

Heitteilläkö avohoidossa?

- Selvitys avohoidossa olevien mielenterveyspotilaiden selviytymisestä Mikkelin läänissä

Yhteiskuntapolitiikan pro gradu- tutkielma
Marja Kuhmonen
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Kevät 1997

Heitteilläkö avohoidossa. Selvitys avohoidossa olevien mielenterveyspotilaiden selviytymisestä Mikkelin läänissä

Tekijä: Marja Kuhmonen
Jyväskylän yliopisto/Yhteiskuntapolitiikan laitos
65 sivua + liitteet 13 sivua

Kevät 1997

Viime vuosien kestoaihe tiedotusvälineissä on ollut mielisairaalasta avohoitoon kotiutettujen mielenterveyspotilaiden hoito- ja palvelutilanne. Potilaiden väitetään olevan heitteillä; kodittomina ilman hoitoa ja kuntoutusta ja heidän väitetään olevan vaaraksi sekä itselleen että ympäristölle. Ratkaisuksi vaaditaan vuoroin lisää hoito- ja sosiaalipalveluja - vuoroin mielisairaaloiden uudelleen avaamista.

Viimeisten viidentoista vuoden aikana Suomessa on toteutettu mittava psykiatrisen sairaanhoidon rakennemuutos laitoskeskeisestä hoidosta avohoitoon. Laitoshoidon paikat ovat vähentyneet ja hoitoajat lyhentyneet. Viime vuosien taloudellinen lama on kuitenkin hidastanut avohoidon kehittymistä, ja selvitysten perusteella on kiistattomasti osoitettu, että avohoidon resuisointi ei ole vastannut kysyntää, joka sairaansijojen sulkemisen seurauksena on siirtynyt avohoidon puolelle.

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, miten psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutetut skitsofreniaa sairastavat potilaat selviytyvät Mikkelin läänissä. Lisäksi kartoitettiin avopalvelujen käyttöä ja käyttäjien tyytyväisyyttä palveluihin. Tutkimusalueena olivat kaikki Mikkelin läänin 29 kuntaa. Tutkimusta varten tehtiin kysely 124 potilaalle ja sen lisäksi sairaalahoitohistoriaa koskevat tiedot poimittiin potilasasiakirjoista.

Avohoidossa olevat skitsofreniaa sairastavat psykiatriset potilaat ovat keski-ikäisiä, useimpien perheettömiä, yhtä usein miehiä kuin naisia. Koulutustaso on alhainen ja melkein kaikki ovat syrjäytyneet työmarkkinoilta. Tuloksissa näkyy psykiatrisen hoitokäytännön muuttuminen. Sairaalajaksot ovat lyhyitä; yli puolella haastatelluista koko elämänaikainen sairaalahoido oli kestänyt alle vuoden. Tämä siitä huolimatta, että ensimmäisestä sairaalassa olostasta on monen potilaan kohdalla kulunut pitkä aika (keskiarvo 18,5 vuotta). Vuonna 1992 tapahtuneen kotiuttamisen jälkeen kokonaan ilman sairaalahoidoa oli potilaista selviytynyt 42 %.

Palveluista potilaat käyttävät eniten mielenterveystoimiston palveluja. Sosiaalitoimen palveluista eniten käytetään kodinhoitoapua ja uskotun miehen palveluja. Mielenterveystoimiston palveluja lukuunottamatta kuntouttavien avopalvelujen käyttö on vähäistä: suojatyössä käy 6 %, päivätoimintakeskuksessa käy 17 % ja ryhmä- tai perheterapiaa saa 8 %. Kuntoutussuunnitelma on tehty vain 42 %:lle. Käytettyjen palveluiden määrään ja laatuun ollaan tyytyväisiä. Mielenterveystoimiston ja sosiaalitoimen palveluiden kohdalla tyytyväisten osuus oli 89 %, terveystakeskuksen kohdalla 88 %.

Potilaat arvioivat selviytymisensä hyväksi: 86 % ilmoittaa selviytyvänsä joko erittäin hyvin, hyvin tai melko hyvin. Parhaana tukena selviytymisessä ovat omaiset, lääkkeet, yksilöllinen avohoitokontakti ja ystävät. Selviytymistä vaikeuttavat taloudellinen niukkuus, yksinäisyys ja tekemisen puuttuminen.

Selvityksen tulos on, että avohoitopotilaiden tilanne on Mikkelin läänissä hallinnassa; potilaat eivät ole heitteillä, vailla peruspalveluja. Tulosten valossa näyttää kuitenkin siltä, että erityisesti kuntouttavien palvelujen lisääminen ja avohoitopalvelujen sisällöllinen ja laadullinen kehittäminen parantaisivat potilaiden selviytymistä ja elämänlaatua.

Avainsanat: selviytyminen, avohoito, psykiatrisen sairaanhoito, tyytyväisyys, sosiaali- ja terveystakeskukset

SISÄLLYSLUETTELO

1. Johdanto	3
1.1. Avohoitoon heitteille?	3
1.2. Aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja selvityksiä	5
2. Psykiatrinen sairaanhoito muutoksessa	9
2.1. Luonnosta laitoksiin ja laitoksista luontoon	9
2.2. Mielenveysongelmat kansantautina	10
2.3. Kenelläkään ei ole kokonaiskuvaa	11
2.4. Monet säädökset ohjaavat toimintaa	12
3. Selviytyminen modernissa arjessa	15
3.1. Suurta vai pientä kurjuutta?	15
3.2. Monimutkaistunut arki	17
3.3. Elämänhallinta ja selviytyminen	19
4. Tutkimustehtävä ja menetelmä	21
4.1. Tutkimusalue ja tutkimusalueen ryhmittely	21
4.2. Tutkittava ryhmä	22
4.3. Aineiston keruu	23
4.3.1. Kyselylomake ja potilasasiakirjat	23
4.3.2. Aineiston keruutavan vaikutus vastausprosenttiin ja tuloksiin	24
5. Tulokset	25
5.1. Tutkimusryhmän taustatiedot	25
5.1.1. Vastaajien sukupuoli, ikä ja siviilisäätty	25
5.1.2. Peruskoulutus ja ammatillinen koulutus	26
5.2. Sairaalahoitohistoria	
5.2.1. Sairastamisaika ja sairaalahoidon pituus ennen kotiuttamista	27
5.2.2. Kotiuttamisen jälkeinen sairaalahoido	28
5.3. Elämäntilanne	28
5.3.1. Työtilanne ja toimeentulo	28
5.3.2. Asuminen	31
5.3.3. Arkirutiinien hoito	32
5.3.4. Koettu terveys	33
5.4. Sosiaaliset suhteet	34
5.5. Itsensä toteuttaminen	36
5.5.1. Minäkuva	36
5.5.2. Usko vaikuttamismahdollisuuksiin	37
5.5.3. Harrastukset ja mielekäs tekeminen	38
5.6. Sosiaalisten suhteiden, vaikuttamismahdollisuuksien ja itsearvostuksen puutetekijöiden yhteisvaihtelu	40
5.7. Avohoitopalvelujen käyttö ja tyytyväisyys palveluihin	42
5.7.1. Tyytyväisyys avohoitopalveluihin	44
5.7.2. Lääkkeiden käyttö ja tiedon saanti	45
5.8. Potilaiden kokemat oireet	47
5.9. Selviytyminen avohoidossa	48
6. Yhteenveto: avohoitopotilaat eivät ole heitteillä	52

7. Tutkimuksen arviointia	53
7.1. Tutkimusryhmän edustavuus	53
7.2. Tutkimusmenetelmät	54
8. Miten palveluja tulisi kehittää?	55
8.1. Onko kaikki sittenkään kunnossa?	55
8.2. Profiisit potilaan asialla - ja omallaan	58
8.3. Miten selviytymistä voisi auttaa	59
LÄHTEET	62
LIITTEET	66

1. JOHDANTO

1.1. Avohoitoon heitteille?

Helsingin Sanomien yleisönosastossa 10.9.1994 kirjoitti terveyskeskuslääkäri Laura Finne-Elonen yksittäisestä potilaskäynnistä: "Hiljattain vastaanotollani kävi mies mukanaan koko omaisuus paperikassissa: muutama vaatekappale, muki, lusikka sekä tabletti-purkkeja ja lääkeampulleja." Mies oli kotiutettu edellisenä päivänä mielisairaalaan, josta hänet oli neuvottu asunnottomien yhteismajoitukseen. Miestä ei oltu sinne huolittu, koska hänen oli vaikea ilmaista itseään sammaltavan puheen vuoksi; niin hän oli joutunut yöpymään kadulla.

Finne-Elonen ihmettelee, että meillä kauhistellaan sellaista mahdollisuuttakin, että Törnävän mielisairaalaan olisi sodan aikana kohdeltu mielisairaita huonosti. Ja kuitenkin rauhan aikana hyvinvointi-Suomessa meillä on varaa tarjota syrjäytyneen mielenterveyspotilaan turvaksi ainoastaan paperikassi (Helsingin Sanomat 10.9.1994).

Laitoksista avohoitoon siirrettyjen mielenterveyspotilaiden asema on puhuttanut myös tiedotusvälineitä vilkkaasti. Lehdet otsikoivat aiheesta tehtyjä artikkeleita vuoden 1994 lopulla: 'Avohoitoon heitteille?', 'Hulluus näkyy jo kaduilla', 'Jätetäänkö mielisairaat heitteille?'. Käydyssä keskustelussa on kysytty, onko laitoshoidon purkuvauhti ollut liian kova, kun taloudellisen laman vuoksi avohoidon kehittäminen ja lisääminen on hidastunut. Lehtijuttujen mukaan hulluus on siirtynyt sairaaloista kaduille; hoidotta ja asunnotta jääneet mielenterveyspotilaat ovat vaaraksi itselleen ja muille.

Kuten edellisistä esimerkeistä käy ilmi, näkyvät avohoidon epäkohdat toisaalta terveyskeskusten työssä ja kunnan sosiaalitoimessa lisääntyvinä vaatimuksina ja toisaalta omaisten hätänä. Mutta kaikilla kotiutettavilla ei ole omaisia eivätkä kaikki ehkä edes uskalla tai osaa hakeutua sosiaalitoimistoon tai terveyskeskukseen. Pitkään sairaalassa ollut potilas on passiivinen ja monasti kyvytön selviytymään tavallisista arkipäivän asioista. Sairaalaan avohoitoon siirtyvät potilaat ovat entistä huonokuntoisempia ja he tarvitsisivat ehdottomasti apua ja tukea selviytyäkseen. Toisaalta avohoito perustuu vapaaehtoisuuteen; valvovia kotikäyntejä ei tehdä vastoin potilaan tahtoa ja avohoitopotilaat huolehtivat itse lääkityksestään.

Vaikka asenteet ovatkin muuttuneet, on edelleen eri asia sairastaa mielen kuin ruumiin sairautta. Mielen terveyshäiriöt ovat Suomessa toiseksi suurin sairausryhmä, mutta mielen sairautteen liittyy yhä häpeää ja salailua. Se lisää sekä potilaan että omaisten taakkaa. "Asenneilmapiiri pitää ihmiset takahuoneissa", sanoo ylilääkäri Ilkka Taipale Kotilieden haastattelussa. Hänen mukaansa satatuhatta suomalaista käy mielen terveystoimistossa, mutta mielen terveysalan järjestöissä on jäseniä vain kymmenentuhatta. Sydän-, syöpä- ja keuhkosairailta on suuret ja vahvat potilasjärjestöt, ne näkyvät julkisuudessa, toimeenpanevat suuria keräyksiä. Kun mielen terveyspotilaat eivät saa ääntään kuuluville, "yhteiskunta panee rahat ohitusleikkauksiin ja syöpäsairauksiin", toteaa Ilkka Taipale (Kotiliesi 19/1994).

1.2. Aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja selvityksiä

Skitsofrenian hoidon, tutkimuksen ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma

Maamme psykiatrisen hoidon mittavin projekti "Skitsofrenian hoidon, tutkimuksen ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma", sisältää yhtenä osana valtakunnallisen SKS-projektin, jonka tarkoituksena oli selvittää sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden elämäntilannetta, hoito-, sosiaali- ja muiden tukipalveluiden käyttöä ja niiden tarvetta, potilaiden ja läheisten arvioita potilaiden selviytymisestä sekä potilaiden ja heidän omaistensa käsityksiä palveluiden tasosta. Tutkimus tehtiin Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitoksella ja se kohdistuu vuosina 1982, 1986 ja 1990 sairaalasta kotiutettuihin skitsofreniapotilaisiin.

Potilaita ja omaisia haastateltiin, kun kotiuttamisesta oli kulunut kolme vuotta. Tuolloin skitsofreniapotilaiden elämäntilannetta luonnehtivat yksinäisyys, eläkkeelläolo ja laitosasuminen. Hoitopaikkojen mukaan tarkasteltuna palveluiden käyttö vastasi niiden tarvetta lukuunottamatta psykiatrisia avokuntoutuspalveluita, joita olisi tarvittu enemmän. Asumis- ja päivähoidon tarve oli lähes kaksinkertainen käyttöön verrattuna.

Suurimmat määrälliset puutteet sairaalasta kotiutettujen potilaiden hoidossa näyttivät olevan erilaisissa kuntoutuspalveluissa. Psykiatrista kuntoutusta sai vajaat 40 % kun tutkijoiden arvioiden mukaan ainakin 60 % olisi tarvinnut sitä. Tutkimuksessa pääteltiin,

että kuntoutusta varten tarvittaisiin sekä lisää hoitopaikkoja (avokuntoutuspaikat) että nykyistä runsaampaa ja monipuolisempaa toimintaa.

Yhteiskunnan tarjoamia sosiaalipalveluja sai runsaat 40 % tutkituista. Sosiaalipalvelujen arvioitu tarve oli vain vähän suurempaa kuin käyttö. Vapaaehtoisia tukipalveluja potilaat saivat paljon harvemmin, vaikka tarve arvioitiin suhteellisesti suuremmaksi.

Potilaat olivat itse suhteellisen tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Avohoitoon oli tyytymättömiä 11 % ja sairaalahoitoon 24 % (Salokangas 1992, 218). Tyytyväisyyslukuihin tulee mielestäni suhtautua varauksellisesti; haastattelijat olivat samalla potilasta hoitaneiden työryhmien jäseniä.

Omaisten näkökulmasta skitsofreniapotilailla oli varsin paljon sosiaalisen toimintakyvyn puutteita. Niitä esiintyi useimmiten jokapäiväisen arkielämän keskeisillä toiminta-alueilla: kodinhoitoon liittyvissä taidoissa, työnteosta selviytymisessä ja läheisten ihmissuhteiden hoitamisessa. Omaisten tyytymättömyys perustuu osittain potilaasta johtuviin ongelmiin, mutta osittain myös potilaan hoidon ja kuntoutuksen tarpeeseen, johon psykiatrinen hoitojärjestelmä ei riittävän hyvin ole kyennyt vastaamaan.

Vaikeimmassa tilanteessa näyttivät olevan iäkkäät, terveydeltään heikot vanhemmat, jotka huolehtivat aikuisesta lapsestaan. Varsin usein omaiset toivoivat sairaalaan pääsyä joustavammaksi, erilaisten päivätoiminta- ja kuntoutuspalvelujen lisäämistä ja kehittämistä sekä omaisille annettavan informaation lisäämistä. (Stengård 1993, 90-98).

Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö (Antti Karila, 1994)

Karilan psykologian väitöskirjatutkimuksen aiheena on mielenterveyspotilaiden selviytyminen ja siihen liittyvät yksilö- ja ympäristötekijät sekä toisaalta mielenterveyspalvelujen käytön vaikutus selviytymiseen. Tutkimuksen kohdejoukkona oli 100 vuoden 1984 aikana ensi kertaa elämässään psykiatriseen sairaalaan joutunutta tai hakeutunutta. Potilaiden hoitopaikkana oli Kellokosken sairaala. Tutkimusaineisto koostui kahdesta osasta, joista toinen kerättiin vuonna 1989 ja toinen vuonna 1991.

Tutkimuksen mukaan hyvää selviytymistä ennakoivat vahva itsearvostus ja ongelmakeskeisesti suuntautunut hallintatyyli sekä taloudellinen tilanne. Tutkimuksen mukaan psy-

kososiaalinen selviytyminen on monimuotoinen, pitkäaikainen prosessi, jossa niin biologiset, psykologiset kuin sosiaaliset tekijät kietoutuvat toisiinsa.

Tutkija arvelee, että mikäli mielenterveyspotilaan taloudellinen toimeentulooperusta varmistuu joko työssä pysymisen tai eläkkeelle pääsyn muodossa, sillä saattaa olla yhteys oireiden lievittymiseen ja omien selviytymistä koskevien arvioiden kääntymiseen entistä positiivisemmiksi. Jos sen sijaan pitempiaikaiset elämänvaikeudet, esimerkiksi perhetilanteeseen tai taloudelliseen epävarmuuteen ja ahdinkoon liittyvät tekijät ovat vahvasti kuormittamassa mielenterveyspotilaan psyykkistä kestävyyskykyä, niin niihin on vaikea saada mielenterveyspalvelujen keinoin myönteistä käännettä.

Karilan tutkimuksen mukaan suurin osa psykiatriseen sairaanhoitoon ensi kertaa tulleista mielenterveyspotilaista voidaan sairaala- ja avohoidon avulla palauttaa joko hyvin tai kohtuullisen hyvin selviytyviksi. Selviytymistason palauttaminen edellyttää, että hoito- ja kuntoutustoimenpiteet tapahtuvat riittävän ajoissa ja että hoidossa voidaan vastata potilaan yksioöllisestä tilanteesta lähteviin tarpeisiin. (Karila 1994, 130-150).

Psykiatrinen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta

(Mielenterveyden Keskusliitto, 1993)

Kun Mielenterveyden keskusliitto kyseli mielenterveyspotilaiden tunteja vuonna 1993, joku vastaajista totesi, että "Aika paljon potilaat ovat mielestäni oman onnensa nojassa". Kyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä, että avohoidon palvelut toimivat heidän kohdallaan verrattain hyvin. Kuitenkin kyselyssä tuli esiin mm. seuraavia ongelmia:

- potilaat ovat hoidon objekteja, eivät subjekteja,
- ystävät, omaiset ja lääkkeet auttavat selviytymään,
- epätietoisuus omasta sairaudesta, yksinäisyys, taloudelliset vaikeudet, työhön liittyvät ongelmat ja leimatuksi tuleminen ovat keskeisiä ongelmia

(Psykiatrinen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta 1993).

Selvitys oli tehty kyselytutkimuksena siten, että potilasjärjestöille ja mielenterveystoimistoihin jaettiin 800 lomaketta. Lomakkeista palautui vastattuna puolet. Selvityksen ongelma on mielestäni se, että aineisto on valikoitunut; koostuuhan se mielenterveystoimistojen asiakkaista ja potilasjärjestöissä toimivista. Kuitenkin tiedetään, että suuri osa mielenterveyspotilaista on hyvin passiivisia ja eristäytyviä; osa potilaista ei poistu asunnostaan vuosiin.

Raportti Mikkelin kaupungin mielenterveyspalveluista

(Mikkelin kaupunki 1994)

Mikkelin kaupunki on kartoittanut kaupungin mielenterveyspalvelut vuonna 1994 ja tullut siihen tulokseen, että palvelut ovat yleensä ottaen järjestetty kaupungissa monipuolisesti. Heikkoutena nähtiin liiallinen sektoroituminen ja ongelmien tarkastelu kapeasta näkökulmasta, jolloin kokonaisuus on unohtunut. Selvitys tehtiin ryhmässä, jossa olivat edustettuina eri auttajatahot. Selvityksessä nousi esille muissakin tutkimuksissa todettuja ongelmia: asiakkaan pallottelua ja luukuttamista, suunnittelematonta kuntoutusta, päällekkäistä ja tehotonta työtä. Ongelmista monet helpottuisivat runsaammalla ja joustavammalla yhteistyöllä. (Raportti Mikkelin kaupungin mielenterveyspalveluista 1994).

An evaluative description of changes in a comprehensive psychiatric treatment system

(Olli Piirtola 1995)

Piirtolan väitöskirjatyön tavoitteena oli kehittää arviointimalli ja sen avulla kuvata ja arvioida Äänekosken-Suolahden seudulla toteutettujen palvelujärjestelmän muutosten seurauksia. Alueella lisättiin psykiatrisen avohoidon voimavaroja ja käynnistettiin aluepsykiatrinen toimintaohjelma, jonka tavoitteena oli vähentää sairaalan käyttöä.

Piirtola kritisoi psykiatrisen hoitojärjestelmän arviointia siitä, että sairaalahoidon purettaessa arviointi on koskenut vain hoitopäivämuutoksia. Hän pitää arvioinnin suppeuden syynä tietojärjestelmien kehittymättömyyttä ja arviointikriteerien puuttumista. Tärkeänä tekijänä hän näkee myös psykiatrisen avohoidon käsitteen epämääräisyyden. Hänen mukaansa sairaalan tehtävien laaja-alaisuutta ei ole tiedostettu; mielisairaala on hoidon ja kuntoutuksen lisäksi tarjonnut potilaille myös vaate- ja ruokahuollon, asumisen, suojelun, turvallisuuden, mielekkään sosiaalisen ympäristön, mielekästä tekemistä ja ihmissuhteita.

Avohoidon onnistumisen edellytyksenä Piirtola näkee turvallisen ja jatkuvan hoitosuhteen. Sen rakentuminen kestää kauan ja sen ylläpitäminen edellyttää hoitajalta ammattitaidon lisäksi vahvaa motivaatiota, koska potilaan oma sitoutuminen hoitoonsa on toisinaan horjuvaa sairauden erityisluonteesta johtuen. Piirtolan mielestä potilaan auttamiseksi ei kuitenkaan riitä pelkästään hoidollisiin kysymyksiin keskittyvä hoitosuhde, koska potilaalla on sairaalasta kotiuduttuaan uudessa elinympäristössään monenlaisia ongelmia. Hän esittääkin aluepsykiatrian täydennykseksi potilaan elinympäristöön - asumiseen, ihmissuhteisiin ja mielekkääseen tekemiseen keskittyvää hoito-otetta. Toiminnan kehittämisen edellytyksenä hän pitää jatkuvaa arviointia (Piirtola 1995).

2. PSYKIATRINEN SAIRAANHOITO MUUTOKSESSA

2.1. Luonnosta laitoksiin ja laitoksista luontoon

Michel Foucault esittää kirjassa *Madness and Civilization* (1988), että 1600-luvulla toteutettiin suuri vapaudenriisto, jonka seurauksena köyhät ja vaeltavat hullut siirrettiin kaupunkien kaduilta suljettuihin laitoksiin. Alkoi järjen, poissulkemisen, erottamisen ja eristämisen aika. Foucaultin mukaan eristämisen ja poissulkemisen rakenteet jäivät länsimaiseen kulttuuriin ja vaikuttivat Euroopassa voimakkaasti 1800- ja 1900-luvuilla kun köyhät, rikolliset ja mielisairaajat haluttiin eristää yhteiskunnan ulkopuolelle.

Kuitenkin 1950-luvun lopulla ja 1960-luvulla alkoi USA:ssa ja muutamissa Euroopan maissa kehitys, joka johti voimakkaaseen laitosten purkamiseen, deinstitutionalisaatioon. Artikkelissa *Mielisairas kaupunki* Anne Haila (1994) viittaa Isaacin ja Armatin tutkimukseen, jonka mukaan 1960-luvulla Yhdysvalloissa syntyi ajatus, että ei ole olemassa sellaista asiaa kuin mielisairaus. Tämän ajatuksen mukaan mielisairaus on leima, jonka yhteiskunnan hallitsevat ryhmät antavat osalle hallittavista. Antipsykiatria, vastakulttuuri ja uudenlainen hoitofilosofia asettivat kyseenalaisiksi suuret mielisairaalat. Nämä ajatukset saivat kannatusta poliittisilta ryhmiltä ja potilaspaiikkoja vähennettiin ja sairaaloita suljettiin. Konservatiivit halusivat säästää valtion varoja ja liberaalit kannattivat kansalaisten oikeuksien lisäämistä. Laitosten purkaminen toteutettiin suunnittelemattomasti ja usein potilaat kotiutettiin tunteuttomaan osoitteeseen, joka käytännössä tarkoitti sitä, että potilaat joutuivat kadulle.

Mielisairaalaitoksen historiaa valottavassa kirjassaan Markku Salo (1992) viittaa Richard Warnerin ja Andrew Schullin tutkimuksiin, joiden mukaan psykiatrisella deinstitutionalisatiolla on ollut kielteisiä seurauksia erityisesti Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa, kun avohoidon resursseja ei ole samanaikaisesti riittävästi lisätty. USA:ssa on syntynyt huomattavan suuri psykiatristen palvelujen ja yhteiskunnan ulkopuolella elävien huono-osaisten mielisairaiden ryhmä. Myös hoitokodeissa ja 'täysihoitoloissa' asuvista enemmistön elämänlaadun on arvioitu heikentyneen sairaalahoitoon verrattuna.

Monessa Euroopan maassa on psykiatrian sairaansijojen supistuminen jatkunut 1990-luvulla. Taloudellisen laman takia ei ole perustettu korvaavia avopalveluja. Isossa-Britanniassa tähän on kiinnitetty huomiota uutiskynnyksen ylittäneiden väkivallantapausten

takia. Myös Tanskassa mielisairaiden itsemurhat ja väkivallanteot ovat lisääntyneet (Wahlberg 1993).

