada kevyemmällä resursseilla aikaiseksi parempia tuloksia. Vaikka laitoksia on viime aikoina purettu, on mielestäni hoitokäytänteet edelleen hyvin laitosmaisia. Terveystieteiden järjestelmä on mielestäni edelleen hyvin jäykkä, joka antaa yksilöille vaihtoehtoilta hyvin rajalliset toteuttamismahdollisuudet. Yksittäiset työntekijät eivät aina pysty toimimaan parhaan tahtonsa mukaan, koska järjestelmä on luonut tietyt reunaehdot. Esimerkiksi terveys- ja sosiaalipuolen yhteistoiminnan, sujuvan tietojen vaihtamisen esteenä ovat tietokoneohjelmat. Asiakastietojärjestelmät, jotka eivät keskustele keskenään. Tämä aiheuttaa sen, että yhden ihmisen asioiden hoitamiseen

kuluu huomattavasti enemmän aikaa, jolloin se on poissa joltakin muulta. Tähän kaikkeen omaan esiymmärrykseeni pohjautuen olen tehnyt tulkintoja henkilöiden kertomien tarinoiden sisällöstä.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään myös aineiston tulosten esittämisessä. Tulokset on esitelty osittain suorien lainausten avulla kuntoutujien kertomista tarinoista. Nämä kohdat on tekstissä on sisennetty ja kursivoitu.

Tutkimuksen luotettavuutta pyritään lisäämään triangulaation eli tutkimusmenetelmien yhteiskäytön avulla. Tällöin tutkimusaineistosta kerätystä tiedosta saadaan sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tietoa. Tutkijatriangulaatiossa tutkimukseen osallistuu useampia henkilöitä joko aineistonkerääjinä ja erityisesti tulosten analysoijana ja tulkitsijoina. (Hirsijärvi 2007: 215.) Tässä tutkimuksessa triangulaatio toteutuu sekä tutkimuksen tutkimusmenetelmien yhteiskäytössä että tutkijatriangulaatiossa. Aineiston keräämiseen osallistui kaikki kolme Tandem-projektin työntekijää. Lisäksi projektissa työskentelevät kaksi muuta henkilöä osallistuivat osaltaan aineiston analysointiin. He katsoivat alkupuolen videoista joka kymmenennen: vuodelta 2011 numerot 1, 10 ja 20 sekä vuodelta 2012 numerot 1,10,20, 30 ja 40. Näistä he tekivät omat analysoinnit, jotka on yhdistetty minun näkemyksiini otsikoita laadittaessa.

6.2 Eettisyys

Henkilötietolain mukaan (11§) arkaluonteisiksi asioiksi määritellään mm. tutkittavien sosiaalietuuksia, terveydentilaa tai poliittisia asenteita koskevat asiat. Aroiksi tutkimusaiheiksi on määritelty myös ne, jotka herättävät pelon tuntemuksia (esim. seksi ja kuolema) tutkittavissa. Tutkimuksen aiheuttamaa uhkaa ovat esimerkiksi henkilökohtaiset ja stressaavat tutkimusaiheet, jotka aiheuttavat tutkittavissa levottomuutta tai emotionaalista kärsimystä. Rajat arkaluonteisuudesta ovat hyvin vaihtelevia ja riippuvat paljon tutkittavasta itsestään. Henkilötietolain 12§ sisältää poikkeukset, jotka kumoavat arkaluonteisten tietojen käsittelyn. Henkilön antama suostumus kumoaa tietojen käsittelykiellon. (22.4.1999/523; Kuula 2006, 135-136.) Jokaiselta tarinansa kertoneelta henkilöltä on otettu kirjallisen suostumus, jossa ilmenee hänen yhteystietonsa, mutta ei esimerkiksi henkilötunnusta. Yhteystiedot olemme kerän-

neet, jotta meidän on mahdollista olla myöhemmin yhteydessä tarinan kertojaan, jos koemme tähän olevan tarvetta. Suostumuslomakkeessa (liite 1.) on myös suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus. Tutkimukseen osallistuneille annettiin Sanasopukan esite (liite 2.), jossa on lyhyesti kuvattu projektimme tarkoitus sekä ohjeet siitä, miten Sanasopukassa toimitaan. Ohjeet olivat vielä erikseen myös Sanasopukan sisällä. Lähes jokaisella tutkimukseen osallistuneella oli ollut myös aikaisemmin tilaisuus tutusta tähän materiaaliin. Joillakin tarinoiden keräämispaikkakunnilla järjestettiin myös etukäteen tiedotustilaisuus Sanasopukasta. Tällöin ihmisillä oli mahdollisuus kysyä meiltä projektintyöntekijöiltä tarkentavia kysymyksiä Sanasopukkaan liittyen sekä siihen, miten tarinoita tullaan jatkossa käyttämään. Aina ei ollut mahdollisuus järjestää konkreettista tilaisuutta, jolloin tiedon etukätestiedon jakaminen jäi yhteistyökumppanin vastuulle. Etukäteen asiasta tiedottaminen mahdollisti myös sen, että henkilöillä oli aikaa miettiä osallistumistaan tutkimukseen kaikessa rauhassa.

