



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

**MÄÄRÄTIETOISUUS JA TAHTO-
VAMMAISEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN KOKEMUKSIA
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA**

Sonja Sulander

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SULANDER, SONJA

Määrätietoisuus ja tahto – vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Opinnäytetyö 51 s., liitteet 11 s.
Maaliskuu 2010

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Opinnäytetyössä käytin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä oli syvähaastattelu. Syvähaastatteluja toteutin viisi keväällä 2009 yhteistyössä yhden haastateltavan kanssa. Aineiston analysoin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kokemusten ajallisena etenemisenä. Kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ryhmittivät kokemuksiin lapsuudessa ja nuoruudessa, varhais-aikuisuudessa, itsenäisen elämän alettua sekä aikuisuudessa.

Jatkotutkimushaasteena on vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemusten kuvaaminen usean haastateltavan haastatteluin. Olisi hyödyllistä tutkia tarkemmin, mitkä tekijät vaikuttavat palvelun laadun kokemiseen palvelujärjestelmän eri sektoreilla. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa työskentelevien ammattilaisten kokemuksia vammaisen mielenterveyskuntoutujan kohtaamisesta olisi hyödyllistä selvittää.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SULANDER, SONJA

Perseverance and will – experiences of social and health services of the rehabilitator with physical and mental disabilities

Bachelor`s thesis 51 pages, appendices 11 pages
March 2010

The objective of this thesis was to describe experiences of social and health services of a rehabilitator with physical and mental disabilities. Research method was qualitative and the data was gathered by five in-depth interviews in collaboration with an interviewee in spring 2009. The results were analyzed with qualitative content analysis.

In the thesis the experiences of the rehabilitator with physical and mental disabilities came up in different periods of time. The experiences were clustered in the childhood and youth, early adulthood, to the time after starting an independent life and in the adulthood.

The challenge of a further study is to describe experiences of social and health services of the rehabilitator with physical and mental disabilities by interviewing many rehabilitators. It would be useful to study which factors have an effect on the experience of the service quality in different sectors of the service system. It would also be useful to find out how the professionals in the social and health services experience the encounters with rehabilitator with physical and mental disabilities.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Vammaisuus	10
2.1.1 Kuulonäkövammaisuus	11
2.1.2 Liikuntavammaisuus.....	12
2.1.3 Mielen terveystuntoutuminen	12
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä.....	13
2.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentumisesta	14
2.2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ohjaavat lait ja asetukset	16
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	18
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	19
4.1 Laadullinen tutkimus	19
4.2 Tapaustudkimus.....	20
4.3 Syvähaastattelu	21
4.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	22
4.5 Toteutus.....	22
4.5.1 Syvähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	22
4.5.2 Analysointi.....	24
5 VAMMAISEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN KOKEMUKSIA	26
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA	26
5.1 Lapsuus ja nuoruus.....	26
5.1.1 Puutteet palvelujärjestelmässä	26
5.1.2 Ala-asteen aikainen luottamussuhde väylänä kuulluksi tulemiseen ...	27
5.1.3 Mielen terveystulokset nuoruudessa	27
5.1.4 Kokemuksia erilaisista työntekijöistä	28
5.1.5 Kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista palvelujärjestelmän muuttuessa	29
5.2 Varhais-aikuisuus.....	29

	5
5.2.2 Palvelujen anomisen työläys.....	30
5.2.3 Palvelu kotikunnan mielenterveystoimistossa	31
5.3 Itsenäinen elämä.....	31
5.3.1 Palveluasuminen.....	32
5.3.2 Kokemuksia asuinkunnan mielenterveystoimistosta sekä asuinkunnan lääkäreistä.....	33
5.3.3 Hoidon tarpeeseen vastaaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa	33
5.3.4 Kokemuksia Kansaneläkelaitoksesta (KELA)	34
5.4 Aikuisuus.....	35
5.4.1 Tulkki- ja kuljetuspalvelut	36
5.4.2 Psykiatrinen sairaalahoido 2000-luvulla	36
5.4.3 Palvelutarpeen ymmärtäminen ja siihen vastaaminen	37
5.4.4 Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ylläpito ja tukeminen toimintakeskuksessa	37
5.4.5 Kokemuksia hoito- ja yhteistyösuhteista	38
5.4.6 Palvelujen laadusta eri sektoreilla	38
5.4.7 Ammattitaito ajankohtaisissa palveluissa	39
6 POHDINTA	40
6.1 Eettiset kysymykset	40
6.2 Luotettavuus	41
6.4 Jatkotutkimushaasteet	47
LÄHTEET.....	48
LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on kehittynyt ja läpikäynyt suuria muutoksia viimeisten vuosikymmenien aikana (Heinonen, Sundell & Västilä 2001, 44-49). Lakiuudistukset, kuten Mielenterveyslaki (1116/1990), Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (759/1987), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista (STVOL 1992/733) sekä 1990-luvun alun talouslama leikkauksineen ja muine seurauksineen vaikuttivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteeseen 2000-luvulle siirryttäessä (Heinonen ym. 2001, 23). 2000-luvun puolenvälin jälkeen alkaneen, Suomen historian suurimman kunnallishallinnon ja -palveluiden uudistuksen, Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (PARAS-hanke) tavoitteena on kunta- ja palvelurakenteen vahvistaminen erilaisin uudistuksin tulevina vuosikymmeninä. Sekä käynnissä olevat että tulevaisuuden uudistukset kunta- ja palvelurakenteissa tulevat vaikuttamaan keskeisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittymiseen ja toimintaan. (Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 2009, 24-39.)

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä sekä sen yksittäiset työntekijät kohtelevat vammaisten henkilöiden ryhmiä eri tavoin. Haavoittuvat ryhmät, kuten mielenterveysongelmaiset ja vaikeasti vammaiset henkilöt kohdataan eri tavoin ja he ovat muita huonommassa asemassa (Wikström & Örnehog 2009, 34., Muuri, Manderbacka, Vuorenkoski & Keskimäki 2008, 447.) Monet haavoittuvista ryhmistä ovat sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelujen asiakkaina. Vaikeutena ja ongelmana sosiaali- ja terveydenhuollossa on kykenemättömyys tarpeiden tarkastelemiseen kokonaisuutena. Myös palveluiden jatkuvuudessa on ongelmia; palvelut ovat sirpaleisia, eikä niitä saada yhdestä paikasta. (Muuri ym. 2008, 447.) Vammaispalvelujen käyttäjät kokevat, että vammaispalvelut ovat usein olleet vaikeasti saatavilla. Kuntien tietoisuus siitä, kuinka vammaispalvelujen tarjonta tai edes kysyntä vastaa vammaisten henkilöiden tarpeita, vaihtelee. (Rautavaara, Kauppinen, Salminen & Wiman 2007, 111, 113.) Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on vielä

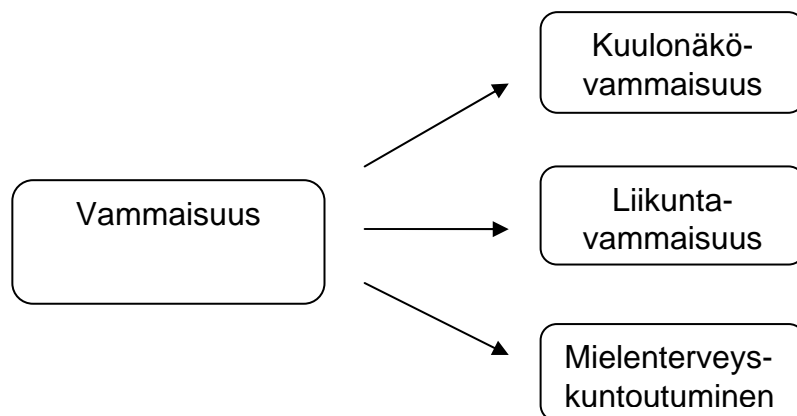
kesken; laitospainotteisuutta esiintyy paikoitellen edelleen, eivätkä avopalvelut vastaavasti ole kehittyneet riittävän monipuolisiksi. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen tulee pysymään kuntien haasteena jatkossakin. (Wahlberg 2007, 95.)

Tutkimuksia fyysisesti vammaisten henkilöiden psyykkisestä voinnista tai heidän palvelutarpeestaan on niukasti Suomessa. Laadullisia, vammaisten henkilöiden kokemuksia kuvaavia tutkimuksia on vähän. Heinonen, Sundell & Västilä (2001, 93) ovat tutkineet ikääntyneiden monivammaisten henkilöiden kokemuksia elämästä ja selviytymisestä murroksessa. Wikström & Örnebag (2009) ovat tutkineet vammaisten henkilöiden kokemuksia kohtaamisesta sosiaalihuollon virkailijoiden kanssa. Enemmän aihetta on tutkittu palvelujärjestelmän näkökulmasta, esimerkiksi palvelujärjestelmän rakennemuutosta kuvaten (Leskinen 1999) tai mielenterveyspalvelujärjestelmän tilaa ja alueellista rakennetta kuvaten (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck, 2006). Mielenterveysongelmaisten sekä vaikeasti vammaisten henkilöiden palveluiden vaikuttavuuden tutkimiselle ja kehittämiselle on tarvetta (Muuri ym. 2008, 450).

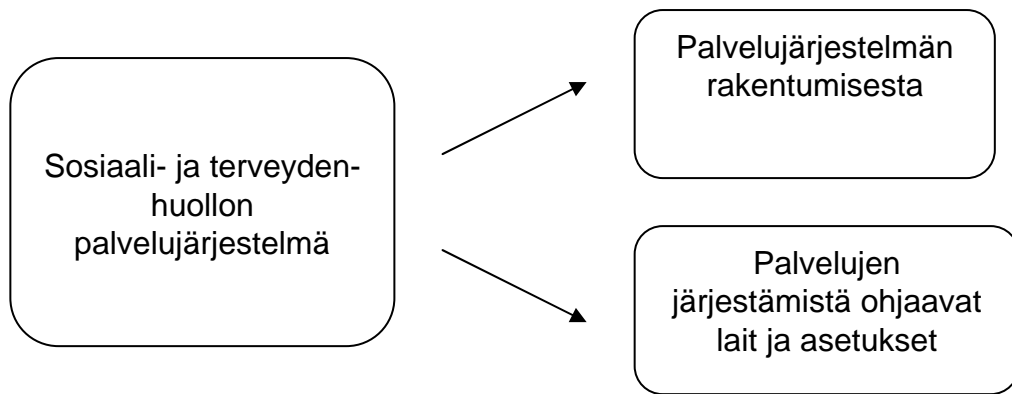
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Opinnäytetyö auttoi vahvistamaan omaa ammattiosaamistani käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyö on laadullinen tapaustutkimus. Aineistonkeruu tapahtui yhden, harkinnanvaraisesti valitun haastateltavan syvähaastatteluin. Aineiston analysoin laadullisella sisällönanalyysillä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisissa lähtökohdissa kuvasin vammaisuutta (KUVIO 1) ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää (KUVIO 2). Kuvasin vammaisuutta yleisesti (2.1) ja kappaleen alaotsikoissa (2.1.1-2.1.3) tarkemmin kuulonäkövammaisuutta, liikuntavammaisuutta sekä mielenterveyskuntoutumista. Kuulonäkövammaisuutta käsittelevän kappaleen lopuksi esittelin tutkimuksen myös näkövammaisten henkilöiden tutkitusta terveydentilasta (Summanen, Ståhl, Winell & Kannas 2001) sekä tutkimuksen kuulovammaisten henkilöiden kokemuksista (Eronen, Eskelinen, Kinnunen, Saarinen, Tiermas ja Wikman 1997), sillä nämä tutkimukset vammojen yksittäisestä ilmenemisestä huolimatta liittyivät opinnäytetyöni aiheeseen ja soveltuivat opinnäytetyön teoreettisiin lähtökohtiin. Palvelujärjestelmää määrittelin aluksi yleisesti (2.2) ja kappaleen alaotsikoissa tarkemmin palvelujärjestelmän rakentumisesta (2.2.1) ja palveluita ohjaavia lakeja asetuksia (2.2.2).



KUVIO 1. Vammaisuuden määrittely tässä opinnäytetyössä.



KUVIO 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän keskeiset näkökulmat tässä opinnäytetyössä.

Teoreettisten lähtökohtieni lähteinä olen käyttänyt PIKI-, PIRKKA- ja Tamcat-kirjastotietokantoja. Internetistä löysin lähteitä muun muassa Terveysportista, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes), Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansaneläkelaitoksen internet-sivustoilta. Kansainväliset lähteet löysin Google Scholar-palvelimen avulla.

2.1 Vammaisuus

ICF-luokitus, eli International Classification of Functioning, Disability and Health on WHO:n luokitusperheeseen kuuluva toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF-luokituksen valossa vammaisuutta tarkastellaan henkilön toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden sekä kontekstuaalisten tekijöiden kautta. Nämä näkökulmat jakautuvat vielä kahteen osa-alueeseen. Henkilön toimintakyky ja toimintarajoitteet jakautuvat ruumiin/kehon toimintoihin ja ruumiin rakenteeseen sekä suorittamiseen ja osallistumiseen. Kontekstuaaliset tekijät jakautuvat ympäristö- ja yksilötekijöihin. Uudemmat käsitykset vammaisuudesta asettavat ”terveyden” ja ”vammaisuuden” uuteen valoon. Vammaisuus ei ole vain jotain, joka tapahtuu pienelle osalle väestöstä, vaan uudet käsitykset käsittävät vammaisuuden kokemuksen universaalina inhimillisenä kokemuksena. Tulevaisuudessa ICF-luokituksen mielenkiinnon kohteena ovat vammaisuuden sosiaaliset näkökulmat lääketieteellisten ja biologisten toimintahäiriöiden sijaan. (The World Health Organization 2001.)

Suomessa ei ole käytettävissä täsmällistä vammaisen henkilön määritelmää. Myöskään vammaisten henkilöiden määrästä Suomessa ei ole olemassa tarkkaa tutkimus- tai tilastotietoa. (Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006, 13, 18.) Arviolta noin viidellä prosentilla väestöstä on jokin merkittävää haittaa aiheuttava vamma tai sairaus (Sosiaalihuolto Suomessa 2006, 20). Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Vammaiset henkilöt eivät muodosta yhtä yhtenäistä ryhmää (Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006, 9).

Kansaneläkelaitoksen määritelmässä vaikeavammaisesta henkilöstä tarkoitetaan henkilöä jolla sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu yleistä lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa, ja jonka helpottamiseksi tarvitaan vähintään vuoden kestävää kuntoutusta. Vaikeavammaisella henkilöllä oleva haitta on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia selviytyä

jokapäiväisistä toiminnoistaan kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella. (Kansaneläkelaitos 2009.)

2.1.1 Kuulonäkövammaisuus

Kuulonäkövammaisuus määritellään Pohjoismaisen standardin mukaan ”vaikea-asteiseksi kuulo- ja näkövammojen yhdistelmäksi. Osa kuulonäkövammaisista on täysin kuuroja ja sokeita. Toisilla on joko kuulon tai näön jäänteitä tai molempia...” (Suomen kuurosokeat ry. 2007.) Kuulonäkövammaisten ryhmästä käytetään kuurosokeat ja kuulonäkövammaiset termiä rinnakkain. Kuulonäkövammaiset henkilöt on tunnustettu Suomessa omaksi vamma ryhmäkseen vasta reilut 30 vuotta. Suomessa kuulonäkövammaisten palveluita käyttää noin 750 henkilöä. Haasteena palvelujärjestelmälle on löytää ikääntyneet kuulonäkövammaiset henkilöt, joita arvioidaan olevan noin 5000. Ikääntyneet kuulonäkövammaiset henkilöt eivät ole kuulonäkövammaisten henkilöiden palvelujen piirissä. (Rouvinen 2003, 13-16.)