Myös Suomessa mielisairauksien ja mielenterveyden häiriöiden hoito on muuttunut perusteellisesti viimeisten viidentoista vuoden aikana. Perinteisesti Suomen psykiatristen sairaansijojen lukumäärä suhteutettuna väkilukuun on ollut maailman korkeimpia, mutta nyt sairaalahoito on vähentynyt ja hoidon painopiste on siirtynyt avohoitoon ja puoliavoimiin hoitomuotoihin. Vuodesta 1980 psykiatristen sairaansijojen määrä Suomessa on vähentynyt noin 60 %. Laitospaikkoja oli vuonna 1980 yli 20000 ja vuonna 1992 enää alle 10000. Myös hoitoajat ovat lyhentyneet. Vuonna 1980 keskimääräinen hoitoaika laitoksessa oli yli vuoden kun se tällä hetkellä on vajaa kuukausi. (Suomen kuntaliitto: Sairaalati-lasto).

2.2. Mielenterveysongelmat kansantautina

Mielenterveyden häiriöt ovat yksi kansantaudeistamme. Tällä tautiryhmällä on suuri kansantaloudellinen, terveystaloudellinen ja eläkepoliittinen merkitys, sillä se on suurin tautiryhmä työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettäessä.

Vuoden 1994 lopussa oli suomalaisia työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyden häiriöiden vuoksi lähes 96000, mikä on 32,7 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista ja 2,9 % työikäisestä väestöstä. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeellä olevien määrä ja suhteellinen osuus eläkkeensaajista on vuosi vuodelta kasvanut ja nämä sairaudet näyttävät kasautuvan selvästi Itä- ja Pohjois-Suomeen. (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1994).

Mikkelin läänissä vuoden 1994 lopussa oli työkyvyttömyyseläkkeellä 14516 henkilöä, joista mielenterveyden häiriöiden vuoksi 4814. Luku on maan keskiarvoa suurempi; n. 3,6 % työikäisestä väestöstä. Lääneistä vain Pohjois-Karjalan ja Kuopion lääneissä mielenterveyshäiriöiden perusteella myönnettyjen eläkkeiden osuus on suurempi kuin Mikkelin läänissä. (Kansaneläkelaitoksen eläke- ja vammaisetuustilastot 1994).

2.3. Kenelläkään ei ole kokonaiskuvaa

Suomen mielisairaaloista on siis kahdentoista vuoden aikana 'kadonnut' yli 10000 potilasta. Mitä näille ihmiselle on tapahtunut, missä he asuvat, miten kuluttavat päivänsä. Tulevatko heidän perustarpeensa tyydytetyksi, saavatko he tarvitessaan apua? Onko potilaat jätetty omaisten, tuttavien ja sukulaisten avun varaan tai peräti oman onnensa nojaan?

Wahlberg ja Sohlman (1993) väittävät Stakesille tekemässään selvityksessä, että kokonaiskäsitystä tilanteesta ei ole kenelläkään. Terveystieteiden hallintoa ja päätöksen tekoa on Suomessa 1990-luvulla hajautettu. Samalla markkinavoimien ohjaava vaikutus on lisääntynyt. Kehitys ei enää tapahdu hallitusti yhteisten ja toisiinsa sidoksissa olevien suunnitelmien pohjalta, vaan kunnat ja paikalliset ratkaisut määrittelevät kehityksen suunnan. Valtakunnalliset ja alueelliset viranomaiset eivät valvo kehitystä, eikä kellekään ole kokonaiskuvaa tilanteesta.

Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen säästötoimet näyttävät myös tapahtuvan siten, että heikompiensaisten vaikeudet lisääntyvät. Sosiaalipalveluja heikennetään, maksuja korotetaan ja odotusajat pitenevät. Heikkilä (1993) puhuu uusliberalismin hiljaisesta hyväksymisestä, minkä seurauksena tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus eivät enää olekaan yhteiskuntapolitiikan tavoitteita, vaan ne nähdään rasitteina tuottavuudelle ja tehokkuudelle. Suurimman laskun supistamisista ja leikkauksista hän ennustaa tulevaisuudessakin lankeavan niille, jotka tarvitsevat ja käyttävät eniten sosiaaliturvaa ja -palveluja.

Selvityksen mukaan kuntien peruspalvelujen saatavuus ja laatu ovat heikentyneet, vaikka kunnat yleisesti ottaen toteavat pystyvänsä turvaamaan peruspalvelut. Asiakastasolla kärsijöiksi nimettiin useimmiten mielenterveys- ja päihdeongelmaiset, joiden laitospalveluja on lakkautettu (mm. Hänninen 1995, 93, Kalland 1996, Viialainen & Lehto 1996). Sairausvakuutuksen, asumistuen ja työttömyysturvan heikennykset sekä toimeentuloturvan kiristäminen kohdistuvat voimakkaimmin pienituloisiin. Kellokosken sairaalan ylilääkäri Ilkka Taipale on monissa yhteyksissä todennut, että köyhyys on sairaiden suuri ongelma. Hänen mukaansa suurin osa mielisairaalan potilaista joutuu turvautumaan toimeentulotukeen selviytyäkseen sairaalamaksuista.

Useiden tutkimusten mukaan näyttää siltä, että mielenterveyspotilaat eivät ole tasa-arvoisia hoidon saannissa verrattuna muihin sairauksia poteviin. Puutteita on hoidon arvioinnissa

sekä hoidon jatkuvuudessa. Mielenterveystoimistoihin on pitkät jonot ja vastaanottoaikoja on harvassa. Mahdollisuuksia psykoterapiaan ei ole läheskään tarvetta vastaavasti. Usein avohoidossa olevan mielenterveyspotilaan sairauteensa saama hoito rajoittuu lääkeresep-tien uusimiseen.

Stakesin selvityksen (Tuori 1995) mukaan avohoito on selvästi aliresurssoitu. Avohoidon kehitys on ollut hitaampaa kuin laitosten purkuvauhti olisi edellyttänyt ja puoliavoimet ja avohoitoa tukevat toiminnot ovat kaukana tavoitteista (emt., 88-89). Puoliavoimien ja avohoitoa tukevien toimintojen, joilla tarkoitetaan asuntoloita, kuntoutus- ja pienkoteja, avohoidon päiväsaaralapaikkoja ja päivätoimintakeskuksia, alueellinen vertailu on vaikeaa, koska niiden hallinnollinen järjestely vaihtelee alueittain. Toimintojen järjestämisestä voi olla vastuussa joko erikoissairaanhoidon tai kunnat. Toimintojen ylläpitäjinä on myös erilaisia yhteisöjä ja yksityisiä.

Kun sairaanhoitopiireiltä ja kunnilta tiedusteltiin kolmea suurinta mielenterveyspalvelujen järjestämisessä esiintyvää ongelmaa, mainitsivat sairaanhoitopiirit suurimmaksi epäkohdaksi avohoidon resurssipulan. Seuraaviksi mainittiin järjestelmän pirstaleisuus sekä työnjaon ongelmat. Kuntien vastauksissa korostuivat niin ikään yhteistyön ongelmat ja järjestelmän pirstaleisuus (Korkeila ja Tuori 1996, 71).

2.4. Monet säädökset ohjaavat toimintaa

Mielenterveystyön järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoidolaissa, mielenterveyslaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuollon eräissä laeissa.

Mielenterveystyön komitean mietintö (KM 1984:17) käsittelee sekä rakentavaa ja ehkäisevää että hoitavaa ja kuntouttavaa mielenterveystyötä. Siinä ehdotetaan toimenpiteitä sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon että sosiaalihuollon alueelle ja korostetaan näiden yhteistyötä. Mietinnössä painotetaan sairaalakeskeisyyden vähentämistä ja avohoidon kehittämistä.

YK:n alainen maailman terveysjärjestö WHO hyväksyi vuonna 1979 maailmanlaajuisen *Terveyttä vuoteen 2000-ohjelman*. Suomen kansallinen terveyspoliittinen ohjelma julkaistiin vuonna 1986. Ohjelmassa asetettiin yhdeksi tavoitteeksi psykiatrisen hoidon jälkeensä jääneisyyden korjaaminen. Strategiana on terveyspalveluiden kehittäminen siten, että

erityisalueena ovat mielenterveystyö ja psykiatrinen terveydenhuolto. Samoin kuin komiteamietinnössä, tässäkin ohjelmassa painotetaan avohoidon kehittämistä ja lisäämistä.

Vuoden 1991 alusta tapahtui lainsäädännössä muutoksia, jotka muuttivat merkittävästi psykiatrista sairaanhoitoa. Silloin tulivat voimaan mielenterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki ja kansanterveyslain muutos. *Mielenterveyslaki* (1116/90) määrittelee mielenterveyspalvelut laajasti siten, että niihin sisältyy sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelut. Lain mukaan mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti annettava avopalveluina ja niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Mielenterveyslaki säätää kunnan velvollisuudeksi huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Lisäksi laki velvoittaa mielenterveyspalvelujen yhteensovittamiseen niin, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityisapalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Erikoissairaanhoitolain (1062/89) voimaantulon myötä psykiatrinen erikoissairaanhoito yhdistyi hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoitoon. Mielisairaalat kuuluvat lainmuutoksen jälkeen hallinnollisesti sairaanhoitopiireihin ja entiset mielisairaanhuoltopiirit lakkautettiin.

Vuoden 1993 alussa tuli voimaan *laki valtiosuusjärjestelmän uudistamisesta*. Tämän lain myötä kunnilla on itsemääräämisoikeus toimintansa - myös mielenterveyspalvelujen - järjestämiseen. Tämä tekee mahdolliseksi paitsi palvelujen joustavan ja alueellisesti tarkoituksenmukaisen järjestämisen, myös pitkällekehittyneiden, hyvin toimivien palvelujärjestelmien epätarkoituksenmukaisen purkamisen. (Tuori 1994, 126).

Näyttää siltä, että muuttuneessa tilanteessa eri viranomaisten työnjako on selkiintymätön. Mielenterveyspotilaalla voi olla kontakteja häntä hoitaneen sairaalan, mielenterveyskeskuksen, terveyskeskuksen ja kunnan sosiaaliviraston kanssa. Nykyisten niukkojen resurssien aikana syntyy helposti kiistaa siitä, kenelle vastuu potilaasta kuuluu. Psykiatrisen sairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sosiaalihuollon toiminnan yhteensovittamiseen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota, jotta ne muodostaisivat lainsäädännön edellyttämän toiminnallisen kokonaisuuden (Lehtinen 1993, 297-298).

Sosiaalitoimessa poikkeavasti käyttäytyvät asiakkaat koetaan usein vaikeina ja pelottavina; sairaina, jotka kuuluvat terveydenhuollolle. Kuitenkin tämä sairaus altistaa ihmisen erityi-

sesti sellaisille ongelmille, jotka kiistattomasti kuuluvat sosiaalitoimen kenttään. Terveystenhoito ei voi vastata köyhyyden, asunnottomuuden, arkipäivän pärjäämisen ongelmiin. Sosiaalitoimen roolista Kananoja (1993) toteaa, että kaikki se sosiaalinen työ, mikä kohdistuu kasautuvasti huono-osaisiin on tärkeää myös mielisairaiden kohdalla. Hänen mukaansa viime vuosien sosiaalipolitiikka on tältä osin ollut hyvin niukkaa. Sosiaalipolitiikka on ollut keskiluokkapainotteista ja tuki on suuntautunut pääasiassa hyvin suoriutuvaan väestönosaan, kun toisaalla on jäänyt varjoon suuri joukko niitä ihmisiä, joita varten sosiaalihuolto perimmältään on olemassa.

Valtiontilintarkastajien kertomuksessa vuodelta 1994 kritisoidaan mielenterveyspalvelujen nykytilaa. Tilintarkastajien käsityksen mukaan hoidon taso ja laatu uhkaavat paikoitellen kunnissa huonontua tavalla, jota ei enää voida pitää yleisesti hyväksyttävänä. Valtiontilintarkastajien saaman käsityksen mukaan kuntien avohuollon palvelurakenne ja sen resurssit eivät ole kyenneet riittävästi vastaamaan avohoitoon siirrettyjen potilaiden hoitotarpeeseen.

Tarkastuskertomuksessa korostetaan erityisesti yhteistyötä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kesken niin, että asiakkaan hoito ei missään vaiheessa pääse katkeamaan. Samoin korostetaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua yhteistyössä asiakkaan ja omaisten kanssa. Tilintarkastajat esittävät, että mielenterveyspotilaalle on nimettävä hoidosta ja kuntoutussuunnitelman mukaisesta palvelukokonaisuudesta vastaava henkilö. (Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 1994).

3. SELVIYTYMINEN MODERNISSA ARJESSA

3.1. Pientä vai suurta kurjuutta?

Mielenterveyden Keskusliiton selvityksen mukaan avohoitopotilaat kärsivät eniten seuraavista ongelmista: yksinäisyys ja eristyneisyys, huono taloudellinen tilanne, leimatuksi tuleminen ja työhön liittyvät ongelmat (Psykiatrinen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta 1993). Heikkilän (1990) mukaan syrjäytymisellä ymmärretään suhteellisen kokonaisvaltaista ulosajautumista sosiaalisesti ja kulttuurisesti arvostetusta elämäntavasta ja syrjäytyminen nähdään sitä syvempänä, mitä useammalta areenalta yksilö joutuu samanaikaisesti väistymään. Mielenterveyspotilaiden vastaukset kertovat osattomuudesta ja syrjäytymisestä niillä elämänalueilla, joita yhteiskunnassamme pidetään arvokkaina ja tärkeinä.

Ihmisten elinoloja tutkimalla on pyritty kartoittamaan hyvinvoinnille välttämättömiä asioita. Alunperin hyvinvointitutkimus keskittyi elintasotutkimukseen, sittemmin elämänlaadun ja nyttemmin myös elämäntapa- ja elämäntyylien tutkimukseen. Elämälaadun tutkimuksissa on kiinnitetty paljon huomiota sosiaalisiin suhteisiin, joita ei ole otettu huomioon elintasotutkimuksissa.

Tarveteoreettisesta näkökulmasta hyvinvointi on tila, jossa ihminen saa keskeiset tarpeensa tyydytetyksi (esim. Allardt 1976). Ongelmana on kuitenkin se, mitä nuo tarpeet ovat ja kuka määrittelee niiden tyydytystason. Allardt (emt.) liittää hyvinvointiteoriassaan elintasoon tarpeet, josta hän käyttää nimitystä HAVING. Näiden rinnalla hyvinvointiin kuuluu yhteisyyssuhteisiin liittyvä LOVING ja itsensä toteuttamiseen liittyvä BEING.

Bourdieu (1984) erottaa erilaisina resurssityypeinä taloudellisen, sosiaalisen ja kulttuurisen pääoman. Pääomien puuttuminen, siis toimintaresurssien puuttuminen voi laukaista syrjäytymisprosessin. Pääomat kytkeytyvät toisiinsa: ilman riittävää määrää rahaa tullaan huonosti toimeen ja ollaan heikoilla muutenkin ja toisaalta sosiaalinen ja kulttuurinen pääoman puute voi olla syy taloudelliseen heikkouteen. Syrjäytyminen on siis ihmisen ajautumista marginaaliasemaan, ulos kulttuurisesti ja sosiaalisesti elämän valtavirrasta tilanteeseen, jossa sekä kulutus että elämäntapa typistyvät (mm. Karisto 1985, 120-127, Raunio 1986, 38).

Yhtenä hyvinvointitutkimuksen osa-alueen tutkimuksena voidaan pitää nk. köyhyystutkimusta (mm. Heikkilä 1990, Ritakallio 1991, Kangas ja Ritakallio 1996). Absoluuttisesta köyhyydestä puhutaan yleensä silloin, kun se määritellään yleistävin, universaalein kriteerein. Elintasotutkimuksissa on pyritty määrittelemään hengissäpysymisen raja, nälkäraja, joka sekin on erilainen eri puolilla maapalloa. Teollistuneissa maissa tilannetta kuvaa absoluuttisen köyhyyden käsitettä paremmin suhteellinen köyhyys, jossa verrataan eri ihmisryhmien elämisen mahdollisuuksia toisiinsa. Heikkilän (1992) mukaan suhteellista köyhyyttä esiintyy aina, mutta absoluuttinen köyhyys on poistettavissa. Hyvinvointivaltion laajuudella on osoitettu olevan selvä yhteys köyhyyteen; köyhyysaste on sitä alhaisempi, mitä laajempi on hyvinvointivaltio (esim. Gustafsson ja Uusitalo 1990).

Roos (1994) on esittänyt, että sosiaalipoliitikassa pitäisi lopettaa puhe hyvinvoinnista ja hyvinvointivaltiosta ja siirtyä entistä enemmän kurjuuden ja turvattomuuden torjuntaan. Hänen mukaansa yhteiskunnallisella sääntelyllä ei voida saavuttaa hyvää elämää. Roos on tutkinut suomalaisten elämäkertoja ja niiden perusteella hän esittää, että "ihmisen elämä on sekoitus pientä ja suurta kurjuutta, vähän onnea seassa". Hän jaottelee kurjuuden suureen ja pieneen Bourdieun avulla. Suuri kurjuus on katastrofaalisia olosuhteita; sotia, keskitysleirejä, nälkää ja ns. absoluuttista köyhyyttä. Vaikka suuren kurjuuden tyyssijat löytyvät maailman sotatantereilta, myös suuri kurjuus on suhteellista. Suomessa suurta kurjuutta edustaa esimerkiksi pitkäaikaistyöttömyys. Pieni kurjuus on kovaa ja ahdistavaa arkielämää sinänsä kohtuullisten aineellisten olojen keskellä. Se on pakkopärjäämistä, yksinäisyyttä, viihtymättömyyttä ja asemaan liittyvää suhteellista puutetta.

Kariston (1995) mukaan hyvinvoinnin sosiaalipoliitikot ja kurjuuden sosiaalipoliitikot puhuvat eri kieltä. Kun hyvinvoinnin puolustajat puhuvat hämärin käsittein elämälaadusta, tarpeista ja inhimillisestä onnesta, on kurjuuden sosiaalipoliitikkojen kieli naturalistista ja sisältää selkeät painopisteet: kurjuuteen on puututtava ja sitä on pyrittävä lievittämään. Kariston mielestä hyvinvoinnin sosiaalipoliitikkaa ei kuitenkaan kannata hylätä. Vaikka kaikille kansalaisille hyvinvoinnin ja onnen takaavaa yhteiskuntaa ei voida koskaan saavuttaa, ovat hyvän elämän käsitejärjestelmät tarpeellisia. Niitä voidaan käyttää kritiikin mittaapuuna ja elinolojen arvioinnin perustana. Kariston mukaan hyvinvointitutkimuksen ansio on, että se nostaa asioita julkisen keskustelun kohteeksi ja parhaimmillaan se on myös emansipatorista; se tuo myös nykytodellisuudelta näkymättömissä olevia asioita esille ja raottaa meille kuvaa paremmasta mahdollisesta maailmasta (Karisto 1994, 23).

3.2. Monimutkaistunut arki

Arkielämän määrittelymisen ja tutkimisen tekee Savolaisen (1993) mukaan vaikeaksi se, että se on meille jokaiselle tuttu, läheinen ja ymmärrettävä ja sen vuoksi jossakin määrin triviaali. Se on vaikeasti käsitteellistettävissä yhtenäisenä kokonaisuutena, koska se on kaikkialla läsnä, luontevana toiminnan kontekstina. Inhimillisen toiminnan tutkimisen kannalta arki on kuitenkin tärkeä, koska mikään elämänalue ei jää sen ulkopuolelle. Arkielämän keskeinen piirre on sen sisältöjen ja muotojen tavaton vaihtelevuus (Savolainen 1993, 41). Myös Ahrne (1981) toteaa, että vaikka arjella on oma tietty rytminsä, joka koostuu toistuvista asioista, on eri yksilöiden arkitoimilla erilainen muoto ja sisältö ja siksi ei voida konstruoida yhtä kokoavaa selitystä arkitodellisuudelle.

Maailmamme on muuttunut yhä pirstoutuneemmaksi ja monimutkaisemmaksi. Agrariiyhteiskunnan perhe- ja sukulaisverkosto on hajonnut; kyläyhteisön kontrolli ja tuki hävinnyt. Työ, vapaa-aika, asuminen ja hoiva ovat erillistyneet. Elämämme on muuttunut vaikeammaksi hallita; arjesta selviytyminen vaatii meiltä itsekultakin yhä enemmän tietoja ja taitoja. Ahposen (1984) mukaan elämäntavan muutosta luonnehtii yhteiskunnan organisoitumisasteen kohoaminen, toimintajärjestelmien monimutkaistuminen, työn merkityksen muuttuminen palkkatyöläistymisen myötä sekä elämänpiirien eriytyminen. Yhteiskunnan kompleksisuuden lisääntyessä ja toimintakäytäntöjen muuttuessa arkielämään syntyy uudenlaisia ongelmia, joita on vaikea jäsentää, ratkaista ja hallita omatoimisesti.

Arki on sekä fyysisen että henkisen elämän ylläpitoa ja uusintamista. Se rakentuu työstä, ihmissuhteista, hoivasta, virkistyksestä, fyysisestä elinympäristöstä. Arkeen voidaan liittää monenlaisia mielikuvia: se voi olla näkymätöntä, loputonta harmaata puurtamista tai tappavaa yksitoikkoisuutta ja toimeettomuutta. Arki voi olla myös läheisyyttä ja välittämistä tai yksinäisyyttä ja ulkopuolisuutta. Se voi olla köyhyyttä, sairautta, väkivaltaa ja nöyryytystä mutta myös hyvinvointia, terveyttä ja itsensä toteuttamista.

Arki on erilaista: naisten arki on erilainen kuin miesten arki, vanhojen erilainen kuin nuorten, köyhien erilainen kuin rikkaiden. Arkielämämme sisältöön vaikuttaa ikä, sukupuoli, perhesuhteet, koulutus, ammatti, asuinpaikka, terveydentila jne.. Siihen vaikuttaa myös yhteiskunnan rakenne, josta monet elämisen ehdot määräytyvät: miten asuminen, hoiva, liikenne, toimeentulo, terveyspalvelut jne. on järjestetty. Yhteiskunnan rakenteelliset ominaisuudet joko helpottavat ja tukevat ihmisiä arjessa tai ne ovat kykenemättömiä auttamaan niissä tai jopa lisäävät ihmisten paineita.

Teknistyneessä ja hajautuneessa yhteiskunnassa elämä on vaikeasti hallittavissa. Ihminen ei välttämättä tiedä oikeuksiaan ja vaikka tietäisikin, hän ei aina tiedä mistä mitään palvelua tai etuutta voi hakea tai keneltä saa tietoa tai neuvoja. Monimutkaisuus ja pirstaleisuus vaikuttaa erityisesti ikääntyneiden, lasten ja vajaakkyisten elämään. Jo pelkkä liikennvälineiden käyttö tai pankissa ja virastossa asioiminen voi olla ylivoimaista, koska yhä useampien palvelujen saaminen on automaatin tai ainakin jonotusnumeron takana.

Vaikka automaattit ja tekniikka helpottavat elämää ja lisäävät usein myös turvallisuutta, monet kokevat vaikutukset myös päinvastaisina. Turvallisuudentunne ja kokemus elämänhallinnasta vähenee, jos ihminen kokee, että hän ei selviydy arkipäivän tilanteissa eikä hallitse elinympäristöään. *Länsi-Savon* Lukijoilta-osastossa kirjoittaja valittaa uuden automarketin liikennekaaosta ja ruuhkaa kassoilla. Lääkkeeksi hän ehdottaa liikenteen kanaoimista, erillisiä sisään-tulo-ulosmenoaukkoja ja marketin sisälle ohjeellista kulkusuuntaa, jotta asiakkaat löytäisivät suorinta tietä marketin perälle, jonne ne välttämättömät arkipäivän ruokatarvikkeet on sijoitettu (*Länsi-Savo* 17.1.1996). Mahtaisikohan kaotettujen tavaranjakelujärjestelmien päälle rakennettava abstrakti opastejärjestelmä kuitenkin ratkaista lähikaupatta jääneen vanhuksen tai vammaisen jokapäiväisen ruoan hankintapulmat?

Modernin yhteiskunnan rajattomat markkinat tuottavat tietoa, tavaroita ja elämyksiä ostokykäisille. Vaadittava ostokäky ei ole ainoastaan taloudellista laatua. Cahill (1994) väittää, että täysivaltaisen kansalaisuuden edellytyksenä on, että ihminen pääsee käsiksi (*access*) erilaisiin yhteiskunnassa tarjolla oleviin hyödykkeisiin. Palvelujen, tavaroiden, informaation ja vapaa-ajan harrastusten kuluttaminen vaatii rahan ohella taitoja, tietoja ja välineitä sekä kykyä käyttää niitä. Cahillin mukaan käsiksi pääsemiseen tarvitaan entistä useammin myös omaa autoa ja ajokorttia. Samaan aikaan kun julkista liikennettä on vähennetty, yhä useammin kaupat, marketit, urheilupaikat ja muut harrastukset ovat automatkan päässä. Ja vaikka julkinen liikenne toimitaisikin, osalla ihmisistä on vaikeuksia selviytyä liikennvälineissä ja siten heidän mahdollisuutensa käyttää palveluja supistuu. Cahill väittää, että monimutkaistuessaan yhteiskunta tuottaa uudenlaista eriarvoisuutta ja voi myös luoda uutta kyvyttömyyttä; esimerkkinä hän mainitsee informaatioteknologian käytön tuotteiden hinnoittelussa, mikä vaikeuttaa vanhusten ostosten tekemistä (emt., 189).

Myös yhteiskunnan hoiva- ja huolenpitojärjestelmä on pirstoutunut. Selvitysten mukaan sekä avohoidossa olevat mielenterveyspotilaat että hoito- ja palvelujärjestelmän työntekijät ovat usein sitä mieltä, että kenelläkään ei ole kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta. Myös

järjestelmän toimijat katsovat terveydenhuollon ja sosiaalitoimen pirstaleisuuden ja hajanaisuuden vaikeuttavan järkevää ja tehokasta toimintaa (esim. Korkeila & Tuori 1996). Seurauksena on päällekkäisyyttä ja aukkoja palveluissa, asiakkaiden 'luukuttamista' ja turhia kustannuksia. Tilanne on ongelmallinen sekä työntekijöille että asiakkaille. Julkunen (1990) toteaa, että erikoistuminen on järkevän toiminnan este, jos esim. vanhusten vuodeosastolla lääkintävoimistelija tarvitaan nostamaan vanhus tuoliin ja oikomaan jäseniä, toimintaterapeutti avaamaan televisio, manikyristi antamaan käsihoidon ja jalkahoitaja antamaan jalkahoidon.

