

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma

Minna Akkala

*”TOINEN IHMINEN MUKANA ASIOILLA ON VÄHÄN SELLAINEN HENKINEN KAINALOSAUVA”*

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN PALVELUKOKEMUKSIA

Opinnäytetyö 2013

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Sosiaalialan koulutusohjelma

AKKALA, MINNA

”TOINEN IHMINEN MUKANA ASIOILLA ON VÄHÄN SELLAINEN  
HENKINEN KAINALOSAUVA” – MIELENTERVEYSKUN-  
TOUTUJAN PALVELUKOKEMUKSIA

Opinnäytetyö

43 sivua + 1 liitesivu

Työn ohjaaja

Paakkonen Tuomo, Lehtori

Toimeksiantaja

Kaakkois-Suomen Sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry

Marraskuu 2013

Avainsanat

mielenterveys, mielenterveyspalvelut, kuntoutuminen,  
palvelukokemus

Tämä opinnäytetyö selvittää mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksia muissakin palveluissa kun mielenterveyspalveluissa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada selville, aiheuttavatko palvelukokemukset turvattomuuden tai turvallisuuden tunteita. Tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua ja aineiston analysointiin sisällön analyysiä. Haastattelussa oli mukana viisi ihmistä.

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena on tuottaa aineistoa Kymenlaakson ammattikorkea koulussa käynnissä olevalle hankkeelle, joka kerää tietoa Kymenlaakson asukkaiden turvallisuuden kokemisesta. Aineiston pohjalta luodaan turvallisuussuunnitelma Kymenlaaksoon.

Mielenterveysongelmat aiheuttavat ihmiselle monenlaisia ongelmia. Eläminen sairauden kanssa ei ole helppoa. Se aiheuttaa ongelmia arjen pyörittämiseen ja asioiden hoitoon. Mielenterveysongelmista kärsivä ihminen ei jaksakaan pitää yllä sosiaalisia kontakteja ja on siksi vaarassa syrjäytyä.

Tuloksista käy ilmi, että huonot palvelukokemukset saattavat aiheuttaa masentumista ja kuntoutumisen taantumista. Yksin asioidessaan mielenterveyskuntoutajat ovat epävarmoja ja kokevat turvattomuuden tunteita. Turvalliseksi olo koettiin kotona, ja asiointitilanteissa olo oli turvallinen silloin, kun joku toinen henkilö oli asioinnissa mukana. Huonot palvelukokemukset aiheuttivat myös itsetunnon laskua ja uskon menetystä siihen, että pystyy itse hoitamaan asioitaan. Ristiriitatilanteissa ennemmin luovutettiin kuin oltaisi vaadittu omia oikeuksia.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social Services

AKKALA, MINNA

"THE OTHER PERSON INVOLVED IN THINGS IS A BIT OF A  
PSYCHOLOGICAL CRUTCH" - SERVICE EXPERIENCES  
FROM PEOPLE WHO HAVE MENTAL HEALTH  
PROBLEMS

Bachelor's Thesis

43 pages + 1 pages of appendices

Supervisor

Paakkonen Tuomo, Senior Lecturer

Commissioned by

Kaakkois-Suomen Sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry

November 2013

Keywords

mental health, mental health services, rehabilitation,  
service experience

The aim of this study was to find out how mental health rehabilitees feel about their rehabilitations and other services too. The aim was to determine if the service experiences cause the feeling of insecurity or the sense of security. The study was made as a theme interview and the data was analyzed by the content analysis.

One of the reasons for this research was to produce material to Kymenlaakso University of Applied sciences for the current project. The project collects information about the sense of security from inhabitants of Kymenlaakso. That information will be used as the basis of the new safety plan on the region.

Mental health problems are causing a wide range of difficulties to people, and living with the illness is not easy. It causes problems in life, work and affairs. A person suffering from mental health problems is not sufficient to maintain social contacts and is therefore at the risk of exclusion.

The results showed that a poor service experience may cause depression and regression in the rehabilitation progress. Dealing alone with mental health rehabilitees are uncertain and feel experience of insecurity. The safe feeling was experienced at home and in occasions when someone else was involved in the case. Poor service experiences caused decrease in self-esteem. People also lost their faith that they are able to take care of their own things. In case of conflicts they rather gave up than required their own rights. Along in the interview were five people.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 EK-ARTU–HANKE	8
3 TURVALLISUUS KÄSITTEENÄ	8
4 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	9
4.1 Mielenterveys käsitteenä	9
4.2 Mielenterveyshäiriöt	10
4.2.1 Masennus	11
4.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	11
4.2.3 Ahdistuneisuushäiriö	12
4.2.4 Psykoosit	13
4.2.5 Pelkotilat	13
5 MIELENTERVEYSTYÖ JA KUNTOUTUS	13
5.1 Kuntoutuksen historiaa	14
5.2 Mielenterveyskuntoutus	14
5.3 Mielenterveyskuntoutuja	14
5.4 Mielenterveystyö muutoksessa	15
6 MIELENTERVEYSPALVELUT	15
6.1 Mielenterveyspalveluiden asumispalvelut	16
6.2 Tuettu asuminen eli kotikuntoutus	16
6.3 Palveluasuminen	17
6.4 Tehostettu palveluasuminen	17
6.5 Mielenterveyskuntoutujan palvelut perusterveydenhuollossa	18
6.6 Psykiatrinen erikoissairaanhoito	18
6.7 Yksityiset mielenterveyspalvelut ja kolmas sektori	19
7 PALVELUN KÄSITE	19
7.1 Asiakkuus	20

7.2	Palvelukokemuksia	21
8	YHDENVERTAISUUS	21
8.1	Positiivinen erityiskohtelu	22
8.2	Syrjäytyminen	22
9	KAAKKOIS-SUOMEN SOSIAALIPSYKIATRINEN YHDISTYS RY	23
10	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	24
10.1	Tutkimuksen aloitus	25
10.2	Tutkimuskysymykset, tutkimuskohde ja tutkimusmenetelmä	25
10.3	Aineistonkeruumenetelmä ja aineiston keruu	26
10.4	Analyysimenetelmä	28
10.5	Haastattelun teemat	29
11	TUTKIMUSTULOKSET	31
11.1	Sairaudesta aiheutuvat ongelmat	31
11.2	Millaisia palveluita käytetään?	32
11.3	Turvallisuutta parantavat palvelukokemukset	33
11.4	Turvattomuutta tuottavat palvelukokemukset	34
11.5	Reagointi turvattomuutta tuottaviin palvelukokemuksiin	35
12	JOHTOPÄÄTÖKSET	36
13	OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI	39
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	44
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys ja mielenterveystyö kiinnostavat minua siinä määrin, että halusin opinnäytetyöni käsittelevän näitä aihealueita. Etsiessäni mahdollisia yhteistyökumppaneita löysin EK-ARTU-hankkeen, jonka sisällä voisin tutkia mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksia. EK-ARTU-hanke kartoittaa Kymenlaakson asukkaiden kokemia turvallisuuden tunteita ja pyrkii niiden perusteella luomaan seudullisen turvallisuussuunnitelman. Tarkoituksena on ehkäistä kustannuksia aiheuttavia elämäntapasairauksia, vähentää onnettomuuksia ja muita turvallisuusriskejä.

Ehkäisevän mielenterveystyön merkitys ja hyödyt on alettu ymmärtää kunnissa. Hyvinvoinnin edistämiseen on laadittu erilaisia kehittämisohjelmia ja strategioita. Painopisteen siirtäminen korjaavasta työstä ehkäisevään työhön on ymmärretty tulevaisuuden investoinniksi. Tulokset näkyvät ajan kuluessa korjaavien palveluiden vähentymisenä, mikä näkyy säästöinä ja kuntalaisten hyvinvoinnin lisääntymisenä. Ehkäisevällä mielenterveystyöllä säästetään paljon aikaa ja resursseja, kun se on suunnitelmallista ja määrätietoista. Syntyneiden ongelmien korjaaminen on kalliimpaa, ja siihen menee paljon aikaa. (Nordling, Savolainen, Sipilä & Stengård 2009.)

Yksilön hyvinvoinnin perustan muodostaa mielenterveys, joka on myös osa ihmisen terveyttä. Hyvän mielenterveyden ansiosta ihminen kykenee paremmin hallitsemaan elämänsä, tulkitsemaan ympäristöään ja sopeutumaan siihen. Hyvän mielenterveyden ansiosta ihmisen on helpompi kokea elämänsä mielekkäänä. Hän pystyy solmimaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita sekä toimimaan tuottavana ja luovana yhteisön jäsenenä. Persoonallinen kasvu ja kehitys muokkaavat mielenterveyttä ihmisen koko elämän ajan. Siihen vaikuttavat yksilön omat kokemukset ja ominaisuudet. Yhteiskunnalliset rakenteet, resurssit ja kulttuuriset arvot muokkaavat mielenterveyttä myös omalla tavallaan. Siihen vaikuttavat tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Hyvää ja onnellista elämää elävän ihmisen mielenterveyden voimavarat kasvavat, kun taas huonoissa olosuhteissa elävän ihmisen mielenterveys voi heiketä. Mielenterveys ei siis ole pysyvä ominaisuus, vaan se on tila, joka

vaihtelee elämän eri vaiheissa aivan kuten fyysinen terveyskin. (Nordling ym. 2009.)

Väestön mielenterveyteen vaikuttavat yhteiskunnan rakenteet, taloudellinen tilanne ja yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. Työllisyystilanne, koulutusmahdollisuudet tai erilaisten palveluiden saatavuus ja niiden laatu joko parantavat kuntalaisten mielenterveyttä tai heikentävät sitä. Yhteisön arvoilla ja yksilöiden asenteilla on merkittävä vaikutus siihen, miten mielenterveyshäiriöihin suhtaudutaan. Leimautuvatko mielenterveyskuntoutujat tai miten toteutuvat ihmisten keskinäinen arvostus oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus. (Nordling ym. 2009.)

Mielenterveydellä on niin suuri vaikutus ihmisen toimintaan, että siksi näin aiheen tutkimisen hyvin tärkeänä asiana. Opinnäytetyöni tarkoitus on tutkia mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksia. Jokainen ihminen kokee palvelutilanteet eri tavalla. Vaikuttavatko siis hyvät tai huonot palvelukokemukset ihmisen kokemaan turvallisuuden tai turvattomuuden tunteeseen? Opinnäytetyöni on osa laajempaa EK-ARTU-hanketta, josta kerron seuraavassa luvussa. Tärkeänä osana tätä hanketta on myös kartoittaa haavoittuvaan tai erityisryhmään kuuluvien asiakkaiden kokemuksia siitä, voivatko he itse vaikuttaa omiin turvallisuuden tai turvattomuuden kokemuksiinsa. Jokaisella ihmisellä on oikeus yhdenvertaiseen palveluun, ja on tärkeää, että asiakas kokee tulleen kuulluksi.

Työni toteutan kvalitatiivisena tutkimuksena. Haastattelen teemahaastattelua apuna käyttäen Kymenlaaksossa asuvia mielenterveyskuntoutujia. Analysoin aineistoni sisällönanalyysillä. Tarkoitukseni on selvittää, miten palvelukokemukset vaikuttavat ihmisen mielentilaan, jos oma mielenterveys on heikentynyt. Asioiden hoitaminen voi olla vaikeaa, jos pelkästään sängystä ylös pääseminen on ylivoimainen tehtävä. Tällainen tilanne ihmisen elämässä tekee hänestä haavoittuvan. Mielenterveyskuntoutuja ei välttämättä jaksa vaatia oikeuksiaan tai parempaa palvelua. Hän ei ehkä edes tiedä, mihin kaikkiin palveluihin hän olisi oikeutettu.

## 2 EK-ARTU–HANKE

EK-ARTU–hankkeen tavoitteena on luoda Etelä-Kymenlaaksoon seudullinen turvallisuussuunnitelma yhdessä alueen kuntien kanssa. Kymenlaaksossa on monia turvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä. Venäjän rajan läheisyys aiheuttaa suuria liikennevirtoja, jotka taas tekevät liikenne ja rajaturvallisuuden yhdeksi riskitekijäksi. Alkoholi- ja muut päihdehaitat aiheuttavat väkivaltaista käytöstä, häiriökäyttäytymistä ja rikollisuutta. Nämä edellä mainitut haitat lisäävät onnettomuuksien ja tapaturmien riskiä sekä aiheuttavat syrjäytymistä ja elämäntapasairauksia. Tärkeinä osa-alueina ovat myös ympäristö- ja yhdyskuntaturvallisuus mukaan luettuna tietoturvallisuus. Hankkeen toteuttaa ja koordinoi Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysala. (Etelä-Kymenlaakson turvallisuussuunnitelma.)

Etelä-Kymenlaakson kunnat luovat turvallisuussuunnitelman, jota hankkeen on tarkoitus tukea. Suunnitelma tehdään sisäasiainministeriön sisäisen turvallisuuden ohjelman tavoitteiden mukaisesti. Tavoitteena on saada suunnitelma sopimaan arkipäivän käytäntöihin. Lisäksi suunnitelma tuottaa ohjeita budjettisuunnitteluun mukaan otettavista toimenpiteistä turvallisuusriskien vähentämiseksi. Elinympäristöstä pyritään tekemään mahdollisimman turvallinen. Tarkoituksena on saavuttaa sellainen olotila, jossa kunnan asukkaiden, yritysten ja yhteisöjen turvallisuusriskit ovat pienimmillään. Ilkivaltaa, rikollisuutta, vahinkoja ja onnettomuuksia pyritään ehkäisemään tehokkaasti ja tuloksellisesti. (Etelä-Kymenlaakson turvallisuussuunnitelma.)

