

PSYKIATRISESTA SAIRAALASTA TYÖELÄMÄÄN?

- **Nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien kokemuksia**

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Sosiaalityö

Pro gradu -tutkielma

Raija Rönkkö

Syksy 2014

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Sosiaalityö

RÖNKKÖ, RAIJA: Psykiatrisesta sairaalasta työelämään? - Nuorten aikuisten mielensterveyskuntoutujien kokemuksia

Pro gradu -tutkielma, 81 s., 4 liites.

Ohjaaja Marjo Kuronen

Joulukuu 2014

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten psykiatrisesta sairaalasta kotiutuneet nuoret aikuiset kokevat työn merkityksen ja miten heidän jatkosuunnitelmansa olivat edenneet erityisesti työn tai muun toiminnan osalta. Tutkimuksessa haastateltiin yhdeksän alle 35-vuotiaasta sairaalasta noin puoli vuotta aiemmin kotiutunutta kuntoutujaa. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluina ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Mielensterveyskuntoutajat kokivat työn tai muun toiminnan merkityksen tärkeänä erityisesti arjen rytmittämisen kannalta. Myös toimeentulolla oli oma merkityksensä, joskin suurin osa heistä sai tulonsa vielä sairaus- tai eläke-etuuksina. Monetkaan haastatelluista eivät olleet vielä valmiita lähtemään ansiotyöhön, vaan heidän ajatuksenaan oli ensin rauhassa keskittyä omaan kuntoutumiseensa. Työ oli kuitenkin tavoitteena. Kenelläkään heistä ei ollut työpaikkaa, jonne palata sairauspäivärahan tai kuntoutustuen päättymisen jälkeen. Kaikki kuitenkin korostivat tekemisen ja toiminnan merkitystä. Osa heistä oli kuntouttavassa työtoiminnassa tai vastaavassa, osalle riitti arjen tekeminen ja kotiaskareet. Tärkeintä oli, että oli jotakin tekemistä, joka sai ajan kulumaan ja rytmitti päivää.

Haastateltujen kertomuksissa kuvautui jonkin verran passiivisuutta niin harrastuksiin lähtemisen kuin ihmissuhteiden ylläpitämisen osalta. Monet odottivat, että työn saanti, vapaa-ajan toimintaan osallistuminen tai uudet ihmissuhteet sekä kuntoutuminen vain tapahtuisivat ilman suurempaa omaa panostusta. Kaikki pitivät sairaalan kuntouttavan osaston toimintaa hyvänä, koska siellä oli mahdollisuus hoidon aikana osallistua erilaisiin toimintoihin oman kunnon mukaan. Lisäksi hyvänä koettiin ryhmätoiminta ja muun muassa sen kautta saatu vertaistuki. Kotikokeilut ennen kotiutumista varmistivat kuntoutujan selviytymistä kotona ja mahdollistivat tarkoituksenmukaisen avohoidon ja tuen suunnittelun.

Kuntoutuminen vaatii aikaa ja usein runsasta ja säännöllistä ulkopuolista tukea. Lähtökohtana on aina kuitenkin kuntoutujan oma motivaatio ja aktiivisuuden herääminen.

Asiasanat: Työ- ja toimintakyky, työllistyminen, mielensterveyshäiriöt, mielensterveyskuntoutus, kuntoutajat, kokemukset

Sisällys

1 JOHDANTO.....	5
2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA NIIDEN KUNTOUTUS	8
2.1 Mielenterveyden häiriöt	8
2.2 Mielenterveyskuntoutus	12
2.3 Kuntouttava sosiaalityö mielenterveyskuntoutujien parissa.....	17
2.4 Taloudellinen selviytyminen ja sen merkitys kuntoutumisessa.....	19
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN TYÖLLISTYMISEN TUKEMINEN	22
3.1 Työ- ja toimintakyky.....	22
3.2 Yleinen työmarkkinatilanne ja mielenterveyskuntoutujien työllistyminen.....	25
3.3 Työn merkitys ja työllistymisvalmiudet	26
3.4 Työllistymistä tukevat palvelut.....	27
3.5 Ammatillinen kuntoutus työllistymisen tukena	31
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	34
4.1 Tutkimustehtävä.....	34
4.2 Haastattelu aineistonkeruun menetelmänä.....	35
4.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja haastateltujen kuvailu	40
4.4 Aineiston analyysi.....	41
4.5 Tutkimuksen etiikka.....	43
5 TYÖN JA TOIMINNAN MERKITYS KUNTOUTUMISESSA	45
5.1 Tavoitteena työ.....	45
5.1.1 Kuntouttava työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus	49
5.1.2 Ammatinvalinta ja opiskelu	53
5.1.3 Kotityöt	55
5.2 Avohoito ja ohjaajien tuki.....	56
5.3 Ihmissuhteet ja harrastukset	61
5.4 Toimeentulo ja asuminen	65

5.5 Kuntoutujien kokemuksia sairaalahoidosta ja kotiutumisvaiheesta	69
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA	73
LÄHTEET	77
LIITTEET	82

1 JOHDANTO

Tutkimusaiheeni nousee aiemmasta pitkästä työkokemuksestani ammatilliseen kuntoutukseen ja työkykyyn liittyvien asioiden parissa sekä nykyisestä työstäni sosiaalityöntekijänä psykiatrisen sairaalan kuntouttavalla osastolla.

Vaikka sekä mielenterveyskuntoutujien että erityisesti nuorten työllistymismahdollisuuksien parantamiseen on viime vuosina panostettu paljon, on käytännön kautta syntynyt sellainen vaikutelma, että palvelut ja asiakkaat eivät kohtaa tarkoituksenmukaisella tavalla. Mielenterveyskuntoutujille (ja erityisesti nuorille) tarkoitetut työelämään tähtäävät Kelan kustantamat kuntoutuskurssit eivät ole viime vuosina täyttyneet, ja osa aloittaneistakin keskeyttää kurssin jo alkuvaiheessa. Toisaalta on sairaalahoidosta kotiutuvia nuoria, jotka olisivat halukkaita kokeilemaan työelämää, mutta eivät tiedä tai saa riittävästi tietoa eri mahdollisuuksista. Mitkä ovat ylipäättään kuntoutumassa olevien nuorten voimavarat työelämää ajatellen? On olemassa muun muassa kuntouttavaa työtoimintaa ja työpajoja sekä erilaisia projekteja, joissa on mahdollisuus työharjoitteluun. Kuinka usein nämä reitit löydetään ja niiden kautta päädytään oikeasti työelämään?

Kysymys reittien löytämisestä työelämään on kuntoutujien taloudellisenkin tilanteen suhteen tärkeä. Monen mielenterveyskuntoutujan tulotaso on muutenkin heikko ja erilaisten korvauspäätösten odottelu ilman säännöllisiä tuloja aiheuttaa taloudellisia vaikeuksia. Työn tekeminen ja siitä saatava palkka on monen kuntoutujan toiveena ja tavoitteena. Työharjoittelua ilman asianmukaista korvausta ei kuitenkaan pidetä yleisesti tavoiteltavana, vaikka se saattaisikin myöhemmin johtaa työllistymiseen. Tietoisuus erilaisista mahdollisuuksista ja vaihtoehtoista olisi kuitenkin tärkeää, sillä ne voivat jossakin vaiheessa olla ajankohtaisia.

Tutkimukseni kohderyhmänä on alle 35-vuotiaat sairaalasta kotiutuneet mielenterveyskuntoutajat, joista useimmilla ei ole lainkaan tai juurikaan työkokemusta eikä mahdollisesti ammatillista koulutustakaan. Olen haastatellut sairaalajaksolta noin puoli vuotta aiemmin kotiutuneita; millaisia suunnitelmia heillä on kotiutusvaiheessa mahdollisesti ollut työelämän suuntaan ja miten suunnitelmat ovat edenneet. Lisäksi olen

selvittänyt myös muiden jatkosuunnitelmien (toimeentulo, asuminen, avohoito) toteutumista ja etenemistä kuntoutujien itsensä kokemana. Yhtenä lähtökohtanani on ollut lääkärin yhteenveto sairaalajaksosta ja sen sisältämä jatkosuunnitelma. Olen kiinnittänyt huomiota muun muassa siihen, miten työ tai koulutus on lausunnossa huomioitu. Huomioitavaa ovat myös kuntoutujien kokemukset siitä, olisivatko he tarvinneet enemmän tietoa tai ohjausta ammatillisten asioiden suhteen, ja olisivatko heidän voimavaransa siihen riittäneet muiden asioiden ohella. Olen myös pohtinut, näyttäisikö esimerkiksi diagnoosilla, sairaalahoitajaksojen määrällä, sairausloman pituudella, olemassa olevalla koulutuksella, aiemmalla työkokemuksella, vakiintuneella elämäntilanteella tai avohoidon ja läheisten tuella olevan merkitystä nimenomaan työn suuntaan tehtyjen suunnitelmien toteutumiselle.

Tutkielman toisessa luvussa kerron mielenterveyden häiriöistä pääpiirteissään. Kuvaan myös sitä, minkälaisia mielenterveyden häiriöitä on sairaalahoidossa olevilla potilailla. Kerron mielenterveyslaista ja -kuntoutuksesta sekä kuntoutujien taloudellisesta toimeentulosta ja selviytymisestä. Kolmas luku käsittelee työ- ja toimintakykyä sekä mielenterveyskuntoutujien työllistymistä ja sitä tukevia palveluja. Luvussa pohdin sekä työn merkitystä yleisesti että sen merkitystä erityisesti mielenterveyskuntoutujille. Tässä käsittelen myös työllistymisvalmiuksia, jotka usein heikkenevät sairauden tai pitkään työstä poissa olon vuoksi.

Neljännessä luvussa esittelen tutkimustehtävän ja kohderyhmän sekä aineistonkeruun menetelmän ja aineiston analyysin. Tässä luvussa pohdin myös tutkimuksen etiikkaa erityisesti kohderyhmän ja heidän arkaluontoisten asioidensa ja terveydentilansa kannalta. Viides luku käsittelee tutkimustuloksia. Olen jaotellut tulokset teemoittain, joista keskeisimmiksi nousevat tutkimukseni pääkohteena olevat työhön ja toimintaan liittyvät asiat. Hyvin läheisesti kuntoutumisen kokonaisuuteen liittyy myös avohoito ja esimerkiksi tuetun asumisen ohjaajien tuki. Sosiaaliset verkostot ja vapaa-ajan harrastukset ovat tärkeitä normaalin arkielämän osa-alueita, jotka eivät mielenterveyskuntoutujilla aina kuitenkaan ole ihan järjestyksessä, tai niissä on toivomisen varaa. Yhtenä tärkeänä teemana haastatteluista nousi esille myös toimeentulo ja asuminen, jotka kaikilla haastatelluilla olivat sillä hetkellä järjestyksessä.

Johtopäätökset-luvussa kokoan tulokset ja pohdin niiden merkitystä mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessissa. Peilaan esille tulleita asioita nykyisiin kuntoutusprosessin suunnittelun käytäntöihin ja etsin mahdollisia kehittämiskohtia esille tulleiden kuntoutujien kokemusten ja toteutuneiden asioiden ja kehittämis ehdotusten kautta.

2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA NIIDEN KUNTOUTUS

2.1 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden käsite on laaja-alainen eikä sen tarkka määrittäminen ole helppoa. Se on lisäksi sidoksissa eri yhteiskunnissa ja kulttuureissa vallitseviin normeihin. Mielenterveyden kehittymiseen vaikuttavat muun muassa perimä, varhainen vuorovaikutus, elämän kokemukset, sosiaalinen verkosto ja elämäntilanteen kuormittavuus. (Toivio & Nordling 2013, 60–61.) Mielenterveyden monia puolia voidaan kuvata eri tavoilla. Esimerkiksi Roti ja Ihanus (1997) ovat koonneet muutamien tunnettujen tutkijoiden määritelmiä mielenterveyden käsitteestä: Sigmund Freudin mukaan mielenterveys on ”kyky tehdä työtä ja rakastaa”; Heinz Hartmann sanoo sen olevan ”onnistunut sopeutuminen keskimääräiseen odotettavissa olevaan ympäristöön”; Erich Fromm on puolestaan kuvannut mielenterveyttä ”itsensä toteuttamiseksi ja tuotteliaisuudeksi”; Erik H. Eriksonin mukaan se on ”positiivinen ja eheä minäkuva, joka vastaa todellisuutta” ja Viktor Franklinin sanoin ”riittävä määrä tarkoitusta yksilön elämässä”. (mt. 9.)

Mielenterveyttä on määritelty myös niin, että se on yksinkertaisesti mielensairauden puuttumista tai sopeutumiskykyä. Sen voidaan katsoa liittyvän myös elämänlaatuun, tai sitä voidaan tarkastella prosessina, johon myös vuorovaikutussuhteet vaikuttavat. Mielenterveyttä voidaan kuvata toimintakykyisyytenä ja tavoitteellisena asiana. Se on subjektiivinen ja arvosidonnainen käsite, sitä voidaan pitää myös uusiutuvana voimavarana elämässä tapahtuvien muutosten ja kriisien keskellä. (Roti ja Ihanus 1997, 9–10.)

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä ja niiden etiologia on hyvin moninaista. Niitä ovat muun muassa psykoosit, mielialahäiriöt, pelot ja ahdistuneisuus, poikkeavat psyykkiset reaktiot, erilaiset oireyhtymät sekä päihdehäiriöt. Useimpien mielenterveyden häiriöiden aiheuttajina voivat olla sekä somaattiset että psyykkiset syyt, lisäksi ne saattavat olla sidoksissa myös erilaisiin sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Perinnölliset tekijät vaikuttavat altistavasti moniin mielenterveyden häiriöihin, lisäksi vaikutusta on sekä yksilönkehityksellä että ympäristötekijöillä. Voidaankin sanoa, että

psykykinen sairastuminen syntyy monien tekijöiden yhteisvaikutuksena. Mielenterveyden häiriöihin liittyy myös toiminta- ja työkyvyn alentumista ja elämän laadun heikkenemistä. (Lönnqvist & Lehtonen 2013, 13–16.)

Joukamaan, Lönnqvistin ja Suvisaaren (2013, 630) mukaan mielenterveyden häiriöistä kärsii joka viides aikuinen suomalainen. Heistä vain viidesosa on riittävässä hoidossa ja yli puolet ilman mitään hoitoa. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan nuorista aikuisista (18–29-vuotiaat) 12 % kertoi saaneensa asiantuntija-apua mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi. Yleisimpänä ongelmana oli masennus, seuraavina ahdistus ja sosiaaliseen tai muuhun elämäntilanteeseen liittyvät syyt (Alha & Pirkola 2006, 53.) Mielenterveyden häiriöt ovat suuri ongelma maailmanlaajuisestikin. Ne aiheuttavat työkyvyttömyysjaksojen ja hoitomaksujen sekä niiden seurannaisilmiöiden vuoksi kustannuksia niin yhteiskunnalle, yksilölle kuin työnantajallekin. (Huxley 2001, 367).

Vuonna 2011 tehdyssä terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin liittyvässä tutkimuksessa todettiin, että psykykinen kuormittuneisuus oli yli 30-vuotiaiden suomalaisten keskuudessa vuoteen 2000 verrattuna vähentynyt, sen sijaan masennushäiriöiden yleisyys oli pysynyt samana. Alkoholihäiriöt olivat samalla ajanjaksolla vähentyneet, myös työuupumus oli hieman vähentynyt samoin kuin mielialan ja käyttäytymisen runsas vuodenaikaisvaihtelu. Tutkimukseen oli kutsuttu mukaan aiemmin vuonna 2000 tehtyyn tutkimukseen kutsutut väestöä edustavat henkilöt. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012; Pirkola & Lönnqvist 2002, 53.)

Jouko Lönnqvist (2005, 178) mainitsee mielenterveysongelmista depression merkittäväksi ongelmaksi suomalaisessa yhteiskunnassa sen yleisyyden takia. Muita keskeisiä mielenterveyden sairauksia ovat skitsofrenia ja päihderiippuvuus sekä dementiaan liittyvät ongelmat. Hän mainitsee myös ahdistuneisuushäiriöt ja työuupumuksen. Länsimaissa mielenterveyden häiriön sairastaa koko elämänsä aikana vähintään joka kolmas. Varsinaisten mielisairauksien, psykoosien esiintyvyydeksi on arvioitu ainakin 2 % väestöstä.

Masennustila on mielenterveyden häiriö, joka voidaan luokitella oireiden laadun, vaikeusasteen ja keston perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan sekä psykoottiseen tilaan. Hetkellinen masennus on normaali tunnetila ja luonnollinen, terve reaktio muun

muassa erilaisiin elämässä tapahtuviin menetyksiin ja muutoksiin. Masentuneisuus voi muuttua vallitsevaksi ja kestoaltaan pitkäksi, jopa kuukausia tai vuosia kestäväksi tunnetilaksi. Se liittyy usein myös muihin mielenterveyden häiriöihin tai fyysisiin sairauksiin. Masennus on yleinen, ja erityisesti selvästi yleisin nuorten mielenterveyden häiriö. Tutkimusten mukaan 10–20 % suomalaisista kokee elämänsä aikana ainakin yhden vaikean masennusjakson. Masennusta on todettu esiintyvän enemmän naisilla kuin miehillä. Sitä hoidetaan sen vaikeusasteesta riippuen keskustelu-, lääke- tai jopa sähköhoidolla tai näiden yhdistelmällä. (Lönqvist 2005, 180; Pirkola & Lönqvist 2002, 53; Toivio & Nordling 2013, 178–194.) Sairaalahoitoon päätyneillä henkilöillä masennustila on luonnollisesti vaikea ja/tai siihen liittyy muitakin mielenterveyden häiriöitä.

Psykoosit (skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottistasoinen masennus, alkoholipsykoosi ja synnytyspsykoosi) ovat mielenterveyden vaikeimpia häiriöitä. Psykoosiin sairastuneilla henkilöillä todellisuudentaju on heikentynyt ja heillä on usein ääniharhoja ja muita harha-aistimuksia sisäisen ja ulkoisen ympäristön sekoittuessa kaoottisesti. Myös sairautentunnottomuus on yleinen piirre, joka vaikeuttaa sairauden hoitoa ja hoitoon sitoutumista. Psykoosien akuuttivaiheet vaativat usein sairaalahoitoa ja sen jälkeen pitkäkestoista avo- ja lääkehoitoa. Psykoosilla on merkittäviä vaikutuksia henkilön toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun yleisestikin. Niihin liittyen sosiaalisen tuen tarve on huomattava, ja se koskee sekä henkilön lähiympäristöä, läheisiä että hoitojärjestelmää. Tunnetuin psykoosin muoto on *skitsofrenia*. Skitsofreniaa esiintyy maailmanlaajuisesti noin yhdellä prosentilla, Suomessa luku on hieman suurempi. Skitsofrenian esiintyvyyden erot selittyvät perinnöllisillä tekijöillä 80 %:sti, loput selittyvät ympäristöön liittyvillä tekijöillä. Riski sairastua skitsofreniaan on suurin nuorilla aikuisilla. Skitsofreniaan sairastuvuudessa on eroja alueellisesti. (Lönqvist 2005, 181–182; Toivio & Nordling 2013, 195.)

Skitsofreniasairaudet voidaan jakaa viiteen päämuotoon:

1. Hajanainen eli hebefreeninen muoto puhkeaa yleensä nuoruusiässä. Siihen liittyy laajaa hajanaisuutta, ja sosiaalista välinpitämättömyyttä, vetäytymistä sosiaalisista kontakteista, kuuloharhoja sekä eriskummallisia ajatuksia ja puhumista. Myös itsestä ja asioiden hoitamisesta huolehtimisen kyky laskee. Sairauden aktivoituminen johtaa yleensä sairaalahoitoon.

2. Paranoidiseen muotoon liittyy erilaisia harhaluuloja, esimerkiksi vainoamis- ja suuruusharhoja sekä harha-aistimuksia. Ääniharhat ovat usein uhkaavia, vaativia tai syyttäviä. Harhaluuloisuus voi vaihdella kapeasta vain tiettyyn rajattuun kohteeseen liittyvästä harhaluulosta laaja-alaiseen harhaisuuteen.

3. Katatoninen muoto tarkoittaa häiriötä sairastuneen liikkeissä; se voi olla esimerkiksi jähtymistä tiettyihin asentoihin. Kosketus ulkomaailmaan voi olla häiriintynyt niin, että sairastunut on puhumaton ja elää täysin omassa maailmassaan.

4. Residuaalinen muoto on skitsofrenian passiivinen muoto. Sairastunut voi olla vetäytyvä, hänellä voi olla harhaluuloja ja outoa toimintaa, mutta sairauden oireet eivät tule aktiivisesti esille. Tämä muoto liittyy usein kroonistuneeseen vaiheeseen.

5. Erilaistumaton muoto sisältää erilaisia edellä mainittuja piirteitä, mutta sairastunut ei ole luokiteltavissa mihinkään aiemmista luokista. Tähän muotoon voi sisältyä mielenkiinnon sammumista työhön ja harrastuksiin, vetäytymistä kontakteista ja kyvyttömyyttä huolehtia itsestä. Yleispiirteenä on passiivisuus. (Lähteenlahti 2008, 194–195; Toivio & Nordling 2013, 196–197.)

Skitsofrenian hoidossa käytetään sekä lääkehoitoa että psykososiaalisia interventioita keskusteluineen. Hoidon suunnittelussa on hyvä huomioida yksilölliset edellytykset ja tarpeet, hoito on yleensä pitkä ja monipuolinen. Sairastuneiden ja heidän läheistensä aktiivinen mukana olo hoidossa on erittäin tärkeää. (Toivio & Nordling 2013, 201.)

Päihdehäiriöistä yleisin on ollut alkoholiriippuvuus, jota ”Terveys 2000-tutkimuksen” mukaan työikäisistä miehistä oli 7 %:lla ja naisista 2 %:lla. Alkoholi on ollut pitkään tärkein päihdyttävä aine Suomessa mielenterveyden edistämisen ja häiriöiden ehkäisyn kannalta. Huumausaineiden käyttäjien määrä on kuitenkin ollut kasvussa. (Lönqvist 2005, 182–183; Pirkola & Lönqvist 2002, 53.) Myös päihteistä aiheutuneet psykoosit ovat lisääntyneet.

Persoonallisuushäiriö on henkilöllä, jolla on pitkäaikaisesti ja toistuvasti joustamattomia ja haitallisia käyttäytymismalleja, jotka poikkeavat kulttuurin sisäisistä normeista merkittävästi. Tällainen henkilö ei pysty huomioimaan muita riittävästi eikä toimimaan erilaisissa tilanteissa niiden edellyttämällä tavalla. Persoonallisuushäiriöihin liittyy usein myös ahdistusta ja sosiaalista haittaa sekä jatkuvaa epävarmuutta ja kohtuuttomia pelon tunteita. (Toivio & Nordling 2013, 160.)

Virallisen tilastoraportin mukaan psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita käytti Suomessa lähes 163 000 henkilöä. Sairaalahoidossa oli ollut lähes 28 000 potilasta, hoitojaksoja vajaa 40 000. Avohoidossa kävijöitä oli noin 160 000. Potilaiden sukupuolijakauma vaihteli ikä- ja diagnoosiryhmittäin. Työikäisistä suurin osa oli miehiä, kuitenkin 15–25-vuotiaissa naisten osuus oli suurempi. Yleisin osastohoitoa vaativa psykiatrinen sairaus oli miehillä skitsofrenia, naisilla masennus. Alkoholin, lääkkeiden ja päihteiden käytön vuoksi osastohoidossa olleista oli miehiä enemmän kuin naisia. Keskimääräinen osastohoito vuonna 2012 kesti 34 päivää, 74 % hoitojaksoista oli alle kuukauden mittaisia. Yli vuoden pituiset hoitojaksot olivat harvinaisia, vain vajaa prosentti kaikista hoitojaksoista. (Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2012, 2014, 1–6.)

2.2 Mielenterveyskuntoutus

Psykiatrinen kuntoutus, josta nykyisin käytetään nimitystä mielenterveyskuntoutus, on kehittynyt laitoshoidopainotteisuudesta avohoidon suuntaan 1960-luvulta alkaen pääpainon ollessa lääketieteellisellä puolella sosiaalisen osuuden jäädessä vähemmälle. Psykiatrasta kuntoutusta on aiemmin kehitetty osana sairaalassa tapahtuvia toimintoja, jolloin moniammatillisuus ja tiimityö ovat painottuneet. Potilas on palvelujen piirissä pitempään kuin vain sairauden akuuttivaiheen ajan, mikä mahdollistaa pitkäjänteisemmän pohdinnan, suunnittelun ja harjoittelun. (Vilkkumaa 2012, 29; Lähteenlahti 2008, 197.)

Sairaalahajon aikana potilas voi konkreettisesti harjoitella uusia toimintatapoja ja hän saa siihen tukea ja ohjausta henkilökunnalta. Tarvittaessa hän saa myös tietoa sairaudestaan ja lääkityksestään tavoitteena hoidon ja kuntoutuksen merkityksen ymmärtäminen. Tiiviin päivittäisen seurannan avulla myös lääkitys voidaan sovittaa tarpeenmukaiseksi. Hajon aikana voidaan hyödyntää ryhmätoimintaa ja vertaistukea sekä käyttää henkilökunnan asiantuntemuksen lisäksi kokemusasiantuntijoita. Lisäksi arvioidaan potilaan selviytymistä sairaalahajon jälkeen, hänen mahdollista tuen tarvettaan, suunnitellaan jatkohoitoa ja sovitaan siitä.