3.3. Elämänhallinta ja selviytyminen

Hallinta on yksi kulttuurimme keskeisistä arvoista, jonka kautta jäsennetään monenlaisia kokemuksia, ilmiöitä ja elämänprosesseja (Järvikoski 1994, 124).

Rusasen (1996) mukaan elämänhallinnan ja sen lähikäsitteiden tarkka sisältö jätetään usein määrittelemättä. Eri tieteissä samoilla käsitteillä saatetaan tarkoittaa toisistaan poikkeavia asioita. Sosiaalitieteissä on Suomessa paljon käytetty Roosin (1988) jaottelua sisäiseen ja ulkoiseen elämänhallintaan. Ulkoisesta elämänhallinnasta on kysymys, kun ihminen pystyy ohjaamaan elämänsä kulkua ilman, että hänestä itsestään riippumattomat tekijät kovin oleellisesti vaikuttavat siihen. Sisäinen elämänhallinta puolestaan tarkoittaa yksilön kykyä sopeutua hänen oman elämänsä tapahtumiin (Roos 1988, 206-207).

Uutela (1996) toteaa, että elämänhallinnan tunne on henkilön ja hänen sosiaalisen maailmansa vuorovaikutuksen seurausta. Kun ihmisellä on hyvä elämänhallinnan tunne, hän kokee olevansa ympäristönsä kanssa sopusoinnussa - toisaalta ympäristö vaatii ihmiseltä sopivasti - toisaalta se tarjoaa hänelle mahdollisuuksia. Antonovsky (1979) pitää elämänhallinnan kannalta keskeisenä koherenssin tunnetta, jolla hän kuvaa yksilön tapaan havaita ja ymmärtää ympäristöään. Voimakkaan koherenssin tunteen omaavat kokevat ympäristönsä ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. He luottavat voimavarojensa riittävyteen, jolloin stressitilanteet on mahdollista kokea pikemminkin haasteena kuin uhkana. Omiin voimavaroihin luottamisen lisäksi he kokevat, että heillä on käytössään myös lähiympäristön sosiaalinen tuki.

Elämänhallinnan tutkimus on osoittanut, että hyvä elämänhallinta merkitsee yleensä yhteiskunnassamme elämisen laatua ja hyvinvointia ja ennakoi myös terveyden säilymistä ja sairaudesta toipumista (mm. Bäckman 1992). Sen vuoksi sosiaali- ja terveystieteiden toimenpiteiden tulisi tarvittaessa tukea ja vahvistaa yksilöiden elämänhallintaa. Rusasen (1996) mukaan ulkoisen elämänhallinnan tutkiminen, mittaaminen ja tukeminen on yksinkertaisempaa kuin sisäisen, koska ulkoisen elämänhallinnan resurssit ovat usein myös etuuksia, joita virallinen sosiaaliturva jakaa. Sen sijaan sisäinen elämänhallinta koskee itsehallintaa, jonka lopputuloksena on sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Koska länsimaisen ihmisen elämänhallinnan ongelmat yhä useammin ovat sisäisen hallinnan alueella, elämänhallinnan ongelmia ei voida ratkaista ainoastaan ulkoista hallintaa tukevilla toimilla. Myös Kangas ja Ritakallio (1996, 55) toteavat, että hyvinvointivaltion standardi-ratkaisut eivät pysty pureutumaan tiettyihin syrjäytymisen ongelmiin. Silloin kun yksilöllä on ongelmia elämän hallinnassa, hän on kyvytön käyttämään niitä resursseja, joita hänellä mahdollisesti on ja hän on vaarassa myös menettää resurssinsa.

Myös Heikkilän (1990) mukaan tutkimus on osoittanut, että meillä on suuri joukko ihmisiä, joita ei perinteisin tulomitoin voida pitää köyhinä, mutta joiden elämää luonnehtii muiden elinolo- ja elämäntilanteiden kasautuva kuormitus. Sosiaalipolitiikalle asettuukin perinteiset mallit ylittävä haaste: olisi kyettävä tarjoamaan mielekkään elämän mahdollisuudet niille ihmisille, jotka ovat sairaita ja sosiaalisten verkostojen ulkopuolella.

4. TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA MENETELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, **miten psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutetut skitsofreniaa sairastavat potilaat selviytyvät Mikkelin läänissä**. Lisäksi kartoitetaan **avohoitopalvelujen käyttöä ja käyttäjien tyytyväisyyttä palveluihin**.

Tutkimuksella kartoitetaan

- avohoitopotilaiden elämäntilannetta: toimeentuloa, työntekoa, asumista ja sosiaalista verkostoa sekä tyytyväisyyttä elämäntilanteeseensa;
- potilaiden omaa arviota selviytymisestä;
- miten paljon ja mitä terveys- ja sosiaalipalveluja potilaat käyttävät ja miten tyytyväisiä he ovat palveluihin;
- potilaiden psyykkisten ja fyysisten oireiden esiintyvyyttä ja niiden yhteyttä koettuun selviytymiseen.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää palvelujen mahdollisia aukkoja ja toisaalta etsiä niitä tekijöitä, jotka auttavat ja edistävät selviytymistä.

4.1. Tutkimusalue ja tutkimusalueen ryhmittely

Tutkimusalue on Mikkelin lääni. Läänin alueen kunnat kuuluvat neljään eri sairaanhoitopiiriin.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä:

Anttola, Haukivuori, Hirvensalmi, Juva, Jäppilä, Kangasniemi, Mikkeli, Mikkelin mlk, Mäntyharju, Pertunmaa, Pieksämäki, Pieksämäen mlk, Puumala, Ristiina ja Virtasalmi.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä:

Enonkoski, Joroinen, Kangaslampi, Kerimäki, Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna, Savonranta ja Sulkava.

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri:

Hartola, Heinola, Heinolan mlk ja Sysmä.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri:

Heinävesi.

Koska potilaan asuinpaikan sosiaalisella ympäristöllä oletetaan olevan vaikutusta hänen selviytymiseensä, on tilastoajoissa käytetty yhtenä ryhmittelyn perusteena kuntatyyppiä. Kunnat on kuntatyypeittäin jaettu seuraaviin ryhmiin:

1) Kaupungit:

Heinola, Mikkeli, Pieksämäki, Savonlinna.

2) Muut kunnat:

Anttola, Enonkoski, Hartola, Haukivuori, Heinolan mlk, Heinävesi, Hirvensalmi, Joroinen, Juva, Jäppilä, Kangaslampi, Kangasniemi, Kerimäki, Mikkelin mlk, Mäntyharju, Pertunmaa, Pieksämäen mlk, Punkaharju, Puumala, Rantasalmi, Ristiina, Savonlinna, Savonranta, Sulkava, Sysmä, Virtasalmi.

4.2. Tutkittava ryhmä

Tutkittavien perusjoukon muodostivat kaikki vuonna 1992 Moision sairaalasta kotiutetut, Mikkelin läänistä kotoisin olevat potilaat, joiden diagnoosi oli skitsofrenia. Tutkimusryhmän rajaamiseen skitsofreniapotilaisiin päädyttiin sen vuoksi, että skitsofrenia on vaikein psykiatrinen sairaus, ja sillä on laajoja vaikutuksia paitsi potilaan korkeimpiin henkisiin toimintoihin myös kykyyn selviytyä päivittäisistä arkielämän perusasioista. Lisäksi kyseessä on iso kansantauti, jonka hoito on muuttunut oleellisesti.

Nämä kriteerit täyttäviä potilaita on yhteensä 330. Kun osa kotiutetuista on tällä hetkellä uudelleen sairaalassa, muuttanut tai kuollut, on avohoidossa toukokuussa 1995 potilaista 282. Tästä potilasjoukosta on otettu ositettu otanta, jossa otantasuhde vaihtelee ositteesta toiseen. Kaupunkien ja suurempien kuntien potilaista on otettu otokseen vain osa mutta pienten kuntien potilaista kaikki. Lopulliseksi otoskooksi on näin saatu 201. **LIITE 1.**

Otosta suunniteltaessa pyrittiin takaamaan se, että kadosta huolimatta tutkittava ryhmä on riittävän suuri, jotta siitä voidaan esittää tuloksia esim. kuntamuodon (kaupunki - muu

kunta) tai sukupuolen mukaan jaoteltuna. Kunnittaisia vertailuja näin pienet paikkakunnittaiset otokset eivät mahdollista.

4.3. Aineiston keruu

4.3.1. Kyselylomake ja potilasasiakirjat

Aineiston keräämistä varten laadittiin kyselylomake, joka sisältää kysymyksiä potilaan taustatiedoista, elämäntilanteesta, sosiaalisista suhteista sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä. Lisäksi kysyttiin potilaan tyytyväisyyttä elämäntilanteeseensa ja palveluihin sekä hänen omaa arvioitaan selviytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Kysymykset noudattavat osittain aikaisemmin esitellyn SKS-projektin kysymyksenasettelua, mikä mahdollistaa vertailun tämän tutkimuksen tuloksiin. Kyselylomake sisälsi myös SCL-90-oireluettelon (Lipman 1986, 232-248), jolla kartoitettiin potilaan somaattisia ja psyykkisiä oireita. Kyselylomake, **LIITE 3**.

Kysely suoritettiin siten, että otokseen osuneen potilaan kyselylomake lähetettiin mielen-terveystoimistoon, jossa varattiin potilaalle vastaanottoaika ja lähetettiin kutsu. Potilas vastasi kyselyyn joko itsenäisesti tai mielen-terveystoimiston työntekijän haastattelemana.

Ellei potilas ollut mielen-terveystoimiston asiakas, lähetettiin potilaalle Moision sairaalasta kirje, jossa tiedusteltiin hänen halukkuuttaan osallistua tutkimukseen ja toivomusta siitä, missä hän halusi vastata kyselyyn.

Sairaalahoitohistoria poimittiin potilasasiakirjoista Moision sairaalassa ja työn suoritti sairaalan henkilökunta. Samalla poimittiin myös ensimmäisen sairaalahoidon alkamisvuosi, josta voitiin laskea sairastumisesta kulunut aika. Katoryhmän rakennetiedot poimittiin myös potilasasiakirjoista.

Tutkimukseen valikoitui läänistä muuton, kuolemantapausten ja uudelleen sairaalahoitoon joutumisen jälkeen kaikkiaan 282 potilasta. Pienistä kunnista näitä potilaita oli vain muutamia, joten he kaikki saivat kyselylomakkeen. Suurista kunnista potilaista otettiin satunnaisotos ja lopulliseksi otoskooksi muodostui 201 potilasta. Kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen kävi ilmi, että heistä 11 oli muuttanut pois läänistä ja 10 kuollut. Kyselyyn kieltäytyi vastaamasta 56 potilasta joten vastauksia saatiin siten 124.

4.3.2. Aineiston keruutavan vaikutus vastausprosenttiin ja tuloksiin

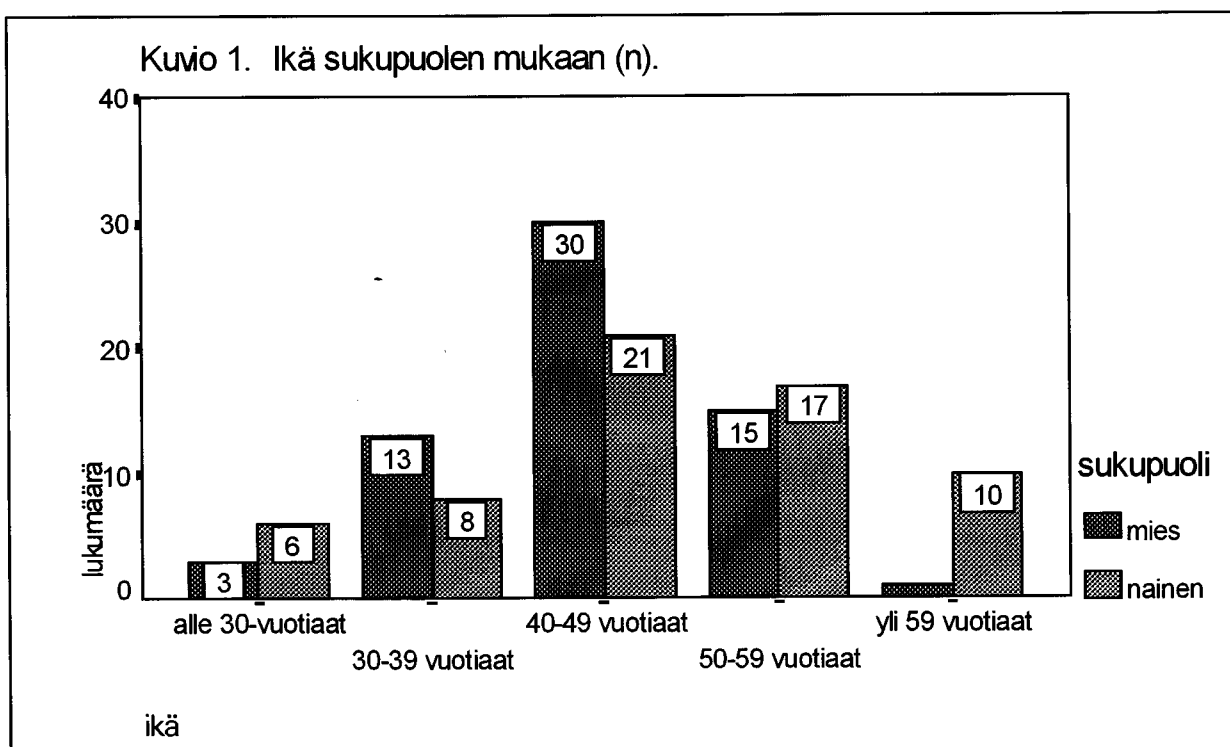
Vastausprosenttia (61,7 %) voidaan pitää korkeana ja siihen vaikutti varmasti aineiston keruutapa eli se, että kysely toteutettiin mielenterveystoimiston vastaanottokäynnin yhteydessä. Postikyselyn kato tämäntyyppisissä kyselyissä on yleensä suuri, jopa 80 %. Toisaalta sillä, että kyselijänä on potilaan oma hoitaja, voidaan olettaa olevan jonkin verran vaikutusta tuloksiin, varsinkin niiden kysymysten kohdalla, jotka koskevat tyytyväisyyttä juuri oman mielenterveystoimiston palveluihin. Palautuneista 124 vastauksesta 105 (84,7 %) saatiin työntekijän haastattelun perusteella ja vain 19 täytti kyselylomakkeen itsenäisesti. Tyytyväisyyttä mittaavien muuttujien kohdalla olivat tyytyväisten suhteelliset osuudet hiukan pienempiä itsenäisesti täytetyissä vastauksissa, mutta tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,037$) oli vain tyytyväisyydessä terveyskeskuksen palveluihin.

5. TULOKSET

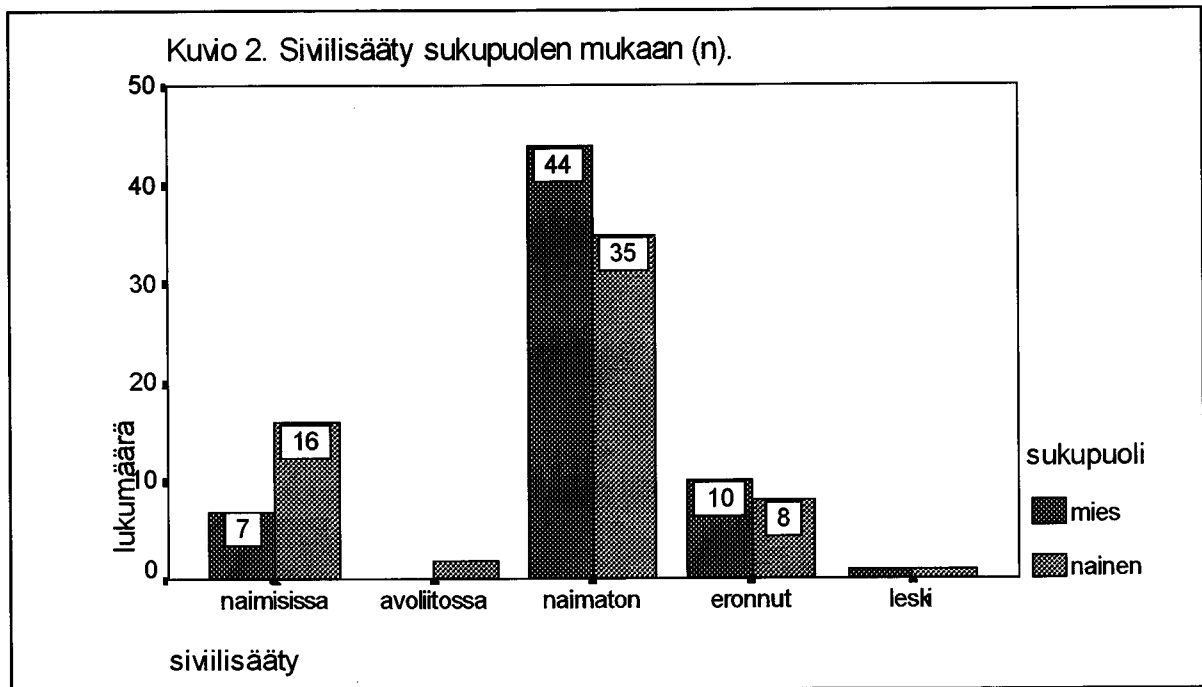
5.1. Tutkimusryhmän taustatiedot

5.1.1. Vastaajien sukupuoli, ikä ja siviilisäät

Miehiä ja naisia oli yhtä monta eli 62. Vastaajien keski-ikä oli 46 vuotta; nuorin oli 25-vuotias ja vanhin 72-vuotias. Sukupuolten ikäjakauma poikkesi siten, että naisten keski-ikä oli yli kolme vuotta korkeampi kuin miesten; naisten keski-ikä oli 47,7 vuotta ja miesten 44,4 vuotta. Aineistossa oli 60 vuotta täyttäneitä miehiä yksi ja naisia kymmenen.



Sairaus näyttää syrjäyttävän avioliitosta, parisuhteesta ja perheen perustamisesta. Koko väestöön verrattuna ero on merkitsevä. Koko väestössä ainoastaan alle 30-vuotiaiden ryhmässä naimattomien osuus on yli puolet (Suomen tilastollinen vuosikirja 1995), mutta tutkimusryhmässä naimattomia oli kaikissa ikäryhmissä yli puolet.



Naimisissa tai avoliitossa koko aineistosta oli vain 20% (naisista 29 %, mutta miehistä vain 11 %). Naimattomia oli 64 % ja eronneita 14 %. Kaupungeissa naimisissa olevien suhteellinen osuus oli vähän suurempi (23 %) kuin muissa kunnissa (16 %).

5.1.2. Peruskoulutus ja ammattikoulutus

Vastaajien koulutustaso on alhainen. Vastaajista 73 % oli käynyt kansakoulun tai vajaan kansakoulun. Keskikoulun, peruskoulun tai vajaan lukion oli käynyt 20 % ja lukion 7 %:lla. Sukupuolten välillä oli siten eroa, että lukiokoulutus oli 10 % naisista mutta miehistä vain 5 %:lla. Samasuuruinen ero liittyi myös kuntamuotoon; kaupungeissa lukiokoulutuksen osuus oli 10 % ja muissa kunnissa 5 %.

Kokonaan vailla ammattikoulutusta oli 51 (41 %) vastaajaa. Kurssimuotoisen koulutuksen tai vajaan ammattikoulun oli suorittanut 40 vastaajaa (32 %). Opistokoulutus tai vajaan korkeakoulu oli 5 %:lla vastanneista ja korkeakoulututkinto yhdellä (0,8 %).

5.2. Sairaalahoitohistoria

5.2.1. Sairastamisaika ja sairaalahoidon pituus ennen kotiuttamista

Ensimmäisestä sairaalahoidosta oli monen kohdalla kulunut pitkä aika. Vastanneista 23 oli ollut mielisairaalassa ensimmäisen kerran yli kolmekymmentä vuotta sitten. Keskiarvo oli 18,5 vuotta. Seuraavassa taulukossa ensimmäisestä sairaalaantulosta kulunut aika on luokiteltu kymmenvuosittain.

Taulukko 1. Ensimmäisen sairaalahoidon alkamisesta kulunut aika.

vuosia	miehet %	naiset %
alle 10 vuotta	24,2	25,8
10 - 19 vuotta	33,9	24,2
20 - 29 vuotta	27,4	27,4
yli 29 vuotta	14,5	22,6
yhteensä	100 n = 62	100,0 n = 62

Kun lasketaan yhteen kaikki sairaalahoidon jaksot ennen kotiuttamista 1992, saadaan seuraava jakauma:

Taulukko 2. Yhteenlaskettu sairaalahoido ennen kotiuttamista vuonna 1992.

aika	miehet %	naiset %
alle 1 v	53,2	56,5
1 - 3 vuotta	27,4	29,0
4 - 6 vuotta	3,2	4,8
7 - 9 vuotta	9,7	4,8
10 - 19 vuotta	6,5	3,2
yhteensä	100,0 n = 62	100,0 n = 62

Kotiutetuilla potilailla on usein varsin lyhyt yhteenlaskettu sairaalahoido takanaan: yli puolella koko elämänaikainen sairaalahoido on kestänyt alle vuoden. Hoitoaikojen kertymisessä näkyy psykiatrisen hoitokäytännön muutos. Potilaalla saattaa olla sairaalahoitokertoja parikymmentä, mutta ne ovat lyhyitä ja niistä kertyy hoitoaikaa vuosi tai pari.

5.2.2. Kotiuttamisen jälkeinen sairaalahoito

Sairaalahoidossa vuonna 1992 tapahtuneen kotiuttamisen jälkeen potilaat olivat olleet nollassa kahteentoista kertaan. Vastanneista 52 (42 %) ei ollut ollut sairaalassa lainkaan. Yhden kerran oli sairaalassa ollut 28 potilasta (22,6 %), kaksi kertaa 15 potilasta (12 %) ja kolme kertaa 10 potilasta (8 %). Enemmän kuin kolme sairaalajaksoa kotiuttamisen jälkeen oli 19 potilaalla (15 %).

Kotiuttamisen jälkeisen sairaalahoidon kesto vaihteli nollan ja 27 kuukauden välillä. Hoitoaika kysyttiin kuukausina, joten jo muutaman päivän sairaalahoito on vastaukseen kirjattu yhtenä kuukautena.

Taulukko 3. Vuoden 1992 kotiuttamisen jälkeinen sairaalahoito

hoitoaika	miehet %	naiset %
ei sairaalahoitoa	33,9	50,0
alle 2 kk	17,7	29,0
3 - 5 kk	25,8	4,8
6 - 11 kk	12,9	9,7
yli 11 kk	9,7	6,5
yhteensä	100,0 n = 62	100,0 n = 62

Puolella naisista ei ollut lainkaan sairaalahoitoa kotiuttamisen jälkeen; miesten kohdalla vastaava luku oli 34 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,0103$). Sairaanhoitopiirin tai kuntamuodon mukaan verrattuna vastauksissa ei ollut merkitsevää eroa; ei myöskään ikäryhmissä tarkasteltuna.

5.3. Elämäntilanne

5.3.1. Työtilanne ja toimeentulo

Mielen sairaus siirtää ihmiset tehokkaasti työelämän ulkopuolelle. Valtaosa haastatelluista oli eläkkeellä. Palkkatyössä oli vain neljä henkilöä ja yksi opiskeli päätoimisesti.

Taulukko 4. Työtilanne haastatteluhetkellä

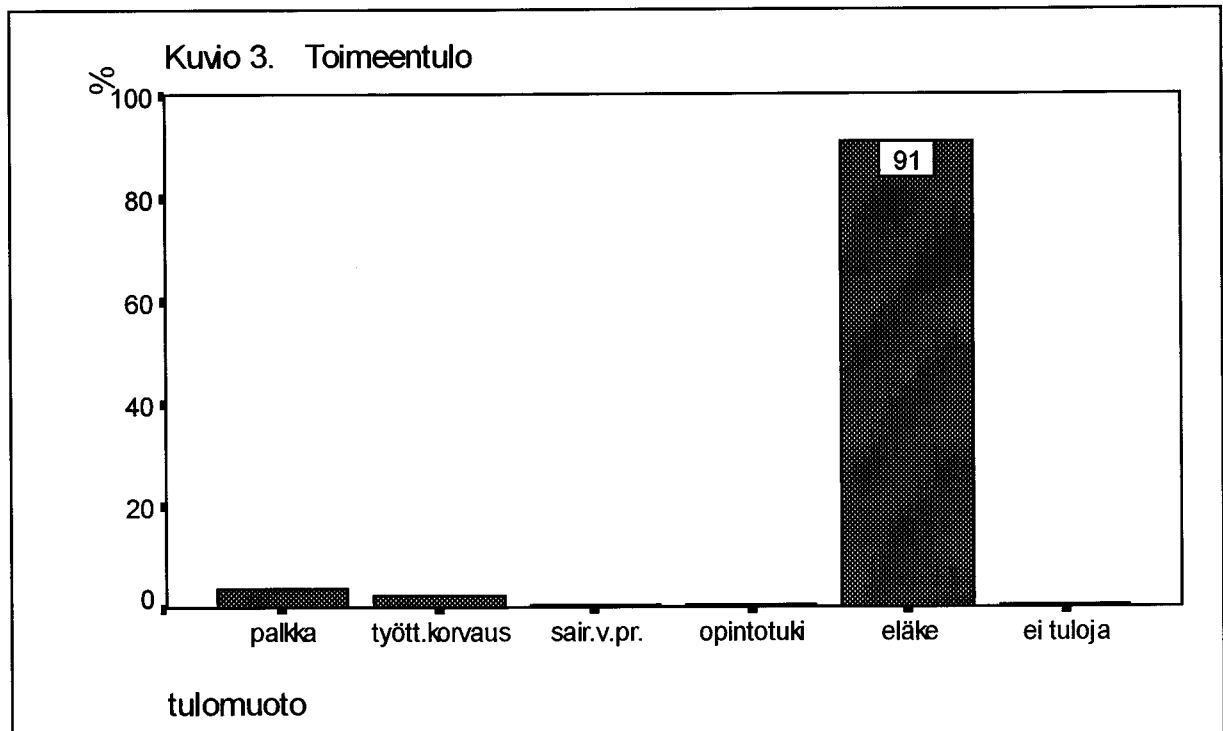
työtilanne	miehet %	naiset %
eläkkeellä	87,1	85,5
kotona, ei työtä	6,5	3,2
kotona työssä		4,8
palkkatyössä	4,8	1,6
työtön työnhakija	1,6	3,2
opiskelee		1,6
Yhteensä	100,0 n = 62	100,0 n = 62

Tyytyväisiä työtilanteeseensa oli 60 %, tyytymättömiä 15 % ja vastaamatta jätti 25 %. Vastaamatta jättäneiden suuri määrä saattaa johtua siitä, että eläkkeellä olevat katsoivat, ettei kysymys koske heitä.

