



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TUKI KOTIUTUMISVAIHEESSA

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Syksy 2012  
Saara Ahonen  
Samar Pursiainen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

AHONEN, SAARA  
PURSIAINEN, SAMAR

Mielenterveyskuntoutujan tuki kotiutusvaiheessa

Sairaanhoitaja AMK opinnäytetyö, 58 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2012

## TIIVISTELMÄ

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan viiden suomalaisen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia erikoissairaanhoidosta kotiutumisen haasteista sekä kotiutumiseen saatua tukea. Heidän kokemustensa kautta luodaan myös silmäys suomalaiseen mielenterveyskuntoutusjärjestelmään ja miten julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä voisi parantaa. Opinnäytetyöhömmme osallistui viisi mielenterveyskuntoutujaa, jotka ovat toimineet Miete ry:llä vertaistoimijoina.

Opinnäytetyömme esikartoituksena toimi Päijät-Hämeen mielenterveystyöntuki Miete ry:ssä järjestetty Avoin Miete -tapahtuma, jonka tarkoituksena oli myös tehdä tunnetuksi lahtelaisen kolmannen sektorin toimijaa mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen ja aineisto on koottu osittain kirjallisena kyselynä ja osittain suullisena haastatteluna. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi, että sairaalahoidosta kotiutuminen on mielenterveyskuntoutujille haastavaa ja tukea kaivattaisiin enemmän. Haasteena ovat erilaiset sosiaaliset ja taloudelliset haasteet. Kolmannen sektorin tuen löytyminen on ollut avainasemassa kuntoutumisessa ja merkittävin tuen lähde. Kotiutumista tulisi tukea paremmin ja parantaa julkisen ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä. Kokemusasiantuntijuutta tulisi hyödyntää nykyistä enemmän ja ottaa kokemusasiantuntijoita mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työryhmiin.

Johtopäätöksinä mielenterveyskuntoutusjärjestelmää tulisi kehittää ja muuttaa sitä kuntoutujalähtöisemmäksi. Mielenterveysongelmat vaikuttavat merkittävästi kuntoutujien arkeen ja elämänlaatuun eikä tuki ole tähän mennessä ollut riittävää. Mielenterveyskuntoutajat tarvitsevat konkreettista jatkohoitoon ohjaamista sairaalahoidon jälkeen, sillä moni on liian väsynyt selviytyäkseen yksin. Ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden osaamista tulisi yhdistää. Opinnäytetyömme tuloksista voi olla hyötyä alan ammattilaisille ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmän kehittämiseksi. Jatkotutkimusaiheena tulevaisuudessa voisi olla psykiatrisilla osastoilla toimivien kotiutustiimien tutkiminen ja kehittäminen.

Asiasanat: mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyskuntoutuminen, kuntoutusjärjestelmän kehittäminen

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in Health Care

AHONEN, SAARA

PURSIAINEN, SAMAR:

Support of mental health rehabilitator's  
in the stage of returning home

Bachelor's Thesis in Nursing, 58 pages, 5 pages of appendices

Autumn 2012

## ABSTRACT

In this thesis, we study mental health rehabilitators' experiences in returning home from special health care, what challenges they had, and what kind of support they got at that time. Based on their experiences, this thesis discusses the subject of Finnish mental health rehabilitation and how the public sector and third sector can cooperate better. Five mental health rehabilitators, who have been functioning as mutual supporters at Miete ry association, participated in this theses.

As a pre-survey, we arranged open doors, called Open Miete at Miete ry, which is a psychiatric rehabilitation support association in Päijät-Häme region. The aim of this happening was to make Miete ry more known for mental health rehabilitators as a third sector association in Lahti region. This thesis is qualitative and its material is collected partially, using both textual and spoken interviews. Five rehabilitators were interviewed. The material was analyzed using inductive analysis.

The results in this thesis indicate that returning home from hospital is challenging for the rehabilitators, and more support is needed. The challenges are in social and financial areas. The third sector has been acting as a premier support, and it has also been crucial for rehabilitation. The period of returning home from a hospital should be more supported. Cooperation between the public and third sectors should be improved. Peer counselor activities should be utilized more intensively, and used more in working groups, in both healthcare and special health care.

As a summary, the mental health rehabilitation system should be improved and modified to have more weight on rehabilitator's side. Mental disorders have a major effect on quality of everyday life and so far the support has not been enough. After hospital treatment, mental health rehabilitators are too tired for surviving alone, that they are in need of concrete instructions in finding supportive care. The skills of professionals and peer counselor activities should be unified. The results of our research could be useful for professionals and in improving the mental health care system. As for future research and development of the field, we suggest a research of groups, which are responsible for after-treatment care in psychiatric units.

Key words: mental health rehabilitator, mental health rehabilitation, development of rehabilitation system

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYSONGELMAT	3
2.1	Mielenterveysongelmat Suomessa	3
2.2	Mielenterveysongelmat ja yhteiskunta	4
3	MIELENTERVEYSKUNTOUTUS	5
3.1	Mielenterveyskuntoutuja	5
3.2	Mielenterveyskuntoutus ja psykiatrinen hoito	5
3.3	Mielenterveyskuntoutus vai mielenterveyskuntoutuminen?	7
3.4	Mielenterveyskuntoutumisen päämäärä ja sen saavuttaminen	8
4	MIELENTERVEYSKUNTOUTUSJÄRJESTELMÄ	10
4.1	Mielenterveyskuntoutuksen lainsäädäntö Suomessa	10
4.2	Mielenterveyskuntoutusjärjestelmä Suomessa	11
4.3	Mielenterveyskuntoutusjärjestelmä muissa Pohjoismaissa	13
4.4	Kolmas sektori palvelujärjestelmän rinnalla	14
4.5	Mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittäminen ja sen pohdintaa	16
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
6	TUTKIMUKSEN ESIKARTOITUSVAIHE	19
6.1	Avoimet ovet - tapahtuma tutkimuksen esikartoitusvaiheena	19
6.2	Yhteistyökumppanimme Miete ry	20
6.3	Avoin Miete- tapahtuma	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
7.1	Kohderyhmän kuvaus	24
7.2	Laadullisen tutkimusaineiston hankinta	25
7.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	27
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	33
8.1	Haasteet kotiutumisessa	33
8.2	Saatu tuki kotiutumisen yhteydessä	36
8.3	Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö	40
8.4	Kolmannen sektorin tuen löytyminen	41
8.5	Kotiutumisen parempi tukeminen	43

8.6	Miten julkisen ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää?	43
9	POHDINTA	46
9.1	Tulosten tarkastelua	46
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	49
9.3	Johtopäätökset	51
9.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaihe	52
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	59

## 1 JOHDANTO

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan mielenterveyden häiriöt vaikuttavat työkykyyn muita sairauksia voimakkaammin ja mielenterveyden häiriöiden on todettu nousseen merkittävimmäksi työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairausryhmäksi. Jopa kolmasosan ennenaikaisista eläkkeelle siirtymisistä on katsottu johtuvan mielenterveyshäiriöstä. Kun työkyky kyetään säilyttämään tai palauttamaan, eläkkeelle siirtyminen lykkäytyy. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 168- 171, Partanen 2009.) Mielenterveyden ongelmat tulevat kalliiksi yhteiskunnalle ja erityisesti nuorella iällä alkavien mielenterveydenhäiriöiden taloudellinen merkitys on valtava, jo pelkästään tuottavuuden laskusta johtuen. Euroopan unionissa mielenterveyden ongelmista aiheutuvien tuottavuuden menetysten on laskettu olevan n. 3-4 % bruttokansantuotteesta. Tämä lukema on enemmän, kuin kalleimpien sotilaskustannustaso länsimaissa. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 168- 171, Partanen 2009.) Nykyinen mielenterveyskuntoutusjärjestelmä on kuitenkin niin hajainen, että mielenterveyskuntoutajat ovat vaarassa pudota järjestelmän väliin, kun eri toimijat toimivat toisistaan tietämättä (Kostamo-Pääkkö 2001, 114). Mielenterveyslaki kuitenkin edellyttää, että mielenterveystyötä toteutetaan ja palveluja järjestetään yhteistyönä eri sektoreiden ja hallinnonalojen kesken. (Lehtinen & Taipale 2005.) Nykyinen järjestelmä ei tue mielenterveyskuntoutujia tarpeeksi kotiutumisen vaiheessa ja moni on tuen puutteen vuoksi vaarassa joutua sairaalakierteeseen.

Opinnäytetyössämme kuvataan haastatteluiden ja kyselyiden keinoin viiden suomalaisen mielenterveyskuntoutujan erikoissairaanhoidosta kotiutumisen haasteita ja minkälaista tukea he ovat siihen saaneet sekä selvitetään suomalaisen mielenterveyskuntoutusjärjestelmän toimivuutta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää ja kuvailla mielenterveyskuntoutujien arjessa selviytymistä ja miten heitä olisi voitu tukea paremmin kotiutumisen vaiheessa. Selvitämme myös, minkälaisena haastattelemamme henkilöt näkevät julkisen ja kolmannen sektorin välisen yhteistyön ja miten he ovat löytäneet kolmannen sektorin tuen piiriin. Kuntoutajat pohtivat myös, miten julkisen ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä voitaisiin paremmin toteuttaa mielenterveyskuntoutujien hyväksi. Toivomme opinnäytetyömme kehittävän suomalaista mielenterveyskuntoutusjärjestelmää kuntoutuja-lähtöisemmäksi ja parantavan julkisen ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä.

Toivomme opinnäytetyömme myös parantavan ammattilaisten suhtautumista kokemusasiantuntijoita kohtaan.

Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä Päijät-Hämeen Mielenterveystyön tuki Miete ry:n kanssa. Miete ry, kolmannen sektorin toimijana, on ollut jokaisen haastattelemamme mielenterveyskuntoutujan tärkein tukimuoto. Järjestimme kesällä 2011 Miete ry:llä Avoin Miete- tapahtuman, jonka alkuperäisenä tarkoituksena oli saada Miete ry:lle näkyvyyttä tuen antajana sekä selvittää käsillä tekemisen vaikutusta kuntoutumiseen. Eri vaiheiden kautta opinnäytetyömme kuitenkin muokkaantui tutkimuksellisempaan suuntaan ja käytimme avoimien ovien päivää osana esikartoitusvaihetta. Sen aikana saimme tutustua mielenterveyskuntoutujiin, paremmin viiteen eri kuntoutajaan, joita saimme myöhemmin myös haastatella tätä tutkimusta varten. Oma mielenkiintomme on mielenterveyskuntoutujien aseman parantamisessa ja mielenterveysongelmien saattamisessa näkyvälle paikalle, niin että mielenterveyskuntoutujia tuettaisiin nykyistä paremmin ja että koko mielenterveyskuntoutusjärjestelmää voitaisiin uudistaa. Koemme tärkeäksi asiaksi kokemusasiantuntijuuden arvon nostamisen osaksi mielenterveyskuntoutusta.

Johdannon jälkeen, toisessa luvussa luomme katsauksen mielenterveysongelmiin nykypäivän Suomessa ja siihen miten ne vaikuttavat laajemmin yhteiskunnallisella tasolla. Kolmannessa ja neljännessä luvussa käsittelemme mielenterveyskuntoutusta ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmää käsitteinä. Viidennessä luvussa kerromme tutkimuksemme tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimustehtävämme. Kuudes luku avaa tutkimuksen esikartoitusvaihetta Miete ry:llä. Seitsemännessä luvussa kerrotaan, kuinka tutkimus on toteutettu ja kahdeksannessa luvussa kerromme tutkimuksen tuloksista. Yhdeksännessä luvussa pohdimme tuloksia ja omaa toimintaamme, esittelemme johtopäätökset, ja mihin opinnäytetyötämme voisi hoitotyössä hyödyntää sekä mahdollisen jatkotutkimusaiheen.

## 2 MIELENTERVEYSONGELMAT

### 2.1 Mielenterveysongelmat Suomessa

Mielenterveysongelmat ovat maassamme yksi keskeisin sairausryhmä. Mielen sairaudet, psyykkinen oireilu, alkoholiriippuvuus, vakava masennus ja työuupumus heikentävät merkittävästi elämänlaatua, jopa enemmän kuin useat somaattiset sairaudet. Ne saattavat pahimmillaan johtaa pysyvään toimintakyvyn alentumiseen. Terveys 2000- tutkimus mittasi suomalaisten aikuisten terveydentilaa ja tuolloin tulosten mukaan viimeisen vuoden aikana masennuksen oli sairastanut 6,5 % väestöstämme. Tutkimuksen mukaan huono fyysinen terveys ja heikot suhteet ystäviin ja omaisiin ovat merkittäviä tekijöitä vakavalle masennukselle. (Suvisaari 2009, 17, Terveys 2000.) Muihin kehittyneisiin maihin verrattuna mielen-terveyshäiriöiden esiintyvyys Suomessa on samaa keskiluokkaa kuin muissakin maissa (THL 2010, 19.) Aikaisemmin työelämän vaatimukset olivat enemmän ruumiillisessa voimassa ja sitkeydessä, nykyään enemmän kiireessä, osaamisvaatimuksissa ja henkisessä paineessa (Aromaa & Koskinen 2010). Mielenterveysongelmat huonontavat merkittävästi elämänlaatua, jopa enemmän kuin useimmat somaattiset sairaudet (Suvisaari 2009, 16). Mielenterveysongelmien esiintyvyys on säilynyt kuitenkin samanlaisena kuin ennen ja ne ovat yhä kansanterveysongelman tasoa ja terveystaloudessa tärkeimpiä aiheita (Terveys 2000). Erilaiset masennustilat aiheuttavat merkittävästi työkyvyn alentumista (Ahola, Virtanen, Pirkola & Suvisaari 2010, 17). Mielenterveysongelmien takia myönnetään myös eniten työkyvyttömyyseläkkeitä (Koskinen, Martelin, Sainio & Gould 2010, 51). Mielenterveysongelmat liittyvät syrjäytymiseen ja sen uhkaan. Haasteina mielen-terveysongelmien kanssa kamppaileville ovat hänen ja ympäristön väliset asiat, kuten suhteet toisiin ihmisiin, työpaikkaan ja yhteiskuntaan liittyvät asiat. (Riikonen 2008, 158.)

Yleisimpiin mielen-terveyshäiriöihin Suomessa lukeutuvat erilaiset mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, psykoosit, ja syömishäiriöt (THL 2010, 17). Mielialahäiriöt luokitellaan oireiden laadun, vaikeusasteen ja keston mukaan. Mielialahäiriöitä ovat erilaiset masennustilat, pitkäaikainen masennus, toistuvat masennusjaksot, lyhyemmät masennusjaksot sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö.



(Huttunen 2011.) Ahdistuneisuushäiriöistä tavallisimpia ovat yleistynyt tuskaisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko ja paniikkihäiriö (THL 2010, 18). Päihdehäiriöt näkyvät alkoholin liikakulutuksena ja huumeiden käyttönä. Psykoosit ovat vakavimpia mielenterveyshäiriöistä, ja aiheuttavat usein pysyvää toimintakyvyn alentumista. Ne ovat harvoin lyhytkestoisia ja aiheuttavat usein toistuvia sairausjaksoja. Psykoosi puhkeaa yleisimmin nuorille ja varhaisaikuisille. Psykooseista yleisin on skitsofrenia. (THL 2010, 18.) Syömishäiriöt ovat erityisesti murrosikäisten tyttöjen ja nuorten naisten ongelma. Anoreksia ja bulimia ovat näistä yleisimmät. (THL 2010, 19.)

## 2.2 Mielenterveysongelmat ja yhteiskunta

Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmat vaikuttavat kaikkein eniten työkykyyn kaikista sairauksista. Kokonaisuudessaan maassamme työikäisten eläkkeille siirtymiset ovat vähentyneet ja työkyky on kasvanut. Positiivisesta kehityksestä huolimatta, sen sisällä kehitys on ollut kaksisuuntaista. Mielenterveysongelmista aiheutuva työkyvyttömyys on lisääntynyt ja somaattisten sairauksien osalta vähentynyt. Mielenterveysongelmat on nykyään suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Euroopan unionin sisällä mielenterveysongelmista aiheutuvat kustannukset bruttokansantuotteesta ovat noin 3-4 %. Luku on suurempi kuin länsimaiden kustannukset sotilasmenojen osalta. Luvut koskevat tuottavuudessa tapahtuvia menetyksiä. Tilastojen mukaan psykooseista johtuva työkyvyttömyys on kasvanut. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 170- 171.)

### 3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

#### 3.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutuja -käsite on hankala määritellä ilman mielenterveyspotilas -käsitettä, sillä se on jonkin verran subjektiivinen käsite, sen liittyessä henkilön itsensä identifioitumiseen sairauteensa nähden. Mielenterveyspotilaalla tarkoitetaan henkilöä joka on sairautensa vuoksi otettu tarkkailuun, tutkimukseen tai määrätty hoitoon. Kun sairastunut henkilö määrittelee itsensä mielenterveyskuntoutujaksi, voidaan ajatella hänen voimiensa lisääntyneen, oireiden lievittyneen ja kuntoutumista tapahtuneen sen verran, niin että hän ei halua enää identifioitua sairaaksi ja hoidettavaksi potilaaksi. Kuntoutujan rooli valmentaa häntä siirtymään mahdollisesti myös muihin elämän rooleihin. Kuntoutuminen ei tarkoita, etteikö sairautta tai oireita edelleen olisi, mutta usein oireet saadaan hallintaan toipumisen ja kuntoutumisen myötä. (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22a, Koskisuus & Yrttiaho 2005, 15.)

Lain mukaan kuntoutuja on ”henkilö, joka hakee, tarvitsee tai käyttää kuntoutuspalveluja ja jonka kuntoutus edellyttää sitä järjestävien viranomaisten, muiden yhteisöjen tai laitosten tässä laissa tarkoitettua yhteistyötä työ- tai toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi, tarpeellisen koulutuksen järjestämiseksi, työllistymisen tukemiseksi tai kuntoutusajan toimeentuloturvan järjestämiseksi” (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003, 1 luku, 3§).

Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, joka on sairastanut psykiatrisesti todettua sairautta ja saanut sairauteensa psykiatrinen hoitoa, mutta tänä päivänä määrittelee itsensä ennemmin mielenterveyskuntoutujaksi, kuin mielenterveyspotilaaksi.

#### 3.2 Mielenterveyskuntoutus ja psykiatrinen hoito

Erään määritelmän mukaan mielenterveyskuntoutuksella pyritään henkilön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä parantamiseen. Lähtökohtana on yksilön edun

lisäksi yhteiskunnalliset hyödyt. Kuntoutus voidaankin määritellä tällä tavoin suppeasti tarkoittamaan jonkun tietyn tarkkaan rajatun sairauden tai vamman tuottamien ongelmien ratkaisemista, toimintakyvyn parantamista tai haittojen minimoimista. Psykiatrisessa kuntoutuksessa mielenterveyskuntoutusta lähestytään usein tästä diagnoosikeskeisestä näkökulmasta. Tätä rajatumpaa määrittelytapaa perustellaan mm. sillä, että erilaiset mielenterveyden ongelmat vaativat erilaista kuntoutusta, ja muuttamalla käsitettä laajemmaksi, sen kosketus kliiniseen todellisuuteen katoa. Hoidolla taas tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoite on poistaa tai hallita oireita tai vähentää oireiden aikaansaamia reaktioita, kuten pelkoa ja ahdistusta. Psykiatrisessa hoidossa on nimensä mukaisesti kysymys hoidosta ja toipumisesta, kun taas kuntoutuksen käsitteen ajatellaan olevan lähempänä koulutuksen ja oppimisen käsitteitä. Psykoterapia sijoittuu tässä rajankäynnissä enemmän hoidon kuin kuntoutuksen puolelle. (Koskisuus 2004, 38-39; Pylkkänen & Moilanen 2008, 167-168.)