Excel-tilaukossa ei näy kenenkään osallistujan henkilötiedot vaan videot on numeroitu. Koska näistä tarinoista muodostui henkilörekisteri, on henkilölain mukaan tehtävä rekisteriseloste (10§), mistä ilmenee käyttötarkoitus ja rekisterin suojaustoimenpiteet. (22.4.1999/523.) Rekisteriseloste on tarinoiden tallentamisen aloittamisesta lähtien ollut nähtävillä projektipäällikkömme työhuoneessa. Lisäksi rekisteriseloste oli meillä mukana tarinoiden keruupaikoissa. Kuvaamamme videot sekä pdf-muotoon skannatut suostumuslomakkeet on tallennettu ulkoisen verkkoaseman kansioon, jonka käyttöoikeudet ovat vain meillä Tandem-projektin työntekijöillä. Paperiset suostumuslomakkeet säilytetään lukitussa kaapissa projektityöntekijän huoneessa.

Koska kyseessä oli ihmisiin liittyvä tutkimusaihe, täytyi huomioida vaatiiko se hyväksynnän eettiseltä toimikunnalta. Jos kyseessä on ns. lääketieteellinen tutkimus, jossa puututaan ihmisen koskemattomuuteen joko fyysisesti tai psyykkisesti, se vaatii puoltavan lausunnon eettiseltä lautakunnalta. Lupa haetaan oma alueen toimikunnalta. (Eettiset toimikunnat.) Olin yhteydessä HUS:n eettiseen toimikuntaan sähköpostitse 1. joulukuuta 2011. Heiltä sain vastauksen, että tutkimusluvan myöntäjä pyytää lausuntoa, jos katsoo sen tarpeelliseksi. Lupaa eettiseltä lautakunnalta ei haettu tutki-

muksen tekemiseen, koska sitä ei katsottu tarpeelliseksi tutkimuksen pyytäjän eli Asumispalvelusäätiö ASPAn eikä projektin rahoittajan RAY:n puolelta. Minulla tai projektilla ei ole sidonnaisuutta mihinkään hoitotahoon, joten kokemuksensa kertominen ei vaikuta mitenkään kertojan mahdolliseen hoitoon.

En kokenut toimivani vastoin omia arvojani, minkä Kuula on maininnut yhdeksi eettiseksi mittariksi tutkimusta tehtäessä. Hänen mukaansa omia arvoja vastaan on erityäin vaikea toimia ja tällöin tutkija ei ehkä panosta tutkimuksen tekemiseen parhaalla mahdollisella tavalla, jos tutkimusaihe on hänelle eettisesti epäilyttävä. Tutkimustyössä tutkija on itse aina vastuussa ratkaisuisistaan ja valinnoistaan (Kuula 2006, 21).

7 SANASOPUKASSA SANOTTUA

Kahdeksan kuukauden aikana Sanasopukassa kävi tarinansa kertomassa yhteensä 100 kuntoutujaa. Heidän kertomissaan tarinoissa toistui samat teemat, joiden mukaan mielenterveyspalvelut voidaan jakaa kokemusten mukaan toimiviin ja ei-toimiviin palveluihin. Ihmisten välinen vuorovaikutus vaikutti eniten siihen, miten kukin palvelu koettiin. Jos henkilö oli kokenut, että hänen mielipiteitään ei arvostettu, ne ohitettiin, palvelun muulla sisällöllä tai ammattilaisen tutkinnolla ei juurikaan ollut hänelle merkitystä.

7.1 Toimiva palvelu - ” Minut otettiin vastaan ihmisenä.”

Pääasiassa kolmannen sektorin matalankynnyksen toimipaikat sekä erilaiset vertaisryhmät olivat kuntoutujien kokemusten mukaan parhaiten toimivia palveluita. Suuri merkitys näiden ryhmien ja paikkojen saamalle positiiviselle palautteelle oli, että kuntoutujat olivat kokeneet, että heitä kohdellaan tasavertaisena ja heidän sanomillaan on arvoa. Kuten eräässä tarinassa tämä oli ilmaistu:

Matalankynnyksen paikat ovat hyviä, voi olla ja tulla sellaisena kuin on.

Ryhmissä saatu vertaistuki oli joidenkin kuntoutujien kokemusten mukaan auttanut enemmän kuin muut hoitomuodot. Seuraavien lauseiden sanoma ilmeni hyvin monessa tarinassa.

Ryhmä on auttanut paljon, saa voimaa.

Ihminen tarvitsee toisia ihmisiä parantuakseen.