Rouvisen (2003) mukaan kuulonäkövammaisen henkilön arkea hankaloittavat erityisesti kommunikaatiovaikeudet, tiedonsaannin rajalliset mahdollisuudet sekä ongelmat liikkumisessa. Rouvisen tulokset osoittavat, että kuulonäkövammaisten henkilöiden palveluissa on puutteita. Puutteita on myös monesti heille tärkeimmän, tulkkipalvelun saatavuudessa. Lähes 90 % kuurosokeista henkilöistä asuu yksin tai perheen kanssa omassa kodissa. Laitoksissa, vanhainkodeissa tai muissa palveluasunnoissa asuvat loput kuulonäkövammaiset henkilöt. Vaikka moni elää itsenäistä elämää, kuitenkin kolmasosalla kuulonäkövammaisista henkilöistä ei ole mielekästä tekemistä päivänsä kuluksi. Myös työpaikoilla moni kuulonäkövammaisen henkilö tuntee itsensä syrjityksi. (Rouvinen, 10, 40-41, 48.)

Summasen, Ståhlin, Winellin ja Kannaksen (2001) mukaan näkövammaisten terveys on keskimäärin muuta väestöä huonompi. Näkövammaiset kärsivät muita useammin fyysisistä sairauksista, kuten hypertensiosta ja tyypin 2 diabeteksesta, mutta myös lieväoireinen masennus oli erittäin yleinen

työikäisillä, eli noin 27%:lla vastanneista, ja huomattavasti yleisempi eläkeikäisillä, eli noin 40%:lla vastanneista. (Summanen, Ståhl, Winell & Kannas 2001, 4447-4456.) Erosen, Eskelisen, Kinnusen, Saarisen, Tiermaksen ja Wikmanin (1997, 36-45, 49) tulokset osoittivat, kuinka kuurot henkilöt antoivat kritiikkiä osalle terveystalvasta ja niiden toimivuudesta. Tulosten mukaan myös tulkkipalvelujen alueellinen eriarvoisuus oli suurta.

2.1.2 Liikuntavammaisuus

Liikuntavammat ovat ryhmä eri sairauksia, sairauden jälkitiloja ja vaikean tapaturman tai sairauden aiheuttamia vioittumia. Liikuntavamma voi olla myös synnynnäinen. Liikuntavammoiksi luetaan polio, lihassairaudet, nivelsairaudet, MS-tauti, CP-vamma, selkäydinvamma, alaraaja-amputaatio sekä lyhytkasvuisuus. (Kuntoutussäätiö 2008.)

Suokkaan (1992) mukaan kaikista vammaisista henkilöistä syntymästään ja varhaislapsuudestaan asti vammaisina olleiden henkilöiden tilanne on heikoin. Heidät saatettiin unohtaa "ongelmattomana" ryhmänä sillä he eivät valita. Suokkaan (1992) tulosten mukaan hoitohenkilökunnan suhtautumisella on suuri merkitys selviytymisen kannalta. Hoitohenkilökunnalta vammaiset henkilöt saivat vammalleen nimen ja apua siihen, lausunnon taloudellisten etuuksien hakemista varten ja ennen kaikkea lohdutusta sekä tukea loukatulle itsetunnolle. (Suokas 1992, 129 - 131.)

2.1.3 Mielenterveyskuntoutuminen

Mielenterveyskuntoutumista tuetaan kuntoutuksella. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää vammaisen, vajaatoimintakykyisen tai sairaan ihmisen hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutuspalveluihin kuuluu muun muassa vaikeavammaisten henkilöiden lääkinällinen kuntoutus, kuntouttava työtoiminta, sosiaalinen kuntoutus, vammaispalvelut ja harkinnanvarainen kuntoutus, joita ovat esimerkiksi erilaiset kuntoutuskurssit, sopeutumisvalmennuskurssit sekä psykoterapia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Mielenterveydenhäiriöillä tarkoitetaan monia erilaisia psykiatrisia häiriöitä. Mielenterveydenhäiriöstä kärsivän henkilön elämään liittyy mielenterveydenhäiriön lisäksi myös subjektiivista kärsimystä, toimintakyvyn laskua ja elämänlaadun heikkenemistä. (Lönqvist & Lehtonen 2007, 14-15.) Suomalaisista jopa neljännes kärsii jossain elämänsä vaiheessa mielenterveydenhäiriöstä (Joukamaa, Heikkinen & Lönqvist 2007, 672).

Mielenterveyskuntoutuminen on mielenterveyskuntoutujan aktiivista pyrkimystä voida hyvin. Kuntoutumisprosessia eteenpäin vie toivon kokemus. Keskeistä kuntoutumisessa on kuntoutujan itsetuntemuksen kasvaminen, itsensä hyväksyminen, omien mahdollisuuksien löytäminen ja itsenäistyminen. (Koskisu 2004, 66-72.) Notkon ja Järvikosken (2004) mukaan mielenterveyteen liittyvät ongelmat ja mielenterveyskuntoutujien palvelutarpeet ovat usein moninaisia. Kuntoutuja ei usein tiedä, mihin palveluihin on oikeutettu. Palvelut saattavat jäädä käyttämättä tiedon puutteen vuoksi. Kuntoutuja ei myöskään aina ole motivoitunut tai ei jaksakaan hakea palveluja. Täten mielenterveyskuntoutujia syrjäytyy kuntoutus- ja muista palveluista. (Notko & Järvikoski 2004, 1-2.)

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on 1960-luvulla alkaneen kehityksen tulosta (Heinonen ym. 2001, 44). Palvelut nykyisessä järjestelmässä tuotetaan etupäässä kuntien tai kuntayhtymien toimesta. Palvelujen ala on laaja ja palvelut rahoitetaan pääasiassa verorahoin. Palvelujärjestelmää ohjaavat lakisääteiset sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Ensimmäinen sektori eli kunnat tai kuntayhtymät, toinen sektori eli yksityiset toimijat ja kolmas sektori eli järjestöt sekä muu kansalaisyhteiskunta tuottavat palveluita käyttäjille. Yksityisen sektorin merkitys ilmeisesti kasvaa tulevaisuudessa entisestään. Myös järjestöjen ja muiden kansalaisyhteiskunnan toimijoiden vastuu palvelujen tuottamisessa on lisääntynyt. (Raunio 2008, 2, 4, 38.)

Terveydenhuollon palvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Väestön perusterveydenhuollon järjestäminen, muun muassa osan mielenterveyspalveluista, on kuntien terveyskeskusten vastuulla. Kunta on velvollinen järjestämään myös asukkaidensa erikoissairaanhoidon sairaalassa. (Terveydenhuolto Suomessa 1999.) Sosiaalihuollolla tarkoitetaan lainsäädännössä kunnille säädettyjen toimintojen kokonaisuutta, johon kuuluvat väestön yleiset sosiaalipalvelut, eräiden väestöryhmien erityispalvelut, kuten vammaisten henkilöiden palvelut ja toimeentuloturva (Sosiaalihuolto Suomessa 2006, 4).

2.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentumisesta

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on tapahtunut ja tapahtuu edelleen monenlaisia rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia (Leskinen 1999, 14). Sosiaali- ja terveyspalvelujen läpimurto oli 1960-luvulla tapahtuneen kehityksen tulosta. Kunnat muodostivat hyvinvointivaltion eli julkis palveluvalltion palvelujärjestelmän perusyksikön. Kunnat alkoivat huolehtia hyvinvointipalveluista ja toteuttaa niitä. Tuolloin syntyi myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, alkujaan kuntien toimeenpanema, mutta valtion tarkasti suunnittelema ja ohjaama. (Heinonen ym. 2001, 44.)

Kasvujohteinen palvelujen kehittäminen jatkui 1990-luvun alun lamaan saakka. Taloudellisen laman aikana alkoi palvelujärjestelmän uudelleen arviointi ja muotoileminen. (Raunio 2008, 5.) Alun perin vuonna 1982 annettu laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista (SVOL 677/1982) uudistettiin 1993 (STVOL 1992/733). Uudistus tarjosi kunnille uusia vapauksia, kun kunnat saivat itse päättää osuuksien sijoittamisesta haluamallaan tavalla. Keskushallinnon mahdollisuudet määrärahojen kautta tapahtuvaan ohjaukseen vähenivät ratkaisevasti. (Heinonen ym. 2001, 46.) Toisaalta kuntien mahdollisuudet palvelujen monipuolisempaan järjestämiseen lisääntyivät. (Raunio 2008, 5.)

Taloudellisella lamalla on ollut suuri vaikutus kansalaisten saamaan sosiaaliturvaan ja palveluihin (Raunio 2008, 5). Valtion menojen leikkaukset koskettivat voimakkaasti kuntia ja niiden palvelujärjestelmiä ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelut heikentyivät. Tästä kärsivät eniten heikommassa asemassa olevat, kuten mielenterveyden ongelmista kärsivät henkilöt ja vammaiset henkilöt. Myös palvelujen erot kuntien välillä kasvoivat. (Heinonen, ym. 2001, 45, 47.) Palvelurakennemuutoksella tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapojen uudistamista. Taloudellinen taantuma, valtionosuusuudistus ja asiakasmäärien kasvu ovat olleet palvelujen rakenteiden uudistamisen liikkeellepanevia tekijöitä. Palvelujen uudistamisessa eräs tavoite on ollut kustannussäästöjen aikaansaaminen. Tähän on pyritty muun muassa laitoshoidon käytön vähentämisellä kehittäen avohoitoa ja välimuotoisia palveluja. (Leskinen 1999, 14, 89, 98.)

Palvelujärjestelmän toimivuuteen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä 2000-luvulla ovat muun muassa yleinen kuntien melko heikko taloustilanne. Tiukat taloudelliset reunaehdot kuntien toiminnassa ovat merkinneet tinkimistä palvelujen laaduissa ja määrissä terveydenhuollossa, esimerkiksi mielenterveyspalveluissa, ja sosiaalipalveluissa. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen menojen ennustettu kasvu ja ikärakenteen muutoksesta johtuvat kustannus- ja rahoituspaineet ovat palvelujärjestelmän haasteina tulevaisuudessa. (Heikkilä 2007, 201, Parpo & Kautto 2007, 206-217.)

Terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen taloudellista kestävyyttä voidaan vahvistaa (Parpo & Kautto 2007, 217). Hallitus on käynnistänyt sosiaali- ja terveysalalla merkittäviä hankkeita. Näitä tarvitaan muun muassa palvelujärjestelmän rakenteiden uudistamiseksi, taloudellisuuden ja tehokkuuden lisäämiseksi ja väestörakenteen muutosten hallitsemiseksi (Raunio 2008, 6.) Hankkeita ovat muun muassa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008-2011 (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008-2011) ja Kunta- ja palvelurakennemuutos PARAS- hanke (Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 2009).

2.2.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä ohjaavat lait ja asetukset

Julkisen vallan velvollisuus vastata palveluista perustuu viimekädessä perustuslakiin (Suomen perustuslaki 731/1999). Perustuslain 731 pykälässä säädetään julkisen vallan vastuusta turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä voidaan erottaa yleislait ja erityislait. Talvelut järjestetään pääasiassa yleislakien nojalla. Kansanterveyslaissa (Kansanterveyslaki 66/1972) säädetään muun muassa kunnan velvollisuudesta järjestää asukkailleen mielenterveyslaissa säädetyt mielenterveystalvelut. Sosiaalihuoltolaissa (Sosiaalihuoltolaki 710/1982) säädetään muun muassa kunnan velvollisuudesta laitoshuollon sekä asumistalvelujen järjestämisessä.

Erityislakeja sovelletaan silloin, kun henkilö ei saa riittäviä talveluja yleislakien perusteella. Mielenterveyslaissa (Mielenterveyslaki 1116/1990) säädetään mielenterveystalveluiden järjestämisestä kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavaksi. Mielenterveyslaissa säädetään myös tuki- ja talveluasumisen järjestämisestä sekä mielenterveystalveluiden saattamista toiminnalliseksi kokonaisuudeksi muun muassa yhdessä sosiaalihuollon kanssa.

Vammaistalveluista säädetään muun muassa asetuksessa vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista (759/1987) ja laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista (380/1987). Tämä asetus ja laki velvoittavat kuntaa järjestämään vammaiselle henkilölle kuljetustalvelut, talveluasumisen, kodin muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet sekä tulkkitalvelut. Nämä talvelut ovat subjektiivisia eli jokaiselle kuuluvia, eivät määrärahasidonnaisia. Laissa ja asetuksessa säädetään myös harkinnanvaraisista talveluista, jolloin kunta voi itse ratkaista, kenelle talveluja myöntää. Harkinnanvaraisia talveluita ovat tällä hetkellä henkilökohtainen avustaja, sopeutumistalvelumennus, kuntoutusohjaus, päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseen tarvittavat välineet ja ylimääräiset vaate- ja erityisravintokustannukset. (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista 759/1987, Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista 380/1987.)

Vammaisten oikeuksista säädetään muun muassa yhdenvertaisuuslaissa (21/2004/). Yhdenvertaisuuslaki sisältää vammaisen henkilön työllistymis- ja kouluttautumisedellytysten parantamisen ja syrjinnän kiellon. Erinäiset laatusuositukset ohjaavat ja antavat suuntaa palveluiden/hoidon järjestämisessä, mutta eivät kuitenkaan ole oikeudellisesti sitovia. Näitä ovat Vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus (Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö 2003), Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (Asumista ja kuntoutusta 2007) ja Mielenterveyspalvelujen laatusuositus (Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2001).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta oikeuksista (2000/812) pitävät sisällään säädöksiä muun muassa potilaan/asiakkaan oikeudesta hyviin palveluihin ja kohteluun, hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon ja tiedonsaantiin sekä itsemääräämiseen. Laki velvoittaa asiakaslähtöiseen toimintaan.

Puumalainen, Laisola-Nuotio ja Lehikoinen (2003) selvittivät kyselyin vammaispalvelulain mukaisia palveluita muun muassa niiden saatavuutta ja käyttöä, palveluiden käyttäjille ja kuntien edustajille. Vastanneista käyttäjistä 70 prosenttia oli saanut kuntansa kustantamaa palvelua. Mielenterveydenhäiriöistä kärsivistä henkilöistä vain neljäsosa oli saanut palveluita. Tuloksista ilmeni, että moni ei hae palvelua, vaikka tarvitsisi, tai ei tiennyt oikeudestaan palveluihin. Käyttäjryhmät arvioivat myös eri vammaisryhmien olevan epätasa-arvossa; mielenterveyskuntoutujille ei useimmin myönnetty palveluita muun muassa vaikeavammaisuuden määrittelyn vaikeuden vuoksi. Palvelua tarjoavien kuntien vastauksista ilmeni, että vammaispalvelulain mukaisten palvelujen myöntäminen keskittyi lähinnä järjestämisvelvollisuuden alaisuuteen kuuluviin palveluihin (Puumalainen ym. , 60-62.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää;

Millaisia kokemuksia vammaisella mielenterveyskuntoutujalla on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista eri-ikäisenä?

Tavoitteena oli tuottaa tietoa vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Opinnäytetyön tulokset ovat tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille ja työntekijöille, jotka työssään kohtaavat vammaisia ja mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä sekä kaikille muille kiinnostuneille.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Todellisen elämän tutkimuskohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi 2009, 161.) Laadulliselle tutkimukselle ominaista on tapahtumien ja ilmiöiden kuuleminen ja ymmärtäminen. Keskeistä ei ole yleistettävän tiedon saanti, vaan halu ja tarve ymmärtää ilmiötä aidosti sekä pyrkimys päästä nähdyn ja kuullun taakse. Tutkimusmenetelmässä lähdetään liikkeelle sisältäpäin. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 12-13., Alasuutari 1994, 71.) Laadullisessa tutkimuksessa liikkeelle lähdetään ilmiöstä. Laadullisia menetelmiä on pidettävä työkaluina silloin, kun kyse on empiirisen eli kokemusperäisen ilmiön tutkimisesta. (Eskola & Suoranta 2000, 14-15.)