Laajemmin ajateltuna kuntoutus voidaan nähdä toimintana, joka vaikuttaa yksilöön ja tämän ympäristöön lisäten sairauden tai siitä johtuvien oireiden heikentämää hallinnantunnetta. Tällöin kuntoutujan voimavaroja pyritään tukemaan sen sijaan että keskitytään "vajavuuden" poistamiseen. Laajemman määritelmän mukaan kuntoutujan näkökulmasta kuntoutuksen tehtävä on tukea häntä elämän eri rooleissa suoriutumisessa. (Koskisuus 2004, 11- 12.) Jotkut tahot eivät näe kuntoutuksen ja psykiatrisen hoidon välistä tiukkaa rajanvetoa tärkeäksi eikä mielekkääksi, sillä joka tapauksessa ne ovat käsitteinä päällekkäisiä: hoidon tavoitteet voivat olla kuntoutuksellisia. Se seikka näiden käsitteiden välillä kuitenkin tulee huomioda, että hoidossa havaittu kuntoutuminen, kuten oireiden lieventyminen, ei välttämättä tarkoita vastaavaa muutosta työ- ja toimintakyvyssä. Ja toisaalta, kuntoutuminen ei edellytä täydellistä oireiden poistumista. (Koskisuus 2003, 15 ;Koskisuus 2004, 38-39; Pylkkänen & Moilanen 2008, 168.)

Rajanveto ja käsitteiden määrittelyn merkitys lienee kuitenkin tärkeää, jotta kuntoutuja saisi tarvitsemaansa kokonaisvaltaista apua vaativassa elämäntilanteessa: sekä hoitoa, jonka tehtävä on luoda edellytyksiä kuntoutukselle, että tukea kuntoutumiselleen ja arjessa selviytymiselleen. Mielenterveystyön kokonaisuuden tulisi-kin sisältää sekä mielenterveyden edistämistä, mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta, niin että ihmisen elämäntilanne huomioitaisiin koko-

naisuutena ja hyvinvointia tuettaisiin kaikilla elämänaalueilla. (Koskisuus 2004, 39; Koskisuus 2006, 130- 131; Lehtinen & Taipale 2005.)

### 3.3 Mielenterveyskuntoutus vai mielenterveyskuntoutuminen?

Mielenterveyskuntoutuksen ja mielenterveyskuntoutumisen käsitteellisen eron on kuvattu olevan siinä, että kuntoutus on kuntouttajien tekemää työtä mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisen hyväksi, kun taas kuntoutuminen on kuntoutujan itsensä arkista toimintaa, joka koskettaa hänen omaa elämäänsä. Kuntoutumista voi tapahtua monin tavoin, eikä se välttämättä vaadi koulutetun ammattilaisen väliintuloa. Kuntoutumista kuvataan myös syvälliseksi henkilökohtaiseksi muutosprosessiksi, jossa kuntoutujan toimintatavat eri rooleissa ja tilanteissa muuttuvat sen myötä, kuin hänen ajatuksensa, tunteensa ja asenteensa muuttuvat. (Lähteenlahti 2008, 193; Koskisuus 2004, 23-24, 30.)

Kuntoutuksen ja kuntoutuspalvelujen rooli on olla ohjaamassa ja edistämässä yksilön henkilökohtaista muutosprosessia, mutta ne eivät voi sanella sen sisältöä, luonnetta, tai vauhtia. Se, mitä kuntouttamalla voidaan tehdä, on kuntoutumisvalmiuden kehittäminen, asiakkaan tukeminen omien tavoitteidensa saavuttamisessa ja yksilöllisen kuntoutumisen prosessin etenemisen tukeminen ja joustaminen sen mukaan. Kuntoutusvalmius -käsite sisältää seuraavat ajatukset: tarve muutokseen, sitoutuminen muutokseen, tietoisuus itsestä, tietoisuus ympäristöstä ja kyky yhteistyösuhteeseen/kumppanuuteen. Terveystieteiden väliintulot, interventiot ovatkin tehokkaimmillaan silloin, kun ne mahdollistavat kuntoutujan itsensä mukaan pääsyn siihen päätöksentekoon, joka koskettaa hänen hoitoaan, objektista subjektiksi. (Koskisuus 2004, 24; Koskisuus 2006, 14; Nordling 2011).

Mielenterveyskuntoutuksen moninaisessa kentässä onkin havaittavissa uusia tuulia. Mielenterveyden Keskusliitto suosittelee laajempaan käyttöön otettavaksi Trio-kuntoutusmallia, jossa yhdistyy kolmen asiantuntijan tieto ja kokemukset. Nämä kolme asiantuntijaa ovat kuntoutuja itse, kuntoutumiskokemuksen omaava kuntoutunut henkilö ja alan ammattilainen. Kuntoutujan kannalta tavoite on elämän-

laadun koheneminen, kuntoutusvalmiuden kehittyminen ja kuntoutumisen prosessin eteneminen niitä tavoitteita kohti, mitä kuntoutuja on itse asettanut. (Koskisuus 2006, 9.)

### 3.4 Mielenterveyskuntoutumisen päämäärä ja sen saavuttaminen

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteeksi määritellään usein henkilön työ- ja toimintakyvyn palauttaminen, mikä on yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti ymmärrettävä tavoite. Toinen koulukunta edustaa "pehmeämpää" ajattelutapaa: kuntoutujan ilon ja tyytyväisyyden hetket. Jälkimmäinen näkemys antaa tilaa realiteetille, sillä onko jokaisen pitkäaikaispotilaan kuntouttaminen työkykyiseksi veronmaksajaksi edes mahdollista? Myös aktiivinen rooli oman elämänsä suhteen, väivännäkeminen itselle tärkeiden asioiden vuoksi ja omasta mielestä mahdollisimman hyvä elämä ovat tavoitteita, joita mielenterveyskuntoutumiselle on asetettu. (Koskisuus 2003, 116-117; Seppi 2010, 29.)

Jotta kuntoutuminen olisi mahdollista, kuntoutuja tarvitsee tietoa sairaudestaan, sen ennusteesta, hoitomenetelmistä ja kuntoutusmahdollisuuksista ja vaihtoehdoista. Myös laki potilaan oikeuksista turvaa nämä kuntoutujalle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 3 §). Kaikista tärkeintä on kuitenkin se toiveikas tieto, että kuntoutuminen ja toipuminen on mahdollista. Toivo on välttämätöntä, jotta kuntoutumista voisi tapahtua, mutta pelkästään toivo paremmasta ei tuo muutosta, vaan tarvitaan lisäksi konkreettisia keinoja. Tiedon realismi, asiallisuus ja toiveikkuus auttavat oman tilanteen ymmärtämisessä ja kokonaisuuden jäsentämisessä. (Koskisuus 2003, 129; Koskisuus 2004, 53.)

Vuorovaikutuksen toisten ihmisten kanssa katsotaan olevan hyvä ja tärkeä ympäristö kuntoutumiselle. Ilman sitä kuntoutuminen on hankalaa. Oman arvon tunteen kehitystä ja toivoa tukevan vuorovaikutuksen ymmärretään koostuvan omien kokemusten jakamisesta, ymmärretyksi tulemisesta ja kunnioituksesta. Toisten ihmisten rooli on tarjota uusia näkökulmia ja ajatuksia, luoda normaaliuden tunnetta ja olemassaolollaan täyttää tyhjyyden ja tarkoituksettomuuden tunnetta. Tätä vuo-

rovaikutuksen kokonaisuutta voitaisiin kutsua myös osalliseksi tulemiseksi, joka on myös vertaistuen ydin. (Koskisu 2006, 112; Jantunen 2008, 75.)

Juuri näiden seikkojen takia vertaistukea pidetään tärkeänä tukimuotona mielenterveyskuntoutujalle. Vertaistuen kuvataan olevan voimaannuttavaa, koska omat kokemukset saavat tilaa, ja sen kuvataan antavan luottamusta omiin mahdollisuuksiin ja kokemuksen kanssaeläjänä olemisesta. Vertaistuen merkitystä korostetaan erityisesti kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa, jotta kuntoutumiselle tärkeä toivo löytyisi sen kautta, että näkee toistenkin kuntoutuneen tai olevan kuntoutumassa. (Koskisu 2004, 73- 74; Jantunen 2008, 74.)

Vertaistuen merkitykseen on havahduttu laajemminkin ja vertaistoimijoita sekä kokemusasiantuntijoita halutaan ottaa mukaan mielenterveys- ja päihdetyöhön enemmän. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ehdottaa, että heitä otetaan mukaan niin suunnitteluun, toteuttamiseen kuin arviointiinkin, jotta palvelujärjestelmää voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmäksi heidän asiantuntemuksensa kautta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

## 4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUSJÄRJESTELMÄ

### 4.1 Mielenterveyskuntoutuksen lainsäädäntö Suomessa

Mielenterveystyö on laaja-alaista mielenterveyden edistämistä, mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta (Lehtinen & Taipale 2005; Holopainen & Välimäki 2000, 13). Sillä tarkoitetaan psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä, yksilöllisen kasvun edesauttamista, mielenterveyden häiriöiden ja mielisairauksien ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista (THL 2010, 31). Lainsäädännöllinen perusta mielenterveystyölle on mielenterveyslaissa (1116/1990) joka on annettu vuonna 1990 sekä erikoissairaanhoidolaissa (1328/2010, 30 §) vuodelta 1991. Mielenterveyslaki edellyttää, että mielenterveystyötä toteutetaan ja palveluja järjestetään yhteistyönä eri sektoreiden ja hallinnonalojen kesken. (Lehtinen & Taipale 2005.) Erikoissairaanhoidolaki edellyttää välitöntä hoitoa niille, jotka ovat kiireellisen hoidon tarpeessa (THL 2010, 33). Mielenterveyslain 5. pykälässä todetaan, että perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöllä ja työnjaolla on merkitystä siinä, ovatko mielenterveyspalvelut keskenään toimiva kokonaisuus (Mielenterveyslaki 1116/1990, 5 §).

Mielenterveystyötä toteuttavat terveydenhuolto, sosiaalipalvelut ja muut hallinnonalat, kansalaisjärjestöt sekä kansalaiset. Kunnat ovat vastuussa mielenterveyspalvelujen järjestämisestä, ja hoito- ja kuntoutuspalvelut tulee järjestää niin, että ne ovat laajuudeltaan ja sisällöltään kunkin alueen tarpeen mukaisia, olemassa olevien resurssien puitteissa. Myös monet erilaiset tahot järjestävät kuntoutusta mielenterveysongelmien kanssa kamppaileville. Moninaisten palveluiden ongelmana on kuitenkin se, että yhteistoiminta eri tahojen ja muun kuntoutusjärjestelmän välillä on puutteellista. Kuntoutus on jokaisen oikeus ja sitä tulee voida järjestää useiden eri asetusten ja lakien pohjalta. (Koskisuus 2006, 132.) Hoitotyötä toteutetaan moniammatillisesti tiimeissä, joihin kuuluvat lähihoitajat, mielisairaanhoitajat, sairaanhoitajat, psykiatrit, psykologit, sekä sairaalateologit ja sosiaalityöntekijät. (Hellmann 2011, 29- 30).

## 4.2 Mielenterveyskuntoutusjärjestelmä Suomessa

Psykiatrinen kuntoutusjärjestelmä koostuu peruspalveluista, joista vastaa perusterveydenhuolto, psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, jota tarjoaa sairaanhoitopiirit sekä muusta palvelujärjestelmästä. (Hellmann 2011, 29- 30.) Peruspalveluihin kuuluvat varhainen tunnistaminen ja erikoissairaanhoidon ohjaaminen, pitkäaikaissurannan toteuttaminen ja toimintakykyä ylläpitävien rakenteiden tarjoaminen. Erikoissairaanhoidon kuuluvat tutkimus ja arviointijaksot, diagnosointi, akuuttihoitojen tarjoaminen, kuntoutus, joka edellyttää hoitohenkilökunnalta erikoisosaamista, tukipalveluiden tarjoamista peruspalveluille sekä kokonaispalvelujärjestelmän koordinoitua yhteistyössä peruskuntien kanssa. Muihin palvelujärjestelmiin kuuluvat sairaalahoidon ulkopuolella erilaiset selviytymistä tukevat yksityiset tai kolmannen sektorin palveluiden tarjoajat, kuten asumispalvelut, päivä- ja työtoiminnan järjestäminen, yhteiskunnallinen vaikuttaminen (Mielenterveyden keskusliitto) ja omaisten tukeminen (Omaiset mielenterveystyön tukena). (Lähteenlahti 2008, 198.)

Mielenterveyden keskusliiton mukaan Suomen nykyinen kuntoutusjärjestelmä on hajanainen, ja että päävastuu sen toimivuudesta ja kokonaisuudesta tulisi olla vain yhdellä toimivastuullisella, kuten esimerkiksi Kelalla. Hajanaisen kuntoutusjärjestelmän takia monet mielenterveysasiakkaat eivät saa tarvitsemaansa kuntoutusta, vaikka se lain mukaan heille kuuluisi. (Mielenterveyden Keskusliitto 2011.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan palvelujärjestelmä on liian kirjava. Erot palveluiden laadussa, saatavuudessa ja järjestämistavoissa ovat liian suuria (Partanen, ym. 2009; THL 2010, 3). Kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuuden parantamiseen tarvittaisiin eri sektoreiden yhteistyötä. Se on myös liian viranomaiskeskeinen (Hellmann 2011, 33), jolloin kuntoutujalla on vaarana jäädä järjestelmän varjoon, vaikka kuntoutuminen koskee nimenomaan kuntoutujaa itseään. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) painottaa, että jokaisen kunnan on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut muodostuvat toimivaksi kokonaisuudeksi (THL 2010, 32). Mielenterveyskuntoutuksen tasosta kertoo paljon myös se, että esimerkiksi leikkauspotilaille tehdään kotiinlähden yhteydessä tarkka suunnitelma ja selvitys jatkosta (Vuorinen 2009, 12- 14). Ihmettelemme, kuinka mielenterveyskuntoutujille ei tehdä vähintäänkin samanlaista, vaikka tarve tuelle ja ohjeistukselle saattaa



useimmiten olla suurempi. Moni mielenterveyskuntoutuja on väsynyt ja voimaton, ehkä sairaalahoidon pituuden takia yhteiskunnasta ulkopuolelle jääneitä, eivätkä he useinkaan jaksa vaatia itselleen palvelua, ottaa selvää ja vaatimaan asioita, jotka kuntoutujalle kuuluisivat. (Hellmann 2011, 33).

Kuntoutusjärjestelmän toimimattomuudesta kertoo myös Lapin yliopistossa tehty tutkimus, joka kertoo karua kieltä useimpien mielenterveyskuntoutujien elämästä sairaalahoidon jälkeen. Ei löydy töitä, ympäristö suhtautuu syrjivästi ja muut olosuhteet heittävätkin kuntoutujan takaisin sairaalahoitoon. Nykyistä avohoitoa ei tulisi vain muuttaa, vaan yhteiskunnan ongelmiin tulisi puuttua. Nykyinen kuntoutusjärjestelmä ajaa kuntoutujat takaisin sairaalaan, koska sitä ei ole tehty kunnioittaen yksilöllisyyttä. (Kostamo-Pääkkö 2001, 110.) Mielenterveyskuntoutusjärjestelmän muodostamat ehdot ja raamit kuntoutumiselle aiheuttavat vaihtoehtottomuutta ja sitä kautta kuntoutujan mahdollisuus osallistua oman elämän rakentamiseen on rajallista. Tukea ei myöskään ole saatavilla riittävästi tarpeeseen nähden, koska mielenterveyskuntoutusjärjestelmä ei ole pystynyt tarjoamaan tarvittavia palveluita. Moni kuntoutuja on yksin ilman minkäänlaista tukea. (Kostamo-Pääkkö 2001, 111.)

Mielenterveyden kuntoutusjärjestelmä tarvitsisi muutosta toimiakseen paremmin ja kohdatessaan yksilöiden tarpeita. Mielenterveyspalveluita ei tulisi vain kehittää, vaan ongelmiin tulisi saada apua jo ennen mielenterveysongelmien syntyä. Tähän tarvittaisiin avuksi varhaista havainnointia ja oikea-aikaista puuttumista sekä maamme johtavien tahojen heräämistä siihen, että mielenterveysongelmat ja niiden hoito tarvitsevat aitoa huomiota ja taloudellisia resursseja. (Partanen, ym. 2009.) Mielenterveyskuntoutuksen osalta eri tahojen osaaminen pitäisi yhdistää. Monesti palvelujärjestelmässä toimivat tahot toimivat toisistaan tietämättä yrittäessään auttaa kuntoutujia, eikä yhteistyötä potilaan eduksi pääse syntymään (Hellmann 2011, 34). Mielenterveystoimistot tai edes perusterveydenhuolto eivät aina tiedä, minkä tahon potilaasta on kyse ja missä hoitoa on annettu (Kostamo-Pääkkö 2001, 114). Vaarana on, että kuntoutujat seilaavat eri toimijoiden välillä kiinnittymättä minkään tahon palveluun. Myös moni ammatillista tiimiä tarvittaisiin palvelujärjestelmän sisälle, ammattilaisten ja maallikoiden välille, jotta rajoja yhteistyöltä ja yhtenäisemmältä palvelujärjestelmältä saataisiin kaadettua. Jatkohoidon järjestäminenkin on usein katkonaista (Kostamo-Pääkkö 2001, 114). Kun-

toutusjärjestelmän yhtenäistyminen tarvitsisi Hellmannin mukaan dialogia eri toimijoiden välillä sekä yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja asiakkaan sosiaalisten verkostojen kesken, sekä asiakkaan kanssa. Dialogia tarvittaisiin erityisesti kuntoutusjärjestelmän ja asiakkaan sekä asiakkaan sosiaalisten verkostojen välillä. (Hellmann 2011, 34.)

Järjestelmää tulisi sekä vahvistaa että muuttaa täysin uudelleenlaiseksi. Jokainen mielenterveysasiakas on persoona ja palveluiden tulisi kattaa kaikkien tarpeet. Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009- hankkeen mukaan kunnollinen palvelujärjestelmä muodostuu hyvistä kohtaamisista. Koko kuntoutusjärjestelmä on tällä hetkellä niin monimutkainen, että heikommassa asemassa olevat jäävät helposti sen jalkoihin. Esimerkiksi potilaat, jotka sairastavat skitsofreniaa, saattavat jättää hoidon kesken tai hoito ei ole muuten vain tarpeeksi kattavaa (THL 2010, 19). Näitä vaikeuksia tulisi poistaa, huomioida asiakkaan kokemus ja kohdata asiakkaat aidosti. (THL 2010, 3.) Mieli 2009- työryhmä on valmistellut keväällä 2009 kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman. Suunnitelmassa esitetään yhteensä 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Kehittämisohjelman tulisi olla valmiina vuoteen 2015 mennessä. Ohjelmassa painotetaan, että mielenterveysasiakkaan asemaa vahvistetaan, mielenterveyttä edistetään, ennaltaehkäisyä tehostetaan, palvelujärjestelmää kehitetään perus- ja avopalvelupainotteisemmaksi sekä huomioidaan tehokkaammin mielenterveysongelmia. (THL 2010, 5.)