Kohtaan, jossa kysyttiin vastaajan ajatuksia työtilanteesta, tuli vastauksia, joissa toivottiin työtä: "Pitäisi olla jokin muu toimeentulo kuin eläke" tai "Haaveilen työhommista". Toisaalta epäiltiin omia mahdollisuuksia sijoittua työelämään: "Ei tällainen henkilö, jolla on näin pitkä sairaushistoria takana voi hakeutua mihinkään ammattia vastaavaan työhön". Omalla kotitilalla vanhempien kanssa asuva vastaaja sanoo olevansa tyytyväinen, kun "saa omaan tahtiin tehdä työtä, ei pomoja". Eläkkeellä oleva 50-vuotias nainen ilmoittaa olevansa tyytyväinen ja toteaa, että "parasta aikaa minun elämässä".

Suojatyössä käyvä keski-ikäinen mies kertoo käyneensä monta vuotta suojatyössä ja pitää sitä tärkeänä. Joku vastaajista taas toteaa, että suojatyö on liian yksinkertaista eikä hän halua sen vuoksi siellä käydä. Jotkut totesivat kieltäytyvänsä suojatyöstä huonon palkan takia.

Pääasialliseksi toimeentulon lähteeksi ilmoitti eläkkeen 113 vastaajaa (91 %), palkkatulon vain viisi vastaajaa (4 %). Melkein kaikilla näyttää perustoimeentulo olevan pysyväisluonteisesti ratkaistu eläkejärjestelmän kautta, joten he eivät siis joudu palloteltavaksi tilapäisten toimeentulomuotojen viidakkoon. Toisaalta näin mittava eläköityminen monen kohdalla hyvin nuorella iällä kertoo yhteiskuntamme työmarkkinoiden kovista kvalifikaatiovaatimuksista. Simo Mannilan mukaan palkkatyöyhteiskunnan marginaaliryhmien siirtäminen pysyvästi sairaan rooliin voi olla enemmän tai vähemmän onnistunut ratkaisu sosiaalisen aseman ristiriitoihin (Mannila 1992, 187).



Tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseen oli 67 %, tyytymättömiä 31 % ja 2 % ei vastannut kysymykseen. Jotkut tyytyväiset perustelivat vastaustaan. Tulojen säännöllisyyttä pidettiin hyvänä, samoin sitä, että sai itsenäisesti päättää rahan käytöstä. Tyytymättömyyttä taas aiheutti eläkkeen pienuus, mikä tuo huolta toimeentulosta ja "koettelee hermoja". Yhden vastaajan kokemuksen mukaan "siviilissä toimeentulo on riittävä, mutta sairaalahoidossa liian pieni käyttöraha". Muutamat vastaajat valittivat sitä, että eivät voi itse päättää rahan käytöstä. Työmarkkinatukea saava työtön nainen haluaisi tehdä työtä; työmarkkinatukea hän piti riittämättömänä toimeentuloon.

Vaikka julkisuudessa on väitetty, että mielenterveyspotilaat ovat erityisen köyhiä, vastaajat näyttävät olevan varsin tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa. Tutkittavilta ei kysytty käytettävissä olevien tulojen määrää, eikä siten tiedetä, mihin tuloluokkiin he sijoittuvat. Lähes kaikkien työmarkkina-asema oli eläkeläinen. Eläke lienee useimpien ainut tulolähde ja eläkkeet ovat luultavasti keskimääräistä pienempiä, koska työura on sairauden vuoksi usein jäänyt lyhyeksi tai palkkatyötä ei ole ollut lainkaan. Stakesin tutkimuksessa (Kangas & Ritakallio 1996) 1990-luvun köyhyydestä todettiin, että samoissa tuloluokissa eläkeläiset olivat tyytyväisempiä tulotasoonsa kuin työssäolevat ja työttömät. Nähtävästi mielenterveyspotilaat arvostavat eläketulon jatkuvuutta ja turvallisuutta. Monella vaihtoehtona olisi joko toimeentulotuki tai työmarkkinatuki, jotka koettaneen eläkkeeseen verrattuna epävarmemmiksi ja vielä niukemmiksi.

Angerpuro (1996) selittää pienituloisten suhteellisen suurta tyytyväisyyttä Runcimanin viiteryhmäteorialla. Viiteryhmäteorian mukaan ihmisten kokema tyytyväisyys ei pohjautu niinkään todellisiin objektiivisiin oloihin, vaan ennen kaikkea siihen, millaisena oma tilanne nähdään suhteessa muiden tilanteeseen. Viiteryhmä voi olla joko se ryhmä, johon yksilö samaistuu tai ryhmä, johon ihminen vertaa omaa tilannettaan. Kun edellä mainitussa suomalaisessa köyhyystutkimuksessa kysyttiin viiteryhmän valintaa, vertasivat eläkeläiset elinolojaan muita useammin siihen, millaisissa taloudellisissa oloissa ihmiset aikaisemmin elivät (Angerpuro 1996, 146-147).

5.3.2. Asuminen

Kyselyyn vastanneet asuivat enimmäkseen itsenäisesti, siis tuetun asumisen ulkopuolella ja aika usein yksin.

Taulukko 5. Asumismuoto.

asumismuoto	miehet %	naiset %
itsenäisesti, yksin	51,6	38,7
itsenäisesti, toisen kanssa	6,5	4,8
vanhempien kanssa	16,1	6,5
puolison ja/tai lasten kanssa	6,5	29,0
psyk. sairaalan asunnossa	8,1	4,8
sos.viranom. järj. asunnossa	1,6	4,8
yksityisessä hoitokodissa	8,1	9,7
tilapäisessä asunnossa	1,6	
jnk n muun sukulaisen kanssa		1,6
yhteensä	100,0 n = 62	100,0 n = 62

Asumismuodon suhteen sukupuolten jakaumat poikkesivat toisistaan. Miehet asuvat tavalla, joka vastaa heidän perheellistymistään: itsenäisesti 58 % ja vanhempien kanssa 16 %. Naisista itsenäisesti asui 44 % ja vanhempien kanssa 7 %. Puolison ja/tai lasten kanssa asui naisista 29 %, mutta miehistä vain 7 %.

Useimmat ovat tyytyväisiä asumiseensa. Vastaajista 81 % ilmoitti, että asumisessa ei ole ongelmia. Useissa vastauksissa hyvänä puolena mainittiin seuraavat asiat: oma rauha, hyvä

sijainti, oma piha, luonnon läheisyys. Huonoina puolina mainittiin syrjäinen sijainti ja kallis vuokra. Monissa vastuksissa mainittiin asumismuodon seurauksena sekä hyviä että huonoja puolia. Yksin asuminen on itsenäistä, mutta samalla yksinäistä. Yksityisessä palvelukodissa on hyvää palvelut tai se että asunto on "kuin koti", mutta huonoa on "vahtiminen" tai se että huoneen joutuu jakamaan toisen kanssa. Keski-ikäinen vuokra-asunnossa asuva mies toteaa, että "ei tarvitse lämmittää", mutta toisaalta "kerrostalossa ei voi elää luonnonmukaista elämää, kaikki puheet kuuluvat seinien ja laipioiden läpi". Vanhempien kanssa asuva 40-vuotias mies sanoo, että "on jäänyt vanhempien vangiksi kun ei ole omaa asuntoa".

5.3.3. Arkirutiinien hoito

Tavallisissa arkielämän toiminnoissa ilmoittaa tarvitsevansa apua noin kolmannes. Eniten apua tarvitaan siivouksessa ja pyykinpesussa. Myös raha-asioissa kolmannes potilaista tarvitsee muiden apua.

Taulukko 6. Avun tarve arkirutiinien hoidossa sukupuolen mukaan (%).

	lääk. huolehtiminen	ruoanlaitto	henkilök.-hygieniä	pyykinpesu	siivous	raha-as. huoleht.	liik.väl. käyttö	päivärytmi
miehet	31	42	13	45	47	39	11	11
naiset	29	23	7	32	39	27	15	11
kaikki	30	32	10	39	43	33	13	11

Jos avun tarvetta tarkastellaan asumismuodon mukaan, vähiten apua ilmoittavat tarvitsevansa puolison/lasten kanssa asuvat ja eniten sosiaaliviranomaisten järjestämässä avohoito-paikassa asuvat. Tuettu asuminen on siis kohdistunut oikeille ihmisille eli niille, jotka tarvitsevat eniten apua, tai sitten tuettu asumismuoto ylläpitää avuttomuutta.

Kaupungeissa apua tarvitsevien suhteellinen osuus on suurempi kuin muissa kunnissa. Miesten avun tarve arkirutiinien hoidossa näyttää olevan suurempi kuin naisten lukuunottamatta liikennevälineiden käyttöä ja päivärytmistä huolehtimista. Tästä herääkin kysymys, miten paljon miesten ilmoittama kyvyttömyys ruoanlaitossa ja muissa kotitöissä on sukupuolen mukana opittua avuttomuutta.

Tässä yhteydessä on kiinnostava myös kysymys sairauden vaikutuksesta sosiaalisen aseman rakentumiseen ja sitä kautta yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien määräytymiseen. Mannila (1992) viittaa Talcott Parsonsin teoriaan sairaan roolista ja toteaa, että terveydenhuoltojärjestelmä ja potilaan lähiympäristö määrittävät potilaalle sairaan roolin, johon

liitetään negatiivisina piirteinä passiivisuus, avuttomuus ja emotionaalinen hämmennys. Sairaaseen rooli vapauttaa potilaan sosiaalisista sanktioista, palkinnoista ja rangaistuksista, jotka muuten liittyvät velvollisuuksien hoitamiseen mm. perheessä. (Mannila 1992, 184-187).

5.3.4. Koettu terveys

Tähän tutkimukseen ei liitetty mitään objektiivisia terveyden tai sairauden mittauksia. Sen sijaan tutkittavat saivat itse arvioida omaa terveyttään. Selvä enemmistö kokee itsensä pikemmin terveeksi kuin sairaaksi. Iän karttumisen myötä sairauden tunne kuitenkin lisääntyy. Voi tietysti kysyä, johtuuko ikääntyneiden yleisempi sairauden kokemus psyykkisistä ongelmista vai yleisestä iän mukanaan tuomasta raihnastumisesta. Toisaalta myös iän mukana sosiaalisen aseman rooli odotukset muuttuvat: pitkäaikaissairauksien lisääntyessä sairaaseen rooli sosiaalisen roolin osana kohoaa enemmän esille (Mannila 1994, 186).

Taulukko 7. Koettu terveys

sukupuoli ja ikä	terve	melko terve	melko sairas	sairas	n
naiset, alle 50 v.	24,2	57,6	6,1	12,1	33
miehet, alle 50 v.	26,7	46,7	15,6	11,1	45
naiset, 50 v. täytt.	7,4	55,6	25,9	11,1	27
miehet, 50 v. täytt.	18,8	56,3	25,0		16
yhteensä	20,7 n = 25	52,9 n = 64	16,5 n = 20	9,9 n = 12	100,0 n = 121

Kun potilaita pyydettiin kertomaan terveydentilastaan; mikä siinä tuottaa tyytyväisyyttä ja mikä tyytymättömyyttä, muutamat totesivat myönteisinä asioina, että "olen hengissä" tai "että saa elää ja hengittää". Tyytyväisyyttä tuottavina asioina mainittiin esim. se että pystyy hoitamaan kotiaskareet, ei ole pelkotiloja, ei kuulu ääniä, jalat on terveet, kädet toimii. Tyytymättömyyttä aiheuttavina mainittiin mm. tuskatilat, pelkotilat, äänien kuuluminen, paha olo, lääkkeiden sivuvaikutukset, tyrä, vatsavaivat, huonot hampaat.

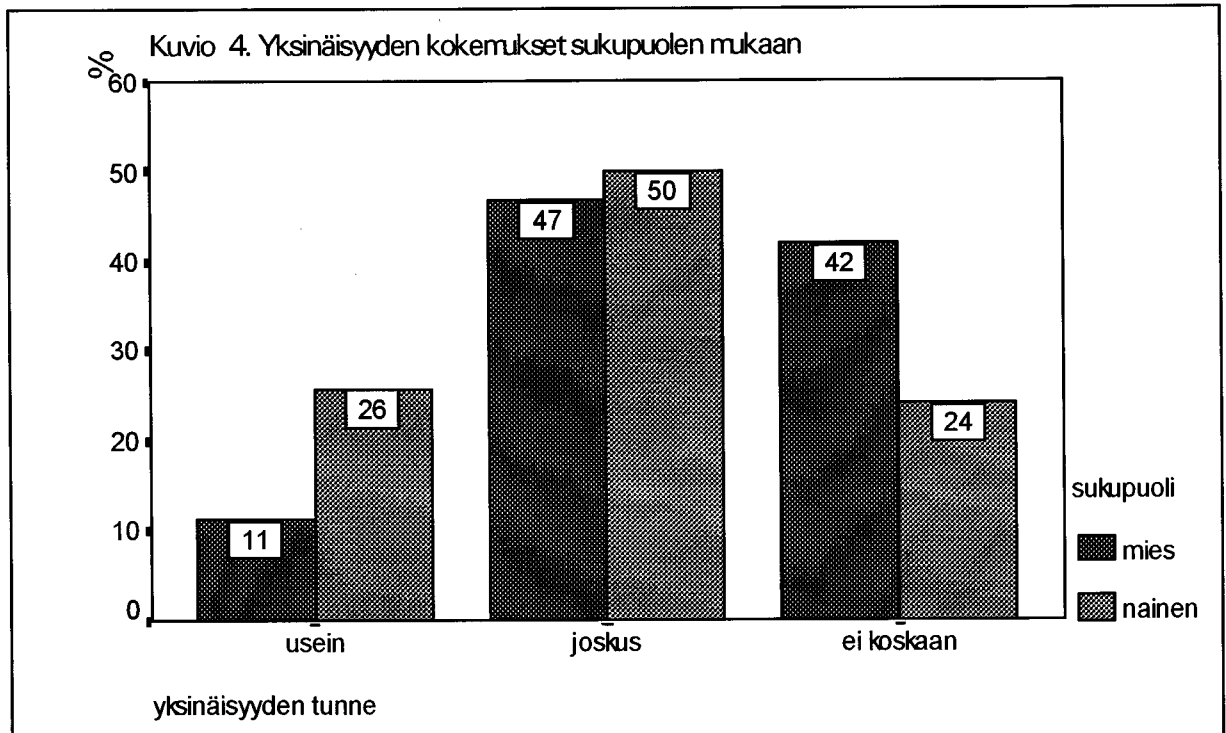
Monet mainitsivat tässä kohdassa, että he ovat tyytyväisiä siihen, että terveys on niin hyvä, että ei tarvitse olla sairaalassa.

5.4. Sosiaaliset suhteet

Mielenterveyspotilaiden ongelmana pidetään eristymistä ja yksinäisyyttä. Tässä aineistossa tutkituilla oli kuitenkin kohtuullisesti kontakteja omaisiin ja ystäviin.

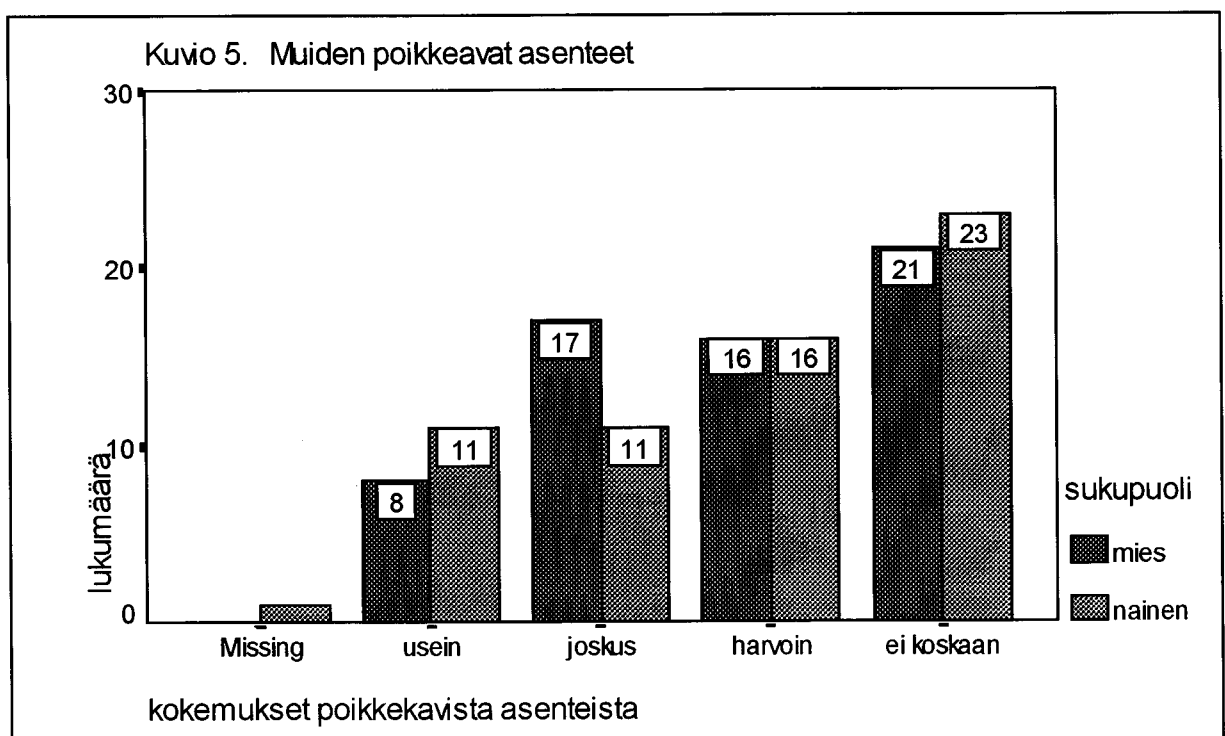
Vähintään kerran viikossa tapaa omaisiaan 57 % ja ystäviään 60 %. Ystäviä ei tapaa lainkaan 11 %. Koko väestöön verrattuna tutkittavien kontaktit ystäviin ovat vähäisempiä: koko väestöstä vähintään kerran viikossa tapaa ystäviä 70 % ja vailla ystäviä on 2 % (Elinolot 1994, 226). Tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut sukupuolten eikä myöskään kuntamuodon välillä. Tyytyväisiä ihmissuhteisiin omaisten ja sukulaisten kanssa ilmoitti olevansa 80 % ja ystävyys-suhteisiin 81 %.

Silti ajoittaiset yksinäisyyden kokemukset olivat tavallisia. Peräti 18,5 % tutkittavista kertoi kokevansa yksinäisyyden tunnetta usein kun taas koko väestössä kokee yksinäisyyttä joko jatkuvasti tai melko usein vain 6 % (Elinolot 1994, 212). Vaihtoehdon 'ei koskaan' valitsi tutkittavista 33 %; koko väestöstä 32 % (Elinolot 1994, 212).



Yksinäisyyden kokemuksissa oli sukupuolten välillä merkitsevä ero ($p=0,038$). Naiset kokivat itsensä yksinäisemmiksi huolimatta siitä, että molemmat sukupuolet tapasivat omaisiaan ja ystäviään yhtä usein ja olivat yhtä tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa. Koko väestöä koskevan tutkimuksen tulos on samansuuntainen: naiset tunsivat yksinäisyyttä enemmän kuin miehet huolimatta siitä, että heillä oli useammin luottamuksellisia ihmissuhteita kuin miehillä (Elinolot 1994, 73).

Kysymykseen "Koen, että ihmiset suhtautuvat sairauteni vuoksi minuun toisin kuin muihin ihmisiin" annetuista vastauksista saatiin seuraava kuvio:



Sensitiivisimpiä syrjiville asenteille olivat nuoremmat naiset, vähiten niitä kokivat vanhemmat naiset.

Taulukko 8. Ihmisten asenteet, luokiteltuna iän ja sukupuolen mukaan (%).

sukupuoli ja ikä	usein	joskus	harvoin	ei koskaan	n
naiset, alle 50 v.	23,5	26,5	29,4	20,6	34
miehet, alle 50 v.	13,0	30,4	21,7	34,8	46
naiset, 50 v. täytt.	11,1	7,4	22,2	59,3	27
miehet, 50 v. täytt.	12,5	18,8	37,5	31,3	16

Tutkittavat kertoivat avovastauksessa, ketkä ovat heille läheisemmät ihmiset, keiden kanssa on merkityksellistä kanssakäymistä ja mitä myönteistä ja kielteistä ihmissuhteisiin liittyy. Läheisimpinä ihmisinä mainittiin perheenjäseniä, sukulaisia, ystäviä, naapureita ja hoito-organisaation työntekijöitä. Läheisenä ihmisenä perheenjäsenen tai lähisukulaisen mainitsi 70 % ja ystävän 42 % vastaajista. Näillä ihmisillä kuitenkin viranomaisen oli harvoin "lähin omainen", vaikka heitäkin - vailla muita tärkeitä ihmissuhteita olevia oli joka kymmenes (11 %).

Läheisiin ihmissuhteisiin liittyy myös ristiriitoja. Läheisiltä saadaan tukea ja apua, mutta toisaalta läheinen koettiin joskus "määräilijäksi" tai "komentajaksi". Yksi vastaaja kertoo huomanneensa, että "ihan kaikista ihmisluonteista en voi pitää", ja hän kertoo, että "joitakin ihmisiä kierrän kaukaa, itsesuojeluvaistosta".