Julkisuudessa on puhuttu paljon liikalääkityksestä, minkä monet toivatkin esille kertomuksissaan. Kuitenkin suurin osa lääkityksen maininneista henkilöistä koki, että oikeanlainen lääkitys on tarpeen, jotta arjessa selviytyminen olisi mahdollista. Eteenkin psykoosilääkityksen merkitys koettiin tärkeänä.

Sain vahvan lääkityksen. Harhat lähtivät ja todellisuudentaju alkoi palata. Siitä alkoi minun kuntoutumisen.

Tai kuten eräässä toisessa tarinassa asia on ilmaistu

Oikean lääkityksen löydyttyä sairaalajaksot ovat harventuneet.

Enemmistö oli saamaansa sairaala sekä avohoitoon tyytyväisiä. Avohoidon koettiin toimivan sairaalahoitoa paremmin. Tämä arviointi perustuu hyvin paljon siihen, miten heidät oli kohdattu ihmisenä. Kuntoutujille oli tärkeää myös hoidon jatkuvuus, joko niin, että sama henkilö pysyi heidän hoidossaan mukana mahdollisimman pitkään tai ainakin tieto siirtyi sujuvasti seuraavalle hoitavalle henkilölle.

Muutamilla henkilöillä oli kokemusta tukihenkilöistä sekä kotiin tuodusta avusta.

Nämä palvelut kuntoutujat kokivat erittäin merkittävinä ja toimivina ratkaisuin.

Olen saanut ohjausta kahviloiden, kirjastojen ja harrastusten löytymiseen. Se on auttanut jaksamaan ja pitänyt elämän mielenkiintoisena.

Kotiapu käy kerran viikossa, siivotaan ja käydään kaupassa yhdessä.

Toisilla tukihenkilön ja avun saamisen merkitys korostui siinä, että oli joku auttamassa erilaisten papereiden täyttämässä ja hoitoon menemisessä.

Positiivisena ja kuntoutusta tukevana asiana monet tarinansa kertoneista pitivät erilaisia harrastusmahdollisuuksia. Piirtäminen ja maalaaminen sekä yksin että yhdessä

kuuluvat monen harrastuksiin. Musiikilla oli myös merkittävä osa sairastumisesta selviämisessä ja kuntoutumisessa.

Musiikki on tärkeä asia - yksi tapa hoitaa itseään ja löytää itsensä.

Liikunnan merkityksestä sekä fyysisen kunnon että mielen kohottajana oli kokemusta usealla henkilöllä.

7.2 Palveluiden karikot - ”Tunsin olevani työhaastattelussa.”

Palveluiden toimivuudessa heikon lenkki oli itse hoitoon pääseminen. Siitä oli negatiivisia kokemuksia lähes joka viidennellä tarinansa kertoneella kuntoutujalla.

Psykiatrian poliklinikalle hoitoon hakeutuessa tuntui, että oli työhaastattelussa. Täytyi todistaa, että on avun tarpeessa. Ihan kuin valehtelemalla yritettäisiin vain hakea etuuksia tai jotain.

Usealla kuntoutujalla oli kokemuksia siitä, että tilanteen täytyy päästä tosi pahaksi ennen kuin hoitoon pääsy on mahdollista,

Täyttä, ei voida ottaa. Täytyy tapahtua jotain ikävää.

Sairaalahoidossa ihmiset kokivat olevan hyvin alisteissa asemassa ja eritettynä muusta tukiverkostaan.

Sairaalassa suutuin lääkärille, koska koin hänen nöyryyttävän minua. Kamalinta oli olla eristettynä sisällä viikon ajan, kun ei päässyt ulkoilemaan.

Nämä eivät valitettavasti olleet mitenkään ainutkertaisia kokemuksia kuntoutujien tarinoissa. Kuntoutujien kokemukset asenteista ja ennakkoluuloista olivat enimmäkseen negatiivisia.

En suosittelen kertomaan naapurille. Asenteet ja ennakkoluulot ovat kauheita - ei tule ymmärretyksi.

Työpaikan pomo kertoi toisille työntekijöille, että olen seonnut. Työkaverit puhuivat kuin pikkulapselle.

Hoidon katkeamisen joko hoitohenkilön vaihdosten tai kuntoutujan asuinpaikan vaihtumisen myötä kuntoutujat kokivat vaikeana.

Minua on palloitettu eri poliklinikoilla kaupungin sisällä ja kyselty samoja asioita uudestaan.

Toisen kuntoutujan kokemus oli, että jokainen tapaamiskerta alkoi

Kerro omin sanoin, miksi olet täällä.

Usealla oli kokemuksia myös siitä, että tietoa ei jaeta hoitopaikoissa riittävästi.

Eläke katkaisi hoitosuhteen- ei tiennyt mitä nyt. Ei osoitettu jatkoa.

Tieto ei kuntoutujien kokemusten mukaan kulje somaattisen ja psykiatrisen hoidon välillä tai fyysistä sairautta ei huomioida ollenkaan. Tiedon kulun huonoksi kuntoutujat kokivat myös julkisen ja yksityisen hoidon välillä.