## 3 TURVALLISUUS KÄSITTEENÄ

Turvallisuus on käsite, jolla tarkoitetaan valtion sisäistä ja ulkoista turvallisuutta. Kun puhutaan laajasta turvallisuuskäsitteestä, niin edellisiin lisätään yhteiskunnallinen, taloudellinen, ympäristön sekä hyvinvointia koskevan ulottuvuus. (Turvallisuuspolitiikan käsite.)

Turvallisuus on yksi yhteiskuntamme tärkeimmistä käsitteistä. Puhuttaessa turvallisuudesta voidaan se nimetä kahdella tavalla. Kokemuksena eli subjektiivisena asiana tai tilastollisena eli objektiivisena asiana. Näistä jälkimmäinen on helpompi ymmärtää. Esimerkiksi tietyn alueen turvallisuus voidaan määrit-



tää siellä tapahtuvien turvallisuutta vähentävien asioiden kautta. Subjektiiivinen uhka on kuitenkin mielenkiintoisempi, koska se on niin henkilökohtaista. Subjektiiivinen uhka on mikä tahansa asia, jota henkilö todella pelkää. Turvallisuuden tunne on aina jossain määrin valheellista, sillä täysin turvassa ei voi olla. Aina voi tapahtua jotain. (Sanoista tekoihin - Sisäisen turvallisuuden ohjelman vuosiraportti 2013.)

Turvallisuus koostuu monesta asiasta. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa on omaksuttu laaja turvallisuuskäsite. Rikosten ehkäisyn ohella ohjelmassa pyritään ehkäisemään ja torjumaan onnettomuuksia ja tapaturmia sekä lisäämään yleistä turvallisuuden tunnetta. Suomessa asuvien hyvinvointi on lisääntynyt viime vuosina. Ongelmien ilmaantuessa ne kasaantuvat aiempaa näkyvämmiin pienelle joukolle ihmisiä. Kärjistyessään ongelmat voivat heikentää yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan turvallisuuden tunnetta. Ohjelman mukaan kaikkien yhteiskunnan eri toimintatahojen olisi osallistuttava ohjelman toteuttamiseen. Sisäisen turvallisuusohjelman tavoitteena on siis vahvistaa väestön hyvinvointia ja yhteiskunnan elinvoimaasuutta. (Turvallisempi huominen – Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012.)

## 4 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Mielenterveys käsitetään voimavarana, joka luo perustan ihmisten hyvinvoinnille. Se mahdollistaa yksilöllisen ja hyvän elämän. Mielenterveyteen kuuluu monia ulottuvuuksia. Yksi tällainen ulottuvuus on esimerkiksi positiivinen mielen-terveys. Se sisältää hyvän itsetunnon, kokemuksen omasta hyvinvoinnista ja kokemuksen siitä, että voi itse vaikuttaa elämäänsä. Käsite sisältää erilaiset häiriöt ja sairaudet. Mielenterveyteen kuuluvat työ- ja toimintakykyisyys, ihmissuhteiden ylläpito ja henkinen sietokyky vaikeuksien kohdatessa. Mielenterveyteen kuuluvat myös fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen ulottuvuus. Mielenterveys on jatkuvassa vuorovaikutuksessa fyysisen terveyden kanssa. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 8.)

### 4.1 Mielenterveys käsitteenä

Käsite mielen-terveys on suhteellisen nuori. Se yleistyi käyttöön vasta 1950-luvulla. Tätä ennen mielen-terveyttä kuvailtiin ilmaisuilla hyvinvointi, psyykinen

tasapaino, mielisairauden puuttuminen tai normaalius. Edellä mainittuja käsitteitä voidaan kuitenkin käyttää edelleen, kun halutaan luonnehtia mielenterveyttä. Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät. Jokaisella ihmisellä on yksilölliset voimavarat, kasvuolosuhteet ja sosiaalinen verkosto, jotka vaikuttavat mielenterveyden muovautumiseen. Yhteiskunnalla on suuri vaikutus ihmisten hyvinvoinnin kokemiseen, joka on omalta osaltaan yhteydessä mielenterveyteen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8.)

## 4.2 Mielenterveyshäiriöt

Mielenterveyshäiriöt voivat ilmetä monella eri tavalla. Kaikilla ei ole samanlaisia oireita. Mieltä voi ahdistaa esimerkiksi pelko tulevasta. Jokainen ihminen kokee joskus ahdistusta elämänsä aikana, mutta se menee yleensä nopeasti ohi. Ahdistuksen muuttuessa jokapäiväiseksi, mieltä painavaksi asiaksi alkaa se uhata henkistä terveyttä. Raja mielen terveyden ja sairauden välillä on liukuva, mutta hoidon onnistumisen kannalta häiriöt on syytä määritellä mahdollisimman tarkasti. (Huttunen 2008.)

Mielenterveyden häiriöiden ja psykiatristen sairauksien esiintyvyys on yleistä. Ne aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä niin henkilölle itselleen kuin hänen läheisilleen. Mielenterveyshäiriöt ja psyykkiset sairaudet lisäävät hoidontarvetta, sairauslomia ja työkyvyttömyyttä. Tutkimuksissa todetaan, etteivät sairaudet ole lisääntyneet, vaan niiden luonteet ovat muuttuneet. Tänä päivänä mielialahäiriötä sairastavia on enemmän, ja myös lasten- ja nuorten mielenterveys ongelmat ovat lisääntyneet huolestuttavasti. Mielenterveyshäiriöistä masennus on yleisin psyykkinen sairaus, joka aiheuttaa paljon työkyvyttömyyttä. Hoitamattomana se voi johtaa eläkkeelle siirtymiseen. Päihteiden käytön ongelmat aiheuttavat usein myös mielenterveyshäiriöitä. Päihteiden käyttö ja siitä aiheutuvat sairaudet, onnettomuudet ja muut haitat ovat merkittävästi lisääntyneet 2000-luvulla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 55.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) alkuvuodesta 2009 julkaisemassa Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa kerrotaan, että työkyvyttömyyseläkkeellä olijoista 44,5 % työkyvyttömyyden syynä oli mielenterveys- tai päihdehäiriö. Vuonna 2008 näiden häiriöiden vuoksi oli eläkkeellä 116 482 suomalaista. (Suvisaari 2010, 17.)

#### 4.2.1 Masennus

Mielenterveyshäiriöistä masennus eli depressio on yleisimmin esiintyvä sairaus. Se on taustaltaan monitekijäinen sairaus, joka voi muuttua joskus pitkäaikaiseksi ja se uusiutuu helposti. Masennus lamaa ihmisen toimintakykyä. Se aiheuttaa kärsimystä sairastuneelle itselleen ja hänen läheisilleen. Masennus on yleensä hetkellinen ja ohimenevä tunne, ja jokainen ihminen kärsii siitä jossain elämänsä vaiheessa. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 7.)

Masennuksen ydinoireena on masentunut mieliala. Se voi sairautena vaihdella suuresti, oireet ovat moninaisia ja niiden syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Masennuksen hoidon ja auttamis- ja tukimenetelmien tulee olla moninaisia. Masennusoireyhtymät jaotellaan oireiden vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin masennuksiin. Diagnostisen luokittelun perusteita ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 7.)

#### 4.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä keskeisin diagnostinen peruste on maanisten ja hypomaanisten oireiden esiintyminen. Nämä erottavat kaksisuuntaisen mielialahäiriön tavallisista masennustiloista. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mieliala voi olla hyvinkin kohonnut hypomaanisten tai maanisten oireyhtymien yhteydessä. (Heiskanen ym. 2011, 19.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä yliaktiivisuus- eli maniavaihe on moninainen. Henkilön mieliala kohoaa liiallisesti tai hän tulee ärtyisäksi. Hänen puhe- ja liikkuvuutensa voi lisääntyä ja unen tarve vähentyä. Henkilöllä on usein itsestään suuret kuvitelmat ja hänen itsetuntonsa kohoaa. Hänen ajatustoimintansa on kiihtynyttä, mikä aiheuttaa keskittymiskyvyttömyyttä sekä jatkuvia muutoksia toiminnassa ja suunnitelmissa. Maniavaiheessa ihmiset ovat usein todella toimeliaita ja fyysisesti rauhattomia. Suuruuskuvitelmat ja itsetunnon kohoaminen voi aiheuttaa uhkarohkeaa käyttäytymistä ihmissuhteissa ja piittaamattomuutta liikenteessä. Maniaan saattaa liittyä holtitonta alkoholin käyttöä tai holtittomuutta rahan käytössä. Maaninen vaihe alkaa usein äkillisesti ja kestää yleensä vähintään viikon. Lievemässä sairausjaksossa, hypomaniassa mie-

liala on kohonnut lievästi. Se on kuitenkin selvästi havaittavissa. Hypomaniaan liittyy samanaikaista tarmon ja toimeliaisuuden lisääntymistä sekä maanistyyppisiä oireita, mutta ei kuitenkaan merkittävää toimintakyvyn laskua. (Heiskanen ym. 2011, 328.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheessa oireet ovat samanlaisia kuin tavallisessakin masennuksessa. Niitä voi esiintyä useammin kuin tavallisessa masennuksessa ja ne voivat olla kestoaltaan lyhyempiä. Niihin voi myös liittyä tavallista useammin mielialavaihteluita, psykoottisia oireita, fyysistä lauantumista ja epätyypillisiä masennusoireita. Tällaisia oireita ovat ruokahallun lisääntyminen, lihominen, liikaunisuus ja ärtyneisyys. Tavalliset masennuslääkkeet eivät yleensä auta. (Heiskanen ym. 2011, 328.)

#### 4.2.3 Ahdistuneisuushäiriö

Elämässä tulee eteen valinta- ja kriisitilanteita, jotka voivat aiheuttaa ahdistusta, huolestuneisuutta tai pelkoja. Nämä ovat olleet välttämättömiä tunteita lajin säilymisen kannalta. Ahdistusta voi tuntea, jos on liian paljon tekemättömiä töitä tai olemme huolissamme läheisistämme. Yleensä ahdistuksen tunne menee kuitenkin ohi itsestään, kunhan saamme tekemättömät työt tehtyä tai läheinen palaa kotiin. Edellä kuvatun kaltainen ahdistus auttaa meitä kehittämään ja ohjaa parempiin suorituksiin. Ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua silloin, kun tunne on voimakas tai se pitkittyy, ja alkaa haitata normaalia elämää. Liiallinen hermostuneisuus ja huolestuneisuus ovat merkkejä ahdistuneisuushäiriöstä, joka kuuluu neuroottisiin ja stressiin liittyviin mielenterveyden häiriöihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 135.)

Suvisaaren (2010, 18) mukaan yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt tuskaisuus. Masennushäiriöitä ja ahdistushäiriöitä voi esiintyä samanaikaisesti. Pitkäkestoisten ahdistuneisuushäiriöiden elämänlaatuvaikutukset ovat yhtä suuria tai jopa suurempia kuin masennusjaksojen. Ahdistuneisuushäiriöt olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä.

#### 4.2.4 Psykoosit

Vakavimpia mielenterveyshäiriöistä ovat psykoosit. Ne heikentävät potilaan toimintakykyä pysyvästi. Psykoosit puhkeavat yleensä nuoruusiässä tai varhaisaikuisuudessa. Yleisin psykooseista on skitsofrenia. Useimmiten psykoosia sairastavat jäävät työelämän ulkopuolelle ja ovat eläkkeellä. Psykoosit eivät kuitenkaan ole yhtenäinen sairausryhmä. Toimintakyvyn merkittävä aleneminen ja arkielämästä selviäminen liittyvät usein skitsofreniaan. Mielialaoireisissa psykooseissa taas on tavallista, että toimintakyky palautuu välillä ennalleen. (Suvisaari 2010, 18–19.)

#### 4.2.5 Pelkotilat

Pelko on tunne, joka on suojannut meitä ihmisiä jo aikojen alusta asti. Pelon tunteen ansiosta lajimme on säilynyt hengissä. Joskus ihmiselle käy kuitenkin niin, että pelosta tulee elämää liiaksi hallitseva tunne, vaikka henkilö ei sitä itse haluaisikaan. Tällöin aletaan puhua fobiasta. Fobia on tunne, jolle ihminen ei voi mitään. Fobiat voivat liittyä esimerkiksi korkeisiin tai aukeisiin paikkoihin, käärmisiin, hissiin eli ahtaanpaikan kammoon tai sosiaalisten tilanteiden pelkoon. Sosiaalisten tilanteiden pelko on Suomessa tavallista. Tällöin sosiaalisen tilanteen pelko kasvaa niin suureksi, että se alkaa estää henkilöä osallistumasta sellaisiin tilanteisiin, joissa on paljon ihmisiä. Arkipäivän tilanteista tällainen on esimerkiksi kaupassa käynti. Pelkkä ajatuskin kauppaan lähdestä voi laukaista oireita, joita voivat olla esimerkiksi vapina, vatsaoireet, päänsärky, huimaus, sydämentykytykset tai kova hikoilu. Tällaisissa tilanteissa henkilö välttelee kotoa lähtemistä ja joutuu pakottamaan itsensä lähtemään hoitamaan asioitaan. (Toivio & Nordling 2013, 172–173.)