Lehtinen ja Taipale (2005, 362–363) sekä Toivio ja Nordling (2013, 340) toteavat, että psykiatriset palvelut muuttuivat rakenteellisestikin 1980–90-lukujen aikana; sairaansijat ja hoitopäivät vähenivät huomattavasti, psykiatriset sairaalapaikat olivat hoidon painottuessa avohoitoon vähentyneet 1980-luvulta alkaen peräti 75 %. Hoidettavien potilaiden määrä oli kuitenkin pysynyt suunnilleen ennallaan. Pitkäaikaisten sairaalapotilaiden määrä vähentyi vuosien 1991–2003 aikana alle kolmasosaan, tosin osa psykiatrisen diagnoosin saaneista on hoidettu muissa kuin psykiatrisissa sairaaloissa (mm. dementiaa sairastavat). Suuri muutos psykiatrisen avohoidon osalta 1990-luvulla oli toiminnan siirtäminen kunnille, jotka ovat toteuttaneet sitä joko omana toimintanaan, ostaneet sen sairaanhoitopiiriltä tai yhdistäneet kahta edellä mainittua. Toimintaa on kehitetty myös erilaisten kehittämishankkeiden kautta.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa osastohoitopäivät ovat edelleen kymmenen vuoden (2002–2012) kuluessa vähentyneet 29 % ja hoitojaksot 23 %. Vuosien 2006–2012 aikana avohoidon käynnit lisääntyivät 30 % ja potilasmäärä 22 %. (Psykiatrasta erikoissairaanhoidoa... 2014, 1.)

Vaikka muutoksia sairaalahoidon vähentämisen suuntaan tapahtui 1990-luvulla, samanaikaisesti resursseja ei suunnitelmien mukaisesti kuitenkaan riittänyt avohoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen ja järjestämiseen. Palvelurakenteen ollessa pirstaleista kuntoutujan on vaikea löytää itselleen sopivaa kuntoutuskokonaisuutta. Erityisesti ongelma on sekä mielenterveys- että päihdeongelmista kärsivillä kuntoutujilla, joiden hoitovastuu on epäselvä. Vasta viimeisimmän vuosikymmenen kuluessa psykiatrasta kuntoutusta on kehitetty avohoidossa. Varsinkin kolmannella sektorilla on kehitelty muun muassa tuettua työllistämistä, klubitaloitointia, tuki- ja palveluasumista, kuntoutuskursseja sekä omaisten sopeutumisvalmennuskursseja. (Lähteenlahti 2008, 191–192, 197; Toivio & Nordling 2013, 340; Vilkkumaa 2012, 29.)

Mielenterveystyön perustana on mielenterveyslaki (1990/1116). Sen mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Tavoitteena on myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveyshäiriöiden ennalta ehkäisemiseksi ja mielenterveystyön edistämiseksi. Mielenterveyspalveluissa oleellista on eri sektoreiden ja hallinnonalojen

yhteistyö. Työryhmän muodostavat eri alojen asiantuntijat, joita voivat olla mm. psykiatri, psykologi, sosiaalityöntekijä, erikoissairaanhoidaja, mielenterveyshoitaja ja toimintaterapeutti. Mielenterveystyöhön, ja erityisesti hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa työryhmään voi osallistua myös esim. työhönsijoitukseen ja ammatinvalinnanohjaukseen perehtyneitä henkilöitä. (Lehtinen & Taipale 2005, 361; Aché ym, 1981, 21). Työelämään suuntaavaa toimintaa voidaan suunnitella niin avo- kuin laitoshoidonkin aikana yksilöllisestä tilanteesta riippuen.

Mielenterveyslaki (1990/1116) määrittelee mielenterveyspalvelut sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiksi, jotka on tarkoitettu mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettaviksi. Palveluiden kokonaisuus sisältää erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteydessä annettavat mielenterveyspalvelut sekä yksityisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin tarjoamat palvelut. Mielenterveyspalvelut kuuluvat mielenterveystyöhön, jonka tavoitteena on sekä edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kehittymistä että ehkäistä, parantaa ja lievittää mielisairauksia ja mielenterveyden häiriöitä. Lisäksi mielenterveystyön tavoitteena on myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntymistä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Kun mielisairaus todetaan, laki ohjaa toimimaan tietyllä tavalla. Vahvin kontrolli tarkoittaa tahdosta riippumatonta hoitoa eli tehdään pakkohoitopäätös (Toivio & Nordling 2013, 61). Tällöin puhutaan sairaalahoidosta, jota tarjotaan keskussairaaloiden psykiatrisissa yksiköissä tai erillisissä psykiatrisissa sairaaloissa. Kaikki psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavat ja kuntoutettavat potilaat eivät ole pakkohoidossa, vaan heidän hoitosuhteensa voi perustua vapaaehtoisuuteen. Tällöinkin heidän katsotaan tarvitsevan tiivistä laitoshoidoa, ja avohoito arvioidaan tilanteesta riittämättömäksi.

Ensisijaisesti ja aina mahdollisuuksien mukaan mielenterveyspalvelut on kuitenkin järjestettävä mielenterveyslain (1990/1116, 4 §) mukaan avopalveluina. Avopalvelut järjestetään perusterveydenhuollossa, pitkittyneet tai vaikeat mielenterveysongelmat hoidetaan psykiatristen sairaaloiden avohoitoyksiköissä eli mielenterveystoimistoissa tai psykiatrian poliklinikoilla. Lisäksi pyrkimyksenä on tukea niin itsenäistä suoriutumista kuin oma-aloitteista hoitoon hakeutumistakin. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Terveystenhoitojärjestelmä tarjoaa monentasoista hoitoa ja kuntoutusta henkilöille, joilla on erilaisia mielenterveyden häiriöitä. Pakkohoitoa lukuun ottamatta hoito ja kuntoutus on vapaaehtoista ja perustuu henkilön omaan motivaatioon ja sitoutumiseen. Aina hoidon ja kuntoutuksen yksilöllinen tarve ja olemassa olevat palveluresurssit eivät kuitenkaan kohtaa, mikä voi johtaa sovittua avohoitoa tukevampien palvelujen tarpeeseen. Sairaalahoidon ja avohoidon välinen ero voi myös joissakin tilanteissa olla hyvistä jatkosuunnitelmista huolimatta liian suuri; tiiviin tuen jälkeen on selviydyttävä pääosin itsenäisesti.

Psykiatrinen kuntoutus voidaan jakaa varsinaisiin psykooseihin (skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö) kohdistuvaan kuntoutukseen ja lievempiasteisten psyykkisten häiriöiden kuntoutukseen. Kuntoutuksen tavoitteena on sairauden hallinta, elämänhallinta kokonaisuudessaan sekä omatoimisuuden lisääminen. (Lähteenlahti 2008, 191.)

Riikonen (2008) toteaa, että kuntoutuksen tavoitteena on vähentää ja ehkäistä vajaakuntoisuutta. Johtuen siitä, että ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, kuntoutuksen käsite liittyy fyysisen ja psyykkisen suorituskyvyn lisäksi sosiaalisen osallisuuden kokemiseen ja motivaation ja kiinnostuksen sekä elinvoiman uudelleen löytämiseen. Syrjäytyminen, vieraantuminen, eristäytyminen, passiivisuus ja aloitteellisuuden väheneminen ovat asioita, joihin pyritään kuntoutuksen avulla vaikuttamaan. Voimavarasuuntautuneisuus on tärkeää erityisesti mielenterveyskuntoutuksessa. Siinä voidaan puhua kolmesta tasosta; yksilölliset voimanlähteet, sosiaaliseen vuorovaikutukseen sisältyvät voimanlähteet ja yhteiskunnan voimavarat. (emt. 158–162.)

Järvikosken ja Härkäpään (2008, 57) mukaan kuntoutuksella on nykyään yleisemmät tavoitteet aiempien työllistymistavoitteiden sijaan. Niitä ovat parempi toimintakyky, sosiaalinen integraatio, itsenäisyys, elämänhallinta ja elämänlaadun kohentuminen. Kuntoutuksessa on tärkeää asiakaslähtöisyyden lisäksi kuntoutujan osallisuus omaan kuntoutumiseensa ja sen oppimiseen. Hän joutuu kuntoutusprosessin aikana käsittelemään omaa elämäänsä ja tulevaisuuttaan hyvin tiiviisti.

Lähteenlahti (2008, 201–202) on jakanut kuntoutusprosessin neljään vaiheeseen. Sitoutumisen vaiheen eli kuntoutumisvalmiuden herättämisen tavoitteena on omien kuntoutumistarpeiden tunnistaminen, motivoituminen muutokseen ja sitoutuminen kuntoutukseen. Aktiivisen työskentelyn vaiheessa keskitytään tiettyyn tavoitteeseen, esimerkiksi sairaudenhallintaan, arkielämän valmiuksiin tai työhön suuntautumiseen. Vaihe sisältää tehtävän mielekkyyden säilyttämiseksi määräaikaista ja tavoitteellista osioita. Kolmantena vaiheena on seurantaan siirtymisen vaihe eli irrottautumisvaihe siinä vaiheessa, kun valmiudet on arvioitu riittäviksi kevyemmän tuen avulla selviytymiseen. Viimeisenä tulee seurannan vaihe eli kuntalaisena eläminen. Tätä varten tulisi arvioida riittävä tuki peruspalvelujen piirissä selviytymiselle muun muassa lääkeshoidon ja kriisien hallinnan suhteen.

Kuntoutuksen tavoitteena voidaan Lähteenlahden (2008, 201) mukaan pitää useita asioita, muun muassa kykyjen ja taitojen parantamista, ympäristön käyttöä ja hallintaa, konkreettisten ongelmien ratkomista sekä työtä ja tekemistä, joka sisältää myös ammatillisten tai toiminnallisten kykyjen parantamisen. Työnä voidaan ymmärtää laajasti myös mm. kotiin liittyvät työt, päivätoiminta ja suojatyö sekä erityisesti nuorten kohdalla opiskelu. Toivon ja motivaation lisääminen sekä kuntoutuksen oikea-aikaisuus ovat myös tavoiteltavia asioita.

Vilkkumaa (2012, 29–40) näkee kuntoutuksen tavoitteena pitkäaikaissairaana tai vammaisen osallisuuden lisäämisen, johon muun muassa työ kuuluu yhtenä osa-alueena. Myös Mäkitalon, Suikkasen, Ylisassin ja Linnakankaan (2008, 522–524) mukaan työikäisten työhön liittyvän kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita ovat työllistyminen, työhön palaaminen tai työssä pysyminen. Tähän kuntoutukseen liittyy läheisesti myös työmarkkinoilla tapahtuvat muutokset; esim. lisääntyvä epävarmuus, työhön osallistumisen uudet muodot, erilaisten työmarkkina-asemamuutosten ja siirtymien määrän kasvu, työtilanteiden vaihtumiset ja työntekijöiden ikääntyminen. Työikäisten kuntoutustarpeet tulevat tulevaisuudessa entistä enemmän riippumaan työmarkkinoiden nopeista muutoksista, osaamisen alueiden jatkuvasta kasvusta ja tiedollisen perustan lyhyemmistä elinkaarista. Työmarkkinat ovat entistä epävakaita, työelämään pääsy on vaikeutunut, varsinkin ilman koulutusta olevien nuorten kohdalla.

Kuntouttavasta työtoiminnasta säädetyn lain (2001/189) tavoitteena on parantaa pitkään työttömänä olleen henkilön työllistymismahdollisuuksia ja edistää osallistumismahdollisuuksia mm. koulutukseen ja julkiseen työvoimapalveluun. Kuntouttavan työtoiminnan tavoitteena on myös elämänhallinnan parantaminen. Järvikosken & Härkäpään (2008, 57) mukaan kuntoutuksella on nykyään yleisemmät tavoitteet aiempien työllistymistavoitteiden sijaan. Niitä ovat parempi toimintakyky, sosiaalinen integraatio, itsenäisyys, elämänhallinta ja elämänlaadun kohentuminen. Kuntoutuksessa otetaan aiempaa paremmin huomioon kuntoutujan omat tavoitteet ja sitoutuminen tehtyihin suunnitelmiin. Se edesauttaa suuresti suunnitelmien toteutumista ja ehkäisee uusien ongelmien syntymistä.

Mielenterveyskuntoutus alkaa usein liian myöhään. Mielenterveyskuntoutusta tarvitsevat ovat keskimäärin nuorempia kuin muiden sairauksien vuoksi kuntoutusta hakevat. Eroa on myös sen suhteen, että mielenterveyspotilaiden kuntoutuksen tulisi alkaa huomattavasti aiemmin kuin muiden sairauksien. Kuntoutuksen viivästyminen voi johtaa pitkiin työkyvyttömyysjaksoihin. (Pylkkänen ja Moilanen 2008, 177.)

Psykiatrinen kuntoutus on pitkäkestoinen prosessi, jonka laajana tavoitteena on potilaan elämänlaadun parantaminen ja itsetunnon vahvistaminen. Se on kokonaisvaltaista sisältäen psyykkisen ja fyysisen puolen sekä ammatillisten valmiuksien parantamisen. Kuntoutussuunnitelma sisältää kokonaisvaltaisesti kuntoutujan nykytilan ja tavoitteet. Se on myös kirjallinen sopimus kuntoutumisen etenemisestä ja sitoutumisesta yhteiseen päämäärään. (Lähteenlahti 2008, 199.) Riikonen (2008, 162) toteaa kuntoutuksen olevan eräänlaista toimintakykyä palauttavaa työtä, joka on myös sidoksissa työn maailmaan ja työn arvostukseen.

2.3 Kuntouttava sosiaalityö mielenterveyskuntoutujien parissa

Sosiaalityö voidaan jakaa työorientaatio- ja erikoistumisperusteiden mukaan ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen, kuntouttavaan sosiaalityöhön, yhteisötyöhön ja rakenteelliseen sosiaalityöhön. Tavoitteena on edellytysten luominen asiakkaan

ongelmien ratkaisemiseksi, psykososiaalisen kuntoutumisen tukeminen ja kohentuneen elämäntilanteen vakiinnuttaminen erilaisia työmenetelmiä käyttäen (esimerkiksi yksilö- ja ryhmätyö, psykososiaalinen työ, palveluohjaus). Tärkeää työskentelyssä on myös ennalta ehkäisevän ja ongelmia korjaavan näkökulman esillä olo. (Kemppainen, Pohjola, Koskinen & Urponen 1998, 25; Kananoja, Lähteinen & Marjamäki 2011, 149.)

Aikuissosiaalityöhön sisältyy monenlaisia asioita, mm; toimeentulo ja taloudellinen tilanne, koulutus ja työ, asuminen, terveys, kuntoutuminen, erilaiset kriisit sekä edellä mainittuihin asioihin liittyvä ohjaus ja neuvonta. Kuntouttamiseen on koko 2000-luvun ajan kiinnitetty erityistä huomiota ja siitä on tullut aikuissosiaalityön keskeinen kehitettävä menetelmä. Sen tavoitteena on ollut huomion kiinnittäminen erityisesti syrjäytymisen ja elämänhallinnan vaikeuksiin ja kokonaistilanteen kohentaminen, ei ainoastaan työllistymisen mahdollisuuksien parantamiseen tähtäävä toiminta. (Liukko 2006, 20–21; Juhila 2008, 20–23.)

Käsite ”kuntouttava sosiaalityö” on peräisin Aulikki Kananojan selvityksestä, joka pohjautui eri projektien syrjäytymistä ehkäiseviin toimintamalleihin. Olennaisia piirteitä siinä ovat asiakaslähtöisyys, tavoitteellisuus ja asiakkaan vahvistaminen omassa elämäntilanteessaan. Sen pohjana on asiakkaan ja sosiaalityöntekijän yhteinen työskentely, joka edellyttää pääsääntöisesti myös asiakkaan omaa motivaatiota. Tavoitteena on saada aikaan muutosta asiakkaan elämäntilanteessa tai toimintaedellytyksissä vahvistamalla asiakkaan toimintakykyä ja itsenäistä vastuuta. (Kananoja 1997; 36–43,73.)

Aikuissosiaalityön ja kuntouttavan sosiaalityön kehittäminen ja kehittyminen on ollut sidoksissa erilaisiin aktivoiviin toimiin, kuntouttavaan työtoimintaan ja työllistämishankkeisiin, joita on toteutettu erityisesti 1990- ja 2000-luvuilla. Näissä työtä on pitkälti mietitty työllistettävien asiakkaiden näkökulmasta, ja niiden puitteissa on kehitelty uusia asiakkaiden valtaistamiseen pyrkineitä työskentelymalleja. Tärkeää on ollut ymmärtää, että kuntouttava sosiaalityö on orientaatioltaan laaja ja hyödyntää empowerment-tyyppistä, moniammatillista työtapaa ja verkostoitumista. (Tuusa 2005, 40; Kananoja ym. 2011, 217–218.)

Elämänhallinnan parantamisen ohella kuntouttava sosiaalityö pyrkii ehkäisemään syrjäytymistä, tukemaan asiakkaiden itsenäisiä ja myönteisiä arjen elämänvalintoja sekä

huomioimaan huono-osaisuuden ja työttömyyden seurauksineen. Usein käsitellään myös toimintakykyä ja työelämää sekä niihin liittyvien valmiuksien parantamista. Kuntouttava sosiaalityö on osallistavaa ja moniammatillisuutta hyödyntävää työtä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; Sosnet.)

Kuntouttavaa sosiaalityötä tarvitaan monella sosiaalityön alueella, esim. mielenterveys- ja kuntoutustyössä sekä terveydenhuollossa. Sitä voidaan käyttää erilaisissa elämäntilanteissa, joissa asiakkaiden tai ryhmien toiminta on vaikeutunut tai vaikeutumassa. Kuntouttavan sosiaalityön (empowering social work) peruseriaatteita ovat mm. voimavarakeskeisyys, täysivaltaisuus, osallisuus, vastuullisuus ja elämän näköalojen avaaminen. Kuntouttavan sosiaalityön pyrkimyksenä on saada aikaan muutos yksittäisen ihmisen kohdalla, hänen ympäristössään ja koko yhteiskunnassa. Kuntouttava sosiaalityö on laaja-alaista työtä yli erikoisalojen, ja voi siten myös hyödyntää moniammatillisia työkäytäntöjä. (Kananoja ym. 2011, 220; Sosnet.)

Muutokseen pitkäjänteisen työskentelyn avulla pyrkivä ja moniammatillista työskentelyä hyödyntävä sosiaalityö on erittäin tärkeää mielenterveyspotilaiden kuntoutuksessa ja erityisesti jatkosuunnitelmia tehtäessä. Potilaiden omatoimisuuteen ja itsenäisyyteen kannustava toiminta luo pohjaa heidän omaehtoiselle selviytymiselleen myös sairaalajakson jälkeen.

2.4 Taloudellinen selviytyminen ja sen merkitys kuntoutumisessa

Suomen perustuslain (1999/731) mukaan jokaisella on oikeus hankkia toimeentulonsa työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Työttömyyden, sairauden ja työkyvyttömyyden aikana jokaisella on oikeus perustoimeentuloturvaan sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Työttömyysturvalaki (2002/1290) turvaa työttömän työnhakijan mahdollisuudet hakea työtä ja parantaa mahdollisuuksiaan päästä työmarkkinoille perustoimeentulon avulla. Toimeentulona voidaan maksaa ansiopäivärahaa, peruspäivärahaa tai työmarkkinatukea. Sairauspäivärahaa maksetaan työkyvyttömyyden aiheuttaman ansionmenetyksen korvaamiseksi tietyin edellytyksin sairausvakuutuslain (2004/1224) mukaisesti. Oikeus päivärahaan on ajalta, jolloin henkilö ei pysty tekemään työtä sairautensa vuoksi. Mikäli

työkyvyttömyys jatkuu, voidaan hakijalle myöntää kuntoutustuki eli määräaikainen eläke tai pysyvä eläke. Kuntoutuksen aikana on mahdollisuus saada kuntoutusrahaa (Laki Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 2005/566).

Kunnan velvollisuuksiin kuuluu toimeentulotuen järjestäminen (Sosiaalihuoltolaki 1982/710). Se on viimesijainen toimeentulon muoto, jonka tarkoituksena on turvata hakijan välttämätön taloudellinen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Oikeus toimeentulotukeen on, jos ei voi saada toimeentuloaan esimerkiksi työn tai muiden etuuksien kautta. Jokaisella on kuitenkin velvollisuus kykynsä mukaan pitää huolta itsestään ja elatuksestaan. Työikäisen henkilön velvollisuus on myös olla ensisijaisesti työnhakijana, ellei siihen ole laissa määriteltyjä rajoituksia. (Laki toimeentulotuesta 1997/1412.)

Useiden mielenterveyskuntoutujien toimeentulo on heikko, monet heistä ovat työttömiä. Osittain sairaudestakin johtuen raha-asiat on voitu hoitaa huonosti jo pitkään. Joillakin on paljon maksamattomia velkoja ja ulosottoja, joillekin on määrätty edunvalvoja hoitamaan heidän taloudellisia asioitaan. Kun sairaus johtaa työkyvyttömyyteen ja sairauspäivärahan hakemiseen, tulee toimeentulon saamiseen usein tauko, jolloin taloudellinen tilanne heikkenee entisestään. Sairauslomaa suositellaan yleensä ensin lyhyempi jakso, sen mahdollisesti jatkuessa on taas odotettava uutta päätöstä. Mikäli työkyvyttömyys jatkuu, vie kuntoutustuki- tai eläkepäättöksen saaminen vielä oman aikansa. Erilaisten päätösten ja rahojen odottelu lomakkeiden täyttämisineen ja epävarmuus asioiden järjestymisestä kuluttaa kaiken muun ohella kuntoutujien voimavaroja.

Mielenterveyskuntoutujien tulotaso jää usein alhaiseksi myös ennenaikaisen eläköitymisen vuoksi. Se vaikuttaa moniin muihinkin asioihin. Esimerkiksi rahaa ei ole riittävästi tarvittaviin hankintoihin ja harrastuksiin, osallistumismahdollisuuksien vähyys vaikuttaa sosiaalisten kontaktien vähenemiseen ja yksinäisyyteen ja edelleen psyykkistenkin voimavarojen vähentyessä itsestä huolehtiminen heikkenee. Vaikka köyhyys ei sinällään aiheuta mielenterveysongelmia, on alimpaan sosioekonomiseen ryhmään kuuluvilla moninkertainen riski sairastua psyykkisesti ylimpään ryhmään verrattuna. (Toivio & Nordling 2013, 334.)

Toivio ja Nordling (2013, 335) toteavat, että tutkimusten mukaan mielenterveyskuntoutujien asumisessa ja asumisen tuessa on toivomisen varaa. Tarvittavan tuen vähäisyys voi johtaa asunnottomuuteen ja sairaalahoitoon, asunnottomuus puolestaan vaikeuttaa kotiuttamista sairaalajakson jälkeen. Asumiseen liittyvä tuen tarve on yksilöllinen ja vaihtelee kuntoutumisen edetessä. Siksi olisi hyvä, jos käytettävissä on erilaisia ratkaisuja asumiseen liittyen ympärivuorokautisesta tuesta kotiin tarjottavaan yksilöllisen tarpeen mukaan mitoitettuun tukeen.

Asunnon hankkimiseen liittyy monenlaisia vaikeuksia. Asuntoa on vaikea saada vapailta markkinoilta, jos luottotiedoissa on merkintä tai jos ei ole mahdollisuutta maksaa vuokranantajan vaatimia takuuvuokria. Samoin, jos aiemmasta asunnosta on saatu hädät esimerkiksi käyttäytymisen, asunnon huonon hoitamisen tai maksamattomien vuokrien vuoksi. Tuetun asumisen paikkoja on rajoitettu määrä ja niihin vaaditaan kuntoutujan sitoutuminen tavoitteelliseen asumiseen ja päihteettömyyteen. Kaikille ei myöskään sovi yhteisössä asuminen.

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIENTYÖLLISTYMISEN TUKEMINEN

3.1 Työ- ja toimintakyky

Toimintakyky liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin. Lehdon (2004) mukaan sillä tarkoitetaan yksilön fyysisten, psyykkisten, kognitiivisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta asetettuihin odotuksiin. Odotukset voivat olla lähtöisin joko kotona selviytymisen edellytyksistä tai työn asettamista vaatimuksista. Se käsittää sekä normaaleista arkiaskareista että vaikeista haasteista selviytymisen. Toimintakykyä voidaan laajasti määritellä niin, että se on yksilön selviytymistä itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä arkisista toiminnoista omassa elinympäristössään. Toimintakyky on olemukseltaan suhteellista ja subjektiivista. Haitat, jotka seuraavat toimintakyvyn rajoituksista riippuvat sekä ihmisestä itsestään että myös tehtävistä ja toimintaympäristöstä. Toimintakykyä voidaan määrittää joko jäljellä olevana toimintakykynä (voimavaralähtöisyys) tai todettuina toiminnan vajeina. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; Lehto 2004, 18–20.)

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä fyysisesti päivittäisistä perustoiminnoista, arjen askareista, mielekkästä vapaa-ajan vietosta ja yhteydenpidosta sosiaalisen verkostonsa kanssa, työelämästä ja opiskelusta. Kognitiivinen toimintakyky liittyy mm. muistiin, keskittymiseen, ongelmien ratkaisuun ja toiminnanohjaukseen. Psyykinen toimintakyky käsittää elämänhallinnan ja yleisen tyytyväisyyden sekä psyykkisen hyvinvoinnin. Se auttaa selviytymään erilaisista älyllistä ja henkistä työskentelyä vaativista tehtävistä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Tärkeitä osa-alueita ovat osallistuminen ja elämän kokeminen mielekkääksi. Sosiaalisen toimintakyvyn edellytyksenä on myös fyysinen ja psyykinen toimintakykyisyys. (Terveiden ja...; Skitsofreniainfo.)