Sairaalassa fyysistä sairauttani ei huomioitu. Sain paljosta lääkityksestä erittäin kovan päänsäryn. Tämä toistui kahden eri sairaalajakson aikana.

7.3 Kehittämideoita - ”Nyt olen minä sairas tänään, mutta sinä voit olla huomenna.”

Otsikon sanoilla, eräs tarinansa jakanut kehotti miettimään mielenterveyspalveluita ja asennoitumista mielenterveyskuntoutujiin. Joka neljäs kuntoutuja antoi joko yhden tai useamman kehittämisidean, jotta hoito vastaisi paremmin tarvetta ja olisi inhimillisempää. Kehittämisideat voidaan karkeasti jakaa resurssien lisäämiseen, asenteiden muuttamiseen ja tiedon jakamiseen sekä eri instanssien välillä kuin myös henkilökohtaisella tasolla.

Terveydenhoidon on tultava lähemmäksi kuntoutujaa ja otettava huomioon ihmisenä, tasa-arvoisena ihmisenä.

Useassa tarinassa oli maininta siitä, kuinka sairastuneena on vaikea hoitaa omia asioitaan, kun voimavarat ovat vähäiset. Tähän parannusehdotuksena oli tukihenkilöiden ja palveluohjauksen sekä kotiin tuotujen palveluiden lisääminen.

Papereiden täyttämiseen apua, ei ole henkisiä voimavaroja, jolloin

myöhästyy korvaukset ja toimeentulo heikkenee.

Oma asunto on tärkeä ja moni tarvitsee sinne apua, jos esimerkiksi kuntoutuskodista sinne muuttaa. Muuten ei asumisesta tule mitään. Siirtymisissä voi jäädä kuntoutuja sukulaisten ja perheen kontolle kuntoutuskodista lähtiessään.

Asiakkaan koko kokonaisuuteen perehtyneet henkilöt tarpeellisia, koska viranomaiset kiinnittävät nyt huomiota vain yhteen asiaan kerrallaan.

Tukihenkilöiden tarve korostui myös hoitoon hakeutumisen yhteydessä. Hoitoon pääsyn kynnyks koetaan nyt korkeaksi ja erittäin paljon voimavaroja vaativaksi. Tarinoista käy esille, että hoitoon pääsystä täytyy käydä taistelu, johon omat voimavarat ovat usein vähäiset.

Pitäisi olla henkilö auttamaan hoitoon pääsyissä, esimerkiksi vertainen, joka ymmärtää, että on hädässä ja osaa puhua puolesta.

Prosessista tehtävä vähemmän ahdistava ja todistelua vaativa.

Asenteiden ja ennakkoluulojen muuttamiseen kuntoutujat kokivat, että kokemusasiantuntijoilla on tässä suuri rooli.

Stigma nyt mielenterveysongelmassa. Kouluihin puhujia, joilla mielenterveyshäiriö. Opettaja ja oppilaat sais lisätietoa, ettei mielenterveysongelmainen olis mörkö ja eikä tarvitse pelätä.

Tiedon jakaminen mielenterveysasioista. Usein luonnollinen seuraamus tapahtumista.

Kuntoutujien tarinoista nousi esille tiedon saannin merkitys niin oman kuntoutumisen kannalta kuin edellä mainittujen ennakkoluulojen poistamisessa. Tarinoissaan kuntoutujat totesivat, että he eivät ole saaneet riittävästä tietoa esimerkiksi eri palveluvalintoehdoista sekä kolmannen sektorin toimipaikoista. Tämä olisi myös taloudellisesti hyödyllistä.

Kuntoutustoiminnan pitäisi olla aktiivista sairaalajakson jälkeen. Päättäis vähemmällä ja sairaalaan uudelleen joutumiset vähenisivät.

Matalan kynnyksen toimipaikkoja kuntoutujat toivoivat lisää sekä niiden aukioloaikojen pidentämistä iltoihin sekä viikonloppuihin.

Kehittämiskohteeksi kuntoutujien tarinoissa nousi myös perheiden huomioiminen entistä paremmin hoidon aikana. Kotona oleva puoliso tarvitsee usein tukea ihan arjesta selviytymiseen ja omaisilla on oikeus saada tietoa sairauden ja lääkkeiden vaikutuksista. Usealla kuntoutujalla lähiomaiset, perhe, oli tärkeä tuen antaja, joten heidän huomioiminen hoidon aikana on erittäin merkittävä asia.