#### 4.3 Mielenterveyskuntoutusjärjestelmä muissa Pohjoismaissa

Toisissa Pohjoismaissa mielenterveyskuntoutuksen palvelujärjestelmälle on erikseen merkittynä rahallinen tarve valtion meno- ja tuloarvioon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi, että maamme hallinnolle mielenterveystyö ei ole yhtä arvokasta. Tästä kertonee mahdollisesti sekin, että esimerkiksi psykiatriselle laitoshoidolle löytyy resursseja, mikä tarkoittaa sitä, että mielenterveystyön kehitys jää vajavaiseksi, eikä kehitystä pääse tapahtumaan kuin ammattikunnissa eri mielenterveystyön asiantuntijoiden kesken. Näin myös muut palvelujärjestelmään kiinnittyneet tahot jäävät kehittämisen ulkopuolelle. Maamme poliittisen johdon kiinnostuminen asiasta voisi vauhdittaa siis työn kehittymistä merkittävästi (THL 2010, 39.) Mielenterveyskuntoutujien asemasta Ruotsissa kertoo paljon se, että

mikäli hoidettavan kotikunta ei järjestä kuntoutujalle sairaalahoidon jälkeen tarvittavia palveluita asuntoineen sairaalahoidon loputtua ja kuntoutuja joutuisi jäämään sen takia sairaalaan, on kyseinen kunta velvollinen maksamaan kuntoutujan sairaalamaksut. Ruotsissa ja Norjassa on olemassa myös tukihenkilöjärjestelmä. Sen palveluun kuuluu järjestää kuntoutujalle oma ohjaaja, joka auttaa kuntoutujaa löytämään sairaalahoidon jälkeen tukipaikan. (THL 2010, 41.) Yleisesti mielenterveyspalveluita on saatavilla kaikkialla Pohjoismaissa paremmin kuin ennen. Tämä johtuu avohoidon puolella tapahtuneesta kehityksestä. Suomi on näistä maista ainoa, jossa tavallisella psykiatrisella sairaalalla on yhä edelleen suurempi rooli. Kaikissa Pohjoismaissa on kuitenkin yhteisesti se tilanne, että kuntien mielenterveystyötä tulisi kehittää ja kuntien tulisi panostaa erityisesti ehkäiseviin toimiin, kuntouttaviin palveluihin, asumispalveluihin, työtoimintaan sekä mielenterveyskuntoutujien osallisuuden vahvistamiseen. (THL 2010, 43.)

#### 4.4 Kolmas sektori palvelujärjestelmän rinnalla

Kolmas sektori käsitteenä on alun perin lähtöisin Yhdysvalloista. Nimitys löytyi, kun haluttiin löytää vaihtoehtoisia tahoja julkisen tahon rinnalle. Amerikassa kolmas sektori syntyi siksi, että julkisen terveydenhuollon nähtiin epäonnistuneen taloudellisessa mittakaavassa ja asiakkaiden hoidossa. Suomessa kolmas sektori on otettu vastaan kuitenkin julkisen sektorin rinnalle, tuen lisäämiseksi, ei sitä vastaan. Kolmannen sektorin toiminta perustuu mm. siihen ajatukseen, että moraalilla velvoittaa huolehtimaan niistä, jotka eivät itse siihen kykene. (Laamanen, Ala-Kauhaluoma & Nouko-Juvonen 2002, 22.) Kolmas sektori toimii julkisen sektorin, kotitalouksien ja markkinoiden väliin jäävällä alueella, ja joka perustuu vapaaehtoisuuteen (Laamanen ym. 2002, 23).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan hoitopalveluiden rinnalle tarvitaan sellaisia toimintamuotoja, jotka perustuvat arjessa tarvittavaan tukeen. Tärkeiksi tukipalveluiksi mainitaan mm. AA-kerhot sekä kristillisiin periaatteisiin nojautuvat tukipalvelut, jotka tarjoavat tukea pitkällä tähtäimellä. (THL 2010, 29.) Kolmas sektori, johon kuuluvat esimerkiksi erilaiset potilasyhdistykset ja tukipalvelut, ovat nousseet palvelujärjestelmässä tärkeäksi tukimuodoksi. Esimerkiksi mielenterveysyhdistykset tarjoavat kuntoutujille mahdollisuutta solmia uusia ih-

missuhteita, harrastusmahdollisuuksia, vertaistukea ja mahdollisuutta osallistua erilaisiin tehtäviin ja rooleihin yhdistyksen parissa. (Koskisuus 2004, 52.) Kolmannen sektorin tarjoama tuki on monelle mielenterveyskuntoutujalle henkireikä ja toimiva tukimuoto arjen haasteisiin ja tarjoaa myös mielekästä sisältöä elämään. Kokemusasiantuntijuuden arvo, hyöty ja tarve nousevat esille useissa eri yhteyksissä. Ministeriöneuvoston nimittämä työryhmä mainitsee mm. kokemusasiantuntijuuden arvon kehitettäessä yhteistyötä Pohjoismaiden välillä (THL 2010, 42). Kokemusasiantuntijoita, vertaistoimijoita ja omaisia (omaisia sivu 55) halutaan mukaan suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan mielenterveyskuntoutusjärjestelmää (THL 2010, 55, 61). Samalla tuettaisiin myös mielenterveyskuntoutujien asemaa. (THL 2010, 58). Kokemusasiantuntijoita haluttaisiin mukaan myös vertaistukiryhmiin ja kuntoutukseen. Ottamalla mielenterveyskuntoutajat, eli kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat mukaan mielenterveystyöhön, sairastumiseen liittyvä tunne leimautumisesta vähenisi (THL 2010, 66) ja uudet mielenterveyskuntoutajat saisivat enemmän apua sairauden kanssa selviytymiseen.

Kokemusasiantuntijuuden ja vertaistoimijoiden arvo on huomattu mielenterveystyössä. Kokemustiedon käyttö parantaisi mielenterveyskuntoutujien asemaa ja mahdollisuuksia selvittää arjessa. Kokemustietoa tulisi kuitenkin tutkia (THL 2010, 55), jotta siitä saataisiin käyttöön yleistettävää ja muiden hyödynnettävissä olevaa tietoa. Haasteena on myös se, miten tietoa kerättäisiin. (THL 2010, 52.) Mielenterveyden keskusliitto sanoo, että kokemusasiantuntijuuden näkyville tuominen on Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009) kolmanneksi tärkein aihe (THL 2010, 59). Järjestöt itse ovat olleet aktiivisia tekemään kehitystyötä kokemusasiantuntijuuden ja vertaistoiminnan käytettävyyden parantamiseksi (THL 2010, 79). Usein ongelmana vain on, että tiedon kulussa on ongelmia, eivätkä potilaat välttämättä saa tietoa kolmannen sektorin olemassa olosta (Vuorinen 2009, 12- 14.) Kolmannen sektorin tarjoamien palvelujen tulisi saada kehittyä ammatillisten tahojen rinnalla (THL 2010, 29), koska ne saattavat olla useille ainoa tuki sairaalahoidon jälkeisessä arjessa selviytymisessä.

#### 4.5 Mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittäminen ja sen pohdintaa

Vaikka mielenterveysongelmien ehkäisy tulisi olla tärkeysjärjestyksessä ensimmäisenä, ja huolimatta siitä, että mielenterveyslaissa ennaltaehkäisy on korostettuna, niin tällä hetkellä huomiota kiinnitetään enemmän mielenterveysongelmien hoitoon. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että ennaltaehkäisyä ei tarjota tarpeeksi ja näin ne, keitä olisi voitu mahdollisesti auttaa, ehtivät jo alkaa oireilla ja sairastuvat vakavammin. (THL 2010, 25.) Mielenterveyttä voitaisiin edistää mm. vahvistamalla yksilön voimavaroja, parantamalla selviytymisen taitoja arjessa ja elämän haasteissa, tukemalla yksilöitä yhteisön pariin ja pysymään niissä. Mielenterveyden edistämisen tulisi näkyä hyvinvointistrategioiden, hyvinvointi- ja terveyspoliittisten ohjelmien, lainsäädännön ja ihmisoikeuksien kautta. (THL 2010, 25.) Mielenterveysongelmien siirtymisen ehkäisy sukupolvelta toiselle on tärkeimpiä ennaltaehkäisevän työn tavoitteita (THL 2010, 6).

Palvelujärjestelmän haasteeksi on muodostunut se, että usein mielenterveyden häiriöt jäävät huomaamatta ja sitä kautta myös hoitamatta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan yhä kasvaviin mielenterveysongelmiin on ratkaisuna pitkäjänteinen mielenterveystyön kehittäminen sekä mielenterveyden edistäminen. Tärkeätä olisi myös kehittää avo- ja peruspalveluita sekä vahvistaa mielenterveysasiakkaan asemaa. (THL 2010, 5.) Kuntoutusjärjestelmää voitaisiin erityisesti kehittää lisäämällä avohoidon kanssa tehtävää yhteistyötä ja ottamalla huomioon myös välimuotoisten palveluiden tarjoama apu (THL 2010, 43). Mielenterveystyön kehittämisen ei pitäisi jäädä vain julkisen sektorin muokkaamiseksi, vaan myös kolmatta sektoria tulisi kehittää samalla viivalla. Edellytys kuntoutusjärjestelmän kehittämiselle on yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa (THL 2010, 6). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan mielenterveyspalvelut tulisi järjestää ensisijaisesti avopalveluina edistämällä itsenäistä hoitoon hakeutumista (THL 2010, 32). Tärkeimmät keinot kuntoutujan aseman vahvistamiseksi ja mielenterveystyön kehittämiseksi ovat lähetteetön palvelujärjestelmä, yhden oven järjestelmä, yhdenvertainen kohtelu, vertaistoiminnan kehittäminen, toimeentuloturvan parantaminen (THL 2010, 49), kokemusasiantuntijoiden käyttäminen sekä avo- ja peruspalveluiden kehittäminen (THL 2010, 51). Lisäksi mainittavia keinoja olisi laitoshoidon vähentäminen ja avohoidon lisääminen, mielenterveyskuntoutujien osallisuuden lisääntyminen sekä perusterveyden-

huollon mielenterveysosaamisen kehittäminen (THL 2010, 39). Järjestelmän ongelmana ovat puutteellinen yhteistyö kansalaisten kanssa, henkilökunnan asenteet ja huono palveluiden organisointi (Pesonen 2006, 12.) Pohdimme opinnäytettä tehdessämme, sitä, että vaikka meillä on lähteistä peräisin olevaa tietoa yli 10 vuoden ajalta siitä, ja nämä ongelmat palvelujärjestelmässä on havaittu jo silloin, miksi edistystä ei ole juurikaan tapahtunut? Mielenkiintoista on, että kun viimeisen parin vuoden aikana kokemusasiantuntijuuden hyöty ja tärkeys on nostettu esille, tapahtuuko konkreettisia muutoksia.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata viiden suomalaisen mielenterveyskuntoutujan erikoissairaanhoidosta kotiutumisen haasteita ja heidän kotiutumiseen saamaansa tukea sekä selvittää laajemmin suomalaisen mielenterveyskuntoutusjärjestelmän toimivuutta. Tutkimuksen tiedollinen merkitys hoitotyölle on mielenterveyskuntoutumisen osa-alueella kokemusasiantuntijan ja järjestelmän käyttäjän näkökulmassa. Tavoitteena on löytää keinoja ja välineitä, joilla tukea mielenterveyskuntoutujien sairaalahoitojakson jälkeistä itsenäisyyttä ja pärjäämistä kotona sairaalahoidon jälkeen, ja näin kehittää suomalaista mielenterveyskuntoutusjärjestelmää.

Tutkimustehtävät tässä opinnäytetyössä ovat:

1. Selvittää ja kuvailla, minkälaisia arjessa selviytymisen haasteita haastattelemlillamme mielenterveyskuntoutujilla on ollut sairaalahoitojaksolta kotiin palatessaan ja miten heitä on tuettu kotiin palaamisessa ja arkeen kiinnittymisessä?
2. Selvittää, minkälaisena haastattelemamme mielenterveyskuntoutajat näkevät julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välisen yhteistyön?
3. Selvittää, millä tavoin mielenterveyskuntoutujien arjessa selviytymistä ja kuntoutumista voitaisiin tukea paremmin kotiutumisen yhteydessä, haastattelemiemme mielenterveyskuntoutujien kokemusten pohjalta ja miten yhteistyötä julkisen ja kolmannen sektorin välillä voitaisiin kehittää?

## 6 TUTKIMUKSEN ESIKARTOITUSVAIHE

Koska tutkimuksemme on hakenut muotoaan pitkän ajan kuluessa, haluamme raottaa lukijoille ovea aikaan, jolloin vielä pohdimme, mistä aiheesta tekisimme tutkimuksen, eli aikaan ennen yhteistyötä Miete Ry:n kanssa. Tuolloin kiinnostuksemme oli mielenterveyspotilaiden aseman parantamisessa ja mielenterveysongelmien saattamisessa parempaan valokeilaan. Kun Miete Ry tuli mukaan toimeksiantajana, sama ajatus mielenterveysongelmien kanssa kamppailevien hyvinvoinnista oli edelleen tärkeässä roolissa ja osana opinnäytetyötämme. Se, mikä muuttui, oli näkökulma tutkimukseen ja sen toteutustapa.

### 6.1 Avoimet ovet - tapahtuma tutkimuksen esikartoitusvaiheena

Aluksi ajatuksemme oli tehdä toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena järjestimme Avoin Miete – tapahtuman. Tarkoituksena oli saada näkyvyyttä Miete Ry:lle, ja tutkia samalla käsillä tekemisen vaikutusta mielenterveyskuntoutumiseen. Kuitenkin tapahtuman varhaisen ajankohdan ja teoria-osuuden silloisen alkeellisuuden vuoksi päätettiin, että järjestetty tapahtuma toimii tutkimuksessa paremmin esikartoitusvaiheena, kuin toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tai aineistonkeruuympäristönä. Näin ollen opinnäytetyömme kehittyi prosessin myötä tutkimuksellisempaan suuntaan.

Kenttätöitä ja osallistumista tutkittavien elämään pidetään laadulliseen tutkimukseen sopivana, rikastuttavana menetelmänä, joskaan se ei ole välttämätöntä (Eskola & Suoranta 2008, 16). Uskommekin tuon esikartoitusvaiheen, johon sisältyi tapahtuman suunnittelu ja järjestäminen yhdessä Miete ry:n toiminnanjohtajan ja siellä toimivien ryhmänohjaajien kanssa, antaneen meille erityisen näköalapaikan haastateltaviemme elämään. Puolen vuoden mittaisen suunnitteluprosessin aikana saimme kuulla heidän sairaala-kokemuksistaan ja sairaalasta kotiutumisen haasteista kuin myös kehitys-ideoista, joita heillä kokemusasiantuntijoina oli meille tuleville sairaanhoitajille antaa. Heidän kokemustensa ja kertomustensa ymmärtäminen ja uskomisen on tullut meille melko helpoksi, mutta myös tärkeäksi. Juuri heidän kokemustensa kuuleminen sai meidät tarkentamaan opinnäytetyöaihetamme. Totesimme, että haluaisimme oppia heidän kertomuksistaan enemmän ja yhdeksi motivaatioksemme tuli äänen antaminen heille ja muille samanlaisessa



tilanteessa oleville. Toisaalta, opinnäytetyöaiheen tarkentuessa ajatuksissamme, totesimme, että juuri näillä tapaamillamme henkilöillä olisi todella sanottavaa siitä, mikä meitä oli alkanut kiinnostaa.

Haastateltaviimme tutustuminen ja heidän - toisinaan negatiivisten - kokemustensa avautuminen ei ole voinut olla vaikuttamatta tutkimukseemme. Jo ennen tähän nimenomaiseen aiheeseen tarttumista totesimme tarttuvamme olemassa olevaan epäkohtaan, mikä tulisi vaikuttamaan tutkimusasetelmaan väistämättä. Olemme kuitenkin pyrkineet tutkimuksessamme parhaaseen mahdolliseen objektiivisyyteen tuomalla esiin nekin näkökulmat jotka eivät sovi muodostuneisiin ennakkokäsityksiimme sekä kertomalla avoimesti näistä meille muodostuneista asenteista. Objektiivisuuden, joka lienee mahdotonta, onkin sanottu syntyvän nimenomaan subjektiivisuuden tunnistamisesta: mitä paremmin ennako-oletusten olemassaolo tiedostetaan ja tunnistetaan, sitä vähemmän ne hallitsevat (Eskola & Suoranta 2008, 16- 18; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 13). Laadulliseen tutkimukseen päädyttiin, koska sen tekeminen koettiin kiinnostavaksi ja mielekkääksi oppimiskokemukseksi. Opinnäytetyöaihe valikoitui ja tarkentui vasta myöhemässä vaiheessa. Aiheen tarkennuttua todettiin, että jo ennalta kiinnostavaksi koettu tutkimustapa sopi kyseisen aiheen tutkimiseen. Mielenterveyskuntoutujien kotiutumisen -kokemusten syvällisempi selvittäminen ja näistä oppiminen tuli mahdolliseksi teemahaastattelun (LIITE 2) kautta.

## 6.2 Yhteistyökumppanimme Miete ry

Päijät-Hämeen Mielenterveystyön tuki Miete ry on Mielenterveydenkeskusliiton itsenäinen jäsenyhdistys sekä mielenterveyskuntoutujille ja heidän läheisilleen tarkoitettu vaikuttamis- ja tukiyhdistys. Miete ry perustettiin vuonna 1973 mielenterveyskuntoutujien tukemiseksi, aktivoimiseksi ja sosiaalisen toiminnan lisäämiseksi. Toiminnan kantavina ajatuksina ovat mielenterveyskuntoutujan selviytyminen avohoidossa, oman elämän hallitseminen vertaistuen avulla, yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy. Toiminnan tavoitteena on vaikuttaa jäsenten hyvinvointiin yhteiskunnassa, toimia asenteita muokkaavana ja edistää toimintakykyä. (Miete ry 2012.) Yhdistyksellä on osa-aikainen toiminnanjohtaja Riikka Salmi (Toimintakertomus 2011). Miete ry:n toimintapiste sijaitsee Lahdessa Ant-

tilanmäen kupeessa vanhassa isossa omakotitalossa puutarhan keskellä osoitteessa Kerintie 2. Tilat ovat vuokralla Lahden kaupungilta.

Miete ry:llä järjestetään paljon päivätoimintaa sekä monipuolisesti virkistysmatkoja ja – retkiä. Arkisin on mahdollisuus ruokailuun ja kahvitteiluun ja sunnuntaina yhdistyksen tiloihin voi mennä nauttimaan pullakahveista ja seurasta. Myös monina juhlapyhinä ovet ovat auki yhteisen juhlan viettoon. Säännöllistä toimintaa yhdistyksellä on paljon, niitä ovat elämäkatsomuspiiri, mielenterveys- ja päihderyhmä, runo- ja kirjallisuusryhmä, peliryhmä, taidepiiri, leivontapiiri, keilar ryhmä, askarteluryhmä, levyraati, uintiryhmä ja englanninkielinen ryhmä. Myös muita ryhmiä toimii epäsäännöllisesti. Kesäaikaan jäsenillä on mahdollisuus paltaviljelyyn ja yhdistyksen mökin vuokraukseen. Päivätoimintaan osallistuu säännöllisesti päivässä noin 30 henkilöä. Yhdistys tekee yhteistyötä Lahden kaupungin ja seurakuntien kanssa, Lahden Klubitalon, Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n kanssa, Mielenterveyden keskusliiton ja Mieli maasta ry:n kanssa. Yhdistyksen kokemusasiantuntijat tekevät yhteistyötä Lahden ammattikorkeakoulun ja Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön kanssa.