5.5. Itsensä toteuttaminen

5.5.1. Minäkuva

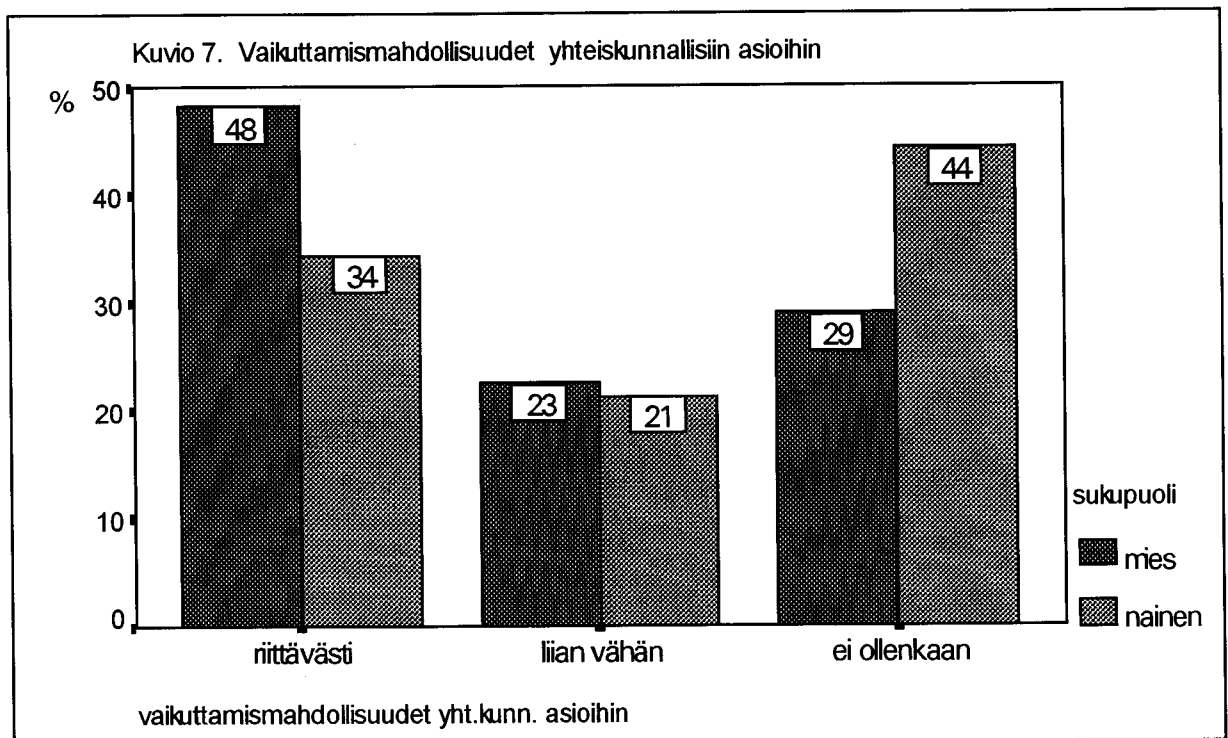
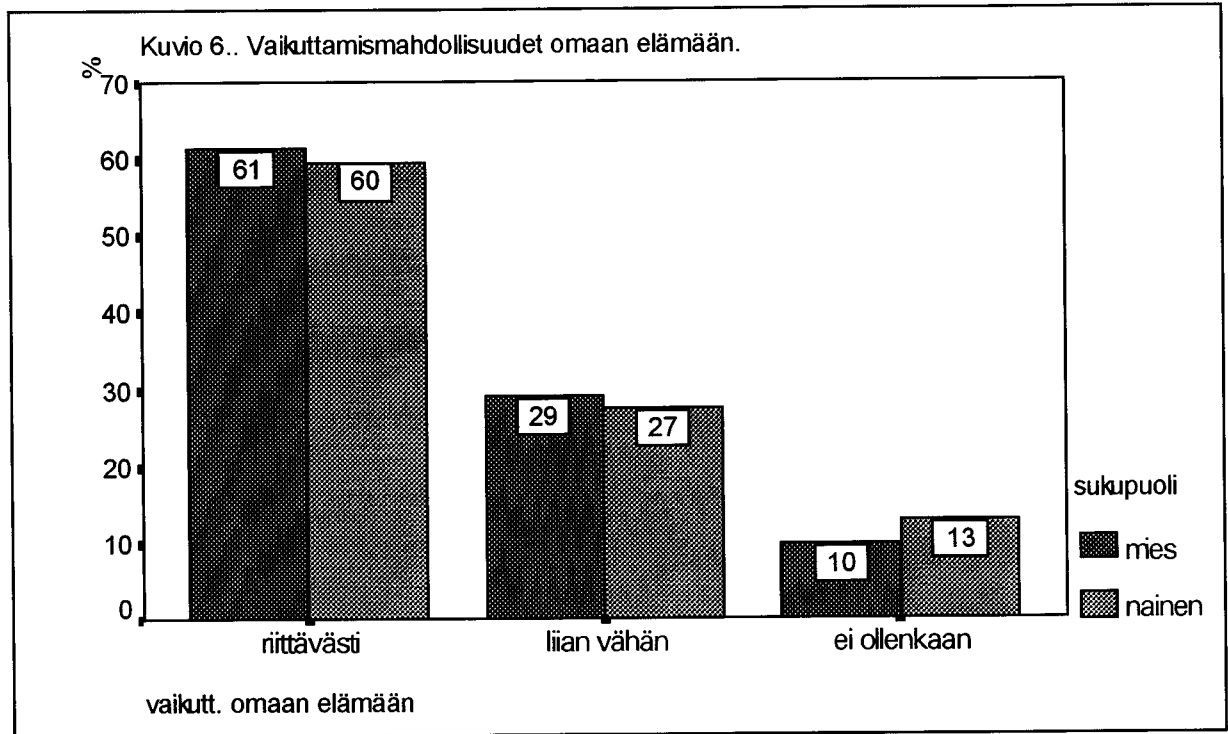
Kysymyksiin tasa-arvoisuuden, arvokkuuden, hyödyllisyyden ja korvaamattomuuden kokemuksista saatiin seuraavat vastaukset:

Tunnen itseni:	kyllä
- tasa-arvoiseksi	71 %
- hyödylliseksi	66 %
- arvokkaaksi	48 %
- korvaamattomaksi	35 %

Mielenkiintoista vastauksissa on se, että tasa-arvon ja hyödyllisyyden kokemukset ovat paljon yleisempiä kuin arvokkuuden ja korvaamattomuuden kokemukset. Allardtin (1979) mukaan vieraantumista esiintyy silloin, kun ihmisiä arvioidaan vain hyödyn kannalta; työvoimana tai kuluttajina. Mitä vaikeammin ihminen on korvattavissa sen enemmän hän on myös persoona, yksilö. Allardtin (emt., 46-47) mukaan Pohjoismaille on erityisen tyypillistä, että ihmisen korvaamattomuutta mitataan pitkälle työelämän kautta. Tutkittavistahan yli 90 % oli työelämän ulkopuolella, joten työn puuttumisella voidaan olettaa olevan vaikutusta vähäiseen korvaamattomuuden kokemukseen. Kun tutkittavia pyydettiin kertomaan mitkä ovat suurimmat ongelmat, jotka liittyvät näihin kokemuksiin, jotkut nimesivät työttömyyden ongelmaksi. Yksi vastaaja toteaa, että "arvon tunne vähenee jos ei pysty huolehtimaan itsestä"; toinen toivoo, että voisi ansaita itse elatuksensa.

5.5.2. Usko vaikuttamismahdollisuuksiin

Riittävästi omaan elämäänsä katsoo voivansa vaikuttaa 60 % vastaajista ja yhteiskunnallisiin asioihin 42 % vastaajista.



Molemmissa kysymyksissä miehet katsovat olevan itsellään enemmän vaikutusmahdollisuuksia kuin naiset. Nuoret pitivät vaikutusmahdollisuuksiaan pienempinä kuin vanhemmat; alle 30-vuotiaista 22 % katsoi ettei voi lainkaan vaikuttaa omaan elämäänsä ja 44 % oli sitä mieltä ettei voi lainkaan vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin.

Vaikutusmahdollisuuksiin liittyvinä ongelmina mainittiin sairauden vaikutus, kuten "sairas ei tahdo pärjätä terveiden kanssa" ja "alemmuuden tunne kun on holhooja" tai asumismuodosta johtuvat rajoitukset, kuten "kuntoutuskodissa rajoittaa itsenäisyyttä pieni holhoaminen". Yksi vastaaja sanoo, että "ei ole paikkaa, jossa voisi vaikuttaa".

5.5.3. Harrastukset ja mielekäs tekeminen

Naiset näyttävät harrastavan enemmän kuin miehet. Kokonaan vailla harrastuksia oli miehistä 21 % ja naisista vajaa 10%.

Taulukko 9. Harrastusten määrä.

harrastuksia	miehet %	naiset %
paljon	6,5	14,5
jonkin verran	45,2	37,1
vähän	27,4	38,7
ei lainkaan	21,0	9,7
yhteensä	100,0 n = 62	100,0 n = 62

Kysyttäessä tärkeää vapaa-ajan tekemistä tai harrastusta, saatiin seuraava jakauma, kun mukaan otettiin ensimmäisenä mainittu harrastus:

Taulukko 10. Tärkein vapaa-ajan tekeminen tai harrastus.

harrastus	n	%
ei harrastuksia	23	18,5
liikunta	36	29,0
lukeminen	15	12,1
käsityöt	11	8,9
kalastus	8	6,5
musiikin tai radion kuuntelu	6	4,8
soittaminen	5	4,0
TV:n katselu	4	3,2
opiskelu	3	2,4
maalaaminen	2	1,6
tupakointi	2	1,6
puutarha	1	0,8
tanssiminen	1	0,8
yhdistystoiminta	1	0,8
kirjoittaminen	1	0,8
vammaisen omaisen hoitam.	1	0,8
teatteri	1	0,8
puiden pilkkominen.	1	0,8
kauppojen tarjoukset	1	0,8
autoilu	1	0,8
yhteensä	124	100,0

Mielenterveysongelmaiset näyttävän harrastavan samoja asioita kuin suomalaiset yleensä: liikuntaa ja lukemista. Suomalaisten elinolokartoituksen mukaan vuonna 1994 suomalaisten yleisimmät vapaa-ajan harrastukset olivat liikunta ja lukeminen (Elinolot 1994, 77-78). Television katsomista ei yleensä kyselyissä mielletä harrastukseksi, vaikka siihen käytettiin suurin osa vapaa-ajasta. Tässä ryhmässäkin vain neljä ilmoitti harrastukseksi television seuraamisen.

Ostoksilla käymisen harrastuksenaan mainitsi vain yksi vastaaja. Kuitenkin kaupoissa ja marketeissa kuljeskelusta ja 'shoppailusta' on tullut keskeinen kulutusyhteiskunnan vapaa-ajan aktiviteetti. Cahillin (1994) mukaan ostoksilla käynti on muuttunut välttämättömyystavaroiden hankinnasta hauskaksi ajanvietteeksi, joka merkitsee esim. kotona oleville naisille mahdollisuutta päästä kotielämän yksitoikkoisuudesta ja yksinäisyydestä ulkomaailmaan.

5.6. Sosiaalisten suhteiden, vaikuttamismahdollisuuksien ja itsearvostuksen puutetekijöiden yhteisvaihtelu

Faktorianalyysi on tekniikka, jonka avulla monessa muuttujassa ilmenevä vaihtelu voidaan tiivistää muutamassa teoreettisessa faktorissa tapahtuvaan vaihteluun. Faktorianalyysi antaa yleiskuvan siitä, millä muuttujilla on yhteisvaihtelua.

Analyysin tulokset esitetään ns. faktorilatausten muodossa. Lataukset vaihtelevat -1:n ja 1:n välillä. Muuttujien lataus kullakin faktorilla ilmaisee, kuinka paljon ko. muuttujan vaihtelusta faktori selittää. Faktorilataukset ovat eräänlaisia korrelaatioita faktoreiden ja havaittujen muuttujien välillä. Kahden tai useamman muuttujan latautuminen samalla faktorilla viittaa siihen, että faktori edustaa havaittujen muuttujien ilmiöalueeseen liittyvää ylemmällä käsitteellisellä tasolla olevaa ulottuvuutta. (ks. esim. Sänkiaho 1994,11-20 ja Alkula & Pöntinen & Ylöstalo 1994, 267-275)).

Faktorianalyysin avulla testattiin, onko tutkimusryhmän sosiaalisia suhteita, itsearvostusta ja vaikutusmahdollisuuksia mittaavilla muuttujilla yhteisvaihtelua. Faktorianalyysiin valittiin yksitoista sosiaalisia suhteita, uskoa vaikutusmahdollisuuksiin ja oman arvon tunnetta kuvaavaa muuttujaa, joiden pienet arvot kuvaavat runsautta ja tyytyväisyyttä ja suuret arvot puolestaan puutetta ja tyytymättömyyttä. LIITE 3.

Taulukko 11. Sosiaalisten suhteiden, vaikutusmahdollisuuksien ja itsearvostuksen puutetekijöiden faktorianalyysin varimax-ratkaisulla tuottamat faktorit ja faktorilataukset.

	Faktori 1	Faktori 2	Faktori 3	Faktori 4
tapaa omaisia	-,17276	,15080	,12577	,84562
tyytyv. ihmissuht. omaisten kanssa	,49180	-,04828	-,01254	,64956
tapaa ystäviä	,44204	-,00020	,67385	-,02233
tyytyväisyys ystävyysuht.	,69742	,14997	,23685	,05250
harrastusten määrä	-,01786	,12936	,87384	,12870
tasa-arvoisuuden tunne	,65560	,38723	,02535	-,04496
hyödyllisyyden tunne	,29323	,61502	,03273	,19688
arvokkuuden tunne	,33732	,63305	,16415	,04014
korvaamattomuuden tunne	-,06578	,82896	,01572	-,02526
vaikuttamismahd. omaan elämään	,60161	,17246	,04163	,11658
vaikuttamismahd. yhteiskunn. asioihin	,65548	,00324	,06830	-,04948

Faktorianalyysin teknisen toteutuksen jälkeen seuraava vaihe on saatujen faktoreiden tulkinta. Tulkinassa huomioitiin yli 0,50 olevat lataukset. Faktorinanalyysi näytti tiivistävän muuttujia siten, että syntyi neljä faktoria, joiden takana olevat perusulottuvuudet nimettiin korkeiden latausten perusteella seuraavasti:

1. Sosiaalinen ankkuroituminen

Ensimmäisellä faktorilla latautuvat muuttujat, jotka kuvaavat arviota omista vaikutusmahdollisuuksista, tasa-arvoisuudesta sekä tyytyväisyyttä ystävyys-suhteisiin.

2. Itsearvostus

Oman itseisarvon kokemista edustava faktori erottui omaksi hyvinvointipuuteulottuvuudekseen.

3. Passiivisuus ja vetäytyminen

Tämän faktorin korkeat lataukset osoittavat, että harrastusten puute ja vähäiset ystävyyskontaktit esiintyvät yhtä aikaa.

4. Suhteet omaisiin

Viimeisen faktorilla latautuivat omaissuhteita kuvaavat muuttujat.

Näiden neljän faktorin perusteella saatuja faktoripistemääriä verrattiin keskiarvotestillä kahden taustamuuttujan suhteen, joiksi valittiin sukupuoli ja oma terveydenkokemus. **Sukupuoli** näyttää testin mukaan vaikuttavan siten, että faktoria 1 (sosiaalinen ankkuroituminen) lukuunottamatta kaikkien muiden faktoreiden pistemäärät ovat miehillä suuremmat. Eli miehet ovat passiivisempia, vieraantuneempia omaisistaan ja heidän itsearvostuksensa on vähäisempi kuin naisilla. Faktorin 1 (sosiaalinen ankkuroituminen) pistemäärien kohdalla ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,030$), mutta suunta oli päinvastainen; miehillä ankkuroitumisen kokemus on vahvempi kuin naisilla.

Kun taustamuuttujana käytettiin omaa **kokemusta terveydentilasta**, saatiin tulokseksi kaikilla faktoreilla samansuuntainen tulos: niillä, jotka tunsivat itsensä terveiksi, oli vahvempi sosiaalinen ankkuroituminen, vahvempi tunne omasta arvosta, he olivat aktiivisempia ja heillä oli kiinteämmät suhteet omaisiin kuin sairaksi itsensä tuntevilla. Faktorin 1 kohdalla ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,006$).

5.7. Avohoitopalvelujen käyttö ja tyytyväisyys palveluihin

Psykiatrisen kuntoutuksen tulisi perustua yhteistyössä potilaan, omaisten ja palvelukonaisuuteen osallistuvien kanssa laadittuun yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelman laatu ja laajuus vaihtelee varmasti paljon. Kun tutkittavilta kysyttiin, onko heille laadittu kuntoutussuunnitelma, vain 42 % vastasi myöntävästi.

Muutamista keskeisistä mielenterveys- ja terveydenhoitopalveluista kysyttiin, miten usein vastaajat käyttivät kutakin palvelua.

Taulukko 12. Eräiden avohoitopalvelujen käytön frekvenssijakaumat (%).

	päivittäin	väh. 1 kerran vk:ssa	2-3 kertaa kk:ssa	n. 1 kerta kk:ssa	2-4 krt puol. v:ssa	1 kerta puol. v:ssa	harvemmin	ei lainkaan	YHT. %
mielenterv.toimisto		11	32	24	10	3	6	13	100
päivätoimintakeskus	3	6	2	2	3		1	83	100
ryhmä- tai perheterap.		2	3		2	1		92	100
suojaytyö	3	2	1					94	100
kotipainott. kuntoutus	14	6	2	3	3	1	3	68	100
kotisairaanhoido		2	2	2	1	2	7	84	100
terveyskesk.vast.otto		1	7	10	23	17	36	7	100

Lähes kaikki vastaajat käyttivät mielenterveystoimiston palveluja, mutta vain pieni vähemmistö intensiivisempää hoitoa tai kuntoutusta. Terapiaan ja hoidolliseen suojaytyötoimintaan osallistuvat hyvin harvat. Monissa kunnissa on laman seurauksena vähennetty tai lopetettu päivätoimintaa ja sosiaalista työtoimintaa. Kyselyssä ei kysytty eikä siten saatu tietoa siitä, miten moni olisi halukas käymään suojaytyössä tai päiväkeskuksessa, jos tällaista toimintaa olisi tarjolla.

Seuraavassa tarkastellaan erikseen mielenterveystoimiston, terveyskeskuksen ja kunnan sosiaalitoimen palvelujen käyttöä, potilaiden arviota mielipiteitä palvelujen riittävydestä sekä tyytyväisyyttä palveluihin.

Mielenterveystoimiston palvelut

Mielenterveystoimiston vastaanottokäynnit ovat useimmille merkittävin avohoitopalvelu. Vastaanotolla käy 87 tutkittavista. Tyytyväisiä mielenterveystoimistossa saamaansa hoitoon on 89 % ja 91% ilmoittaa, että vastaanottoaikoja on ollut riittävästi tarjolla. Naisista tyytyväisiä oli 97 % ja miehistä 82 % ja sukupuolten välinen ero on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,007$). Ikäryhmissä tyytyväisimpiä olivat alle 30-vuotiaat ($n=9$) ja yli 59-vuotiaat ($n=10$), joista tyytyväisiä oli täydet 100 %. Pienin tyytyväisyysprosentti oli ikäryhmässä 30-39-vuotiaat (75 %).

Avovastauksessa oli mahdollisuus kertoa hyvistä ja huonoista kokemuksista mielenterveystoimiston palveluissa. Huonoina puolina mainittiin mm. että lääkäri käy liian harvoin ja että aukioloaika on liian lyhyt. Myös kiire tuntuu häiritsevältä. Nuorille haluttaisiin enemmän toimintaa. Eräs tutkittava sanoo olevansa tyytymätön ja asettaa mielenterveystoimistolle haastavan tehtävän: "pitäisi saada yksinäisyyteen apua ja elämän yksitoikkoisuuteen".

Hyvinä puolina mainitaan, että toimistoon voi tulla vaikka ei ole etukäteen varattua aikaa. Useat vastaajat kokevat saavansa ystävällisyyttä, tukea ja apua tarvitessaan. Moniin vastauksiin sisältyy ajatus, että mielenterveystoimisto on paikka jossa voi puhua ja jossa joku kuuntelee: "Ainoa ulkopuolinen elämän kontakti" ja "siellä voip käydä huoliensa purkamassa". Vastauksissa annetaan tunnustusta työntekijöille ja heidän työlleen: "on syvennytty asioihin", ja "hoitajilla on mielenterveyttä sielussaan". Miesvastaaja toteaa, että hän on tyytyväinen kun "saa olla potilas", mutta lisää vähän arvoitukseksi, että "hoitajalla on eri suuntainen ajatusmaailma".

Kunnan sosiaalitoimen palvelut

Kunnan sosiaalitoimen palveluista kodinhoitoapua ilmoitti käyttävänsä 36 %, sosiaalityöntekijän ohjausta ja neuvontaa käytti 21 % ja uskotun miehen palveluja 24 %. Riittäviksi arvioi sosiaalitoimen palvelut 85 % ja tyytyväisiä näihin palveluihin oli 89 %. Tyytyväisyydessä ei ollut eroa sukupuolten välillä.

Omin sanoin kerrotuissa vastauksissa jotkut valittivat kodinhoitopalvelujen vähäisyyttä, yksi vastaaja puolestaan ilmoitti että "kodinhoitaja käy joskus liikaa". Yksi vastaaja oli tyytymätön siihen, että sosiaalitoimi ei myöntänyt toimeentulotukea. "Jonotus on kauheata", vastasi yksi ja toinen totesi, että "en ole tyytyväinen mihinkään".

Terveyskeskuspalvelut

Terveyskeskuspalveluja piti riittävinä 93 %. Tyytyväisiä palveluihin oli 88 %. Sukupuolten välillä ei ollut eroa. Ikäryhmistä tyytyväisimpiä olivat 50-59-vuotiaat (n = 30, 100 %), ja vähiten tyytyväisiä 30-39-vuotiaat (n = 20, 85 %).

Tyytymättömyyden aiheita oli lääkäreiden vaihtuvuus, hammashoidon puuttuminen, ja keskusteluun riittämättömät vastaanottoajat. Yksi vastaaja mainitsee miinuksena ylimielisen suhtautumisen, mutta toteaa plussana, että "hoitoa olen saanut".

5.7.1. Tyytyväisyys avohoitopalveluihin

Palvelujen käyttöä kartoittavien kysymysten lopussa pyydettiin vastaajia kertomaan mitkä asiat avohoitopalveluissa tuottavat heille tyytyväisyyttä ja mitkä tyytymättömyyttä. Vastauksissa korostui tyytyväisyyttä tuottavina asioina hoitosuhteen pysyvyys, turvallisuus, ja ennen kaikkea se että saa puhua jollekulle ja että joku kuuntelee. Avohoitopalveluja pidettiin hyvinä, koska ne mahdollistivat kotona olemisen, vapauden; myös kotona saatavat palvelut todettiin hyviksi. Tyytymättömyyttä aiheutti erikoislääkärin vastaanottoaikojen vähäisyys ja lyhyys.

Tyytyväisyys ja toisaalta tyytymättömyys palveluihin näyttävät kasautuvan samoille potilaille. Lisäksi se korreloi elämän olosuhteisiin - asumiseen, taloudelliseen tilanteeseen ja työtilanteeseen koettuun tyytyväisyyteen. Tyytymättömyys kasautuu hyvin pienelle joukolle: kun kysyttiin tyytyväisyyttä terveyskeskuksen, mielenterveystoimiston ja sosiaalitoimiston palveluihin, vain 26 potilasta (21 %) ilmaisi tyytymättömyyttä. Tyytymättömiä kaikkiin kolmeen palveluun oli vain kaksi, kahteen palveluun viisi ja yhteen palveluun 19. Tyytymättömistä naisia oli 10 ja miehiä 16.

Kun katsottiin näiden samojen 26 potilaan tyytyväisyyttä asumiseen, taloudelliseen tilanteeseen ja työtilanteeseen eli elämän olosuhteisiin, heistä jokainen vastasi olevansa tyytymätön ainakin yhteen olosuhteeseen, 11 oli tyytymättömiä kahteen olosuhteeseen ja kaksi kaikkiin kolmeen. Eli tyytymättömyys elinolosuhteisiin ja palveluihin näyttää esiintyvän yhtäaikaan. Toisaalta ne 53 potilasta, jotka olivat tyytyväisiä sekä asumiseen, taloudelliseen tilanteeseen että työtilanteeseensa, olivat tyytyväisiä myös palveluihin. Tyytymättömyyttä ilmaisi vain seitsemän; yksi potilas oli tyytymätön kahteen palveluun ja yhteen palveluun tyytymättömiä oli kuusi.

Vastausten valossa näyttää siltä, että potilaat ovat varsin tyytyväisiä saamiensa avohoitopalveluiden määrään ja laatuun. Tuloksia varmasti jonkin verran vinouttaa, se että kysymyksiin vastattiin palvelun antajan luona ja 84 %:ssa tapauksista vielä työntekijän haastattelemana. Kun verrattiin haastatteleamalla saatuja vastauksia ja itsenäisesti täytettyjä vastauksia tyytyväisyysmuuttujien osalta, olivat tyytyväisten suhteelliset osuudet vähän pienempiä niissä vastauksissa, jotka potilas oli täyttänyt itse. Tilastollisesti merkitsevä ero oli kuitenkin vain tyytyväisyydessä terveyskeskuspalveluihin ($p=0,0373$). Haastatelluista tyytyväisiä oli 93 %, mutta itsenäisesti täyttäneillä 78 %. Sairaanhoidopiirien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Salmela (1996) näkee tyytyväisyys-käsitteen käytön ongelmallisena julkisen sektorin asiakaskyselyissä. Käsitettä käytetään laajasti, mutta sitä on vaikea määrittellä ja usein se jätetäänkin kokonaan määrittelemättä. Salmelan mukaan 'tyytyväisyys' ei missään tapauksessa ole neutraali, vaan sosiaalinen käsite. Tyytyväisyys vaihtelee yksilön tilanteesta riippuen, joten arviointi sisältää informaatiota, joka kohteen sijasta liittyy arvioijan omaan käsitysjärjestelmään. Salmelan mukaan taas yhteisön tasolla tyytyväisyyttä joissakin tilanteissa saatetaan pitää peräti kansalaisnormina (emt, 33).

Tyytyväisten osuus eri tutkimuksissa on säännönmukaisesti korkea, noin 80 %. Tämä säännönmukaisuus vie pohjaa tulosten uskottavuudelta. Terveystieteiden tutkimusten potilaskyselyjen psykososiaalisiin lainalaisuuksiin kuuluu lisäksi se, että sama henkilö esiintyy kuluttajan tai potilaan roolissa riippuen siitä, missä ja kenen toimesta kysymykset esitetään. Potilasroolissa henkilö sisäistää auktoriteeteille alisteisen suhtautumistavan; kuluttajana ja etäällä hoitojärjestelmästä hän saattaa kritisoida voimakkaasti terveydenhuoltojärjestelmää ja lääkäreitä (Salmela 1997, 188-189).

5.7.2. Lääkkeiden käyttö ja tiedon saanti

Skitsofrenian hoidossa lääkehoito on merkittävä hoitomuoto (Tuori 1994, 117). Mielenterveysongelmaisten avohoidossa selviytyminen perustuu paljolti lääkkeisiin, mutta lääkkeisiin liittyy myös ongelmia; lääkkeiden käytössä oli ongelmia 34 %:lla vastaajista. Sukupuolten välillä eroa oli alle 50-vuotiaiden ryhmässä vähän, mutta 50 täyttäneiden ryhmässä eroa oli enemmän: lääkeongelmia oli 37 %:lla naisista ja 25 %:lla miehistä.

Ongelmana mainittiin lääkkeiden sivuvaikutukset: pahoinvointi, väsymys, suun kuivuminen, turvotus, lihominen, riippuvuus lääkkeistä. "Pitävät vähän niinkuin jumissa", kuvaillee yksi vastaaja. Lääkityksen annostelussa oli joillakin vaikeuksia; lääkkeitä joko loppuivat ennen aikojaan tai sitten niiden ottaminen unohtui. Myös lääkkeiden tarpeen ja määrän jotkut vastaajista kyseenalaistivat; lääkitystä pidettiin turhana tai sen määrää liiallisena.

Tiedon saanti omasta sairaudesta näyttää olevan ongelmallinen lähes kolmannekselle tutkittavista. Tutkittavista 71 % pitää tiedon saantia omasta sairaudestaan riittävänä ja 29 % riittämättömänä. Huomionarvoista on se, että tyytymättömien osuus on tämän kysymyksen kohdalla suurempi kuin muissa tyytymättömyyttä mittaavissa kysymyksissä.