Sirpa Kannasoja (2013, 26) on väitöskirjassaan pohtinut laajasti sosiaalisen toimintakyvyn käsitettä. Toimintakykyä on usein tarkasteltu fyysisenä ja psyykkisenä osa-alueena, sen sijaan sosiaalisen toimintakyvyn osuus on jäänyt pieneksi ja siihen liittyvä keskustelu on

ollut hyvin hajanaista. Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn käsitteet ovat limittyneet toisiinsa ja niiden määrittäminen erillisiksi on ollut vaikeaa. Sen vuoksi onkin käsitteenä käytetty usein psykososiaalista toimintakykyä tai sosioemotionaalisia taitoja.

Kannasojan (2013) mukaan sosiaalisen toimintakyvyn käsitettä on yritetty määritellä useiden vuosikymmenten ajan, mutta siinä ei ole juurikaan edistytty. Vuonna 1983 järjestetyssä kansainvälisessä seminaarissa sosiaalisen toimintakyvyn käsite määriteltiin ”henkilön kyvyksi suoriutua erilaisista sosiaalisista tilanteista tyydyttääkseen tarpeensa ja oikeudeksi saavuttaa mahdollisimman antoisa yhteiskuntaan osallistuminen”. Sosiaalisen toimintakyvyn saavuttamista pidettiin sosiaalisen kuntoutuksen prosessin tavoitteena. Sosiaalisen kuntoutuksen määritelmä hyväksyttiin kansainvälisen järjestön Rehabilitation International:n kokouksessa vuonna 1986. (emt. 28.)

Kananoja ja Penttimäki (1984, 99–103) määrittelivät sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksiksi erityisesti rahan käytön, päivittäisen toiminnan, sosiaaliset suhteet ja tulevaisuuden suunnittelun. Myös koulutuksella, työllä, asumisella ja alkoholin käytöllä oli oma merkityksensä. Olennaista oli kuitenkin tietoisuus omasta itsestä ja toiminnasta.

Merkittävimmäksi toiminta- ja työkykyä heikentäväksi sairausryhmäksi Suomessa on todettu mielenterveyden häiriöt; kaikkiin psykiatrisiin oireyhtymiin liittyy jonkinasteinen toimintakyvyn heikkeneminen. Vaikka toimintakyvyn heikkeneminen liitetään yleensä ihmisen ikääntymiseen, pitkäkestoisiin psykooseihin, erityisesti skitsofreniaan, liittyy usein toimintakyvyn heikkenemistä jo aiemminkin iästä riippumatta. Psyykkisesti sairaat voivat itse joko ali- tai yliarvioida todellista toimintakykyään, jolloin toimintakyvyn objektiivinen ja yksilöllinen arviointi on tärkeää. Tukiverkostolla todetaan olevan merkittävä osuus yksilön toimintakyvyn ylläpidon kannalta. (Heikman, Katila & Kuoppasalmi 2004, 127–129.)

Työkyvyn perustana voidaan pitää ihmisen fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Siihen vaikuttaa myös se, minkälaista työ on ja mitä se vaatii, samoin ammattitaidolla on merkitystä työkykyä määriteltäessä. Työkyky ei pysy samana vuosien ajan, vaan se voi muuttua ajan kuluessa esim. fyysisen toimintakyvyn muuttuessa tai osaamisen ja ammattitaidon kehittyessä. Myös työn luonne ja mielekkyys vaikuttavat työkykyyn.

Työkyvyn määrittäminen ei ole yksiselitteistä, koska siihen on vaikuttamassa moni asia samanaikaisesti. (Työeläkelaitos.)

Kun arvioidaan työkykyisyyttä, on arvioitava fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäksi ihmisen ja työn yhteensopivuutta sekä mikä olisi työkyky toisenlaisissa tehtävissä. Työkykyyn on vaikuttamassa myös tasapaino ja yhteensopivuus työntekijän voimavarojen ja työn välillä. Henkilö voi olla työkyvytön yhdessä työssä tai ammatissa, mutta työkykyinen toisessa työssä. On myös huomioitava kuntoutuksen tai koulutuksen mahdollisuus työkyvyn säilyttämisessä ja arvioinnissa.

Työterveyslaitos esittää työkykyyn vaikuttavia asioita työkykytalon muodossa. Työkyvyn perustan muodostavat terveys ja toimintakyky, myös osaamisella on siinä suuri merkitys. Arvot, asenteet ja motivaatio vaikuttavat osaltaan työkykyyn ja sen kokemiseen. Työ, työolot, työyhteisö ja johtaminen tuovat oman lisänsä kokonaisuuteen. Myös ympäristötekijät; perhe, lähiyhteisö ja toimintaympäristö ovat viime kädessä vaikuttamassa työkykyyn. (Työterveyslaitos.) Kaiken kaikkiaan työkykyyn on siis vaikuttamassa hyvin monia osatekijöitä, joista usein kuitenkin nimenomaan terveydentilalla (eli työkyvyn perustalla) on suuri merkitys työssä selviytymiseen. Se on myös pohjana mahdollisten uusien työvaihtoehtojen miettimiselle.

Jorma Rantanen (2005, 60) toteaa, että työ voi tukea terveyttä ja toisaalta työn puute voi olla haitaksi terveydentilalle. Työkyvyn heikkenemiseen liittyy työelämästä syrjäytymisen vaara. Työttömyys voi myös synnyttää mielenterveysongelmia. Toisaalta mielenterveyshäiriöiden osuus eläkkeen perusteena on kasvanut ja niiden yleisyys on korostunut nuoremmissa ikäryhmissä. (Kuntoutusselonteko 2002, 16.)

Yleisin psykiatrinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen on Suomessa masennustila. Tähän liittyy työelämän asettamat korkeat vaatimukset psykososiaaliselle toimintakyvylle, mutta toisaalta myös masennuksen entistä parempi diagnosointi ja helpompi hoitoon hakeutuminen. (Toivio & Nordling 2013, 179.)

3.2 Yleinen työmarkkinatilanne ja mielenterveyskuntoutujien työllistyminen

Yleinen työmarkkinatilanne Suomessa on ollut heikko jo 1990-luvun lamavuosista lähtien, tuolloin työttömiä oli lähes puoli miljoonaa. 2000-luvun alun taloudellisen kasvun vuodetkaan eivät työttömyyslukuja kovin paljon pienentäneet. Työllisyyskatsauksen (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014) mukaan työttömiä työnhakijoita oli lokakuussa 2014 edelleen yli 300 000, määrä on kasvanut vuoden aikana yli 30 000:lla. Elinkeinoelämän keskusliiton mukaan työttömyysaste Suomessa oli vuosina 2012–2013 noin kahdeksan prosenttia. Työttömyysasteen nousun hidastumiseen on vaikuttanut väestön ikääntyminen ja aktiivisen työhaun väheneminen. Pitkäaikaistyöttömien aktivointia on tehostettu, mutta sekään ei ole lisännyt työllistymismahdollisuuksia toivotussa määrin. Vapaana olevan työvoiman määrä (työttömät, työttömyyseläkeläiset ja työvoimapolitiittisissa toimenpiteissä olevat) on edelleen viime vuosina ollut noin 400 000 henkilöä. (Elinkeinoelämän keskusliitto.)

Työelämän vaatimukset ovat muuttuneet huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana; koulutustaso on noussut, työtehtävät ovat usein jaksottaisia ja sekä ammatillisia että kansallisia rajoja ylittäviä. Myös monien työvälineiden tekninen kehittyminen on muuttanut työn luonnetta olennaisesti. Lisäksi työssä voidaan vaatia itseohjautuvuutta, joka puolestaan edellyttää työntekijältä aiempaa suurempaa itsenäisyyttä ja organisointitaitoja. (Toivio & Nordling 2013, 118–121.) Nämä kasvaneet työelämän vaatimukset heikentävät kaiken kaikkiaan osatyökykyisten ja vajaakuntoisten mahdollisuuksia selviytyä nykyisessä kiireisessä ja vaativassa työelämässä.

Yksilön työllistymisen kannalta on merkityksellistä, että tarjolla ylipäättään on mahdollisuuksia työllistyä. (Kallinen-Kräkin & Kärki 2004, 51). Corbieren ja Lecomten (2009, 38) mukaan lähes 80 % vakavasti psyykkisesti sairaista on työttömiä, vaikka työskentelystä olisi heille hyötyä. Työ mahdollistaa perustoimintojen kuten vastuun ottamisen ja itsetunnon kehittymisen, sairaalahoidon tarpeen vähenemisen, sosiaalisten taitojen ja itsenäisyyden kehittymisen, identiteetin vahvistumisen ja yhteiskunnan jäsenenä olemisen samanvertaisena muiden kanssa. Lehman (1995, 645) toteaa, että monilla ammatillisilla kuntoutuspalveluilla on skitsofreniaa sairastaville positiivista vaikutusta

työhön liittyvään toimintaan, mutta ei kuitenkaan varsinaiseen ansiotyöhön työllistymiseen.

3.3 Työn merkitys ja työllistymisvalmiudet

Työn tekeminen on suomalaisessa yhteiskunnassa saanut hyvin vahvan merkityksen, se on keskeinen osa useimpien ihmisten arkea. Paitsi toimeentulon työn tekeminen tuo mukanaan usein myös mahdollisuuden sosiaaliseen vuorovaikutukseen, omien kykyjen ja taitojen kehittämiseen sekä uusien asioiden oppimiseen ja tehtyjen tulosten näkemiseen. Sillä on suuri merkitys sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin turvaajana. (Alkula 1996, 22–24; Riikonen & Järvikoski 2001.)

Valkonen, Härkäpää ja Peltola (2006) ovat tutkineet työllistymisen merkitystä mielenterveyskuntoutujien hyvinvointiin; palvelujen käytännön toteutusta, onnistumisen edellytyksiä ja työllistymisen hyötyjä. Mielenterveyskuntoutujat kokevat usein leimautumista sairautensa vuoksi, mikä vaikuttaa myös heidän sosiaalisiin suhteisiinsa. Työn tekemistä on pidetty tapana lunastaa yhteisön tai yhteiskunnan jäsenyys ja arvostus sekä tehdä itsensä hyväksytyksi, työelämän ulkopuolelle jääminen voi aiheuttaa entistä laajemmin epäonnistumisen tunnetta. Työelämässä selviytyminen ja siihen liittyvä sosiaalinen arvostus voivat olla hyvinkin tärkeitä tekijöitä mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisen etenemisen ja heidän itseluottamuksensa vahvistumisen suhteen. (emt. 1-2, 111–112.)

Mielenterveyden ja työn yhteydet ovat kaksisuuntaiset. Toisaalta mielenterveysongelmat johtavat sairauslomiin ja eläkkeelle jääntiin. Toisaalta ne vaikeuttavat pääsyä työelämään tai palaamista sinne takaisin. (Valkonen ym. 2006, 112–113). Mielenterveyskuntoutujien työllistämisen edistämiseksi on luotu paljon erilaisia palveluja ja tukimuotoja, jotka eivät kuitenkaan tarjoa riittävän pitkäjänteistä ja jatkuvaa tukea osittain palvelukentän hajanaisuudestakin johtuen. Lisäksi eri palvelumuotojen välisessä yhteistyössä ja kullekin mielenterveyskuntoutujalle tarkoituksenmukaisen palvelun löytämisessä olisi parantamisen varaa. (Kuntoutusselonteko 2002, 17.)

Työllistymistä vaikeuttavat heikot työllistymisvalmiudet; esimerkiksi koulutuksen ja työkokemuksen puute, lisäksi sairaudesta johtuvat tekijät. Myös kynnys lähteä tai palata työelämään pitkän työstä poissaolon jälkeen on usein korkea. Erityisesti mielenterveyskuntoutujien työllistymiseen vaikuttavat myös asenteet ja leimautumisen pelko. Mahdollisen työssä olon vaikutus taloudelliseen tilanteeseen voi myös olla työllistymisen esteenä; epävarmuus siitä, ovatko palkkatulot lopulta muuta toimeentuloturvaa suuremmat. (Parpo 2007, 18–19).

Pitkäaikaistyöttömien työllistymisen esteistä Parpon (2007, 70–71) tutkimuksen mukaan merkittävimmiksi nousivat korkea ikä, alhainen koulutus, yksin asuminen ja kaupungissa asuminen (pääkaupunkiseutu pois lukien). Tutka-projektin mielenterveyskuntoutujien kokemusten mukaan työllistymistä estäviä tekijöitä olivat niin omaan terveydentilaan (esimerkiksi sairauden aiheuttama leimautuminen), työllistymisvalmiuksiin ja elämäntilanteeseen kuin ulkopuolisiin tekijöihin (sopivat työpaikat) liittyvät asiat. (Valkonen & Harju 2005, 59–60, 110.)

Arvion mukaan vapaille työmarkkinoille työllistyy vakavista mielenterveyden ongelmista kärsivistä alle 20 %, skitsofreniaa sairastavista vieläkin vähemmän. Parhaiten työllistymistä ennustaa aiempi työhistoria. (Toivio & Nordling 2013, 204.)

3.4 Työllistymistä tukevat palvelut

Lähteenlahti (2008, 198) toteaa, että kansainvälisen tutkimuskatsauksen perusteella tuetun työllistymisen menetelmillä on vahvin näyttö ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen onnistumisessa myös psykiatriassa. Vajaakuntoisille ja osatyökykyisille tarkoitettuja työllistymisen tukipalveluja ja erilaisia hankkeita on Suomessakin 1990-luvulta alkaen ollut lukuisia. Osa palveluista on tarkoitettu kaikille, joilla on terveydentilasta tai syrjäytymisestä johtuvia vaikeuksia työllistyä, osa on suunnattu nimenomaan mielenterveyskuntoutujille. Työllistymisen tukipalveluissa käytetään monia erilaisia nimityksiä; siitä huolimatta useimpien palvelujen pääasiallinen tarkoitus on

mielenterveyskuntoutujien kuntoutuminen työhön liittyvän integraation avulla. (Työ- ja elinkeinotoimisto; Corbiere & Lecomte 2009, 39).

Työ- ja elinkeinotoimistolla on ensisijainen vastuu huolehtia työttömän tai työtä etsivän palveluista. Se auttaa ammatin- ja koulutuksen valinnassa sekä edistää työllistymismahdollisuuksia tekemällä työllistymissuunnitelman yhdessä työnhakijan kanssa. Sillä on velvollisuus nuorisotakuun puitteissa tarjota kaikille alle 25-vuotiaille ja vastavalmistuneille alle 30-vuotiaille työttömille työtä, koulutusta, työkokeilua, työnhakuvalmennusta tai ammatinvalinta- ja urasuunnittelupalveluja viimeistään kolmen kuukauden työttömyyden jälkeen. (Työ- ja elinkeinotoimisto.)

TE-toimisto tekee yhteistyötä myös kuntien etsivän nuorisotyön kanssa. Edellä mainitun palvelun tavoitteena on auttaa tuen tarpeessa olevaa nuorta sellaisten palvelujen piiriin, jotka edistävät hänen itsenäistymistään ja työmarkkinoille pääsyään. Jos TE-toimiston palvelut eivät riitä esim. hakijan terveydentilasta johtuvista syistä, kunnan on sosiaalihuoltolain (710/1982) perusteella järjestettävä hänelle toimintaa, joka tukee työllistymistä. Myös työtoiminnan järjestäminen tulee kyseeseen, jos henkilö saa tulonsa lähinnä työkyvyttömyyden perusteella. (Työ- ja elinkeinotoimisto.)

Kuntouttava työtoiminta on sosiaalihuoltolain mukainen palvelu, jonka järjestämisvastuussa on kunta. Sen tavoitteena on ehkäistä työttömyyden aiheuttamia kielteisiä vaikutuksia toimintakykyyn, vahvistaa elämän- ja arjenhallintaa sekä työ- ja toimintakykyä, ehkäistä syrjäytymistä ja parantaa työllistymismahdollisuuksia avoimille työmarkkinoille. Kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttömänä olleille, jotka eivät pysty osallistumaan TE-toimiston ensisijaisiin palveluihin työ- ja toimintakykynsä takia. Sen järjestäminen perustuu yhteistyössä asiakkaan, TE-toimiston virkailijan ja sosiaalitoimiston edustajan kanssa tehtyyn aktivointisuunnitelmaan. Se mahdollistaa osallistumisen työtoimintaan tai muihin palveluihin yksilöllisen tarpeen mukaan. Se voi sisältää selkeitä työtehtäviä tai sen tavoitteena voi olla totuttautua säännönmukaiseen päivärhythmiin ja ohjattuun toimintaan, jonka tulee aina sisältää yksilöllisesti suunniteltua työtoimintaa 1-5 päivänä viikossa. Kuntouttavaa työtoimintaa voidaan järjestää mm. kunnan ja valtion työyksiköissä, tavallisissa työyhteisöissä tai palveluntuottajien työpajoilla. Sillä ei kuitenkaan saa korvata varsinaisten työntekijöiden työtä. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla henkilöllä voi toimeentulona olla joko

työmarkkinatuki ja kulukorvaus tai toimeentulotuki, toimintaraha ja matkakorvaukset. (Karjalainen & Karjalainen 2011, 5–6; Sosiaali- ja terveysministeriö; Laki kuntouttavasta työtoiminnasta.)

Kuntakartoituksen mukaan työtoiminta on merkittävä tukitoimi mm. mielenterveyskuntoutujien avohuollossa; se tarjoaa mielekästä ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa. Se on useimmiten suunniteltu yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti, se on myös monipuolista ja joustavaa. Lisää resursseja kuitenkin kaivataan erityisesti työllistymisen tukemiseen; muun muassa työelämään ohjaavaa henkilöstöä ja monipuolisempia vaihtoehtoja. (Klem 2013, 34.)

Edelleen kuntakartoituksessa todettiin, että työllistyminen avoimille työmarkkinoille toteutuu kuntouttavassa työtoiminnassa harvoin. Sen sijaan toimintakyvyn ylläpito ja mielekäs tekeminen ovat toteutuneet, samoin eteneminen TE-toimiston palveluihin, mikä onkin ollut yhtenä tärkeänä tavoitteena. Palveluissa on pystytty myös arvioimaan asiakkaiden työ- ja toimintakykyä, mikä sekin osaltaan edistää asioiden etenemistä tarkoituksenmukaiseen suuntaan. (Klem 2013, 51, 74)

Työhönvalmennus on yleiskäsite toiminnalle, jonka tavoitteena on tukea heikossa työmarkkina-asemassa olevan henkilön työllistymistä avoimille työmarkkinoille ja normaaliin työyhteisöön. Työhönvalmennusta voidaan käyttää apuna myös tuetussa työllistymisessä. *Työvalmennuksen* tavoitteena on edistää henkilön työkykyä. Se on yksilöllisesti suunniteltua toimintaa, joka tukee työn ja taitojen opettelua, työelämätaitojen kehittämistä ja työllistymistä. *Yksilövalmennuksessa* perehdytään lisäksi henkilön elämäntilanteeseen kokonaisvaltaisesti ja tarjotaan moniammatillista tukea tavoitteena parantaa arjenhallintataitoja ja toimintakykyä. (Välimaa, Ylipaavalniemi, Pikkusaari & Hassinen 2012, 27–28.)

Klubitalotoiminta tarjoaa mielenterveyskuntoutujille työpainotteista toimintaa ja vertaistukea. Se on mielenterveyskuntoutujien ja palkatun henkilökunnan muodostama jäsenyhteisö, jolla on toimintaa ympäri maailmaa, Suomessa Klubitaloja on 24. Klubitalotoiminnan tavoitteena on kuntoutujien elämänlaadun parantaminen, sairaalahoidon tarpeen vähentäminen ja työelämään paluun tukeminen. Mielenterveyskuntoutujien Klubitalon jäsenyys on tarkoitettu henkilöille, joilla on tai on

ollut vakavia mielenterveysongelmia. Jäsenyys on vapaaehtoinen ja maksuton. (Suomen Klubitalot.)

Klubitalon toimintamalli korostaa työnteon merkitystä itsetunnon ja elämänhallinnan pohjan luomiselle. Lisäksi työelämään osallistumista pidetään myös tärkeänä osana kuntoutumista. Klubitaloissa on käytössä ns. siirtymätyöohjelma, jonka avulla jäsenille etsitään osa-aikaista työtä avoimilta työmarkkinoilta. Kuntoutuja on määräaikaaisessa työsuhteessa ja saa normaalia palkkaa, Klubitalon ohjaaja vastaa kuntoutujan työhön perehdytyksestä ja tukemisesta sekä tarvittaessa paikkaa mahdollisia poissaoloja. Toimintamallin avulla kuntoutuja saa työkokemusta ja tuloja, mutta myös tietoa omasta työkyvystään ja sen hetkistä voimavaroistaan. Siirtymätyö voi myös auttaa palaamaan tai pääsemään työelämään.

Klubitalo tukee työllistymistä tarjoten yksilöllistä tukea kuntoutujalle ja tehden yhteistyötä myös työnantajan kanssa. Itsenäisen työn ohjelmassa jäsenillä on mahdollisuus edelleen käyttää kaikkia Klubitalon tukimuotoja ja palveluja. Klubitaloa tukee jäseniään myös heidän ammatillisissa ja koulutuksellisissa tavoitteissaan mahdollisuuksien mukaan. Klubitalot ovat kehittäneet kurssimuotoista toimintaa kuntoutujien elämänhallinnan ja työllistymisen tueksi. Skitsofreniaa sairastavien osalta on todettu, että vaikka klubitalolla käynnit eivät ole johtaneet työllistymiseen muita hoitoja enemmän, kuntoutuja ovat kuitenkin joutuneet sairaalaan muita harvemmin. (Suomen Klubitalot; Toivio & Nordling 2013, 204.)

Erityisesti mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja työllistymiseen liittyviä tukihankkeita ja –projekteja on Suomessakin vuosien mittaan ollut useita. Niiden tavoitteena on ollut mahdollistaa jokaiselle yksilöllisesti sopiva tuen muoto. Hankkeiden ja mallien yhteisinä piirteinä on ollut yhteisöllisyys, vertaistuki, yksilöllisyys ja voimavaraistaminen. (Suni, Heikkilä, Lehto, Korpi, Rantamäki & Rautakorpi 2003.)

Kuntakartoituksen mukaan työllistymistä tukeva toiminta pääsee hyvin tavoitteeseensa asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisessä ja mielekkään tekemisen tarjoamisessa. Kuntouttavan työtoiminnan yksi tavoite, työllistyminen tai ammatilliseen kuntoutukseen siirtyminen ei juurikaan toteudu. Esimerkiksi työhönvalmentajan tukea on harvoin käytettävissä. Selvityksessä todetaan, että tilannetta parantaisi mm. räätälöityjen

työpaikkojen lisääminen, työnantajien tukeminen, kuntien resurssit ja asiakkaiden parempi toimintakyky. (Klem, 2013.)

3.5 Ammatillinen kuntoutus työllistymisen tukena

Työikäisiä koskeva kuntoutus on perinteisesti pohjautunut sairaus-vika-vamma-ajattelulle, ja siinä on korostettu lääketieteellisiä näkökohtia. Yhteiskunnan muutokset, lamavuosien työttömyys ja mahdollinen työvoimapula tulevina vuosina ovat kuitenkin luoneet muutostarpeita myös työkykyyn liittyvään kuntoutukseen. Jo aiemmin on alettu korostaa myös työympäristön merkitystä. Alettaessa puhua työkyvyn ohella toimintakyvystä huomiota kiinnitettiin fyysisen toimintakyvyn ohella myös psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Mäkitalo ym, 2008, 529–530.)

Työikäisille järjestetyn työhön liittyvän kuntoutuksen tavoitteita ovat työllistyminen, työhön palaaminen tai työssä pysyminen. Kuntoutuksella käsitetään tällöin paljon pelkkää sairautta laajempaa kenttää, jolloin kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon henkilön kokonaistilanne. Usein tarvitaan monitahoisia sosiaalisia interventioita. (Mäkitalo ym, 2008, 522.)

Ammatillinen kuntoutus tulee kyseeseen silloin, kun henkilöllä on sairaus tai vamma, joka vaikuttaa heikentävästi hänen työkykyynsä tai oletettavasti voi lähivuosina aiheuttaa uhan työkyvylle. Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työikäisille, työssä käyville tai sinne siirtyville henkilöille. Sen tavoitteena on sairauden aiheuttamien haittojen vähentäminen, työkyvyn parantaminen ja/tai työelämään palaaminen. (Kansaneläkelaitos.)

Ammatillinen kuntoutus voi olla mm. ohjausta terveydentilalle sopivaan ammattiin, työ- ja koulutuskokeiluja, valmennusta tai neuvontaa. (Kansaneläkelaitos; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö). Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kansaneläkelaitos, työeläkevakuutus, tapaturma- ja liikennevakuutus, työvoimaviranomaiset sekä ammatilliset oppilaitokset.

Kansaneläkelaitos järjestää työikäisille kuntoutusta, jonka tavoitteena on parantaa ja ylläpitää työkykyä ja edistää työelämään pääsyä tai sinne palaamista. Perusteena on, että henkilön työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet tai hänellä on todennäköinen työkyvyttömyyden uhka lähivuosien aikana sairauden, vian tai vamman vuoksi. Kelan ammatillisen kuntoutuksen muodot ja painopisteet ovat vuosien mittaan vaihdelleet mm. yhteiskunnallisista muutoksista ja palvelujen vaikuttavuuden arvioinnista johtuen. Kelan ammatillinen kuntoutus voi olla kuntoutustarpeen selvittelyä, kuntoutustutkimusta, työkokeilua tai työhönvalmennusta sekä ammatillisia kuntoutuskursseja. Työelämässä oleville Kela järjestää Aslak- ja Tyk-kuntoutusta. Kela voi tukea kuntoutujaa myöntämällä työssä tarvittavia apuvälineitä, elinkeinotukea, ja koulutuskokeilun kautta mm. vahvistaa ammatillista suunnitelmaa. Kela voi myös tukea tarkoituksenmukaista koulutusta. Kelan ammatillinen kuntoutus voi lyhimmillään rajoittua muutamaan päivään, pisimmillään kestää useita vuosia (mm. uudelleen koulutus ja työllistymistä edistävät muut tukitoimet). Kelan pääkohderyhmänä ovat työttömät tai vain vähän työhistoriaa omaavat työntekijät. Kaikki edellä mainitut palvelut ovat mahdollisia myös mielenterveyskuntoutujille, joille on erityisesti suunniteltu mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennus. Siinä on huomioitu mahdollisuus pitkäaikaiseen ohjaukseen ja tukeen työelämään paluun tai ammatillisen suunnitelman tekemisen edistämiseksi. *Harkinnanvaraisen kuntoutuksen* tärkeimpänä tavoitteena on tukea kuntoutujien työ-, opiskelu- ja toimintakykyä. (Kansaneläkelaitos; Laki Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.)