### 5 MIELENTERVEYSTYÖ JA KUNTOUTUS

Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina merkittävästi. Niiden hoito ja kuntoutus ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä huomattavasti. Tietomme lisääntyessä käsitykset mielenterveysongelmien luonteesta muuttuvat kuten myös kuntoutukselle asetettavat tavoitteet. Mielenterveyskuntoutuksen ymmärtäminen muuttuu ajan, kulttuurin ja yhteiskunnan mukana. Kuntoutuksen lähtökohtana pidetään yksilön oikeutta mahdollisimman hyvään elämään.

Tähän kuuluvat oikeus onnellisuuteen, itsenäisyys sekä oikeudenmukainen ja yhdenvertainen kohtelu. (Koskisu 2004, 10.)

## 5.1 Kuntoutuksen historiaa

Jonkinasteista kuntoutusta on ollut niin kauan, kun on ollut sairaita, vammaisia tai syrjäytyneitä ihmisiä. Heitä on pyritty auttamaan takaisin kiinni omaan elämänsä. Kuntoutuksesta löytyy merkkejä kaikkialta lääketieteen historiasta. Kuntoutuksen tavoitteita on sovellettu esimerkiksi köyhäinhoidossa ja kriminaalihuollossa. Ne ovat olleet aikansa arvomaailman heijastuksia ja ne nähdäänkin kuntoutuksen esimuotoina. Kuntoutusta toteutettiin sen alkuvaiheissa pitkälti hyväntekeväisyyden varassa. Valtion osuus oli melko vaatimaton. Sillä oli vain tuberkuloosiparantoloita ja joitakin sairaaloita aina 1940-luvulle asti. Vasta talvi- ja jatkosodan jälkeen kuntoutus lähti liikkeelle suurimmassa määrin invalidihuoltuna. Kuntoutuspalvelut haluttiin normalisoida 1960-luvulla. Se haluttiin sisällyttää hyvinvointivaltion tarjoamiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Nykyisin kuntoutuspalvelut ovat oma lakisääteinen palvelujärjestelmänsä. (Puumalainen 2008, 16–17.)

## 5.2 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan kuntouttavien palveluiden kokonaisuutta, joka on suunniteltu yhdessä kuntoutujan kanssa hän tarpeidensa mukaiseksi. Ammattihenkilöt toimivat kuntoutujan tukihenkilöinä, joiden tehtävänä on tukea, motivoida ja rohkaista kuntoutujaa tavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa. Kuntoutuksessa on usein kysymys pitkäaikaisesta, joskus jopa elinikäisestä prosessista. Kuntoutuksen aikana hyvät ja huonot päivät vaihtelevat. Kuntoutus koostuu pienistä asioista ja muutoksista, jolloin opittujen tapojen vahvistaminen vaatii aikaa, kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Kuntoutuksen tavoitteena on usein elämänhallinnan ja työ- tai toimintakyvyn parantaminen. (Ihalainen & Kettunen 2006, 133–134.)

## 5.3 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on ollut mielenterveyden kanssa ongelmia ja on kuntouttamassa niitä. Kuntoutumisella tarkoitetaan

ihmisen ja hänelle tärkeän ympäristön muutosprosessia, jossa oleellista on ihmisen oma halu parantaa heikentynyttä toimintakykyään. On tärkeää, että hän tunnistaa oman kuntoutustarpeensa. Motivaatio, halu muutokseen ja oman vastuun ottaminen vaikuttavat suuresti kuntoutuksen onnistumiseen. (Ihalainen & Kettunen 2007, 133.)

#### 5.4 Mielenterveystyö muutoksessa

Mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria muutoksia viimeisen 15 vuoden aikana. Palvelut ovat muuttuneet niin hallinnollisesti kuin rakenteellisestikin. Mielenterveystyön järjestämisvastuu on siirretty kunnille. Psykiatrian laitospainotteisesta mallista on siirrytty kohti monipuolisia avohoitopalveluja. Palveluiden tuottajien kirjo on laajentunut kattamaan sairaanhoitopiirejä, kuntia sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16–17.)

Laitosvaltaisen hoitojärjestelmän purkamista kohti, alettiin pyrkiä jo 1980-luvulla. Hoitojärjestelmä haluttiin muuttaa avohoitopainotteisemmaksi. Sairaaloista kotiutettiin paljon potilaita 1990-luvulla, jolloin palveluiden kysyntä avohoidossa kasvoi rajusti. Tuolloin väestö käytti kaiken kaikkiaan enemmän mielenterveyspalveluita. Tämä aiheutti sen, että avohoidon palveluissa oli puutteita. Laitospalveluista vapautuvia resursseja ei myöskään korvattu avohoidon palveluilla. Psykiatrasta palvelujärjestelmää leimasivat hajanaisuus, kirjava palvelutarjonta sekä koordinaation puute 2000-luvulle tultaessa. Avohoidon puolella palveluiden kysyntä ylitti palvelutarjonnan runsaasta palvelutarjonnasta huolimatta. (Harajärvi ym. 2006, 18–19.)

## 6 MIELENTERVEYSPALVELUT

Kunnissa mielenterveyspalvelut tulee järjestää niin, että ne ovat jokaisen asukkaan tavoitettavissa ja mahdollisimman helposti saatavilla muiden terveyspalveluiden yhteydessä. Mielenterveyslain mukaan palvelut järjestetään avohoitona ja samalla tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Mielenterveyspalveluista säädetään lailla ja asetuksilla. Mielenterveyspalveluista on mainintoja muun muassa kansanterveyslaissa (66/1972), mielenterveyslaissa (116/1990), mielenterveysasetuksessa sekä laissa potilaan asemasta ja oike-

uksista (785/1992). Mielenterveyspalvelut rakentuvat julkisista ja yksityisistä palveluista sekä kolmannen sektorin palveluista. Näitä täydennetään vapaaehtoistyöllä monin erilaisin tavoin. Julkinen mielenterveyspalvelujärjestelmä sisältää perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 55–56.)

Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu elinolosuhteiden kehittäminen niin, että elinolosuhteilla voidaan ennaltaehkäistä mielenterveyshäiriöiden syntyä. Elinolosuhteiden kehittämisen avulla edistetään myös mielenterveystyötä ja saadaan tukea mielenterveyspalveluiden järjestämiseen. (Harajärvi ym. 2006, 13.)

## 6.1 Mielenterveyspalveluiden asumispalvelut

Mielenterveyskuntoutujien asumisen ja palveluiden kokonaisuuden tulee tukea asiakkaan kuntoutumista. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla hyvin hoidetut asumispalvelut parantavat kuntoutujan elämänlaatua ja vähentävät erikoissairaanhoidon kustannuksia. Hoitojaksojen jälkeen on tarkoituksena palata kotiin, ja siksi onkin tärkeää turvata kodin pysyvyys ja omassa kodissa asuminen. Asumisen laadun on vastattava yleisiä standardeja, ja kotiin on turvattava tarkoituksen mukaiset ja kuntoutusta tukevat palvelut. Palvelukokonaisuudet voidaan luokitella kolmeen ryhmään tuentarpeen ja asumismuodon perusteella. Nämä kolme ryhmää ovat tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. (STM 2007, 18.)

Yleinen suuntaus yhteiskunnassamme on kuitenkin tällä hetkellä, että laitosasumista pyritään vähentämään. Palvelut siirretään avohuollon palveluiksi, joissa pyritään tuetun asumisen malliin eli puhutaan kotikuntoutuksesta.

## 6.2 Tuettu asuminen eli kotikuntoutus

Tässä muodossa kuntoutuja asuu omassa kodissaan tarpeellisten tukitoimien turvin. Kuntoutumisen edetessä kuntoutuja pyritään aina kotiuttamaan, ja tarvittaessa hänelle tulee järjestää tarkoituksen mukainen asunto. Tukiasunnossa asuminen on aina tilapäistä. Tukiasunnossa olemiseen liittyy aina intensiivinen kuntoutus, jonka tarkoituksena on opettaa kuntoutuja toimimaan mah-



dollisimman itsenäisesti. Samalla tutustutaan oman asuinalueen paikallisiin palveluihin. Tuettuun asumiseen liittyy myös mielenterveyskuntoutus, joka annetaan jossakin muualla kuin asunnossa. Kuntoutuksessa harjoitellaan päivittäisiä toimintoja, käytetään kodin ulkopuolisia palveluita sekä etsitään itselle sopivaa ja mielekästä vapaa-ajan toimintaa. Kuntoutuksella pyritään palauttamaan asiakas mahdollisuuksien mukaan takaisin työelämään tai opiskelemaan. (STM 2007, 19.)

### 6.3 Palveluasuminen

Palveluasumisen kuntoutuja tarvitsee intensiivisempää ja pitkäjänteisempää kuntoutusta kuin tuetun asumisen kuntoutuja. Tässä muodossa harjoitellaan tiiviisti omatoimisuutta sekä asumista. Palveluasuminen on yleensä yhteisöllistä ryhmäasunnoissa mutta se voi olla myös yksilöllistä asumista omassa asunnossa, riippuen henkilön kuntoutuksesta. Palveluasumisessa painopisteenä on monipuolinen kuntoutus, asiakkaan toimintakyvyn sekä sosiaalisten suhteiden vahvistaminen. Kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua päivätöimintaan. Hänen kanssaan harjoitellaan päivittäisiä toimintoja kuten ruuanlaittoa, siivousta ja pyykin pesua. Lisäksi hänet ohjataan hoitamaan raha-asioitaan asumispalveluiden ulkopuolella sekä päättämään itse omista asioistaan. Tarvittaessa järjestetään lääkäri ja muita terveydenhuollon palveluita. (STM 2007, 19–20.)

### 6.4 Tehostettu palveluasuminen

Tehostetussa palveluasumisessa kuntoutuja on vaikeasti toimintarajoitteinen ja tarvitsee ympärivuorokautista huolenpitoa ja tukea. Tehostettu palveluasuminen on usein yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa. Kuntoutuja tarvitsee yleensä paljon tukea päivittäisissä toimissa. Tällaisia ovat henkilökohtainen hygienia, ruokailut, siivous, pyykinpesu sekä lääkärin ohjeistamassa lääkehoidossa. Kuntoutujaa ohjataan kuitenkin tekemään itsenäisiä päätöksiä, hoitamaan raha-asioitaan sekä etsimään mielekästä tekemistä vapaa-aikaan, ihmissuhteiden ylläpitoa unohtamatta. Asiakasta autetaan tarvittavien tukien hakemisessa ja hänelle järjestetään tarvittavat lääkäri- ja muut terveydenhoito palvelut. (STM 2007, 20.)

## 6.5 Mielenterveyskuntoutujan palvelut perusterveydenhuollossa

Laissa sanotaan, että kunnan tehtävänä on järjestää asukkailleen tarvittavia mielenterveyspalveluita (kansanterveyslaki 66/1972; mielenterveyslaki 116/1990). Ensivaiheen tutkimuksista ja hoidon aloittamisesta vastaa perusterveydenhuolto. Avomielenterveyspalveluita perusterveydenhuollossa tarjoavat psykiatrian poliklinikat, mielenterveystoimistot, päiväsairaalat ja psykiatrisen kotisairaanhoidon. Muita kuntoutuspalveluita kuten kuntoutuskoteja, päivätoimintaa, kuntouttavaa työtoimintaa ja tuettua asumista järjestävät kunnat. Kunnallista kotihoitoa ja psykiatrista kuntoutusta voidaan myös tarjota mielen-terveysasiakkaalle. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 56–57.)

Isometsän (2011, 25) mukaan valtaosa lievää tai keskivaikeaa masennustilaa sairastavaa hoidetaan perusterveydenhuollossa eli terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Isometsän mukaan masennustilojen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Sairauden akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on niin pikainen ja täydellinen toipuminen kuin se on mahdollista. Jatkovaiheessa tarkoituksena on estää sairauden uusiutuminen. Ylläpitovaiheessa potilasta pyritään suo-jaamaan sairauden uudelleen puhkeamiselta. Vain pieni osa masentuneista tarvitsee erikoislääkäritasoisia hoitoa. On arvioitu, että yleislääkärit lähettävät noin 5–15 % masennuspotilaistaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

## 6.6 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon

Psykiatrian erikoissairaanhoidonaloja ovat esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatria, päihdepsykiatria, oikeuspsykiatria ja vanhuspsykiatria. Sairaanhoidopiireis-ssä pidetään yllä psykiatrisia sairaaloita ja avopalveluita, kuten psykiatrisia kli- nikoita. Palveluita on hajautettu ympäri sairaanhoidopiiriä. Näin pyritään tur-vaamaan palveluiden helppo saatavuus. Psykiatrisen sairaanhoidon on useim- miten akuuttihoitoa, joka kestää yleensä 1–3 viikkoa. Jatkohoidon järjestämi- nen kuuluu myös hoitoon. Pitkäaikaishoito kestää pidempään, ja siellä ede- tään sosiaalisen kuntoutuksen portaita ensin kuntoutuskotiin ja myöhemmin tuettuun asumiseen tai omaan asuntoon. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008. 58.)