Monissa tutkimuksissa on todettu potilaan ja hoitojärjestelmän välillä oleva viestinnän kuilu. Leyn ja Spelmanin (1967) tutkimuksen mukaan potilaat eivät ymmärrä lääkäreiden käyttämiä käsitteitä ja he unohtavat huomattavan osan lääkäreiden heille antamasta informaatiosta. Syitä kommunikaatiovaikeuksiin on haettu myös lääkäreiden viestintätottumuksista, potilaan ja lääkärin yhteiskunnallisen aseman epäsymmetriasta sekä yhteiskunnan kulttuurisista ja historiallisista kehityspiirteistä. Potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen epäsymmetrisyys ilmenee myös näkökulmien erilaisuutena: potilaan kohteena on oman sairauden kokemus, kun taas lääkärin kohteena on potilas (Engeström 1992, 54-66).

Bourdieu (1985, 113) väittää, että kaikki kielellinen kommunikaatio muodostaa mikrotilanteita, joita hallitsevat globaalit rakenteet. Kielen markkinoilla toimii ylempänä ja alempana sosiaalisessa hierarkiassa sijaitsevia, erilaisella kielellisellä pääomalla varustettuja osanottajia. Tietyillä tuottajilla ja tuotteilla on etuoikeutettu asema, joten kaikki puheen tuottajat eivät ole tasa-arvoisia. Kysymys ei ole vain siitä, kuka hallitsee kielen, vaan myös siitä kenellä on oikeus puhua - se "riippuu objektiivisesti heidän sukupuolestaan, iästään, uskonnostaan, taloudellisesta ja sosiaalisesta asemastaan" (emt., 101). Jos potilaan ja lääkärin - ja myös muun ammattiauttajan - kommunikaatiotilannetta tarkastellaan Bourdieun teorian valossa, markkinoilla näyttävät kilpailevan maallikon ja ammattilaisen tuotteet, joiden tuottajien sosiaaliset statukset lisäksi ovat epäsymmetrisiä. Kilpailutilanteessa ammattilaisen puheella on väistämättä suurempi paino, mutta osalle lääkärinkuntaa näyttäisi silti olevan optimitilanne mahdollisimman niukka puhuminen potilaan kanssa (esim. Salmela 1997). Salmela (emt.) väittää, että lääkärin tärkein työkalu ja usein myös paras lääke on puhe, minkä vuoksi lääkärin tulisi paneutuvan kuuntelemisen lisäksi myös puhua runsaasti potilaalle.

Vuoden 1993 maaliskuussa tuli voimaan *laki potilaan oikeuksista (785/92)*. Lain säätämisen lähtökohta oli, että potilas olisi oman hoitonsa subjekti, aktiivinen osallistuja (Pahlman 1996). Keskeinen säännös laissa on potilaan tiedonsaantioikeus. Potilaalla on oikeus saada ymmärrettävä selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista.

Pahlmanin ym. (1996) tekemässä kyselyssä selvitettiin potilaiden kokemuksia tiedonsaannista vuonna 1995, jolloin laki potilaan oikeuksista oli ollut voimassa kaksi vuotta. Tulosten mukaan potilailla oli yhä ongelmia saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja hoitovaihtoehdoista, vaikka tiedonsaantiin kiinnitetäänkin enemmän huomiota kuin ennen. Selvityksen perusteella näytti siltä, että autoritääristä vanhaa hoitokulttuuria on vielä jäljellä, mikä johtaa siihen, että osa potilaista ei edes rohkene kysyä hoitoonsa tai sairauteensa liittyvistä seikoista. Selvityksen tekijät kysyvät, mikä sitten on riittävä ja asianmukainen määrä tietoa. He vastaavat, että tiedon määrän ja esittämistavan pitäisi aina lähteä potilaan tilanteesta ja hänen tarpeistaan; kussakin yksittäistapauksessa potilaan henkilökohtainen tiedontarve on ratkaiseva (Pahlman ym. 1996).

5.8. Potilaiden kokemat oireet

Potilaiden kokemia psyykkisiä ja somaattisia oireita kartoitettiin 90-kohtaisen *Hopkins Symptom Shecklist 90* avulla (Lipman, 1986, 232-248). Oireet otettiin mukaan taustamuuttujina, joilla oletettiin olevan yhteyttä potilaan selviytymiseen.

Oireluettelon yhdeksäänkymmeneen kysymykseen annettujen vastausten perusteella laskettiin yhdeksän summamuuttujaa, jotka mittaavat potilaan psyykkistä tilaa: somatisaatio (1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58,); pakko-oireilu (3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65); ihmissuhdeherkkyys (6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73); depressio (5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79); ahdistuneisuus (2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86); vihamielisyys (11, 24, 63, 67, 74, 81); pelko (13, 25, 47, 50, 70, 75, 82); epäluuloisuus (8, 18, 43, 68, 76, 83); psykoottisuus (7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90) (Lipman, 1986).

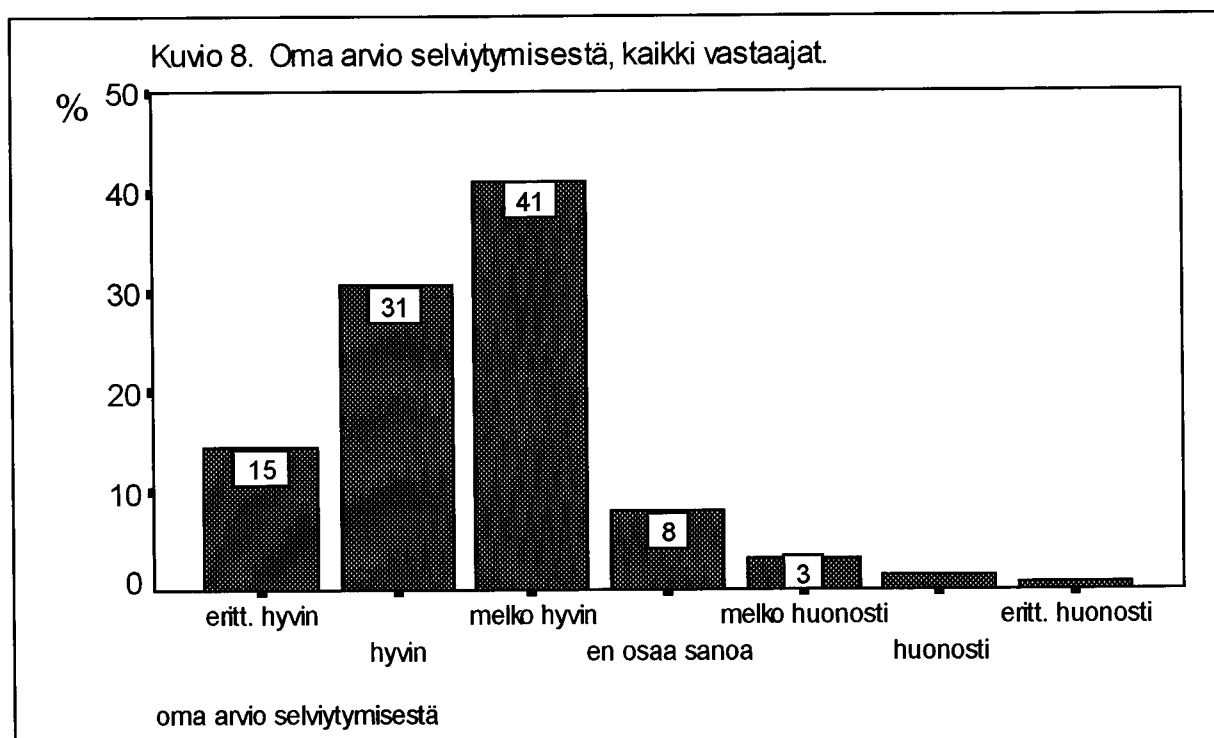
Jos vertaillaan eri oireyhtymien yleisyyttä tutkimusryhmässä, vastaus 'ei lainkaan' annettiin useimmin oireyhtymän vihamielisyys kohdalla (n=35, 30 %) ja vastaavasti harvimmin oireyhtymän depressio kohdalla (n=5, 5 %).

5.9. Selviytyminen avohoidossa

Potilaiden oma käsitys selviytymisestään on hyvä: joko erittäin hyvin, hyvin tai melko hyvin selviytyy 107 potilasta (87 %). Kymmenen (8 %) ei osaa arvioida selviytymistään ja vain 7 vastaajaa (6 %) arvioi selviytymisensä joko melko huonoksi, huonoksi tai erittäin huonoksi. Huonosti selviytyvien ryhmässä vanhempien naisten suhteellinen osuus oli suurin (11 %).

Taulukko 13. Potilaiden oma arvio selviytymisestään.

	eritt. hyvin	hyvin	melko hyvin	en osaa sanoa	melko huonosti	huonosti	eritt. huonosti	Yht. n
naiset alle 50v.	5 14,3	13 37,1	12 34,3	4 11,4	1 2,9			35
miehet, alle 50v.	8 17,4	12 26,1	20 43,4	3 6,5	1 2,2	2 4,3		46
naiset 50 v. täytt.	4 14,8	8 29,6	10 37,0	2 7,4	2 7,4		1 3,7	27
miehet 50 v. täytt.	1 6,3	5 31,3	9 56,3	1 6,3				16



Somaattisten ja psyykkisten oireiden lisääntyessä ja voimistuessa potilaiden kokemus omasta selviytymisestään muuttuu huonommaksi. Voimakkain näyttää korrelaatio olevan depressiivisten oireiden ja selviytymisen välillä ($r = 0,62$), sitten ahdistuneisuuden ($r = 0,50$), pelon ($r = 0,48$) ja pakko-oireilun ($r = 0,46$) ja selviytymisen välillä.

Erot sukupuolen mukaan jaoteltujen ikäryhmien välillä eivät olleet merkitseviä. Kunta-muodolla ei myöskään ollut vaikutusta ja tulokset eri sairaanhoitopiirien kesken olivat samanlaiset.

Selviytymistä vaikeuttavia asioita ovat huono taloudellinen tilanne, yksinäisyys, arkipäivän askareista selviytyminen ja tekemisen puute.

Taulukko 14. Suurimmat ongelmat selviytymisen kannalta.

Ongelma	Frekvenssi	%
Taloudellinen niukkuus	44	36
Yksinäisyys	35	29
Arkipäivän askar. selviyt.	24	20
Vähäiset harrastukset	23	19
Työn puuttuminen	22	18
Muiden kielteiset asenteet	16	13
Asianmuk. hoidon puute	6	5

Kyselylomakkeessa esitetyn luettelon mukaan annetuissa vastauksissa eniten mainintoja on saanut huono taloudellinen tilanne. Jos harrastusten vähäisyys ja työn puuttuminen yhdistetään summamuuttujaksi, joka kuvaa tekemisen puutetta, silloin tämä muuttuja nousee tärkeimmäksi ongelmaksi: mainintoja yhteensä 45 kertaa. Joka tapauksessa tämän kohdan vastausten perusteella keskeisiä selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ovat taloudellinen niukkuus, yksinäisyys ja tekemisen puuttuminen.

Parhaimpana tukena ja apuna avohoidossa selviytymiselle ovat omaiset, lääkkeet, mielen-terveystoimistokäynnit ja ystävät. Seuraavassa taulukossa on esitetty vastaajien nimeämät selviytymistä edistävät tekijät esiintymisen lukumäärän mukaan järjestettynä.

Taulukko 15. Kolme tärkeintä tekijää avohoidossa selviytymisen kannalta (n).

	tärkein	2. tärkein	3. tärkein	Mainintoja yhteensä
Omaiset	54	22	11	87
Lääkkeet	14	37	23	74
Yksilöllinen avohoitokontakti	16	17	17	50
Ystävät	13	18	18	49
Tuettu asuminen	12	4	5	21
Harrastukset	4	6	15	25
Työ	3	3	4	10
Tukihenkilö	1	5	5	11
Potilastoverit	1	3	4	8
Muu avohoito	1	3	5	9
Yhdistystoiminta	-	-	1	1
Jokin muu	4	-	4	8

Tulos on samansuuntainen kuin Mielenterveyden keskusliiton kyselyssä, jonka mukaan potilaat näkivät, että parhaimpana tukena sairaalan ulkopuolella heille olivat olleet ystävät, lääkkeet ja omaiset. Poikkeavaa tässä aineistossa on se, että yksilöllinen avohoitokontakti koetaan myös erittäin merkittävänä tuen antajana. Omaisten tuella näyttää olevan suuri merkitys: 44 % piti sitä tärkeimpänä ja 70 % mainitsi sen kolmen tärkeimmän joukossa.

Selviytymistä edistävien tukitoimien ja palvelujen nimeäminen osoittautui vastaajille vaikeaksi. Kysymys oli avoin, ilman annettuja vaihtoehtoja. Parannusehdotuksia teki alle puolet tutkittavista. Yhden parannusehdotuksen esitti 45 %, kaksi ehdotusta 18 % ja kolme ehdotusta vain 5 % vastanneista. Vastausten luokittelu osoittautui myös ongelmalliseksi; niin monenlaisia ja monentasoisia ehdotukset olivat.

Seuraavassa on luokiteltuna vastausten jakaumat. Taulukko on ongelmallinen, koska tärkeimmän parannusehdotuksen luokkaan 'Jokin muu' on jäänyt 17 vastausta. Tässä luokassa oli yksittäisiä ehdotuksia kuten kuntoutusloma, jokin kurssi, kissa, koira, parempi hoito jne..

Taulukko 16. Mikä parantaisi selviytymistä: kolme tärkeintä parannusta.

	tärkein parannus		2. tärkein parannus		3. tärkein parannus		mainintoja yhteensä
	n	%	n	%	n	%	
ei vastausta	68	54,8	101	81,5	118	95,2	180
jokin muu	17	13,7	5	4,0			22
ihmissuhteita	9	7,3	2	1,6	3	2,4	14
harrastukset ja tekem.	8	6,5	3	2,4	1	0,8	12
suojatyö	4	3,2	5	4,0			9
parempi asunto	6	4,8	2	1,6			8
kodinhoitoapu	4	3,2	3	2,4	1	0,8	8
taloudellinen tuki	4	3,2	2	1,6	1	0,8	7
kulkuyhteydet	4	3,2	1	0,8			5
yhteensä	124	100	124	100	124	100	265

Vastaajat siis toivovat tavallista sisältörikasta arkea: tekemistä (esim. "jonkinlainen toiminta, tekeminen, työ") ja ihmissuhteita (esim. "mahdollisuus tavata muita ihmisiä", "ystävää"). Taloudellinen niukkuus vaikeuttaa matkustamista ja harrastamista; yksi vastaaja kirjoittaa, että "matkoihin, retkiin ja harrastuksiin osallistumiseen toivoisin enemmän mahdollisuuksia, mutta ne maksavat niin paljon, että ei ole mahdollista päästä kuin harvakseltaan".

Tärkeä tulos tämän kysymyksen kohdalla on kuitenkin se, että yleisin vastaus oli 'ei vastausta'. Potilaat joko eivät halua tai eivät osaa vastata. Onko niin, että mielenterveyspotilaan elämä on niin kapeutunutta ja näköalaton, että mieli ei pysty tuottamaan toiveita tai visioita paremmasta mahdollisesta elämästä?

6. YHTEENVETO: POTILAAT EIVÄT OLE HEITTEILLÄ

Tämän selvityksen otoksen perusteella Mikkelin läänissä avohoidossa olevat skitsofreniaa sairastavat psykiatriset potilaat ovat keski-ikäisiä (keski-ikä 46 v), useimmiten naimattomia (64 %) tai eronneita (14%), yhtä usein miehiä kuin naisia. Peruskoulutukseltaan he ovat kansakoulun tai peruskoulun käyneitä (yli 90 %) ja ammatillinen koulutus joko puuttuu (41 %) tai on kurssimuotoinen tai ammattikoulutasoinen (47 %). He ovat eläkkeellä (91 %) ja vain harvoin palkkatyössä (3%).

Tuloksista nähdään psykiatrisen hoitokäytännön muuttuminen. Sairaalajaksot ovat lyhyitä; tässä ryhmässä yli puolella koko elämänaikainen sairaalahoito oli kestänyt alle yhden vuoden. Tämä siitä huolimatta, että ensimmäisestä sairaalassa olosta on monen potilaan kohdalla kulunut hyvin pitkä aika (keskiarvo 18,5 vuotta). Vuonna 1992 tapahtuneen kotiuttamisen jälkeen kokonaan ilman sairaalahoitoa oli potilaista selviytynyt 42 %.

Palveluista potilaat käyttävät eniten mielenterveystoimiston palveluja (87 %). Sosiaalitoimen palveluista eniten käytetään kodinhoitoapua ja uskotun miehen palveluja. Mielenterveystoimiston palveluja lukuunottamatta kuntouttavien avopalvelujen käyttö on vähäistä: suojatyössä käy 6 %, päivätoimintakeskuksessa käy 17 % ja ryhmä- tai perheterapiaa saa 8 %. Kuntoutussuunnitelma on tehty vain 42 %:lle.

Käytettyjen palveluiden määrään ja laatuun ollaan tyytyväisiä. Mielenterveystoimiston ja sosiaalitoimen palveluiden kohdalla tyytyväisten osuus oli 89 %, terveyskeskuksen kohdalla 88 %.

Potilaat arvioivat selviytymisensä hyväksi: 86 % ilmoittaa selviytyvänsä joko erittäin hyvin, hyvin tai melko hyvin. Parhaana tukena selviytymisessä ovat omaiset, lääkkeet, yksilöllinen avohoitokontakti (yleensä mielenterveystoimiston omahoitaja) ja ystävät. Selviytymistä vaikeuttavat taloudellinen niukkuus, yksinäisyys ja tekemisen puuttuminen. Myös runsaat koetut somaattiset ja psyykkiset oireet heikentävät selviytymisen kokemusta.

Aineistosta nousee eri kysymysten yhteydessä (mikä parantaa/vaikeuttaa selviytymistä, mikä tuottaa tyytyväisyyttä/tyytymättömyyttä palveluissa, parannusehdotukset) esiin se tosiasia, että avohoitopotilaan arki on usein köyhää: aineellisesti ja muutenkin. Taloudel-

linen niukkuus rajoittaa harrastusmahdollisuuksia ja vaihtelun järjestämistä elämään ja työn ja tekemisen puuttuminen aiheuttaa toimetttömyyttä ja yksinäisyyttä. Yksi vastaaja kiteyttää mielestäni hyvin luultavasti monen muunkin potilaan elämäntilanteen: "Pitäisi saada apua yksinäisyyteen ja elämän yksitoikkoisuuteen".

Kuitenkin tämän selvityksen tulos on, että avohoitopotilaiden tilanne on Mikkelin läänissä hallinnassa; potilaat eivät ole paperikassin varassa, vailla peruspalveluja.

7. TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

7.1. Tutkimusryhmän edustavuus

Otokseen kuului 201 vuonna 1992 sairaalasta kotiutettua potilasta, joista kyselyyn vastasi 124. Potilaista oli 11 muuttanut läänin ulkopuolelle, 10 oli kuollut ja 56 kieltäytyi vastaamasta. Vastanneiden jakaumat kotikunnan, sairaanhoitopiirin ja vastaustavan (haastattelu/itsenäisesti täyttänyt) mukaan jaoteltuna on esitetty liitteenä. **LIITE 4.**

Niistä potilaista, jotka kieltäytyivät vastaamaan kyselyyn, poimittiin Moision sairaalassa potilasasiakirjoista seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, kotikunta, ensimmäisestä sairaalahoidosta kulunut aika, sairaalahoido yhteensä ennen kotiuttamista sekä kotiuttamisen jälkeinen sairaalahoido.

Näiden muuttujien suhteen katoryhmä erosi vastanneista hyvin vähän. Ryhmät poikkesivat toisistaan ainoastaan ensimmäisestä sairaalahoidosta kuluneen ajan suhteen. Katoryhmässä oli 20 % sellaisia potilaita, jotka olivat olleet 1. kerran sairaalahoidossa vuonna 1992. Vastanneiden ryhmässä oli 6 % tällaisia potilaita, joten kyselyyn vastanneilla oli takanaan pitempi sairastamishistoria.

7.2. Tutkimusmenetelmät

Mielenterveyspotilaita tutkittaessa on aineisto yleensä kerätty haastattelemalla ja tietoja on täydennetty potilasasiakirjatiedoilla. Postikyselyissä kato on ollut jopa 80 %.

Tutkimusta suunniteltaessa harkittiin potilaiden kotona tapahtuvaa haastattelua. Koska menetelmä olisi ollut kallis ja hidas, aineiston keräämisessä päädyttiin mielenterveystoimistossa tapahtuvaan kyselyyn. Kato jäi tässä tapauksessa pieneksi, mutta hoivapalvelun antaja esim. tyytyväisyyden kysyjänä saattaa vaikuttaa jonkin verran tuloksiin.

Sillä, että tässä tutkimuksessa valittiin tiedonkeruumenetelmäksi survey-tutkimus strukturoituine kyselylomakkeineen, on sekä hyvät että huonot puolensa. Tutkittavat vastaavat valmiiksi muotoiltuihin kysymyksiin ja he joutuvat valitsemaan vain yhden vastauksen valmiiksi annettujen vaihtoehtojen joukosta. Vaihtoehtoja on vähän ja usein ei välttämättä löydykään parhaiten omaan tilannetta ja ajattelua kuvaavaa vaihtoehtoa ja sen vuoksi tulos vääristyy. Alkula ym. (1994) väittää, että käytettäessä kyselytutkimusta kaikkein luotettavinta tietoa saadaan tosiasioista, kun sen sijaan käyttäytymistä koskeva tieto on jo epäluotettavampaa ja kaikkein epäluotettavimpia ovat asenteisiin ja mielipiteisiin liittyvät tiedot.

Jotkut haastattelijoina toimineet mielenterveystoimistojen työntekijät ilmaisivat, että heillä on osittain toisenlainen käsitys potilaiden tilanteesta. Heidän näkemyksensä mukaan joidenkin potilaiden tilanne oli huonompi kuin vastauksista voitaisiin päätellä. Tämä näkemys perustui joko hoitajien omaan arvioon ja tietoon potilaan olosuhteista tai siihen, että potilaan mielipiteet muulloin vastaanotolla samoja asioita käsiteltäessä ovat erilaisia.

Kysymys ei kuitenkaan liene niinkään tiedon luotettavuudesta tai 'oikeellisuudesta' kuin sosiaalisesta konstruktioista; siitä, että käsitykset, tieto ja esitykset konstruoidaan tietyssä tilanteessa. Kun tilanne, paikka tai aika muuttuvat, myös näkemykset ja käsitykset muuttuvat. Ihminen on eri asemassa, tilanteessa ja roolissa ollessaan sairaalaan sisäänkirjoitettuna potilaana kuin esim. potilaiden etuja ajavan järjestön jäsenenä, jolloin käsitykset ja näkemykset samasta konkreettisesta kysymyksestä voivat olla hyvinkin erilaiset.

Ihmiselämää on mahdoton puristaa numeroiksi tai dikotomisiksi kyllä/ei, paljon/vähän, tyytyväinen/tyytymätön vaihtoehtoiksi. Elämässä asiat lienevät kuitenkin useammin

sekä/että kuin joko/tai. Palvelut tuottavat sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä, asumisessa on sekä hyviä että huonoja puolia. Alasuutari (1994) kritisoi kyselytutkimusta ja toteaa, että jos halutaan saada selville merkitysrakenteita, sitä miten ihmiset hahmottavat ja jäsentävät erilaisia asioita, heidän pitää saada kertoa asioista omin sanoin, eikä niin, että he joutuvat valitsemaan valmiista vastausvaihtoehdoista.

Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen metodin mahdollisuuksista tavoittaa sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua Salmela (1997) toteaa, että jos kyselyn kieltä voi luonnehtia monologiksi, haastattelu on dialogia. Haastattelun voima on siinä, että puhe ja keskustelu asiakastyössä rakentaa osaltaan sosiaalista todellisuutta; parhaimmillaan menetelmän käyttöä luonnehtii oppiminen ja vuorovaikutus. Salmelan mukaan helpoimmin tavoitettua laadullista materiaalia ovat kyselyjen avovastaukset, joiden on usein todettu tuottavan paitsi enemmän informaatiota, myös kiinnostavampaa tietoa kuin itse kysely (Salmela 1997, 198).

Syvällisempää tietoa siitä, minkälaista on psykiatrisen avohoitopotilaan elämä, olisi saatu kvalitatiivisilla menetelmillä, syvä- ja teemahaastatteluilla, mielellään potilaan omassa arkipäivän elinympäristössä. Menetelmän työläyden vuoksi olisi voitu kuitenkin tutkia vain harvoja tapauksia, jolloin tulosten yleistettävyyks olisi ollut vähäisempi. Tässä selvityksessä 'elävämpää' tietoa ihmisten arjesta saatiin avovastauksista, vaikka niihin ei kovin paljon vastauksia tullutkaan.

8. MITEN PALVELUJA TULISI KEHITTÄÄ?

8.1. Onko kaikki sittenkään kunnossa?

Tyytyväisyyttä, selviytymistä ja parannusehdotuksia koskeviin kysymyksiin annetut vastaukset herättävät kysymyksiä: miksi haastateltavat ovat niin tyytyväisiä, miksi he arvioivat selviytymisensä niin hyväksi, miksi he eivät esitä parannusehdotuksia saati sitten vaatimuksia kun samaan aikaan esitetään voimakasta kritiikkiä psykiatrisen avohoidon kurjasta tilasta. Ovatko asiat todella niin hyvällä tolalla? Jos eivät ole, ovatko potilaat alistuneet ja sopeutuneet? Vai pelkäävätkö he mahdollisesti sairaalaan joutumista tai pitääkö sairauden negatiivinen leima heidät takahuoneissa? Vai onko vastaamattomuus seurausta asiantuntijakeskeisestä hoitokulttuurista, jossa potilas on sosiaalistunut hoidon objektiksi?