Työeläkelaitokset ovat sen sijaan työelämässä olevien ja pidempään työskennelleiden (vähintään noin viisi vuotta) vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisena järjestäjänä. Kela toimii kuitenkin myös työelämässä olevien työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen tähtäävien kuntoutuskurssien järjestäjänä (esimerkiksi Aslak- kurssit ja Tyk-toiminta). (Kansaneläkelaitos.)

Jos kuntoutustarpeen syynä on työtapaturma, ammattitauti tai liikennevahinko, kuntoutusta korvaa tapaturma- tai liikennevakuutusyhtiö. Työhallinto huolehtii työttömien ja työttömyysuhan alaisten henkilöiden kuntoutuksesta. (Vakuutusalan kuntouttamiskeskus.)

Työeläkekuntoutuksella tarkoitetaan työeläkevakuuttajien järjestämää ja kustantamaa ammatillista kuntoutusta, jonka tavoitteena on ehkäistä työkyvyttömyyttä ja parantaa työn

tekemisen mahdollisuuksia silloin, kun henkilö ei enää terveydentilansa vuoksi voi jatkaa entisessä työssään. Tarkoitus on, että työntekijä tai yrittäjä pystyy sairaudesta, viasta tai vammasta huolimatta jatkamaan työelämässä. Työeläkekuntoutus tukee työurien pidentämistä. Työeläkekuntoutus liittyy tiiviisti työelämään ja muuhun yhteiskuntaan. Sekä yksilön että yhteiskunnan edun mukaista on pyrkiä vähentämään työkyvyttömyyseläkkeiden määrää. Työkykyä uhkaavan ongelman varhainen havaitseminen ja tarpeellisen hoidon sekä kuntoutuksen nopea toteuttaminen palauttaa yhä useamman henkilön takaisin työelämään. Keskeisenä kriteerinä työeläkekuntoutukselle on työkyvyttömyyseläkkeen uhka, joka todennäköisesti toteutuisi lähimmän viiden vuoden kuluessa ilman kuntoutustoimenpiteitä. Toinen keskeinen kriteeri on se, että tätä uhkaa pystytään pienentämään työeläkekuntoutuksen avulla. (Työeläkelaitos.)

Työeläkekuntoutus on aina ammatillista, yksilöllistä ja tarkoituksenmukaista. Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelma perustuvat hakijan kokonaistilanteeseen, jossa otetaan huomioon muun muassa hakijan ikä, koulutus, työkokemus, muu osaaminen, terveydentilanne ja terveydentilan ennuste. Työeläkekuntoutuksen toimenpiteitä ovat mm. neuvonta ja ohjaus, työkokeilu, työhönvalmennus, koulutus ja tuki elinkeinotoimintaan. Kuntoutukseen liittyy olennaisesti tiivis yhteys omaan työpaikkaan, jonka mahdollisuudet työjärjestelyihin pyritään aina ensin selvittämään. Ammatillisen kuntoutuksen avulla yksilöllä on mahdollisuus jatkaa työelämässä pitempään ja saada parempaa toimeentuloa kuin työkyyttömänä tai eläkkeellä. Se on myös yhteiskunnalle ja työeläkelaitokselle taloudellisesti kannattavaa; kuntoutus on maksanut itsensä, jos kuntoutuksessa ollut henkilö voi jatkaa sen avulla työuraansa keskimäärin vähintään puolelatoista vuodella. (Työeläkelaitos.)

Sairauden tai vamman heikentäessä työkykyä myös työ- ja elinkeinotoimistolla on keinoja ohjata ja auttaa eteenpäin. Keskeisinä asioina on miettiä terveydentilan puolesta sopivaa työtä tai koulutusta; tarvetta, mahdollisuuksia ja edellytyksiä ammatin vaihtoon tai arvioida kuntoutustahoa. Työ- ja elinkeinotoimisto voi myös järjestää työ- ja koulutuskokeiluja sekä työhönvalmennusta. Se voi maksaa myös työolosuhteiden järjestelytukea työnantajalle (esim. työvälineet, kalusteet, muutokset). Lisäksi työskentelyn apuna on kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmiä, joiden tavoitteena on ohjata asiakasta hänelle sopivan kuntoutuksen pariin. (Työ- ja elinkeinotoimisto.)

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimustehtävä

Lähtökohtanani on tarkastella sitä, miten mielenterveyskuntoutujat etenevät psykiatrisen sairaalajakson jälkeen kohti työelämää ja miten he löytävät (vai löytävätkö?) työllistymistä tukevia tai ammatillisen kuntoutuksen palveluita ja hyötyvät niistä. Edellä kerroin monista erilaisista mahdollisuuksista saada tukea työllistymiseen tai terveydentilalle sopivan alan löytämiseen muun muassa ammatillisen kuntoutuksen kautta. Toisaalta työn tekeminen tukee ja auttaa kuntoutumaan myös muilla elämän alueilla. Erilaisia työhön osallistumista korostavia malleja esittelevässä kirjassa ”Työn tekeminen kuntouttaa - kun on töitä jaksaa paremmin” (Suni ym. 2003) tulee esille osallistumisen positiivinen merkitys mielenterveyskuntoutujien kokonaisvaltaisessa kuntoutumisprosessissa. En myöskään itse halua irrottaa työntekoa ja muuta vastaavaa toimintaa kokonaisuudesta, vaan olen kiinnostunut työasioiden ohella mielenterveyskuntoutujien muusta elämäntilanteesta ja heidän selviytymisestään ja toimintakyvystään sairaalajakson jälkeen.

Tutkimuksessani halusin selvittää nimenomaan kuntoutujien omia kokemuksia työn ja toiminnan osuudesta ja merkityksestä heidän arkielämässään. Olen pohtinut sitä, käyttävätkö mielenterveyskuntoutujat työllistämisen tukipalveluita tai ammatillista kuntoutusta siinä määrin kuin voisivat, ja missä vaiheessa heillä on riittävästi voimavaroja edetä työelämän suuntaan. Toisaalta voi myös kysyä, auttaako ja aktivoiko työn tekeminen ja toiminta kuntoutujia myös muilla elämän alueilla. Vaikka tarjolla on erilaisia osallistumisen vaihtoehtoja, kohtaavatko tarjonta ja kuntoutujien tarpeet?

Tutkimusongelmakseni muotoutui sen selvittäminen, *millainen merkitys työllä ja toiminnalla on mielenterveyskuntoutujille heidän itsensä kokemana ja miten se näkyy heidän kuntoutumisprosessissaan?*

4.2 Haastattelu aineistonkeruun menetelmänä

Haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineistonkeruumenetelmistä. Muita menetelmiä ovat kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Näitä eri menetelmiä voidaanakin käyttää yksittäin, rinnakkain tai eri tavoin yhdisteltynä. Haastattelun ja kyselyn ideana on yksinkertaisesti kysyä mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, kun näitä asioita halutaan selvittää. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 73–74.)

Haastattelun etuna voidaan nähdä sen joustavuus. Tarvittaessa kysymyksiä voidaan toistaa ja tarkentaa, ja siten välttää väärinymmärryksiä. Kysymykset voidaan myös esittää tarkoituksenmukaisessa järjestyksessä kunkin yksittäisen tutkittavan sen hetkisen tilanteen ja olotilan huomioiden tavoitteena saada mahdollisimman kattava tieto halutusta asiasta. Usein on hyvä kertoa riittävästi tutkimuksen aiheesta jo ennen haastattelua, jotta tutkittava tietää, mihin on sitoutumassa ja mistä hänen odotetaan kertovan. Haastattelija pääsee haastattelutilanteessa myös tekemään havaintoja esimerkiksi siitä, miten asiat sanotaan. Lisäksi haastateltavat harvoin kieltävät myöhemmin haastatteluaineiston käytön tutkimusaineistona, kun haastattelulupa on saatu henkilökohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 75–76.)

Tuomi ja Sarajärvi (2004, 76) toteavat haastattelun etuna olevan myös se, että haastateltaviksi voidaan valita henkilöt, joilla tiedetään olevan tietoa tai kokemusta tutkittavasta asiasta. Kirjallinen kysely sen sijaan saattaa tuottaa liian niukkoja vastauksia kokemuksen ollessa vähäinen tutkittavasta asiasta tai tutkittavan on vaikea vastata kirjallisesti. Postikyselyyn on myös helppo jättää vastaamatta.

Haastattelu voidaan suorittaa lomake-, teema- tai syvähaastatteluna. Näiden erona on haastattelun toteutuksen strukturoinnin aste. Lomakehaastattelua käytetään yleensä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja sen kysymykset ovat pääosin suljettuja tiettyine vastausvaihtoehtoineen. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään tiettyjen etukäteen valittujen teemojen varassa. Kysymyksillä ei tarvitse olla tarkkaa muotoa tai järjestystä, myös niiden laajuus voi vaihdella haastattelusta toiseen. Kysymykset voidaan esittää tutkittaville täysin samanlaisina tai tilanteen mukaan edeten.

Haastattelijan tulee kuitenkin varmistaa, että kaikki suunnitellut teemat käydään jokaisen haastateltavan kanssa läpi. Haastattelun käytännön toteutus voi olla lähellä avointa haastattelua, jolloin se lähestyy syvähaastattelua avoimine kysymyksineen. (Eskola & Suoranta 1998, 87; Tuomi & Sarajärvi 2004, 76–78.)

Teemahaastattelussa tutkittavalla on mahdollisuus vapaasti kertoa ajatuksistaan ja kokemuksistaan yksilöllisistä lähtökohdistaan. Vastaukset eivät ole sidottuja tiukkoihin kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin. Toisaalta valitut teemat käydään jokaisen haastateltavan kanssa läpi, joten vastauksia saadaan ainakin näihin tiettyihin asioihin. Haastattelutyyppi on hyvä valita tutkimusongelman mukaisesti, sillä erityyppisillä haastatteluilla saadaan erilaista tietoa. Omaan tutkimukseeni valitsin teemahaastattelun, jossa oli mahdollisuus käyttää apuna tarvittavassa määrin valmiita aiheita ja kysymyksiä. Nämä toimivat myös eräänlaisena varmistuslistana sille, että kaikki tutkimuksen kannalta tarvittavat aiheet tulivat esille. Toisaalta haastatteluilla oli myös mahdollisuus ottaa esille heille itselleen tärkeitä asioita. (Eskola & Suoranta 1998, 88–90.)

Haastattelussa on hyvä varautua kaikkeen, haastateltavat voivat olla hyvin runsaspuheisista hyvin niukkasanaisiin. Varalla on hyvä olla keskustelunaiheita ja kysymyksiä eteenpäin pääsemiseksi. Toisaalta on hyvä varautua myös keskustelun rajaamiseen tarkoituksenmukaisella tavalla. (Eskola & Suoranta 1998, 90.) Haastatteluajat aikataulutin niin, ettei minulla ollut kiire lopettaa haastattelua liian lyhyeen. Tämä mahdollisti rauhallisen keskustelun, joka tosin joidenkin kohdalla laajeni liikaakin. En kuitenkaan halunnut keskeyttää keskustelua liian pian, koska tärkeitä asioita olisi voinut jäädä sanomatta. Muutama haastatteluista oli hyvin niukkasanaisia, ja heidän kokemuksistaan ja ajatuksistaan oli vaikea saada objektiivista kuvaa lisäkysymysten avulla.

Haastattelupaikan valintaan on hyvä kiinnittää huomiota. Haastattelun voi toteuttaa tutkittavan kotona tai missä muussa sovitussa paikassa tahansa, joka hänelle sopii ja on mieluinen. Hänelle on tarjottava mahdollisuus valita haastattelupaikka; mikäli koti ei sovi, tulee varalla olla jokin neutraali ja rauhallinen tila. Haastattelun tulee olla vapaaehtoinen ja luottamuksellinen. Näistä asioista haastateltavan tulee etukäteen saada tietää samoin kuin haastattelun tarkoituksesta ja tekijästä. (Eskola & Suoranta 1998, 92–94.)

Lähtökohtanani on sairaalasta kotiutumisvaiheessa tehty yhteenveto, joka sisältää potilaan ja avohoidon kanssa tehdyn suunnitelma hoidon jatkumisesta avohoidossa. Yhteenvedon ja epikriisin kirjoittaa sairaalan hoitava lääkäri sairaalajakson loppuessa. Siinä kuvataan yleensä diagnoosit, sairaalaan tulosityy, hoidon eteneminen ja kotiutuminen jatkosuunnitelmineen. Tarkastelen näitä yhteenvetoja haastateltavien kertomusten lisäksi ja kiinnitän erityistä huomiota nimenomaan työn ja toiminnan huomioimiseen niissä. Näiden yhteenvedojen lukemiseen tarvitsin luvan sekä sairaanhoitopiiristä (liittyen tutkimuslupaani) että kirjallisesti jokaiselta haastatellulta erikseen. Tutkimuslupan yhteydessä sain erilliset tunnukset, joilla sain käydä katsomassa tiedot sähköisestä tietojärjestelmästä. Työntekijätunnuksillani en tietosuojasysteemin voinut katsoa tietoja potilaista, jotka eivät sillä hetkellä olleet asiakkainani. Potilastietojärjestelmä oli minulle entuudestaan tuttu, koska käytän sitä työssäni päivittäin.

Jo heti tutkimusaiheen valittuani päätin hankkia aineiston haastatteluin. Tällä tavoin uskoin saavani paremmin kuulumaan mielenterveyskuntoutujan äänen ja kokemukset. Oletuksenani oli, että mahdolliseen kirjalliseen kyselyyn kuntoutujat eivät olisi vastanneet. Tähän olettamukseen sain vahvistusta heidän vaikean tavoitettavuutensa kautta. Lisäksi kysyin puhelimitse tavoittamiltani haastattelusta kieltäytyneiltä kuntoutujilta, vastaisivatko he mieluummin kirjalliseen kyselyyn. Kukaan heistä ei ollut siihenkään halukas. Haastattelujen toteuttaminen lähinnä avoimen teemahaastattelun muodossa mahdollisti myös haastateltavien vapaan kerronnan heille tärkeistä ja ajankohtaisista asioista. En halunnut sitoa keskustelua liian tarkasti ennalta määriteltyihin kysymyksiin. Käytössäni oli haastattelurunko (liite 3) ja muutamia apukysymyksiä, mutta haastattelut etenivät hyvin eri tavalla ja aiheidenkin osalta eri järjestyksessä haastateltavasta ja tilanteesta riippuen.

Tutkimuslupaa hain sairaanhoitopiiriltä vuoden 2014 alkupuolella. Tässä yhteydessä tein myös rekisterihakemuksen. Luvan ja atk-järjestelmään tunnukset saatua hain kohderyhmän yhteystiedot ja postitin heille tiedotteen tutkimuksesta maaliskuussa 2014. Kohderyhmään kuuluvat henkilöt olivat tiedossani, koska olin työskennellyt heidän kanssaan jo sairaalajakson aikana. Alkuperäinen ajatukseni oli saada riittävä määrä haastateltavia niiden alle 35-vuotiaiden, ei pysyvällä eläkkeellä olevien 18 henkilön joukosta, jotka olivat kotiutuneet syksyn 2013 aikana. Heistä tutkimukseen halusi osallistua lopulta vain viisi, joten jouduin hakemaan lisää haastateltavia tammi-kesäkuun 2014 aikana kotiutuneista. Heille lähetin tiedotteen elokuussa.

Haastattelujen lisäksi käytin aineistona lääkärin tekemää kirjallista yhteenvedoa sairaalajaksoista. Tavoitteenani oli selvittää, onko ja millä tavoin siinä huomioitu työn ja toiminnan osuutta tulevan kuntoutumisen aikana avohoidon piirissä. Tämä osoittautui hyvin tarpeelliseksi myös siinä mielessä, että sain siitä tarkat (ja oikeat) diagnoosit sekä sairaalassaoloajan ja kotiutumisen ajankohdan, mitä monet haastatellut eivät itse tarkasti muistaneet tai osanneet sanoa.

Sairaanhoitopiirin luvan lisäksi tarvitsin haastatelluilta kirjallisen suostumuksen (liitteet 1 ja 2) opinnäytetyötäni varten, erityisesti voidakseni katsoa sähköisestä järjestelmästä sairaalajakson yhteenvedon. Tämän kirjallisen luvan pyysin (ja sain) kaikilta haastatelluilta ennen varsinaista haastattelua. Alun perin olin miettinyt, pyydänpö lausuntoa kuntoutujilta itseltään, mutta niinhän siinä olisi käynyt, ettei monikaan olisi lausuntoa siinä vaiheessa löytänyt. Lisäksi saatoin luottaa siihen, että saan kirjallisesta yhteenvedosta tarkat ja oikeat tiedot kuntoutujien diagnooseista ja sairaalajakson kestosta. Niin ollen minun ei haastattelun aikana tarvinnut keskittyä näiden perustietojen kyselemiseen. Toisaalta, koska olin heidän kanssaan jo aiemmin työskennellyt ja periaatteessa tiesin perustiedot, heistä olisi voinut tuntua hieman kummalliselta alkaa kertoa kaikkea alusta. Tällä tavalla halusin myös hieman helpottaa haastateltavien panosta tietäessäni, että he eivät välttämättä jaksaa keskittyä asiaan kovin kauan.

Halusin keskittyä tutkimuksessani nimenomaan 18-35-vuotiaisiin, joiden joukossa todennäköisesti on sekä kouluttamattomia että ammatin hankkineita kuntoutujia, mutta joilla ei välttämättä ole paljoa työhistoriaa. Tavoitteenani oli saada tietoa, kohtaavatko ja miten työllistämisen tukipalvelut tai ammatillinen kuntoutus ja nuoret/ nuorehkot mielenterveyskuntoutujat. Kohderyhmää kriteerejä miettiessäni pohdin myös heidän tavoitettavuuttaan, joka voi olla vaikeaa. Uskoin kuitenkin saavani riittävän määrän haastateltavia, koska olen heidät tavannut sairaalajakson aikana. Mietin myös tiettyjä kriteerejä haastateltavia valitessa: esim. suositellun sairausloman pituus kohtuullinen, terveydentila mahdollistanut jonkinasteisen ammatillisista asioista/ työstä/ toiminnasta keskustelun ja suunnittelun jo sairaalajakson aikana.

Lähetin keväällä 2014 18:lle psykiatrisesta kuntouttavasta sairaalahoidosta edellisen syksyn aikana kotiutuneelle 18–35-vuotiaalle henkilölle tiedotteen tutkimuksestani (liite 1). Siinä ilmoitin ottavani puhelimitse yhteyttä lähiaikoina, kuten sitten teinkin. Heistä en

lainkaan tavoittanut viittä henkilöä, yhdeksän heistä ei halunnut osallistua. Yksi tavoittelemani henkilö sanoi puhelimesta, että lääkärinlausuntoja saa kyllä käyttää, minkä vuoksi lähetin uuden kirjeen heille, joita en ollut tavoittanut tai jotka eivät olleet suostuneet haastatteluun, ja pyysin lupaa katsoa viimeisimmän sairaalajakson yhteenvedon. Tähän sain yhdeltä vastauksen; hän halusi sitten mieluummin kertoa kokemuksistaan kasvotuksin. Haastatteluun sain tästä ryhmästä lopulta yhteensä viisi henkilöä.

Laajensin kohdejoukkoa keväällä 2014 kotiutuneisiin kuntoutujiin; heitä oli seitsemän. Lähetin jälleen kirjeet ja otin yhteyttä puhelimitse. Heistä en tavoittanut kolmea ja yksi kieltäytyi. Lopulliseksi haastateltavien määräksi tuli yhteensä yhdeksän. Haastattelusta kieltäytyneitä oli myös yhdeksän; syyksi he sanoivat, että ei ole aikaa tai halua osallistua. Heistä naisia oli kaksi; toinen oli siirtynyt sairaalasta omaan asuntoon, toinen tuettuun asumiseen. Miehistä kieltäytyi seitsemän; neljä heistä asui omassa asunnossaan, kolme tuetun asumisen piirissä. Kahdeksaa kohderyhmän henkilöä (kolme naista ja viittä miestä) en tavoittanut lainkaan huolimatta useammista yhteydenottoyrityksistä; osalla heistä puhelimeen ei saatu yhteyttä, osa ei missään vaiheessa vastannut. Heistä viisi asui tuetussa asumisessa, kolme omassa asunnossaan.

Haastattelut suoritin huhti–toukokuun sekä syys–lokakuun 2014 aikana, ne olivat kestoltaan ½–1½ tuntia. Haastattelut tapahtuivat kuntoutujien kotona. Ehdotin myös tarvittaessa järjestäväni muun paikan, mutta kaikki valitsivat mieluummin oman kotinsa. Kaikki haastatteluun osallistuneet suhtautuivat siihen myönteisesti ja suostuivat haastattelun nauhoittamiseen. Osa tarjosi haastattelijalle kahviakin. Keskusteluista syntyi se vaikutelma, että he puhuivat avoimesti ajatuksistaan ja kokemuksistaan. Haastattelut tehtiin kuntoutujien ehdoilla; yhden kuntoutujan kohdalla aikaa siirrettiin useita kertoja, mutta lopulta haastattelu onnistui. Yksin asuvien kuntoutujien kohdalla asunnossa ei ollut muita haastatteluhetkellä. Tuetussa asumisessa keskustelu käytiin yleensä kuntoutujan omassa huoneessa. Yksi kuntoutuja halusi käydä keskustelun keittiössä asuinkaverin ollessa viereisessä olohuoneessa. Häntä ei haitannut, että toinen kuuli keskustelumme; heillä ei ollut salaisuuksia. Yksi haastatelluista asui maaseudulla hyvin syrjäisellä paikalla. Navigaattorin opastuksesta huolimatta piti oikea suunta vielä varmistaa puhelimitse. Kuntoutuja oli asuinpaikastaan ja huonoista kulkumahdollisuuksistaan johtuen hyvin yksinäinen ja siksin haastattelijan käynnistä mielissään.

4.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja haastateltujen kuvailu

Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 18–34-vuotiaita, naisia heistä oli kuusi, miehiä kolme. Suurin osa, kuusi osallistunutta, oli siirtynyt sairaalajakson jälkeen takaisin omaan asuntoon yksin tai perheensä luokse. Kolme heistä muutti tässä vaiheessa tuetun asumisen piiriin, kaikki he olivat ennen sairaalajaksoa asuneet omissa asunnoissaan. Heistä kaksi asui haastatteluhetkellä asumispalveluyksikössä, jossa henkilökunta oli paikalla ympäri vuorokauden. Yhden kuntoutujan asuntona oli puolet kaksiosasta niin ikään tuetussa asumisessa, jossa työntekijät olivat paikalla 12 tuntia vuorokaudessa.

Haastatteluhetkellä aikaa sairaalajakson loppumisesta oli 3–11 kuukautta. Mainittakoon, että kyseessä olevan kotiutumisen jälkeen haastatelluista kaksi oli ehtinyt joutua sairaalaan jo uudelleen; toinen heistä oli haastatteluhetkellä lähdössä kotiin, toinen oli päihdehuollon kuntoutumisyksikössä tavoitteena lähiaikoina kotiin siirtyminen. Lisäksi yksi haastatelluista oli ehtinyt olla kuukauden jakson kuntoutustutkimusyksikössä, haastatteluhetkellä kuitenkin jo kotona.

Haastatelluista viidellä oli ammatillinen (koulu- tai opistotasoinen) koulutus, kolme heistä oli keskeyttänyt koulutuksen, yksi kävi vielä lukiota. Seuraava taulukko kuvaa haastateltujen sukupuolta (N= nainen, M= mies), ikää, ammatillista koulutusta ja asumismuotoa, lisäksi toimeentulomuoto haastatteluhetkellä.

Taulukko 1. Haastatellut koulutuksen ja asumismuodon mukaan jaoteltuna (N= nainen, M= mies).

	Asuu omassa asunnossa	Asuu tuetussa asumisessa
ammatillinen koulutus on	M 34v (<i>perhe</i>) sv-päiväraha M 28v (<i>yksin</i>) kunt.tuki N 23v (<i>yksin</i>) tyött.korv.	N 32v kunt.tuki N 31v kunt.tuki
ammatillinen koulutus keskeytynyt	N 25v (<i>yksin</i>) kunt.tuki M 28v (<i>yksin</i>) tyött.korv.	N25v kunt.tuki
lukiossa	N 18v (<i>perhe</i>) kunt.tuki	

Haastatelluista useimmat olivat olleet työkyvyttömänä jo niin pitkään, että sairauspäivärahauden ensisijaisuusaika oli ohitettu ja toimeentulona oli kuntoutustuki. Tosin yksi työttömyyskorvauksella oleva oli saanut kuntoutustuesta kielteisen päätöksen, ja sairauspäivärahalla oleva oli jo välillä ehtinyt olla työttömyyskorvauksella.