Isometsän (2011, 25) mukaan hoito erikoissairaanhoidossa on tarpeen silloin, kun kyseessä on vaikea, psykoottinen tai lääkeresistanssi masennus. Vaike-

asti monihäiriöinen tai itsetuhoinen potilas hyötyy erikoissairaanhoidon palveluista myös silloin, kun masennustila uhkaa potilaan työ- tai toimintakykyä.

## 6.7 Yksityiset mielenterveyspalvelut ja kolmas sektori

Yksityisillä mielenterveyspalveluilla täydennetään ja korvataan joitain julkisia palveluita. Kunnat, Kela ja muut vakuutuslaitokset sekä yksityiset asiakkaat voivat ostaa mielenterveyspalveluita yksityisiltä palvelun tuottajilta. Tällaisia palveluntarjoajia ovat yksityispsykiatrit, psykologit ja monet eri terapeutit. Eri-  
laisia hoito- ja kuntoutusyksiköitä sekä tuetun asumisen palveluita tarjoavia yksiköitä on perustettu yksityisten toimijoiden toimesta. Toiminta niissä on monipuolista, ja ne tarjoavat monipuolisia ja yksilöllisiä vaihtoehtoja mielenterveyskuntoutujille. Julkiset palvelut eivät yksin riitä, joten yksityisten palveluiden tarve kasvaa. Mielenterveysalan järjestöt yllä pitävät kriisipuhelinpalvelua ja kriisikeskuksia. Potilasyhdistykset ovat myös kehittäneet monipuolista tukitoimintaa ja palveluja jäsenilleen. Tällaista toimintaa on muun muassa vertaistukitoiminta, erilaiset hoidolliset ryhmät, työtoiminta, sopeutumisvalmennusta sekä monipuolista virkistystoimintaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 59–60.)

## 7 PALVELUN KÄSITE

Nurmisen (2001, 10) mukaan palvelu on monimutkainen ilmiö ja sanan merkitys vaihtelee henkilökohtaisesta palvelusta tuotteeseen. Palvelu voidaan määrittää teoksi tai tekojen sarjaksi, jossa asiakkaan ongelmia pyritään ratkomaan. Palvelussa asiakas ja henkilökunta ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Palvelua voi saada kasvotusten, puhelimitse tai sähköpostilla. Määrittelyissä korostetaan sitä, että palvelun tarjoajan ja asiakkaan välille syntyy vuorovaikutustilanne. Näillä tilanteilla on suuri merkitys, vaikka niitä ei yleensä tiedostetakaan.

Työntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa tärkeää on siis hyvä vuorovaikutus. Heidän suhteensa pitäisi olla vastavuoroinen. Jopa sellaisissa tilanteissa, joissa asiakas ei osaa ilmaista omia mielipiteitään sanoin, voi työntekijä tulkita työnsä vaikutuksia asiakkaan ilmeistä ja eleistä. On kuitenkin syytä muistaa, että asiakkaan oma ajatus tilanteesta voi olla hyvinkin erilainen kuin työntekijän, koska molemmat hahmottavat todellisuutta omalla tavallaan. Tilanteeseen

vaikuttavat taustat, historia ja sen hetkiset elämänvaiheet. Turvallinen ja kii-reetön ilmapiiri tekevät palvelutilanteesta onnistuneen. Asiakkaan tulisi kokea, ettei häntä uhkaa mikään ja että hän voi luottamuksellisesti kertoa asioitaan asiakaspalvelijalle. Hyvään vuorovaikutus tilanteeseen kuuluu myönteisyys ja kannustavuus. (Ihalainen & Kettunen 2006, 40.)

## 7.1 Asiakkuus

Laitilan ja Pietilän (2012) mukaan asiakkaila on odotuksia, jotka kohdistuvat palveluntuottajaan. Asiakas laittaa tärkeysjärjestykseen hänelle itselleen tärkeät asiat. Hänellä on tunteensa ja ajatuksensa, hän käyttää omia resurssejaan sekä asettaa itselleen tavoitteita. Hän saattaa pohtia sitä, mistä onnistunut palvelukokemus syntyy. Jokainen ihminen kokee saamansa palvelun aina omista lähtökohdistaan käsin. Hänellä on tarpeita ja odotuksia palvelusta. Oma henkilöhistoria, tiedon taso, tunnesisällön merkitys ja omakohtaiset kokemukset vaikuttavat tilanteen onnistumiseen. Asiakkaan omien voimavarojen heiketessä voi olla vaikeaa kohdata asiakaspalvelija, kun muidenkin ihmisten kohtaaminen on hankalaa. Omien asioiden hoitaminen voi olla liian työlästä. Palvelutilanteen epäonnistuessa, asiakas ei ehkä jaksaa puolustaa omia oikeuksiaan ja vaatia sitä, mikä hänelle kuuluisi.

Kansainvälisissä ohjelmissa ja julkilausumissa on pyritty parantamaan asiakkaan osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia. Onnistuneella asiointikokemuksella on parhaimmillaan terapeuttinen ja voimaannuttava vaikutus. Asiakas saa positiivisen hallinnantunteen ja jopa itsetunto paranee. (Laitila & Pietilä 2012.)

Laitilan ja Pietilän (2012) mukaan palveluiden käyttäjistä on tullut aktiivisia asiakkaita. Heiltä odotetaan vastuunottoa, tietoa ja voimavaroja. Joustavuutta, yksilöllisyyttä, asiakkaan itsemääräämistä ja osallistumista pyritään edistämään sopimuksellisuudella. Pahimmillaan se voi kuitenkin johtaa palveluiden ulkopuolelle jäämiseen. Näin käy helposti jos asiakkaalla ei ole resursseja, mahdollisuuksia tai motivaatiota sopimusten tekemiseen tai niiden noudattamiseen. Kaikilla asiakkaila ei ole kykyä, resursseja tai motivaatiota olla osallisina. Siksi tarvitaan erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja.

## 7.2 Palvelukokemuksia

Jokainen ihminen kokee kodin ulkopuolella saamansa palvelun omalla tavallaan. Palvelukokemukseen vaikuttaa se, miten vuorovaikutustilanne on koettu. Palvelutilanne sisältää paljon erilaisia riskejä. Asiakkaan omat voimavarat saattavat olla heikentyneet sairaudesta, jolloin on vaikeuksia lähteä liikkeelle. Masentuneena tai väsyneenä ei ensimmäisenä ajattele asioiden hoitamista. Joillain voi olla vaikeuksia hallita tunne-elämäänsä tai hän kokee, ettei tule muutoin ymmärretyksi. Myös asiakaspalvelijalla on suuri rooli palvelukokemuksen onnistumisessa. Hän voi vaikuttaa palvelukokemuksen onnistumiseen. Hyvä asiakaspalvelija osaa lukea asiakastaan ja toimia tilanteen vaatimalla tavalla niin, että asiakkaalle jää palvelutilanteesta hyvä mieli.

Huono palvelukokemus lisää eristäytymisen riskiä, ja näin henkilö on suuremmassa vaarassa syrjäytyä. Kokonaiskuntoutumista ei edistä se, että henkilö jää vain kotiin, eikä lähde enää hoitamaan asioitaan. Huonot kokemukset voivat saada aikaan turvattomuuden tunteen. Tunteen siitä, ettei pystykään hallitsemaan tai määräämään omista asioistaan. Yhdenvertaisilla palveluilla ja palvelukokemuksilla voidaan lisätä turvallisuudentunnetta ja tukea samalla omatoimista kuntoutumista avohoidossa.

## 8 YHDENVERTAISUUS

Yhdenvertaisuus on perusoikeus, joka kuuluu kaikille. Oikeudenmukaisessa yhteiskunnassa kaikilla ihmisillä tulee olla yhdenvertaiset mahdollisuudet kouluttautua, tehdä töitä ja saada erilaisia palveluja. Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että sukupuoleen, ikään, uskontoon tai kansallisuuteen katsomatta kaikki ihmiset ovat samanarvoisia. Yhdenvertaisuuslain (21/2004) tarkoituksena on edistää ja turvata yhdenvertaisuuden toteutumista sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa. Viranomaisten pitää kaikessa toiminnassa edistää niitä olosuhteita, jotka estävät yhdenvertaisuuden toteutumista. Laissa kielletään suora ja epäsuora syrjintä sekä häirintä tai käsky syrjiä jotakuta. Viranomaisten pitää laatia yhdenvertaisuussuunnitelma. (Sisäasiainministeriö.)

Yhdenvertaisuus ei kuitenkaan aina toteudu halutulla tavalla. Ihmisten lähtökohdat ja mahdollisuudet toimia ovat erilaisia. Eriarvoisuuden aktiivinen poistaminen on yhteiskunnassa tärkeää, jotta tosiasiallinen yhdenvertaisuus voisi toteutua. Perustuslakiin (731/1999) ja yhdenvertaisuuslakiin (21/2004) on kirjattu viranomaisille velvollisuus ihmisten yhdenvertaisuuden edistämisestä. Heikommassa asemassa olevien ryhmien yhdenvertaisuuden toteutumisen vuoksi voidaan joutua poikkeamaan samanlaisen kohtelun periaatteesta. Yhdenvertaisuusvaikutuksia pitää arvioida syrjinnän vaarassa olevien ryhmien näkökulmasta. (Sisäasiainministeriö.)

## 8.1 Positiivinen erityiskohtelu

Syrjinnälle alttiin ryhmän asemaa ja olosuhteita pyritään parantamaan positiivisen erityiskohtelun toimenpiteillä. Vanhukset, lapset tai etniset vähemmistöt ovat tällaisia ryhmiä. Näillä erityisillä toimenpiteillä tähdätään tosiasiallisen yhdenvertaisuuden turvaamiseen. Nämä toimenpiteet eivät muutu asenteeltaan toisia syrjiviksi. Toimenpiteillä tuetaan tosiasiallista yhdenvertaisuutta ja osallistumismahdollisuuksia eri elämänalueilla. Tätä kutsutaan positiiviseksi erityiskohteluksi. Voidaan myös puhua palveluiden kehittämisestä asiakaslähtöisesti. (Sisäasiainministeriö.)

## 8.2 Syrjäytyminen

Tutkimusten mukaan mielenterveyspotilaiden suurin syrjäytymistä aiheuttava ongelma on yksinäisyys. Mielenterveyspotilaiden subjektiivisten hyvinvoinnin kokemusten tiedetään olevan yhteydessä yksinäisyyteen. Elämän otteen kokemuksen alkaessa kadota on henkilö vaarassa syrjäytyä. Sosiaalinen syrjäytyminen näkyy taas kulutuksen ja ajankäytön mallien poikkeamisena normaalista. Syrjäytymisen voi aiheuttaa työttömyys, köyhyys, yksinäisyys tai vieraantumisen arkipäivän elämään liittyvistä asioista. Valinnan mahdollisuuksien vähäisyys liittyy myös syrjäytymiseen. Syrjäytyneen elämää ohjaavat pakot, rajoitteet ja mahdollisuuksien puute. Ihmisen omalla toiminnalla on suuri merkitys syrjäytymiseen. Esimerkiksi ihminen saattaa itse vetäytyä kaikista sosiaalisista kontakteista, jolloin riski syrjäytymiseen on todella suuri. Keskimääräistä suurempi riski syrjäytymiseen on mielenterveyspotilailla. (Nordling & Toivio 2013, 302–303.)

Syrjäytymiseen liittyy usein eristäytymistä ja kyvyttömyyden tunnetta. Syrjäytymisen aikana ihminen joutuu huomaamattaan tavanomaisen sosiaalisen elämän ulkopuolelle ja menettää vähitellen oman elämänhallinnan tunteensa. Syrjäytymisen edetessä ihmisestä tulee passiivinen. Hän ei jaksataistella tai yrittää, jos hän on epäonnistunut riittävän monta kertaa. Syrjäytynyt ihminen ei välttämättä osaa vaatia oikeuksiaan eikä edes kunnioitusta. (Ihalainen & Kettunen 2006, 19.)

Käytännössä syrjäytymistä yritetään vähentää lisäämällä sosiaalista osallisuutta. Kun tavallinen arki saadaan sujumaan, voidaan harkita uutta askelta eteenpäin kuntoutumisessa. Koulutus tai mielekäs työ luo turvallisuuden tunnetta ja rytmittää arkea. Kuntoutuja kokee kuuluvansa johonkin, eikä ole vain yksin kotona. (Wolfson, Holloway & Killaspy 2009.)

## 9 KAAKKOIS-SUOMEN SOSIAALIPSYKIATRINEN YHDISTYS RY

Kaakkois-Suomen Sosiaalipsykiatrinen Yhdistys ry on perustettu vuonna 1998. Se sosiaalialan yleishyödyllinen järjestö. Yhdistyksen toimintaan kuuluu mielenterveyskuntoutujien etujen ja palvelujärjestelmien kehittäminen. Se toimii aktiivisessa vuorovaikutuksessa ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Yhdistys pyrkii toimimaan niin, että se edistää kaikkien kansalaisten mielenterveyttä sekä tukee ja kehittää mielenterveystyötä. Toiminta perustuu asiakaslähtöisyyteen. Yhdistyksen arvot ovat avoimuus, suunnitelmallisuus, suvaitsevaisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus ja yhteisöllisyys.