Laadullinen tutkimus on kokonaisuus. Puhdasta objektiivista tietoa ei laadullisessa tutkimuksessa ajatella olevan, sillä tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. Näin laadullisen tutkimuksen kokonaisuuden kysymys on palautettavissa kysymykseen ”miten minä voin ymmärtää toista?”. Kysymys mahdollisuudesta ymmärtää toista on laadullisessa tutkimuksessa kaksijakoinen siten, miten haastattelijan on mahdollista ymmärtää haastateltavaa, toista ihmistä, ja toisaalta miten on mahdollista, että joku toinen ihminen ymmärtää tutkijan laatiman tutkimusraportin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20, 68-69.) Laadullisen tutkimuksen objektiivisuudella voidaan tarkoittaa tutkijan omien arvojen, asenteiden tai uskomusten erillään pitämistä tutkimuskohteesta. Tutkija voi ainakin yrittää tunnistaa omat esioletuksensa ja arvonsa. Näin laadullisen tutkimuksen objektiivisuus syntyy nimenomaan tutkijan oman subjektiivisuuden tunnistamisesta. (Eskola & Suoranta 2000, 17.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei ole ennakkoon lukkoon lyötyjä oletuksia tai ennako-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista. Vaikka tutkijan havainnot ovatkin latautuneet aikaisemmilla kokemuksilla, eivät nämä kokemukset saa muodostaa sellaisia asetelmia, joilla rajattaisiin tutkimuksellisia toimenpiteitä. (Eskola & Suoranra 2000, 20.) Laadulliselle

tutkimukselle on luonteenomaista kerätä sellaista aineistoa, joka tekee monenlaiset tarkastelut mahdollisiksi (Alasuutari 1994, 74).

Laadullisessa tutkimuksessa tekstikokonaisuus voi esiintyä myös kronologisesti etenevänä juonena. Kertomuksella voi olla huomattava kulttuurinen merkitys. Kertomuksen kautta voi välittyä modernille ajalle ominainen kokemus historiasta ja ajallisista muutoksista. Myös yksilön kokemusmaailmaan kuuluu käsitys muutoksesta ja yksilökohtaisesta ajallisesta kehityksestä. (Alasuutari 1994, 106-107.)

Tässä opinnäytetyössä olin kiinnostunut kuulemaan vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Olin kiinnostunut hänen kokemustensa ainutlaatuisuudesta eli siitä, millaisia ne ovat juuri tämän henkilön kokemina.

4.2 Tapaustutkimus

Tapaustutkimuksella tarkoitetaan tutkittavan ilmiön perusteellista ja tarkkapiirteistä kuvausta (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 9). Tutkittavasta ilmiöstä tuotetaan intensiivistä ja yksityiskohtaista tietoa (Saarela-Kinnunen & Eskola 2007, 185). Tutkimuksen kohteena on usein tapahtumakulku tai ilmiö, ja usein tutkimuksessa tarkastellaan vain yhtä tapausta. Ominaista tapaustutkimukselle on pyrkimys selvittää ja valaista lisää entuudestaan ei tiedettyä ilmiötä. Tapaustutkimuksessa tarkastellaan usein pitkään jatkuneita ja monimutkaisia ilmiöitä. (Laine ym. 2007, 9-10.)

Tapaustutkimus ei ole menetelmä, vaan lähestymistapa ja näkökulma ”todellisuuden” tutkimiseen (Saarela-Kinnunen & Eskola 2007, 194). Tapaustutkimus voi pyrkiä kuvaamaan tai selittämään ilmiötä, tai tavoitteena voi olla tulosten yleistäminen muihin samanlaisiin tapauksiin. Tapaustutkimuksen tyyppi ja se, mitä tapaustutkimuksella tavoitellaan selviää usein vasta tutkimuksen kuluessa. Tapaus voi paljastua aivan erilaiseksi kuin alun perin oletettiin. Tapaustutkimuksen tyyppi määrittelee tapaustutkimuksen yleistettävyyden rajat ja sen, mitä tarkasteltavasta tapauksesta voidaan sanoa.

Paljastavasta tapauksesta on kyse silloin, kun tarkastellaan ilmiötä, josta tavalla tai toisella ollaan tietoisia, mutta jota ei ole tutkittu. (Laine ym. 2007, 33-34.)

Tapausta ilmentävä tutkimuksen kohde ja itse tapaus on erotettava toisistaan. Koska käytännössä kaikki elämäntapahtumat tarjoavat äärettömästi aineistoa, on tutkimuksessa tärkeä valita tarkasteltavat tosiasiat ja aineistot huolella. Tutkimuskohde voi näyttäytyä valtavana, jos tutkijalla ei ole käsitystä siitä mitä on tekemässä. (Laine ym. 2007, 10, 21.) Tämä opinnäytetyö on rajattu tarkastelemaan yhden henkilön kokemuksia palvelujen käyttäjän näkökulmasta. Tarkoituksena ei ollut yleistää tapausta vaan avata tapauksen vähän tutkittua näkökulmaa.

4.3 Syvähaastattelu

Syvähaastattelussa vain ilmiö, josta keskustellaan, on määritelty. Syvähaastattelussa korostuu tutkittavan ilmiön mahdollisimman perusteellinen avaaminen. Syvähaastattelusta käytetään myös nimityksiä avoin haastattelu, kliininen haastattelu, keskustelunomainen haastattelu ja asiakaskeskeinen haastattelu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Syvähaastattelu on strukturoimaton haastattelumenetelmä. Syvähaastattelussa ei etukäteen ole tarkkaan mietitty haastattelun etenemistä tai kysymyksiä vaan haastattelu etenee tilanteen ja asioiden sanelemana. (Tuomi 2007, 138.)

Syvähaastattelu perustuu vapaaseen vuorovaikutukseen (Siekinen 2007, 44). Syvähaastattelu eroaa tavallisesta keskustelusta siten, että haastattelua ohjaa tietty päämäärä, tiedon intressi ja tutkimuksen tavoite (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 22-23). Syvähaastattelussa pääroolissa on haastateltava. Haastattelija on haastattelutilanteessa pääsääntöisesti empaattisen kuuntelijan roolissa kuitenkin motivoiden ja innostaen haastateltavaa jatkamaan. Tutkimuksen aiheen ainutkertaisuus tai aiheeseen liittyvä uusi näkökulma antavat mahdollisuuden syvähaastattelun käyttöön aineistonkeruumenetelmänä. Haastatteluille on varattava riittävästi aikaa. (Siekinen 2007, 46-56.)

Syvähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä antoi mahdollisuuden opinnäytetyöni aiheen laajaan avaamiseen. Syvähaastattelun valinta opinnäytetyöni aineistonkeruumenetelmäksi sopi aiheen ainutkertaisuuden ja vähän tutkitun näkökulman vuoksi.

4.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, ei aikaisemmilla tiedoilla tai havainnoilla pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Strukturoimatonkin aineisto soveltuu analysoitavaksi sisällönanalyysillä. (Tuomi. & Sarajärvi 2009, 95, 103.)

Analyysiyksikkö valitaan ennen analyysin aloittamista. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa haastattelujen kuuntelemisella ja auki kirjoittamisella eli litteroinnilla. Haastatteluja luetaan ja niiden sisältöön perehdytään. Aineistosta listataan tutkimuskysymysten mukaiset pelkistetyt ilmaukset ja pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuudet tai erilaisuudet. Pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan alaluokat ja alaluokista muodostetaan yläluokat. Edelleen yläluokat yhdistetään ja niistä muodostetaan kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.)

4.5 Toteutus

4.5.1 Syvähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastateltavaksi valitsin henkilön, jolla on aiheesta paljon kokemuseräistä tietoa ja jolla oli halua tietoaan jakaa. Järjestin useita haastattelukertoja, jolloin aiheen laajempi käsittely mahdollistui (Siekkinen 2007, 44, 50). Ennen ensimmäisen haastattelun alkua haastateltava sai opinnäytetyön tiedote- ja suostumislomakkeet (Liite 2,3), jotka kävimme lävitse myös suullisesti.

Haastateltava sai tiedon haastattelujen nauhoittamisesta suullisesti ja kirjallisesti. Kerroin vielä myös opinnäytetyön aiheen ja sen, että opinnäytetyössä olen kiinnostunut haastateltavan kokemuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, ja että näistä kokemuksista haastateltava voi vapaamuotoisesti kertoa ja niistä voidaan keskustella. Ennen haastattelujen aloittamista keskustelimme haastateltavan kanssa haastattelujen määrästä. Alun perin tarkoituksena oli toteuttaa 5-6 haastattelua.

Rajanvetoa tiedonkeruun ja analysoinnin välillä oli syvähaastattelussa vaikea tehdä. Uuteen haastatteluun menin jonkinlainen tulkinta mielessäni. (Siekinen 2007, 56.) Aina yhden toteutuneen haastattelun jälkeen kirjoitin haastattelun auki ja luin haastattelua läpi. Haastattelun pohjalta kirjoitin ylös uusia, syventäviä kysymyksiä, jotka seuraavalla kerralla esitin haastateltavalle.

Haastattelun suuntaa ohjasivat haastateltavan kertomat kokemukset. Pyrin syventämään haastateltavan vastauksia aiheesta sekä vastausten pohjalta nostamaan uusia kysymyksiä. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 46.) Harjaannuin haastattelijana, ja myös haastateltavan ja itseni välisen luottamuksen kasvaminen vaikutti haastattelujen syvenemiseen kerta kerralta. Välillä haastattelutilanteissa huomasin joidenkin kysymysteni nousevan henkilökohtaisesta mielenkiinnostani, mutta tulkintani mukaan ne eivät vaikuttaneet koko aineiston luotettavuuteen. Haastattelujen sisällön tuotti haastateltava minun toimiessani aktivoijana ja tiedon syventäjänä. Haastateltava kertoi paljon muistakin asioista kuin kokemuksistaan palveluista. Yleensä hän palasi itse takaisin aiheeseen, eli kertomaan kokemuksiaan palveluista, toisinaan ohjasin keskustelun takaisin.

Luottamuksellisen haastattelijahaastateltava-suhteen kehittyminen oli olennaista opinnäytetyön aineistonkeruuvaiheessa (Darlington & Scott 2002, 54). Suhde minun ja haastateltavan välillä oli lämmin; sekä haastattelutilanteisiin, että epäviralliseen olemiseen ennen haastattelujen aloittamista ja haastattelujen tekemisen jälkeen mahtui naurua, myötäelämistä ja kokemusten vaihtamista.

Sovimme, että keskustelemme ja päätämme mahdollisesta kuudennesta haastattelusta viidennen haastattelun jälkeen. Tuolloin kaikki aiemmat haastattelut olivat nauhoitettu ja auki kirjoitettu, ja minulla oli alustava käsitys aineiston sisällöstä. Lopetin aineistonkeräämisen, kun uusia tulkintoja ei enää syntynyt (Siekkinen 2007, 56). Viisi haastattelua toteutui. Kaikki haastattelukerrat olivat noin 90 minuutin mittaisia. Haastattelut toteutuivat maaliskokuussa 2009.

4.5.2 Analysointi

Opinnäytetyöni sisällönanalyysissa analyysiyksikköinä olivat lause ja ajatuskokonaisuus. Valitsin lauseen ja ajatuskokonaisuuden analyysiyksiköiksi, sillä opinnäytetyöni tehtävän kuvaamisessa lause ja ajatuskokonaisuus antoivat enemmän informaatiota aiheesta, kuin esimerkiksi yksittäinen sana. Haastattelutilanteiden keskustelunomaisuus osaltaan teki lauseen ja ajatuskokonaisuuden mahdollisiksi analyysiyksiköiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.) Kuuntelin ja kirjoitin auki kaikki viisi haastattelua yhden kerrallaan aina yhden toteutuneen haastattelun jälkeen. Kaikkineen tekstisivuja tuli 134. Luin haastattelut läpi. Auki kirjoitetusta aineistosta etsin tutkimustehtäväni mukaisia ilmauksia. Etsin pelkistetyt ilmaukset haastattelu kerrallaan. Sain siis viidestä haastattelusta kustakin omat pelkistetyt ilmaukset. Haastatteluteksteissä haastateltava kuvasi kokemuksia palveluista koko elämänsä ajalta. Kirjoitin haastateltavan teksteissä kuvaamat elämäntapahtumat auki papereille kokemusten ajallisen etenemisen mukaan kokemusten jäsentämistä helpottaakseni. Elämän tapahtumien ajallisesta etenemisestä pystyi selvästi hahmottamaan, mitä haastateltavan elämässä kulloinkin tapahtui, ja miten palvelut liittyivät hänen elämänsä tapahtumiin.

Pelkistetyt ilmaukset sijoitin niiden ajallisen etenemisen mukaan. Pelkistetyistä ilmauksista muodostin alaluokat. Alaluokat nimesin pelkistettyjen ilmausten sisällön mukaan. Alaluokat ryhmittivät aikajärjestykseen pelkistettyjen ilmausten tavoin. Alaluokista muodostin yläluokat. Nimesin yläluokat alaluokkien sisältöä kuvaavasti. Yläluokat ryhmittivät aineiston ajallisesti lapsuudesta

nykyhetkeen. Yläluokista muodostui neljä ikäkautta. Opinnäytetyön tulokset ovat kuvattuina liitteessä 4. (Liite 4.)

Seuraavassa osiossa olen kuvannut opinnäytetyön tulokset. Tulososion olen rakentanut kuvaten vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia palveluista kokemusten ajallisen etenemisen mukaan. Kokemukset palveluista on kuvattu ikäkausittain omissa kappaleissaan lapsuudessa ja nuoruudessa, varhais-aikuisuudessa, itsenäisen elämän alettua ja aikuisuudessa. Jokaisen kappaleen alussa olen kertonut lyhyesti olennaisen haastateltavan sen hetkisestä elämäntilanteesta, jotta kokemusten ajallista etenemistä olisi helpompi seurata. Tulososiossa on mukana myös haastatteluaineistosta poimittuja alkuperäisilmauksia. Olen liittänyt alkuperäisilmauksia raporttiin tekstin havainnollistamiseksi.

5 VAMMAISEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA

5.1 Lapsuus ja nuoruus

Haastateltava syntyi 1960-luvun lopulla, ja eli varhaislapsuutensa kotona äidin ja isän kanssa. Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa alkoi pian syntymän jälkeen. Ala-asteen hän kävi valtion erityiskoulussa kotipaikkakunnallaan. Haastateltavan mielenterveyspalvelujen käyttö alkoi varhaisnuoruudessa. Yläasteen hän suoritti valtion sisäoppilaitoksessa toisella paikkakunnalla. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista (SVOL 677/1982) astuessa voimaan 1984 palvelujärjestelmä muuttui siten, että palvelujen järjestämisvastuu siirtyi valtiolta sairaanhoitopiireille. Haastateltavalle tämä tarkoitti palvelujen saantia omalta paikkakunnaltaan.

5.1.1 Puutteet palvelujärjestelmässä

Puutteet palvelujärjestelmässä muodostuivat erehtyvyydestä, hoidon hajanaisuudesta sekä kykenemättömyydestä ihmisen kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen. Haastateltavan kokemukset palvelujärjestelmän erehtyvyydestä liittyivät palvelujen tarjoajien virheelliseen toimintaan. Haastateltava kuvasi, kuinka palvelujen tarjoajien toiminta vaikutti ratkaisevasti hänen elämän kulkuunsa elämänlaatuun heikentäen. Palveluita tarjonneiden tahojen erehtyvyys on puhuttanut haastateltavaa edelleen.