### 6.3 Avoin Miete- tapahtuma

Tarkoituksenamme oli järjestää Miete Ry:llä kesäinen tapahtuma, joka toisi näkyvyyttä Lahdessa tehtävälle mielenterveystyölle ja Miete Ry:lle yhtenä vertaistuen tarjoajana, saada uusia, sairaalasta kotiutuvia kuntoutujia vertaistuen piiriin sekä järjestää kädentaitojen kurssi ja selvittää, minkälainen vaikutus käsillä tekemisellä on mielenterveyteen. Tapahtuman oli tarkoitus olla avoin "kaikelle kansalle", sillä mielestämme mielenterveysongelmat koskettavat meistä jokaista, tavalla tai toisella. Väkeä paikalle ajateltiin houkutella jollakin julkisuuden henkilöllä, jolla olisi jotain rakentavaa sanottavaa mielenterveyskysymyksistä. Jossakin vaiheessa pohdimme kaksipäiväisen tapahtuman toisen päivän sisällön suuntaamista pääasiassa nuorille. Nuoria ajattelimme houkutella paikalle jonkun nuorten suosiossa olevan julkisuuden henkilön avulla. Luovuimme kuitenkin ajatuksesta, saatuaamme toiminnanjohtajalta ja yhdeltä vertaisohjaajalta uutta näkökulmaa siihen, että nuoren vertaistuki mahdollistuu paremmin esim. Internetissä kuin julkisesti, toipumisproessin keskeneräisyyden vuoksi. Koko "julkkis"-ajatus haudattiin, kun toiminnanjohtaja realisoi suunnitteluporukkaamme huomauttamalla myös tilojen

tuomista rajoituksista. Pidimme yhteensä neljä suunnittelupalaveria toiminnanjohtajan, vertaisohjaajien ja opinnäytetyötiimimme kanssa. Tapahtumaa mainostettiin lehdissä ja radiossa sekä lahtelaisessa kesätapahtumassa. Yksi tärkeimmistä vierailijaodotuksista meille olivat psykiatristen osastojen potilaat. Veimme henkilökohtaisesti kaikille Keskussairaalan aikuispsykiatrisille osastoille kutsun tapahtumaan. Näin mahdollisimman moni potilas voisi saada tiedon tapahtumasta ja sairaalasta kotiutuja voisi päästä heti kuntoutumisen alussa mukaan vertaistoimintaan ja sairaalaan paluuta voinnin heikkenemisestä johtuvista syistä voitaisiin ehkäistä. Lisäksi onnistuisimme tavoitteessamme saattaa vertaistuen ja jatkohoidon olemassaolon tieto sairaalahoidossa oleville potilaille.

Ensimmäisen päivän puhujaksi kutsuttiin Mielenterveyden keskusliiton sosiaali-neuvoja ja lakimies ja toisen päivän puhujaksi "pikku-julkkis", joka oli YLE:n aamusydämellä -keskusteluohjelmasta tuttu. Rentoa tunnelmaa ja yhteyttä edistämään haluttiin musiikkia – yhteislauluja ja esittävää musiikkia. Tiistaina musiikista vastasi erään vertaisryhmänohjaajan tuttava kitaroineen ja keskiviikkona mielenterveystyössä mukana oleva parivaljakko kitaroineen. Vertaistoimijoiden haluttiin saavan näkyvyyttä tapahtumassa, ja heidän puheenvuorojaan Miete ry:n merkityksestä omassa kuntoutumisessa kuultiin kumpanakin päivänä. Näiden lisäksi tapahtumassa oli kahvitusta, pientä naposteltavaa, pelejä ja erilaisia käsityöpajoja. Sää suosi tapahtumaa ja saimme kävijävieraisiksi Miete ry:n jäsenten lisäksi heidän omaisiaan ja ystäviään, lähihoitajaluokan opettajineen koulutuskeskus Salpauksesta sekä ryhmän mielenterveyskuntoutujia omasta asumisyksiköstään. Olimme hyvillämme, että tapahtuman mainostaminen oli saanut näinkin paljon kiinnostuneita ihmisiä liikkeelle. Tunnelmassa oli onnistuttu, ruoka oli hyvää ja lähes kaikki tuntuivat olevan tyytyväisiä tapahtumaan ja sen antiin. Pettymykseksemme ja suureksi hämmästyksekksemme yhtään potilasta tai hoitohenkilökuntaa ei kuitenkaan tullut tapahtumaan. Ymmärrämme, että potilailla voi olla huonoja kausia hoidon eri vaiheissa, ja jotkut eivät välttämättä hyötyisikään vertaistuesta, mutta siihen nähden, että osastoja, joille jaoimme kutsun, oli 6 ja jokaisella osastolla noin 30 potilasta, olisi osallistujamäärä voinut olla olematonta suurempi. Mietimme, että kertooko tämä juurikin yksityisen ja julkisen sektorin välisestä kuilusta, osaston tiedotuksen puutteesta vai hoitohenkilökunnan asenteista vai jostain muusta.

Saimme tämän tapahtuman myötä kokemusta yhteistyöstä mielenterveyskuntoutujien kanssa, tutustua Miete ry:n toimintaan sekä kokemusta mielenterveystyötä edistävän tapahtuman suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioimisesta. Kaikkein rikkaimmaksi kokemukseksi meille jäi tutustuminen yhdistyksessä toimiviin jäseniin. Heidän kauttaan saimme näköalapaikan mielenterveysongelmiin sairastumiseen, parantumiseen ja elämän jatkumiseen. Saimme myös osaksemme heidän luottamustaan saadessamme haastatella heitä heidän kuntoutuspolustaan. Avoimet ovet – tapahtumassa mukana olemisen lisäksi saimme viettää useita muitakin päiviä yhdistyksessä ja näin nähdä konkreettisesti vertaistuen todellinen merkitys kuntoutujien arjessa.

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Kohderyhmän kuvaus

Haastattelemamme henkilöt ovat mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntijoita. He ovat myös henkilöitä, joiden kanssa järjestimme Avoin Miete - tapahtumaa. He olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseemme sekä vuoden 2011 puolella, kun kyselyimme koski vertaistoimintaa ja sen kehittämistä, että silloin, kun olimme tarkentaneet aiheitamme koskemaan pääasiassa sairaalasta kotiutumista, kolmannen sektorin tuen löytämistä ja kuntoutusjärjestelmän kehittämistä.

Laadulliselle tutkimukselle ominaisesti haastateltavat on valittu harkitusti. Haastateltaviksi valittiin sellaisia henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja taustansa vuoksi kysymyksiämme koskevia kokemuksia. (Kananen 2008, 37; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85- 86.) Tässä opinnäytetyössä sopivuuden kriteerinä oli, että haastateltavan taustaan kuului mielenterveysongelma, vähintään yksi sairaalahoitajakso, kotiutuminen sairaalasta, kolmannen sektorin tukea ja kuntoutumista. Aikaisempien tapaamisten ja tutustumisen kautta tiesimme, että kriteerit täyttyivät. Haastateltavia valittaessa ei nähty tärkeäksi, mikä diagnoosi on kyseessä, eikä haastateltavien edellytetty kertovan sitä. Myöskään sairaalahoitajaksosta ei edellytetty kertomaan yksityiskohtaisesti, sillä kiinnostuksemme koski pääasiassa sairaalahoitajaksoa seurannutta aikaa. Haastatelluilla on oman hoitohistoriansa ansiosta näkemystä myös julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välisestä yhteistyöstä ja niiden kautta kulkevasta hoitopolusta. Haastatteluihin osallistuneet ovat tällä hetkellä myös kolmannella sektorilla toimivia henkilöitä, joku enemmän, joku vähemmän. Osa heistä on aktiivisesti mukana eri toimikunnissa kehittämässä yhteistyötä eri sektoreiden välillä, jotta kuntoutusjärjestelmä voisi toimia tehokkaammin ja käyttäjälähtöisemmin.

Haastatteluihin osallistuneista aikuisista kaksi on naisia ja kolme miestä. He ovat kaikki Miete ry:n jäseniä ja jokainen heistä oli toiminut Miete ry:llä jonkun harraste-ryhmän ohjaajana. Lisäksi kolme heistä on käynyt Mielenterveyden Keskusliiton vertaisohjaajakoulutuksen.

## 7.2 Laadullisen tutkimusaineiston hankinta

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto on kvalitatiivinen. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään suhteelliseen pieneen joukkoon tutkittavia tapauksia ja heiltä saatua tietoa pyritään analysoimaan perusteellisesti. Otanta on tällöin harkinnanvarainen, eli tarkasti ja perusteellisesti rajattu. (Eskola & Suoranta 2008, 18). Laadullisen tutkimuksen päämääränä ei ole yleistettävyyys, vaan ilmiön, tapahtuman tai toiminnan syvällisempi ymmärtäminen tai teoreettisen tulkinnan muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28; Hirsjärvi ym. 2004, 171). Aihettamme oltaisiin voitu lähestyä myös kvantitatiivisesta näkökulmasta, mutta oma kiinnostus syvällisempään kohtaamiseen mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntijoiden kanssa ja kiinnostus heidän kokemusmaailmansa ymmärtämiseen johti meidät tutkimaan aihetta kvalitatiivisin menetelmin.

Laadullinen opinnäytetyö ei edellytä hypoteesia, vaan tutkimaan lähdetään usein ”avoimin mielin”, ilman vankkoja ennakko-oletuksia. Ennakko-oletusten täydellisen eliminoimisen mahdottomuudesta johtuen ns. työhypoteeseja, arvailuja analyysin tuloksista, pidetään kvalitatiivisessa tutkimuksessa jopa hyödyllisinä, sillä se kertoo täydellisen objektiivisuuden problemaattisuuden tiedostamisesta. (Eskola & Suoranta 2008, 20.)

Tämän opinnäytetyön aineisto on kerätty teemahaastattelulla ja puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Kvalitatiivinen aineisto hankitaan pääasiassa laadullisin metodein, eli esimerkiksi teemahaastattelulla, toimintatutkimuksena tai havainnoinnin keinoin. Haastattelu, kyselylomakkeet ja esimerkiksi päiväkirjatekniikka ovat hyviä tutkimusmetodeja, kun halutaan tietää ihmisten ajatuksia, mielipiteitä, tunteita, kokemuksia ja uskomuksia. Teemahaastattelussa käsiteltävät aihealueet on mietitty etukäteen ja haastattelijalla on teemat kirjoitettuna tukilistaan, niin että kaikki aihe-alueet tulee käytyä läpi. Aihe-alueiden järjestys tai niihin käytetty aika voi kuitenkin vaihdella paljonkin eri haastattelutilanteissa. Teemahaastattelu valmiine teemoineen luo haastatteluaineistoon jäsentelyä helpottavia konkreettisia rakenteita. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 36; Eskola & Suoranta 2008, 86). Puolistrukturoidussa kyselylomakkeessa kysymykset ovat samat kaikille haastateltaville, mutta vastausvaihtoehtoja ei ole, vaan haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin. (Eskola & Suoranta 2008, 86) Opinnäytetyömme ai-

neisto koostuu viiden henkilön suullisista vastauksista teemahaastattelukysymyksiin sekä soveltuvilta osin samojen henkilöiden kirjallisista vastauksista puolistrukturoidun kyselylomakkeen kysymyksiin.

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto koottiin osittain kyselylomakkeella (liite 1) ja osittain suullisena haastatteluna, joka seurasi etukäteen suunniteltua haastattelurunkoa (liite 2). Aluksi aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kyselylomake, sillä sen ajateltiin olevan tehokas ja säästävän aikaamme. Saatuamme täytetyt kyselylomakkeet takaisin, tulimme kuitenkin siihen tulokseen, että kyselyllä saamamme aineisto jäi melko pieneksi. Lisäksi opinnäytetyöaiheemme tarkentui matkan varrella aiempaa "syväluotaavammaksi" ja päätimme vielä haastatella samoja henkilöitä teemahaastattelun keinoin, joka sopii arkojenkin asioiden tutkimiseen. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 15). Suullisena haastatteluna keräämästämme aineistosta tulikin pääasiallinen tutkimusaineistomme, ja kyselylomakkeella kerättyä aineistoa päätimme käyttää soveltuvilta osin. ”Soveltuvilta osin” merkitsee tässä eri kohtia eri henkilöiden vastauslomakkeista, sillä avoimet vastaukset ovat informaation sisällöltään erittäin vaihtelevia.

Haastattelut kirjallisessa muodossa alkoivat syksyllä 2011. Kyselylomakkeet käytiin läpi haastateltavien kanssa henkilökohtaisesti ja palautusajankohta sovittiin kahden viikon päähän. Käytännössä vastausaika venyi joidenkin haastateltavien kohdalla pidemmäksi, kun opinnäytetyöprosessi keskeytyi joksikin aikaa. Yksi haastateltavista toivoi, että lomakehaastattelu käytäisiin läpi suullisesti haastattelun ja näin tehtiin. Suullinen haastattelu, joka koski tarkentunutta opinnäytetyöaihetta, toteutettiin keväällä 2012. Kolme haastattelua suoritettiin Miete ry:llä, yhdelle haastateltavalle kerrallaan. Näissä haastatteluissa kumpikin opinnäytetyöntekijä oli läsnä. Kaksi haastattelua suoritettiin haastateltavien omasta toiveesta heidän kodeissaan. Tällöin paikalla oli vain toinen opinnäytetyön tekijöistä. Kaikki haastattelut tallennettiin nauhurille. Nauhoitukseen kysyttiin lupa ennen haastattelun aloittamista. Kolme viidestä haastateltavasta suhtautui nauhuriin luontevasti. Yhtä jännitti, koska hän ei ollut ennen puhunut nauhurille ja toista nauhuri arveltutti, koska hän luuli nauhoitusta soitettavan koululuokalle. Kun käsitystä oikaistiin, ei nauhurin käytölle ilmennyt estettä.

Nauhuri osoittautui erittäin hyväksi ja tarpeelliseksi menetelmäksi, sillä haastattelut olivat rönsyileviä ja osittain erittäin yksityiskohtaisia, mikä olisi tehnyt kirjallisten muistiinpanojen tekemisen todella haasteelliseksi. Yhden haastattelun aikana nauhuri ei oikeasta käytöstä ja tarkastuksesta huolimatta ollutkaan mennyt päälle ja haastattelu jouduttiin tekemään uudelleen. Aluksi ajattelimme turvautua muistiimme ja kirjallisiin muistiinpanoihin, mutta kun haastateltava ilmaisi haluavansa toistaa haastattelun, se päädyttiin uusimaan. Haastattelun uusimisesta saimme paljon hupia, kun haastateltava totesi uusinta-nauhoituksessa useita kertoja: ”kuten aikaisemmin kerroin, silloin kun nauhuri ei ollut päällä..”.

Tunnelma haastattelutilanteissa oli pääosin erittäin rento ja keskustelumainen. Yksi viidestä haastattelutilanteesta oli hieman muita varautuneempi ja haastattelumaisempi, mikä saattoi johtua nauhurista. Ennen haastattelua haastateltaville korostettiin, että heillä on lupa olla kertomatta asioita, joista eivät halua puhua, esim. sairastumiseen tai sairaalahoitajaksoon liittyen, sillä aihepiirien arveltiin olevan herkkiä, eivätkä ne olleet kiinnostuksemme keskipisteessä. Yksi haastateltavista mainitsi haastattelun aikana, ettei halua kertoa kaikkia sairaalahoitoon johdaneita tapahtumia, mihin todettiin, ettei se ole tarpeenkaan ja että hän itse saa valita mitä kertoo. Kolmeen Miete ry:llä toteutettuun haastatteluun olimme hankineet suklaata ”tunnelman-luojaksi”. Haastateltavien kodeissa toteutetut haastattelut tapahtuivat kahvikupin ääressä. Haastattelut kestivät n. 25- 50 minuuttia.

### 7.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Opinnäytetyössä esitetyt tulokset on saatu analysoimalla haastattelut aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on yleinen laadullisissa tutkimuksissa käytetty analysointitapa. Aineistolle tehtävällä analyysillä pyritään saamaan aineistoon selkeyttä ja pyritään sen kautta luomaan tutkittavasta asiasta uutta tietoa, selkeää ja tiivistä informaatiota. Analyysillä hajanaisten aineistojen pyritään tiivistämään, ilman että sen informaation sisältö karsii. Analysoiminen sisältää aineiston huolellista lukemista, tekstimateriaalin järjestelyä, sisällön ja/tai rakenteiden erittelyä eli erojen ja yhtäläisyyksien tunnistamista, jäsentämistä ja pohtimista. ( Eskola & Suoranta 2008, 137; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, 73.)



Aineistolähtöisyydellä tarkoitetaan että aineiston käsittelyä koskevat ratkaisut tehdään sen pohjalta, mikä aineistolle parhaiten sopii ja johtopäätökset ovat sen mukaiset, mitä aineistosta ilmenee. Aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoriat eivät saisi vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai tutkimuksen lopputulokseen millään tavoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Tosiasiassa ennakkoluulottomuus ja objektiivisuus aineiston suhteen on inhimillinen mahdottomuus, mikä on pyritty ratkaisemaan sillä, että aineistolähtöistä opinnäytetyötä tehdessään tutkijan on tehtävä omat ennakkokäsityksensä julkisiksi ja tiedostettavaksi ne analyysia tehdessään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96). Aineistolähtöisessä tutkimuksessa edetään yksittäisistä väitteistä yleisiin väittämiin, eli se on induktiivista. Aineistoa analysoimalla ja tulkitsemalla siis luodaan teoriaa. Jos taas aineistoa käsiteltäisiin teorialähtöisesti, eteneminen tapahtuisi päinvastoin: yleisistä käsityksistä yksittäisiin, ja olisi tällöin deduktiivista. (Eskola & Suoranta 2008, 18-19, 83; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, 14.)

Aineiston analysointi aloitettiin nauhoitettuja haastatteluja kuuntelemalla ja nauhat purettiin sana sanalta tekstiksi, eli litteroitiin, tekstinkäsittelyohjelman tekstiasiakirjaan. Informaatioarvoltaan mitättömät sanat, kuten "niinku", jätettiin litteroimatta, jotta kerronnan ajatus olisi tiiviimpi ja hahmottuisi selkeämmin. Myöskään varsinaisesta aiheesta poikkeavia ajatuskuluja, kuten käsitöiden esittely, ei litteroitu. Ajan säästämiseksi haastattelijan kysymyksistä ja kommentteista litteroitiin vain ydinajatus. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 109.) Litteroitua tekstiä haastatteluista syntyi 22,5 A4 -kokoista sivua, Times New Roman -fontin ollessa kokoa 12 ja rivivälin 1. Myös kirjallisesti annetut vastaukset kirjoitettiin tekstinkäsittelyohjelmalla, jotta niiden käsitteleminen jatkossa olisi sujuvampaa. Auki kirjoitettuja haastatteluja luettiin läpi, kattavan yleiskuvan saamiseksi.

Aineistoa rajattiin poimimalla tutkimuksellisesti merkittävät ajatukset erilliseen tekstitiedostoon, sillä sisällönanalyysissä keskitytään vain tutkittavan ilmiön kannalta tärkeiden aihealueiden analysointiin. (Kiviniemi 2004, 76). Koska suullisena haastatteluna kerätty aineisto oli saatu teemahaastattelulla, ja aihepiirit olivat jo tuolloin rajatut, saatiin oleellista tietoa paljon ja pois rajautui vain pieni osa. Kirjallisesti annetuissa vastauksissa karsintaa tapahtui enemmän, sillä opinnäytetyöaihe tarkentui kirjallisten vastausten keräämisen jälkeen ja suuri osa vastauksista alkoi tuntua lopulliseen aiheeseen nähden epäoleellisilta.