Työhistoriaa haastatelluista kahdella oli useita vuosia, kolmella enintään noin vuoden verran. Kenelläkään heistä ei ollut voimassa olevaa työsuhdetta. Neljällä työkokemusta ei ollut lainkaan, heistä kahdella oli kokemusta kuntouttavasta työtoiminnasta tai opintoihin liittyvistä harjoitteluista. Psyykkisinä diagnooseina useimmilla oli jokin skitsofrenian muoto tai psykoosi/psykoottinen häiriö/psykoosiepäily, kahdella masennus ja yhdellä traumaperäinen stressihäiriö. Psyykkisten sairauksien lisäksi diagnooseina oli mm. reuma, epilepsia, verenpainetauti, kognitiiviset ongelmat ja alkoholiriippuvuus. Myös, ja erityisesti, näillä terveydellisillä rajoitteilla on merkitystä työnteon ja työkyvyn kannalta. Tässä tutkimuksessa ne eivät kuitenkaan työn tai työllistymisen suhteen tuntuneet olevan merkittävässä asemassa psyykkisen toimintakyvyn rajoittaessa eniten työkykyisyyttä.

4.4 Aineiston analyysi

Nauhoitin tekemäni haastattelut. Kaikki haastatellut suostuivat keskustelun nauhoittamiseen sitä vielä ennen haastattelua kysyessäni. Litteroin aineiston haastateltujen osalta sanatarkasti. Omat puheenvuoroni ja kysymykseni lyhensin litteroinnissa kirjaten vain kysymyksen aiheen, tarvittaessa käytin kuitenkin tarkempaa kysymystä. Litteroituna sivuja tuli näin 60 rivivälillä 1,5 Times New Romanin fonttikoolla 12. Tekstissä käytetyistä sitaateista olen poistanut tunnistetietoja, tarkennuksia esitän tarvittaessa suluissa kursivoidulla tekstillä.

Aluksi kirjasin haastateltujen perustiedot ja haastatteluajankohdan excel-tauluktoon. Keräsin taulukkaan jokaisesta haastatellusta iän, diagnoosit, sairaalassaolokertojen lukumäärän, sairaalassaolajakson pituuden, koulutuksen ja työhistorian, asumismuodon, toimeentulon ja perhesuhteet. Taulukosta oli helppo tarkistaa kunkin vastaajan kohdalta esimerkiksi, miten pitkään hän oli ollut jo kotona sairaalajakson jälkeen tai oliko hänellä aiempaa työhistoriaa tai ammatillista koulutusta.

Aineiston analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä. Se on tekstianalyysia, joka sopii muun muassa haastatteluaineiston käsittelyyn. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan kirjoitetun haastattelun lukemisella ja sisältöön perehtymisellä. Tekstistä etsitään pelkistettyjä ilmauksia, jotka voidaan alleviivata ja sen jälkeen listata. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimukselle epäolellaisen tekstin karsimista, se voi olla tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Sisällönanalyysissä määritellään analyysiyksikkö, jonka perusteella ryhmittelyä tehdään. Yksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Näistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, niitä yhdistellään ja niistä voidaan muodostaa alaluokkia. Edelleen voidaan yhdistää alaluokkia muodostaen niistä yläluokkia, joiden yhdistämisellä voidaan muodostaa kokoavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105-114.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä voidaan yhdistellä käsitteitä. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn, joiden avulla haetaan vastauksia tutkimustehtävään. Lähtökohtana sisällönanalyysissä on empiirinen aineisto, jota pyritään ymmärtämään tutkittavien näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 115.)

Aloitin analyysin lukemalla haastatteluaineistoni läpi poimien sieltä ensin nimenomaan työhön ja toimintaan liittyviä asioita, koska se on ollut tutkimukseni pääteema. Muiksi teemoiksi aineistosta nousivat avohoito ja sen toteutuminen, vapaa-aika ja ihmissuhteet, toimeentulo ja asuminen sekä kokemukset sairaalajaksosta ja kotiutumisvaiheesta. Maalasin kyseiset sähköisessä muodossa olevat tekstin kohdat erivärisiksi löytääkseni sieltä tarvittaessa tiettyjä asioita käsittelevät kohdat. Luin tekstejä useaan kertaan ja valitsin sieltä tutkimukseni kannalta oleellisimpia ja eniten mielenterveyskuntoutujien kokemuksista informaatiota tuottavia sitaatteja, jotka liitin työhöni. Olen analysoinut sitaatteja ja liittänyt niihin taustatietoja, jotta kuntoutujan elämäntilanne avautuu paremmin. Sitaatteihin olen lisännyt myös tekstin ymmärtämisen kannalta tarkentavia asioita kursivoidulla tekstillä hakasulkeisiin.

Annoin aluksi haastattelemilleni kuntoutujille tunnistekoodit, jotka muodostuivat sukupuolesta ja järjestysnumerosta (N1, N2... M1, M2...). Loppuvaiheessa poistin nuo tunnistetiedot kuntoutujien tunnistettavuuden estämiseksi ja asioiden yhdistämismahdollisuuksien eliminoimiseksi.

Lääkärin yhteenvedoista poimin diagnoosit ja hoitoajat sekä muut faktat, jotka olivat olennaisia tutkimukseni kannalta. Erityistä huomiota kiinnitin siihen, mainittiinko jatkosuunnitelmassa työtä tai toimintaa ja miten kuntoutujan arkipäivän suunniteltu sisältö tuli siinä esille.

4.5 Tutkimuksen etiikka

Mäkelän (2005) mukaan tutkijan perusvelvollisuuksiin kuuluu sekä luotettavan tiedon tuottaminen, tieteellisen julkisuuden ylläpitäminen että tutkittavien oikeuksien kunnioittaminen. On tärkeää, että tutkittavien oikeuksia ei loukata, mutta heidän varjelemisensa ei saa myöskään johtaa tiedon vääristelyyn. Pääperiaatteena ihmistieteissä on se, että tutkimusta ei tehdä salaa eikä vastoin tutkittavien tahtoa. Tutkittaville on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen tavoitteista, tärkeää on myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden korostaminen, luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Kun tietoja hankitaan, luvataan niiden nimettömyys; henkilöllisyys ei saa paljastua myöskään tuloksia julkistettaessa. Heiltä tulee saada tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Yhtenä tärkeänä periaatteena on myös se, että tutkimukseen osallistuneille ei saa tuottaa vahinkoa. Tähän liittyy sosiaalitieteissä erityisesti tietosuojakysymys. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisten kokemuksiin ja toimintaan käsitellään usein heille arkoja asioita. (Alasuutari 2005, 18; Mäkelä 2005; Eskola & Suoranta 2008, 56–57.)

Erityisesti mielenterveyskuntoutujien kohdalla tutkimuseettiset kysymykset korostuvat, koska keskusteluissa käsitellään heille arkoja aiheita muun muassa heidän terveydentilansa ja henkilökohtaisen elämänsä suhteen. Haastattelun kohteena olevat ovat vielä kuntoutumisvaiheessa ja voivat olla erityisen herkkiä reagoimaan vaikeiden ja henkilökohtaisten asioiden ollessa kyseessä. Sairauden vakavampi, sairaalahoitoa vaatinut jakso ei ole vielä kovin kaukana menneisyydessä. Sairauteen voi liittyä myös erilaisia epäluuloja, jotka voivat helposti aktivoitua haastattelun yhteydessä. Nämä seikat on huomioitava haastatteluja tehtäessä, samoin kuin tarvittaessa ohjattava kuntoutujaa hoidon ja tuen piiriin.

Käytin tutkimuksessani myös lääkärin tekemää yhteenvedoa sairaalajaksosta jatkosuunnitelmiseen saatuni siihen ensin virallisen luvan sairaanhoitopiiriltä ja kysyttyäni sen käyttöön luvan haastateltavilta. Kaikki suostuivat sen hyödyntämiseen, olinhan jo sairaalajakson aikana ollut heidän hoidossaan mukana ja niin ollen siitä saatavat tiedot eivät olleet uusia. Kukaan haastatteluun osallistuneista ei ihmetellyt rooliani sekä työntekijänä että opiskelijana. Päinvastoin heidän oli helpompi kertoa kuulumisiaan entuudestaan tutulle henkilölle. Olin jo tutkimustiedotteessa kertonut, että voin tarvittaessa ohjata heitä eteenpäin muun muassa ammatillisissa asioissa. Muutaman kuntoutuajan kanssa keskustelimmekin erilaisista vaihtoehdoista ja niiden ajankohdasta.

Jo tutkimustiedotteessa kerroin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta peruuttaa suostumus missä vaiheessa tahansa. Kerroin myös, että tuloksia esitettäessä yksittäisiä haastateltavia ei pystytä tunnistamaan; raportoinnissa haastateltuihin viitataan tunnistekoodilla tai muutetulla nimellä. Kertasin nämä asiat vielä ennen varsinaisia haastatteluja suostumuslomakkeen allekirjoituksen yhteydessä. Haastateltujen asuinpaikkoja en myöskään kerro, koska se olisi lisännyt tunnistamisen mahdollisuuksia varsinkin pienillä paikkakunnilla. Koska vastaajien määrä oli pieni ja sairaanhoitopiirin alue helposti jäljitettävissä, päädyin raportointivaiheessa vielä jättämään pois viittaukset sukupuoleen tunnistenumeroineen. Siten myöskään eri sitaattien välisiä yhteyksiä ei voida vastauksista heti yhdistää tiettyyn henkilöön.

5 TYÖN JA TOIMINNAN MERKITYS KUNTOUTUMISESSA

5.1 Tavoitteena työ

Kuntoutusta enemmän puhutaan nykyään työllistymisen edistämisestä ja syrjäytymisen ehkäisystä, tavoitteena on työllistyminen avoimille työmarkkinoille, mahdollisesti tuettuna, tai ylipäättään työelämäosallisuus (Lähteenlahti 2008, 191–192; Vilkkumaa 2012, 29–40.) Kivekkään (2005, 381) mukaan kuntoutuksessa korostuu nykyisin työelämään asti ulottuva tuki ja kuntoutujan oman sitoutumisen merkitys, myös palveluohjauksen merkitys on kasvanut. Työelämään tähtääviä toimintoja on useita ja erilaisia ja ne ovatkin usein ensimmäisiä etappeja, joiden kautta olisi tarkoitus lähteä rakentamaan polkua työelämän suuntaan. Pirttijärvi (2013, 121) totesi tutkimuksensa aineistoon viitaten suurimman osan psykiatrisen sairaalan potilaista olleen pitkäaikaistyöttömiä.

Työtoiminnassa (tai vastaavassa) tai opiskelemassa haastatelluista oli haastatteluhetkellä vain kaksi. Lisäksi työtoiminnassa oli sairaalajakson jälkeen ollut kaksi muuta haastateltua. Varsinaisessa ansiotyössä heistä ei ollut ollut kukaan. Työtoiminnassa tai opiskelemassa olivat olleet ne, joiden sairausloma ei ollut vielä jatkunut kovin kauan. Kuntoutajat pitivät työtä kuitenkin yleisesti tavoitteellisena ja sen merkitystä suurena yhteiskunnankin kannalta. He näkivät työn tekemisen tai ylipäättään jonkinlaisen arjessa tapahtuvan toiminnan osana kuntoutumisprosessia. Seuraavassa tuetussa asumisessa asuvan haastatellun ajatuksia työn merkityksestä itselleen mielenterveyskuntoutujana:

No tohon kuntoutumiseen vaan sitä, että mielenterveyskuntoutujan työpanos ei välttämättä oo iso, mutta se voi olla tärkeä. Se on yhteiskunnalle tärkeä. Ei sais erottaa mielenterveyskuntoutujia [*muista*]. Ja eikä se tarvii välttämättä olla niin iso... kunhan se on jotain työtä. Täälläkin tehään kaikki talon työt.

Työn tekemisen ja työssä olemisen yhtenä merkityksenä on myös arjen ja ajan normaalina pidetty rytmittyminen. Pidempään aiemmin työssä ollut haastateltava etsi itselleen aktiivisesti työpaikkaa, mutta mietti myös työllistymisen vaikutusta kokonaisuudessaan elämänsä ja taloudellisen tilanteensa suhteen. Hänen mielestään työhön pääseminen toisi elämään kaivattua rytmiä huolimatta siitä, että työttömyyttä on jatkunut kauan.

Työllistyminen parantaisi myös perheen taloudellista tilannetta ja vaikuttaisi parisuhteeseen myönteisesti ja niin, että molemmat puoliset osallistuisivat tasavertaisesti perheen elatukseen.

No onhan se niinku tärke juttu ja se rytmittää mun elämää, kun pääsis johonkin töihin. Sitte toisaalta se on niinku aika vieras juttu. Mä oon ollu tässä työttömänä niin kauan. Ja tota...en mä niinku töitä pelkää, kyllä mä meinaan töihin hakee. Kun sais jotain hommaa.... että kun mä kotona makaan ja puoliso käy töissä, niin ei se oikein.... onhan se tärke asia... olis ehkä taloudellinenkin tilanne vähän parempi, mutta heti on ulosottomies perässä. Kyllähän mä ... hommia tein [paikkakunta].... ja nyt sitte [paikkakunta] jatkuvasti kävin siellä mollin [työhallinto] sivuilla, niin ei siellä oo mulle mitään tarjota.

Vaikka haastateltavasta oli usein tuntunut, ettei hänelle sopivia työpaikkoja ollut tarjolla, hänellä löytyi kuitenkin yritystä työn hakemiseen ja hän oli käynyt työhaastattelussakin, joka ei kuitenkaan sillä kertaa johtanut työpaikan saamiseen. Toivoaan hän ei kuitenkaan ollut menettänyt, vaan etsii mitä tahansa töitä uudelta paikkakunnalta. Haastateltava myös analysoi omaa tilannettaan, koulun keskeyttämistä ja lasten tapaamisten järjestelyjä.

Ja mä siinä sitte kävin [paikka]:lla työhaastattelussa, hain tonne [ammatti] paikkaa.... Sitä paikkaa mä en saanu, siihen valittiin joku muu.

Et toivottavasti nyt [paikka]:sta [töitä löytyy].... Se jäi se koulukin kesken, kun mä olin siellä koulussa [paikka]:lla. Sitä kävin nyt puol vuotta, kun se... vähän jäi...lasten tapaamiset ja... Et kyl se ois tosi tärke juttu nyt mulle se työ, ett löytys jotain työtä konkreettisesti, että sais tuotuu sitä [rahaa] itekin kotiin. No mä oon miettiny jotain tommosta hanttihommaa että vois alkaa tekeen. Niinku se olis se yks vaihtoehto. Ei mulla odotuksia, ett sen pitäs olla kivaa. Tykkään fyysisestä...

Haastateltavat miettivät työkykyisyyttä usein tietysti sairauden kautta ja ajattelivat, että parantumisen myötä työntekokin olisi mahdollista. Työn ja työllistymisen suunnittelulle tai siitä keskustelulle he eivät välttämättä nähneet tarvetta vielä kuntoutumisvaiheessa. Toisaalta tuntui siltä, että he ajattelivat parantumisen ja kuntoutumisen ”vain” tapahtuvan ilman, että sen eteen tarvitsisi tehdä mitään. Työhön lähtemistä he ajattelisivat tarkemmin vasta sitten, kun olisivat täysin terveitä.

No tota...ni mä oon sitä mieltä, että saattasin pystyä tekemään töitäkin, jos parantus niinku tästä syvällisemmin tästä masennuksesta... Se on mulla masennustausta. Niinku ei oo ketään on vähän yksinäinen. Jos se paranis siitä niin sitte ehkä pystyis tekemään töitä.

Seuraavassa on ote käydystä keskustelusta yhden haastatellun kanssa, jolla oli työn suhteen muitakin terveydellisiä rajoitteita ja keskeytyneitä ammatillisia koulutuksia. Haastateltava on kaikissa tilanteissa hyvin niukkasanainen ja kysymysten on oltava keskimääräistä tarkempia.

R: Miten tärkeäksi sä koet, että saat ammatin ja työpaikan?

Hva: Sit kun mä oon toipunu ihan täysin.

R: Onko se sun tavoitteena, että löytyis se oma ala ja työpaikka?

Hva: On.

R: Olisitko toivonu enemmän keskustelua ammatin tai työelämän suuntaan?

Hva: No en vielä.

R: Ei oo vielä sen aika?

Hva: Niin.

Suunnitelmat työn suhteen ovat voineet olla selvät jo kotiutumisvaiheessa. Seuraavassa sitaatissa kyseessä on kuntoutuja, joka oli haastatteluajankohtana toista kertaa sairaalahoidossa lyhyen ajan sisällä ja nyt lähdössä uudelleen kotiin. Haastateltu oli ollut ennen sairaalaan joutumistaan työhallinnon kautta määräaikaisessa työssä ja halusi sitä jatkaa kotiuduttuaan.

Että mä meen töihin tuohonlle *[työpaikka]*. Itte mä oon suunnitellukin. Mä oon itsenäinen ihminen ja haluan itse suunnitella.

Tässä tapauksessa sama suunnitelma oli ollut olemassa jo edelliselläkin kotiutumiskerralla, mutta se ei ollut ennättänyt toteutua haastatellun joutuessa uudelleen sairaalahoitoon.

Työtoimintaan osallistunut kuntoutuja oli sitoutunut toimintaan määräajaksi. Vaikka hänellä oli ajatuksia ammatin ja koulutuksen hankkimisesta jossain vaiheessa, nyt työjakson jälkeen jatkosuunnitelmana oli kuitenkin lähteä matkustelemaan.

Joo heinäkuun loppuun *[sopimus]*. Mulla on syksyllä tarkoitus lähteä johonkin.

Tarkennettaessa, koskiko ”johonkin lähteminen” mahdollisesti työnhakua, haastateltava vastasi, ettei viitsi hakea, vaan aikoo lähteä johonkin etelään, jossa on aiemminkin matkustellut.

Mielenterveysongelmien lisäksi työelämään palaamiseen vaikuttavat muutkin sairaudet; ”käsi kädessä ne kulkee, on täysin mahdollista, että mielenterveydestähän ne *[tarkoittaa päihdeongelmia]* johtuu...”. Erityisesti fyysiset sairaudet voivat rajoittaa huomattavasti ammatin- ja työnvalintaa. Lisäksi esimerkiksi perheongelmat ja ongelmat lasten tapaamisessa vaikuttavat työnhaun ja työhön lähtemisen aktiivisuuteen niin kuin muuhunkin elämäntilanteeseen kokonaisuudessaan. Ajatukset voivat pyöriä näiden muiden ratkaisua vaativien asioiden ympärillä niin, ettei voimavaroja yksinkertaisesti riitä työelämän ajattelemiseen ja työnhakuun keskittymiseen.

Kysyessäni työhön liittyvistä asioista kotiin palaamisen jälkeen haastateltavalta, jolla on ammatillinen koulutus ja vähän työkokemustakin, hän totesi, että olisi päässyt töihin, mutta paikkaan ehdittiin ottaa jo joku toinen. Edellä mainittu asia jäi epäselväksi tarkennuksien jälkeenkin; oliko mahdollinen töihin pääseminen vain oma ajatus vai oliko yhteydenotto työpaikkaan syystä tai toisesta viivästynyt. Vastauksena kysymykseen, miten aikoo jatkossa menetellä työn haun suhteen:

....luulen, että sinne samaan paikkaan kun ennenkin kuhan vaan laittaa hakemuksen mahdollisimman aikasin, niin vois ottaa yhteyttä sitte.jos vaikka tähtäis ens vuodelle sitte...

Työasioiden tärkeydestä erikseen kysyessäni edellä mainittu haastateltava koki asian tärkeäksi, vaikka ei nähnyt itsellään aktiivisempaa ja monitahoisempaa roolia työn hankkimisessa.

Kyllä koen. Kuhan saa rahaa ja saa sitte leipää.

Vielä haastattelun lopussa tarjottaessa mahdollisuutta kertoa, mitä haastateltava edellä keskustellun lisäksi haluaisi sanoa, korostuu tekemisen merkitys uudelleen.

Eipä mulla tuu oikeestaan mieleen. Kuhan löytys jotain tekemistä.

Kokonaisvaikutelmaksi jää, että kuntoutujalla ei ole voimavaroja tehdä työn löytämisen hyväksi mitään. Hänellä on ammattitaitoa ja hän ehkä jaksaisi käydä töissä nykyisessä tilanteessa, mikäli työtä järjestyisi. Työssä käynti voisi puolestaan aktivoida häntä muutenkin.

5.1.1 Kuntouttava työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus

Pylkkänen ja Moilanen (2008) korostavat kuntoutuksessa työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista. Hyvän mielenterveyden yhtenä yleisenä tunnusmerkkinä on kyky tehdä työtä. Mielenterveyden ja yhteiskunnan tilanteen välillä on kaksisuuntainen yhteys; mielenterveysongelmat heijastuvat yhteiskuntaan ja toisaalta yhteiskunnan ongelmat näkyvät mielenterveydessä. Nuorista aikuisista mielenterveyden häiriö todetaan n. 25 %:lla, noin 10 %:lla häiriö aiheuttaa toimintakyvyn rajoituksia (emt. 168-169.)

Haastatelluista ne, joilla oli masennus tai päihteisiin liittyvä diagnoosi, olivat hyvin pian sairaalajakson jälkeen aloittaneet työtoiminnan tai opiskelun. Skitsofrenia-, psykoosi- tai muun vakavamman diagnoosin saaneet eivät olleet kodin ulkopuolisessa toiminnassa. Vuosia työssä aiemmin ollut haastateltava pääsi heti sairaalajakson jälkeen mukaan työtoimintaan:

Niin se tais mennä, että sit mä aloitin sen.... mikskä sitä sanotaan... työ...hanke se oli . Ja mitähän ne käytti tuolla terminä... se ei oo työkokeilu.... niin, kuntouttava työtoiminta tai mikä se oli... niin siellä oli sit *[työpaikan/yhdistyksen nimi]* sihteerin hommia.

Työtoiminta tuntui myös etenevän hyvin ja suunnitellusti työajan lisääntyessä ja toiminnan keston jatkuessa:

No alkuun olin,...olinko mä sen kolmena päivänä viikossa ja sitte marraskuun lopulla me lähettiin tonne matkalle kaheks viikoks ja sen jälkeen, kun me tultiin sieltä *[ajankohta]* takasin, niin me tehtiin neljän päivän sopimus. Neljä päivää viikossa. Ja tota, sitte tammikuun lopussa uusittiin, että jatketaan maaliskuun loppuun.

Työtoimintaan osallistuminen on tukenut kuntoutusta kokonaisuudessaan ja edistänyt sen tavoitetta muun muassa osallistumisen ja toiminnallisten kykyjen kohentumisena. Myös toivo ja motivaatio tulevaisuuden suhteen vaikuttivat lisääntyneen, mikä on Lähteenlahden (2008, 201) mukaan tavoiteltava asia kuntoutuksessa. Mielenterveyskuntoutujat ovat herkkiä reagoimaan totutusta arkirutiinista poikkeaville asioille. Tässäkään hyvin alkaneessa ja edistyneessä toiminnassa kaikki ei mennyt niin hyvin kuin olisi voinut; tiedonkulun katkokset aiheuttivat ongelmia toimeentulon suhteen ja sitä kautta kuntoutujan motivaation alentumista.

Sit on ei enää tiedä hirveesti motivoiko toi kuntouttava työtoiminta kun meni sillai, ett oli tullu sitte jotain katkoksia... . informaatiokatkoksia. Ett se tota (...) -hankkeen koordinaattori, se joka järjesti mun asiat, se oli kyllä lähettänyt työvoimatoimistolle [tiedon], kun esimerkiksi [työaika lisääntyi] kolmesta päivästä neljään päivään. Ja sit ku oli se sovittu loma siellässa, nii hyvä, ettei laittanu karenssia päälle siitä. Kun mä olin siellä, ett olin ollu... siinä oli informaatiokatkos ja sit siinä, ku alotin neljän päivän työviikon nii sitäkään ei ollu korjattu ... Ni Kela toimii niillä lausunnoilla, mitä niillä on. Ett se ei hirveesti sit motivoinu. Ett se vähäkin raha mitä siitä ois saanu....

Myös toisen kuntoutujan kohdalla työtoiminta pääsi hyvin alkuun. Hän oli jo sairaalassaoloaikana käynyt tutustumassa toimintaan ja miettimässä ohjaajan kanssa häntä kiinnostavia toimintoja:

Eteni [työtoiminta] ihan hyvin. Mä soitin sinne [paikka]:lle, kun tulin sairaalasta.

Kuntoutujat sitoutuvat yleensä hyvin sairaalassa tehtyihin suunnitelmiin ja toimivat niiden mukaisesti kotiutumisvaiheessa. Tässä vaiheessa sairaalasta tarjottu tiivis tuki on vielä vaikuttamassa. Tilanteet ja toiminnot kuitenkin muuttuvat ajan mittaan, joskus nopeastikin, kun päivittäinen tuki puuttuu. Toisinaan kuntoutujat eivät enää jaksaa osallistua toimintaan, joskus he löytävät sen tilalle jotain uutta tekemistä.

Kävin. Ei joka päivä ku kaks kertaa viikossa....siellä oli ruuanlaittoa ja... mä siellä jaksoin jotenki laittaa. En tiie, onks se ku porukalle laittaa, niin sitä jaksaa laittaa sitä ruokaa. Mut jos itelle vaan laittaa niin ei jaksaa sitte.

Mut mä oon sen lopettanu nytte ja sen tilalla käyn tuolla [seura]:ssa.