*”Ja sitte kun mun kuulovamma todettiin... Ku mä olin kuus, ja kävin jo toista vuotta kouluu, niin sitte bussipysäkillä, * meni kysyyn meidän äitiltä, että saaks sen teidän lapsen poistaa sieltä vajaamieliskortistosta... Sitä ei oltu edes kysytty, saako mua sellaseen laittaa...”*

Hoidon haastateltava koki hajanaisena. Palvelujen järjestämisvastuu oli eri tahoilla, jonka vuoksi haastateltavaa hoidettiin myös eri paikkakunnilla.

Erikoisalot olivat hajallaan ja irrallaan. Vastuuta haastateltavan kokonaisuhoitosta ei ottanut kukaan. Haastateltava koki ammattilaisten kyvyn hahmottaa ihminen kokonaisvaltaisesti heikoksi, erityisesti mielenterveysongelmista kärsivää vammaista ihmistä oli ammattilaisten vaikea kohdata.

5.1.2 Ala-asteen aikainen luottamussuhde väylänä kuulluksi tulemiseen

Luottamussuhde väylänä kuulluksi tulemiseen muodostui turvautumisesta ja omien tunteiden jakamisen mahdollisuudesta työntekijälle. Haastateltava koki työntekijän välittävän ja pitävän hänestä huolta.

”Se säilytti mun ja sen välisen keskinäisen luottamuksen... Mut se on jälkeinpäin sanonut sen, et hän oli hirveen huolissaan siitä, et mä en nukkunut kunnolla, et jotain tässä on pielessä, mut hän ei niin kuin kumminkaan vienyt sitä minneen koulupsykologille tai minneen eteenpäin, et sen takii, kun se halus säilyttää mun ja itensä välisen luottamuksen... Se yritti niin kuin siinä sivussa... Niin auttaa mua myöskin psyykkisesti, mitä se ite osas...Mutta se oli hyvä, että mulla oli ees se yks väylä...”

5.1.3 Mielenterveyspalvelut nuoruudessa

Kokemukset mielenterveyspalveluista nuoruudessa pitivät sisällään kokemukset pitkistä jonotuksista, mutta muutoin hyvistä palveluista sekä ammattilaisten myötäelävästä suhtautumisesta. Jonot nuorten mielenterveyspalveluihin olivat pitkät, ja haastateltava koki joutuvansa odottamaan palveluihin pääsyä liian pitkään keskellä kriisiä. Kun haastateltava pääsi palveluiden piiriin, oli hän tyytyväinen saamaansa palveluun. Ammatilaisen myötäelävä suhtautuminen haastateltavaan oli ammattilaisten välittämistä, ymmärrystä ja halua auttaa, ja vaikutti mielenterveyspalveluiden positiiviseen kokemiseen nuoruudessa.

5.1.4 Kokemuksia erilaisista työntekijöistä

Haastateltava kohtasi nuoruudessaan monia hänen jokapäiväiseen elämäänsä vaikuttavia työntekijöitä. Kokemukset työntekijöistä koostuivat hallitsevuudesta, ajattelemattomuudesta, ei-vakavasti ottamisesta sekä tuen puutteesta, mutta myös luottamuksesta, kuulluksi tulemisesta, helpottavasta puheesta ja läsnäolosta. Tulosten mukaan hoito- ja ohjaussuhteiden toimivuus riippui paljon työntekijän persoonallisista ominaisuuksista. Yläasteen aikaisen työntekijän toiminnan haastateltava koki hallitsevana. Hallitsevuus ilmeni muun muassa työntekijän vallankäyttönä. Haastateltava koki, että työntekijä toimi ajattelemattomasti eikä ottanut haastateltavaa vakavasti. Tämä aiheutti muun muassa monia aiheettomia syyllisyydentunteita haastateltavalle. Haastateltava koki, ettei saanut työntekijältä tukea ja ymmärrystä vaikeaan murrosikään.

*"No mä sitä sille *:lle sanoin, no se suhtautu siihen taas ihan tyhmästi, kuten moniin muihinkin juttuihin... Se sano, et sun pitää kertoa vanhemmille, et mitä sä oot tehnyt, niinkö mä olisin tehnyt jonkun rikoksen... Et se oli niin kuin sitä oirehtimista, kun mä olin niin kuin niin epätoivonen siinä tilanteessa... Et mulla oli niin kuin se sokeutumisen kriisi... murrosiän kriisi ja psyykkisen sairastamisen kriisi, kaikki ne päällekkäin ja lomittain ja sokin ja sekaisin..."*

Tuloksissa ilmeni, että haastateltavalla oli yläasteella ollessaan lähellä myös luotettavia työntekijöitä. Haastateltava tuli kuulluksi. Helpottava puhe sisälsi ymmärryksen ja lohdutuksen saamista. Työntekijät olivat läsnä. Yläasteen aikana sisäoppilaitoksessa asuessaan haastateltava sai monenlaisia kokemuksia erilaisista vuorovaikutussuhteista työntekijöiden kanssa. Haastateltavan ajatuksiin, vuorovaikutukseen ja yhteistyön toimivuuteen vaikuttivat nimenomaan työntekijän persoonalliset ominaisuudet. Positiivisiin kokemuksiin ja yhteistyön toimivuuteen vaikuttivat työntekijän rentous, kannustavuus, nuorekkuus, joustavuus ja uskallus. Negatiivisten kokemusten syntymiseen ja toimimattomaan yhteistyöhön vaikuttivat taas työntekijän joustamattomuus ja odottamaan joutuminen.

5.1.5 Kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista palvelujärjestelmän muuttuessa

Haastateltava kuvasi palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyviä kokemuksia lakiuudistuksen astuttua voimaan. Haastateltava on kokenut, että 1970- ja 1980-luvuilla vammaisten apuvälineiden saanti, valtion ollessa myöntävä taho, oli parempaa kuin 2000-luvulla. Hän kuvasi, kuinka myös kuntoutus ja kouluun liittyvä tuki olivat parempia 1970- ja 1980-luvuilla. Haastateltava kertoi 1980-luvun puolivälin jälkeen palveluiden siirtymisestä lähelle oman paikkakunnan järjestettäväksi. Hän on kokenut, ettei tietämys kuitenkaan ollut enää yhtä laajaa. Tuloksista ilmeni, että palvelujen saatavuus vaikeutui ja niiden laatu heikkeni palvelujärjestelmän muuttuessa. Haastateltava kertoi monista hoitoonsa osallistuvista tahoista nuoruudessaan. Hän kuvasi, kuinka nämä tahot toimivat toisistaan erillään, ilman keskinäistä vuorovaikutusta tai yhteistyötä. Hän koki palvelujärjestelmän hajanaisena. Oman aktiivisen selvittämisen merkitys kasvoi saadakseen tietoa mahdollisista palveluista ja osatakseen anoa ja vaatia niitä.

”Tarkotan sitä, et esimerkiksi seitkytluvulla, niin mä saatoin käydä kolmeen otteeseen Helsingissä, cp-vammasta Lastenlinnassa Helsingissä, näkövammasta näkövammasten keskusliitossa ja kuulovammasta kuulonhuolto liitossa... Et ne oli sillain eriytetty. Ja vasta viime vuosina, mitä oon kuullut niin kuin lasten ja nuorten kohdalla, et ihminen pyritään ottaan kokonaisuutena...”

*

”No se on se hajanaisuus, et keskussairaalalle kuuluu jotain, Kelalle kuuluu jotain, terveyskeskukselle kuuluu jotain, et se on niin hajanainen se järjestelmä. Et pitää niin kuin tietää, et mitä hakee mistäkin... Et pitää hallita, aika iso kokonaisuus...”

5.2 Varhais-aikuisuus

Haastateltava aloitti ammattikoulun ja sisäoppilaitos-elämän uudella paikkakunnalla. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista (SVOL 677/1982) mukanaan tuomat seuraukset ilmenivät selvemmin haastateltavan elämässä.

5.2.1 Kokemuksia ammattikoulun aikaisista terveydenhuollon työntekijöistä

Ammattikoulun aikana haastateltavalle kehittyi lämmin ja kestävä suhde kahden koulun terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluvan työntekijän kanssa. Tuloksissa ilmeni varsinkin toisen, enemmän rinnalla kulkeneen työntekijän ymmärrys ja paneutuminen. Haastateltava on kokenut, että työntekijä hyväksyi haastateltavan omana itsenään ja välitti hänestä aidosti. Aito välittäminen ilmeni muun muassa työntekijän haastateltavan tarpeet etusijalle asettavassa toiminnassa. Myös muistot yhteistyöstä toisenkin työntekijän kanssa ovat eläneet positiivisina muistoina vastavuoroisesta empatiasta. Merkityksellisenä haastateltava koki yhteyden pitämisen ja säilymisen työntekijöihin virallisen hoitosuhteen päätyttyäkin, sillä haastateltavan pitkän ajan takaa tuntevat ihmiset tukevat haastateltavaa tarpeen tullen hänen elämässään edelleen.

”Ne hyvät kokemukset on se, et kun niihin tiettyihin hyviin ihmisiin pitää vieläkin yhteyttä, et esim. sille psykologille voi vieläkin soittaa, et tota voi jutella, et voi niin kuin vaihtaa kuulumisia, et miten menee, ja et on ihmisiä, jotka tietää pitkältä ajalta, tuntee mut, ja tietää, mitä mun elämässä on tapahtunut, et he osaa ehkä vaikeissa tilanteissa, nähdä sen asian silleen pitkältä perspektiiviltä, niin kuin hyvin, ja osaavat sit ehkä oikeilla sanoilla rohkaista, niin kuin vaikeina hetkinä... kun he tietää, mitä mun elämässä on tapahtunut, ja ovat seuranneet mun elämää...”

5.2.2 Palvelujen anomisen työläys

Kokemukset palvelujen anomisen työläydestä muodostuivat palvelujärjestelmän kokemisesta ”viidakkona”, palvelujen puutteellisesta tiedottamisesta, kokemuksesta vammaisen ihmisen elämän olevan pelkkää anomista sekä anomisten mielenterveyttä heikentävästi vaikuttavina tekijöinä. Haastateltava on kokenut palvelujärjestelmän monimutkaisena ”viidakkona”, jossa palvelut ovat olleet vaikeasti löydettävissä. Haastateltava on kokenut, että palvelujen tarjoajat ovat tiedottaneet ja kertoneet palveluista, ja mistä niitä on voinut hakea, puuttellisesti. Haastateltava kertoi palvelujen anomisen olevan niin kiinteästi yhteydessä hänen jokapäiväiseen elämäänsä, että toisinaan kokee elämänsä

vammaisena ihmisenä olevan pelkkää anomista. Tuloksissa ilmeni myös jatkuvan anomisen olevan mielenterveyttä heikentävästi vaikuttava tekijä. Haastateltava kuvasi anomisten vaikutusten mielenterveyteen ilmenevän muun muassa väsymyksenä, stressinä ja mielialan laskuina varsinkin aina loppuvuodesta.

”Nii kylhän se on noissa vaikeimmissa vaiheissa vaikuttanut, ja loppuvuodesta tuntuu, et on ihan loppu, kun koko ajan saa anoo, ja kylhän se vaikuttaa siihen, et jos aina joutuu anoon ja näin, tuohan se epävarmuutta, tuohan se huolta, tuo se masennusta ja ahdistusta ja kaikkee semmosta, et kylhän se niin kuin vaikuttaa mielialaan ja kaikkeen semmoiseen osaltaan silloin, kun näitä anomusjuttuja on enemmän päällä...Et kyl se huonontaa sit mielenterveyttä niin kuin osaltaan...”

5.2.3 Palvelu kotikunnan mielenterveystoimistossa

Haastateltava koki tulleen kohdatuksi kotikuntansa kunnallisessa mielenterveystoimistossa omana itsenään, yksilöllisesti. Työntekijöiden kiinnostus haastateltavaa kohtaan näkyi työntekijöiden innostuneisuutena, positiivisena asenteena ja haluna auttaa. Haastateltava koki antaneen itsestään iloa myös työntekijöille.

5.3 Itsenäinen elämä

Haastateltavan kotikunta teki palvelumaksusitoumuksen aistivamman henkilön palveluasumisesta, ja haastateltava muutti palveluasuntoon 1990-luvun alussa. Haastateltava alkoi käyttää asuinkuntansa kunnallisen mielenterveystoimiston palveluja, ja oli mielenterveystoimiston asiakkaana useamman vuoden ajan. Haastateltavalla on ollut kohtaamisia myös lääkäreiden ja psykiatrisen sairaalahoidon kanssa. Palvelujen anominen, omien oikeuksien selvittäminen ja oikeuksistaan huolen pitäminen olivat enemmän haastateltavan omalla vastuulla itsenäisen elämän aloitettuaan.

5.3.1 Palveluasuminen

Itsenäisen elämän aloitettuaan haastateltava on asunut samassa asunnossa koko ajan. Hän on kokenut sen olevan tarjolla olevista asumisvaihtoehdoista paras mahdollinen. Hyväksi haastateltava on kokenut talon työntekijämitoituksen turvallisuuden suhteen, varsinkin yötyöntekijän saatavilla olon. Hän on kokenut, että talon palvelut sekä kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit ovat monipuolisia ja yksilöllisesti suunniteltuja. Haastateltava arvostaa erään talon työntekijän psykiatrasta tietämystä. Talossa sosiaaliasioita hoitavat työntekijät haastateltava kokee auttavaisina. Nämä työntekijät ovat omistautuneita tukemaan haastateltavaa ja yhteistyö ja keskinäinen luottamus ovat toimineet. Haastateltava kertoi olevansa pääosin tyytyväinen arjen toimintojen tukemisessa mukana oleviin työntekijöihin. Haastateltava on kokenut voivansa luottaa avun ja tuen olevan tarvittaessa saatavilla. Hän on kokenut vuorovaikutussuhteet avoimiksi.

Haastateltava kertoi myös yhteistyön toimimattomuudesta joidenkin työntekijöiden kanssa. Tulosten mukaan yhteistyön toimimattomuuteen ovat vaikuttaneet henkilön persoonalliset ominaisuudet, kuten henkilön kylmyys ja kovuus. Talon entisen korkeammassa asemassa olevan henkilön toiminnan haastateltava koki välinpitämättömäksi ja epäreiluksi. Haastateltava kertoo, kuinka tunsu kokeneensa paljon vääryyttä henkilön toiminnassa. Haastateltava kuvasi, kuinka henkilö ei kyennyt empatiaan, joka ilmeni haastateltavan syyllistämisenä ja itkettämisenä.

”Ja sit hän niin kuin itketti mua sillä asialla, vaikka mulla meni silloin oikeesti tosi huonosti... Et mä en nähnyt niin kuin silloin...mitään valoa siinä, et mun elämästäni tulee yhtään mitään... Niin sit tullaan puhuun talon maineesta semmoisessa tilanteessa, kun ei ite nää valoo elämässä...”

5.3.2 Kokemuksia asuinkunnan mielenterveystoimistosta sekä asuinkunnan lääkäreistä

Haastateltava ei ollut tyytyväinen saamiinsa palveluihin mielenterveystoimistossa, vaan koki palvelun näkökulmattomana ja välinpitämättömänä. Tyytymättömyyden hän kertoi johtuneen henkilökunnan kiireestä, henkilökunnan nopeasta vaihtuvuudesta ja aidon kiinnostuksen puutteesta. Näkökulmattomuus ja välinpitämättömyys ilmenivät myös haastateltavan ongelmien väärinä diagnosointeina. Työntekijät eivät olleet kiinnostuneita tai kuunnelleet. Haastateltava joutui odottamaan palveluja.