Yhdistys työskentelee avohoidossa olevien mielenterveyskuntoutujien psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisäämiseksi. Lisäksi yhdistys kehittää kuntouttavia toimintamuotoja. Toimintaa pyritään kehittämään jatkuvasti, projektitoiminnan muodossa. Tällä hetkellä yhdistyksellä on useita palvelujärjestelmän kehittämisprojekteja, joiden avulla luodaan uusia toimintamalleja mielenterveyskuntoutujien palvelujärjestelmän tueksi. Raha-automaattiyhdistys eli RAY rahoittaa näitä projekteja. Yhdistyksellä on myös sisäisiä kehittämishankkeita kuten strategiatyö ja laatu-työskentely. Lisäksi Kaakkois-Suomen Sosiaalipsykiatrinen Yhdistys ry tuottaa päivätoimintoja ja asumispalveluja sekä kuntouttavaa työtoimintaa mielenterveyskuntoutujille.

Palvelutuotannon ja kehittämistyön lisäksi yhdistys harjoittaa aktiivista tiedotus-, koulutus- ja virkistystoimintaa sekä edunvalvontaa. (Kakspy ry 2013.)

Yhdistys toimii läheisessä yhteistyössä mielenterveyskuntoutujien ja heidän lähipiirinsä sekä muiden alan toimijoiden kanssa. Yhdistyksen toimialueena ovat Etelä-Karjala ja Kymenlaakso. Yhdistys toimii kiinteässä yhteistyössä alan valtakunnallisten järjestöjen kanssa. Yhdistys on Suomen Sosiaalipsykiatristen Yhteisöjen Keskusliitto ry:n jäsen. (Kakspy ry 2013)

Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä on kaikille mielenterveyskuntoutujille avoin kohtaamispaikka Kotkassa, Villa Kaunismäki toiselta nimeeltään Mielipaikka. Se on tarkoitettu mielenterveyskuntoutujien yhteiseksi vapaa-ajan paikaksi. Siellä on mahdollisuus osallistua erilaisiin toimintoihin, lukea päivän lehdet, kahvitella, pelata pelejä, asioida tietokoneella ja viettää aikaa sosiaalisesti mukavassa seurassa. Siellä järjestetään myös erilaisia ryhmätoimintoja ja kuntoutujien arkea tukevia vapaa-ajan toimintoja. (Kakspy ry 2013.)

## 10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kävin pitkään keskustelua mahdollisesta aiheesta erään opinnäytteitä ohjaavan opettajan kanssa. Halusin kirjoittaa mielenterveyskuntoutujista jotakin, en vain tiennyt, mitä se olisi. Kyseinen opettaja ehdotteli minulle mahdollisia aiheita ja opinnäytetyölleni tilaajaa. Sain muutamia mahdollisten yhteistyöhenkilöiden nimiä, joihin ottaisin yhteyttä sähköpostilla. Samoihin aikoihin Kymenlaakson ammattikorkea koululla alkoi EK-ARTU-hanke, joka kerää tietoa arjensurvallisuudesta Kymenlaakson alueella. Tämän hankkeen sisällä oli myös mahdollista tehdä opinnäytetöitä. Otin yhteyttä hankkeen koordinaattoriin ja tiedustelin häneltä, olisiko hänellä aiheita, jotka käsittelisivät mielenterveyskuntoutujia. Hankkeen sisältä löytyivätkin erityisryhmät ja haavoittuvat ryhmät, joista sitten valitsin ryhmäkseni mielenterveyskuntoutujat. Aiheeni vahvistettiin joulukuussa 2012.



## 10.1 Tutkimuksen aloitus

Aloitin tutkimukseni tekemisen heti aiheen vahvistuksen ja ohjaavan opettajan määrityksen jälkeen. Hain kirjastosta paljon mielenterveyttä käsittelevää kirjallisuutta ja aloin etsiä aiheesta teorial tietoa. Samaan aikaan aloin kirjoittaa tutkimussuunnitelmaani. Ensimmäisessä ohjaajan tapaamisessa, totesimme minun olevan täysin hukassa aiheeni kanssa ja ohjaava opettajani näytti minulle uuden suunnan. Tässä kohtaa myös opinnäytetyöni tilaaja muuttui täysin. Tutkimusseminaarissa kävimme ohjaavan opettajan kanssa läpi, mitkä voisivat olla tutkimuskysymykseni. Tutkimusseminaarissa oli mukana myös EK-ARTU-hankkeesta vastaava opettaja, jolta sain todella arvokasta tietoa siitä, miten minun kannattaisi tutkimuksessani edetä.

Tarkoitukseni oli ennen kesää 2013 saada kerättyä aineisto, jotta voisin analysoida sen kesän aikana. Olin sähköpostilla yhteydessä Kakspy ry:n palveluohjaajaan, joka ohjasi minut sopivan henkilön puheille. Tapasin Sateenkaaren asumisyksiköstä vastaavan henkilön keväällä 2013. Hänen kanssaan kävimme läpi sitä, mitä opinnäytetyöni tulisi sisältämään, ja hän neuvoi minua olemaan suoraan yhteydessä kotikuntoutajiin. Otin yhteyttä kahteen kotikuntoutajaan ja sovin heidän kanssaan tarkemmin käytännönjärjestelyistä.

## 10.2 Tutkimuskysymykset, tutkimuskohde ja tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö oli yksi monista vaihtoehdoista, joita EK-ARTU-hankkeen sisällä oli mahdollisuus toteuttaa. Jokainen ihminen kokee saamansa palvelun eri tavalla. Tutkimukseni tarkoitus on kartoittaa sitä, kuinka onnistunut tai epäonnistunut palvelutilanne vaikuttaa asiakkaan turvallisuuden tunteeseen, jos oma toimintakyky on heikentynyt. Erityisryhmäksi valikoituivat mielenterveyskuntoutujat. Heikentyneen toimintakyvyn kanssa asioiminen vaatii paljon kuntoutujalta, mutta myös asiakaspalvelijalta. Näin ollen palvelutilanne vaikuttaa arjen turvallisuuden kokemiseen, jota tutkimukseni tarkemmin kartoittaa. Eri-tyis- tai vähemmistöryhmien tutkiminen tältä kannalta on siis täysin perusteltua. Tutkimuskysymykseni nousivat EK-ARTU-hankkeen kautta. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

1. Millaisia palveluja erityisryhmään kuuluvat asiakkaat käyttävät?

2. Miten palvelukokemukset saavat aikaan turvallisuutta?
3. Miten palvelukokemukset saavat aikaan turvattomuutta?
4. Miten erityisryhmään kuuluva asiakas reagoi turvattomuutta tuottaviin palvelukokemuksiin?

Tutkimuskohteenani olivat Kymenlaakson alueella omissa kodeissaan tai tukiasunnoissa asuvat mielenterveyskuntoutujat, jotka itsenäisesti hoitavat asioitaan. He eivät ole holhouksessa, vaan liikkuvat itsenäisesti, asioivat esimerkiksi kaupassa ja pankissa yksin. Haastateltavien piti olla suhteellisen hyväkuntoisia ja heillä oli oltava palvelukokemuksia. Tein yhteistyötä tässä tutkimuskohteen valinta-asiassa Kaakkois-Suomen Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen ry eli Kakspy ry:n kanssa. Valitsimme kolme yleisintä mielenterveyshäiriötä ja niistä kaksi tai kolme haastateltavaa, joilla on kyseinen sairaus. Nämä sairaudet olivat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja paniikkihäiriö. Kahdella haastateltavalla oli näistä sekamuotoisia häiriöitä. Kakspy ry. valitsi haastateltavat heidän mielestään sopivaksi katsomistaan henkilöistä.

Tutkimusmenetelmäksi olin valinnut kvalitatiivisen eli laadullisen menetelmän. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tutkimus sopii muutoinkin hyvin, koska kohderyhmäni on rajallinen, eikä tutkimuksella pyritä yleistettäviin tuloksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ihmisen omia kuvauksia koetusta todellisuudesta. Kuvausten oletetaan sisältävän niitä asioita, joita ihminen pitää elämässään merkityksellisinä ja tärkeinä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisten käsityksiä erilaisista asioista. Kokemukset ja käsitykset samasta asiasta voivat olla hyvinkin erilaisia riippuen muun muassa tutkittavan iästä, sukupuolesta ja kokemuksista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 151–155.)

### 10.3 Aineistonkeruumenetelmä ja aineiston keruu

Aineistoni päätin kerätä teemahaastattelulla, koska mielenterveyskuntoutujat eivät ehkä jaksaisi vastata kyselylomakkeisiin. Hirsjärvi ym. (2000, 191–195.) pitävät haastattelun suurimpana etuna yleensä joustavuutta aineistoa kerätä-

essä tilanteen edellyttämällä tavalla ja haastateltavaa myötäillen. Haastatteluaihteita on mahdollisuus säädellä. Samoin on mahdollisuus tulkita vastauksia enemmän kuin esimerkiksi postikyselyssä.

Haastattelu on ymmärrettävä systemaattisena tiedonkeruun muotona, jolla voidaan kerätä aineistoa tutkimuksia varten. Haastattelulla on tietyt tavoitteet, ja sen avulla pyritään kokoamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. Haastattelulajeja voidaan jaotella sen mukaan, miten strukturoitu ja miten muodollinen haastattelutilanne on. Yhtenä ääripäänä on täysin strukturoitu haastattelu, jossa ennalta laaditut kysymykset esitetään tietyssä järjestyksessä. Toisena ääripäänä on strukturoimaton, täydellisen vapaa haastattelu, jossa haastattelijalla on mielessään vain tietty aihe tai alue ja keskustelu käydään vapaasti rönstyillen aihepiirin ympärillä. Avoimessa haastattelussa tutkija selvittelee haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä.

Olin sähköpostitse yhteydessä yhteyshenkilöihini, joiden kanssa sovimme haastattelulle sopivan ajankohdan. Aloitin aineistoni keräämisen haastattelemalla mielenterveyskuntoutujia Kotkassa ja Karhulassa. Sovimme haastattelut samalle päivälle niin, että aamupäivän olin Karhulassa ja puolenpäivän jälkeen siirryin Kotkaan. Jokaiseen haastatteluun oli varattu tunti aikaa.

Haastatteluuni oli kutsuttu seitsemän henkilöä. Kutsutuista henkilöistä kaksi ei päässyt paikalle. Yksi oli sairastunut flunssaan, ja yksi joutui perumaan tulonsa muista syistä. Haastatteluissa oli lopulta viisi mielenterveyskuntoutujaa. Haastateltavilla oli oireita skitsofreniasta, keskivaikeasta ja syvästä masennuksesta. Heillä esiintyi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sekä sekamuotoista kaksisuuntaista mielialahäiriötä, paniikkihäiriötä ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa sekä ahdistusta. Muutamalla haastateltavalla oli useampia mielenterveyden häiriöitä.

Aloitin haastattelut esittelemällä itseni ja kerottomalla, mitä olen tekemässä ja miksi haluan haastatella heitä. Kysyin jokaiselta kirjallisen luvan haastattelun nauhoittamiseen ja kerroin, että ne tulevat vain omaan käyttööni myöhempää analysointia varten. Minun olisi helpompaa keskittyä keskusteluun, kun ei tarvitsisi kirjoittaa vastauksia ylös. Haastattelun aluksi kyselin myös hieman taus-

takysymyksiä, kuten esimerkiksi, millaista sairautta kyseinen henkilö sairastaa, kuinka kauan sairaus on hänellä ollut ja onko sairaus hallinnassa.

Pyrin pitämään haastattelutilanteen mahdollisimman rentona, koska jokainen haastateltava oli joutunut ponnistelemaan tullakseen haastatteluun. Yksi haastateltavista kertoi jopa menettäneensä yöunet, miettiessään haastattelua ja sitä, millaisia kysymyksiä tulen esittämään. Kotikuntouttajat, jotka olivat linkkinä minun ja haastateltavien välillä, olivat kovasti rohkaisseet ja kannustaneet asiakkaitaan. Haastattelujen jälkeen jokainen haastateltava totesi, että ei olisi tarvinnut jännittää. He kiittelivät minua siitä, että tunnelma oli rento ja tilaisuus tuntui enemmänkin mukavalta keskustelulta ja he unohtivat olevansa haastattelussa.