Aina ei ole tarkoituksenmukaista heti sairaalajakson jälkeen lähteä työhön, työtoimintaan tai ammatilliseen kuntoutukseenkaan. Asia on kuitenkin hyvä pitää mielessä ja suunnitella työn suuntaan etenemistä yhdessä avohoidon tai omien ohjaajien (tuetussa asumisessa) kanssa. Seuraavassa on sitaatti haastateltavalta, jonka kanssa ammatillisista kuntoutuskursseista oli keskusteltu jo sairaalajakson aikana, mutta tarkoituksenmukaisempaa oli saada ensin elämän muut osa-alueet sellaiseen järjestykseen, että voimavaroja riittää myös työasioiden pohtimiseen. Sairaalaista kotiutumisesta oli haastatteluhetkellä kulunut aikaa reilu puoli vuotta. Haastateltavalla ei ole ammatillista koulutusta.

On.. , no nyt olis tarkoitus syksyllä nii jotain näitä kuntoutuskursseja lähtee kattomaan... Joo aika montakin kertaa on ollu puhetta ja nyt sitte tota....nyt sitte ollaan sitä mieltä, ett tään syksyn kurseja ... niinku ja sitten lähetää kun se vointi on tasanen, sit lähetään vasta sitä ammatillista tai niitä kurseja kattomaan ...

Pirttijärvi (2013, 122–123) toteaa, että sairaalassaoloaikana potilaan on vaikea samanaikaisesti olla työvoimatoimiston asiakkaana. Jokainen organisaatio keskittyy omaan tehtäväänsä. Sairaalahoidon aikana ei juurikaan keskitytä käsittelemään työttömyyttä tai etsitä ratkaisua siihen. Myös työllistyminen vapaille markkinoille on aivan eri asia kuin esimerkiksi päiväkeskustoimintaan osallistuminen.

Seuraava haastateltava oli asunut jo yhdeksän kuukautta tuetun asumisen yksikössä sairaalahoidon jälkeen. Yksikössä tehdään normaaleja arkipäivän askareita, ja sieltä löytyy monipuolista tekemistä. Varsinaisesta työtoiminnasta tai opintojen jatkamisesta (koulutus keskeytynyt aiemmin) haastateltavan kertoman mukaan hänen kanssaan ei ollut vielä keskusteltu.

Ei oo vielä niinku mietitty minkäänlaista *[työtoimintaa]*. Kyllähän se on aina ihan hyvä miettiä. Mitä aikasemmin valmistautuu niin ainahan se on helpompi alottaa. Tavallaan se ois ollu hyvä.

Työtoiminnan yhtenä tarkoituksena on tukea kuntoutumista kokonaisuudessaan; pitää yllä päivärytmiä, lähteä kodin ulkopuolelle ja tavata muita ihmisiä. Työelämässä aiemmin olleet voivat kaivata työpäiviinsä myös enemmän rakennetta ja haastetta.

No olihan siinä se, että oli se kodin ulkopuolinen paikka, missä käy. Sitte oli niitä päiviä, että mitähän täälläkin tekee kun ei oo mitään tekemistä, pyörittelee peukaloita. Mutta parempi kuin se, että jää kotiin makaamaan. Siinä oli eläkkeellä oleva [työnohjaaja]... sitte ku alko nää olympialaiset...että tota, ei siellä sillai stressata tarvinnu.

Myös yhteiskunnan asettamat kriteerit eri toimintamuodoille voivat muodostaa esteen päästä eteenpäin. Esimerkiksi pienellä paikkakunnalla ei välttämättä ole monipuolisia osallistumisen mahdollisuuksia, jotka soveltuisivat työnhakijoille tai kuntoutustuella oleville, vaan tietty myönnetty tuki voi estää toiseen toimintaan osallistumisen.

Niitä on mietitty kyllä [työharjoittelua ja työkokeilua]. Mutta siinä on semmonen hankaluus, että työkyvyttömyyseläkkeellä ei pysty tekemään tämmöistä harjoittelua, se on jotenkin esteellinen.....

Joo, [paikka]:n toiminnasta... mikä se oli.... se työtoiminta. Oli puhetta, että pitäis olla kuntoutustuella että pääsis sinne töihin. Että oli kyllä. Tota....täytyy nyt kattoo, että jos se on myöntävä päätös se kuntoutustuki niin sitte.

Samaan asiaan palaamme vielä haastattelun myöhemmässä vaiheessa. Kysyessäni, olisiko haastateltava vaikka heti valmis lähtemään työtoimintaan, jos saisi myönteisen kuntoutustukipäätöksen, ei asia ole mitenkään itsestään selvä. Paikkaan tutustuminen etukäteen helpottaa yleensä sinne menemistä myöhemmin.

En osaa kyllä vielä sanoo yhtään.... tota... voishan siellä käyvä ainakin tutustumassa ja kattomassa minkälainen paikka se on.

Klubitalon toiminta on monille kuntoutujille mielekästä, koska siellä on mahdollisuus kuulua yhteisöön ja tavata muita samassa tilanteessa olevia. Klubitalolla pääsee myös tekemään erilaisia (työ)tehtäviä, mutta niihin osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista. Klubitalon toiminnasta puhutaan yleensä jo sairaalajakson aikana ja siihen voidaan käydä tutustumassa. Toimintaa on kuitenkin hyvä olla sopivasti, ei liikaa. Olisikin hyvä suunnitella viikoittaista toimintaa yksilöllisen tarpeen ja sen hetkisten voimavarojen mukaan.

Sillon viimeks palaverissa oli puhetta, että jos mä alkasin käymään tuolla Klubitalolla... En mä nyt sitte... en tiie....että mä vähän.... kattoo, että

miten nuo aikataulut alkaa muotoutumaan. Kun tällä hetkellä tuntuu, että vähän joka päivä on jotaki. Et saa olla menosa. Että niinkö, ett saa olla rauhassa... että täytyy nyt sitä miettiä ja kattoo....

5.1.2 Ammatinvalinta ja opiskelu

Haastatelluista vain kolmasosalla oli olemassa ammatillinen koulutus. Muut joutuvat miettimään vielä ammatinvalintakysymystäkin muun kuntoutumisen ja hoidon ohessa. Vaikka seuraava haasteltava oli ollut useita vuosia työssä, hän mietti uutta itselleen paremmin sopivaa ammattia. Myös fyysinen terveydentila asetti rajoitteita työssä toimimiselle ja hän todennäköisesti joutuukin etsimään uudenlaista työtä.

... että niinku mikä se olis ja mä oon sitte.... ku mä en oikeen .. mä en oikeen tiie itekään... mä en ainakaan tykkää töistä, mistä mulla on kokemusta ... että... keittiötyöhön mä en halua lähtee ja siivoustyöhön musta ei varmaan oo todennäkösesti enää....ni tota sit en tiie, mikä se ois se joku.... mikä ois semmonen kiinnostava. No yks sitte on ehkä mahdollisesti sellanen joku lasten työssä tai lasten kanssa tai... en tiie.

Työtoiminnassa mukana oleva kuntoutuja työskentelee siellä itselleen mielenkiintoisessa työssä, mutta ei silti koe hankkivansa siitä itselleen ammattia. Hän on vuosien mittaan kokeillut erilaisia töitä, mutta haluaa edelleen jatkaa kokeiluja ja ammatin etsintää.

Sitä miettii ammattia. Tällä hetkellä ei tiedä, mihin kouluttautuu niin ei oo sitä motivaatiota hankkia työtä ja saada rahaa. En oo hakenu mihinkään... kokeilemaan erilaisia hommia ja juttuja ja ehkä sieltä sitten löytyy...

Pitempiaikaiseen sairaalahoitoon joutuminen keskeyttää yleensä myös opiskelun, jota on toki mahdollisuus tilanteen mukaan myöhemmin jatkaa. Terveydentila ja/tai muut syyt voivat kuitenkin asettaa rajoituksia opintojen jatkamiselle. Seuraavassa otteessa ei käy suoraan esille, miksi opiskelupaikkaa ei enää ole. Opintojen keskeyttämisestä oli kuitenkin kulunut jo aikaa ja opinto-ohjelmat ja -vaatimukset olivat suuresti muuttuneet. Kuntoutuja on mahdollisesti joutunut luopumaan opiskelustaan syistä, jotka eivät ole hänelle mieleen. Sen vuoksi myös halukkuus puhua ammatillisista asioista voi ymmärrettävästi olla vähäinen. Kuntoutuja vastailee muutenkin niukkasanaisesti ja tarvitsee tarkentavia

kysymyksiä. Uuden alan ja opiskelun miettimisen ollessa ajankohtaista kuntoutuja tulee hyvin todennäköisesti tarvitsemaan siinä ulkopuolista tukea ja ohjausta.

R: Muistaakseni sulla oli se opiskelupaikka?

Hva:mmm....

R: Mitäs sen suhteen on kuulunu?

Hva: Se on irtisanottu se paikka.

R: Aha. Eli sä et mee sitte jatkamaan?

Hva: En mene.

R: Minkälaisia ajatuksia sulla on sen opiskelun tai työn suhteen?

Hva: En mä tiie vielä.

R: Siinä vaiheessa, kun se kuntoutustuki päättyy (jos ei sitä jatketa), pitää ilmoittautua työnhakijaksi ja sit se on viimeistään ajankohtaista miettiä, mitä sitä ”isona” tekee.

Hva: Ymmhh.

Toisilla riittää tahdonvoimaa ja motivaatiota viedä opinnot päätökseen, vaikka sairastuminen tapahtuu opiskelujen aikana. Opintojen suorittaminen vaatii enemmän aikaa ja kesken jääneiden kurssien uusimista. Usein opintojen määrää ja aikataulua voi myös suunnitella itselleen siihen tilanteeseen sopivaksi. Opintojen kevyesti ja vähitellen aloittaminen voi olla hyvä tapa palata pikkuhiljaa takaisin kokopäiväiseen opiskeluun. Myös riittävä lepo ja rauhoittuminen sopivassa määrin auttaa jaksamaan.

Kyllä mä päätin, että mä haluan ylioppilaaksi. Niin mä sitten luin ja kävin kurssit uusiks, 4½ vuoteen sitte valmistuin. [*keskimäärin 3-vuotiset opinnot*]

No aluks mä olin vaan tässä kotona. Siinä ois ollu vielä yks jakso sitä koulua. Mut olin vaan tässä kotona. Ja sit tuli se kesäloma. En ollu missään töissä tai mitään. Oleskelin ja sitte aloitin koulun taas, tai siis jatkoin nyt syksyllä ja niin nyt on jo ensimmäinen jakso takana. No, ihan kivasti ihan jaksoin opiskella ja oli kivaa opiskella. Kyllä mä aika kevyesti aloitin. Että ei mulla kovin monta kurssia ollu mutta kuitenkin.

5.1.3 Kotityöt

Useimmilla haastateltavilla työllistymisasiat eivät olleet päällimmäisenä ajatuksena sairaalajakson jälkeen. Kuitenkin he kokivat, että oli hyvä olla jotain tekemistä, vaikka ihan tavallisia kotitöitä. Myös Lähteenlahti (2008, 201) käsittää työn laajasti siten, että muun muassa kotiin liittyviä töitä voidaan pitää työnä. Osalle haastatelluista koti- ja arkiaskareissa olikin ihan riittävästi tekemistä, he eivät olisi vielä jaksaneetkaan ajatella muuta tekemistä. Tuetussa asumisessa kotityötkin jaettiin asuinkaverin tai muun yhteisön kesken.

Kyllä, ei... ei niitten kanssa oo ollu mitään että... että tota... kuitenkin sitä sillee ku on aika vähän ninku ihan täysin itekseen tehtäviä juttuja. Ett tota kuitenkin kaikki, kaikki työt melkein tehään puoliksi [*kämppekaverin kanssa*]. Ruuanlaitot ja siivoukset hojetaan puoliksi ja semmosta työtä et ei niinku...

Semmonen puol vuotta sitten oli vaikee tehdä ihan semmosia päivittäisiä asioita. Ett ei sitä niin pian kannata lähteä töihin.

Yksin asuessa ei kukaan välttämättä ole ohjeistamassa kotitöihin, ja oman motivaation ja aktiivisuuden puuttuessa vähätkin työt jäävät tekemättä. Itselleen haastateltava ei jaksa tehdä ruokaa, vaikka aiemmin kuntoutusyksikössä käydessään hän piti ruoan tekemistä mielekkäänä, kun sitä teki samalla muillekin. Myös läheisten joskus liian avulias asenne saattaa rajoittaa arkiaskareiden tekemistä.

No, yleensä menee vähän niin, ettei oikeen tee mitään, makkaa vaan sohvalla. Tai.... tai muuten vaan istuu ... niinku nytkin mä aamupäivällä istuskelin tuolissa ja mietiskelin vaan asioita. En kauheesti ruokaa laita, ku se, se on jotenki siitä, kun mä en jaksa. Mä syön vaan voileipiä... Pyykkiä mä varmaan pesisin, mutta kun äiti tuntuu pesevän ne, en ehi sitte tekemään sitä.

Tuetussa yhteisöasumisessa erilaista tekemistä riittää. Toisaalta voi kysyä, miten paljon kukin asukkaista osallistuu yhteisiin tehtäviin; tietyn vähimmäismäärän vai oman aktiivisuuden mukaan enemmänkin. Kysyttäessä, pitäisikö yhteisön tarjota tekemistä enemmänkin, saan yhdeltä haastateltavista yksioikoisen vastauksen: ”Mulla on ihan riittävästi tekemistä.”

Päivärutiineista keskusteltaessa haastatellut pitivät hyvänä normaalien kotitöiden tekemistä, asuivat sitten tuetussa yksikössä tai kotona yksin tai perheen kanssa.

Niin se on hirveen hyvä, että voi pitää kiinni *[rutiineista]*.... että kyllähän me tehhään.... laitetaan ruokaa ja tiskataan. Ne on kyllä ihan tärkeitä. Jos täällä saa hoidettua hyvin kaikki talon asiat niin... sitte se opettaa sitä työtä ja oppii tekemään ... ihan hyvin.... Luonu sitä mielekkyyttä, että semmostakin... Ei oo niin paljon sitä hommaa, että...

Vastauksesta tulee esille, miten kotitöiden tekeminen voi auttaa oppimaan myös varsinaisen työelämän asioita ja edistää siten kuntoutumista kohti työelämää ja työkykyisyyttä. Tässä nähdään myös tekemisen ja pienimuotoisesta tekemisestä aloittamisen mielekkyys. Sekä kotona että erityisesti yhteisöasumisessa on omat sääntönsä kotitöiden tekemisessä. Säännöt ja niiden noudattaminen tuntuvat olevan selviä hyvässä kuntoutumisvaiheessa oleville haastatelluille.

Nii no joo....omat pyykit pitää pestä ja lakanat sillon tällön. Ja perjantaisin imuroidaan. Ruoka tulee valmiina naaman eteen.

Joo kyllä sillee tavallisesti. Meillä on niinku kotona sillee listat, että jokaisella on kerran viikossa keittiövuoro; siivotaan keittiö ja jokaisella on vastuualueet. Että niitä niinku laitetaan siistiks..... kun on viikkosiivous.

5.2 Avohoito ja ohjaajien tuki

Avohoito suunnitellaan ja sovitaan jo sairaalajakson aikana. Tuetun asumisen asukkailla on käytössä asumisyksikön ohjaajien tuki; he ovat tavoitettavissa paikasta riippuen 8, 12 tai 24 tuntia vuorokaudessa. Jokaiselle pyritään sopimaan juuri hänelle tarkoituksenmukainen tuki ja hoito. Seuraavassa esimerkissä kuntoutuja on käynyt keskustelemassa aluksi sekä psykiatrian poliklinikalla että menneisyyden tapahtumien vuoksi nimenomaan niihin asioihin keskittyvässä yksikössä. Myöhemmin toinen hoitosuhde on jäänyt tauolle, mikä on sekä resurssien käytön että hyvin todennäköisesti kuntoutujankin kannalta tarkoituksenmukaista.

No niin, tällä hetkellä mulla on tota ollu tuolla *[paikkakunta]*:n psykiatrian poliklinikalla, ni siellä... ja sit mä oon käyny tuolla.....käyny näitä asioita,

menneisyyden asioita läpi myös tuolla käyny tuollassa. Niin siellä oon käyny. Joo siellä oon käyny ihan säännöllisesti...mistä mä nyt oisin, sieltä maaliskuusta ehkä... No nyt mulla ei oo ollu sinne poliille aikaa tällä hetkellä ollenkaan. Et ku mä oon tuollassa käyny, niin nyt on sitten pi´etty pieni tauko siitä. Että ei niinku....että ei sit tarvii niin monessa paikassa käydä.

Avohoidon kautta järjestyi myös työtoimintaa yksiköiden tehdessä yhteistyötä toistensa kanssa. Avohoito on aina vapaaehtoista, ja kuntoutujan omaan harkintaan jää, mikäli ei annettuja aikoja käytä. Vaikka työhön tai työtoimintaan osallistuminen on tärkeää ja toivottavaa, voi se joskus hämärtää omaa tilannetta kuntoutumisen suhteen. Kuntoutujat voivat ajatella, että ovat paremmassa kunnossa kuin todellisuudessa ovatkaan. Avohoidon aikoja ei välttämättä ole käytettävissä juuri silloin, kun kuntoutuja niitä eniten kokisi tarvitsevänsä. Myös kuntoutujan kannalta olisi tärkeää, että he eivät peruisi tai siirtäisi sovittuja vastaanottoaikoja ilman painavia syitä, koska säännöllisten tapaamisten tavoitteena on tukea heitä selviytymään arkielämässä.

Että senhän [*palveluyksikön*] kautta saatiin se työjuttu. Että se tuli sen kautta se työhaastattelu. Kun aloitti sen työhomman niin sokeutuko siinä niin, ettei tässä mitään terapioita tarvii. Tässäkin oli se, ettei niin hanakasti niitä aikoja sitten....; jos oli väsynyt olo, etten ollu nukkunu ja peruin sen ajan niin se siirty kolme viikkoa eteenpäin. Onhan se selvää, että niinku ei oo aikoja....

No siis oli... oli [*avohoidon yksikkö*] ja oli sovittu ett olis vähän aktiivisempaa... Oli kalenteri aika täynnä... että kerran kuussa ja hyvä jos sitäkään. Ja mulla sattui peruuntumaan joku aika ja se siirty monella viikolla eteenpäin ja se vakityöntekijä....että tota... mutta tuli siellä niinku välillä käyty tyhjentämässä päätään.

Monet kuntoutujat pitävät säännöllisiä käyntejä avohoidossa tarpeellisina varsinkin heti kotiutumisen jälkeen.

Pitää käyvä säännöllisesti, vaikka ei ois oireita. On se hyvä käydä mielenterveyspuolella.

En mä sitä suunnitelmaa muista, mutta sillai, että on ollu kerran kuukaudessa, ollu aika sinne lääkärille. Nyt on tulossa viimeinen aika.

Kaikille asiat eivät kuitenkaan olleet yhtä selviä. Seuraava haastateltava asui tosin tuetussa asumisessa ja voidaan olettaa, että psykiatrian poliklinikalle varataan vain tarpeen mukaan aika lääkärille, muu ohjaus- ja tukikeskustelu käydään asumisyksikössä. Haastateltavasta

jää vaikutelma, että hän tarvitsee edelleen paljon tukea ja tyytyy muiden ohjaukseen ja apuun asioiden hoitamisessa.

R: Onks sulla sitten hoitosuhde jossain? Psykiatrian poliklinikalla?

Hva: No sinne oli aika.

R: Onks sinne kuinka useesti aika?

Hva: Ei sinne nyt oo ollu.

R: Muistatko, millon on ollu viimeks?

Hva: En muista.

R: Tiedätkö, että onks sulla seuraavaa aikaa jo sovittu?

Hva: En.

R: Tuntuuks se, että se on ihan ok, että et tiedä?

Hva: On se ihan ok.

Kotona perheensä kanssa asuva kuntoutuja kertoo poliklinikalla käynneistään ja pohtii pitkään niiden merkitystä itselleen. Hän analysoi omaa käytöstään ja pitää hyvänä sitä, että häntä kannustetaan menemään vastaanottoajoilta. Kuntoutuja ymmärtää puhumisen ja asioiden käsittelyn merkityksen terveydentilalleen ja voinnilleen ja se motivoi häntä jatkamaan keskustelukäyntejä.

R: Käytkö siellä psykiatrian poliklinikalla?

Hva: Joo

R: Kuinka useesti?

Hva: Se on nyt harvennettu nii, että suunnilleen kaks kertaa ... eiku kerran kahessa viikossa.

R: Tuntuuko se riittävän?

Hva: No kyllä sillee, kun ei mitään sellasta erityistä asiaa varsinaisesti mitä pitäis käsitellä.

Hva: Se on hyvä, ett mun pitää käyvä siellä polilla. Mulle tulee....mä oon sellanen, ett ei tarte puhua... mä sitä välttelen. Se on hyvä, ett mua siihen patistetaan, et mun pitää käyvä siellä. Kyll mä käyn ihan ite. No vähän, tässä muutama viikko sitten mä unohin sen ajan. Ett en oo hirveesti niitä oottanu.... Mut sit viime aikoina huomannu taas, ett mulla alkaa vähän kiertää se asia samanlailla, ett ei mun tarvii puhua, kyllä mä tässä pärjään. Mut sit kun sen ite tajus, paljon enemmän haluan mennä sinne puhumaan, ettei mulle käy uudestaan niin [sairaalaan joutuminen].

Avohoidossa arvioidaan kuntoutujan terveydentilaa ja voidaan suunnitella muitakin hänelle sopivia kuntoutus- ja hoitomuotoja. Seuraavassa käyty keskustelu yksin asuvan

kuntoutuksen kanssa, joka oli ollut juuri kuntoutusyksikön jaksolla oltuaan ensin jonkin aikaa sairaalahoidon jälkeen kotona.

R: Miten päädyit kuntoutusyksikköön?

Hva: Ihan ton mun avohoitajan kans sovittiin. Kun oli vähän tylsääkin kesän aikana. Jotain aktiviteetteja siellä....

R: Tavoite jaksolle?

Hva: Tota,...arkirutiineja...jotain tekemistä tohon arkeen, ettei tuu koko ajan oltua kotona. ... Tota, siellä oli semmosia ryhmiä. Rentoutusta ja uimista ja jotain keskusteluryhmiä oli. Oli ihan vapaa-aikaakin, sai valita lähteekö niihin ryhmiin vai ei.

R: Miltäs ne ryhmät ja tekemiset siellä tuntu?

Hva: Ihan mukavalta. Jotain tekemistä sitten. En mä oikeestaan käyny kun muutaman kerran niissä ryhmissä, että....

R: Olit sitten niinku enemmän vaan siellä paikan päällä?

Hva: Joo olin.

Haastattelijalle ei oikein tule selväksi, miksi kuntoutuja oli joutunut edellä mainitulle jaksolle. Kuntoutuja itse korostaa tekemisen ja toiminnan mahdollisuuksia. Ristiriitaista on kuitenkin se, ettei hän oikeestaan kertomansa mukaan ole kuitenkaan osallistunut tarjottuihin ryhmiin ja toimintoihin. Oletan, että kuntoutusjakson tarve johtui kuntoutuksen terveydentilan heikkenemisestä niin, että tarvittiin tiiviimpää tukea kuin avohoidon käynnit. Keskustelu jatkuu:

R: Osaatko sanoa, oliko sun kunto menny sitten huonommaksi kotona ollessa?

Hva: No eipä se oikeestaan huonompaan, mut jotain tekemistä..... vaihtoehtoja missä vois käydä päivisin tai arkisin tai ...

Edelleen avohoidon riittävydestä kysyessäni hoito on kuntoutujasta tuntunut ihan riittävältä. Hän tietää myös mahdollisista mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuista ryhmistä, joissa voisi käydä: ”Vois siellä käydä tutustumassa.” Myös ryhmiin menemisestä ennen mahdollisen kuntoutustukipäätöksen saamista on keskusteltu; kuntoutuja myöntää, että voisi sinne mennäkin, mutta kynnys tutustumiskäyntiinkin vaikuttaa hieman korkealta. Hän oli käynyt aiemmin tutustumassa myös Klubitaloon, mutta sen toiminta ei kiinnostanut. Ajatus pyörii kuitenkin tekemisen ympärillä, mutta pelkkään kotoa lähtemiseenkin tarvitaan huomattavaa tukea.

Niin... mistä sitä *[tukea]* ois löytynyt sitte... Kyllä tommosista paikoista ... tukee semmosia ihmisiä kellä ei oo sitte tekemistä...tai siis mitään arkee... mitään tekemistä..

Tukea ja ohjausta on saanut myös asumisyksikön puitteissa. Kuntoutuja ei välttämättä itse ole aktiivinen tuen hakija, mutta asumisyksikössä kuntoutuja ja hänen toimintansa tunnetaan ja yhteyttä pidetään päivittäin. Tällöin asioihin voidaan vaikuttaa tai puuttua heti, jolloin vältetään mahdolliset isommat seuraukset ja voimien heikentymiset.

Tään kuluvan vuoden aikana, ni... niin niin en mä ainakaan oo niinku ite huomannu, että mä en ois saanu silleen tukea riittävästi. Että tota... ett melkein se on mennyt niin, että jos niinku on huomattu se, että mulla ei oo hyvä olla, niin oikeestaan se on mennyt vähän niin päin, että joku työntekijä on pitänyt huolen siitä, että näkee ja kuulee edes kerran päivässä. Mutta että en mä oo ainakaan huomannu sellasta, että olis niinku tarvinnu sillee enemmän tukea. Että kyllä täällä saa ihan riittävästi, että jos mihin sitten tarviikaan niin kyllä yleensä saa.

Kysyttäessä vielä avun tai tuen ja ohjauksen tarvetta tuetun asumisen kuntoutujalta, hänelle tulee mieleen hakemusten täyttäminen. Myös keskustelu sinällään on auttanut ja helpottanut olemista.