8 POHDINTA

Opinnäytetyöni vahvistaa niitä käsityksiä, joita tällä hetkellä on yleisesti olemassa mielenterveyspalveluista. Palveluiden piiriin on hankala päästä ja tiedon siirtyminen eri toimipaikkojen sekä hoitohenkilökunnan välillä on usein hyvin katkonaista. Yllättävintä itselleni oli, että hoitoon ollaan suurimmaksi osaksi tyytyväisiä, jopa lääkahoitoon. Valtionvarainministeriö on maaliskuussa julkaissut raportin, jonka mukaan hoidon piiriin pääseminen on parantunut 2000-luvun aikana, mutta edelleen vain murto-osa hoitoa tarvitsevista saavat sitä. Vuoden 2010 Mielenterveysbarometrin mukaan 71 % mielenterveyspalveluita käyttäneistä koki palveluita olevan sopivasti ja saatuja palveluita hyvinä piti 77 % kyselyyn osallistuneista. Kuitenkin yhdeksän kymmenestä totesi, ettei avun tarvitsijat Suomessa saa riittävästi mielenterveyspalveluita. (Peruspalvelujen tila – raportti 2012, 34.)

8.1 Tulosten tarkastelua

Asenteiden muuttaminen on hidasta. Ihmiset kokevat edelleen vaikeaksi puhua omista mielenterveysongelmista ja mielenterveysongelmista kärsivän ihmisten kanssa. Tilanne on parantunut huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana, mutta edelleen jopa ammattilaisten suhtautuminen kuntoutujiin on mielestäni hyvin kyseenalaista. Kuntoutujien kokemus usein oli, etteivät he tule kuulluksi omien asioi-

densa suhteen ja heitä kohdellaan eriarvoisesti. Esa Aromaa on tehnyt kirjallisuuskatsauksen ihmisten asenteista mielenterveysongelmista kärsivien suhteen vuonna 2011. Tämän katsaukseen mukaan ihmisillä on voimassa neljä stereotyyppiä, jotka yhdistävät mielenterveysongelmiin: 1) Masennus on vain tahdon asia., 2) Mielenterveysongelmilla on negatiivisia seurauksia., 3) Mielialalääkkeisiin tulee suhtautua varauksella ja 4) Mielenterveysongelmista ei koskaan parane. Nämä asenteet koskevat myös itse masennuksesta kärsiviä ei vain terveitä henkilöitä. Koska häpeä oli usein niin voimakas, se esti masentuneita henkilöitä hakeutumaan hoitoon. (Aromaa 2011,47-53.)

Lappalainen, Moström ja Huovila (2007) olivat kiinnittäneet tutkimuksessaan samaan asiaan. Se, että vaikka aikaa ja resursseja on vähän, ei pitäisi vaikuttaa siihen, miten eri mielenterveyspalveluissa työskentelevät henkilöt asennoituvat asiakkaita kohtaan. Kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen olivat kuntoutujien tarinoissa ne tärkeimmät mittarit, jotka määrittelivät hoidon laadun. Myös Päivi Rissanen (2007) tuo tämän esille omassa kuntoutumistarinassaan. Hän sanoo, että hänen kuntoutumisensa on pohjautunut paljolti asiakassuhteessa tapahtuneeseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Rissanen mielestä vastavuoroisen asiakassuhteen syntyminen edellyttää, että työntekijä hyväksyy asiakkaan omana itsenään ja kunnioittaa hänen ihmisarvoaan. Hän kuvaa tätä päiväkirjaansa keväällä 2001 kirjoittaman runon kautta.

*Et luvannut mulle ruusutarhaa
 Et luvannut helppoa elämää,
 etkä vaivatonta elämää eteenpäin
 Kun tapasimme ensimmäisen kerran
 lupasit auttaa minua,
 jos minä halua sitä
 ja otan avun vastaan
 Kiitos siitä, että kuljit kanssani ne kuukaudet.*

(Rissanen 2007, 117;128.)

Olen työssäni vuosien aikana valitettavasti nähnyt sen, miten me terveydenhuollon ammattilaiset suhtaudumme potilaisiin ja kuntoutujiin. Kohtelemme heitä ikään kuin vain meillä olisi ainoa ja oikea tieto, miten edetään ja toimitaan hoidon aikana. Em-

me luota asiakkaan omaan tietämykseen ja arvioon. Tämän olen joutunut valitettavasti toteamaan myös oman itseni toiminnan kohdalla. Olen uskonut toimivani asiakkaan edun mukaisesti ja häntä kunnioittaen, mutta loppujen lopuksi asiakkaan omalla mielipiteellä on ollut todellista vaikutusta melko vähän.

Vertaistuen merkityksen nouseminen tarinoissa jopa muita hoitomenetelmiä ylemmälle tasolle, oli mielestäni odotettua. Myös Rissanen koki, että vertaistuki oli yksi kuntoutumiseen vaikuttava tekijä. Hänen mukaansa oli itselle tärkeää saada kertoa oma tarinansa ja kuulla muiden tarinoita. Tämä ymmärretyksi tuleminen oli oleellista kuntoutumisen kannalta. (Rissanen 2007, 174.). Mielestäni olisi erittäin tärkeä, että ryhmämuotoiseen kuntouttamiseen kohdennettaisiin myös entistä enemmän varoja. Kolmannen sektorin, erilaisten mielenterveysyhdistysten, merkitys on tämän vuoksi erittäin tärkeä ja pitäisi huomioida entistä enemmän mielenterveyspalveluiden kokonaissuunnitelmassa kunnissa. Tämä on huomioitu myös Mieli 2009-ohjelmassa.