Teemahaastattelulla kerätyn aineiston teemoittelu oli kohtuullisen helppoa: ensimmäiset teemat, eli tiettyjä, keskeisiä asiakokonaisuuksia koskevat ajatukset, erottuivat tekstistä hyvin varhaisessa vaiheessa, esim. kotiutuminen ja saatu tuki -teemat. Eri teemat koodattiin tekstinkäsittelyohjelmalla eri väreillä. Kun aineisto tällä tavoin pilkottiin, se saatiin käsitteellisemmälle ja helpommin tulkittavalle tasolle. (Eskola & Suoranta 2008, 154) Eri värein koodatut lauseimat siirrettiin kukin omiin tiedostoihinsa, niin että jokaisen haastateltavan tiettyä teema-aluetta koskevat ajatukset olivat yhdessä tiedostossa. Tämä teki niiden samanaikaisen tarkastelun mahdolliseksi. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 112.) Analyysin edetessä joidenkin vastausten sijaintia vaihdettiin tiedostosta toiseen, kun niiden merkitys kokonaisuudessa tarkentui. Teemoittelun avulla syntyi viisi alustavaa kategoriaa: kotiutuminen ja haasteet, saatu tuki, Mietteen tuki, julkisen sektorin ja kolmannen sektorin yhteistyö, sekä ideointi. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, sillä suppeampien yksiköiden käyttö ei tuntunut luontevalta. Analyysiyksiköksi oltaisiin voitu valita myös yksittäinen sana, lauseen osa tai lause (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96).

Aineiston pelkistämisessä on kyse tutkijan ja aineiston välisestä keskustelusta: mitä haastateltava tarkoittaa ja miten sen voisi tiivistää muutamaan sanaan. (Kananen 2008, 94). Opinnäytetyössämme eri värein koodatut ja allekkain taulukoidut alkuperäisilmaukset pyrittiin pelkistämään siten, että niissä oleva ydinajatus säilyisi. "Kotiutuminen ja haasteet" – aihepiiristä pelkistettyjä ilmauksia muodostui 50, "saatu tuki" -aihepiiriin kertyi pelkistettyjä ilmauksia 87, erikseen muusta tuesta jaotellun "Mietteen tuki" -aihepiiriin luetteloituja pelkistettyjä ilmauksia oli 81. "Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin yhteistyö" -aihepiiriin sijoitettiin 29 pelkistettyä ilmausta ja "ideointi" -aihepiiriin kertyi 18 pelkistettyä ilmausta. Esimerkki suorittamastamme pelkistyksestä on liitteessä 3.

Sisällönanalyysissä aineiston pelkistämisen jälkeen ilmaukset ryhmitellään eli klusteroidaan, jolloin etsitään ilmaisujen keskinäisiä eroja ja samankaltaisuuksia. Samankaltaisista ilmaisuista muodostetaan yhteinen alakategoria. Alakategoria nimetään pelkistettyjen ilmaisujen yhteisen merkityksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Kotiutuminen ja haasteet -aihepiiriin 50:stä pelkistetyistä ilmauk-

sesta muodostettiin kahdeksan alaluokkaa, saatu tuki -aihepiirin 87:sta pelkistyksestä muodostettiin 26 alaluokkaa, Mietteen tuki -aihepiirin 81:sta pelkistyksestä muodostettiin 13 alaluokkaa, yhteistyö -aihepiirin 29:sta pelkistetystä ilmauksesta muodostettiin 10 alaluokkaa ja ideointi -aihepiirin 18:sta pelkistyksestä muodostettiin kahdeksan alaluokkaa. Esimerkki suorittamastamme ryhmittelystä on liitteessä 4.

Aineistolähtöisessä analyysissä vastaus tutkimusongelmaan saadaan abstrahoimalla. Abstrahoinnilla pyritään löytämään oleellinen tieto. Oleellisen tiedon pohjalta muodostetaan käsitteistö, yhdistämällä luokituksia kattavien otsikoiden alle. Abstrahointi alkaa alaluokkien yhdistämisellä yläluokiksi ja yläluokkien yhdistämisellä edelleen pääluokiksi ja viimeisenä näistä muodostetaan kokoavia käsitteitä joiden pohjalta voidaan esittää tutkimustehtävän tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Kotiutuminen ja haasteet -aihepiirin yhdeksästä alaluokasta muodostettiin neljä yläluokkaa. Neljä yläluokkaa yhdistettiin kolmeksi pääluokaksi, joista muodostettiin yksi yhdistävä luokka: Sairastumisen ja kotiutumisen yhteydessä koetun arjen haasteet. Saatu tuki -aihepiirin 26:sta alaluokasta muodostettiin 14 yläluokkaa, jotka yhdistettiin kymmeneksi pääluokaksi. 10 pääluokkaa yhdistettiin edelleen neljäksi yhdistäväksi luokaksi, jotka ovat 1) julkisen sektorin tarjoama tuki, 2) kolmannen sektorin tarjoama tuki, 3) läheisiltä saatu tuki ja 4) oma toiminta ja siitä koitunut apu. Myös Mietteen tuki -kategoria päädyttiin yhdistämään ”kolmannen sektorin tarjoama tuki” - luokkaan. Myöhemmin Saatu tuki – kategoria järjestettiin uudelleen niin, että esiin nousivat tukemisen eri muodot, joita haastatellut kertoivat kotiutumisen yhteydessä saaneensa. Tällöin yhdistäviä luokkia löytyi kahdeksan: 1) sairaalahoitajakso ja hoitosuhteet 2) keskusteluapu /terapia jatkohoitona 3) lääkitys 4) mielekäs toiminta 5) arkinen tuki 6) vertaistuki 7) oma asenne ja toiminta 8) kuntoutus. ”Sektorien välinen yhteistyö” -aihepiirin 10 alaluokkaa yhdistettiin seitsemäksi yläluokaksi, joiden määrä pysyi samana myös pääluokka -vaiheessa. Pääluokat yhdistettiin neljäksi yhdistäväksi luokaksi: 1) Tarve yhteistyön kehittämiseksi 2) yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa 3) yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa ja 4) yhteistyö muiden tahojen kanssa. ”Ideointi”-aihepiirin kahdeksan alaluokkaa yhdistettiin viideksi yläluokaksi ja edelleen kolmeksi pääluokaksi: 1) erikoissairaanhoidon tarjoaman tuen kehittäminen 2) avohoidon tarjoaman tuen kehittäminen 3) sosiaalitoimiston tuen kehittäminen.

Nämä pääluokat yhdistävä luokka sai nimekseen ”Kotiutumisen parempi tukeminen”. Esimerkki suorittamastamme abstrahoinnista on liitteessä 5.

Joskus laadullisen analyysin tukena on järkevää käyttää määrällisen tutkimuksen metodiksi miellettyä kvantifiointia, joka yksinkertaisimmillaan voi olla esimerkiksi tietyn sanan esiintymisen laskemista. Tällöin ei olla ainoastaan tuntuman varassa ja aineistosta on helpompi saada ote. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2008; Eskola & Suoranta, 2008, 164-165). Tässä opinnäytetyössä seurattiin tietyn ajatuksen ilmenemistä ja merkittiin sen esiintyminen suhdelukuina esim.:

Haastateltava	Taloudelliset haasteet	2/5 kyllä, 1/5 ei, 2/5 tieto puuttuu
	Yksinäisyys	4/5 kyllä, 1/5 tieto puuttuu

Taulukko 1. Esimerkki kvantifioinnista. Kvantifioinnilla kartoitetaan tietyn ajatuksen esiintymistä, sen yleisyyttä tai harvinaisuutta.

Otannan ollessa näin pieni, ei näiden suhdelukujen pohjalta voida tehdä yleistyksiä, vaan oikeastaan päinvastoin. Suhdeluvut auttoivat meitä pitämään mielessä, että mielenterveyskuntoutujien joukko ei ole homogeeninen: kaikilla ei ole samanlaisia haasteita. Lisäksi koimme, että ilman suhdelukuja olisi ollut hankala ilmaista henkilöiden kokemusten ja mielipiteiden eroja. Toisaalta, kun neljä viidestä haastateltavasta kuvasi olleensa yksinäinen tai jääneensä yksin sairaalahoitajakson jälkeen, voitaneen yksinäisyyttä pitää yhtenä melko yleisenä mielenterveyskuntoutujan haasteena.

Kvantifiointi tapahtui listaamalla kertomusten toimijat omiin listoihinsa ja kunkin toimijan perään listattiin toimijan suorittama toiminta tai rooli kuntoutujan kertomuksessa. Toiminnan/roolin/ ilmiön perään merkittiin 1/5, jos vain yksi haastateltavista mainitsee asiasta. Taulukkoon merkittiin myös, jos haastateltava kieltää mainitun asian. Taulukkoon kirjattiin "tieto puuttuu", jos asia ei tule haastattelussa esiin. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 119.)

<b>Haastateltava sanoo avohoidosta</b>	<b>Esiintyvyys</b>
itsensä purkamista terapeutille	3/5 kyllä, 2 tieto puuttuu
tapasi lääkäriä avohoidossa	1/5 kyllä, 4 tieto puuttuu
tapaa sh:aa viikottain	2/5 kyllä, 3 tieto puuttuu
kertoo hyötynensä sh:n tapaamisista	2/5 kyllä, 2/5 ei, 1 tieto puuttuu
lopetti sh:n tapaamiset tarpeettomina	2/5 kyllä, 3/5 ei, --

Taulukko 2. Esimerkki kvantifioinnista. Jos haastateltavista 2/5 vastaa kyllä, se ei automaattisesti tarkoita, että 3/5 vastaisi ei, vaan on mahdollista, että osa haastatelluista ei mainitse asiasta mitään.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Haasteet kotiutumisessa

Haastattelemamme mielenterveyskuntoutujat kokivat kotiutumisen sairaalahoitajaksoilta haasteelliseksi. Neljä viidestä haastateltavasta ilmaisi tämän suoraan. Haasteet olivat hyvin erityyppisiä riippuen siitä, minkälaisiin olosuhteisiin kotiutuminen tapahtui, vaikka monessa suhteessa tilanne oli heille myös samankaltainen. Tällaisia samankaltaisia haasteita olivat esimerkiksi tiiviistä osastohoidosta siirtyminen ulkomaailmaan, yksinäisyys sekä kykenemättömyys huolehtia itsestä ja perheestä. Yhdistävä luokka nimettiin seuraavasti: sairastumisen ja kotiutumisen yhteydessä koetut arjen haasteet. Yhdistävä luokka koostui kolmesta pääluokasta 1) sosiaaliset haasteet 2) yhteiskuntaan sopeutumisen haasteet 3) itsestä ja perheestä huolehtimisen haasteet. Edellä mainittujen kategorioiden lisäksi mielenterveyskuntoutujilla on mm. monenlaisia tunne-elämän haasteita, joihin aineistossammekin viitattiin. Tässä opinnäytetyössä niistä ei muodostettu omaa kategoriaa, vaan ne sijoittuvat eri kategorioihin sen mukaan, millaisia vaikutuksia niillä on käytännön elämään ja arkeen.

Sosiaalisiin haasteisiin luettiin kuuluviksi haastateltavien kuvaamat sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen, vaikeudet ihmissuhteissa ja sosiaaliseen käyttäytymiseen vaikuttava tunnemaailma. Kaikki viisi haastateltavaa mainitsi haastatteluissa kohdanneensa tähän kategoriaan sijoitettuja haasteita. Tukiverkoston puuttumisen taustalla oli mm. ihmissuhteiden katkeamisia sairastumisen yhteydessä sekä välimatkat sukulaisiin, toisaalta haluttomuus sosiaaliseen kanssakäymiseen. Eräs haastatelluista kuvasi kaupan kassan saattavan olla mielenterveyskuntoutujan ainoa juttukumppani päivän aikana. Vaikeudet ihmissuhteissa pitivät sisällään mm. haastateltavan kokemuksen siitä, että on läheiselle vaivaksi. Toisaalta kuntoutuja tarvitsisi läheisiä ja tukiverkostoa. Sosiaaliseen käyttäytymiseen vaikuttavalla tunnemaailmalla tarkoitetaan mm. haastateltavan kokemaa häpeää sairastumisestaan tai kotiin jumiutumista sairastumisen jälkeen. Eräs haastatelluista kertoi jumiutuneensa kotiin sairaalajakson jälkeen 8-9 vuoden ajaksi. Uuden elämän aloit-

taminen tyhjästä ja uusien ystävyysuhteiden luominen koettiin myös haasteelliseksi toisaalta masennuksen, toisaalta hylätyksi tulemisen pelosta.

Yhteiskuntaan sopeutumisen haasteet -luokka koostuu haastateltavien kuvaamasta epäsuhdasta omien voimavarojen ja yhteiskunnan vaatimusten välillä. Osastoympäristö on vaatimustasoltaan erittäin kevyt ja se mahdollistaa omiin asioihin ja toipumiseen keskittymisen kun taas ”siviili-elämässä” päivittäinen vaatimustaso on huomattavasti kovempi ja tuki saattaa jäädä vähäiseksi. Kolme haastatelluista oli kokenut kotiutumisen yhteydessä tuettomuutta ja turvattomuutta, ”tyhjän päälle jäämistä”. Tuettomuuden kokemukseen viitataan haastatteluissa myös yleisellä tasolla: ”monilla ei ole ketään”. Eräs haastatelluista kuvasi tilannettaan näin: ”kun (sairaalan) ovi laitettiin kiinni, niin ei mulla ollu mitään.. mä en saanu mistään.. en siellä kotiutuksessa en mitään tällstä et mihkä vois hakeutua.. et vaan kotia.”

Lisäksi sairaalahoitajakso tietää kotiutuvalle mielenterveyskuntoutujalle lisävaatimuksia taloudellisesti, tukihakemusten täyttämistä ja selontekoja eri tahoille. Kolme viidestä haastatellusta mainitsi suoraan kohdanneensa tämän kategorian haasteita ja kaksi viidestä viittasi tähän epäsuorasti. Haastateltavien kuvailujen mukaan voimavarojen ja vaatimusten epäsuhta ilmenee arjessa mm. laskujen maksamatta jättämisenä, väsymyksenä puheluiden ja paperitöiden hoitamiseen. Eräs haastatelluista kuvasi kohtaamiaan haasteita näin: ”Ja sit se väsymys siihen, et on oikeesti miljoona käytännön asiaa, mitkä pitää hoitaa, ni ne vyöryy päälle - - ja sit se kulttuurisokki ylipäättään, et sä oot tottunu olemaa jossain yhdessä paikassa, sit sä tuut ja pitäs hoitaa miljoona asiaa ja kun ei jaksais.”

”...tommosen sairaalajaksonki jälkeen, ni talous menee ihan päin helvettiä, ja siihen ei kyllä auta kukaan näist julkisist instansseista..! Mullaki ku oli noi sairaalamaksut kaks ja puol tonnii, ni mä olin iha et "jaaha, milläs nää hoidetaan..?". Ei niihin tuu sit mitää tukee, et vaik hakee mistä.. - - mä hain sossusta - - sit sielt tuli päätös, että "sossun tehtävä ei ole ennaltaehkäistä velkaantumista". Sit mä hain sosiaalista lainotusta ja se täti - - laski sillon mun tulot ja se sano : sori, he ei voi antaa, koska sä et tienaa tarpeeks.”

Kolmella viidestä haastatellusta oli kokemus siitä, että tuki sairaalasta lähtiessä ei ollut riittävää. Kaksi näistä kolmesta kertoo, ettei jatkohoitokontaktia oltu järjestetty ja toinen heistä tarkentaa jatkohoidon järjestämisen jääneen omalle vastuulle. Nämä kokemukset tuettomuudesta ajoittuivat kauemmas, kuin tälle vuosi kymmenelle. Näillä kahdella on myös myöhempi kokemus jatkohoidon hyvästä järjestämisestä ja sopivan tukitoiminnan löytymisestä. Kaksi haastateltua viittasi myös kotiutustiimien puutteelliseen toimintaan: toinen toteaa sen tuen olevan riittämätöntä, koska se ei lähde kuntoutujan mukaan kotiin; toinen kertoo, ettei kotiutus-tiimi koskaan ottanut hänen yhteyttä.

Yksi viidestä haastatellusta kertoo yksiselitteisesti kokevansa, että kotiutumista on tuettu parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän tukemiseen tyytyväisen mielenterveyskuntoutujan kuntoutuspolkuun on kuulunut ainakin terapia ja nyt jo toimintansa lopettaneen päiväkeskuksen tarjoama melko pitkäaikainen tuki. Eräs haastatelluista pohti, että tukea varmaankin tarjottiin, mutta hän ei ollut tuolloin halukas ottamaan sitä vastaan, vaan halusi selvittää omin avuin.

Kaksi haastateltavista mainitsi haastattelussa itsestä huolehtimisen olleen haasteellista, mikä ilmeni mm. kotiin jumiutumisenä, niin ettei tullut käytyä kaupassa eikä ruokaa tullut laitettua. Toinen kertoi syöneensä lähinnä valmisruokia, toisen haastattelussa ei ilmennyt, mitä hän ravinnokseen söi. Kolmella haastateltavalla on sairastumisen ja sairaalahoitajakson aikaan ollut huolehdittavanaan yksi tai useampia lapsia. Lasten asioista huolehtimisen mainittiin kahdessa haastattelussa olleen haasteellista sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Kolmas haastateltava kertoi sairastumisen ja sairaalajakson aikana tapahtuneesta avioerosta ja kertoi menettäneensä sen yhteydessä myös lapsensa ja mm. huonekalut ja palanneensa sairaalasta tyhjän kotiin. Haastatteluissa ei kysytty, saivatko haastateltavat tukea lapsista ja perheestä huolehtimiseen, mutta kukaan haastatelluista ei viittaa tällaiseen millään tavoin. Yksi haastatelluista kertoo juuri lapsista huolehtimisen ja työn yhteensovittamisen olleen vaativin osa-alue, johon apua olisi kaivattu sairaalahoitajakson jälkeen.

Kaksi haastatelluista kuvasi oman asenteen, päätöksen ja niitä seuranneen toiminnan olleen vahvimpia muutoksen vaikuttaneita tekijöitä kuntoutumisessa. Toisella tämä liittyi päätökseen muuttaa vallitsevia olosuhteita: hän alkaisi elää, niin



kuin itse parhaaksi näki, eikä toisten ehdoilla. Toinen kuvaa alusta alkaen uskoneensa omaan selviytymiseen ja omin avuin selviytymiseen, koska oli lukenut lehdistä muidenkin selvinneen. Haastateltavat ovat myös itse auttaneet itseään aktiivisesti kuntoutumisessa. Tällaista omatoimista apua ja avunhankintaa ovat mm. itse aloitetut ja omatoimiset harrastukset, kuten liikunta, tietokoneella pelailu ja erilainen tiedonhaku netistä sekä käsityöt, joihin neljä haastatelluista viittaa. Muita omaa aloitteellisuutta vaatineita toimia olivat koulutukset ja erilaisiin ryhmiin osallistumiset. Kaksi haastatelluista kertoo vähentäneensä lääkitystään omatoimisesti.

## 8.2 Saatu tuki kotiutumisen yhteydessä

Saatus tukea tarkasteltiin kahdesta eri näkökulmasta. Toisaalta haluttiin ottaa selvää, minkälaista saatu tuki oli ja toisaalta, miltä taholta tukea oli saatu. Tuen tarjoajan/toimijan mukaan tehty taulukointi johti seuraavanlaisiin yhdistäviin kategorioihin: 1) julkisen sektorin tarjoama tuki 2) kolmannen sektorin tarjoama tuki 3) läheisiltä saatu tuki 4) oma toiminta ja siitä koitunut apu. Eri tuentarjoajat ja heidän osuutensa tukemiseen tulee ilmi kerrottaessa tarkemmin tuen eri muodoista. Tuen/avun eri muotoja olivat 1) sairaalahoitajakso ja hoitosuhteet 2) keskusteluapu /terapia jatkohoitona 3) lääkitys 4) mielekäs toiminta 5) arkinen tuki 6) vertaistuki 7) oma asenne ja toiminta 8) kuntoutus.