Mmm... eipä oikeestaan sillee oo ollu.... siis no joitain noita hakemuksia tehessä on silleen pyytänyt apua että niinku ei tota tulis ainakaan.... pienempi todennäköisyys, että tulis jotain... ois tullu mitään lisäselvityspyyntöjä. Ja no sitte oikeestaan mitä on tarvinnu niin sitte ehkä enemmänkin sitä keskustelua. Ku nyt olen kuitenkin.... kaikkia noita eri asioita on tapahtunu nii sitte keskustellen on saanu sitä oloa paremmaksi.

Kotiutumisen oikeaa ajankohtaa pohditaan sairaalajakson aikana. Se riippuu monesta asiasta, muun muassa lääkityksen sopivuudesta, oireiden hallinnasta, avohoidon järjestymisestä ja asunnosta tai mahdollisesti tuetun asumisen järjestymisestä. Tavoitteena kuitenkin on, ettei sairaalassa oltaisi turhan pitkään vaan siirryttäisiin avohoidon piiriin heti, kun se on mahdollista. Vaikka sairaalassakin tuetaan aktiivisuuteen, on se kuitenkin vielä enemmän toipilasaikaa ja normaalissa ympäristössä eläminen aktivoi usein toimimaan eri tavalla, ja sitä myös odotetaan kuntoutujalta.

Oikea ajankohta *[kotiutumiselle]*? Kyllä kyllä. Oli mahdollisuus nukkua *[sairaalassa]*, en mä täällä. Oli vaan sellanen tapa. Se ohjaajakin, kun

juteltiin, sano ettei tää oo mikään Leelian lepokoti. Tietysti viikonloppuna saa nukkua pitempään.

5.3 Ihmissuhteet ja harrastukset

Osa haastatelluista koki itsensä yksinäiseksi ja käytti sairauttaan selittävänä tekijänä. He odottivat, että tilanne korjaantuisi ikään kuin itsestään; tuntui, ettei heillä ollut oikein voimavaroja lähteä tilannetta aktiivisesti muuttamaan.

Hva: Se on mulla masennustausta. Niinku ei oo ketään, on vähän yksinäinen. Jos se paranis siitä niin sitte ehkä pystyis tekemään töitä.

R: Ootko sä ajatellu, että mitä sä voisit tehdä ite sen asian eteen?

Hva: Mä oon kauheen huono hankkimaan parisuhetta ... mä oon sitä yrittäny jotenkin... tai oikeestaan toivonu vaan, että jotakin tapahtus ku ei

Jos ois joku sellanen tapahtuma... vaikka työpaikka tai joku, jossa tapais ihmisiä sillai säännöllisesti niin se ois hyvä homma. Mutta en mä tiie, sen pitäis olla sit semmonen, että siinä on keskustelua niitten ihmisten kanssa. Ei semmonen, että sä vaan näät, mutta sitte ei oo mitään keskustelua. Ihmisten kanssa.

Edellisessä esimerkissä korostuu sairauden, työn ja ihmissuhteiden, erityisesti parisuhteen löytämisen välinen yhteys. Siinä kuntoutujan ajatukset kulkevat ”oravanpyörää”, josta ei ole helppoa ulospääsyä. Hän kokee sairauden estävän työhön menon ja parisuhteen hankkimisen. Hän toivoo, että joku ulkopuolinen järjestäisi tapahtuman, jossa voisi solmia uusia ihmissuhteita. Myös asuinympäristön vähäinen tarjonta ja mahdollisuudet yhteisiin toimintoihin osallistumiseen heikentävät tilannetta entisestään. Helpotusta ei myöskään tuo se, ettei kuntoutuja osaa itsekään sanoa, millaista konkreettista ja toteuttamiskelpoista tukea tarvitsisi.

Enemmän tukee... mä en osaa sanoo minkälaista tukee mun pitäis saaha, että mä saisin...saisin siinä tyttöystäväsiassa apua.... että musta tuntuu, että mä oon kehittyne taaksekinpäin siinä omassa henkilökohtasessa viehättävyydessä että ...

Osalla kuntoutujista ihmissuhteita oli enemmänkin sekä asumiseen liittyen että kodin ulkopuolella. Perheenjäsenet ja sukulaiset olivat monelle tärkeitä, mahdollisuuksien

mukaan kuntoutuja myös tapasivat heitä. Kauempana asuviin ystäviinsä he pitivät yhteyttä muun muassa puhelimitse ja facebookin välityksellä. Sähköiset kanavat ovatkin tärkeitä yhteydenpitomuotoja yksin ja kaukana ystävistään asuville kuntoutujille.

...ystäviä täällä talon sisäpuolella ja ulkopuolella. Ja lomalla tulee tavattua ystäviä miten ehtii. Ja puhelimitse tulee pidettyä yhteyttä ja facebookissa ja...

...ei ole ne asuu [paikkakunta]:ssa vanhemmat ja isovanhemmat. Mut poikaystävä asuu tuossa [paikkakunta]:ssa perheineen... ett siellä tulee sit käytyä.

En ole yrittäny netin kautta [hankkia ihmissuhteita]. Olen ninku kavereitten kans juteltu siellä. Se on erittäin tärkeä mulle, että saa jutella ihmisten kanssa. Netin kautta mä oon pystynyt [keskustelemaan], veljien kanssa nimenomaan.

Ollaan ihan hyvissä väleissä perheen kanssa. Että sillon tällön tapailen niitä.

Psyykkinen sairaus voi myös vaikuttaa ihmissuhteisiin ja tuttavien rohkeuteen ottaa puheeksi vaikeita asioita. Usein vakavan sairastumisen myötä, olipa kyseessä fyysinen tai psyykkinen sairaus, ihmissuhteet vähenevät tai valikoituvat. Monen on vaikea tulla keskustelemaan luontevasti, kun tietää toisen ehkä arkaluontoisesta sairaudesta. Seuraavassa sitaatissa kuntoutuja pitää hyvänä sitä, että ystävä ottaa asian puheeksi. Psyykkisestäään sairaudesta ei tarvitsisi tehdä sellaista asiaa, josta ei voi keskustella.

Joo, on niitä, mutta ehkä jotenkin huomaa, että ton sairauden jälkeen on niinku.... no jotkut kaverisuhteet on niinku väljehtyny ja tuntuu että kaikki ei osaa hirveesti suhtautua ja jotkut ei enää oikein osaa puhua mulle. Varmaan niinku vähän kiusaantunu, että mitä mulle pitäis puhua. Mutta kyllä sellaset niinku tärkeimmät kaverit on säilyny.

....että kun on semmonen olo, ettei oikein tiie voiko tuolle nyt puhua tai halutaanko puhua siitä sairaudesta vai ei... en mä siitä suuttuis jos joku tulis kysymään, että haluatko sä puhua siitä vai ei. No tänään just yks tyttö... juteltiin, se kysy ihan suoraan, että miten siitä puhutaan vai puhutaanko ollenkaan. Se oli ihan kiva, että joku uskaltaa puhua siitä ja tavallaan sitte.... tai normaali asia et ei ihan sellanen tabu ettei siitä voi puhua ollenkaan.

Ystävyysuhteet ja yhteydenpito vaihtelivat mielenterveyskuntoutujilla asuinpaikkakunnan, muuttojen ja työn suhteen aivan kuin kenellä tahansa muullakin. Useamman kerran paikkakuntaa vaihtanut kuntoutuja ei pitänyt juurikaan yhteyttä entisen

asuinpaikkakuntansa kavereihin eikä lapsuuden kaveriin. Nykyisellä asuinpaikkakunnalla hänellä ei ollut juuri yhtään ystävää, hän oli muuttamassa taas lähitulevaisuudessa ja pohjusti jo uusia ystävyssuhteita:

....että sehän se on tässä yks asia joka on mättäny, että ei oo mitään oikeestaan kodin ulkopuolista kun se työkokeilu tai mikä se olikaan... Sit onhan ne karissu ne ystävät. Mitä nyt sitte on koittanu etukäteen tutustua *[uudelle paikkakunnalle muuttoa suunnitellessa tutustunut hoitoyksikössä samalla paikkakunnalla asuvaan]*... me ollaan nyt sovittu, että aletaan pitää yhteyksiä, kun mä muutan sinne.

Muutamalla haastatellulla oli omia lapsia, joiden kanssa he eivät asuneet. He halusivat pitää lapsiinsa yhteyttä; joskus se oli helpommin joskus vaikeammin järjestettävissä. Huoltajuus- ja tapaamiskiistoiltakaan kuntoutujat eivät ole välttyneet; tilanteiden selvittelyt vaatisivat paljon voimavaroja, joita sairauden ja sen hoidon ohella kuntoutujilla ei välttämättä ole. Epäselvä ja tyytymättömyyttä aiheuttava tilanne lasten huollon ja tapaamisten suhteen vaikuttaa myös muuhun elämään ja toimintaan ja vie huomattavan paljon voimavaroja.

Joo, pidän. Että mä... yrittäny sillee että ihan säännöllisesti nään vähän. Ja isompia mä näänkin vähän sillee miten sovitaan. Nyt ne tulee huomenna ja on perjantaihin asti ja sitte tää nuorimmainen; nään aina kolmen viikon välein.

No... siinä on oikeestaan kaks vaihtoehtoo mitkä mulla on ollu koko ajan mielessä. se että sen saa ajallisesti pitemmiks ... ja nyt se sitte huomenna onkin ensimmäisen kerran niin, että se tapaaminen kestää kolme tuntia. Ja nyt kun ne tapaamiset saatiin tänne, niin se pitennys onnistuu Ja sitte kaiketi kesällä jossakin vaiheessa ni varmaan sitä aikaa vielä pitennetään siitä. Mut se selviää kesäkuun alussa, kun on palaveri.

...ja sitte mä tein sellasen päätöksen, että mä vedin tään asian oikeudesta pois. Koska totesin, että turha lähtee sinne leikkimään näillä pelikorteilla ja asia on vielä kesken. Kuitenkin tuntuu, että ois lapsille annettavaa. Se ois suurin tuki. Se masentaa, kun en oo saanu nähdä lapsia..... Ett pitäs pystyy jatkaa tätä omaakin elämää ja sitte samalla hoitaa sitä lapsiasiaa.

Ystävien ja sukulaisten tarjoaman tuen kuntoutujat ovat kokeneet monella tavalla. Osa heistä on pitänyt hyvänä sitä, että ystävät eivät puutu liikaa heidän elämäänsä. Usein on

kuitenkin hyvä, että ystävät tai läheiset uskaltavat tarpeen tullen puuttua tilanteeseen ja ohjata tuttavansa tarvittaessa hoitoon.

Ystävien tuki? On kyllä tukenu...että ei oo liikaa säätäny.

No onhan tuo äiti ja sisko ollut tukena, kun ne vei lääkäriin. Äiti ei enää uskaltanu pitää kotona, kun olin sinne menny. Viimeisiä oljenkorsia, kun....

Ihmissuhteet ovat tärkeitä normaaliin elämään palattaessa, niin on myös vapaa-ajan toiminta. Harrastusten ja tekemisen osuus korostuu, jos ei ole työtä tai työtoimintaa, joka täyttäisi arkea. Mielekäs harrastus, ”terveet” ihmissuhteet tai ylipäättään jonkin tekeminen tai osallistuminen rajoittaa ja vähentää luonnollisesti esimerkiksi päihteiden käyttöä tai omaan yksityiseen maailmaan uppoamista. Hoito- tai kuntoutusjaksolta voi löytää myös uutta, mielenkiintoista tekemistä, jota voi jatkaa vielä kotonakin.

Mä oon täällä noita päreitä polteltu ajan kuluks. Ja sitte on noita tauluja kolvannu.... intoa jatkaa kotona tota kolvausharrastusta. Ja sit on ollu puolison kanssa puhetta, että lähetään kiertään kirpputoreja ja ostetaan vanhoja huonekaluja ja kunnostetaan niitä. Et nuo puutyöt kiinnostaa kyllä ja kaikki tommonen.

... ja tota no, eilen viimeks tuli hirvee morkkis, etten oo käyny tuolla salilla yhtään minuuttia, vaikka se on tuolla alhaalla. En oo kun... mutta ehkä täällä on ollu sit muuta ajateltavaa. Ja...siinä [kotona] on ne pururadat vieressä...

Toiset kiinnostuvat monista uusistakin asioista ja kokeilevat niitä, osalla ei ole mitään erityisiä mielenkiinnon kohteita. Tekemiseen motivoi hyvän olon saaminen; tehdään asioita, jotka tuntuvat sillä hetkellä hyviltä. Tekemisen ei tarvitse olla mitään erikoista, myös aivan tavallinen liikkuminen ja ystävien kanssa oleminen tuovat vaihtelua päivään ja tukevat arjessa selviytymistä.

Ei oo mitään erityistä. Tietysti se mitä ite sitten tekee, että tietää mistä tulee parempi olo. Ihan tällanen liikunta ja kavereitten näkeminen, ja kaikki joka auttaa jollain tavalla.

Vaikka kuntoutujat ovat keskustelleet harrastusmahdollisuuksista kodin ulkopuolella, he eivät halua tai jaksakaan lähteä mihinkään ulkopuoliseen toimintaan. Kysyessäni yhdeltä kuntoutujalta, käykö hän missään harrastuksissa tuetun asumisen ulkopuolella, hän vastaa

lyhyesti: ”En käy.” Puhetta asiasta on hänen mukaansa ollut joskus, mutta mitään sopivaa ei ole löytynyt.

Yksin asuva kuntoutuja vastaa, ettei hänellä ole muita harrastuksia kuin satunnainen koiran hoito. Aikaisemmista harrastuksista kysyttäessä tulee vastaus epäröiden, mutta lopulta kuitenkin yksi harrastus löytyy: ”Ei oo kyllä ollu.....lenkkeily.” Kun asiaa vielä tarkennan, kuntoutuja kertoo, että häntä kiinnostaisi joku ryhmäliikunta, mutta ryhmiin osallistuminen on hänelle liian kallista.

Kuntoutuja, joka oli ollut kuntoutumisyksikössä saadakseen itselleen jotain tekemistä, ei ollut jakson jälkeen löytänyt kotona sen enempää tekemistä tai harrastuksia kuin aiemminkaan: ”Joo porukoilla mä oon käynyt ja kotona oon ollu.” Kun kuntoutujan voimavarat ovat heikot ja oma aktiivisuus vähäinen, on hänen vaikea tarttua mihinkään ulkoapäinkään tarjottuun toiminnan mahdollisuuteen.

Kiinnostuksen kohde tai harrastus voi liittyä myös mahdolliseen työvaihtoehtoon. Seuraavassa on sitaatti kuntoutujalta, joka on kiinnostunut kirjoista ja lukemisesta ja miettinyt jo aiemminkin työskentelyä kirjastossa.

..esimerkiksi kirjaston [käyttö],...ett miten siihen lukemiseen oppii. Oon huomannut ett ett tota pitää lukee vaan vaikka se ei kiinnosta se kirja alusta oon tykännyt lukee. Miettiny sitä kirjastoalaakin pitkän aikaa ...

5.4 Toimeentulo ja asuminen

Toimeentulo on kaikille tärkeä asia. Ainakin se, että rahaa tulee suhteellisen säännöllisesti. Monelle etuuden muoto tai mihin asti tukea on myönnetty, on kuitenkin hyvin epäselvää. Samoin etuuksien nimikkeet; missä vaiheessa mitään haetaan ja mihin etuuteen voi itse olla oikeutettu. Kuntoutajat tarvitsevat usein apua selvittääkseen hakemusten täyttämistä ja lausuntojen pyytämistä. Myös Mirja Pirttijärvi (2013, 60) toteaa tutkimuksessaan, että mielenterveyskuntoutajat saattavat jäädä ilman heille kuuluvaa toimeentuloa, elleivät saa apua etuuden hakemisessa. Kuntoutujilla on kuitenkin tietoa myös siitä, mitä kautta asiaa voi selvittää ja varmistaa.

Kuntoutustuki.... mä nyt niitä kaikkia tiiä.... kuntoutustuki ainakin on ja sitten on hoitotuki. Toimeentulotukea on haettu nyt lääkkeisiin. Ja en tiiä onko takuueläke... eikös sen voi varmistaa [*Kelalta*]?

Siis mä oon saanu kuntoutustukea. Mä en nyt oikeen oo ihan varma, ett mihin asti mä sitä saan tai saanko mä sitä enää. Kesällä varmaan sairauspäivärahalla ja sit vasta kuntoutustuella.

Seuraavassa on sitaatti keskustelusta kuntoutujan kanssa, jonka tuen tarve on ilmeinen myös toimeentuloon ja etuuksien hakemiseen liittyvissä asioissa. Koska jo entuudestaan tiesin tausta-asioita kuntoutujasta, saatoin tarkentavilla kysymyksilläni todentaa kuntoutujan tietämyksen tukimuodosta ja maksajasta. Etuuden kestosta hänellä ei kuitenkaan ollut tietoa. Pääasia lienee kuitenkin ollut, että taloudellinen tilanne on kunnossa ja toimeentulo riittävä.

R: Mikä sun toimeentulo on tällä hetkellä?

Hva: Ihan riittävä on joo.

R: Onko se kuntoutustuki?

Hva: Joo.

R: Eli Kela maksaa?

Hva: Niin.

R: Tiedätkö, miten pitkään se on myönnetty?

Hva: En.

Joidenkin kuntoutujien käsitykset etuudesta, sen hakemisesta tai myöntämisestä eivät olleet lainkaan selviä. Vaikka itselläni oli olemassa kuntoutujan (seuraava keskustelu) sairaalajakson ajalta jonkinlainen käsitys hänen etuusasioistaan, minulle ei siltikään muodostunut selvää käsitystä hänen haastattelun aikaisesta tilanteestaan etuusasioiden suhteen.

R: Saitko kuntoutustukea?

Hva: Mulle haettiin uutta (*sairaslomaa*).

R: Sittenkö sait myönteisen päätöksen?

Hva: Ei oo vielä tullu tietoo. Lähetinkö mä viime vai toissa viikolla....

R: Saitko sitten kesän ajalta sairauspäivärahaa/mikä sun toimeentulo oli kesän aikana?

Hva: Tota mulla oli työttömyystuki, työmarkkinatuki.

R: Mistä alkaen sitä sairaslomaa nyt on kirjotettu uudestaan?

Hva: Hetkonen... anteeks....tota, itse asiassa mulla ei enää taida olla sairaslomaa.

R: Kuntoutustukea?

Hva: Mulle vaan kirjoitettiin, mä olin tuolla kuntoutusyksikössä kuukauden. Siellä kirjoitettiin sitä....

Toimeentulon muoto voi olla kuntoutujalle myös yksinkertaisen selvää. Tosin seuraavassakin keskustelussa jouduin tekemään tarkentavia kysymyksiä alun lyhyiden vastausten vuoksi.

R: Mikä sun toimeentulo on tällä hetkellä?

Hva: Työkyvyttömyyseläke.

R: Pysyvä?

Hva: Ei.

R: Mihin asti?

Hva: Tammikuulle. Tammikuun loppuun.

Aiemmin työssä ollut perheellinen kuntoutuja tiesi muita paremmin oman rahatilanteensa ja toimeentulonsa. Hän oli joutunut asioimaan sosiaalitoimiston kanssa ja oli selvillä saamistaan päätöksistä ja niiden vaikutuksista rahatilanteeseensa. Hänellä oli myös kokemusta vaiheista, jolloin etuus vaihtuu toiseen ja uutta päätöstä sekä etuuden tai korvauksen saamista joutuu odottamaan normaalia pitempään. Tällä asialla on vaikutusta myös muuhun elämiseen, perheen yhteisiin taloudellisiin menoihin osallistumiseen ja perhesuhteisiin.

No erittäin huono. mä saan sitä... sairaspäivärahalla oon, mutta sosiaalitoimi ottaa siitä, kun mä sain tään maksusitoumuksen.... sitten mä sain nyttien tupakkarahaa mitähän sieltä tuli...on mulla ne päätökset...

No se on tän kuun loppuun kun on sairaslomakin. Ja sit tässä tulee semmonenki, semmone huono juttu, kun mä tästä kotiudun, mulla loppuu sairasloma siihen ja sitte mä meen työttömäksi työnhakijaksi... ja pitää olla kuukaus ennen kun saa työmarkkinatukea ja mä en voi hakea toimeentulotukea kun ne ottaa puolison tulot huomioon ja sit on kitkuteltava ilman tuloja yks kuukaus ja sit kotonaki on taloudellinen tilanne....(*huono*), koska mä en oo pystynyt osallistumaan mihinkään vuokriin...että siinä mielessä.. ja sitte tulee tietenkin taloudellisia ongelmia, jos mä lähen niitä lapsia kattoon..... et onhan tässä ihan taloudellisia ongelmia tulee heti...

Kysyessäni asumisesta yhteisöllisessä asumismuodossa asuva kuntoutuja pitää asuinympäristöään hyvin rauhallisena, vaikka talossa asuu useita muita kuntoutujia ja osatiloista on yhteisiä. Kaikilla heistä on kuitenkin oma huone ja oma rauha. Kuntoutujat arvostivat myös asumisen turvallisuutta yksin asumiseen verrattuna, koska heillä oli

mahdollisuus saada tarvitessaan tukea vähintäänkin päiväaikaan. Kuntoutujat kokivat tuetun asumisen heille sopivana ja hyvänä vaihtoehtona.

Kyllä yllättävän paljon. Jos ois 100 %... ja 0, niin kyllä se on 70–80 %: saa omaa rauhaa jos haluaa.

Joo onhan se totta kai täällä olo paljon turvallisempaa kuin omassa kotona. Kun eihän siellä oo sillai mitään tukee.... semmosta tukee tarvittaessa saatavilla.

R: Miltä täällä on tuntunut asua? (Kyseessä yhteisössä asuminen.)

Hva: Ihan hyvältä.

Sairaalahoidon aikana tehdään myös arviota kuntoutujien selviytymisestä omassa asunnossaan tai tarpeesta tuettuun asumiseen. Ajatus tuetusta asumisesta voi vaatia asian pohtimista yhdessä kuntoutujan kanssa, erityisesti jos hän on asunut aiemmin omassa asunnossa. (Pirttijärvi 2013, 94–96.) Tuettua asumista varten kuntoutujat joutuvat myös itse miettimään asumiselleen tavoitteita. Heillä on siksi ainakin jonkinlainen käsitys siitä, miksi he asuvat tuetussa yksikössä. Tärkeinä asioina kuntoutujat kokevat muun muassa päivärytmin säilymisen ja lääkityksen toimivuuden seurannan.

Kai sitä oli vaan tarkoitus kattoo, että se lääkitys toimii ja olo on niin hyvä, ettei tarvii sairaalassa olla. Ja päivärytmi että saa hommia tehdä.

Asumisjaksot ovat myös suunnitelmallisia ja määräaikaaisia. Kuntoutuja, asumispalveluista vastaava työntekijä ja asumisyksikön edustaja arvioivat yhdessä kuntoutujan asumiseen liittyviä tavoitteita tietyin, ennalta sovituin väliajoin. Asumispalvelua voidaan tarvittaessa jatkaa ja asettaa uusia tavoitteita ja määräaikoja. Siirtyminen sairaalasta tuettuun asumiseen tapahtuu yksilöllisen suunnitelman mukaan. Joskus kuntoutujalle annetaan mahdollisuus palata takaisin sairaalaan, jos ensimmäisten päivien aikana selviää, ettei asuminen ole hänelle riittävästi tuettua.

No... eli mä oon täällä asunnossa nyt asunu syyskuusta lähtien... ett mull oli alkuun, oli kolmen kuukauden jakso ja sitte se pidennettiin kesäkuun loppuun.

....mun mielestä siirtyminen oli siinä mielessä, tota, hyvin järjestetty, että siinä oli se ensimmäinen viikko oli sellanen, että jos se ei ois onnistunutkaan, niin mä oisin voinu palata takasin sinne (*sairaalaan*). Jos ois tuntunu, että en mä vielä pysty jäämään niin....

5.5 Kuntoutujien kokemuksia sairaalahoidosta ja kotiutumisvaiheesta

Sairaalajakson aikana potilaiden on mahdollisuus keskustella henkilökunnan kanssa ja osallistua erilaiseen toimintaan; ryhmiin ja pienimuotoisiin työtehtäviin. Vaikka haastatellut kokivat tekemisen ja toiminnan hoidon aikana hyväksi, he eivät välttämättä saaneet lähdetyksi toimintaan mukaan ilman henkilökunnan kannustusta ja tukea. Ryhmissä mukana oleminen oli osalle haastatelluista mieluisaa, samalla he saivat kokemusta muiden kanssa toimimisesta.

R: Oliko hyvä että siihen tekemiseen patistettiin?

Hva: Oli.

R: Tarttit ohjausta ja tukea?

Hva: Kyllä, joo

R: Tai ylipäättään, että oli mahdollista tehdä jotain?

Hva: Niin. jossain vaiheessa oisko ollu (*hoitopaikka*):ssa eniten, ettei ollu mitään tekemistä ei ollu mitään mahdollisuuksia. Ja mä oon kuitenkin yleensä ollu sellanen aika aktiivinen ja tykänny tehdä asioita. Se jotenkin ahisti entistä enemmän, ett ei voi tehdä mitään.

R: Entäs sitte se (sairaala):n jakso, oisko siellä voinu jotain tehdä toisin?

Hva: No eipä oikeestaan. Se meni ihan hyvin.

R: Mitä tykkäsit ryhmistä siellä?

Hva: Oli ne ihan mukavia ja sit se yksilöliikunta oli ihan mukava. Oli tekemistä.