#### 10.4 Analyysimenetelmä

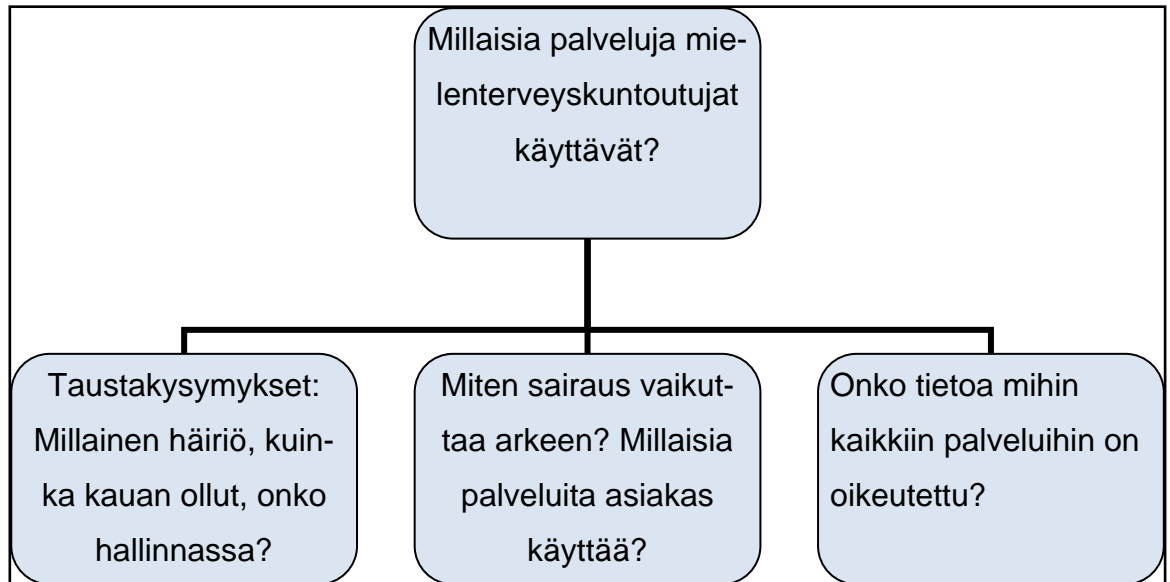
Analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin. Lähtökohtana tässä on aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu, ei teorian tai erilaisien hypoteesien testaaminen. Tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää, vaan sen tekee aineisto. (Hirsjärvi ym. 2004,155.)

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja et-sien ja tiivistäen. Tutkittavat tekstit voivat olla melkein mitä vain: kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluja, puheita ja keskusteluja. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto ensin pirstotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aloin analysoida aineistoani kesällä 2013 litteroimalla sen. Haastatteluni olivat kestäneen reilun puoli tuntia, ja jokaisen litterointiin kului aikaa noin neljä tuntia. Saatuani aineiston litteroitua aloin lukea sitä alleviivaten erivärisillä kynillä haastatteluista nousevia yhtäläisyyksiä, samalla etsin myös vastauksia tutkimuskysymyksiini.

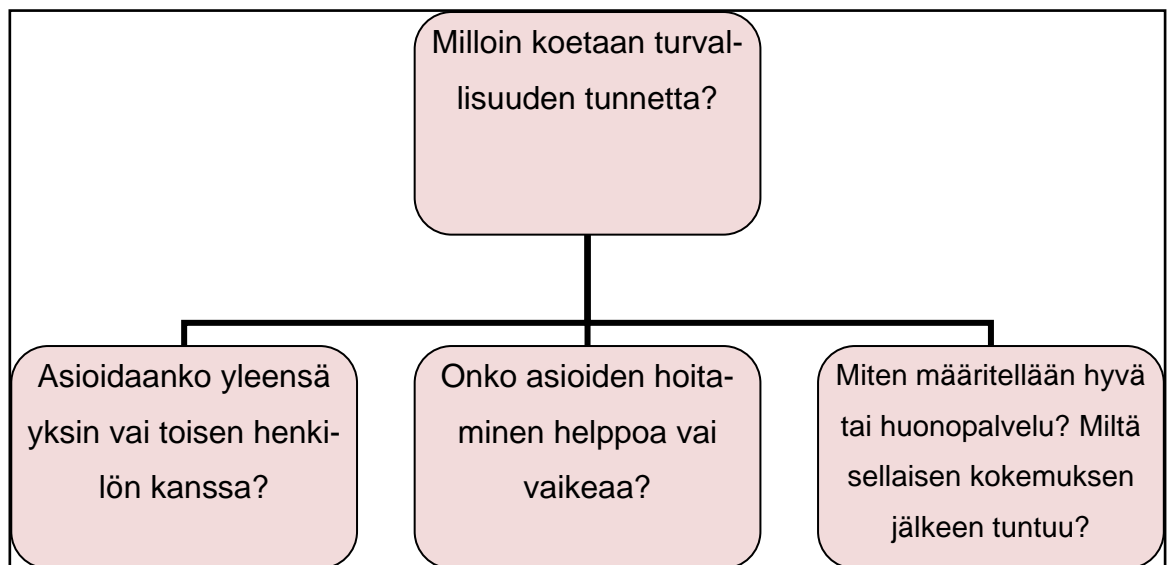
## 10.5 Haastattelun teemat

Ensimmäinen haastatteluteema on koottu kuvaan 1. Kysymysten tarkoituksena on vastata ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, minkälaisia palveluita erityisryhmään kuuluvat asiakkaat käyttävät.



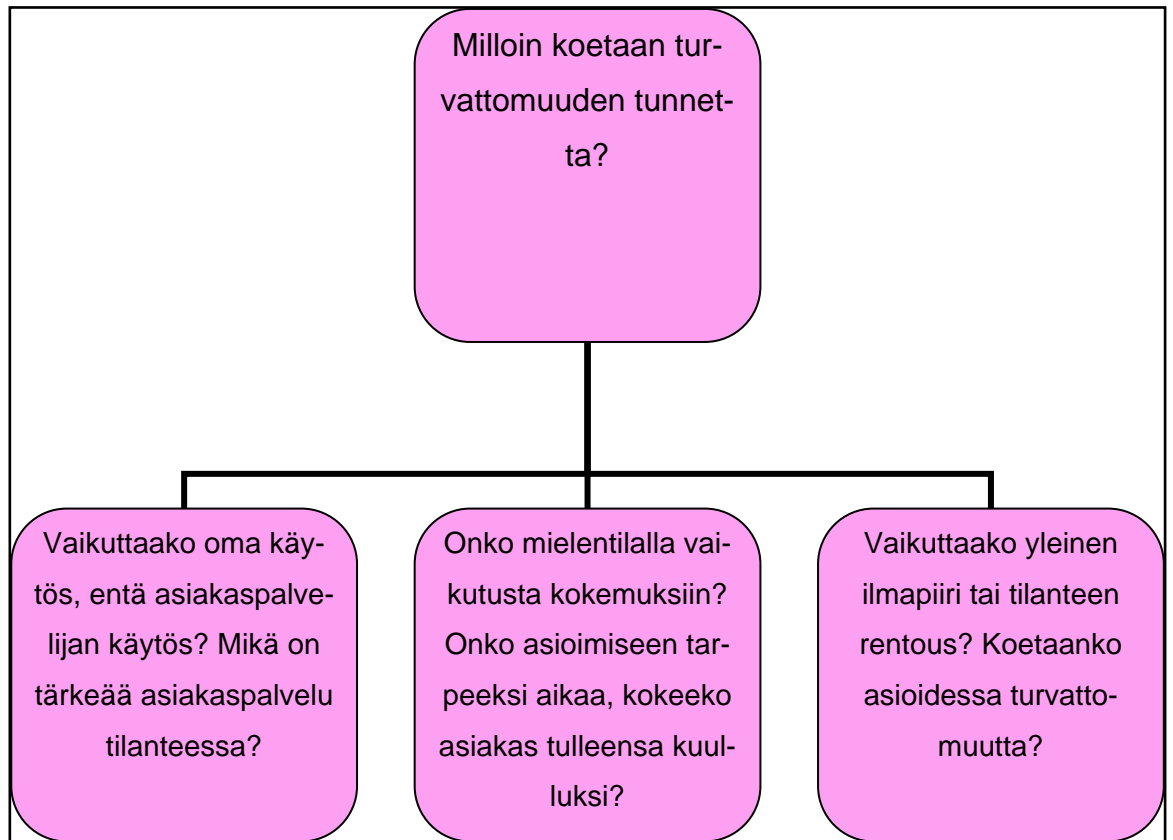
Kuva 1. Taustat ja palvelut

Toinen haastatteluteema oli turvallisuuden kokeminen. Teeman kysymykset ovat kuvassa 2. Niiden avulla on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen, miten palvelukokemukset aikaan saavat turvallisuutta?



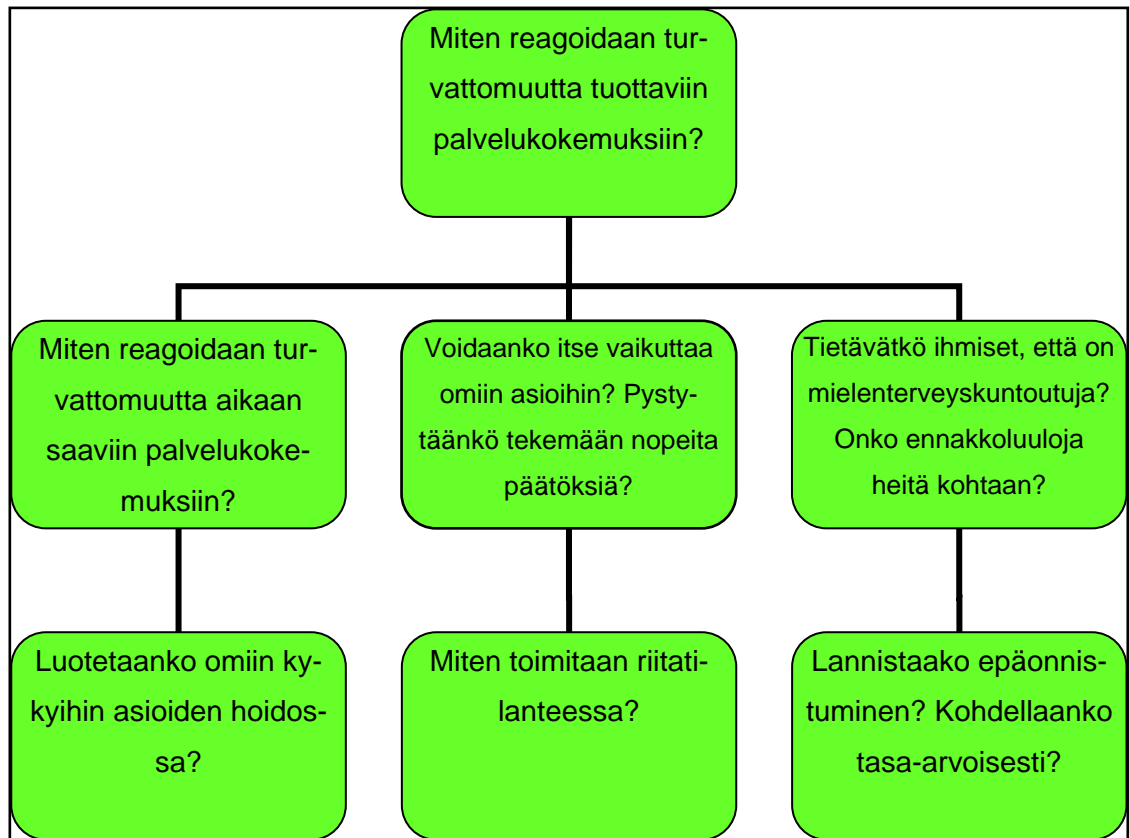
Kuva 2. Turvallisuus

Kolmas haastatteluteema oli turvattomuuden kokeminen kuvassa 3. Sen avulla on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen, miten palvelukokemukset aikaan saavat turvattomuutta?



Kuva 3. Turvattomuus

Neljäs haastatteluteema oli turvattomuuden kokemisen vaikutukset, jonka kysymyksiä kuvaa kuva 4. Näiden kysymysten avulla on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen, miten erityisryhmään kuuluva asiakas reagoi turvattomuutta tuottaviin palvelukokemuksiin?



Kuva 4. Reagointi palvelutilanteessa

## 11 TUTKIMUSTULOKSET

### 11.1 Sairaudesta aiheutuvat ongelmat

Jokaisella vastaajalla oli lääkitys sairautensa, ja he kokivat sairautensa olevan hallinnassa. Sairaudet aiheuttivat kuitenkin monenlaisia ongelmia. Varsinkin sairauden aktiivivaiheessa jokainen vastaaja koki vaikeuksia asioiden hoidossa tai ihmisten kohtaamisessa. Toisinaan aivan pienet askareetkin tuntuivat mahdottomilta hoitaa. Pelkästään sängystä ylös pääseminen koettiin joskus liian haastavaksi. Vastaajat kokivat, että myös heidän perheensä kärsivät heidän sairaudestaan. Ulos lähteminen koettiin haasteelliseksi sairauden ollessa aktiivivaiheessa. Haastateltavat kokivat olevansa turvassa omassa kodissaan. Asiointitilanteet tai ihmisten tapaaminen vei voimia. Elämää kuvattiin

vuoristoradaksi, jossa ei ole helppoa olla kenelläkään. Sairaudet aiheuttivat ongelmia henkilön arjessa:

*”Arjen hallinta on vähän diipa daapa.”*

Kun sairaudessa tuli parempi vaihe, myös elämä oli hetkellisesti helpompaa. Jokainen haastateltava toivoi, ettei kunnossa tulisi romahdusta ja sitä, että joutuisi takaisin vuoteenomaksi. Maniavaiheessa henkilö saattoi olla hyvinkin aktiivinen ja sai valmiiksi kesken jääneitä töitään. Yksi vastaajista mainitsi, että hänen rahankäyttönsä saattaa riistäytyä käsistä maniavaiheessa. Kaksi vastaajista koki itsetuntonsa kohoavan huimasti maniavaiheessa, tästä syystä myös ihmisten kohtaaminen oli silloin helpompaa. Kun sairaudessa oli parempi vaihe, se sai erään haastateltavan ihmettelemään:

*”Voiks elämä olla näin ihanaa terveil ihmisil.”*

Jokaisella vastaajalla sairaus oli ollut diagnosoituna useamman vuoden. Osa epäili, että sairaus on ollut jo lapsuudessa, mutta diagnoosi on saatu vasta paljon myöhemmin aikuisiällä.