Sairaalahoitajakso ja hoitosuhteet jakson aikana ovat lakisääteisiä julkisen sektorin tarjoamia palveluja niitä tarvitseville. Neljä viidestä haastatellusta ilmaisee suoraan sairaalahoitajaksosta/ jaksosta olleen hyötyä kuntoutumisen alkuunpanijana, yksi ei ilmaise suoraan hyötynensä hoitajaksosta, muttei kielläkään. Neljä haastatelluista mainitsee takana olevan useita sairaalajaksoja. Yksi heistä mainitsee kokevansa, etteivät sairaalareissut ole menneet hukkaan, kuvaamatta hyötyjä sen tarkemmin. Toinen taas painottaa hyötynensä erityisesti viimeisimmästä hoitajaksosta, jolloin koko hoitopolku alusta loppuun asti – akuuttiosastolta jatkohoitoon ja kolmannen sektorin tuen piiriin – onnistui. Tukeviksi hoitosuhteet koettiin, jos potilaalle välittyi tunne siitä että hänen asioihinsa syvennyttiin ja vaivoihin pyrittiin löytämään sopiva apu. Esimerkiksi lääkärin syvempi perehtymi-

nen potilaana olleen haastatellun aiempaan diagnoosiin ja sen hetkisiin oireisiin johti siihen, että diagnoosi tarkentui ja tilanteesta tuli potilaalle ymmärrettävämpi ja hoidosta sopivampi.

Kaikki viisi haastateltua mainitsivat saaneensa sairaalahoitajakson jälkeen keskusteluapua tai terapiaa. Ammattiauttajat, joiden kanssa keskustelua tai terapiaa käytiin, olivat sairaanhoitajia, psykologeja tai mielenterveyshoitajia. Kaikille haastatelluille tämä keskustelua sisältävä jatkohoitokontakti oli järjestetty julkisen sektorin toimesta. Julkisella sektorilla tarkoitetaan tässä yhteydessä erikoissairaanhoidtoa, joka vastaa mielenterveysongelmien hoidosta niiden akuutissa vaiheessa sekä perusterveydenhuoltoon järjestettyä avo-hoitoa, johon mielenterveyspotilaiden jatkohoito on järjestetty. Keskusteluavusta haastateltavat puhuvat pääasiassa positiiviseen sävyyn. Jatkohoitokontaktia kuvataan paikaksi, jossa saa purkaa itseään ja jossa saa käytännöllisiä neuvoja mm. elämänhallintaan liittyen. Jatkohoitosuhteen kokemiseen positiivisena vaikuttaa, kun ammattiauttaja on tullut tutuksi ja on kuntoutujan hoitoon sitoutunut. Yksi haastatelluista kertoo lopettaneensa avohoidon sairaanhoitajan luona käynnit hyödyttöminä: ”minusta ei ollu siinä mitään järkeä - - mä siellä kävin hoitajien luona, ni se oli se keskustelu siellä aina, että: ”mites sun viikko on menny?”, se alko yleensä näin, ja ”mitä on tapahtunu?”. Mut minä sanoin, et ”ei oo tapahtunu mitään”.

Myös kaksi muuta mainitsee, että aina terapiassa/sairaanhoitajalta saadut ohjeet eivät ole olleet relevantteja. Syömishäiriöstä kärsinyt haastateltava koki saamansa ohjeet hankaliksi toteuttaa ja epärelevanteiksi: ”siellähän (terapiassa) aina sanotaan, että sun tarttis keksiä jotain tekemistä - - et ehdotetaa, et ”mee pelaa sulkapalloo vaikka..” Sit ku mä oon et: ”kenen kanssa? Ei mul oo kavereita.... et en mä jaksa juosta niin paljon..- - siis mä olin ekaa kertaa 14-vuotiaana, silloin anoreksian takii sairaalassa - - ”

Neljässä haastattelussa sivutaan sairaalahoitajaksolla määrättyä lääkehoitoa. Niistä puhutaan sekä positiivisesti että negatiivisesti. Kahdessa haastattelussa lääkityksen muuttamisen sopivammaksi kerrottiin olleen syy viimeisimpiin hoitajaksoihin. Näissä haastatteluissa viimeisimmäksi määrättyistä lääkkeistä koettiin ole-

van selvää hyötyä. Kaksi haastatelluista kertoo lopettaneensa määrätyt lääkkeet omatoimisesti. Toinen haastatelluista ei kerro syytä käytön lopettamiseen. Aiemmin hän viittaa lääkkeiden tasanneen vointia. Hän mainitsee myös, ettei kertonut lopettamisesta avohoidon sairaanhoitajalle. Toinen haastatelluista kertoo saaneensa sairaalassa rauhoittavia ja kertoo hyötyneensä niistä. Muun lääkityksen hän kuvaa olleen liian vahva, ja jatkaa että olo alkoi helpottua huomattavasti vähentämisen myötä, jopa niin, että hoitava lääkäri huomasi kuntoutumista tapahtuneen, joskaan ei omatoimista vähennystä hyväksynyt.

Mielekkään toiminnan merkitys tulee esiin kaikissa haastatteluissa ja neljä viidestä haastatellusta kertoo saaneensa tukea harrastuksista: taiteesta, käsitöistä, liikunnasta ja tietokoneella pelailusta. Pojan avustuksella löytynyt tietokone-harrastus oli aikoinaan erittäin tärkeä elämän käännekohta yhdelle haastatelluista: se merkitsi käytännöllistä askelta kohti ulkomaailmaa, 8-9 vuoden kotiin jumiutumisen jälkeen. Tietokoneella pelailu johti tutustumaan Internetiin, mistä löytyi tietoa mielenterveys-asioista ja paikallisesta kolmannen sektorin toimijasta, johon haastateltu lähti tutustumaan. Yksi haastatelluista kertoo käyvänsä psykiatrian poliklinikan järjestämässä harrasteryhmässä mutta myös omatoimiset liikuntaharrastukset mainitaan.

Kaikki haastatelluista ovat aktiivisia osallistujia Miete ry:n järjestämään toimintaan: erilaisiin harrasteryhmiin ja retkiin. Miete ry:n toiminnan kerrotaan mahdollistavan sellaisiakin harrastuksia, joihin ei yksin olisi mahdollisuutta. Jokainen haastatelluista on toiminut Miete ry:n harrasteryhmissä myös ryhmänvetäjänä ja on kokenut tämänkaltaisen vastuun sopivana. Kaksi viidestä haastatellusta kuvaa löytäneensä Miete ry:n kautta verkostoja ja vaikuttamisen mahdollisuuksia, joissa omia kokemuksia ja potentiaalia voi käyttää mielenterveyskuntoutumisen hyväksi laajemminkin. Tällaisia vaikuttamisen kanavia ovat mm. erilaiset kehittämistyöryhmät, joissa haastatellut toimivat mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntijoina. Nämä yhteistyömuodot, joissa kuntoutuja pääsee käyttämään tietotaitoaan myös muiden hyödyksi, mahdollistaa kuntoutujan osallisuuden yhteiskuntaan ja on tärkeä kokemus vaikuttavana kansalaisena olemisessa.

Arkisen tuen antajien joukko on organisoimaton ja kirjava joukko erilaisia toimijoita, kuten ovat tuentarpeetkin sairaalahoitajakson loppuessa ja arjen alkaessa. Kaikki viisi haastateltua kertoo saaneensa jonkinlaista tähän kategoriaan luokiteltua tukea. Arkisen tuen antajia ovat olleet aikuiset lapset, sisarukset, täti, ystävä, koulun henkilökunta ja Kirkon diakoniatyö, yksityinen perintätoimisto sekä Mieteri. Arkisen tuen kategoriaan on sisällytetty seuraavia tukimuotoja: taloudellinen tuki, päivittäinen ruoka, tukitoimintaan hakeutumisessa rohkaiseminen, realisointi liiallisen kiireen ja henkisen kuormituksen uhatessa, muu tarkemmin määrittelemätön ”auttaminen monin tavoin” sekä joustavat järjestelyt arjen vaatimuksissa, kuten laskujen maksu ja kouluun liittyvien työharjoittelujen suorittaminen.

Vertaistuella on ollut suuri merkitys kaikkien haastateltujen elämässä, se käy ilmi kaikista haastatteluista, niin kirjallisista kuin suullisestikin toteutetuista. Sen merkitystä kuvataan haastatteluissa muun muassa näin: ”Alussa en saanut tukea, kun en tuntenut ketään, jolla olisi ollut psyykkisiä sairauksia, en kuulunut terveiden eikä sairaiden pariin. Myöhemmin sillä (vertaistuella) on ollut suuri merkitys.”

”Vertaistuki on ollut ehdottoman tärkeä 3. ”kivijalka” psykiatrin ja terapian kanssa. Vertaistuen avulla omien asioiden käsittely on ”arkipäiväistynyt” ja muut samantyyppisiä asioita läpikäyneet ihmiset ovat samalla ns. aaltopituudella, joten asioista puhuminen on helppoa.”

Vertaistukea haastatellut kertovat löytäneensä kansallisen mielenterveyden tukijärjestön kuntoutuksista, tukijärjestön koulutuksista ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden tarjoamasta toiminnasta. Mieteri:ltä löytyneen vertaistuen rooli korostuu vahvasti kaikkien haastateltujen kertomuksissa. Sosiaalinen viitekehys on osittain päällekkäinen käsite edellä mainitun vertaistuen kanssa. Sitä kuitenkin haluttiin tässä vielä korostaa erityisesti, sillä haastatteluista huokuu ajatus siitä, että vertaisuus on enemmän kuin organisoitua tukemista ryhmässä, se on ennemminkin johonkin kuulumista ja osalliseksi tulemistä. Oman paikkansa löytämisen merkitystä kuvataan näin: ”mun mielest niinku se on oikeestaan kaiken A ja O et löytyy joku paikka sen osastohoidon jälkeen, jossa sitte niin ku voi olla oma itensä ja et myöski on jotain mielekkyyttä ja voi funtsailla itekseen niit asioita tai sitte jonku kanssa, riippuen, mitä jaksaa.. - - mä väitän, et tällä toiminnalla (Mieteri)

on vältetty esimerkiksi meikäläisen – nyt toistaseks ainakin – mahdollisia uusia, ihan pohjakosketuksia.. et ku löytää ees kuitenki jotain mielekästä”

Kaksi haastatelluista kertoo osallistuneensa sairaalahoitajaksojen jälkeen kuntoutukseen ja kumpikin kuvaa hyötyneensä niistä. Toinen haastatelluista on osallistunut kansallisen mielenterveyden tukijärjestön järjestämille kuntoutuskursseille. Toisen kuntoutuksen järjestäjä ei käy ilmi haastattelussa, mutta kyseessä on paikallinen toimintakeskus, jossa haastateltu kävi usean vuoden ajan ja koki saavansa sieltä kaiken tuen, mitä oli mahdollista saada. Tässä viimeksi mainitussa toiminnassa haastateltu kertoo toiminnan perustuneen hänelle tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan. Toinen kuntoutuksessa käyneistä haastatelluista kuvaa kuntoutuksen olevan yhtä tärkeää mielenterveysongelmissa kuin fyysistenkin vammojen kohdalla: ”sehän on se elintärkeä saada, se kuntoutus.. Mä niinku tiedän, ku mä oon lapsena jo loukkaantunu ja on kuntoutettu lapsena, sitte ennen ku on päästy sairaalasta, et on lihakset kunnossa, että pystyy kävelee - -”

### 8.3 Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö

Tässä kuvataan haastateltujen kokemuksia, näkemyksiä ja ajatuksia julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välisestä yhteistyöstä ja sen merkityksestä yksittäiselle mielenterveyskuntoutujalle. Yhteistyötilannetta kuvataan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, terveydenhuollon oppilaitoksien ja kolmannen sektorin muiden toimijoiden välillä, Miete ry:llä toimivien haastateltujen näkökulmasta. Haastatteluista ilmenee, että yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa koetaan vaikeimmaksi osa-alueeksi. Haastateltavat kertovat, ettei sairaalahoitajakson aikana kolmannen sektorin toiminnasta puhuttu juurikaan ja sinne ohjaaminen oli käytännössä ilmoitustaulun ja sattumanvaraisten esitteiden varassa. Yksi haastatelluista kuvaa kokemustaan näin: ”vast sillon 2009 eka kertaa - - emmä ollu tienny mikä kolmas sektori on ja et sinne voi niin ku mennä.. et sillon vasta se tuli ja tiedän että en ole ainoa, joka on tätä tietä kulkenu”

Haastatteluissa ilmenee myös, että erikoissairaanhoidon taholta ei käydä juurikaan tutustumassa kolmannen sektorin toimipaikassa Miete ry:llä. Niitäkin kokemuksia

kuitenkin ilmeni, että erikoissairaanhoidon hoitaja oli käynyt tutustumassa Mieteryhdykseen ja suositteli sitä potilaalle, arvellessaan että juuri se voisi olla sopiva paikka tälle. Kerrottiin myös, että osastolta oli kehoitettu soittamaan kolmannen sektorin paikkaan ja varaamaan tutustumisaika. Haastatteluissa oli myös mainintoja sosiaali- ja terveysyhtymän kokoamasta moni ammatillisesta neuvottelukunnasta, jossa sosiaali- ja terveysalan päättäjiä ja julkisen sektorin edustajia kokoontuu yhteen kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Näissä kokoontumisissa kehitetään mielenterveyskuntoutujien hoitoa ja ongelmien ehkäisyä. Neuvottelukunnassa on mukana myös mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntija pitämässä esillä käyttäjä näkökulmaa.

Perusterveydenhuollon nähdään tiivistäneen yhteyksiään sekä erikoissairaanhoidon että kolmannen sektorin päin. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tiivistyneeseen yhteistyöhön viittaa nykyinen jatkohoitokontaktin järjestäminen. Perusterveydenhuollon kerrotaan myös kehittävänsä yhteistyötä kolmannen sektorin suuntaan, mm. Mieteryhdyksen kanssa. Tässä yhteistyössä on kyse vertaistuen hyödyntämisestä avohoidossa sekä ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntijan yhteistyöstä mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Haastatteluista ilmenee, että myös kolmannen sektorin omien rivien tiiviudessa olisi parantamisen varaa, mutta paikallisesti on tapahtunut myös voimavarojen yhdistämistä. Tästä ovat esimerkkinä Mieteryhdyksen vertaistukihenkilöt, jotka käyvät toisaalla tukihenkilöinä ja eri toimijoiden väliset tutustumiskäynnit. Haastatteluun osallistuneet kertovat, kuinka ovat saaneet pitää kokemusasiantuntijan näkökulmaa esillä myös terveydenhuollon oppilaitoksissa, joihin heitä on kutsuttu puhumaan tuleville lähihoitajille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Vastaavanlaisia tilaisuuksia on järjestetty myös perusterveydenhuollon, jo työssä oleville hoitohenkilöille.

#### 8.4 Kolmannen sektorin tuen löytäminen

Kaikki viisi haastateltua kuvaavat kolmannen sektorin tarjoaman tuen löytymisen olleen heille erittäin tärkeää. Tällä hetkellä pääasiallisesti tukiyhteisöksi on muodostunut Mieteryhdykseen. Mieteryhdykseen viitataan haastatteluissa sosiaalisena viitekehyk-

senä ja paikkana jonne voi vain tulla, viettää aikaa ja olla sellainen kuin on. Erään haastatellun sanoin: ”saa tunteen, että huolimatta omista psyykkisistä ongelmistani, voin kuitenkin pääosin olla "tavallinen" ihminen. Ja olla jopa oikeutettu tähän omaan elämäänsä.”

Haastateltavilla on jokaisella erilainen tarina siitä, kuinka päätyi Mietteen tuen piiriin. Yksi näki lehtijutun Mietteen toiminnasta, otti yhteyttä toiminnanjohtajaan, sai pikaisesti vastauksen, lähti tutustumaan ja alkoi käydä säännöllisesti. Toinen opetteli käyttämään tietokonetta oltuaan kahdeksan - yhdeksän vuotta kotona, tekemättä mitään. Hän etsi Internetistä tietoa mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuista paikoista ja löysi Miete ry:n, jonne lähti tutustumaan. Ensimmäisellä kerralla hän tiesi, että tulisi uudestaan ja pian hänestä tuli myös Miete ry:n jäsen. Kolmas muistelee katselleensa sairaalan ilmoitustaululla Miete ry:n esitettä, mutta tuolloin ei rohkeus riittänyt lähteä tutustumaan. Myöhemmin hän lähti lehti-ilmoituksen perusteella Miete ry:n järjestämiin juhliin, tutustui siellä ihmisiin ja alkoi vähitellen käydä Miete ry:llä syömässä. Hänen taiteellinen lahjakkuutensa huomattiin ja häntä pyydettiin opettamaan kurssilla muita kuntoutujia.

Neljäs lähti Miete ry:lle tätinsä houkuttelemana. Alkuun hän kävi vain Mietteen juhlissa, pikkujouluissa, syntymäpäiväjuhlissa ja muissa tapahtumissa, mutta myöhemmin alkoi käydä muulloinkin. Juhliin osallistuminen oli hänelle helppo tapa tutustua paikkaan pikkuhiljaa. Myöhemmin hän alkoi toimia ryhmän vetäjänä. Viides sai erikoissairaanhoidon hoitajalta suosituksen lähteä tutustumaan Miete ry:hyn. Hoitaja oli itse tutustunut paikkaan, ja arveli sillä olevan annettavaa taiteelliselle kuntoutujalle. Miete ry osoittautuikin juuri sopivaksi paikaksi ja ajanvietto Mieteellä on nykyään päivittäistä. Haastateltavien mukaan sillä on merkitystä, millä tavoin hoitotaho ohjaa kuntoutujaa kolmannen sektorin tuen piiriin. Yksi haastatelluista ohjattiin Miete ry:lle aktiivisesti hoitotahon toimesta. Osa oli mahdollisesti saanut tai nähnyt sairaalassa toiminnasta esitteitä, mutta kukaan ei ollut tullut paikkaan niiden perusteella. Haastattelujen pohjalta kolmannen sektorin toiminnan löytämisen hankaluudet johtuvatkin toisaalta osastolla annetun informaation passiivisesta muodosta ja toisaalta mielenterveyskuntoutujien sen hetkisen tilanteen tuomista haasteista, joita olivat mm. rohkeuden puute ja keskit-

tymiskyvyttömyys. Kaksi haastatelluista toteaakin suoraan, että hoitotahon tulisi ohjata kuntoutujia vahvemmin olemassa olevan tukitoiminnan piiriin.

### 8.5 Kotiutumisen parempi tukeminen

Haastatelluilta kysyttiin, olisiko heitä voitu tukea paremmin tai yleisesti, miten mielenterveyskuntoutujien kotiutumista voitaisiin tukea paremmin. Kaksi viidestä kertoi kokevansa, että kaikki mahdollinen oli tehty. Loput kolme kertoivat, että heitä ei juurikaan tuettu kotiutumisen yhteydessä. Yhdellä näistä kolmesta sattui viimeisimmällä sairaalajaksolla olemaan hyvä omahoitaja, jonka avulla haastateltava oli kokenut pääsevänsä elämässä eteenpäin. Ideoita kotiutumisen parempaan tukemiseen saimme vielä toisessa yhteydessä. Haastateltujen ideat koskivat erikoissairaanhoidon, avohoidon ja sosiaalitoimiston tarjoamaa tukea ja sairaalan kotiutustiimin kehittämistä sekä kokemusasiantuntijan liittymistä osaksi kotiutustiimin työryhmää. Kotiutumisen yhteydessä toivottiin konkreettista ”kädestä pitäen” auttamista tuen piiriin, jos siihen vain oli valmis. Haastateltujen mielestä kuntoutujaa ei kuitenkaan saisi päästää sairaalasta yksin kotiin kohtaamaan arkea, joka sairaalahoidon jälkeen näyttäytyy liian haasteelliselta. Konkreettista apua toivottiin esimerkiksi kotioven takana odottavan laskupinon avaamisessa yksi kerrallaan.