Haastateltava on kohdannut vuorovaikutukseen vammaisen mielenterveyskuntoutujan kanssa kykenemättömiä ja kykeneviä lääkäreitä. Tulosten mukaan kykenemättömyys vuorovaikutukseen ilmeni aistivammaista henkilöä ymmärtämättömänä toimintana, lääkärit muun muassa puhuivat asianomaisen henkilön sijasta mukana olevalle tulkille. Kykyneemättömyys oli myös lääkärin kokonaisvaltaisen kohtaamisen puutetta; mielenterveyteen liittyvissä asioissa ei osattu huomioida fyysistä vammaisuutta tai päinvastoin. Haastateltavalla on myös positiivisia kokemuksia kontakteista lääkäreiden kanssa. Hän on kohdannut lääkäreitä, jotka ymmärtävät ja osaavat kohdata ihmisen kokonaisvaltaisesti muun muassa kuuntelemalla tätä ja ottamalla tosissaan.

5.3.3 Hoidon tarpeeseen vastaaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa

Tuloksissa ilmeni asuinkunnan sairaalan henkilökunnan kyvyttömyys kohdata vammaisen mielenterveyskuntoutuja. Kyvyttömyys ilmeni vajavuuksina opastamistaidoissa ja lääkehoidon sovittamisessa fyysisesti vammaiselle henkilölle. Puitteet fyysisesti vammaisen henkilön osastolla liikkumiseen olivat huomioitu asuinkunnan sairaalan eräällä osastolla. Haastateltava kuvasi pettymystä ja tyytymättömyyttä hoitoon kotikuntansa sairaalassa, koska sairaalassa ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa ja osallistua omaan hoitoonsa. Kotikunnassa hänen hoidon tarpeeseensa ei vastattu, vaan hän jäi vaille kuntouttavaa toimintaa ja keskustelujä. Sairaanhoitopiirien hoidon laadussa oli

eroja; tuloksissa ilmeni asuinpaikkakunnan hoidon olleen usein laadukkaampaa kuin hoidon kotikunnassa. Haastateltava on kokenut sairaanhoitopiirien toiminnan joustamattomana.

”Ja sit mä olin tässä mun asuinkuntani psykiatrisessa sairaalassa viikon verran, kun kotipaikkakunnan psykiatrinen sairaala ei suostunut maksaan mun hoitoo tänne asuinkuntaan.. mun piti siirtyä taksilla kotikuntaan.. Ja mä olin siellä sit kuukauden hoidossa...et mä olisin halunnut jäädä asuinkunnan sairaalaan, kun se hoito oli jo alkanut siellä...”

5.3.4 Kokemuksia Kansaneläkelaitoksesta (KELA)

Haastateltava kertoi, kuinka asioiden toimivuus KELA:ssa vaihtelee. Hän kertoi palvelujen anomiseen liittyvien perustelujen ja lisäperustelujen vaateen kasvaneen. Hän on kokenut oman aktiivisuutensa olevan välttämätöntä tietääkseen, mitä palveluja on oikeutettu anomaan, sillä ilman omaa panosta palveluja ei saa.

Haastateltava kuvasi KELA:n työntekijöiden ymmärtämättömyyttä sopeutumisvalmennuskurssien tarpeesta. Hän on kokenut, että päätökset kurssien myöntämisestä tehdään papereiden perusteella miettien enemmän taloudellisuutta, kuin sopeutumisvalmennuskurssin anojan todellista tarvetta. Haastateltava kuvasi, kuinka KELA:n ymmärtämättömyyden ja empatiataidon puutteen vuoksi on joutunut jatkuvasti asioidessaan tai anoessaan uudelleen selittämään, jonka hän kokee väsyttävänä, turhauttavana ja suruna.

”Et monesti se, et ne Kelankin ihmiset lukee vaan papereista, ja sit niitten on hirveen vaikee hahmottaa, kun mullakin on useampi vamma, ja useampi sairaus, et ihmisten on hirveen vaikee, niin kuin ammattilaistenkin käsittää, et mikä se mun tilanne oikeesti on, ja mikä vaikuttaa mihinkin, ja mikä ei vaikuta mihinkin, ja mikä se kokonaisuus on.”

KELA:n viranomaisten puutteellinen kokonaisuuden hahmottaminen on ilmennyt vuorovaikutuksessa eli tarkemmin heidän asenteissaan, käytöksessään,

olemuksessaan sekä päätöksenteossaan. Puutteellinen kokonaisuuden hahmottaminen on ilmennyt myös ali- tai yliarviointeina; KELA:n viranomaiset ovat joko ajatelleet haastateltavan kykenemättömänä mihinkään tai pärjäävän hyvin pienellä. Tuloksista ilmeni, ettei palvelujen saantia ole osattu sovittaa tarvetta vastaavaksi, vaan haastateltava on kokenut saadut palvelut riittämättömiksi. KELA:n viranomaisten kyvyttömyys ymmärtää ihmistä kokonaisuutena on aiheuttanut vihan, turhautumisen ja väsymisen tunteita.

Haastateltava kuvasi kokemuksia elämisestä epävarmuudessa ja epäsäännöllisyydessä toimeentuloturvan myöntämisen ja saamisen suhteen. Haastateltava on kokenut monet KELA:n toimeentuloturvaan koskevat päätökset epäreiluinä ja virheellisinä, joista hän on sitten valittanut. Välillä haastateltava on kokenut KELA:n toiminnan jopa pilkan tekona.

”Mut se tuntuu niin kuin hirveen pahalta, kun koskaan ei niin kuin tiedä, et mikä päätös tulee, ja sit kun on ite ajatellut, et kyl mä varmaan ton verran saan, esimerkiksi viimekuussa, mä sain toimeentuloo 5,50 euroo tai jotain sitä luokkaa, niin semmoinen tuntuu melkein pilkanteolta semmoinen, et tuntuu tosi niin kuin nöyryyttävälle...”

Tuloksissa ilmeni myös haastateltavan kokema ilo KELA:n joistakin myönteisistä kurssipäätöksistä ja onnistuneista kursseista. Haastateltava kuvasi myös kokemusta, jossa on tullut ymmärretyksi, ja jossa KELA:n toimeentulopuolen viranomaiset ovat huomioineet päätöksissään terveystalvelusta aiheutuneet kulut.

5.4 Aikuisuus

Tulkki- ja kuljetustalvelujen käyttö ovat kuuluneet haastateltavan arkeen aikuisena. Nämä vammaistalvelut haastateltava on anonut kotikunnaltaan. Aikuisuudessaan haastateltavalla on monia kokemuksia lyhyistä hoidoista psykiatrisessa sairaalahoidossa. Haastateltavalle on laadittu kuntoutussuunnitelmia 1990-luvulta alkaen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan aina kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Haastateltava meni mukaan asuinkuntansa

kuntoutuskeskuksen toimintaan yli 20 vuotta sitten, ja edelleen tämän kuntoutuskeskuksen toiminta on ollut keskeisesti mukana haastateltavan arjessa.

5.4.1 Tulkki- ja kuljetuspalvelut

Haastateltava on kokenut tulkkipalvelut puutteellisiksi. Puutteet liittyivät palvelujen suuriin kuntakohtaisiin eroihin. Hän on kokenut kotikunnan myöntämät tulkkipalvelut riittämättömiksi. Myös tulkikeskuksen toiminta on hidasta. Haastateltava on kokenut yhteistyön tuttujen tulkkien kanssa merkitykselliseksi. Tulkin välittäminen mahdollisti jopa oman kuntoutuskurssista selviytymisen ja suoriutumisen.

Tuloksissa ilmeni kuljetuspalvelujen toimivuus. Haastateltava kuvasi, kuinka taksimatkojen määrä on rajallinen. Kuljetuspalvelu on kuitenkin käytettävissä aina haastateltavan tarvitessa. Haastateltava on ollut tyytyväinen ja iloinen hänelle myönnettyistä harkinnanvaraisista taksimatkoista, vaikka hän onkin kokenut taksimatkojen anomisen työlääksi.

5.4.2 Psykiatrinen sairaalahoito 2000-luvulla

Haastateltavalla on kokemuksia lyhyiden hoitajaksojen riittämättömyydestä akuutissa tilanteessa. Haastateltavalla on ollut useita kokemuksia liian lyhyistä hoitajaksoista psykiatrisessa sairaanhoidossa esimerkiksi, kun hoito keskeytettiin sairaalan täyden potilasmäärän vuoksi. Liian aikaisin lopetetut hoidot haastateltava on kokenut heitteillejättöinä. Kotona selviytyminen liian lyhyen hoitajakson jälkeen on ollut rankkaa. Hän on kokenut, ettei hoitoa enää psykiatrisesta sairaalasta saa, vaikka sitä haluaisi. Hän pohti psykiatrisen palvelujärjestelmän muutoksia ja vertasi psykiatrisen sairaalahoidon tilaa aiempaan aikaan, jolloin ihminen hoidettiin sairaalassa parempaan kuntoon, ja jatkohoitokin suunniteltiin paremmin.

”Yks mun ystävä kävi mua kattoos siellä, ja vaikka sekin kävi sanoon niille hoitajille, et laittavat kirjauksen mun papereihin, et mua ei saa kotiuttaa, et hän ei oo kotiinlähtökunnossa... Et hän on tuntenut mut kakstoist vuotta, eikä ikinä oo nähnyt niin huonos kunnossa kuin silloin... Mut silti ne heitti mut sieltä pellolle, et siin meni sit semmoinen viis viikkoo, et se pahin vaihe meni ohi...”

5.4.3 Palvelutarpeen ymmärtäminen ja siihen vastaaminen

Haasteltava on kokenut kuntoutussuunnitelmista olevan hyötyä omalle kuntoutumiselleen. Eritoten hän on ollut hyvin tyytyväinen viimeksi laadittuun kuntoutussuunnitelmaan, sen sisältöön ja työntekijöiden siihen laittamaan panokseen. Kuntoutussuunnitelma on väline, jonka avulla haastateltava voi tavoitella tarvitsemiansa palveluja, ja yhteistyön myötä lisätä myös hoitavien tahojen ymmärrystä palvelutarpeestaan.

Aistivammaisuuteen perehtyneen yksikön työntekijöillä on ollut kyky kohdata ihminen kokonaisvaltaisesti. Haastateltava on kokenut, että aistivammaisuuteen perehtyneen yksikön työntekijät kykenevät ymmärtämään haastateltavan elämää sokeana ja huonokuuloisena. Yksikön palvelut ovat olleet oikein mitoitettuja ja toimivia; haastateltavalle myönnetään palveluja ja päätöksiä tehdään nopeasti.

5.4.4 Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ylläpito ja tukeminen toimintakeskuksessa

Haastateltava kuvasi, kuinka toimintakeskuksen toiminnassa mukana oleminen on tasapainottanut ja tukenut sekä mielenterveyttä, mutta myös terveyttä kokonaisvaltaisesti. Hän kertoi toimintakeskuksen aukioloaikojen olevan joustavat ja hänelle sopivat. Toimintakeskuksen tilat ovat olleet myös liikuntavammaiselle henkilölle helpot liikkua. Haastateltava kuvasi autetuksi tulemista, ja ohjaajien toimintaa, apua ja ohjausta psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa, sekä myös fyysisten vammojen huomioimisessa arjen toiminnassa. Haastateltava on saanut toimintakeskuksesta itselleen mielekästä tekemistä ja hän on saanut olla ihmisten parissa, minkä on kokenut vahvistavan mielenterveyttään. Haasteltava kokee projektin sekä oman toimintansa siinä

mielekkääksi, sekä itselleen hyödylliseksi ja merkittäväksi, mutta myös ammatti-ihmisille ja opiskelijoille hyödylliseksi.

"Et mä oon monta kertaa miettinyt, et jos mulla ei olis mahdollista käydä toimintakeskuksessa, ja siin projektissa, niin olisin paljon huonommassa kunnossa... et se niin kuin myöskin se toiminta pitää mut niin kuin tasapainossa, ja antaa kaikkee mielekästä tekemistä, ja ihan hyödyllistäkin tekemistä..."

5.4.5 Kokemuksia hoito- ja yhteistyösuhteista

Haastateltava kertoi, kuinka työntekijöiden vaihtuminen on psyykelle rankkaa. Hän on kokenut, kuinka työntekijöiden vaihtuminen ja pysymättömyys aiheuttaa stressiä ja käy toisinaan jopa yli voimien. Hän kertoi elämässään olleen paljon työntekijöiden lähtemisiä, joihin hänen on vain täytynyt sopeutua. Haastateltava kuvasi myös uusien, sopivien työntekijöiden etsimiseen ja löytämiseen liittyvää stressiä. Haastateltava kertoi pitkästä hoitosuhteesta ammattilaiseen. Haastateltava kokee pitkän hoito/yhteistyösuhteen, jossa vuorovaikutus toimii, niin merkittäväksi ja tärkeäksi, että suhteen säilyttääkseen on valmis maksamaan siitä suurta rahallista palkkiota.

"Joo, et niin kuin sen mä sanon, et tässä kun on ja on tarvinnut kauheasti kaikkee kuntoutusta ja palveluita, niin hirveesti mun elämäni aikana on ollut sitä, et on niin kuin joutunut selittää uusille kaikkee, kun on ollut, et ihmiset on vaihtunut tai lähtenyt tai... Et välillä tuntuu, et meikäläisen elämässä on liikaa sitä, et ihmiset tulee ja lähtee ja silleen niin kuin... Et niin kuin vähän yli voimienkin sitä välillä..."

5.4.6 Palvelujen laadusta eri sektoreilla

Kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadusta eri sektoreilla muodostuivat sekä mielenterveyspalveluista että terveyspalveluista yleensä. Palvelujen laatua hän määritteli yksityisen ja kunnallisen sektorin kautta. Haastateltava vertasi mielenterveyspalvelujen julkista ja yksityistä sektoria

keskenään. Hän on kokenut yksityisen sektorin palvelut laadullisesti paremmiksi ja tasokkaammiksi. Haastateltava on kokenut, että mielenterveyspalvelujen julkinen sektori ei aina toimi palvelunhakijan etujen ja hoidon jatkuvuuden mukaan työntekijöiden nopean vaihtuvuuden vuoksi, ja näin haastateltava on joutunut selittämään samat asiat julkisella puolella useaan otteeseen. Haastateltava vertasi yleensäkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Hän on kokenut yksityisen puolen lääkäripalvelujen olevan nopeita, kun taas julkisella puolella on joutunut jonottamaan. Pitkäaikainen yksityislääkäri on osannut kohdata haastateltavan ymmärtäen häntä kokonaisuutena, joten mahdollisuuksien mukaan hän tätä lääkäriä käyttää.

5.4.7 Ammattitaito ajankohtaisissa palveluissa

Kokemuksista ajankohtaisista palveluista yhdistäväksi tekijäksi muodostui ammattitaito. Haastateltava on ollut tyytyväinen KELA:n myöntämään lääkinnälliseen kuntoutukseen. Tuloksissa ilmeni työntekijöiden ammattitaito, joka muodostui keskustelutaidoista, joustavuudesta sekä voimavarojen huomioimisesta. Haastateltava on ollut erittäin tyytyväinen KELA:n myöntämään vaikeavammaisen henkilön pitkään psykoterapiaan. Haastateltava koki vammaisiin erikoistuneen psykoterapeutin ammattitaitoisena, ja haastateltava oli mielissään tämän voidessa pitää psykoterapiaistunnot haastateltavan kotona. Haastateltava kertoo, kuinka pitkän psykoterapian ja taitavan psykoterapeutin ansiosta kykeni läpikäymään vaikeita elämän koettelemuksiaan sekä ajankohtaisia asioita rinnakkain.