Onko tässä mahdollisesti kysymyksessä J.P. Roosin (1987) nimeämä elämän pakkorako? Kirjassaan *Suomalainen elämä* Roos puhuu sopeutumisesta ja alistumisesta elämäntapana. Elämänkertoja tutkiessaan hän on havainnut, että vaikeat olosuhteet voivat koulia ihmisen mukautumaan mihin tahansa olosuhteisiin, ottamaan elämän vastaan sellaisena kuin se tulee.

Monissa avoimissa vastauksissa mainittiin avopalvelujen hyvänä puolena se, että ne mahdollistavat kotona olemisen. Vaikka sairaalapaikkojen purkuintoa on kritisoitu ja väitetty, että potilaat eivät saa sairaalahoitoa sitä tarvitessaan ja halutessaan, näyttää avohoito kuitenkin olevan potilaille mieluisampi hoitomuoto. Jos potilas haluaa välttää sairaalahoitoon joutumista, se saattaa motivoida häntä olemaan 'hyvä potilas'.

Tyytyväisyyskyselyn problematiikkaa pohdittiin jo edellisessä luvussa ja todettiin, että kun tutkimuksissa yleensä kartoitetaan tyytyväisyyttä, enemmistö kertoo olevansa tyytyväisiä. Mitä yleisempiä kysymykset ovat, sen suurempi on tyytyväisten osuus - ihmiset ovat tyytyväisiä, että heillä ylipäätään on esim. asunto tai työ. Mutta kun kysymyksiä pilkotaan osatekijöihin, esim. asumisen tai työn osa-alueisiin, tyytymättömien osuus kasvaa. Tässä kyselyssä tyytyväisyyttä kartoittavat kysymykset olivat hyvin yleisiä ja toisaalta dikotomisilla kyllä - ei vaihtoehtoja.

Allardt (1976, 21) toteaa, että ihmiset eivät aina pysty ilmaisemaan toivomuksiaan ja preferenssejään ja että mitä vaikeammassa olosuhteissa ihmiset elävät, sitä vaikeampaa heidän on kuvitella, mitä toivoisivat. Kun tässä tapauksessa vastaajilla on vaikeana pidetty sairaus, johon helposti liitetään passiivinen ja avuton sairaan rooli, on todennäköistä, että heiltä ei kovin usein edes kysytä toivomuksia ja ehdotuksia oman elämänsä parantamiseksi. Tätä ajatusta vahvasti pitkään alalla ollut mielenterveysammattilainen, jolle ihmettelin paranusehdotusten vähäisyyttä. Hän totesi, että potilaat ovat varmasti tottumattomia tuottamaan ideoita oman tilanteensa helpottamiseksi. "Ei niiltä ole paljon kyselty", hän tiivisti näkemyksensä asiasta.

Tutkittavista suuri enemmistö ilmaisee, että asiat ovat kunnossa. Meillä on tapana vakuuttaa, että 'ihminen on oman elämänsä paras asiantuntija' tai että 'jokaisen pitäisi olla oman elämänsä subjekti'. Koskevatko nämä vakuuttelut kaikkia ihmisiä vai piilekö meillä yhteiskuntasuunnittelijoiden ja ammattihoivaajien mielissä hyväätarkoitettava epäily, että kaikilla ryhmillä ei olisikaan kompetenssia oman elämänsä asiantuntijoiksi, joten he tarvitsevat siihen 'asiantuntija-apua'? Riska (1992) väittää, että vaikka lääkäri on edelleen tautien

asiantuntija, potilas on kuitenkin paras asiantuntija silloin kun kysymys on sairaudesta subjektiivisena tilana.

Mielenterveyspotilaiden elämää on käydyssä keskustelussa luonnehdittu ankeaksi ja huonoksi. Millainen sitten olisi se hyvä elämä, jota heille toivoisimme ja kuka hyvän määrittelee. Ilmeisesti moni meistä kysyttäessä vastaisi, että hyvään elämään kuuluu sopuisa perhe, mielenkiintoinen työ, hyvä asunto, ystäviä, hauskaa ajanvietettä. Siihen kuuluu mahdollisuus kuluttaa tavaroita, palveluja ja elämyksiä. Me pidämme hyvänä aktiivista, vauhdikasta, kulutuskeskeistä elämää ja sellaisen elämän tavoittelemista normaalina. Ja emmekö helposti tuomitse omituisiksi, 'hulluiksi' ja epänormaaleiksi ne, jotka vaikkapa vapaaehtoisesti poikkeavat valtavirrasta ja sanoutuvat irti esim. kuluttamisen kansalaisnormista, jonka uskomme takaavan meille lisää hyvää: taloudellista kasvua, parempaa elintasoa, enemmän tavaroita. Ja eikö siten asiaan kuulu - ainakin puheen tasolla - olla huolissaan niistä, joilla sairauden, työttömyyden tai muun häiriön vuoksi ei ole kykyä tai resursseja normaaliksi määrittelemäämme hyvään elämään?

Foucault (1980) pitää normalisointia yhtenä kurinpitoyhteiskunnan saavutuksena, jonka kanssa käsi kädessä ovat kehittyneet mm. ihmistieteet. Foucaultin mukaan "normien kontrollointia koskeva harkittu tekniikka on kehittynyt aina meidän päiviimme saakka" (emt., 336) ja mukana siinä ovat olleet niin lääketiede, psykiatria kuin "samanaikaisesti apua antavat ja valvontaa suorittavat toimistot" (emt., 338). Varsinaisten pakkolaitosten lisäksi normaalisuustuomareiden verkosto ulottuu kaikkialle; "elämme opettaja-tuomarin, lääkäri-tuomarin, kasvattaja-tuomarin ja sosiaalivirkailija-tuomarin yhteiskunnassa" (emt., 345-346). Foucault viittaa yhteiskunnan pakkolaitosjärjestelyihin, "jotka kyllä näennäisesti ovat täysin erillään vankilasta, koska niiden tehtävänä on hädän lievittäminen sekä heidän parantamisensa ja auttamisensa - mutta jotka kaikki pyrkivät sen tavoin harjoittamaan normalisoivaa valtaa." (Emt., 350).

Kirjassa *Lääkintäetiikka* Achté ym. (1982) varoittavat, että normaalius ja epänormaalius ovat kovin subjektiivisia ja kulttuurisidonnaisia käsitteitä ja että 'lopullista' normaaliuden kriteeriä ei ole pystytty kehittämään. Siten he suosittavat noudattamaan normaaliuden ja poikkeavuuden tulkinnassa varovaisuutta. Terveystieteiden ja sosiaalitoimien koulutusasiakas joutuneen usein 'normalisoivan katseen' kohteeksi. Tätä taitoa Arnkil ja Eriksson (1996, 220) väittävät harjaannutettavan jo sosiaalityön oppikirjoissa, joissa kerrotaan normaalista ja poikkeavasta vaikka niitä ei nimeltä mainittaisikaan. Kirjoittajat tähdentävät, että on kuitenkin eri asia normalisoida 'sokkona', huomaamattaan, kuin tietoisesti - sen oikeutusta ja omia normaaliuden käsityksiään pohtien (emt., 222).

Salon (1996) mukaan hoidossa voidaan pyrkiä joko siihen osallistuvien normalisointiin tai erilaisuuden vahvistamiseen yhteiseksi voimavaraksi. Hänen käsityksensä on, että koko psykiatrisen järjestelmän uudistuksen ydin on solidaarisuus, johon kuuluu erilaisuuden hyväksyminen, jokaisen yksilön arvon tunnustaminen ja vahvistaminen vuorovaikutustilanteissa sekä kokonaisuudesta huolehtiminen erityisetujen kustannuksella. Salon mukaan moderni yhteiskunta on purkanut yhteisölliset rakenteet ja toimittanut ennen kyläyhteisöilleen iloa tuottaneet 'kylähullut' mielisairaaloihin, esineiksi laitoksiin ja mielenterveyspalveluiden kuluttajiksi. Solidaarisuuden puutteeseen yhteiskunta tarjoaa omia lääkkeitään, kuten monimuotoista ammattiauttamista ja palvelujärjestelmää, jonka huomattavien taloudellisten, inhimillisten ja fyysisten voimavarojen tehokas ja arvotietoinen käyttäminen kuitenkin on vaikeaa hyvinvointivaltion asettamissa jäykissä rakenteissa (emt., 313, 318).

8.2. Profiisit potilaan asialla - ja omallaan

Valitukseen avohoidon huonosta tilasta ovat osallistuneet näkyvästi myös psykiatrian ja hoivan ammattilaiset. He ovat vaatineet avohoitoon lisää resursseja ja samaan aikaan on vaadittu sairaalapaikkojen purkamisen pysäyttämistä ja jopa uudelleen perustamista.

Arnkil ja Erikson (1996) lainaavat Abbottin kultamaiden valtauksen metaforaa kuvatessaan profiisoiden taistelua asiakkaista. Eri profiisit ovat kaiken aikaa varmistelemassa asemaansa - pyrkivät valtaamaan sellaisia asiakasryhmiä, joilla on nostetta ja luopuvat sellaisista, jotka eivät ole intressien mukaisia.

"Profiisoiden 'valtataistelut' pitävät huolen siitä, että psykososiaalisten ammattien tehtäväjako tulee tehdyksi tarkemmin ja ajankohtaisemmin kuin suunnitteluasiakirjoissa, säännöksissä tms. konsanaan niitä pystytään jakamaan. (Eri asia on vastaako jako - ja millä tavoin - asiakkaiden tarpeita. Tarpeet ovat aina tulkittuja tarpeita; siis jonkun joistakin intresseistä tulkitsemia. Tulkinnat asiakkaiden tarpeista ovat näin ollen valtataistelun "aseita".)" (Arnkil & Erikson 1996, 196).

Avohoidon resurssoinnissa on puutteita ja työntekijöiden ammattietiikkaan kuuluu tehdä epäkohdat näkyviksi ja puolustaa potilaiden oikeutta hyvään hoitoon. Kuitenkin profiisoiden tulkinnoissa asiakkaiden tarpeista lienee osittain myös kysymys tiedostetuista tai tiedostamattomista ekspansiopyrkimyksistä. Monia asiakkaiden tarpeista voitaisiin tyydyttää paremmin ja ongelmia ratkoa jo nykyisillä resursseilla ja palveluilla, mikäli yhteistyö ja

työnjako toimisi paremmin. Mutta professiot myös rajaavat pois alueeltaan. Arnkilin ja Eriksonin (emt.) mukaan sosiaalityön asiakkaat ovat usein muiden pois rajaamia, "mutta sekään ei ole mikään 'universaaliprofessio' siinä mielessä, että sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät tekisivät mitä hyvänsä. Ellei kysymys ole toimeentulotuesta, päihdehuollon avopalvelusta tai lastensuojelusta, sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät eivät välttämättä reagoi - koska ilmiö *ei ole heidän ongelmansa*" (emt., 196). Väite kuulostaa hämmentävältä, koska minulle ainakin herää kysymys, että kuka sitten reagoi.

Mielenterveyspotilaat itse mainitsevat ongelmikseen potilaan aseman objektiluonteen, taloudellisen niukkuuden, epätietoisuuden omasta sairaudesta, yksinäisyyden, mielekkään tekemisen puuttumisen, leimatuksi tulemisen. Mikähän professio kykenisi tai edes olisi kiinnostunut ottamaan korjatakseen nämä vajeet. Taloudellista niukkuutta voidaan lievittää toimeentulotuella, tietoa sairaudesta kommunikaatiota parantamalla ja toimettomuutta vähentää työtilaisuuksia lisäämällä. Mutta yksinäisyyden lievittäminen, leimautumisen estäminen tai elämän yksitoikkoisuuden poistaminen eivät ole välttämättä minkään profession intressissä eikä sitä voida niiltä kohtuudella vaatiakaan. Rakkautta ja kiintymystä on mahdotonta tuottaa virka-aikaan sidottuna virkatyönä julkisen vallan määrittelemissä rakenteissa. (ks. esim. Julkunen 1992).

8.3. Miten selviytymistä voisi auttaa?

Tämän selvityksen vastausten perusteella avohoidossa olevat skitsofreniaa sairastavat psykiatriset potilaat ovat varsin tyytyväisiä käyttämiinsä palveluihin ja heillä on vähän parannusehdotuksia. Perustellusti voidaan väittää, että he eivät ole heitteillä. Kuitenkin heidän joukossaan on monia yksin, heikossa taloudellisessa asemassa ja vailla mielekästä toimintaa eläviä. Miten siis voitaisiin parantaa potilaiden elämänlaatua heidän omista lähtökohdistaan kun he eivät osaa sitä itse ilmaista?

Valtiontilintarkastajien kertomuksessa vuodelta 1994 kritisoidaan psykiatristen avohoitopotilaiden hoidon tasoa ja laatua; kuntien avohuollon palvelurakenne ja sen resurssit eivät ole kyenneet riittävästi vastaamaan avohoitoon siirrettyjen potilaiden hoitotarpeeseen. Lausunnossa asetetaan mittava haaste kaikille avohoidosta vastuussa oleville. Tarkastuskertomuksessa vaaditaan yhteistyötä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kesken. Samoin korostetaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua yhteis-

työssä asiakkaan ja omaisten kanssa. Tilintarkastajat esittävät, että mielenterveyspotilaalle on nimettävä hoidosta ja kuntoutussuunnitelman mukaisesta palvelukokonaisuudesta vastaava henkilö. (Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 1994).

Potilasjärjestöjen kannanottojen mukaan vammaispalvelulain soveltamisessa on kirjavuutta kuntien välillä. Näyttää siltä, että laki ei puitelakina pysty kaikilta osin turvaamaan psykiatristen potilaiden oikeutta lain edellyttämiin palveluihin.

Psykiatristen avohoitopotilaiden kuntoutuksen ja hoidon tilaa parantaisivat seuraavat toimenpiteet:

- jokaiselle potilaalle tehdään *kuntoutussuunnitelma* yhteistyössä potilaan, omaisten, erikoissairaanhoidon ja kaikkien palvelukokonaisuudessa mukana olevien kanssa,
- jokaiselle potilaalle nimetään palvelukokonaisuudesta vastaava *vastuuhenkilö*,
- *sosiaalista työtoimintaa* sekä päiväkeskustoimintaa ja muuta sosiaalista *kuntoutusta* *tukevaa toimintaa* yhteistyössä vapaaehtoistahojen kanssa lisätään,
- *vammaispalvelulakia sovelletaan* myös psyykkisesti vammaisten potilaiden kohdalla,
- käynnistetään *kehittämiprojekteja*, joissa yhteistyössä muutaman kunnan, kuntayhtymän ja järjestön kanssa etsitään uusia kuntoutusmalleja.

Vaikka edellä luetellut tavoitteet toteutuisivat, ei mielisairaalaista kotiutetun avohoitopotilaan roolin takana olevan ihmisen elämä välttämättä muutu hyväksi. Markku Salon (1996) mukaan mielenterveystyön rakennemuutoksen keskeinen kysymys on yhteiskunnan, instituutioiden ja lopulta yksilöiden kyky siirtyä sietämisestä solidaarisuuteen. Psykiatrisen hoidon kehittämisessä hän kehottaa seuraamaan sen reformismien pioneerien viitoittamaa tietä, "jolla Toiseuden, hulluuden ja mielisairauden kieltäminen kielletään" (emt., 324). Siihen ei riitä psykiatristen sairaansijojen muuttaminen avohoitopalveluiksi.

"Mielisairaala ei ole rakennus, vaan se on mielentila. Kieltämällä kiellettävien toimintamuotojen kenttä tulee lähitulevaisuudessa yhä kasvamaan, sillä 'avohoitto', 'mielenterveystoimisto', 'kuntoutuskoti', 'suojatyö' ja muut mahdolliset hoitopaikat ja -muodot voivat muuttua uusiksi laitostaviksi hulluuden hallinnoimisen tavoiksi." (Salo 1996, 324).

Jotta avohoito ei olisi vain uudenmuotoista ylhäältä alaspäin suuntautuvaa hulluuden hallinnointia, tulisi työntekijöiden ja hoidon kehittäjien herkällä korvalla kuunnella myös potilaita, heidän läheisiään ja potilasjärjestöjä. Epävirallinen sektori voi parhaimmillaan olla edelläkävijä, uusien asioiden kokeilija, asiakkaiden puolestapuhuja ja kriitikko (esim. Julkunen 1991). Ja jos julkinen sektori haluaa todella kehittää palvelujensa laatua, sen

tulisi satunnaisten tyytyväiskyselyjen sijasta hankkia asiakaspalautetta asiakkaalta suoraan palvelutapahtumassa - niin, että asiakas on tasaveroisena osallisena vuorovaikutuksessa työntekijän kanssa (ks. Pohjola 1997, 181). Habermasin (1987) mukaan yhteisen tiedon, yhteisymmärryksen ja yhteisen tahdon löytäminen on mahdollista vain kommunikatiivisessa prosessissa, jota ei synny ilman asianosaisten todellista argumentaatiota ja diskurssia.

Salo (1996) varoittaa kuvittelemasta, että avohoidon toimintatapojen ja -sisältöjen kehittäminen tai ihmisten välinen solidaarisuus johtaisi kärsimyksen ja hulluuden katoamiseen luonnon tai kulttuurin ilmiönä. Kuitenkin ihmisten yhteisen viisauden ja yhteisymmärryksen - tiedon ja tahdon - avulla on mahdollista lievittää kärsimystä. Ja Salon (emt., 325) mukaan ihmisten solidaarisempien suhteiden kautta "hulluus voisi saada nykyistä huomattavasti myönteisempiä yhteisöllisiä merkityksiä" yhteiskunnassamme.

LÄHTEET

- Achté, K & Autio, L & Tammisto, T (1982): Elämän ja kuoleman peruskysymyksiä. Teoksessa Lääkintäetiikka. Suomen Lääkäriliitto. Vaasa.
- Ahponen, P (1984): Elämänfilosofiasta elämönhallintaan. Lähtökohtia elämäntapatutkimuksen metodologiseen arviointiin. Joensuun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia n:o 1.
- Ahrne, G (1981): Vardagsverklighet och struktur. Göteborg 1981.
- Alasuutari, Pertti (1994): Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Jyväskylä
- Alkula, T & Pöntinen, S & Ylöstalo, P (1994): Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Juva.
- Allardt, E (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo.
- Angerpuro, K (1996): Mikä selittää tyytyväisyyskokemukset? Teoksessa Kangas, O & Ritakallio, V-M. (toim.): Kuka on köyhä? Köyhyys 1990-luvun Suomessa. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 65. STAKES.
- Antonovsky, A (1979): Health, Stress and Coping. Jossey-Bass, San Francisco.
- Arnkil, T E & Eriksson, E (1996): Kenelle jää kontrollin Musta Pekka - kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan. STAKES. Tutkimuksia 63. Helsinki.
- Bourdieu, P (1984): Distinction. A social Critique of the Judgement of Taste. Rotledge & Kegan Paul. London.
- Bourdieu, P (1985): Sosiologian kysymyksiä. Jyväskylä.
- Bäckman, G (1992): Psykososiaalinen ympäristö ja terveys. Teoksessa Karisto, A & Lahelma, E & Rahkonen, O (toim.): Terveys sosiologia. WSOY, Juva.
- Cahill, M (1994): The New Social Policy. Blackwell. Oxford.
- Elinolot numeroina 1994 (1996). Elinolot 1996:1. Tilastokeskus. Helsinki.
- Engeström Y, Engeström R (1992): Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus. Teoksessa: Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O (toim.): Terveys sosiologia. WSOY. Juva.
- Eskola, J (1991): Mielisairaalan sosiaalinen asema. Teoksessa: Salo J, Taipale I (1991): Mielisairaalan sosiaalinen asema. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Foucault, M (1980): Tarkkailla ja rangaista. Keuruu.
- Foucault, M (1988): Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason.intage Books. New York.
- Gustafsson, B & Uusitalo, H (1990): The Welfare State and Poverty in Finland and Sweden from the mid-1960s to the mid-1980s. Review of Income and Wealth, Series 36.

Habermas, J (1987): Järki ja kommunikaatio. Tekstejä 1981-1987. Valinnut ja suomentanut Jussi Kotkavirta. Gaudeamus. Helsinki.

Haila, A (1994): Mielisairas kaupunki. Teoksessa Haarni, T (toim.): Ihmisten kaupunki, Raportteja 152, STAKES. Jyväskylä.

Heikkilä, M (1990): Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. Tutkimus köyhyydestä ja hyvinvoinnin puutteiden kasautumisesta Suomessa. Sosiaalihallituksen julkaisuja 8/1990.

Heikkilä, M (1993): Köyhyys ja huono-osaisuus. Teoksessa Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen (toim. Riihinen, O.) Juva.

Hänninen S, Iivari J, Lehto J (1995): Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Raportteja 182. STAKES 1995. Saarijärvi.

Julkunen, R (1990): Hoivaajan ristipaineet - näkökulma hoivan moraaliin ja etiikkaan. Sosiaaliviesti nro 4/1990.

Julkunen, R (1991): Hyvinvointivaltion ja hyvinvointipluralismin ristiriidat. Teoksessa Matthies, A-L (toim.): Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen.

Julkunen, R (1992): Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Vastapaino. Tampere.

Järvikoski, A (1994): Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Tutkimuksia, Research Reports 46/1994. Kuntoutussäätiö.

Kalland, M (1996): Hyvin leikattu - huonosti ommeltu. Erityisryhmien palveluihin kohdistuneet säästöt valtionosuusuudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita. Helsinki.

Kangas, O & Ritakallio, V-M (1996): Kuka on köyhä? Köyhyys 1990-luvun puolivälin Suomessa. Tutkimuksia 65, STAKES. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos.

Kananoja, A (1991): Mielenterveys ja sosiaalitoimen tuki. Teoksessa: Salo J, Taipale I (1991): Mielisairaalan sosiaalinen asema. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1993. Kansaneläkelaitos. Helsinki.

Karila, A (1994): Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Acta universitatis Tamperensis, ser A vol. 432. Vammala.

Karisto, A (1994): Hyvinvoinnin vai kurjuuden sosiaalipolitiikka. Teoksessa: Kansalaisen hyvinvoinnin tulevaisuus. Puheenvuoroja. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY ry, Sosiaaliturvan Keskusliitto ry, Terveystieteiden keskus ry. Helsinki.

Korkeila, J & Tuori, T (1996): Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Viialainen, R & Lehto, J: Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. STAKES, Raportteja 192.

Lahti, M-L (1991): Vähimmäistoimeentulolla mielisairaalassa. Teoksessa: Salo J, Taipale I (1991): Mielisairaalan sosiaalinen asema. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Lehtinen, V & Veijola, J & Lindholm, T & Väisänen, E, & Moring, J & Puukka, P (1993):
- Ley P, Spelman M (1967): Communicating with the Patient. Staples Press. London.
- Lipman, R.S. (1986): Depression scales derived from the Hopkins Symptom Checklist. In: Sartorius N, Ba TA (ed.): Assessment of depression. Springer. Berlin.
- Mannila S (1992): Saira-an rooli. Teoksessa: Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O (toim.): Terveys­sosio­logia. WSOY. Juva.
- Mielenterveystyön komitean mietintö: Komiteamietintö 1984:17. Helsinki 1984.
- Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:36. Turku.
- Pahlman, I (1996): Potilaan oikeudet terveydenhuollossa. Kenen ehdoilla hoitoa? Suomen Lääkärilehti 1996/18-19, 2038-2041.
- Pahlman, I & Hermanson, T & Hannuniemi, A & Koistinen, A & Koivisto, J & Hannikainen, P & Ilveskivi, P (1996): Onko potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki toteutunut? Suomen Lääkärilehti 1996/20-21, 2143-2148.
- Piirtola, O (1995): An evaluative description of changes in a comprehensive psychiatric treatment system. Research reports 57. STAKES. Jyväskylä.
- Psykiatrinen avohoito palvelujen käyttäjien näkökulmasta (1993). Mielenterveyden keskusliitto. Riihimäki.
- Raportti Mikkelin kaupungin mielenterveyspalveluista (1994). Mielenterveyspalvelujen työryhmä. Mikkeli.
- Riska E (1992): Terveydenhuollon kriisi. Teoksessa: Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O (toim.): Terveys­sosio­logia. WSOY. Juva.
- Roos, J.P. (1994): Hyvinvoinnin kurjuus. Janus 1994: 2, 187-192.
- Roos, J.P. (1988): Elämäntavasta elämänkertaan. Tutkijaliitto, Jyväskylä.
- Rusanen, T (1996): Mitä tutkia elämänhallinnasta. Teoksessa Raitasalo, R (toim.): Elämänhallintaa etsimässä. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13.
- Salmela, T (1997): Tyytyväisyys mykistää, dialogi avaa hanat. Teoksessa Salmela, T (toim.): Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta? Jyväskylä.
- Salo, M (1992): Luonnosta laitoksiin. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 19. Helsinki.
- Salo, M (1996): Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalareformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Salokangas, R & Saarinen, S & Ojanen, M (1992). Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) I: Vuonna 1986 kotiutettujen potilaiden kliininen ja toiminnallinen tila, hoito- ja tukipalveluiden käyttö sekä niiden arvioitu tarve.
- Savolainen, R (1993): Elämäntapa, elämähallinta ja tiedonhankinta. Tampereen yliopiston kirjastotieteen ja informaatiikan laitoksen tutkimuksia 39.

Stengård, E & Saarinen, S & Salokangas, R (1993): Skitsofreniapotilaan selviytyminen omaisen näkökulmasta.

Suomen kuntaliitto: Suomen sairaalatilasto 1992.

Sänkiaho, R (1994): Temput ja kuinka ne tehdään. Monimuuttujamenetelmät kansan palvelijoina. Jyväskylä.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1986). Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Tuori, T (1994): Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarviointista. Stakes. Raportteja 143.