### 8.6 Miten julkisen ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää?

Haastatteluista käy ilmi, että yhteistyö eri sektoreiden ja toimijoiden välillä on mielenterveyskuntoutujan kannalta tärkeää. Kuntoutusjärjestelmän kehittäminen nähdään tärkeäksi, jotta mielenterveyskuntoutujan arki ja kotona selviytyminen olisi helpompaa. Neljä haastatelluista on sitä mieltä, että jos kotiutumassa oleva mielenterveyskuntoutuja pääsisi heti vertaistuen piiriin, arjessa selviytyminen olisi helpompaa. Kahden haastatellun mukaan heti järjestetyllä vertaistuellla voitaisiin ehkäistä myös kuntoutujan joutumista takaisin osastohoitoon.

”vaikka on osastohoidosta todettu, että on jo sen verran kuntoutunu, että voi lähteä.. Se osasto on kuitenkin vielä se kiitoradan alkupätkä, et kyl siin tarvii sellast aktiivista, koska sit se jää.. ei oo mitään sosiaalista viitekehystä, ni mä oon ainaki



pyöriny ihan helvetin monta vuotta, ni sit se ainoo, kenen kans sä puhut päiväs, saattaa olla Valintatalon kassa, ja sit pyörittelet päässä, yrität tehdä jotenki mielekkääks sen olemisen, ni se ei kyllä oikein kauheen hyvin toimi. - - se jätetään jotenki kesken. Tai sit tulee se jojo-efekti, et kotiin, takasin osastolle, kotiin..”

”Se (jojo-efektin välttäminen) vaatis vaan sitä julkisen sektorin ja muiden toimijoiden – oikeesti – yhteistyötä.”

”tää on tää mun mielipide, että paljon vähemmän ihmiset palais, ku niil ois se vertainen siinä ensimmäisen kerran kotiutuksen jälkeen.”

Esille nousi kokemusasiantuntijuuden arvo ja sen hyödyntäminen julkisen sektorin palveluissa. Pääosin esille tuli jo käynnissä olevia hankkeita ja toiminnan muotoja, joilla yhteistyötä pyritään jo parantamaan. Tärkeänä pidettiin julkisen ja muiden mielenterveyttä tukevien toimijoiden yhteistyötä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveisyhtymä on jo koonnut moni ammatillisen neuvottelukunnan, joka kokoontuu yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa mielenterveyskuntoutujien hoitoa ja ehkäisyä kehittämään. Kokemusasiantuntijuuden arvo mielenterveys-työssä on kasvanut ja tiedonkulku julkisen ja kolmannen sektorin välillä on parantunut. Eräs haastatelluista toi esille sairaanhoidon opiskelijoiden asennemuokkauksen jo koulutusvaiheessa. Kokemusasiantuntijat ovatkin jo saaneet vierailta oppilaitoksissa kertomassa mielenterveysongelmista ja kuntoutumisesta. Perusterveydenhuollon kanssa yhteistyötä on kehitteillä runsaasti ja vertaistoimintaa on alettu hyödyntämään myös siellä. Haastatteluissa tuli monessa eri yhteydessä esille yhteistyön puute erikoissairaanhoidon kanssa. Tähän kaksi haastateltavaa antoi kehittämisehdotuksena idean vertaistoimijan osallistumisesta sairaalan kotiutustiimiin. Näin kuntoutuja ei jäisi yksin kotiutumisen vaiheessa ja saisi vertaistukea heti sairaalahoidon jälkeen. Kuitenkin haastateltavien mielestä haasteena on erikoissairaanhoidon suhtautuminen sitä kohtaan, että sairaalan kotiutustiimiin otettaisiin kokemusasiantuntija osaksi työryhmää.

Kaksi haastatelluista näki selvän tarpeen tukihenkilölle, kun mielenterveyskuntoutujaa kotiutetaan erikoissairaanhoidon hoitajaksolta. Myös kaksi muuta oli sitä mieltä, että vertainen tukihenkilönä kotiutuksen yhteydessä olisi hyvä idea. Nämä kaksi muuta totesivat, että kotiin palattuaan mielenterveyskuntoutuja tarvitsee

liikkeelle ”potkijaa”. Tukihenkilön kaavailtiin olevan henkilö, joka auttaisi ja rohkaisisi arkisissa asioissa, kuten laskujen maksamisessa, yksi kerrallaan. Hän olisi myös henkilö, joka lähtisi vastakotiutuneen kanssa tutustumaan eri tukipaikkoihin. Vertaisen kanssa tukipaikkoihin tutustuminen nähtiin jopa parempana ajatuksena kuin paikkoihin tutustuminen hoitajan kanssa. Haastatteluissa korostui ajatus, että tukihenkilön kannattaisi olla läsnä jo kotiutuspalaverissa. Yksi haastatelluista arvelee, että hänen tilanteessaan vertaistuesta ei olisi ollut apua ensimmäisinä vuosina, sillä hän halusi selvittää yksin.

Vertaistuen mahdollisuutta pohdittiin jo hoitajakson ajalle, ennen kotiutusta. Tällöin vertaistoimija voisi käydä osastolla kertomassa kolmannen sektorin tuesta, käydä ”ruohonjuuritason” keskusteluja potilaiden kanssa ryhmässä tai yksityisesti, tai ohjata luovuusryhmiä, kenties yhdessä hoitajan kanssa. Luovuuden ja tekemisen lisäämistä erikoissairaanhoidon kaivattiin muutenkin, sillä ”itsensä kaivelu ei välttämättä auta”. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi kangaspuilla kutomisen kautta. Erikoissairaanhoidolta toivottiin myös laadukkaampaa informointia olemassa olevasta tukitoiminnasta. Henkilökohtaista, selkeää suositusta mennä tiettyyn paikkaan, pidettiin parempana kuin esitteiden jakamista. Hoitajan lähtemistä mukaan tutustumiskäynnille pidettiin ihan hyvänä ajatuksena myös, jos heillä vain olisi siihen aikaa.

Neljä haastatelluista piti tärkeänä avohoidon jatkohoitokontaktia ja mahdollisuutta keskustella sairaanhoitajan tai vastaavan kanssa. Kaikki eivät kuitenkaan kokeneet pelkän keskustelun riittävän tueksi arjessa koettuihin haasteisiin. Keskustelu koettiin toisinaan myös turhauttavaksi, koska hoitaja tai vastaava saattoi kysyä vain mitä olet tehnyt menneenä viikkona. Kuntoutujan on ollut vaikea löytää tähän vastausta, koska arjessa ja elämässä ei tapahtunut mitään, mistä keskustella. Toimintaa yhdessä keskustelun kanssa pidettiin hyvänä. Keskustelujen ohella avohoidon jatkohoidolta olisi kaivattu tukea lastenkasvatuskysymyksissä ja esimerkiksi kotikäyntejä tai muuten monipuolisempaa tarjontaa, kuten toimintaa ja ryhmässä olemista. Sairaalasta kotiutuvan mielenterveyskuntoutujan taloudellisen tuettomuuden ratkaisuksi ehdotettiin ”kotiutumistukea”, jota voitaisiin hakea sosiaalitoimistosta. Se perittäisiin takaisin, kun kuntoutuja on päässyt jaloilleen.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata ja tutkia mielenterveyskuntoutujien sairaalasta kotiutumisen haasteita ja siihen saatua tukea ja arvioida heidän kokemustensa kautta suomalaista kuntoutusjärjestelmää. Opinnäytetyömme tutkimustehtävät olivat:

- 1) kuvailla, minkälaisia arjessa selviytymisen haasteita haastattelemlamme mielenterveyskuntoutujilla on ollut sairaalahoitajaksolta kotiin palatessaan ja miten heitä on kotiin palaamisessa tuettu?
- 2) Selvittää, minkälaisena haastattelemamme mielenterveyskuntoutajat näkevät julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välisen yhteistyön?
- 3) Selvittää, millä tavoin mielenterveyskuntoutujien arjessa selviytymistä ja kuntoutumista voitaisiin tukea paremmin kotiutumisen yhteydessä.

Opinnäytetyömme teoreettisessa osiossa on nähtävissä samoja elementtejä mielenterveyskuntoutujien arjen haasteellisuuteen ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmään, sekä sen toimivuuteen, että toimimattomuuteen liittyen. Opinnäytetyösämme olemme halunneet huomioida mielenterveyskuntoutujien kokemusasiantuntijanäkökulman palveluiden kehittämisen suhteen ja antaa sille tilaa kysymällä, kuinka heitä olisi voitu tukea paremmin? Tämä lähestymistapa on keskeinen nykyisessä hoito- ja kuntoutusajattelussa, jonka mukaan potilas/kuntoutuja ei ole objekti jota hoidetaan ja kuntoutetaan, vaan subjekti, joka on oman elämänsä asiantuntija (Nordling 2011).

Opinnäytetyömme keskeisiä tuloksia olivat mielenterveyskuntoutujien arjessa kohtaamat haasteet, joita olivat 1) sosiaaliset haasteet, 2) yhteiskuntaan sopeutumisen haasteet ja 3) itsestä ja perheestä huolehtimisen haasteet. Tuki, jota kuntoutajat kotiutumisen yhteydessä saivat, olivat 1) sairaalahoitajakso ja hoitosuhteet, 2) keskusteluapu tai terapia jatkohoitona, 3) lääkitys, 4) mielekäs toiminta, 5) arkinen tuki, 6) vertaistuki, 7) oma asenne ja toiminta sekä 8) kuntoutus. Julkisen sektorin tarjoamaa ja järjestämää tukea olivat näistä pääasiassa kolme ensimmäi-

senä mainittua, eli sairaalahoito, keskustelut jatkohoitona ja lääkitys. Mielekkään toiminnan, arkisen tuen, vertaistuen ja kuntoutuksen järjestäminen olivat pääasias-  
sa kuntoutujan itsensä, omaisen tai muun satunnaisen tahon varassa. Keskeiseksi  
edellä mainittujen tukimuotojen tarjoajaksi haastatellut mainitsevat Miete ry:n.  
Mielenterveystyössä tulisi kuitenkin pitää silmällä koko kokonaisuutta: mielen-  
terveyden edistämistä, mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta.  
Ihmisen elämäntilanne tulisi huomioida kokonaisuutena ja hyvinvointia tulisi tu-  
kea kaikilla elämänaalueilla. (Koskisuus 2004, 39; Koskisuus 2006, 130- 131; Lehti-  
nen & Taipale 2005.)

Julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyö nähtiin vajavaisena sekä Koskisuun  
(2006, 132), että haastateltavien mukaan, mutta toisaalta kehittyvänä.  
Haastateltavien mukaan mielenterveystyön kehittäminen kuntoutujalähtöiseksi  
tarvitsee yhteistyötä 1) erikoissairaanhoidon kanssa, 2) perusterveydenhuollon  
kanssa, 3) terveydenhuollon oppilaitoksien ja 4) kolmannen sektorin muiden  
toimijoiden välillä. Mielenterveyslaki sanoo, että mielenterveystyötä tulee  
toteuttaa ja palveluja järjestää yhteistyönä eri sektoreiden ja hallinnonalojen  
kesken (Lehtinen & Taipale 2005) ja että näiden toimijoiden yhteistyö on  
ratkaisevaa sen suhteen, ovatko mielenterveyspalvelut toimiva kokonaisuus  
(Mielenterveyslaki 1116/1990, 5 §). Haastatteluissa tulee ilmi, että eri toimijoiden  
yhteistyö nähdään tärkeänä. Tarvetta kuntoutusjärjestelmän yhtenäistämiseksi ja  
toimijoiden yhteistyölle luo mielenterveyskuntoutujan haasteet arkeen  
palaamisessa ja selviytymisessä sekä sairaalakierteen katkaisemisessa.  
Haastateltavien mukaan yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa nähdään kaikkein  
vaikeimpana. Tieto kolmannen sektorin tarjoamasta tuesta jää sairaalassa yleensä  
ilmoitustaulun tai sattumanvaraisten esitteiden varaan eikä kuntoutujia ohjata  
tarpeeksi konkreettisesti tuen piiriin. Yhteistyötä julkisen sektorin kanssa  
kuitenkin on ja sitä kehitetään koko ajan lisääntyvässä määrin. Yhteistyötä on  
kehitteillä sosiaali- ja terveysyhtymän neuvottelukunnan, perusterveydenhuollon,  
erikoissairaanhoidon, terveydenhuollon sekä muiden kolmannen sektorin  
toimijoiden kanssa. Kolmannen sektorin tuen löytyminen on erittäin tärkeää ja  
joidenkin pääasiallinen tukimuoto. Mielenterveyskuntoutusjärjestelmän  
pirstaleisuus on seikka, josta kärsivät eniten mielenterveyskuntoutajat, joskin

yksilöiden kautta se vaikuttaa yhteiskuntaan laajemminkin. Olemassa on monenlaisia eri tukimuotoja, mutta järjestelmän hajanaisuuden ja tiedonkulun heikkouden vuoksi monet tuentarvitsijat putoavat eri tukimuotojen väliin (Kostamo-Pääkkö 2001, 114).

Haastatteluissa ilmennyt erikoissairaanhoidon kehittämistä koskeva keskeinen idea oli kokemusasiantuntijan mukaanotto kotiutumassa olevan mielenterveyskuntoutujan verkostopalaveriin. Jatkossa tällaisesta henkilöstä käytetään nimitystä ”tukihenkilö”. Tukihenkilö voisi kotiuttamisesta lähtien tarjota tietotaitonsa kotiutujan käyttöön. Tukihenkilö auttaisi arkisissa asioissa, jotka helposti alkavat kasaantumaan: tarvittaessa hän opastaisi kuinka laskut maksetaan yksi kerrallaan tai lähtisi mukaan tutustumaan eri tukitoiminnan muotoihin, jonne ei ehkä yksin tulisi lähdettyä. Mahdollisuuksien mukaan tukihenkilö voisi käydä osastollakin kertomassa eri tukimahdollisuuksista. Tukihenkilön arveltiin olevan parempi ”esite” tukitoiminnasta osastohoidossa oleville, sillä tuolloin keskittymiskyky ei ole parhaimmillaan. Myös hoitohenkilökunnan aktiivinen ote tukitoiminnan piiriin ohjaamisessa nähtiin olevan paperista esitettä tehokkaampi vaihtoehto. Aktiivinen ote pitää sisällään ajatuksen henkilökohtaisesta ja selkeästä suosituksesta tai mahdollisesti yhteisestä tutustumiskäynnistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) yksi keskeinen tavoite on kokemusasiantuntijoiden mukaan ottaminen päihde- ja mielenterveystyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (STM 2009). Myös Mielenterveyden keskusliitto suosittaa mielenterveystyön välineeksi kolmen asiantuntijan Trio -kuntoutusmallia. Nämä kolme asiantuntijaa ovat kuntoutuja itse, kuntoutumiskokemuksen omaava kuntoutunut henkilö ja sosiaali- ja terveystieteiden ammattilainen. (Koskisu 2006, 14.) Edellä mainitussa sosiaali- ja terveyden huollon kehittämissuunnitelmassa avohoidon kehittäminen nähdään tärkeänä. Sama tuli esille haastatteluissa. Haastatteluiden perusteella pelkät tukikeskustelut eivät kaikilla riitä arjessa koettuihin haasteisiin, ja toiset kokevat, että keskustelun yhteyteen tarvittaisiin yhteistä tekemistä tukihenkilön kanssa. Tukea kaivattaisiin lastenhoitollisiin asioihin sairastumisen yhteydessä, kotikäyntejä, toimintaa ja ryhmässä olemista. Kuntoutujan taloudellisiin haasteisiin tarvittaisiin ratkaisuja, esimerkiksi

sosiaalitoimisto voisi tukea kuntoutujia rahallisesti, kunnes kuntoutuja on päässyt takaisin omille jaloilleen.

## 9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen kannalta oleellista ovat luottamuksellisuus, anonymiteetin säilyminen sekä haastateltavien oikeus tietää tutkimuksen päämäärästä, tarkoituksesta ja niiden julkaisusta. Tärkeää on, että haastateltavia ei vahingoiteta tutkimuksen aikana eikä sen jälkeen. (Sarajärvi 2002, 4.) Lupa yhdistyksen jäsenten haastatteluun kysyttiin Miete ry:n toiminnanjohtajalta ja halukkuutta haastatteluun haastateltavilta itseltään hyvissä ajoin ennen varsinaisia haastatteluja. Opin- näytetyömme aihe on muodostunut lopulliseen muotoonsa osaksi kuntoutujiin tutustumisen myötä. Haastateltavia valittaessa tulee olla varma sitä, että haastateltavat kykenivät arvioimaan halukkuutensa haastatteluun ja että haastatteluiden anto oli täysin vapaaehtoista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Haastateltavamme olivat halukkaita osallistumaan heille tärkeän aiheen tutkimiseen alusta alkaen.

Kirjalliset haastattelut jokainen haastateltava, lukuun ottamatta yhtä, sai tehdä itsenäisesti ja anonymisti. Yhdelle haastateltavalle kirjallinen haastattelu tehtiin suullisesti, koska hän koki sen luontevammaksi. Mietimme, että koska olemme tutustuneet haastattelijoihin jo etukäteen, ja tunsimme heidät jo melko hyvin yksilöinä, voisi vastaajien henkilöllisyydet paljastua meille heidän vastauksistaan. Tämä ei kuitenkaan ole ollut ongelmana haastatteluiden purkamisessa, koska ne purettiin teemoittain, eikä mahdollinen vastauksen antajan henkilöllisyys tai sen paljastuminen meille olisi vaikuttanut lopputuloksiin. Anonymiteetin kohdalla pohdimme, että voisivatko haastateltujen henkilöllisyydet paljastua sukulaisille tai tuttaville silloin, kun heidän vastauksiaan on kirjoitettu esimerkkimuodossa opin- näytetyön tuloksiin. Opin- näytetyön tekijöinä tiedostamme tämän ja olemme pyrkineet vähäiseen haastateltavien henkilökohtaisen elämän avaamiseen tässä työssä, ellei tieto ole ollut tutkimuksen tulosten kannalta oleellista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2012).

Suullisiin haastatteluihin kysyttiin lupaa vain haastateltavilta ja tässä yhteydessä kerroimme myös syyn lisähaastatteluun. Haastattelut suoritettiin suljetussa huo-

neessa anonyymiyden ja rauhallisen haastattelutilanteen suojaamiseksi. Haastateltaville myös kerrottiin haastattelun alussa, että aineisto hävitetään opinnäytetyömme julkaisun jälkeen. Yksi haastateltavissa epäroi haastattelun antamista nauhurille, jos haastattelun kuulisi koko koululuokkamme. Käsitystä oikaistiin ja haastateltava oli halukas jatkamaan. Koemme pitkähkön yhteistyön haastattelemiemme mielenterveyskuntoutujien kanssa olleen hyvänä pohjana haastatteluille. Uskomme sen synnyttäneen haastateltavissamme luottamusta, joka tuli esiin rentoutena ja hyvänä ilmapiirinä haastattelutilanteissa sekä kutsuina tulla haastattelemaan kotiin. Uskomme tämän luottamuksen ja tutuksi tulemisen vaikuttavan myös haastattelujen aitouteen: heidän rehellisyyteensä ja meidän valmiuksiimme tulkita heidän kokemuksiaan.