6 POHDINTA

6.1 Eettiset kysymykset

Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä työelämän organisaation kanssa. Organisaation henkilökunta auttoi minua haastateltavan valinnassa ja saamisessa. Tutkimuslupa opinnäytetyölleni myönnettiin helmikuussa 2009. Selvitin haastateltavalle selkeästi opinnäytetyöni tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Haastateltavani sai opinnäytetyöstäni kirjallisen tiedotteen (Liite 2), joka käytiin myös suullisesti läpi. Haastateltava osallistui tutkimukseen vapaasta tahdostaan. Keskustelimme opinnäytetyöstä ja aineistonkeruusta avoimesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkijan on tärkeää pitää huoli tutkittavien hyvinvoinnin turvaamisesta, ja asettaa heidän hyvinvointinsa kaiken edelle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tutkittavien hyvinvoinnin turvaaminen aineistonhankinnan erityiskysymyksissä esimerkiksi arkaluonteisuudesta on hyvä tunnistaa. Ihmiset määrittelevät monesti aiheiden arkaluonteisuuden yksilöllisesti, joten arkaluonteisuuden määrittelyn voi toisinaan jättää tutkittavalle itselleen. Aiheen arkaluonteisuus ei ole este tutkimuksen tekemiselle, mutta sitä täytyy tutkia tutkimuseettiset normit tuntien sekä kunnioittaen tutkittavien yksityisyyttä ja oikeuksia. (Kuula 2006, 135-136.) Haastattelukertoja aineistonkeruuta varten oli opinnäytetyössäni viisi. Haastatteluissa haastateltava kertoi kokemuksiaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Hän kertoi monia asioita itsestään, omasta terveydentilastaan, tarvitsemistaan palveluista sekä sosiaalisten etuisuuksien saamisesta. Haastateltava kuvasi hyvin henkilökohtaisia tunteita, kokemuksia ja tapahtumia elämästään. Minun tuli huomioida haastattelujen haastateltavaa mahdollisesti rasittava vaikutus. Haastattelujen lopuksi annoin hänelle mahdollisuuden kertoa haastattelujen hänessä herättämistä tunteista. Haastateltavaa kunnioittaen tuli minun huolehtia myös haastateltavan yksityisyyden ja oikeuksien säilymisestä analyysin teossa ja raportin laadinnassa.

Tutkimustietojen pitää olla luottamuksellisia, ja osallistujien on jäätävä nimettömiksi. Haastateltavan henkilön tunnistamiseen liittyviä kysymyksiä on mietittävä tarkkaan, kun haastatteluaineiston pohjalta tuotettua tietoa

raportoidaan. Yksityishenkilöä haastateltaessa on tärkeää huolehtia, ettei hänen henkilöllisyytensä käy raportista ilmi. Henkilöiden nimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan. (Ruusuvuori. & Tiittula 2005, 17.) Haastateltava voi näkyvien vammojensa vuoksi olla opinnäytetyöstä tunnistettavissa. Anonymiteetin säilymisen takaamiseksi jätin työelämän organisaation mainitsematta. Muutin ja poistin myös haastateltavan mainitsemien henkilöiden nimet ja useat toimet, sekä myös useiden paikkojen ja toimintayksiköiden nimet sekä analyysistä että raportista. Muutin ja poistin useat haastateltavan mainitsevat henkilöt ja paikat jo alkuperäisilmauksista, ja merkitsin niitä tähdellä (*) tai esimerkiksi terveyskeskuksen nimen mainitsemisen sijaan kirjoitin vain terveyskeskuksesta. Kansaneläkelaitoksen olen jättänyt raporttiin sellaisenaan. Opinnäytetyön valmistuttua hävitin asianmukaisesti kaiken hankitun haastatteluaineiston, nauhoitetut haastattelut sekä suostumuslomakkeen. Tutkimuksen tekijän tulee noudattaa tekemiään sopimuksia, ja muutenkin kantaa tutkimuksestaan vastuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Opinnäytetyöhön sitoutuessani sitouduin myös saattamaan työn päätökseen.

6.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen arviointi pelkistyy kysymykseksi tutkimusprosessin luotettavuudesta (Eskola & Suoranta 2000, 210). Tutkijan tulisi selostaa tutkimuksen kulku tarkasti alkaen siitä, mitä tutkija on tutkimassa, miksi ja miksi tutkimus on tutkijalle tärkeä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Tämän opinnäytetyön tarpeellisuuden ja merkityksellisyyden itselleni selostin johdanto-osassa (kappale 1).

Tutkija on velvollinen selostamaan, kuinka aineistonkeruu on tapahtunut menetelmänä ja tekniikkana. Hän on myös velvollinen kertomaan aineistonkeruussa ilmenneet mahdolliset ongelmat ja muut merkitykselliset seikat. Tutkijan tulisi perustella tutkimuksen haastateltavien valintaan johtavat seikat sekä arvioida syntynyttä tutkija-tiedonantaja-suhdetta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.) Opinnäytetyön aineistonkeruun ja analysoinnin selostin kokonaisuudessaan kappaleessa ”Toteutus” (4.5). Aineistonkeruu tapahtui

syvähaastatteluin. Haastateltava opinnäytetyöhön valittiin hänen aiheesta olevien kokemustensa vuoksi. Haastatteluja toteutui viisi suunnitelman mukaan. Useat haastattelukerrat mahdollistivat minun ja haastateltavan välisen luottamuksen lisääntymisen. Useat haastattelukerrat tekivät haastateltavan kokemusten syventämisen mahdolliseksi mahdollistaen myös keskustelematta jääneiden aiheiden jatkamisen seuraavalla haastattelukerralla. Kahdessa viimeisessä haastattelussa haastateltavan kuvaamat kokemukset olivat sisällöiltään tunnerikkaampia ja intensiivisempiä.

Lähdekritiikki on yksi osa aineiston analyysin luotettavuutta arvioitaessa (Alasuutari 1994, 86). Olen opinnäytetyössäni käyttänyt lähteitä, jotka vastaavat omaa aihettani ja aineistoani mahdollisimman paljon. Olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, mutta joukossa on myös joitain 1990-luvulta peräisin olevia lähteitä. Käytetyt lähteet olen kirjannut tarkasti opinnäytetyön loppuun. Olen esittänyt tutkimustuloksia aiemmista tutkimuksista ”Tulosten tarkastelu”-osassa (6.3). Aiempien tutkimusten tulokset ovat yhteneväisiä omien tulosteni kanssa.

Laadullisessa tutkimuksessa on syytä erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus objektiivisuuden ongelmaa tarkasteltaessa. Periaatteessa laadullisessa tutkimuksessa myönnetään, ettei laadullinen tutkimus voi olla täysin puolueetonta. Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa tulisi huomioida tutkijan puolueettomuusnäkökulma, eli pyrkiikö tutkija esimerkiksi kuulemaan haastateltavia itsenään vai suodattuuko haastateltava kertomus tutkijan oman kehityksen läpi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136.) Omakohtaiset aiemmat kokemukseni vammaisuudesta vaikuttivat kiinnostukseeni opinnäytetyön aiheesta. Oman toiminnan reflektoinnilla muun muassa tiedonhaussa, haastatteluja toteuttaessa sekä analyysia tehdessä saatoin olla jossain määrin tietoinen omien kokemusteni ja tietojeni opinnäytetyötä ohjaavasta vaikutuksesta. Esimerkiksi haastattelutilanteessa pyrin tutkimaan omia käsityksiäni, ja omien käsitykseni esiin tullessa tiedostamalla niitä kykenin muuttamaan toimintaani.

Tutkijan tulee selvittää tutkimusraportissaan aineistonsa kokoaminen sekä analysointi. Tutkimustulokset tulevat selkeämmiksi, kun tutkija kertoo, kuinka

aineisto on analysoitu ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on tultu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Laadullisessa tutkimuksessa kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidaan ja kerätään osittain samanaikaisesti. Aineiston keräämisen jälkeen analyysiin olisi ryhdyttävä heti. (Hirsjärvi ym., 2009, 221, 223, 225.) Opinnäytetyössäni aineistonkeruu, analyysi ja raportointi eivät kulkeneet täysin lomittain. Aineistonkeruun, eli syvähaastattelujen myötä myös analyysin teko alkoi, mutta raportointi eli lähinnä tulosten kirjoittaminen ja johtopäätösten tekeminen seurasi jäljempänä. Selkeän raportin laadinta tuotti minulle ongelmia. Tulkintani mukaan tämä ei kuitenkaan vienyt opinnäytetyöltäni luotettavuutta, sillä haastatteluista sekä sisällönanalyysistä tekemäni muistiinpanot olivat huolelliset ja yksityiskohtaiset, joten raportinkin kirjoittaminen lopulta onnistui. Opinnäytetyön tulokset olen esittänyt liitteessä 4 (Liite 4).

Laadullisen analyysin luotettavuutta tarkasteltaessa voidaan havaita analyysin loputon tulkinnallisuus. Analyysin luotettavuuden kannalta voi miettiä, onko tehty tulkinta ainoa mahdollinen. (Eskola & Suoranta 2000, 217.) Opinnäytetyöni analyysissä ilmeni, etteivät haastateltavan kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista jakautuneet ikäkausittain täysin tasan. Toisin sanoen lapsuudesta ei kertynyt niin paljon kokemuksia kuin aikuisiältä. Oliko ikäkausittainen luokittelu aineistolle oikeudenmukaisin? Arvioni mukaan aineiston ikäkausittainen luokittelu oli aineistolähtöinen siitäkin huolimatta, että kokemuksia lapsuudesta oli vähemmän. Lapsuusajan kokemuksia voi olla vaikea muistaa. Ikäkausittainen luokittelu ei myöskään sulkenut muita aineistossa ilmenneitä seikkoja pois. Analyysin ikäkausittainen luokittelu avasi haastateltavan laadullisesti erilaisten kokemusten kirjon hänen koko elämänsä ajalta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Haastateltavan kuvaamat kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista painottuvat aikaan jolloin haastateltava aloitti itsenäisen elämän kuntoutumiskeskuksen palveluasunnossa. Itsenäisen elämän aloitettuaan haastateltava saattoi päättää, mitä elämällään haluaa tehdä. Haastateltavan tuli entistä enemmän vastata omasta hyvinvoinnistaan huolehtimalla itse muun muassa tarvitsemansa palvelut. Haastateltava on taistellut monista liikkumisesta, vuorovaikutuksesta, hoitoon, sopeutumiseen ja yleiseen hyvinvointiin kuuluvista, jokaisen ihmisen perusoikeuksiin kuuluvista palveluista (Suomen perustuslaki 731/1999).

Heinonen ym. (2001, 95) kuvaavat, kuinka terveydenhuollon palveluita saadakseen asiakkaan on itse osattava pitää puolensa. Haastateltava on kokenut, kuinka oma aktiivisuus palvelujen olemassaolon tiedonsaannista ja sekä aktiivinen selvittely omista mahdollisuuksista palvelun saamiseksi ovat välttämättömyys saadakseen tarvitsemansa. Notkon ja Järvikosken (2004) mukaan mielenterveyskuntoutujien todetaan olevan epätietoisia siitä, mitä palveluja ovat oikeutettuja hakemaan, jonka vuoksi palvelut voivat jäädä käyttämättä (Notko & Järvikoski 2004, 1-2). Myös Puumalaisen ym. (2003) mukaan moni vammaispalveluja tarvitseva ei hae palvelua tai ei tiedä oikeudestaan palveluun. Mielenterveyskuntoutujille ei useimmin myönnetty palvelua vaikeavammaisuuden määrittelyn vaikeuden vuoksi. (Puumalainen ym. 2003, 60-62.) Haastateltava on kokenut palvelujärjestelmän hajanaisena. Wahlbeckin (2007, 88) mukaan mielenterveyspalvelut ovat pirstoutuneita ja mielenterveystyö monissa kunnissa kehittymätöntä. Myös vammaispalvelujärjestelmä on pirstaleinen (Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti osa 2 2003). Keskeisimmät epäkohdat vammaispalveluissa liittyvät palvelujen tasa-arvoiseen saatavuuteen, laadullisiin kysymyksiin, erityispalvelujen osaamiseen sekä rahoitukseen (Rautavaara ym. 2007, 102).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat olleet haastateltavan jokapäiväiseen elämään ja hyvinvointiin vahvasti vaikuttava tekijä. Monet haastateltavan kokemukset palveluista ja palvelujärjestelmästä ovat herättäneet voimakkaita tunteita. Haastateltava on ollut sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen asiakkaana

sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän murroksen aikana. Palvelujärjestelmän kehittyminen, valtionosuusuudistukset sekä muun muassa psykiatristen sairaalahoitopaikkojen runsas vähentäminen ovat vaikuttaneet haastateltavan palvelujen saantiin. Palvelujen anominen on työläämpää, kuin 1970- ja 80-luvuilla. Heinosen ym. (2001, 95) tutkimuksen tuloksissa todetaan julkisen palvelujärjestelmän heikentyneen 1990-luvun leikkausten sekä valtionosuusuudistusten myötä palvelujärjestelmän toimien paikoin jopa huonosti. Haastateltava kuvaa puutteita eritoten kunnallisten palvelujen laadussa. Psykiatristen sairaalapaikkojen alasajo on luonut haastateltavalle turvattomuutta. Haastateltava on kokenut riittämättömät ja liian lyhyet hoitajaksot sairaaloissa sekä huonon jatkohoidon suunnittelun seurauksina psykiatrisen palvelujärjestelmän muutoksesta. Harjajärven ym. (2004, 66) mukaan Suomessa on edelleen jatkettava avohoitopainotteisen palvelujärjestelmän rakentamista ja kehittämistä. Monista muutoksista ja uudistuksista huolimatta haastateltava on kokenut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän edelleen hajanaisena.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni haastateltavan kokemukset palvelutuotannosta ja palvelutarjonnasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri sektoreilla kaikkina ikäkausina. Haastateltava on ollut pääsääntöisesti tyytyväinen yksityisten palvelujen tuottajien ja järjestöjen tuottamiin palveluihin. Kunnalliset mielenterveyspalvelut asuinkunnassaan eivät ole tyydyttäneet häntä henkilökunnan kiinnostuksen puutteen, kiireen ja henkilökunnan nopean vaihtuvuuden vuoksi. Leskisen (1999, 100) mukaan mielenterveyspalvelujen eräs merkittävä ongelma on henkilökunnan vähyys. Haastateltava kokee myös kunnallisten vammaispalvelujen saatavuudessa olevan osin puutteita. Haastateltava kertoo palvelujen eriarvoisuudesta asuinpaikkakunnasta riippuen. Myös Erosen ym. (1997) tutkimuksen tuloksissa kuurot henkilöt antoivat kritiikkiä osalle terveyspalveluista sekä niiden toimivuudesta. Kuurot raportoivat myös palvelujen suurta alueellista eriarvoisuutta. (Eronen ym. 1997, 36-45, 49.) Rouvisen (2003) mukaan kuurosokeiden henkilöiden tulkkিতuntien määrä ei ole nykyisellään riittävä, ja haja-asutusalueilla tulkkien saatavuus on suorastaan huono (Rouvinen 2003, 42, 45).

Haastateltava on kuvannut kokemuksiaan palveluista haastateltavan ja palvelujärjestelmän työntekijöiden vuorovaikutuksen kautta kaikkina ikäkausina. Haastateltava on kuvannut sekä negatiivisia, petetyksi tulemisen kokemuksia, kuin myös hyvin positiivisia, kantavia kokemuksia. Negatiiviset kokemukset syntyivät työntekijän ymmärtämättömyydestä, kylmyydestä tai vaikeuksista kohdata ihminen, jolla on monia vammoja. Positiiviset, kantavat kokemukset syntyivät pitkästä yhteistyöstä, työntekijän ammattitaidosta ja myös persoonallisista ominaisuuksista.