## 11.2 Millaisia palveluita käytetään?

Vastaajien tärkeimmäksi palveluksi nousi kotikuntoutus, joka sai kiitosta olemassaolostaan. Jokainen vastaaja koki, että ilman kotikuntoutusta he eivät tulisi toimeen. Kotikuntouttajaa odotettiin, ja hänen tulonsa oli päivän kohokohta. Mielenterveyskeskuksen palvelut olivat myös tärkeitä. Sosiaalisen elämän ja vertaistuen kannalta tärkeäksi nousi mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu vapaa-ajan kohtaamispaikka Mieku. Miekussa eli Mielipaikassa käytiin kahvilla ja tapaamassa muita mielenterveyskuntoutujia. Mielipaikassa oli tarjolla kuntoutumisen kannalta tärkeää vertaistukea.

Neljä haastateltavaa kertoi käyttävänsä mielenterveyskeskuksen palveluita. Mielenterveyskeskuksessa käydään hoitamassa virallisia asioita, kuten täyttämässä erilaisia hakemuksia. Yksi haastateltavista nimesi tärkeäksi palvelukseksi psykologin palvelut mielenterveyskeskuksen kautta. Kotikuntoutuksen henkilökunnan kanssa saatettiin käydä kauppaa-asioilla tai kahvilla, riippu-



en henkilön tarpeesta. Mielenterveyskeskuksen ja kotikuntoutuksen avustuksella vastaajat olivat hyvin tietoisia siitä, mihin kaikkiin palveluihin heillä on oikeus.

Vain yksi vastaaja mielsi kaupan ja pankin palveluiksi. Postia ei mainittu palveluna lainkaan, vaan jokainen ajatteli yleisemmin mielenterveyspalveluita. Kysyttäessä asioivatko he kaupassa, pankissa tai postissa, jokainen vastaaja kertoi asioivansa näissä. Kelassa heidän tarvitsi asioida harvemmin. Työvoimatoimistossa ei kukaan asioinut haastatteluhetkellä. Kaksi vastaajaa kertoi saavansa taksimatkoja asiointimatkoille. Yhdellä vastaajalla oli käytössään oma auto, jonka avulla hän pääsi hoitamaan asioitaan. Yksi vastaaja kertoi matkustavansa paljon linja-autolla. Yksi haastatelluista asui niin kaupungin keskustassa, että kertoi menevänsä joka paikkaan kävellen. Terveyskeskuspalvelut nousivat myös esiin vastauksissa, mutta vain kahdella haastateltavalla oli positiivisia kokemuksia näistä palveluista.

Yleisistä terveyskeskuspalveluista haastateltavat sanoivat, että heistä tuntuu kuin heitä ei arvostettaisi asiakkaina. Heille tiuskitaan ja ollaan epäystävällisiä. Heillä on usein tunne, ettei lääkäri kuuntele heidän vaivojaan tai ei ota niitä vakavasti. Eräs haastateltavista kertoi, että kerran hän on ollut lääkärin vastaanotolla 3 minuuttia. Siinä ajassa ei asiakas ehdi kertoa tuntemuksiaan eikä lääkäri voi ehtiä kartoittamaan tilannetta. Haastateltavat sanoivat olevansa sairautensa leimaamia, ja siksi lääkärit eivät ota heitä vakavasti. Muutama kertoi, että tulee tunne kuin lääkärit pitäisivät heidän sairauksiaan laiskuutena ja vain tekosyynä pysyä poissa työelämästä.

### 11.3 Turvallisuutta parantavat palvelukokemukset

Hyvä palvelukokemus tuotti vastaajissa mielihyvän tunteita, ja jokainen sanoi, että seuraavan kerran asioille on vähän helpompi lähteä. Vastaajat kokivat, että asiakaspalvelijalla on suuri merkitys palvelukokemuksen onnistumiseen. Yhtä merkityksellisenä pidettiin omaa käyttäytymistä *”Niin metsä vastaa kun sinne huudetaan”*, oli erään haastateltavan lausahdus. Onnistunut asiointikokemus nosti seuraavan asiointikerran odotuksia. Palvelutilanne koettiin onnistuneeksi myös siinä tapauksessa, että ennakko-odotukset täyttyivät ja asiakas

sai juuri sen palvelun, mitä oli tullut hakemaan. Haastateltavat kertoivat antavansa palautetta kiitoksen muodossa, jos he katsoivat sen aiheelliseksi.

Hyvistä palvelukokemuksista tuli huomattavasti vähemmän esimerkkejä kuin huonoista. Vastaajat totesivat, että jos on saanut hyvää palvelua, se ei jää mieleen niin helposti, kuin huono palvelukokemus. Yksi vastaajista koki saavansa aina hyvää palvelua, oli se sitten tavallinen kaupassa saatu palvelu tai jokin mielenterveyspalvelu. Kaikki vastaajat kertoivat saavansa hyvää palvelua kotikuntoutuksen työntekijöiltä.

Asiointitilanteet koettiin turvalliseksi silloin kun heillä oli toinen henkilö mukana. Jokainen vastaaja kertoi, että silloin on helpompi lähteäkin, kun toinen ihminen tulee mukaan. Eräs haastateltava kertoikin hyvin, että *”se toinen on kun sellainen henkinen kainalosauva”*. Jokainen kertoi kuitenkin pystyvänsä asioimaan hyvinä päivinä yksinkin. Turvallisuudentunnetta ei oikein osattu nimetä erikseen. Eräs haastateltava sanoi kuvaavasti, että:

*”No ei mulla varsinaisesti mitää semmost niin ku, et ois ollu niin turvallinen olo mut, se sit se vaa menee, jos ei se oo turvaton ni sit se on vaa normaali.”*

Vastaajat olivat sitä mieltä, että paras tapa on vain hoitaa asioinnit, eikä niitä pidä miettiä sen enempää. Jokainen koki voivansa hoitaa asioita mutkattomasti silloin, kun olivat hyvässä kunnossa. Yksi haastateltavista kertoi kiertelvänsä kaupoilla vain katselemassa, silloin kun tunsivat olonsa hyväksi. Mutta ei lähde edes ulos, jos tunsivat olonsa huonoksi.

#### 11.4 Turvattomuutta tuottavat palvelukokemukset

Jokainen vastaaja sanoi, että palvelutilanteen totaalinen epäonnistuminen saattaa laukaista pahimmassa tapauksessa jopa masennuksen. Seuraavan kerran asioille lähtö on vaikeampaa, ja sitä siirretään yhä uudestaan, kunnes on aivan pakko lähteä. Kysymykseen: ”Kun kaikki on mennyt asiointitilanteesta pieleen, niin onko seuraavan kerran lähteminen vaikeampaa?” vastattiin muun muassa seuraavasti:

*”On, on joo, mie en lähe ollenkaa hyväks lykys. Tai sit minuu valtaa niin kova se kielteisyyden tunne että, sit sit alkaa jo kuvittelee, et ei kukaa välitä minust mitää ja parempi olla vaa tääl pimeäs huonees täkin alla.”*

Huono palvelu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti siihen, mitä mielenterveyskuntoutuja ajattelee palveluista. Huonon palvelukokemuksen jälkeen vastaajat kokivat arvottomuuden tunteita ja itsetunnon laskua. Tunne siitä, että kykenee itsenäisesti hoitamaan asioitaan, oli koetuksella huonojen palvelukokemusten jälkeen. Haastateltavat sanoivat jännittävänsä asiointitilanteita enemmän ennakoon, jos takana on epäonnistunut palvelukokemus.

Itse sairaus aiheutti epävarman olon jokaiselle vastaajalle, mikä aiheutti turvattomuuden tunnetta. Palvelutilanteen kiireellinen tunnelma tai asiakaspalvelijan välinpitämättömyys, saattoivat aiheuttaa myös turvattomuutta. Jokainen vastaaja kertoi, ettei tunne arvostusta asiakkaana, vaan että heitä vähätellään.

Turvattomuuden tunteita olivat kokeneet neljä haastateltavaa. He eivät kuitenkaan osanneet kertoa, mistä tunne oli johtunut tai miten sitä olisi voitu vähentää. Yksi vastaajista mainitsi, ettei ole koskaan tuntenut oloaan turvattomaksi asiointitehtävissä. Hän sanoi hoitavansa asiat juuri niin kuin on päättänyt. Hän kertoi menevänsä läpi vaikka harmaan kiven.

### 11.5 Reagointi turvattomuutta tuottaviin palvelukokemuksiin

Kaikki haastateltavat kokivat epäonnistuneen palvelukokemuksen selvittämisen vaikeaksi. Yksi vastaajista kertoi, ettei ole koskaan joutunut sellaiseen tilanteeseen, mutta epäili, ettei pystyisi tilannetta hoitamaan. Kaksi haastateltavaa kertoi myöhemmin miettivänsä kotona tilannetta. Toinen heistä kertoi tekevänsä kirjallisen valituksen, jos on aihetta. Toinen kertoi, ettei enää ikinä menisi kyseisen henkilön palveltavaksi, mutta ei tekisi asian eteen mitään muuta. Yksi haastateltava kertoi vain olevansa hiljaa ja lähtevänsä kotiin. Yksi kertoi masentuvansa sellaisista tilanteista ja kertoi antavansa asian olla:

*”Mä en osaa suuttuu niille mut mä tuun masentuneeks siitä, hirveen masentuneeks siitä tilanteest,” ”Mä annan sen olla. Joo.”*

Yksi haastateltavista koki olevansa sairautensa leimaama ja sen takia hän oli menettänyt työnsä. Hänen mielestään hänellä ei ollut enää mahdollisuutta työn tekemiseen. Hän kertoi, että voisi mennä töihin, mutta kukaan ei palkkaa häntä hänen sairaushistoriansa vuoksi. Tämän vastaajan mielestä ihmisillä on myös ennakkoluuloja häntä kohtaan. Seuraavassa hänen vastauksensa kysymykseen ennakkoluuloista:

*”On mut ne ei halua palkata tällasia, sen takii mä sain kenkääki, jos mä oisin ollu töissä, mä en ois saanu kenkää. Täs ois ihan hyvin voinu lukee, et sairauden takii, mut se piilotettii tonne tonne yt-neuvottelujen alle.”*

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksia. Ihmiset kokevat palvelutilanteet aina hyvin eri tavoin. Samasta tilanteesta kaksi eri ihmistä saattavat ajatella aivan eri tavalla. Toinen on saanut mielestään hyvää palvelua ja toinen huonoa. Monesti myös oma mielentila vaikuttaa siihen, miten joku palvelu koetaan. Ihan pienet asiat saattavat tuntua mahdottoman suurilta ja vaikeilta, jos itse on esimerkiksi väsynyt tai huonolla tuulella. Asiat saatetaan tulkita oman mielentilan mukaan.

Mielenterveyskuntoutujan mielialat saattavat vaihdella päivän aikana useampanakin kertaan. Välillä on hyvä hetki ja hetken päästä taas huono. Pienetkin vastoinkäymiset voivat tuntua suurilta ja mahdottomilta hoitaa. Voimme vain kuvitella, miten raskasta on elää vaihtelevan mielen kanssa. Kuten muutama haastateltava mainitsikin, elämä tuntuu siltä kuin olisi vuoristoradassa. Kun koko elämä on vuoristorataa, on vaikeaa säilyttää oma usko siihen, että pysyy hoitamaan asiansa. Jokainen haastateltava kyllä kertoi, että asiat tulevat hoidettua, mutta siinä saattaa kulua pitkä aika, ennen kuin tulee lähdettyä.

Mielenterveyshäiriön ollessa aktiivivaiheessa normaalisti toimiminen on lähes mahdotonta. Silloin ei jaksaa suorittaa edes arjen askareita, saatikka pitää yhteyttä muihin ihmisiin tai hoitaa omia asioitaan. Henkinen kestävyys on olematon, ja vaikeuksien kohdatessa asioiden annetaan vain olla. Tutkimuksissa nousi esiin, että pelkkää masennusta sairastavilla asioille lähteminen oli kui-

tenkin vähän helpompaa myös sairauden aktiivivaiheessa. Lähteminen vaati ponnisteluja myös masennusta sairastavilta, mutta se onnistui kuitenkin helpommin. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat eivät lähteneet asioille ol- lenkaan sairauden ollessa aktiivinen.