Hoidon jatkuvuuden lisääminen ja hyvien syntyneiden hoitosuhteiden yllä pitämiseksi on ollut hyötyä uudesta terveyslaista, joka tuli voimaan toukokuun 2011 alusta. Sen 47§ mukaan henkilö voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisesti sitä terveysasemaa, jota itse haluaa. Tämän valinnan voi kuitenkin tehdä vai kerran vuodessa, mutta näin esimerkiksi henkilön muuton vuoksi hoitosuhde ei katkea. Sama laki velvoittaa kuntayhtymän sairaalan tai muun erikoissairaanhoidoyksikköä toteuttavan tahon tekemään hoidon tarpeen arvioinnin kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoitotakuun toteuttamisen seuranta ovat vaikeuttaneet kirjavat kirjaamiskäytännöt ja potilastietojärjestelmien puutteet. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 27-29; Peruspalvelujen tila – raportti 2012,35.) Tämän tiedon puutteen tuli esille useissa tarinoissa. Kuntoutujat eivät olleet tietoisia omista oikeuksistaan.

Yllättävää mielestäni oli, että yleisesti sosiaalityön ja sosiaalityöntekijöiden osuus mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevinä henkilöinä ei noussut esille tarinoissa. He ovat kuitenkin, oman kokemukseni mukaan, ammattihenkilöitä, joiden antama tuki ja ohjaus on erittäin tarpeellinen usean kuntoutujan kohdalla. Johtuuko tämä siitä, että kuntoutujat katsovat heidät kuuluvan osaksi terveydenhoitojärjes-

telmää, jolloin sosiaalityön erottelminen kokonaisuudesta on vaikeaa? Esimerkiksi sairaalassa toimiva sosiaalityöntekijä on osa laitoksen hoitosysteemiä. Vai kuvaako tämä osittain sitä sektoreihin rajoittunutta työskentelyä ja tiedon kulun puutetta? Kuntoutujilla ei ole tietoa eikä toisaalta voimavaroja juosta eri tahojen luona vaan he turvautuvat ensimmäisenä saatavilla olevaan tukeen.

Omassa kodissa asumisen moni koki merkittäväksi asiaksi. Heistä moni oli saanut arjen hallintaan tukea kotiin tuotavien palveluiden kautta. He kokivat merkittäväksi, että saivat itse päättää tarvitsemansa avun sisällöstä.

Nyt kerätty materiaali ei välttämättä anna täysin oikeudenmukaista kuvaa mielenterveyspalveluista. Ensiksikin nuorten osuus tarinan kertojissa oli erittäin pieni. Useissa matalankynnyksen paikoissa nuoria ei juurikaan käy, koska he kokevat, että niiden antama tarjonta ei vastaa heidän tarpeitaan. Toisaalta monet nuoret eivät halunneet kertoa tarinaansa videolle. Ongelmaksi tarinoiden sisällön kannalta nousee myös se, että ne on vapaamuotoisesti kerrottuja ja tarkentavia kysymyksiä ei ole esitetty. Tällöin minun oman tulkitsemisen varaan on jäänyt paljon asioita.

8.2 Omat kokemukseni

Sanasopukka-teltan kanssa kiertäminen ympäri Suomea oli sinänsä kokemus. Teltta herätti paikkaan saapuessaan aina mielenkiintoa. Monelle kuntoutujalle tarinansa kertominen kameran edessä oli kuitenkin liian haasteellista. Joitakin tarinoita kuvasimme niin, että kuntoutuja itse ei näy kuvassa vaan kuvaamme seinää. Kuulimme myös hyvin monta mielenkiintoista tarinaa teltan ulkopuolella. Harmittavaa on, että ne ovat vain meidän työntekijöiden muistin varassa, koska niitä ei ole dokumentoitu. Jotkut henkilöt kokivat toisaalta tarinansa kertomisen meille helpoksi, koska tiesivät, ettei se suoraan vaikuta heidän saamiinsa palveluihin ja uskalsivat kertoa vaikeistakin tilanteista. Saimme myös palautetta siitä, että kerrankin heitä kuuntelee joku.

Materiaalin analysoinnista yhdeksi ongelmaksi nousi otsikoiden laadinta. Nyt otsikot kuvaavat hyvin erilaisia asioita: konkreettisia paikkoja, sisältöä ja merkityksiä. Toi-

saalta tämä oli osittain odotettua, koska ei haluttu liian tiukkoja raameja vaan kaikki kuntoutujien eri aspektit haluttiin saada näkyviin. Analysoinnissa ja koko materiaalin työstämisestä vaikeutti myös se, että itse työskentelee Tandem-projektissa ja on ikään kuin liian sisällä asioissa. Rajaaminen tuli ongelmaksi.