Haastateltava on useasti kohdannut työntekijöiden ymmärtämättömyyttä eritoten KELA:n asiakkaana. Asiakslähtöisyydelle ja oman asiantuntemuksen hyödyntämiselle ei ole annettu tilaa, joten haastateltavan kokonaistilanne on jäänyt hahmottamatta. Wikströmin ja Örnehagin (2009) tuloksissa kuvataan, kuinka virkailijat usein seuraavat sääntöjä ja rutiineja hahmottamatta yksilön koko tilannetta. Virkailijan ollessa kyvytön osoittamaan kunnioitusta ja nöyryyttä yksilöä kohtaan voi yksilö kokea suhteen negatiivisesti. (Wikström & Örnehag 2009, 35.) Rautavaara, Kauppinen, Salminen & Wiman (2007) arvioivat vammaispalvelujen tulevaisuuden tarvetta ja kehittämistä todeten, että vammaispalveluissa tulisi panostaa palvelujen asiakslähtöisyyteen ja asiakkaan oman asiantuntemuksen monipuoliseen hyödyntämiseen (Rautavaara, Kauppinen, Salminen & Wiman 2007, 111). Asiakslähtöisyys on toteutunut kiitettävästi haastateltavan kuntoutussuunnitelmien laadinnassa.

Sosiaalihuollon käsittelijän tulisi hankkia hyvät taustatiedot palvelunhakijan vamman laadusta kohdatakseen tämän tasavertaisesti. Vain jotkut sosiaalihuollon käsittelijät kykenevät toimimaan ammattimaisena käsittelijänä mutta myös luomaan luottamuksen vuorovaikutussuhteeseen palvelujen hakijan kanssa. (Wikström & Örnehag 2009, 34.) Vammaisen mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen on ollut monille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille vaikeaa. Vaikeus eläytyä sekä fyysisesti vammaisen että mielenterveysongelmista kärsivän henkilön maailmaan on huomattava lyhyissä suhteissa varsinkin, jos suoranaista kontaktia ei ole. Lähes järjestäen lyhyissä hoitosuhteissa haastateltava ei ole tullut ymmärretyksi ja kohdatuksi kokonaisvaltaisesti. Pitkät hoitosuhteet ovat avanneet työntekijälle mahdollisuuden tutustua haastateltavaan ja oppia hänestä. Monissa pitkissä

hoitosuhteissa haastateltava on kokenut tulleensa ymmärretyksi ja on voinut olla oma itsensä.

Vaikka haastateltava kuvaa monia negatiivisia kokemuksia ei opinnäytetyön tuloksia sävytä epätoivo ja lannistuminen. Haastateltava on hyvin rohkea ja määrätietoinen suhteessa palvelujen anomiseen, omien oikeuksien puolustamiseen, ja näin koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Hyvän hoito/yhteistyösuhteen edellytyksiä ovat muun muassa hoitajan aitous, hyväksyntä ja empatia (Watkins 2009, 180-185). Hoitohenkilökunnan suhtautumisella on suuri merkitys vammaisen henkilön selviytymisen kannalta (Suokas 1992, 129-131). Hyvät hoito- ja yhteistyösuhteet ovat osaltaan tukeneet ja auttaneet haastateltavaa eheytyämään ja jopa toimineet haastateltavan itseluottamuksen ja itsetuntemuksen rakentajina, ja hoito- ja yhteistyösuhteissa haastateltava on saanut kannustusta omien etujensa ajamiseen. Haastateltavalla on ollut rohkeutta näkyä.

Henkilökohtaisena tavoitteenani oli lisätä tietoa ja ymmärrystä vammaisen henkilön kokemuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vankistaakseni omaa ammattiosaamistani käytännön hoitotyössä. Ymmärrykseni vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokonaisvaltaisen kohtaamisen merkityksestä yksilölle on lisääntynyt tämän opinnäytetyön tekemisen myötä.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimushaasteena ehdotan vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemusten kuvaamista usean haastateltavan haastatteluin. Opinnäytetyön tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut olivat laadultaan eritasoisia eri sektoreilla. Olisi hyödyllistä tutkia tarkemmin, mitkä tekijät vaikuttavat vammaisen mielenterveyskuntoutujan palvelun laadun kokemiseen eri sektoreilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä työskentelevien ammattilaisten kokemuksia vammaisen mielenterveyskuntoutujan kohtaamisesta olisi tarpeellista selvittää.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759.

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

Darlington, Y. & Scott, D. 2002. Qualitative research in practice. Stories from the field. Singapore: South Wind Productions.

Eronen, A., Eskelinen, M., Kinnunen, P., Saarinen, M-L., Tiermas, P. & Wikman, M. 1997. Kieli- kynnys hyvinvointiin: kuurojen omia kokemuksia hyvinvointipalveluista. Helsinki: Kuurojen palvelusäätiö: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Heikkilä, M. 2007. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehityssuuntia pitkällä aikavälillä. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Yliopistopaino.

Heinonen, J., Sundell, M. & Västilä, T. 2001. Syrjäytymistä estämässä. Arviointitutkimus Tapaturma- ja sairausinvalidien liiton toiminnasta ja erityisesti ”Ikääntyneiden monivammaisten syrjäytymisen estäminen”-kursseista. Demokraattinen sivistysliitto.

Hirsjärvi, S. 2009. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Joukamaa, M., Heikkinen, M. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J. & Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti osa 2. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11.

Kansaneläkelaitos (KELA). 2009. Vaikeavammaisen lääkinnällinen kuntoutus. Tarkistettu: 25.3.2010.
www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801121838EH?OpenDocument.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuntoutussäätiö. 2008. Liikuntavammat. Erityisryhmien huomioiminen työssäoppimisessa, Tulostettu 6.1.2009.
www.kuntoutussaatio.fi/terttu/tietopaketti/liikuntavammat.html.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.) 2007. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 29.12.2009/1706.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 13.4.1987/380.

Leskinen, A. 1999. Muutoksen merkit: Tapaustutkimus vanhusten, vammaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelujen rakennemuutoksesta kolmessa kunnassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2007. Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J. & Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Muuri, A., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L. & Keskimäki, I. 2008. Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 4/2008, 447,450.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki.

Notko, T. & Järvikoski, A. 2004. Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveyskuntoutujien kotikuntoutusprojektin arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 26/2004. Helsinki: Yliopistopaino.

Parpo, A. & Kautto, M. 2007. Sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Yliopistopaino.

Puumalainen, J., Laisola-Nuotio, A. & Lehikoinen, T. 2003. Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Kysely palvelujen käyttäjille ja kuntien edustajille. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 71/2003.

Raunio, K. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. Sosiaali- ja terveysalan moniammatilliset johtamisopinnot, ongelma 7. Tampereen yliopisto.

Rautavaara, A., Kauppinen, S., Salminen A-L. & Wiman, R. 2007. Vammaispalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Yliopistopaino.

Rouvinen, R. 2003. Aistit avoinna -elämässä mukana. Matka kuurosokeiden kulttuuriin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2007. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus?. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 2., korjattu ja täydennetty painos. Juva: WSOY.

Siekinen, K. 2007. Syvähaastattelu. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 1., uudistettu painos. Juva: WSOY.

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

Sosiaalihuolto Suomessa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:11.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Päivitetty: 26.2.2009. Tarkistettu: 25.3.2010.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus.

Summanen, A-M., Ståhl, T., Winell, K. & Kannas, L. 2001. Miten näkövammaiset voivat? -Sairauksien ja koettujen oireiden yleisyys. Suomen lääkärilehti 44/2002, 4447-4456.

Suokas, L. 1992. Ihminen ihmisten joukossa? Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:83.

Suomen kuurosokeat ry. 2007. Tarkistettu pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä. Tarkistettu: 20.3.2010.
www.kuurosokeat.fi/ajankohtaista/tiedotteet_2008/tarkistettu_pohjoismainen_kuurosokeuden_maaritelma.

Suomen perustuslaki 11.6/1999/731.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino Westpoint Oy, Kirjayhtymä Oy.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 1999. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä. 13/1999. Tarkistettu 24.3.2010.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/tervh99/tervh3.html>.

The World Health Organization. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tarkistettu: 19.3.2010.
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. 2009. Valtiovarainministeriö 2009:11.

Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:9.

Wahlberg, K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Yliopistopaino.

Watkins, P. 2009. Mental Health Practice. A guide to compassionate care. 2. painos. China: Butterworth Heinemann Elsevier.

Wikström, A. & Örneberg, A. (2009) "Jag liksom star väl på mig" –en studie om sex personer med funktionsnedsättningar och deras upplevelser av bemötandet i kontakten med handläggare inom en offentlig sektor. Högskolan i Gävle. Institutionen för vårdvetenskap och sociologi.

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21.

Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus. 2003. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4.

LIITTEET

LIITE 1: 1 (4)

TAULUKKO 1. OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT TUTKIMUKSET

Tekijä ja tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Eronen ym. 1997.</p> <p>Kieli- kynnys hyvinvointiin. Kuurojen omia kokemuksia hyvinvointipalveluista.</p> <p>Kuurojen Palvelusäätiö. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.</p>	<p>Selvittää kuurojen kokemuksia hyvinvointipalvelujen toimivuudesta.</p>	<p>Tuettu lomakekysely N=174 kuuroa ja kuurosokeaa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20% kuuroista on erittäin tyytyväisiä elämäntilanteeseensa. 2. Kolmasosa kuuroista jää kokonaan erilaisten sosiaalisten turvaverkkojen ulkopuolelle. 3. 10%:lle kolmas sektori on ainut sosiaalisen tuen muoto. 4. Kuurot kokevat saavansa lähiympäristöltä paljon apua, mutta toisaalta antavat itse vähemmän apua lähiyhteisölle. 5. Alueellinen eriarvoisuus näkyy erittäin selvästi.
<p>Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck (2006)</p> <p>Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa</p> <p>Stakes ja Suomen kuntaliitto</p>	<p>Kuvata mielenterveyspalvelujärjestelmän tilaa ja alueellista rakennetta vuonna 2004 sekä tarkastella eroavaisuuksia sairaanhoitopiiritasolla.</p>	<p>Standardoitu luokittelujärjestelmä (European Service Mapping Schedule) sekä laitoshoitopotilaiden, hoitopäivien, hoitajaksojen ja tahdosta riippumattoman hoidon läheteiden sekä mielenterveysavohoitokäyntien määriä</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Palvelurakenne monipuolisin suurissa kaupungeissa -Kunnat käyttivät runsaasti ympärivuorokautisia palveluja, jotka kuitenkin käytännössä olivat perinteisiä sairaalahoitoja, mikä ei välttämättä ollut taloudellisin tai potilaan kannalta paras ratkaisu -Vaihtoehtoista akuuttia ympäri vuorokautista palvelua ei sairaalahoidolle yleensä ollut tarjolla -Vain n. puolet kunnista käyttää muita hoidollisesti painottuneita, ei-akuutteja ympärivuorokautisia palveluja -järjestettyä päivätoimintaa käytetään vähän -Avopalvelut yleensä perinteisiä ajanvarauspalveluja

LIITE 1: 2 (4)

Tekijä ja tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Heinonen ym. (2001)</p> <p>Syrjäytymistä estämässä. Arviointitutkimus Tapaturma- ja sairausinvalidien liiton (TSIL) toiminnasta ja erityisesti "Ikääntyneiden monivammaisten syrjäytymisen estäminen"-kursseista.</p> <p>Demokraattinen Sivistysliitto.</p>	<p>1. Pohtia tapaturma ja sairausinvalidien liiton järjestämiä syrjäytymisen estämiskursseja. 2. Pohtia, miten jäsenistö kokee liiton omassa elämässään. 3. Arvioida liiton jäsenten elämää ja selviytymistä muuttuneen ja murroksessa olevan hyvinvointimallin maailmassa.</p>	<p>Arviointi eli evaluointitutkimus. Pääaineistona 28 Ikääntyneiden monivammaisten syrjäytymisen estäminen- kurssin käyneen jäsenen teemahaastattelu sekä hakemuslomakkeet, kurssien "pääsy- ja loppukokeet"</p>	<p>1. Ikääntyneiden monivammaisten syrjäytymisen estäminen –kurssin päätavoite on ollut syrjäytymiskiirteen estäminen ja katkaiseminen, ja tässä kurssit onnistuivat hyvin. 2. TSIL toimii niin valtakunnan tasolla pääosin painostusryhmänä, kuin myös paikallisina toimintaryhminäkin mm. jäsenten edunvalvonnassa. 3. Jäsenet kokivat julkisen palvelujärjestelmän heikenneen 1990-luvun aikana. Selviytymistä tukevaksi jäsenet kuvasivat oman perheen.</p>
<p>Leskinen (1999)</p> <p>Muutoksen merkit: Tapaustutkimus vanhusten, vammaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelujen rakennemuutoksesta kolmessa kunnassa.</p> <p>Suomen kuntaliitto.</p>	<p>Selvittää sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutoksen ei-toivottuja seurauksia palvelujen toimintaan ja talouteen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen osana tarkastellaan vanhusten, vammaisten ja mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluja.</p>	<p>Tutkimusaineistona käytetty tilastoja, dokumentteja ja aikaisempia tutkimuksia. Tilastotietoja täydennetty 13:sta sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijahaastattelun avulla.</p>	<p>Tuloksissa todetaan menoleikkausten ja epäkohtien palvelutarjonnassa kohdistuvan sosiaalipalveluihin, ja siellä eritoten mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Tuloksissa todetaan myös kuntien panostavan palveluasumiseen varsinaisen kotihoidon kehittämisen sijaan. Kolmantena ongelmana ovat kuntien organisaatioon ja johtamiseen liittyvät kysymykset. Omiin tarpeisiin perustuvia tavoitteita on vaikea asettaa.</p>

LIITE 1: 3 (4)

Tekijä ja tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Notko & Järvikoski (2004)</p> <p>Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveys-kuntoutujien kotikuntoutus-projektin arviointi.</p> <p>Kuntoutussäätiön työseloste.</p>	<p>Kuvata hankkeen toimeenpanon toteutumista ja käytännön toimintaprosesseja sekä tarkastella toiminnan kautta ilmi tulleita tarpeita ja toiminnan koettuja ja arvioituja vaikutuksia.</p>	<p>Realistinen monitahoarviointi. Aineistona käytettiin mm. projektin asiakkaiden, työntekijöiden, sidosryhmien edustajien ja johdon haastatteluja, asiakasyhteisön prosessikuvauksia, projektin toimintatilastoja ja muita asiakirjoja</p>	<p>-Projektissa pyrittiin tukemaan asiakkaiden itsetuntoa ja oman merkittävyyden kokemusta erilaisin keinoin.</p> <p>-Asiakkaan voimaantumista vahvistettiin erilaisten yhteistyömuotojen kautta.</p> <p>-Projektissa on kehitetty ja kokeiltu erästä palveluohjauksen mallia, jonka laajempaan levittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa löytyy perusteita.</p> <p>-Projektin tuottamaa tietoa hyödynnetään myös Hyvän mielen talo ry:n muissa toiminnoissa.</p>
<p>Puumalainen, Laisola-Nuotio & Lehikoinen (2003)</p> <p>Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Kysely palvelujen käyttäjille ja kuntien edustajille.</p> <p>Kuntoutussäätiön tutkimuksia</p>	<p>Selvittää vammaispalvelulain mukaisia palveluita muun muassa niiden saatavuutta, käyttöä, hylkäämispäätöksiä sekä palveluiden käyttäjille että kuntien edustajille.</p>	<p>Kysely kolmen kunnan edustajille sekä palvelujen käyttäjille</p>	<p>Käyttäjistä 70 prosenttia oli saanut kuntansa kustantamaa palvelua. Mielenterveydenhäiriöistä kärsivistä henkilöistä vain 25% oli saanut palveluita. Moni ei hakenut palvelua, vaikka tarvitsisi, tai ei tiennyt oikeudestaan palveluihin. Käyttäjärühmät arvioivat myös vammaisryhmien olevan epätasa-arvossa. Kuntien vastauksista ilmeni, että vammaispalvelulain mukaisten palvelujen myöntäminen keskittyi lähinnä järjestämisevelvollisuuden alaisuuteen kuuluviin palveluihin (yli 90%)</p>
<p>Rouvinen (2003)</p> <p>Aistit avoinna-elämässä mukana Matka kuurosokeiden kulttuuriin.</p> <p>Stakes</p>	<p>-Analysoida kuurosokeiden kulttuuria</p> <p>-Antaa kuurosokealle puheenvuoro oman kulttuuriyhteisön merkityksestä ja tarkastella kuurosokeiden elämänhallinnan keinoja</p>	<p>Etnografinen tutkimusote, analysointi suoritettu teemoittain Agreyn mallin pohjalta, tulosten fenomenologisessa tulkinnassa testattu mallin toimivuutta kuurosokeiden kulttuurin kuvaamisessa</p>	<p>-Kuurosokeiden kulttuuri jakautunut kahteen alakulttuuriin: viittomakielellä ja puheella kommunikoiviin. Keskeisiä piirteitä kuurosokeiden kulttuurissa ovat erilaisuuden kohtaaminen, hyväksyminen. Ympäristöstä saatu kuva pirstaleinen. Elämänhallintamahdollisuuksien kannalta kielellä ja asuinpaikalla on merkitystä kuurosokealle.</p>