Tuori, T (1995): Mielenterveystyö. Teoksessa Uusitalo, H & Konttinen, M & Staff, M (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES, Raportteja 173.

Uusitalo H, Konttinen M, Staff M (1995): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, Raportteja 173. STAKES 1995.

Uutela, A (1996): Ulkoinen ja sisäinen elämänhallinta ja sairauskäyttäytyminen. Teoksessa Raitasalo, R (toim.): Elämänhallintaa etsimässä. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13.

Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 1994 (1995). Painatuskeskus Oy. Helsinki.

Wahlberg, H & Sohlberg B (1993): Minne mielisairaalapotilaat ovat kadonneet? Stakes. Aiheita nro 51/1993.

Moision sairaalasta vuonna 1992 kotiutetut Mikkelin läänistä kotosin olevat potilaat, joiden diagnoosi kotiutettaessa oli skitsofrenia

Kunta	kotiutettu vuonna 1992	sairaa- lassa	sairaa- lan asunto- lassa	muutta- nut +/-	kuollut	avohoi- dossa 1.6.95	OTOS
Anttola	1					1	1
Enonkoski	3					3	3
Hartola	14			- 2		12	8
Haukivuori	10	2				8	8
Heinola	23			+ 1		24	15
Heinolan mlk	8				1	7	7
Heinävesi	3				1	2	2
Hirvenslami	4				1	3	3
Joroinen	7				1	6	6
Juva	10				1	9	9
Jäppilä	4	1				3	3
Kangaslampi	2					2	2
Kangasniemi	18	1			1	16	10
Kerimäki	4				1	3	3
Mikkeli	62	8		+ 1	2	53	20
Mikkelin mlk	21	2	2		1	16	10
Mäntyharju	17	2		- 1		14	10
Pertunmaa	6	2		- 1		3	3
Pieksämäki	24	3				21	15
Pieksämäen mlk	8	1				7	7
Punkaharju	4	1				3	3
Puumala	5			+ 1		6	6
Rantasalmi	5					5	5
Ristiina	11	2				9	9
Savonlinna	41	4		- 1	3	33	20
Savonranta	3	1		- 1		1	1
Sulkava	2					2	2
Sysmä	7					7	7
Virtasalmi	3					3	3
Yhteensä	330	30	2	-3	13	282	2

KYSELY VUONNA 1992 MOISION SAIRAALASTA KOTIUTETUILLE

Lomakkeen täyttämisohje:

Lomake täytetään siten, että ympyröidään oikea vaihtoehto. Esim. 1 mies 2 nainen

Ympyröikää jokin vaihtoehto jokaisesta kysymyksestä. Osa kysymyksistä on sellaisia, joihin voitte kertoa omin sanoin näkemyksiänne ja kokemuksiänne. Jos tilaa on liian vähän, voidaan käyttää paperin kääntöpuolta.

1. POTILAAN TAUSTATIEDOT

Sukupuoli

1 mies 2 nainen

Ikä vuosina _____

Asuinkunta _____

Siviilisäätty

1 naimisissa	2 avoliitossa
3 naimaton	4 asumuserossa
5 eronnut	6 leski

Sairaalahoito psykiatrisessa sairaalassa:

Miten pitkä yhteenlaskettu sairaalahoito potilaalla on takanaan ennen kotiuttamistaan vuonna 1992?

1	alle 1 vuosi
2	1 - 3 vuotta
3	4 - 6 vuotta
4	7 - 9 vuotta
5	10 - 19 vuotta
6	20 - vuotta

Potilaan psykiatrinen sairaalahoito vuonna 1992 tapahtuneen kotiuttamisen jälkeen:

Montako hoitajaksoa potilas on ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa vuonna 1992 tapahtuneen kotiuttamisen jälkeen? (lukumäärä) _____ jaksoa

Sairaalahoitajaksojen yhteenlaskettu pituus kuukausina: _____ kk

2. ELÄMÄNTILANNE

Peruskoulutus

1 vajaa kansakoulu	4 vajaa lukio
2 kansakoulu/vajaa peruskoulu	5 lukio
3 peruskoulu/keskikoulu	

Ammattikoulutus

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1 ei lainkaan ammattikoulutusta | 5 vajaa opisto |
| 2 kurssimuotoinen koulutus | 6 opistotasoinen koulutus |
| 3 vajaa ammattikoulu | 7 vajaa korkeakoulututkinto |
| 4 ammattikoulu | 8 korkeakoulututkinto |

Asuminen**Asun tällä hetkellä**

- 1 itsenäisesti omassa tai vuokra-asunnossa, yksin
- 2 itsenäisesti omassa tai vuokra-asunnossa, jonkun muun kuin omaisen kanssa
- 3 vanhempien kanssa yhdessä
- 4 puolison ja/tai lasten kanssa yhdessä
- 5 psykiatrisen sairaalan avohoitopaikassa
- 6 sosiaaliviranomaisten järjestämässä avohoitopaikassa
- 7 yksityisessä hoitokodissa
- 8 tilapäisessä asunnossa
- 9 ilman omaa asuntoa väliaikaisesti jonkun sukulaisen tai tuttavan luona

Minulla on ongelmia asumisen suhteen

- 1 kyllä
- 2 ei

Kerro tässä mitä hyviä ja toisaalta huonoja puolia tämänhetkisessä asumistilanteessasi on:

Arkirutiinien hoito

Missä kaikissa arkirutiinien hoidossa tarvitsisit muiden apua:

- 1 lääkityksestä huolehtiminen
- 2 ruoanlaitto
- 3 henkilökohtainen hygienia
- 4 pyykinpesu
- 5 siivous
- 6 raha-asioista huolehtiminen
- 7 liikennevälineiden käyttö
- 8 päivärytmi

Työtilanne

Olen tällä hetkellä

- | | |
|--|---------------------|
| 1 kotona, en tee työtä | 6 työtön työnhakija |
| 2 kotona työssä, esim. perheenemäntä tai maanviljelijä | 7 lomautettu |
| 3 tavallisessa palkkatyössä | 8 sairauslomalla |
| 4 suojatyössä | 9 eläkkeellä |
| 5 opiskelen | |

Olen tyytyväinen tämänhetkiseen työtilanteeseeni

- 1 kyllä 2 ei

Kerro tässä ajatuksiasi, jotka liittyvät ansiotyöhön tai suojatyöhön: onko esim. suojatyö tärkeä elämänsisältö; kerro miksi olet tyytymätön tai tyytyväinen:

Toimeentulo

Pääasiallisen toimeentulon lähteeni tällä hetkellä on

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1 palkka | 6 eläke |
| 2 työttömyyskorvaus | 7 toimeentulotuki |
| 3 sairausvakuutuksen päiväraha | 8 ei tuloja |
| 4 opintotuki | |
| 5 omaisten tulot | |

Olen tyytyväinen tämänhetkiseen taloudelliseen tilanteeseeni

- 1 kyllä 2 ei

Kerro tässä ajatuksiasi, jotka liittyvät toimeentulokysymyksiin: mitä hyviä puolia ja toisaalta ongelmia siinä on:

Terveys

Koen itseni

- 1 terveeksi
- 2 melko terveeksi
- 3 melko sairaaksi
- 4 sairaaksi

Kerro tässä terveydentilastasi: mihin siinä olet tyytyväinen ja mihin tyytymätön:

3. KANSSAKÄYMINEN MUIDEN IHMISTEN KANSSA

Tapaan omaisiani ja sukulaisiani

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 päivittäin | 4 keskimäärin kerran kuukaudessa |
| 2 keskimäärin vähintään kerran viikossa | 5 harvemmin kuin kerran kk:ssa |
| 3 keskimäärin 2 - 3 kertaa kuukaudessa | 6 en lainkaan |

Olen tyytyväinen ihmissuhteisiin omaisten ja sukulaisten kanssa

- | | |
|---------|------|
| 1 kyllä | 2 ei |
|---------|------|

Tapaan ystäviä

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1 keskimäärin vähintään kerran viikossa | 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa |
| 2 kaksi tai kolme kertaa kuukaudessa | 5 en lainkaan |
| 3 noin kerran kuukaudessa | |

Olen tyytyväinen ystävyysuhteisiin

- | | |
|---------|------|
| 1 kyllä | 2 ei |
|---------|------|

Koen, että ihmiset suhtautuvat sairauteni vuoksi minuun toisin kuin muihin ihmisiin

- | | |
|----------|--------------|
| 1 usein | 3 harvoin |
| 2 joskus | 4 ei koskaan |

Tunnen itseni yksinäiseksi

- usein
- joskus
- en koskaan

Kerro tässä, ketkä ovat läheisimmät ihmisesi; kenen tai keiden kanssa sinulla on merkityksellistä kanssakäymistä ja mitä myönteisiä ja toisaalta kielteisiä asioita ihmissuhteisiin liittyy:

4. MIELEKÄS TEKEMINEN JA ELÄMÄNSISÄLTÖ

Minulla on harrastuksia

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1 paljon | 3 vähän |
| 2 jonkin verran | 4 ei lainkaan |

Kerro tässä, mikä vapaa-ajan tekeminen tai harrastus on tärkeää elämäsi kannalta:

Tunnen itseni (Vastaa jokaiseen neljään kohtaan!)

- | | | |
|---------------------------------|---------|------|
| - tasa-arvoiseksi muiden kanssa | 1 kyllä | 2 en |
| - hyödylliseksi | 1 kyllä | 2 en |
| - arvokkaaksi | 1 kyllä | 2 en |
| - korvaamattomaksi | 1 kyllä | 2 en |

Koen, että voin vaikuttaa omaan elämäni

- 1 riittävästi
- 2 liian vähän
- 3 en ollenkaan

Koen, että voin vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin

- 1 riittävästi
- 2 liian vähän
- 3 en ollenkaan

Kerro tässä, mitkä ovat mielestäsi suurimmat ongelmat, mitkä liittyvät vaikutusmahdollisuuksiisi tai kokemuksiisi omasta arvosta: _____

5. AVOHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ

Kuntoutussuunnitelma

Minulle on tehty kuntoutussuunnitelma

- | | |
|---------|------|
| 1 kyllä | 2 ei |
|---------|------|

Mielenterveystoimiston vastaanottokäynnit

Käyn tällä hetkellä mielenterveystoimiston vastaanotolla

- | | |
|---------|------|
| 1 kyllä | 2 en |
|---------|------|

Olen saanut riittävästi mielenterveystoimiston vastaanottoaikoja

- | | |
|---------|------|
| 1 kyllä | 2 en |
|---------|------|

Olen ollut tyytyväinen mielenterveystoimiston vastaanotolla saamaani hoitoon

- | | |
|---------|------|
| 1 kyllä | 2 en |
|---------|------|

PALVELUJEN KÄYTÖN MÄÄRÄ

Miten usein keskimäärin käytät eri palveluja? Rengasta jokaisesta jokin vaihtoehto, esim. 4

	päi- vittäin	väh. 1 kerran viikossa	2-3 kertaa kk:ssa	n. 1 kerran kk:ssa	2-4 kertaa puolessa vuodessa	1 kerran puolessa vuodessa	harvem- min	ei ollen- kaan
mielenterveystoimisto	1	2	3	4	5	6	7	8
päivätoimintakeskus	1	2	3	4	5	6	7	8
ryhmä- tai perheterapia	1	2	3	4	5	6	7	8
suoja työ	1	2	3	4	5	6	7	8
kotipainotteinen kuntoutus	1	2	3	4	5	6	7	8
kotisairaanhoido	1	2	3	4	5	6	7	8
terveyskeskusvastaanotto	1	2	3	4	5	6	7	8

LÄÄKKEET

Liittyykö lääkkeiden käyttöön ongelmia

1 kyllä

2 ei

Jos vastasit kyllä, kerro tässä mitä ongelmia lääkkeiden käyttöön liittyy:

TIEDON SAANTI OMASTA SAIRAUDESTA

Olen saanut avohoidon aikana riittävästi tietoa sairaudestani/ongelmastani:

1 kyllä

2 en

Kerro tässä, mitkä asiat avohoitopalveluissa tuottavat sinulle tyytyväisyyttä ja mitkä tyytymättömyyttä:

OMA ARVIOSI AVOHOIDOSSA SELVIYTYMISESTÄ

Esitä oma arviosi avohoidossa selviytymisestä seuraavalla asteikolla:

Rengasta numero sen vaihtoehdon kohdalla, joka vastaa lähinnä omaa käsitystäsi selviytymisestääsi!

1	2	3	4	5	6	7
selviydyn erittäin hyvin	selviydyn hyvin	selviydyn melko hyvin	en osaa sanoa	selviydyn melko huonosti	selviydyn huonosti	selviydyn erittäin huonosti

SUURIMMAT ONGELMAT AVOHOIDOSSA SELVIYTYMISEN KANNALTA

Mitkä ovat suurimmat ongelmat, jotka vaikeuttavat elämääsi (voit rengastaa useita vaihtoehtoja)

- 1 taloudellinen niukkuus
- 2 yksinäisyys
- 3 työn puuttuminen
- 4 vähäiset harrastukset
- 5 arkipäivän askareista selviytyminen
- 6 asianmukaisen hoidon tai kuntoutuksen puuttuminen
- 7 muiden ihmisten kielteiset asenteet
- 8 jokin muu, mikä? _____

MINKÄ AVULLA SELVIYDYT AVOHOIDOSSA?

Kuka tai mikä on ollut avohoidossa ollessasi parhaana tukena? Kerro tässä 3 tärkeintä tärkeysjärjestyksessä siten, että tärkeimmän kohdalle panet numeron ____, toiseksi tärkeimmän kohdalle ____ jne.

- | | | |
|-------------------------------|-------|-------------|
| Omaiset | _____ | |
| Ystävät | _____ | |
| Potilastoverit | _____ | |
| Tukihenkilö | _____ | |
| Yksilöllinen avohoitokontakti | _____ | mikä: _____ |
| Tuettu asuminen | _____ | |
| Muu saamani avohoito | _____ | mikä: _____ |
| Harrastukset | _____ | |
| Yhdistystoiminta | _____ | |
| Lääkkeet | _____ | |
| Työ | _____ | |
| jokin muu, mikä _____ | _____ | |
| jokin muu, mikä _____ | _____ | |

MIKÄ PARANTAISI SINUN MAHDOLLISUUKSIASI SELVIYTYÄ?

Minkälaiset tukitoimet tai palvelut olisivat mielestäsi auttamassa sinua parempaan selviytymiseen? Luettele tärkeysjärjestyksessä ne palvelut, joista sinulle olisi apua.

1. _____
2. _____
3. _____

Lundbeck

SYMPTOM CHECK LIST 90 (SCL-90)

D

Sivu 1/3

KIRJOITA SELVÄSTI	VASTAA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN
Potilaan nimikirjaimet.: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Potilasnumero: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Arviointi pvm: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Arviointipäivä: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
pv kk v	

OHJEET:

Alla on luettelo ongelmista ja vaivoista, joista ihmiset joskus kärsivät. Rastita (x) oikealla olevista ruuduista vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, miten paljon kyseinen seikka on vaurannut tai hädistänyt sinua kuluneen viikon aikana tänä päivänä mukaan luettuna.

Rastita vain yksi vaihtoehto ja vastaa jokaiseen kohtaan.

ONGELMA/VAIVA	ei lainkaan (0)	vähän (1)	kohtalaisesti (2)	aika paljon (3)	erittäin paljon (4)		ei lainkaan (0)	vähän (1)	kohtalaisesti (2)	aika paljon (3)	erittäin paljon (4)
1. Päänsärky						16. Kuulet ääniä, joita muut eivät kuule					
2. Hermostuneisuus tai sisäinen vapina						17. Tärinä					
3. Epätoivottuja ajatuksia, sanoja tai ideoita, joista et pääse eroon.						18. Tunnet, että useimpiin ihmisiin ei voi luottaa					
4. Heikkous tai huimaus						19. Ruokahaluttomuus					
5. Seksuaalisen kiinnostuksen tai mielihyvän katoaminen						20. Itket helposti					
6. Kriittisyys toisia kohtaan						21. Tunnet itsesi ujoksi tai vaivantuneeksi vastakkaisen sukupuolen seurassa					
7. Ajatus, että joku muu pystyy kontrolloimaan ajatuksiasi						22. Tunnet olevasi ansassa					
8. Tunne, että useimmat ongelmasi ovat jonkun muun syytä						23. Äkillinen pelko ilman syytä					
9. Sinulla on vaikeuksia muistaa asioita						24. Tunteenpurkaukset, joita et pysty kontrolloimaan					
10. Olet huolestunut velttoudesta tai huolimattomuudesta						25. Pelkääät mennä yksin ulos kotoasi					
11. Suurutut tai ärsyntyneet helposti						26. Syytät itseäsi erilaisista asioista					
12. Sydän- tai rintakivut						27. Kipuja alaselässä					
13. Tunnet pelkoa avoimilla paikoilla tai kaduilla						28. Tunnet, ettet saa asioita tehdyksi					
14. Tarmokkuutesi on alhainen tai toimintasi on hidastunut						29. Yksinäisyyden tunne					
15. Itsemurha-ajatuksia						30. Alakuloisuuden tunne					

Jatkuu

SYMPTOM CHECK LIST 90 (SCL-90)

Lundbeck

Arviointi pvm:

pv	kk	v	

Potilasnumero:

--	--	--	--	--	--

Sivu 2/3

KIRJOITA SELVÄSTI						VASTAA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN					
ONGELMA/VAIVA	ei lainkaan (0)	vähän (1)	kohtalaisesti (2)	aika paljon (3)	erittäin paljon (4)	ONGELMA/VAIVA	ei lainkaan (0)	vähän (1)	kohtalaisesti (2)	aika paljon (3)	erittäin paljon (4)
31. Huolehdit liiaksi asioista						50. Välttelet tiettyjä asioita, paikkoja tai tilanteita, koska ne pelottavat sinua					
32. Et tunne kiinnostusta asioihin						51. Mielesi on tyhjä					
33. Olet pelokas						52. Tunnottomuutta tai kihelmöintiä joissain ruumiinosissa					
34. Loukkaannut helposti						53. Tunnet palan kurkussasi					
35. Tunnet, että toiset ovat selvillä yksityisistä ajatuksistasi						54. Toivottomuus tulevaisuuden suhteen					
36. Tunnet, etteivät toiset ymmärrä sinua tai ovat kylmäkiskoisia sinua kohtaan						55. Keskittymisvaikeuksia					
37. Tunnet, että ihmiset ovat epäystävällisiä sinulle tai eivät pidä sinusta						56. Heikkoutta joissain ruumiinosissa					
38. Sinun täytyy toimia hyvin hitaasti, jotta asiat tulisivat tehtyä kunnolla						57. Kireys tai kiihtyneisyys					
39. Sydämen tykytys tai hakkaaminen						58. Raajasi tuntuvat raskailta					
40. Pahoinvointi tai maha sekaisin						59. Ajatuksia kuolemasta tai kuolemisesta					
41. Tunnet itsesi muita huonommaksi						60. Ylensyönni					
42. Lihasen arkuus						61. Tunnet olosi vaivaantuneeksi, kun ihmiset katsovat sinua tai puhuvat sinusta					
43. Tunnet, että toiset katselevat sinua tai puhuvat sinusta						62. Ajatuksesi eivät ole omiasi					
44. Nukahtamisvaikeudet						63. Tarve lyödä tai vahingoittaa jotakuta tai tehdä pahaa jollekin					
45. Sinun täytyy kerran tai useamminkin tarkistaa mitä olet tehnyt						64. Herääminen aikaisin aamulla					
46. Sinun on vaikea tehdä päätöksiä						65. Pakonomainen toimien toistaminen, esim. koskettaminen, laskeminen, peseminen					
47. Pelkää matkustaa linja-autossa, metrossa tai junassa						66. Rauhaton tai häiriintynyt uni					
48. Hengenahdistus						67. Tarve rikkoa tai paiskoa tavaroita					
49. Kylmiä tai kuumia aaltoja						68. Ajatukset tai uskomukset, joihin muut eivät yhdy					

Jatkuu

Lundbeck

77

SYMPTOM CHECK LIST 90 (SCL-90)

D

Arviointi pvm: Potilasnumero:

pv kk v

Sivu 3/3

KIRJOITA SELVÄSTI						VASTAA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN					
ONGELMA/VAIVA	ei lainkaan (0)	vähän (1)	kohtalaisesti (2)	aika paljon (3)	erittäin paljon (4)	ONGELMA/VAIVA	ei lainkaan (0)	vähän (1)	kohtalaisesti (2)	aika paljon (3)	erittäin paljon (4)
69. Erittäin vaivaantunut olo toisten seurassa						80. Tutut asiat tuntuvat vierailta tai epätodellisilta					
70. Epämukava olo ihmisjoukoissa, kuten ostoksilla tai elokuvissa						81. Huudat tai heittelet tavaroita					
71. Tunne, että kaikki mitä teet vaatii ponnistuksia						82. Pelkääät pyörtyväsi julkisesti					
72. Kauhun tai paniikin tunteita						83. Pelkääät ihmisten käyttävän sinua hyväksi, jos annat siihen mahdollisuuden					
73. Tunnet olosi epämukavaksi syödessäsi tai juoessasi ulkona						84. Ajatuksia seksistä, jotka harmittelevat sinua paljon					
74. Joudut usein väittelyihin						85. Ajatus, että sinua tulisi rankaista syntiesi takia					
75. Olet levoton ollessasi yksin						86. Sinua täytyy patistaa, jotta asiat tulisivat tehdyksi					
76. Toiset eivät arvosta tarpeeksi aikaansaannoksiasi						87. Ajatus, että ruumiissasi on jotain pahasti vialla					
77. Tunnet itsesi yksinäiseksi myös ollessasi toisten seurassa						88. Et tunne olevasi lähellä ketään toista ihmistä					
78. Olet niin levoton, ettet voi istua paikallasi						89. Syyllisyydentunteet					
79. Tunnet itsesi arvottomaksi						90. Ajatus, että päässäsi on jotain vikaa					

LIITE 3.

- - - F A C T O R A N A L Y S I S - - -

Extraction 1 for analysis 1, Principal Components Analysis (PC)

Initial Statistics:

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
A25	1,00000	*	1	3,19746	29,1	29,1
A26	1,00000	*	2	1,24958	11,4	40,4
A27	1,00000	*	3	1,17902	10,7	51,1
A28	1,00000	*	4	1,00439	9,1	60,3
A31	1,00000	*	5	,94949	8,6	68,9
A32	1,00000	*	6	,76421	6,9	75,9
A33	1,00000	*	7	,67599	6,1	82,0
A34	1,00000	*	8	,63649	5,8	87,8
A35	1,00000	*	9	,47660	4,3	92,1
A36	1,00000	*	10	,44988	4,1	96,2
A37	1,00000	*	11	,41689	3,8	100,0

PC extracted 4 factors.

Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
A25	,16238	,55037	,57908	,34479
A26	,48523	-,04119	,36620	,54317
A27	,56673	-,28104	,31906	-,38471
A28	,70289	-,27035	,00476	,02382
A31	,37832	,12513	,54154	-,58752
A32	,69569	-,10983	-,28596	,06781
A33	,58378	,35636	-,17699	,07036
A34	,63909	,27506	-,21601	-,11107
A35	,36218	,61962	-,37795	-,18556
A36	,58669	-,16711	-,06516	,17499
A37	,51833	-,38818	-,08746	,09893

Final Statistics:

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
A25	,78348	*	1	3,19746	29,1	29,1
A26	,66629	*	2	1,24958	11,4	40,4
A27	,64997	*	3	1,17902	10,7	51,1
A28	,56773	*	4	1,00439	9,1	60,3
A31	,79722	*				
A32	,58243	*				
A33	,50407	*				
A34	,54310	*				
A35	,69238	*				
A36	,40700	*				
A37	,43678	*				

VARIMAX rotation 1 for extraction 1 in analysis 1 - Kaiser Normalization.
 VARIMAX converged in 6 iterations.

Rotated Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
A25	-,17276	,15080	,12577	,84562
A26	,49180	-,04828	-,01254	,64956
A27	,44204	-,00020	,67385	-,02233
A28	,69742	,14997	,23685	,05250
A31	-,01786	,12936	,87384	,12870
A32	,65560	,38723	,02535	-,04496
A33	,29323	,61502	,03273	,19688
A34	,33732	,63305	,16415	,04014
A35	-,06578	,82896	,01572	-,02526
A36	,60161	,17246	,04163	,11658
A37	,65548	,00325	,06830	-,04948

LIITE 4.

Taulukko. Vastanneet kotikunnan mukaan.

	lkm	%
Anttola	1	,8
Enonkoski	3	2,4
Hartola	7	5,6
Haukivuori	6	4,8
Heinola	8	6,5
Heinolan mlk	1	,8
Heinävesi	1	,8
Hirvensalmi	2	1,6
Joroinen	3	2,4
Juva	8	6,5
Jäppilä	2	1,6
Kangaslampi	1	,8
Kangasniemi	8	6,5
Kerimäki	3	2,4
Mikkeli	19	15,3
Mikkelin mlk	4	3,2
Mäntyharju	6	4,8
Pieksämäki	6	4,8
Punkaharju	1	,8
Puumala	3	2,4
Rantasalmi	2	1,6
Ristiina	7	5,6
Savonlinna	15	12,1
Sulkava	1	,8
Sysmä	5	4,0
Virtasalmi	1	,8
Yhteensä	124	100,0

Taulukko. Vastanneet sairaanhoitopiireittäin.

	lkm	%
Etelä-Savon shp	73	58,9
Itä-Savon shp	29	23,4
Pohjois-Karjalan shp	1	,8
Päijät-Hämeen shp	21	16,9
Yhteensä	124	100,0

Taulukko. Vastanneet vastaustavan mukaan.

	lkm	%
työntekijä haastatteli	105	84,7
täytti itsenäisesti	19	15,3
yhteensä	124	100,0