Uskon että, työterveyshuollon ennalta ehkäisevän toiminnan merkitys tulee jatkossa korostumaan. Myös erilaisten kevyiden tukitoimien lisääntyminen avohoidon puolella on tulevaisuutta. Nämä molemmat ovat myös taloudellisuutta ajatellen erittäin kannattavia vaihtoehtoja. Tällöin hoidot käynnistyvät aikaisemmin ja erilaisten tukein avulla voidaan välttyä esimerkiksi sairaalajaksoilta.

Tämän työn tekemisessä koen itse kasvaneeni ihmisenä. Tulee entistä enemmän kiinnitettyä huomiota siihen, miten on läsnä eri tilanteissa. Tarinoiden kerääminen ympäri Suomea on myös laajentanut omaa käsitystäni mielenterveyspalveluiden toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Vaikka palveluiden saamisessa on alueellisia eroja ovat yhtäläisyydet niin ongelmakohtissa kuin toimivissa osa-alueissakin samat riippumatta siitä, missä päin Suomea palvelu toteutuu. Konkreettisesti olen myös joutunut opettelemaan excel-tilin tekemistä, josta taidosta uskon hyötyväni jatkossa.

8.3 Jatkosuunnitelmat

Opinnäytetyöni on osa Tandem-projektia, jonka työskentely jatkuu vuoden 2015 loppuun saakka. Tätä työ käytämme yhtenä materiaalina kehittämistyössämme. Sanasopukka-teltan on tarkoitus kiertää tämän vuoden loppuun saakka keräten lisää kokemustietoa kuntoutujilta. Tämän materiaalin jatkotyöstämisestä vastaa projekti-päällikkömme Päivi Kirjavainen.

Excel-tilin antamaa tietoa tulemme hyödyntämään myös RAYn uuden seurantaraportin täyttämässä. Kyselymallin työstämisessä projektimme on pilottina. Tästä pilotoinnista johtuen vuosi 2011 ja vuosi 2012 on luotu omiksi taulukoikseen. Näin toimimalla pystymme hyödyntämään näitä taulukoita myöhemmin projektista tehtä-

vän raportoinnin yhteydessä. Tällä seurantakyselymallilla RAYn on tarkoitus jatkossa kerätä aikaisemmin vuosiraportilla kerätyt tiedot projektin toteutuksesta. Raha-automaattivastuksista lain 19 § mukaan avustuksen saajan on seuraavan vuoden huhtikuun loppuun mennessä tehtävä RAYlle kultakin vuodelta selvitys avustuksen käytöstä (23.11.2001/1056). Lisäksi taulukossa on mainittu tarinan kertojan asuinpaikkakunta alueiden vertailujen mahdollistamiseksi jatkossa.

Säilytämme kuvattua materiaalia projektimme toimintamme loppuun saakka. Tarinoita on näin mahdollista käyttää myös toisenlaiseen tutkimukseen kuntoutujien suostumuksella.

LÄHTEET

Aaltonen, M. & Heikkilä, T. 2003. Tarinoiden voima. Miten yritykset hyödyntävät tarinoita? Talentum. 1.-2.painos. Jyväskylä.

Aaltonen, T. & Leimumäki, A. 2010. Kokemus ja kerronnallisuus - kaksi luentaa. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. Ruusu vuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. Tampere: Vastapaino. 119-152.

Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in general population in Finland. Research nr 69. National Institute for Health and Welfare. Tampere.

Asumispalvelusäätiö ASPA. Tietoa ASPAsta. www.aspa.fi

Beresford, P. & Salo, M. 2008. Kokemuksen muodonmuutos. suom. Salo, M. ja Varner, E. Mielenterveyden keskusliitto. Pori

Eettiset toimikunnat.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1:28:2530:15595:2540&pront=1> Viitattu 01.12.2011

Heikkinen, H.L.T. 2010, Narratiivinen tutkimus- todellisuus kertomuksina. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Toim. J. Aaltola ja R. Valli. 3.painos. Juva: PS-kustannus. 143-159.

Hirsijärvi, S. 2007. Tutkimuksen reliiabelius ja validius. Teoksessa Hirsijärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2007 Tutki ja kirjoita. 6-8. painos. Helsinki. 213-215.

Hirsijärvi, S. 2007. Tutkimustyyppit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Hirsijärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2007 Tutki ja kirjoita. 6-8. painos. Helsinki. 178-206

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki

Kirjavainen, P. 2011. Tandem – projektin toimintasuunnitelma vuodelle 2012. 05.09.2011.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvoteoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Oulun yliopisto. Oulu. (pdf) <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273435/>

Kokkola, A. & Kiikkala, I. & Immonen, T. & Sorsa M. 2002: Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto. Stakes. Helsinki.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Osuuskunta Vastapaino.

Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3. painos. PS-Kustannus. Juva. 28-45.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kuopio.

Lappalainen, S. & Moström, A. & Huovila, L. (toim.) 2004. Palveluissa pettynyt. Kokemuksia huonosta kohtelusta ja sen seurauksista. Suomen Mielenterveysseura ja Helsingin SOS-keskuksen yhteydessä toimiva Valtakunnallinen kriisipuhelin. Vantaa.

Mansikkamäki, R. 2010. TANDEM Kolmen innovaation projekti 2011-2015. Projektisuunnitelma. ASPA. Helsinki.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

Moring, J. 2010. THL:n toimeenpanosuunnitelma. teoksessa Partanen, A. & Moring, J. 6 Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/2010. Helsinki. 64-70.

Perttula, J. 2009. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Lapin yliopistokustannus. 3.painos. Tampere. 115-162.

Peruspalvelujen tila – raportti 2012. Valtionvarainministeriön julkaisu 12/2012. [http:// www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut) Viitattu 14.06.2012

Pirkola, S & Sohlman, B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Helsinki.

Psykiatrin erikoissairaanhoidon tilastoraportti 3/2012. 28.2.2012.
Suomen virallinen tilasto, Terveys 2012. Terveys ja hyvinvoinnin laitos.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto. Pori. Kehitys Oy.

Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. 4. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. J. Ruusuvuori, P. Nikander ja M. Hyvärinen. Tampere: Vastapaino. 424-431.

Ruusuvuori, J., Nikander, P., & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. J. Ruusuvuori, P. Nikander ja M. Hyvärinen. Tampere: Vastapaino. 9-36.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf. Viitattu 4.2.2012.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Yliopistopaino. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisu 2006:14. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>. Viitattu 26.5.2012

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Oulensis D 871.(pdf) <http://herkules oulu.fi/isbn9514280156/>

Terveystaloulaki-pykälistä toiminnaksi 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-11a42d84beda> Viitattu 12.08.2012.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

1116/1990. Mielenterveyslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
Viitattu 27.03.2012

523/1999. Henkilötietolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523> Viitattu 20.11.2011

1056/2011. Laki raha-automaattivävustuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011056> Viitattu 20.03.2012

Liite 1.



OSALLISTUMINEN ON VAPAAEHTOISTA JA LUOTTAMUKSELLISTA

SUOSTUMUS

Asumispalvelusäätiö ASPAn Tandem-projekti kerää mielenterveyskuntoutujilta erilaisin menetelmin kokemusperäistä tietoa heidän asumisestaan, käyttämistään palveluista ja arjessa selviytymisestään. Tiedonkeruu tapahtuu mm. haastattelemalla, videoimalla vapaamuotoisia kertomuksia tai erilaisilla toiminnallisilla menetelmillä. Aineistoa käytetään tutkimus- ja kehittämistyössä. Yksittäisten osallistujien nimet eivät tule esille. Projektiin liittyviä materiaaleja säilytetään Asumispalvelusäätiö ASPAn tiloissa.

Haastatteluani/videoitua kertomustani/muulla tavoin kerättyä tietoa

- saa käyttää
- ei saa käyttää

ASPAn Tandem-projektissa ja siihen liittyvissä opinnäytetöissä tutkimusmateriaalina.

Paikka ja aika _____ / _____ 201_____

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Osoite: _____

Puh: _____

Vastaanottaja:

Liite 2.(1)



Lähde mukaan rohkeaan hyppyyn!

Tandem-projekti (2011-2015) on Asumispalvelusäätiö ASPAn valtakunnallinen mielenterveystyötä kehittävä projekti.

- Projektin päämääränä on kuntoutujien oman osallisuuden ja asiantuntijuuden vahvistaminen mielenterveyspalveluiden kehittäjänä.
- Projektissa kehittämisen lähtökohtana ovat kuntoutujien kokemukset mielenterveyspalveluista.

Sanasopukka - kokemukset mielenterveyspalveluista sanoiksi.

- Sanasopukassa kerrot kokemuksesi videolle.
- Sanasopukka liikkuu ympäri Suomea.
- Sanasopukan voi kutsua tapahtumiin, ryhmiin tai yhteisöihin.



Löydät minut myös Facebookista.

www.facebook.com/SANASOPUKKA



www.aspa.fi/tandem



NÄIN TOIMIT SANASOPUKASSA:

- 1) Kerro nimesi, ikäsi,
kotipaikkakuntasi sekä oletko
kuntoutuja/omainen/työntekijä
- 2) Kerro kokemuksiasi sairastamisen
eri vaiheissa saadusta avusta
- voit kertoa sekä hyvistä, että
huonoista kokemuksista

AIKAA ON KÄYTETTÄVISSÄSI N.10 MI-
NUUTTIA

YKSIKIN KOKEMUS ON ARVOKAS!

KIITOS