LIITE 1: 4 (4)

Tekijä ja tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Summanen, Ståh, Winell, & Kannas (2001)</p> <p>Miten näkövammaiset voivat? -Sairauksien ja koettujen oireiden yleisyys.</p> <p>Suomen lääkärilehti</p>	<p>Selvittää aikuisten näkövammaisten terveydentilaa</p>	<p>Puhelinhaastattelut N=600.</p>	<p>Näkövammaisilla esiintyy huomattavasti yleisemmin erilaisia sairauksia ja oireita kuin muulla väestöllä. Sekä sairaudet että oireet yleistyvät iän myötä, ja ne ovat tavallisempia naisilla kuin miehillä. Sairauksien esiintyvyys on sama riippumatta näkövammaisuuden vaikeusasteesta.</p>
<p>Suokas (1992)</p> <p>Ihminen ihmisten joukossa? Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista.</p> <p>Kansaneläkelaitoksen julkaisuja.</p>	<p>Selvittää, minkälaisia muutoksia vammaisuus aiheuttaa elämään, eritoten sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen osallistumiseen.</p>	<p>Tutkimusaineistona olivat KELA:n Vammaisten vuonna 1981 järjestämän kirjoituskilpailun saapuneet 973 kirjoitusta, joista yksityiskohtaiseen analyysiin valittiin 100 omaelämäkerran kriteerit täyttävää kirjoitusta.</p>	<p>Ratkaisevimaksi osoittautui se, missä elämänvaiheessa henkilö oli vammautunut. Vaikein tilanne oli niillä, jotka olivat syntyneet vammaisina tai vammautuneet lapsuudessaan. Ikääntyneenä vammautuminen ei järkyttänyt enää ihmisen käsitystä itsestään eikä hänen asemaansa yhteisön jäsenenä.</p>
<p>Wikström & Örnehog (2009)</p> <p>“Jag liksom star väl på mig” –en studie om sex personer med funktionsnedsättningar och deras upplevelser av bemötandet i kontakten med handläggare inom en offentliga sektorn</p> <p>Institutionen för vårdvetenskap och sociologi. Högskolan i Gävle.</p>	<p>Kuvata, kuinka fyysisesti vammaiset henkilöt kokevat hoidon julkisissa sosiaalipalveluissa</p>	<p>Kuuden henkilön puolistrukturoidut haastattelut</p>	<p>Haastateltavilla on ollut sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia kohdatuksi tulemisesta. Haastateltavat ovat osoittaneet erilaisia keinoja oman tilanteensa hallitsemiseksi. Haastateltavat kuvaavat kuitenkin, kuinka viimeinen sana eli toimeenpano valta on aina käsittelijöillä. Kaikki haastateltavat kuvaavat, kuinka käsittelijän tulisi olla hyvä kuuntelija, kykenevä motivoimaan sekä osoittaa myös nöyryyttä kohtaamistilanteissa.</p>



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIEDOTE

Tampereen ammattikorkeakoulu

16.1.2009

Hyvä haastateltava,

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvata vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Pyrkimykseni on kuvata ilmiötä palvelujen käyttäjän kokemana.

Opinnäytetyön tekemiseksi kutsun Teidät haastatteluihin. Haastattelukertoja on **enintään** kuusi, ja ne järjestetään kerran viikossa. Kukin haastattelu kestää kerrallaan n. 1,5- 2 tuntia. Kaikkineen tapaamme siis 1-2 kuukauden ajan. Toivon teiltä sitoutumista haastatteluihin osallistumiseen. Haastattelut järjestetään pyynnöstänne kotonanne. Haastattelut nauhoitetaan.

Ennen haastattelujen alkamista pyydän Teiltä kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä osallistumasta syytä siihen ilmoittamatta. Kirjallisesta suostumuksesta toinen kopia jää Teille, ja toinen kopia opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, voitte ottaa yhteyttä opinnäytetyöni ohjaajaan,

Nina Kilkku
Yliopettaja
Tampereen Ammattikorkeakoulu,
puh. 050 511 8754

Ystävällisin terveisin,
opinnäytetyön tekijä Sonja Sulander



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISEEN

VAMMAISEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA KUVAAVA OPINNÄYTETYÖ

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa vammaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kuvaavasta opinnäytetyöstä sekä omasta osallistumisestani siihen haastateltavana. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytettä koskevia kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella _____.____.2009

Tampereella _____.____.2009

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

**Suostumuksen
vastaanottaja:**

haastateltavan allekirjoitus

opinnäytetyöntekijän
allekirjoitus

nimenselvennys

nimen selvennys

TAULUKKO 2. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

alaluokat	yläluokat	ikäkaudet
<p>Palvelujärjestelmän erehtyvyys</p> <p>Hoidon hajanaisuus</p> <p>Erikoisalut hajallaan ja irrallaan</p> <p>Kyvyttömyys kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen</p>	<p>Puutteet palvelujärjestelmässä</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lapsuudessa ja nuoruudessa</p>
<p>Työntekijään turvautuminen ja omien tunteiden jakaminen</p> <p>Työntekijän välittäminen ja huolenpito</p>	<p>Ala-asteen aikainen luottamussuhde väylänä kuulluksi tulemiseen</p>	
<p>Pitkät jonotusajat nuoruudessa</p> <p>Hoidon taso hyvä</p> <p>Ammattilaisten myötäelävä suhtautuminen vaikutti mielenterveyspalvelujen positiiviseen kokemiseen</p>	<p>Mielenterveyspalvelut nuoruudessa</p>	
<p>Hallitsevuus</p> <p>Ajattelemattomuus ja ei-vakavasti ottaminen</p> <p>Tuen puute vaikeassa murrosiässä</p> <p>Luottaminen</p> <p>Kuulluksi tuleminen</p> <p>Helpottava puhe</p> <p>Työntekijöiden läsnäolo</p> <p>Persoonallisten ominaisuuksien merkitys hoito/ohjaussuhteiden toimivuudessa</p>	<p>Kokemuksia erilaisista työntekijöistä</p>	
<p>Palvelujen saannin vaikeutuminen palvelujen järjestämisvastuun muuttuessa</p> <p>Palvelujen laadun heikkeneminen palvelujen järjestämisvastuun muuttuessa</p> <p>Eri palvelujen tuottajat toimivat toisistaan erillään</p> <p>Hajanaisuus</p> <p>Palvelujen järjestämisvastuun muuttuessa oman aktiivisuuden merkitys kasvoi</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut palvelujärjestelmän muuttuessa</p>	

LIITE 4: 2 (5)

alaluokat	yläluokat	ikäkaudet
<p>Kaksi kestäväää vuorovaikutussuhdetta</p> <p>Ymmärrys ja paneutuminen</p> <p>Hyväksyntä ja aito välittäminen</p> <p>Vastavuoroinen empatia</p> <p>Yhteydenpito tärkeää</p>	<p>Kokemuksia ammattikoulun aikaisista terveydenhuollon työntekijöistä</p>	
<p>Palvelujärjestelmän "viidakko"</p> <p>Puutteellinen palveluista tiedottaminen</p> <p>Vammaisen ihmisen elämä pelkkää anomista</p> <p>Palvelujen anomiset mielenterveyteen heikentävästi vaikuttavina tekijöinä</p>	<p>Palvelujen anomisen työläys</p>	
<p>Yksilöllinen kohtaaminen ja kiinnostuneisuus mielenterveystoimistossa</p> <p>Vastavuoroisuus ja molemminpuolinen antaminen</p>	<p>Palvelu kotikunnan mielenterveystoimistossa</p>	
<p>Hyvät kokemukset asumisesta</p> <p>Tyytyväisyys talon kurssitarjontaan</p> <p>Työntekijöiden tiedot ja auttavaisuus</p> <p>Omistautuminen, yhteistyö ja luottamus</p> <p>Tyytyväisyys moniin työntekijöihin ja heidän apunsa saatavilla oloon</p> <p>Avoimuus</p> <p>Työntekijän persoonalliset ominaisuudet yhteistyön toimimattomuuteen vaikuttavina tekijöinä</p> <p>Välinpitämättömyys ja epäreilu kohtelu</p> <p>Vääryyden kokemukset</p> <p>Empatian puute</p>	<p>Palveluasuminen</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itsenäisen elämän alettua</p>
<p>Tyytymättömyys mielenterveystoimistoon</p> <p>Välinpitämättömyys ja näkökulmattomuus</p> <p>Työntekijät eivät olleet kiinnostuneita tai kuunnelleet</p> <p>Odottamaan joutuminen</p> <p>Osa lääkäreistä kykenemättömiä vuorovaikutukseen</p> <p>Osa lääkäreistä omaa ymmärrystä, sekä kohtaamisvalmiuksia</p>	<p>Kokemuksia asuinkunnan mielenterveystoimistosta sekä asuinkunnan lääkäreistä</p>	

LIITE 4: 3 (5)

alaluokat	yläluokat	ikäkaudet
<p>Henkilökunnan kyvyttömyys kohdata vammaisen mielenterveyskuntoutuja</p> <p>Liikkumisen mahdollistavat puitteet huomioitu</p> <p>Tyytymättömyys ja pettymyshoidon laatuun kotipaikkakunnalla</p> <p>Itsensä aktivointi ja hoitoon osallistuminen ei onnistunut</p> <p>Hoidon tarpeeseen ei vastattu</p> <p>Hoidon laadussa eroja sairaanhoitopiireittäin</p> <p>Sairaanhoitopiirit joustamattomia</p>	<p>Hoidon tarpeeseen vastaaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa</p>	
<p>Asioiden toimivuuden vaihtelu</p> <p>Perustelemisen vaade</p> <p>Oman aktiivisuuden välttämättömyys palvelujen anomisessa</p> <p>Kykenemättömyys ymmärrykseen</p> <p>Päätökset papereiden perusteella</p> <p>Taloudellisuus ja säästäminen</p> <p>Ymmärtämättömyydestä ja empatian puutteesta aiheutuneet väsyminen, turhautuminen ja suru</p> <p>Kokonaisuuden hahmottaminen puutteellista ja heijastuu vuorovaikutuksessa</p> <p>Ali- ja yliarvioinnit</p> <p>Myönteiset päätökset ja saadut palvelut riittämättömiä</p> <p>Viha, turhautuminen ja väsyminen</p> <p>Eläminen epävarmuudessa ja epäsäännöllisyydessä</p> <p>Epäreilu ja virheellinen asioiden käsittely</p> <p>Pilkanteko</p> <p>Ilo joistakin myönteisistä päätöksistä ja onnistuneista kursseista</p>	<p>Kokemuksia KELA:sta</p>	
<p>Tulkkipalvelujen puutteet</p> <p>Kotikunnan myöntämät tulkkipalvelut riittämättömiä</p> <p>Tulkkiokeskuksen toiminta hidasta</p> <p>Kokemukset yhteistyöstä merkittäviä tuttujen tulkkien kanssa</p> <p>Tulkin toiminta selviytymisen mahdollistajana</p> <p>Kuljetuspalvelujen toimivuus</p> <p>Suuri ilo harkinnanvaraisten matkojen myöntämisestä</p>	<p>Tulkki- ja kuljetuspalvelut</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut aikuisuudessa</p>

LIITE 4: 4(5)

alaluokat	yläluokat	ikäkaudet
<p>Lyhyet hoitokaksot riittämättömiä</p> <p>Liian aikaisin lopetetut hoidot 2000-luvulla</p> <p>Kokemukset heitteillejätöistä</p> <p>Kotona selviytyminen vaikeaa lyhyen hoitokaksen jälkeen</p> <p>Sairaalaan pääsy vaikeaa</p> <p>Sairaalahoidon laatu huonontunut palvelujärjestelmän muuttuessa</p>	<p>Palvelut psykiatrisessa sairaalahoidossa 2000-luvulla</p>	
<p>Kuntoutussuunnitelman laadinta edistää omaa kuntoutumista</p> <p>Kuntoutussuunnitelmien sisältö ja työntekijöiden panos kiitettävä</p> <p>Väline saadakseen tarvitsemansa</p> <p>Yksikön kyky ymmärtää ja kohdata ihminen kokonaisvaltaisesti</p> <p>Yksikön palvelut oikein mitoitettuja ja toimivia</p>	<p>Palvelutarpeen ymmärtäminen ja siihen vastaaminen</p>	
<p>Toiminta tasapainottaa ja tukee terveyttä</p> <p>Joustavuus ja helppous</p> <p>Toimintakeskuksen ohjaajat auttavaisia ja kokonaisvaltaisesti huomioivia</p> <p>Ihmisten parissa oleminen</p> <p>Toimintakeskuksesta mielekästä, hyödyllistä ja merkityksellistä tekemine</p>	<p>Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ja tukeminen toimintakeskuksessa</p>	
<p>Työntekijöiden vaihtuminen psyykeä rasittavaa</p> <p>Sopeutuminen muuttuviin tilanteisiin</p> <p>Stressi uusien työntekijöiden etsimisestä ja löytämisestä</p> <p>Pitkäaikainen hoitosuhde merkittävä ja hyvin tärkeä</p>	<p>Kokemuksia hoito- ja yhteistyösuhteista</p>	
<p>Mielenterveyspalvelujen laadukkuus parempi yksityisellä sektorilla</p> <p>Mielenterveyspalvelujen julkinen puoli ei toimi työntekijöiden vaihtuvuuden vuoksi</p> <p>Terveydenhuollon lääkäripalvelut yksityisellä sektorilla nopeita</p> <p>Terveydenhuollon palveluiden odotamaan joutuminen julkisella puolella</p> <p>Pitkäaikaisen yksityislääkärin ymmärrys ja taito kohdata</p>	<p>Sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta eri sektoreilla</p>	

LIITE 4: 5 (5)

alaluokat	yläluokat	ikäkaudet
Keskustelemisen toteutuminen Toiminta kuntoutuksessa joustavaa ja voimavarat huomioivaa Psykoterapeutin toiminta joustavaa ja toiveet huomioivaa Vammaisuuteen erikoistunut psykoterapeutti hyvin taitava Pitkä psykoterapia ja taitava psykoterapeutti mahdollisti vaikeiden elämän koettelemusten ja ajankohtaisten asioiden käsittelyn rinnakkain	Ammattitaito ajankohtaisissa palveluissa	