Rosenfield (1997) toteaa tutkimuksessaan, että alhainen itsetunto huonontaa elämän laatua tuottamalla toivottomuuden tunteen ja aiheuttaa taipumuksen luovuttaa vaikeina aikoina. Tällaiset yksilöt lakkaavat yrittämästä ja tavoittele- masta sitä, mitä he todella haluavat. Tämä taas vähentää mahdollisuuksia tyy- tyväisyyteen omassa elämässä.

Myös minun tutkimuksessani tuli esiin se, että jokaisen vastaajan itsetunto oli alentunut. He olivat mukautuneet siihen, etteivät välillä pystyneet toimimaan lainkaan yhteiskuntakelpoisella tavalla. Varsinkin sairauden ollessa aktiivinen, jokaisella vastaajalla oli toivottomuuden tunteita. He toivoivat, että he parani- sivat sairaudestaan ja voisivat elää normaalia elämää, ilman sairauden pel- koa.

Mielenterveyspalveluihin oltiin erittäin tyytyväisiä. Mielenterveystoimistossa jo- kainen haastateltava oli saanut hyvää palvelua. Heidät ja heidän ongelmansa oli siellä otettu vakavasti. Heitä oli neuvottu asioiden hoitamisessa ja esimer- kiksi etuuksien ja palveluiden hakemisessa. Mielenterveyskuntoutus ja etenkin kotikuntoutus sai positiivista palautetta. Jokainen vastaaja oli kiitollinen saa- mastaan tuesta. Kotikuntoutajan saapuminen oli monelle päivän kohokohta ja sitä odotettiin. Hänen kanssaan saatettiin sitten käydä hoitamassa asioita tai vain kahvilla leppoisan rupattelun merkeissä. Haastateltavat kokivat kotikun- toutuksen ja sen toimivuuden yhdeksi turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Toinen turvallisuutta lisäävä tekijä oli oma koti.

Ystävällinen ja kohtelias asiakaspalvelija sai ystävällisellä käytöksellään ai- kaan sen, että itsetunto koheni ja turvallisuuden tunne lisääntyi. Ystävällisyys ei vaadi keneltäkään kovin paljoa, mutta se sai aikaan merkittäviä hyvänolon tunteita mielenterveyskuntoutujalle. Näiden tunteiden avulla asioille lähtemi- nen oli seuraavalla kerralla paljon helpompaa. Haastateltavat sanoivat, että parhaan lopputuloksen asioinneissa sai, kun ei liikaa miettinyt tapahtumaa ennakkoon.

Huonot palvelukokemukset aiheuttivat turvattomuutta, mutta vastaajat eivät jaksaneet taistella oikeuksiensa puolesta. Jokainen vastaaja sanoi menevänsä kotiinsa miettimään, mitä tapahtui ja kuka mahtoi olla väärässä. Palautetta ei juurikaan annettu ja asioiden annettiin vain olla. Jokainen vastaaja koki tai oli kokenut ennakkoluuloista asennoitumista itseään kohtaan. He kertoivat, ettei omasta ulkonäöstä huolehtiminen ole aivan helppoa silloin, kun muitakaan asioita ei jaksa hoitaa. Silloin he ovat kokeneet, ettei heitä ole kohdeltu yhdenvertaisella tavalla. Tämä näkyi epäystävällisenä kohteluna.

Alla on lueteltu tutkimuksessa esiin nousseita asioita, jotka vaikuttivat haasteltavien elämään.

Yhdenvertaisuus kokemukset:

- vastaajat kokivat, ettei heillä ole mahdollisuutta työssäkäyntiin
- mielenterveyspalveluissa yhdenvertaisuuden koettiin toteutuvan
- perusterveydenhuollossa yhdenvertaisuus ei toteutunut

Riski syrjäytymiseen:

- yksin jäämisen pelko
- halutaan vetäytyä kaikista sosiaalisista tilanteista
- heikko elämänhallinnan tunne
- passiivisuutta havaittavissa, ei jaksa taistella tai yrittää
- tunne siitä, että ihmiset eivät ymmärrä

Turvallisuuden tunteet:

- omassa kodissa oleminen koettiin turvalliseksi
- kotikuntoutus lisäsi turvallisuuden tunnetta
- vakituinen tulo eläkkeen muodossa
- erilaiset ryhmätapaamiset
- onnistumisen kokemukset kaikilla elämän alueilla

Turvattomuuden tunteet:

- tulevaisuus pelottaa
- sairaus pelottaa, pysyykö mieli tasapainossa
- epäonnistumisen kokemukset

- ”ulkomaailma” eli kodin ulkopuolinen maailma

### 13 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI

Vastaavanlaista opinnäytetyötä en löytänyt Theseuksesta, opinnäytetöitä sisältävästä tietokannasta. Joissakin opinnäytetöissä oli tutkittu tietyn asumisyksikön asukkaiden kokemuksia asumispalvelusta, mutta yleisiä palvelukokemuksia ei ollut tutkittu. Tämä tutkimus nivoutui kuitenkin yhteen teorian kanssa. Tutkimustulokset olivat vahvasti sen suuntaisia, mitä opinnäytetyöni alkupään teoriaosuus antoi ymmärtää. Teoriasta sain vahvistusta tutkimukseni luotettavuudesta.

Haastatteluja tehdessäni en kirjoittanut vastaajien nimiä edes itselleni ylös, vaan numeroin haastattelut. Näin ollen haastateltavien tunnistaminen on mahdotonta. Haastateltavat kertoivat omia kokemuksiaan ja tuntemuksiaan, joten on hyvä, ettei vastaajia pystytä tunnistamaan. Kerroin haastattelujen alussa, että nauhoitan keskustelut, mutta hävitän nauhoitukset, kun saan opinnäytetyöni valmiiksi. Näin luottamuksellisuus tulee säilymään ja tutkimukseni on eettisesti oikeanlainen.

Tutkimustulokset perustuvat pieneen otantaan, mutta kymmenien ihmisten haastattelu olisi todella työlästä ja aikaa vievää. Vaihtelevuutta vastaajiin saatiin kuitenkin haastatteleamalla henkilöitä, joilla on erilaiset sairaushistoriat. Tästä huolimatta kaikkien vastaajien ongelmat ja tuntemukset olivat lähes samanlaisia. Jokaisen haastateltavan oma temperamentti ja luonne vaikuttivat siihen, miten he kokivat ja hoitivat asioitaan. Toiset eivät antaneet asioiden olla, vaan jämäkästi antoivat palautetta niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Suurin osa vastaajista kuitenkin jätti asian siihen, ja pohdiskeli vain itsekseen, oliko ollut oikeassa vai väärässä.

Kysyin paljon kysymyksiä, joiden tarpeellisuutta arvioin oppiennäytetyöni kannalta. Haastattelujen lomassa puhuimme asioista, jotka eivät olleet lainkaan tärkeitä tutkimukseni kannalta, mutta haastateltavalle niillä oli suuri merkitys.

Olisi tärkeää kouluttaa henkilökuntaa siten, että jokaisen asiakkaan yhdenvertaisuus toteutuisi. Esimerkiksi ulkonäkö ei saisi vaikuttaa palveluun tai asia-

kaspalvelijan ystävällisyyteen. Esimerkiksi Kakspy ry voisi kouluttaa asiakaspalvelijoita ja tehdä esitteen siitä, mitä huono palvelukokemus saattaa saada aikaan. Mielenterveyskuntoutujan itsetunto laskee, ja hänen on paljon vaikeampi lähteä asioimaan uudestaan. Usko omiin kykyihin joutuu koetukselle. Tämä taas aiheuttaa takapakkia kuntoutumisessa. Kun tällainen esite olisi jaettu tai asiakaspalvelijoiden koulutus olisi pidetty, olisi aiheesta hyvä tehdä jatkotutkimus. Onko koulutuksella ollut vaikutusta? Saavatko mielenterveyskuntoutajat asianmukaista palvelua, joka tukisi myös heidän kuntoutumistaan? Tästä saisi myös toiminnallisen opinnäytetyön, jossa opiskelija tekisi tiedotteen mielenterveyskuntoutujien palvelusta ja kertoisi sitten palautteen tuloksista.



## LÄHTEET

Huttunen, M.O. 2008. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002) [Viitattu 27.2.13].

Etelä-Kymenlaakson kuntien turvallisuussuunnitelma 2012–2013. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun internetsivut. Saatavissa:

<http://www.kyamk.fi/Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4lle/Projektit/EK-ARTU/> [viitattu 27.2.13].

Harajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. 1. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki. Prima.

Heiskanen, T., Huttunen, MO. & Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2007. Turvaverkko vai trampoliini, sosiaaliturvan mahdollisuudet. 1.-3. painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isometsä, E. 2011. Masennustilan hoitoperiaatteet. Teoksessa: Heiskanen, T., Huttunen, M.O. & Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

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

Laitila, M. & Pietilä, A-M. Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa.

Kuulluksi tulemista ja inhimillistä kohtaamista. Saatavissa.

[http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1) [viitattu 28.3.13].

Nordling, E., Savolainen, M., Sipilä, M., & Stengård, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e> [viitattu 5.10.13].

Nurminen, P. 2001. Halu palvella on onnistumisen edellytys. Puheviestinnän pro gradu-tutkielma. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11282/panurmi.pdf?sequence=1> [viitattu 1.3.13].

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Rikoksentorjunta neuvosto. 2013. Saatavissa: <http://www.rikoksentorjunta.fi/fi/index/rikoksentorjunta/rikoksetjarikollisuus/turvallisuusjarikoksenpelko.html> [viitattu 13.10.13].

Rosenfield, S. 1997. Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction. Saatavissa: <http://www.academicroom.com/article/labeling-mental-illness-effects-received-services-and-perceived-stigma-life-satisfaction> [Viitattu 3.10.13].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/sisallys.html> [viitattu 28.3.13].

Sanoista tekoihin - Sisäisen turvallisuuden ohjelman vuosiraportti 2013. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 27/2013. Saatavissa: [http://www.intermin.fi/download/47917\\_272013\\_valiraportti.pdf?b297965fc693d088](http://www.intermin.fi/download/47917_272013_valiraportti.pdf?b297965fc693d088) [Viitattu 13.10.13].

Sisäasianministeriö. Yhdenvertaisuus. Saatavissa: <http://www.yhdenvertaisuus.fi/yhdenvertaisuus/> [viitattu 10.3.13].

STM 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Saatavissa:

<http://www.sosiaaliportti.fi/File/a44e30ce-e463-4f7d-9081-04d35ff477cb/asumista+ja+kuntoutusta.pdf> [viitattu 18.3.13].

Suvisaari, J. Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. Teoksessa: Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71> [Viitattu 27.2.13].

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3., uudistettu painos. Porvoo. Bookwell OY.

Turvallisempi huominen – Sisäisen turvallisuuden ohjelma. 2012. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 26/2012. Saatavissa:

[http://www.intermin.fi/download/35099\\_262012\\_STO\\_III\\_fi.pdf](http://www.intermin.fi/download/35099_262012_STO_III_fi.pdf) [Viitattu 13.10.13].

Turvallisuuspolitiikan käsite. 2008. Kadettikunta ry. Saatavissa:

<http://www.kadettikunta.fi/turvallisuus/suomi/turvallisuuspolitiikka.htm> [viitattu 13.10.13].

Wolfson, P. (edit.), Holloway, F. & Killaspy, H. 2009. Enabling recovery for people with complex mental health needs. A template for rehabilitation services. Saatavissa: [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/fr\\_rs\\_1\\_forwebsite.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/fr_rs_1_forwebsite.pdf) [viitattu 5.10.13].

## Teemahaastattelun runko

### Haastatteluteema 1

- Taustatiedot: millainen sairaus, kuinka kauan ollut, onko hallinnassa tällä hetkellä?
- Sairauden vaikutus arkeen?
- Minkälaisia palveluja käyttää?
- Mistä saa tietoa mahdollisista palveluista?

### Haastatteluteema 2

- Asioiko yksin vai toisen ihmisen kanssa?
- Onko asioiden hoitaminen helppoa vai vaikeaa?
- Huono ja hyvä palvelu, mitä ne ovat?
- Miltä huono tai hyvä palvelu tuntuu?
- Kokeeko turvallisuuden tunnetta asioidessa?
- Pelottaako asioille lähtö tai onko se hankalaa?

### Haastatteluteema 3

- Mikä on tärkeää asiakaspalvelussa?
- Vaikuttaako asiakaspalvelija tai oma käytös palvelutilanteeseen?
- Vaikuttaako oma mielentila?
- Vaikuttaako yleinen tunnelma ja rentous palvelutilanteeseen?
- Onko tarpeeksi aikaa asioiden hoitoon?
- Kokeeko tulleen kuulluksi?
- Kokeeko turvattomuutta asioidessa?

### Haastatteluteema 4

- Onko mieli luottavainen asioille lähtiessä?
- Pääseekö itse vaikuttamaan omiin asioihin?
- Miten hoitaisi riitatilanteen?
- Pystyykö tekemään nopeita ratkaisuja?
- Tietävätkö ihmiset, että on mielenterveyskuntoutuja?
- Kokeeko saavansa tasa-arvoista palvelua?
- Lannistaako epäonnistuminen?
- Onko ihmisillä ennakkoluuloja mielenterveyskuntoutujia kohtaan?
- Mitä haluaisi sanoa asiakaspalvelijoille?