Olemme pyrkineet opinnäytetyössämme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Aluksi tuntui siltä, että aiheestamme on vaikeaa löytää teoriaa, mutta sittemmin tietoa on löytynyt ihan hyvin. Olemme pyrkineet tuomaan julkisesti esille omaa asennettamme ja erottaa ne opinnäytetyön tuloksista. Kuitenkin asenteellemme on löytynyt myös tietoperustaa, jota käsittelemme opinnäytetyömme tietoperustassa. Olemme lukeneet paljon lähdemateriaalia, joista osaa on hyödynnetty tässä työssä ja osa on jätetty pois eri syistä, mm. lähteen vanhentumisen takia, vaikka tieto olisikin ollut omasta mielestämme hyvää ja luotettavaa. Tuoretta tietoa aiheestamme oli haasteellista löytää ja syyksi mietimme mm. sitä, että koko kuntoutusjärjestelmän kehittämiseen on havahduttu jo aikoja sitten, mutta sen parantamiseen ei ole panostettu ja esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden merkitykseen on havahduttu vasta viime aikoina. Pohdimme myös, olivatko lähdekirjallisuutemme liian ”oppikirjamaisia” verrattuna joihinkin tieteellisiin lähteisiin. Kuitenkin olemme pyrkineet hyvään lähdekirjallisuuden saatavuuden määrittelemissä rajoissa. Lähteitä olisi mielestämme voinut olla enemmän, kuten eräiden lukujen kappalejaossa on käytetty vain yhtä lähdettä. Tähän olisi voinut auttaa edelleen syvempi lähdemateriaalin etsiminen, vaikka olemme yhdessä ja erikseen kolonneet kahden eri kaupungin kirjastoja läpi ja tutkineet paljon lähdemateriaalia Internetistä ja alan lehdistä.

### 9.3 Johtopäätökset

Koko kuntoutusjärjestelmän kehittämiseksi olisi opinnäytetyömme tulosten mukaan suuri tarve. Joitakin hyviä kokemuksia haastateltujen kokemuksista onneksi löytyi, mutta kokonaisuudessaan kuntoutusjärjestelmää tulisi uudistaa kuntoutuja-lähtöisemmäksi, koska liian usein mielenterveyskuntoutuja kuitenkin jää yksin ja pahimmassa tapauksessa palaa takaisin sairaalaan. Haastateltujen mielenterveyskuntoutujien arjessa kohtaamat, keskeiset haasteet, joita olivat: sosiaaliset haasteet, yhteiskuntaan sopeutumisen haasteet sekä itsestä ja perheestä huolehtimisen haasteet, ovat seikkoja, jotka ovat vaikuttaneet merkittävästi heidän arkeensa ja elämisenlaatuunsa. Tuki, jota heille on lakisääteisesti kuulunut ja jota heille on tarjottu sairaalahoitojakson, keskusteluun painottuva jatkohoidon sekä lääkityksen muodossa, ei ole ollut heille riittävää, kun arki on ollut monin tavoin hankalaa. Sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen on ollut heille kaikille keskeinen haaste, mistä kertoo mm. avioerot ja kavereiden hylkäämäksi tuleminen sairastumisen, sairaalahoitojakson ja kotiutumisen aikoihin.

Päivittäisen ruuan, vertaistuen, sosiaalisen viittekehyyksen sekä mielekkään tekemisen löytäminen kolmannen sektorin toiminnasta ovat olleet tärkeä tuki kuntoutujien arjessa, mikä oli kuultavissa jokaisessa haastattelussa. Joskaan, niiden saaminen ei sulje pois keskustelutarvetta alan ammattilaisen kanssa. Julkisen sektorin tarjoaman tuen yksipuolisuudesta ja riittämättömyydestä huolimatta haastattelemiemme mielenterveyskuntoutujia ei juurikaan ohjattu hakeutumaan kolmannen sektorin tuen piiriin, joskin myös positiivisia poikkeuksia löytyi. Kuunnellessamme haastateltavien tarinoita tärkeäksi todetun kolmannen sektorin tuen löytymisestä ihmettelimme, kuinka tuo aarre olikaan löytynyt sattumanvaraisesti, vaikka se voitaisiin organisoida löytymään tehokkaammin ja varmemmin, useampien mielenterveyskuntoutujien kohdalla. Haastateltavilta ei kysytty suoraan, ovatko he tyytyväisiä tämän hetkiseen tuki-tilanteeseensa, mutta haastatteluista välittyy tyytyväisyys, eikä kukaan ilmaise kaipaavansa mitään lisää, omaa tilannettaan ajatellen. Se, mitä monet heistä toivovat ja minkä vuoksi he näkevät myös vaivaa, on ajatus siitä, että useampien täytyisi saada tietää kolmannen sektorin olemassaolosta.



Passiivinen esitteiden jakaminen kolmannen sektorin toiminnasta ei vienyt haastattelimiamme mielenterveyskuntoutujia kolmannen sektorin tuen piiriin. Heidän oman ideansa mukaan vertaisen läsnäolo ja kokemustieto kotiutumisen yhteydessä voisi ratkaista monta kotiutumisen haastetta. Erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin yhteistyön vähäisyys hidastaa tuen löytymistä. Haastateltavien ja myös omasta mielestämme hoitajien pitäisi ottaa osaa potilaan jatkohoidon suunnitteluun aikaisempaa enemmän. Nykyinen käytäntö niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa jättää mielestämme hoidon vajaaksi. Perusterveydenhuollossa kokemusasiantuntijoiden arvoon on kuitenkin herätty ja yhteistyötä on kehitteillä mm. Miete ry:n kanssa. Tarkoituksena on vertaistuen hyödyntäminen avohoidossa ja ammattilaisten ja mielenterveyskokemusasiantuntijoiden yhteistyö mielenterveyskuntoutujien auttamiseksi. Kolmannen sektorin toimijat työskentelevät myös itse aktiivisesti kokemusasiantuntijuuden käytön lisäämisen puolesta ja tekevät mm. asennemuokkaustyötä sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Miete ry tekee myös yhteistyötä monien muiden julkisten tahojen kanssa ja näin kolmannen sektorin tarjoama tuki kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen arvo saa koko ajan lisää näkyvyyttä.

Iloitsimme tätä opinnäytetyötä tehdessämme ja KASTE- hankkeen tavoitteita luokiessamme siitä, että jotain on tekeillä vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden tietotaitojen hyödyntämisen suhteen. On upeaa että heidän kokemustensa arvo tunnustetaan ja tunnustetaan, vaikka siitä saattaakin olla matkaa käytäntöön. Haastattelut ja tämän opinnäytetyön tekeminen on jättänyt jälkensä myös meidän kokemusmaailmaamme, emmekä varmaankaan unohda kuulemaamme ja oppimaamme kovin helposti. Toivottavasti löydämme omat reittimme pitää esillä mielenterveyskuntoutujien todellisuutta ja voimme omalta osaltamme olla tukemassa heitä löytämään oman potentiaalinsa.

#### 9.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaihe

Opinnäytetyömme perustuu mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntijoiden ajatuksiin kotiutumisen haasteista, kotiutumiseen saadusta tuesta ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmästä, mikä on arvokasta tietoa hoitotyön ammattilaisille, niin mielenterveyspuolella, kuin muussakin hoitotyössä. Toivomme, että tämän

työn kautta useammat hoitotyön tulevat ammattilaiset, tai jo työssä olevat ammattilaiset, voisivat nähdä kolmannella sektorilla tehtävän työn arvon ja ohjata rohkeasti kohtaamiaan mielenterveyskuntoutujia niiden olemassa olevien tukien piiriin. Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi psykiatrisilla osastoilla toimivien kotiutustiemien tutkimus ja kehittäminen. Oman tutkimuksemme pohjalta on alkanut kiinnostaa miten ne toimivat käytännössä ja voisiko niissä olla tilaa mielenterveyskuntoutumisen kokemusasiantuntijalle?

## LÄHTEET

Ahola, K., Virtanen, M., Pirkola, S. & Suvisaari, J. 2010. Työ ja mielenterveys. Teoksessa: Aromaa, A. & Koskinen, S (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Yliopistopaino: Helsinki, 7-12. [Viitattu: 1.6.2012]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/346e246c-991f-4ca3-a7f7-3813415facf3>

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002 a. (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002. Kansanterveyslaitos. Helsinki [Viitattu: 1.6.2012.] Saatavissa:

<http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002 b. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Tiivistelmä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/perusraportti/tiivistelma.html>

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002 c. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Väestön terveys, toimintakyky ja niihin vaikuttavat tekijät 2000- luvun alussa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/perusraportti/16.2.html>

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002 d. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Päätelmät. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/perusraportti/17.html>

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Yliopistopaino: Helsinki, 7-12. [Viitattu: 1.6.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/346e246c-991f-4ca3-a7f7-3813415facf3>

Erikoissairaanhoitolaki. 1062/1989.

Eskola, J. & Suoranta J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Hellmann, S. 2011. Ammatillinen verkostotyö mielenterveyskuntoutuksessa. Pori: Diakonia ammattikorkeakoulu [viitattu 22.5.2012]. AMK-opinnäytetyö. Saatavissa:

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29393/Hellman\\_Sari.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29393/Hellman_Sari.pdf?sequence=1)

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1988. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 10-14.

Huttunen, M. 2011. Mielialahäiriö. Duodecim [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00393](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393)

Jantunen, E. 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. Tampere: Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia.

Kananen, J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 93.

Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P., & Gould, R. 2010. Työkyky ja terveys. Teoksessa: Aromaa, A. & Koskinen, S (toim.). Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Yliopistopaino: Helsinki, 51-59. [Viitattu: 1.6.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/346e246c-991f-4ca3-a7f7-3813415facf3>

Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

- Koskisuus, J & Yrttiaho, K. 2005. Keinoja omaan kuntoutumiseen – ohjaajan työkirja. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Koskisuus, J. 2006. Mikä TRIO on? Teoksessa Hietala-Paalamaa, O., Narumo, R. & Yrttiaho, K. (toim.). Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen – Mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. 9-14.
- Kostamo-Pääkkö, K. 2001. Puheet avohuoltopainotteisia, toimenpiteet laitospainotteisia. Analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Lappi: Lapin yliopisto.
- Laamanen, E., Ala-Kauhaluoma, M. & Nouko-Juvonen, S. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin projektiyhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemuksia ja kehittämisajatuksia. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. 497/2003.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
- Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Suomalaisten terveys. Terveyskirjasto. Duodecim [viitattu 24.5.2012]. Saatavissa Terveyskirjasto -tietokannassa:  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00054](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054)
- Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 191-209.
- Mielenterveyden keskusliitto 2011. Mielenterveyskuntoutus saatava vihdoin toimimaan. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto [viitattu 2.6.2012]. Saatavissa:  
<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x946407=1034949>
- Mielenterveyslaki. 1116/1990.
- Miete ry. 2012. Toimintakertomus 2011. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Pursiainen, S. Lähetetty 26.7.2012.

Nordling, E. 2011. Asiakaslähtöisyys mielenterveyskuntoutuksessa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 14.7.2012]. Saatavissa:

[www.lshp.fi/download.aspx?ID=5517&GUID=%7BE1F2375F...](http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=5517&GUID=%7BE1F2375F...)

Partanen, M-L. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu: 27.4.2012]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39502&name=DLFE-7204.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-7204.pdf)

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 2.6.2012]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Pylkkänen, K. & Moilanen, I. 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 167-190.

Päijät-Hämeen Mielenterveystyöntuki MIETE ry. 2012. Lahti [viitattu 30.7.2012].

Saatavissa: <http://www.mietery.fi/3>

Riikonen, E. 2008. Mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 158-166.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto [viitattu 4.8.2012]. Saatavissa:

[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Kvalitatiivisten menetelmien tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Tampere [viitattu: 23.6.2012]. Saatavissa:

[www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus)

Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terve-

yshallinnon laitos. Oulu [viitattu 4.8.2012]. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514266749/html/x470.html>

Seppi, P. 2010. Ajoissa aloitettu kuntoutus kannattaa. Mielenterveys -lehti 2/2010, 29-31.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki [viitattu 27.4.2012]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf).

Suvisaari, J. 2009. Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010. Helsinki. 17-19. [Viitattu 31.5.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Vuorinen, J. 2009. Hoito-Suomen monet kasvot. Mielenterveys 4/2009, 12-14.

## LIITTEET

### KOKEMUKSIA VERTAISTOIMINNASTA

### LIITE 1

#### 6. Mitä vertaistuki on vertaisohjaajan näkökulmasta?

- Millainen merkitys vertaistuellalla on ollut omassa kuntoutumisprosessissasi?
- Vertaistoiminnan merkityksellisyyteen on havahduttu eri puolilla terveydenhuollossa. Mikä tekee siitä mielestäsi hyvän tukimuodon? (huonosti muotoiltu kysymys)
- Mitä haasteita vertaistoiminnassa on ilmennyt?

#### 2. VERTAISOHJAAJAN KOKEMA TARVE TUELLE

- Tarvitseeko vertaisohjaaja mielestäsi tukea? Minkälaista?
- Oletko itse tarvinnut tukea vertaisohjaajana, minkälaista?
- Oletko saanut tukea vertaisohjaajana, onko tuki ollut riittävää?

#### 3. AMMATTILAISEN JA VERTAISOHJAAJAN YHTEISTYÖ VERTAISOHJAAJAN NÄKÖKULMASTA

- Mitä ajatuksia (hoitoalan) ammattilaisen ja vertaisohjaajan yhteistyö sinussa herättää?
- Onko sinulla kokemusta yhteistyöstä ammattilaisen kanssa tehtävästä mielenterveystyöstä ja jos on, niin minkälaista?
- Minkälaista yhteistyö voisi käytännössä olla, millä tavoin sitä esimerkiksi voitaisiin toteuttaa?
- Miten kehittäisit yhteistyötä ammattilaisten kanssa? Minkä tahojen kanssa?
- Mitä mieltä olet vertaisohjaajien ja psykiatristen hoitolaitosten henkilökunnan välisestä yhteistyöstä?
- Voitaisiinko vertaistoimintaa soveltaa tai lisätä psykiatrisissa hoitolaitoksissa? Miten?
- Mitä palautetta antaisit Avoin Miete -tapahtuman suunnittelu- ja järjestelyprosessista yhdessä Miete ry:n toiminnanjohtajan ja opiskelijoiden kanssa?



## HAASTATTELURUNKO SUULLISEEN HAASTATTELUUN LIITE 2

Kotiutuminen ja arkeen sopeutuminen sairastumisen ja sairaalahoitajakson jälkeen

1. Miten sujui?
2. Saitko tukea? Minkälaista?
3. Mikä oli hankalaa?
4. Mikä auttoi?
5. Tarinasi Mietteelle tulemisesta (miten, milloin, miksi)
6. Miksi
  - tulit ensimmäisen kerran
  - tulit toisenkin kerran
  - aloit käydä säännöllisesti
7. Mistä kuulit Mietteestä (tulitko jonkun suosittamana (ystävä, hoitotaho)
8. Onko sinulla ollut aikoja, jolloin et ole halunnut tulla Mietteelle? Miksi et?
9. Jos joku on tullut Mietteelle yhden kerran, mutta ei toista, minkä arvelet olleen siihen syynä?

Alkuperäisilmaisu aineistosta	Pelkistetty ilmaus
"vaimoni sano sitte että - - hän ottaa avioeron ja mul oli niin karmee se kotiin palaaminen - - sieltä osastolta tuln niinku tyhjään kotiin.."	- avioero
"kaikki kaverit hävis siinä vaiheessa ku mies on hullujen huoneella - -"	- kavereiden menettäminen sairastumisen yhteydessä
"Tuntuu, että isälle on siellä häiriöks, että se haluaa olla niin omassa rauhassansa."	- kokemus, että on läheiselle vaivaksi
menin aika paljon vuoristorataa siin alussa - ihmisten kertomusten takia (vertaisryhmänohjaajana)	- mielialojen heilahtelut muita tukiessa
tämmönen sairastelu, se on hirveen arka asia ja sitä häpeää ja sitä ei uskalla lähtee minnekkää..	- eristäytyminen sairastumisen tuottaman häpeän vuoksi
"Mulla on joka aamu vähän taistelua ylös nousun kanssa."	- ylösnouseminen tuntuu vaikealta
"kun (sairaalan) ovi laitettiin kiinni, niin ei mulla ollu mitään.."	- kokonaisvaltainen avuttomuuden kokemus osastohoidon jälkeen
"(kotiutumisen) kovaks tekee se - - sä tuut siviili puolelle, ni ei siinä ihmiset – eihän ne nyt koko aika voi – eikä läheiset, eihän niiden tehtävä oo olla vain sinua varten ja yrittää varoa..	- läheiset eivät voi, eikä heidän kuulu ottaa hoitohenkilökunnan roolia
"ihmisten parissa on todella vaikeaa tuolla kaupungilla."	- tuntemattomien ihmisten kohtaaminen
"ne hakemukset virastoihinki me tehtiin - osaston sosiaalityöntekijän kanssa tosi selkeesti, huolella ja perusteellisesti, mut sit ku sielt tulee - - et "tästä päätöksestä ei voi valittaa", ni ei siin sillan, emmä jaksanu.."	- haetun taloudellisen tuen evääminen ilman valitusoikeutta
"Mul oli hirvee pino laskuja, mä viskasin ne kaikki yhteen nurkkaan. Ei jaksanu aukasta ees niitä laskuja, vaik oli justiin päässy hoidosta, et oli kuitenkin toipumassa"	- talouden hoitamisen kokeminen ylitsepääsemättömänä
"ruuan laittoki on vähän sellasta, et sitä menee melkein valmisruokaosastolle mieluummin"	- kotona ei tule laitettua ruokaa
"mä jäin niin ku paikalleen ja mä en liikkunu missään."	- kotiin jumiutuminen
"Että olin vaan siellä, en tehny mitään. En käyny kaupassa..."	- ei tule käytyä kaupassa

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avioero</li> <li>- sukulaiset kaukana</li> <li>- kavereiden menettäminen sairastumisen yhteydessä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kokemus, että on läheiselle vaivaksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaikeudet ihmissuhteissa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mielialojen heilahtelut muita tukiessa</li> <li>- eristäytyminen sairastumisen tuottaman häpeän vuoksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sosiaaliseen käyttäytymiseen vaikuttava tunnemaailma</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ylösnouseminen tuntuu vaikealta</li> <li>- epäonnistuneisuuden kokeminen</li> <li>- tuntemattomien ihmisten kohtaaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omien voimavarojen vähäisyys</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- puheluiden hoitaminen</li> <li>- paperiasioiden hoitaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yhteiskunnan vaatimat hoidettavat asiat</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kokonaisvaltainen avuttomuuden kokemus osastohoidon jälkeen</li> <li>- intensiivisestä osastohoidosta siirtyminen ulkomaailmaan</li> <li>- läheiset eivät voi, eikä heidän kuulu ottaa hoitohenkilökunnan roolia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tuettomuuden kokemus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sairaalamaksut</li> <li>- haetun taloudellisen tuen evääminen ilman valitusoikeutta</li> <li>- talouden hoitamisen kokeminen ylitsepääsemättömänä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- haasteet talouden hoitamisessa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kotona ei tule laitettua ruokaa</li> <li>- kotiin jumiutuminen</li> <li>- ei tule käytyä kaupassa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- itsestä huolehtimisen haasteet</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avun tarve lasten kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perheestä huolehtimisen haasteet</li> </ul>

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
- sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen - vaikeudet ihmissuhteissa - sosiaaliseen käyttäytymiseen vaikuttava tunnemaailma	Sosiaaliset haasteet
- omien voimavarojen vähäisyys - tuettomuuden kokemus	Voimavarojen vähäisyys
- yhteiskunnan vaatimat hoidettavat asiat - haasteet talouden hoitamisessa	Vaatimukset pärjätä
- itsestä huolehtimisen haasteet - perheestä huolehtimisen haasteet	Itsestä ja perheestä huolehtimisen haasteet

<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Sosiaaliset haasteet	Sosiaaliset haasteet	Sairastumisen ja kotiutumisen yhteydessä koetut arjen haasteet
Voimavarojen vähäisyys	Yhteiskuntaan sopeutumisen haasteet	
Vaatimukset pärjätä		
Itsestä ja perheestä huolehtimisen haasteet	Itsestä ja perheestä huolehtimisen haasteet	