Osaston hoitava lääkäri laatii sairaalajakson loppuessa yhteenvedon, jossa hän mainitsee potilaan diagnoosin, sairaalaan tulossyn, hoitoajan ja lääkityksen. Lisäksi lääkäri pääsääntöisesti kertoo lausunnossaan sairaalajakson aikaisesta hoidosta, sen etenemisestä ja potilaan osallistumisesta muun muassa sairaalassa järjestettyyn ryhmätoimintaan. Jatkosuunnitelmaan hän kirjaa kotiutumisen suunnitteluvaiheessa potilaan kanssa yhdessä tehdyn avohoidon suunnitelman.

Haastatellut olivat sairaalajakson päättymiseen ja kotiutumisvaiheen toteutukseen pääosin tyytyväisiä. Useat mainitsivat hyvänä asiana sen, että ennen sairaalajakson päättymistä oli kotikokeiluja, joiden avulla he pääsivät testaamaan kotona selviytymistä.

Hmmm... no en mä tiie. Se sillai aika sujuvasti ja hyvin, että oli mulla niitä lomiam ensin pitempiä, ettei ihan suoraan tungettu sinne kotiinmut en mä tiedä, et jotai sillei erilailla ois tehty ...

Sairaalajakson loppuvaiheessa henkilökunta on yhteydessä avohoitoon ja sopii yhteistyössä potilaan kanssa käyntien aloittamisesta avohoidossa tai avohoidon työntekijöiden tekemistä kotikäynneistä. Avohoidon työntekijät ovat usein mukana jo sairaalassa tapahtuvissa hoitoneuvotteluissa. Kuntoutujat sitoutuvat pääsääntöisesti käymään avohoidossa, heitä ei kuitenkaan voi kukaan siihen pakottaa. Joissakin tapauksissa suunnitellut ja sovitut avohoidon tapaamiset eivät kuitenkaan toteutuneet kuntoutujan odottamalla ja toivomalla tavalla.

Mmm....no mitähän siihen nyt ois voinu, niin, no en minä.... ei se... no sen mä huomasin, että (*avohoitopaikka*):n puolelta se ei toiminu, ne ei pysynyt siinä suunnitelmassa.

Ei varmaan mitään muuta, ku ehkä löytää enemmän näitä vaihtoehtoja, että mihin.... mihin mä voisin mennä sen jälkeen. Tai niin no tai tapaamiset....

Sovittu avohoito ei aina ole välttämättä riittävää ja tarkoituksenmukaista. Kuntoutujan selviytyminen kotona voi heikentyä nopeastikin uudelleen riittävän tuen puuttuessa. Vaikka tukea olisi tarjollakin, kuntoutuja ei välttämättä sitä halua käyttää. Kuntoutujan mainitsemia ”puutteita” asiassa voi olla sekä puolin että toisin.

Sekin kertoo jotain, että kun mä uudestaan jouduin [*sairaalaan*], niin jotakin siinä on ollut puutteita....

Yksi kuntoutuja vertaa viimeisintä sairaalasta kotiutumistaan aikaisempiin kokemuksiinsa. Tällä kertaa hän on kokenut tilanteensa ja terveydentilansa paremmaksi ja vaikuttaa olevan varmemmalla pohjalla.

Kun sieltä sairaalasta pääsin, niin tuntu oikeesti, että se olo oli parempi. Mut aina kun aikasemmin kotiutettiin, niin siinä välissä, ni sillo oli vähän sellanen olo tai tosi epävarma olo tai tavallaan ties, että se ei oo nyt menny ohi kokonaan. Mut pitihän sitä välillä kokeilla, ett miten kotona pärjää. Mut jotenkin tuntu, ett ei se oo niin hyvä tilanne, että mä ite pärjään.

Myös kuntoutujan asuminen esimerkiksi pienellä paikkakunnalla ja palveluista kaukana rajoittaa joissakin tilanteissa osallistumista aktiiviseen toimintaan. Tekemistä voisi löytyä kotoakin, mutta toimintaa on vaikea aloittaa. Seuraavassa sitaatti keskustelusta, jossa ihailin kuntoutujan kaunista asuinpaikkaa järven rannalla ja oletin, että kuluneena

hellekesänä uiminen olisi ollut mieluinen ajanviete ja liikuntamuoto. Kuntoutuja mukaan yksinäisyys ja kavereiden puute oli syynä sille, ettei uimaankaan tehnyt mieli mennä.

R: ...sun se lähtökohta oli, että tuut tänne asumaan ja asut itsenäisesti?

Hva: Pääsääntöisesti yksin ja itsenäisesti.

R: ...ja se tietysti tavallaan rajoittaakin niitä vaihtoehtoja...

Hva: En mä täältä voi muuttaakkaan. Tää on omistusasunto ja täällä pitäis jonkun kuitenkin olla ja ...

R: Ootko käyny kesällä paljon uimassa, kun oli niin lämmin kesä?

Hva: En mä oo käyny paljon uimassa, ku mulle se uiminen on sosiaalinen tapahtuma, ett siinä ollaan porukassa siinä uimassa. Ett jos yksin pitäis käydä uimassa, niin ei tuu käytyä.

Vaikka sairaalasta kotiutuminen joskus epäonnistuu ja kuntoutuja palaa sairaalahoitoon hyvin pian uudelleen, ei kuntoutujilla itsellään ole välttämättä ehdotuksia, miten olisi voinut toimia tilanteessa toisin ja paremmin.

R: Onko ajatuksia siitä, että mikä nyt riittäisi sairaalasta kotiin lähtiessä?

Hva: No ei siinä oo mitään sellasta [*mikä pitäisi tehdä eri tavalla*].

Kysyessäni, millaiset asiat sairaalajakson aikana olivat hyviä ja edistivät kuntoutumista ja kotiin pääsyä, kuntoutujat mainitsivat yhtenä isona asiana erilaiset toimintamahdollisuudet. Kaikki eivät käsittele ajatuksiaan ja asioitaan keskustelun avulla. Toimintaan osallistuminen vie ajatukset pois sairaudesta ja luo uusia selviytymismalleja. Mahdollisuus käydä kaupungilla ja normaaliin toimintaan osallistuminen vahvistivat kuntoutujien tunnetta omasta selviytymisestään myös sairaalan ulkopuolella.

No, ehkä se toiminta oli semmonen, mikä oli niinku mulle hyvä parannuskeino. Että tuli tehtyä asioita eikä jääny sen pahan olon kanssa ihan yksin. Ja sit mä en ihan hirveesti kuitenkaan vieläään osaa puhua enkä tykkää puhua niinku omista tunteista. Tai sillai tuntuu jotenkin turhalta tai tuntuu, ettei oo mitään sanottavaa. Jos olo on paha, niin on ja jos ei oo niin ei oo. Oli paljon toimintaa siellä sairaalassa.

Uimassa käyminen, siitä tykkään tosi paljon. Ja sit loppuaikana oli paljon vapaata, ett saatto lähtee pariks tunniks vaikka käymään siellä keskustassa kirjastossa ja kaupassa ja sit sillai, että tuli tollanen normaalimpi olo.

Sairaalajakson yhteenvedoissa lääkärit eivät olleet kiinnittäneet kovin paljon huomiota työhön ja siihen verrattavaan toimintaan. Kolmessa yhteenvedossa he mainitsivat koulun jatkamisen, yhdessä työkyvyn arvioinnin avohoidon toimesta. Yhden kuntoutujan kohdalla suosituksena oli Kelan ammatillinen kuntoutus, Klubitalolla käynnit ja avohoidon päivätoimintaan osallistuminen. Kuntoutujaa kiinnostavan työ- tai opiskelupaikan etsimistä suositeltiin kuntoutujalle, jolla oli jo kaksi keskeytynyttä ammatillisten opintojen aloitusta sekä joitakin työjaksoja. Hänen kohdallaan työtoiminta alkoi pian sairaalajakson jälkeen ja ammatinvalintakysymys oli ajankohtainen.

Syynä työasioiden vähäiseen osuuteen jatkosuunnitelmissa voi pitää muiden asioiden ensisijaisuutta ja terveydenhuollon henkilöstön näkökulmaa. Onhan luonnollista, että terveydentilan pitää ensin kohentua siinä määrin, että työtoiminnan tai vastaavan voi aloittaa. Toisaalta voi kysyä, missä määrin työn tekeminen ja sen säännöllisyys auttaisi myös kuntoutumaan nopeammin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA

Olen tutkimuksessani halunnut selvittää sairaalasta kotiutuneiden mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntoutumisestaan ja erityisesti työn tai työtoiminnan osuutta ja merkitystä osana kuntoutumisprosessia. Mielenterveyskuntoutujille on Suomessakin tarjolla monenlaisia palveluja työllistyä ja/tai löytää itselleen ja terveydentilalleen sopiva työ ja ammatti. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa pohdin myös, ohjataanko kuntoutujia näiden palvelujen piiriin riittävässä määrin tai minkälainen heidän motivaationsa ja voimavaransa ovat työn tekemiseen liittyen.

Tutkimuksen edetessä huomasin, että monetkaan kuntoutujat eivät heti sairaalajakson jälkeen olleet siinä kunnossa, että olisivat voineet lähteä työelämään. Monen sairausloma jatkui, sairauspäiväraha tai kuntoutustuki oli myönnetty useaksi kuukaudeksi eteenpäin. Toki voimavarojen mukaisesti työhön liittyviä suunnitelmia jo olisi mahdollisuus tehdä tämänkin ajanjakson aikana. Heti tai kohtalaisen pian sairaalajakson jälkeen lähes puolet haastatelluista kuntoutujista aloitti työtoiminnan tai opiskelun. Osa heistä kuitenkin joko keskeytti toiminnan tai joutui myöhemmin hoitoon uudelleen. Toimintaa ei välttämättä nähty tärkeänä kuntoutumisenkaan kannalta, se ei tarjonnut kaikille riittävästi haasteita. Ja vaikka työtoiminta olisi ulkopuolisen silmin voinut johtaa ammattitutkinnon hankkimiseenkin, ei kuntoutuja pitänyt sitä itselleen tärkeänä.

Monilla haastatelluista tuntui olevan riittävästi tekemistä kotona; normaalit kotiaskareet ja asuinyhteisön tarjoamat työtehtävät. Heillä ei sillä hetkellä ollut voimavaroja lähteä työhön tai toimintaan kodin ulkopuolelle. Toki ne asiat olivat tulevaisuuden suunnitelmissa ja tavoitteita voinnin kohentuessa.

Työtoimintaan tai työhön osallistuminen oli sidoksissa tiiviisti kuntoutujan muuhunkin kuntoutumiseen ja lääkehoitoon. Myös päihteiden käytöllä oli yhteyttä kuntoutujien kotona ja arkielämässä selviytymiseen. Vaikka suunnitelmia arkitoiminnan osalta tehdään sairaalajaksolla, voi lääkkeiden käyttämättä jättäminen tai päihteiden käyttö muuttaa suunnitelmat hetkessä toisenlaisiksi. Osa kuntoutujista koki itsensä voimattomiksi lähteä mukaan toimintaan tai muiden ihmisten seuraan. He olisivat tarvinneet hyvin paljon tukea

ja järjestettyä toimintaa osallistuakseen; jo kotoa lähteminen voi olla liian vaikeaa. Erityisesti huomiota kiinnitti se, että tavallaan odotetaan muiden järjestävän asioita; tapahtumia, joissa voisi löytää tyttöystävän tai työpaikan odottamista ilman omaa aktiivisuutta.

Päällimmäiseksi ajatukseksi kuntoutujien kohtaamisesta jäi, että heidän mielestään tärkeää oli ylipäänsä jokin tekeminen, jonka avulla päivärytmikin pysyi hallinnassa. Tekeminen riippui yksilöllisestä terveydentilasta ja kunnosta; osa pystyi osallistumaan työtoimintaan tai opiskeluun, osalle riittivät siinä vaiheessa kotiaskareet. Työtä ja toimeentuloa pidettiin tärkeänä, mutta toisaalta osattiin ajatella, että ajankohta ei välttämättä ollut vielä oikea. Kuntoutujat katselivat elämää eteenpäin, ja heillä oli suunnitelmia ammatillisen kuntoutuksen, työelämän ja uusien ihmissuhteiden suuntaan. Voimavarat ja aktiivisuus eivät kuitenkaan vielä olleet monenkaan kohdalla riittäviä toteuttaa suunnitelmiaan sillä hetkellä.

Vaikka sairaalahoidosta ei ole välitöntä reittiä suoraan työelämään, on aktivoivalle kuntouttavalle sosiaalityölle jo sairaalajakson aikana oma paikkansa myös työ- ja opiskeluasioiden osalta. Tällöin voidaan herätellä kuntoutujan ajatuksia erilaisten hänelle mahdollisten vaihtoehtojen suuntaan. Kun psykiatrisen sairaalan moniammatillinen työryhmä koostuu suurimmalta osalta terveydenhoitoalan ja psykiatrisen hoidon ammattilaisista, on sosiaalityön osuus erityisesti kuntoutujien toimeentulon ja ammatillisten asioiden osalta tärkeä.

Sosiaaliset suhteet olivat haastatelluille tärkeitä; ystävät ja läheiset olivatkin usein tukemassa kuntoutujien selviytymistä elämässä eteenpäin. Joukkoon mahtui myös kuntoutujia, jotka kokivat olonsa yksinäiseksi, mutta eivät osanneet tai jaksaneet hakea seuraa. Ystävät saattoivat etäännyä ja valikoitua sairastumisvaiheessa; yhteydenpito saattaa vaikeutua, kun ollaan epävarmoja voiko esimerkiksi sairaudesta puhua. Tuttavapiiriin voidaan myös toivoa muutosta, jos sillä on yhteyttä kuntoutujan päihteidenkäyttöön.

Kun suunnittelin haastattelevani itselleni sairaalajakson kautta tuttuja kuntoutujia, oletin heidän suuremmassa määrin suostuvan keskustelemaan kanssani. Pohdin sitä, miksi niin moni ei halunnut lainkaan vastata puhelimeen tai ei suostunut lyhyeen haastatteluun. Osaa heistä en tavoittanut lainkaan useiden yritystenkään jälkeen; puhelimeen ei saatu yhteyttä.

Syynä voi olla puhelinliittymän sulkeutuminen tai siihen ei yksinkertaisesti haluta vastata vaan sitä pidetään pääasiassa kiinni. Osa puhelimeen vastaajista ilmoitti, ettei halua osallistua; heillä ei ollut siihen erityistä syytä, muutama ilmoitti syyksi ajan puutteen työssä olon takia. Kohdejoukosta on valitettavan moni joutunut uudelleen sairaalahoitoon jo noin vuoden kuluessa edellisen hoitojakson päättymisestä.

Lääkärin yhteenvedot sairaalajaksoista olivat tärkeitä perustietojen osalta. Niissä käsiteltiin kotiutumiseen liittyen lähinnä lääkehoitoa ja avohoidon suunnitelmaa, mutta ei kovin paljon työ- ja työtoiminta-asioita. Se ehkä liittyy siihen, että kuntoutujien toimintakyky on vielä heti sairaalajakson jälkeen heikko ja heidän voimavaransa menevät kotona arkipäivistä selviytymiseen. Toisaalta terveydenhoidossa painotetaan edellä mainittuja asioita, vaikka psykiatrisessa hoidossa ja kuntoutumisessa myös toiminta ja osallistuminen nähdään tärkeänä.

Jokaiselle kuntoutujalle on sovittu sairaalajakson jälkeisestä avohoidosta ja perusteltu sen tarvetta. Kuntoutujat osallistuvat hoitonsa suunnitteluun, mutta ovat itse vastuussa siitä, missä määrin käyttävät avohoidon palveluja kotona ollessaan. Vaikka kuntoutujat pääosin sitoutuvat avohoidon käynteihin, voivat tilanteet ja ajatukset kotona ollessa muuttua niin, ettei avohoitoa koetakaan tarpeelliseksi. Joskus kuntoutujat kokevat tarvitsevana työntekijää välittömästi akuutissa tilanteessaan, tällöin ei yleensä ole mahdollisuutta saada aikaa omalta tutulta työntekijältä.

Kuntoutujien elämäntilanne kokonaisuudessaan vaikutti useimpien kohdalla kovin häilyvältä. Siihen olivat vaikuttamassa muun muassa vaikeudet perheenjäsenten kanssa, yksinäisyys, tekemisen puute, päihteiden käyttö sekä avohoidon ja ulkopuolisen tuen riittämättömyys. Pohdin, olisiko nykyistä tiiviimmällä kuntoutujien aktivoinnilla merkitystä heidän selviytymiseensä paremmin elämässään ja ilman sairaalahoidon tarvetta. Psykiatrisen avohoidon ja lääkehoidon mahdollisuushan heillä kaikilla on käytettävissään. Olisiko tekemisen puutteeseen ja yksinäisyyteen mahdollista saada tukea tavalla tai toisella? Yksinäisyyttä ja ihmissuhteiden vähäisyyttä voisi jo työhön tai toimintaan osallistuminenkin helpottaa. Pitäisikö kuntoutujilla olla ammatillisiin asioihin keskittyvä, heitä tarvittaessa kotoa pois lähtemiseen ja työelämän suuntaan aktivoiva työntekijä?

Monet kuntouttavassa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevat ovat olleet sairaalajaksoilla jo aiemminkin, monet tulevat sinne palaamaan yhä uudelleen. Syitä on monia, kuntoutujalla itsellään on asioihin usein suurin vaikutusvalta; miten hän suhtautuu terveydentilansa ja hyvinvointinsa hoitamiseen ja sitoutuu mahdollisiin tarvittaviin muutoksiin. Sunin ym. (2003) toimittaman kirjan nimi ”Työn tekeminen kuntouttaa – kun on töitä jaksaa paremmin” on ollut johtajatuksenani tässä tutkimuksessa. Samaa mieltä olen edelleenkin; työn tekeminen rytmittää päiviä ja viikkoja, lisäksi on muuta ajateltavaa kuin oma tilanne ja yleensä työn kautta sosiaaliset suhteet lisääntyvät. Mihin asti työn tekeminen sitten kuntouttaa? Tai mikä olisi tilanne verrattuna nykyiseen, jos työtoimintaa ei olisi ollutkaan? Vastaukset noihin kysymyksiin eivät ole yksiselitteisiä. Niihin vaikuttaa niin moni muukin asia, kuten olen jo aiemminkin todennut. Monet psyykkiset sairaudet tai alttius sairastua ovat pitkäaikaisia, usein koko elämän kestäviä asioita. Yksi haastatelluista kuntoutujista oli pohtinut sekä mielenterveyskuntoutujan työpanosta että psyykkistä sairautta:

Mielenterveyskuntoutujan työpanos ei välttämättä oo iso, mutta se voi olla tärkeä. Sairauteen tottuu, siitä ei pääse eroon, mutta siihen tottuu.

LÄHTEET

Achté Kalle, Alanen Yrjö O. & Tienari Pekka (1981) Psykiatria 1. WSOY.

Alasuutari Pertti (2005) Yhteiskuntatutkimuksen etiikasta. Teoksessa Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna & Melin Harri (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-kustannus, 15-28.

Alha Pirkko & Pirkola Sami (2006) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Häkkinen Unto & Alha Pirkko (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10. Helsinki, 51-54.

Alkula Tapani (1996) Työn merkitys yksilölle. Teoksessa Venäläinen Raisa (toim.): Tuettu työllistyminen. Vajaakuntoisten työllistämisen edistämissäätiö, Tuetun työllistymisen Suomen verkosto. Helsinki, 17-26.

Corbiere Marc & Lecomte Tania (2009) Vocational services offered to people with severe mental illness. Journal of Mental Health, 18(1): 38-50.

Elinkeinoelämän keskusliitto. <http://ek.fi/mita-teemme/talous/perustietoja-suomen-taloudesta/tyollisyys/> [katsottu 2.11.2014]

Eskola Jari & Suoranta Juha (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere, Vastapaino.

Heikman Pertti, Katila Heikki & Kuoppasalmi Kimmo (2004) Toimintakyvyn mittaamenetelmät psykiatriassa. Teoksessa Matikainen Esko, Aro Timo, Huunan-Seppälä Antti, Kivekäs Jukka, Kujala Santero & Tola Sakari (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki, Duodecim, 127-133.

Huxley Peter (2001) Work and mental health: An introduction to the special section. Journal of Mental Health 10, 4, 367-372.

Joukamaa Matti, Lönnqvist Jouko & Suvisaari Jaana (2013) Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist Jouko, Henriksson Markus, Marttunen Mauri & Partonen Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki, Duodecim, 630-640.

Juhila Kirsi. (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Jokinen Arja & Juhila Kirsi (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere, Vastapaino.

Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina (2008) Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani & Suikkanen Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim, 51-62.

Kallinen-Kräkin Salme & Kärki Jarmo (2004) Sosiaalityön luokitus - luonnos 2003. Välikirjoitus Sosiaalityön luokitus projektista, asiakastyön luokitusluonnos ja ensimmäiset

luokituksen testaustulokset. Aiheita-sarja 4. Helsinki, Stakes. Saatavilla www-muodossa:
<URL: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194113>>

Kananoja Aulikki (1997) Murros on mahdollisuus. Sosiaalityön selvityshenkilön raportti. Helsinki, Stakes.

Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti & Marjamäki Pirjo (2011) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki, Tietosanoma Oy.

Kananoja Aulikki & Pentinmäki Anni (1984) Sosiaalinen toimintakyky ja sen arviointi sosiaalityössä. Sosiaalityön vuosikirja, 96–109. Helsinki, Sosiaalityöntekijäin liitto.

Kannasojä Sirpa (2013) Nuorten sosiaalinen toimintakyky. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 484. Jyväskylä, University of Jyväskylä.

Kansaneläkelaitos www.kela.fi [katsottu 2.11.2013]

Karjalainen Pekka (2011) Kuntouttava sosiaalityö. Teoksessa Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti & Marjamäki Pirjo (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki, Tietosanoma, 217-221.

Karjalainen Vappu & Karjalainen Jarno (2011) Kuntouttava työtoiminta kunnissa. Arvioita toiminnan järjestämistavasta ja kehityssuunnasta. Raportti 46. Tampere, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Kemppainen Tarja, Pohjola Anneli, Koskinen Simo & Urponen Kyösti (1998) Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 28. Rovaniemi, Lapin Yliopistopaino.

Kivekäs Jukka (2005) Kuntoutuspalvelut. Teoksessa Aromaa Arpo, Huttunen Jussi, Koskinen Seppo & Teperi Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki, Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 78–82.

Klem Simo (2013) Työllistymistä tukeva toiminta, työtoiminta ja työhönvalmennus sosiaalihuollossa. Kuntakartoitus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 23. Helsinki, Stm.

Koskinen Seppo, Lundqvist Annamari ja Ristiluoma Noora (toim.). (2012) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68. Helsinki, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Kuntoutusselonteko (2002) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236178>

Laki Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566.

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2.3.2001/189.

Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412.

Lehman Anthony (1995) Vocational rehabilitation in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 21, 645–656.

Lehtinen Ville & Taipale Vappu (2005) Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito Teoksessa Aromaa Arpo, Huttunen Jussi, Koskinen Seppo & Teperi Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki, Duodecim.

Lehto Markku (2004) Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Teoksessa Matikainen Esko, Aro Timo, Huunan-Seppälä Antti, Kivekäs Jukka, Kujala Santero & Tola Sakari (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä, Duodecim.

Liukko Eeva (2006) Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCA:n ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9. Helsinki, Yliopistopaino.

Lähteenlahti Yrjö (2008) Psykoosit. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani & Suikkanen Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim, 191–209.

Lönnqvist Jouko (2005) Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa Arpo, Huttunen Jussi, Koskinen Seppo & Teperi Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki, Duodecim, 178–184.

Lönnqvist Jouko & Lehtonen Johannes (2013) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist Jouko, Henriksson Markus, Marttunen Mauri & Partonen Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki, Duodecim, 12–31.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mäkelä Klaus (2005) Laadullisen sosiaalityö- ja tutkimuksen eettinen sääntely. Laadullisen sosiaalityö- ja tutkimuksen eettiset kysymykset. Työpapereita 4. Helsinki, Stakes.

Mäkitalo Jorma, Suikkanen Asko, Ylisassi Hilka ja Linnakangas Ritva (2008) Kuntoutus ja työelämä. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani & Suikkanen Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim.

Parpo, A. (2007) Työllistymisen esteet. Stakesin raportteja 11. Helsinki, Valopaino Oy.

Pirkola Sami & Lönnqvist Jouko (2002) Psykkinen oireilu ja mielenterveydenhäiriöt. Raportissa Aromaa Arpo & Koskinen Seppo (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki, 51-54.

Pirttijärvi Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Sosiaalityön lisensiaattitutkimus, kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto.

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012. (2014) Tilastoraportti 5. Suomen virallinen tilasto. Terveys. Helsinki, THL.

Pylkkänen Kari & Moilanen Irma (2008) Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani & Suikkanen Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim, 167–190.

Rantanen Jorma (2005) Työelämä. Teoksessa Aromaa Arpo, Huttunen Jussi, Koskinen Seppo & Teperi Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki, Duodecim, 58–61.

Riikonen Eero (2008) Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani & Suikkanen Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim, 158–166.

Riikonen, Eero & Järvikoski, Aila (2001) Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kallanranta Tapani, Rissanen Paavo & Vilkkumaa Ilpo (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim, 162-172.

Roti Outi & Ihanus Juhani (1997) Terveys ja psykologia. Helsinki, Kirjayhtymä oy.

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224.

Skitsofreniainfo. http://www.skitsofreniainfo.fi/selviytyminen-arjesta/Skitsofrenia_vaiuttaa_sairastuneen_toimintakykyyn [katsottu 4.11.2014]

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus/kuntouttava_tyotoiminta [katsottu 7.11.2014]

Sosnet yliopistoverkosto. www.sosnet.fi [katsottu 1.12.2013]

Suni Arja, Heikkilä Tuula, Lehto Pekka, Korpi Sisko, Rantamäki Niina & Rautakorpi Eija: Työn tekeminen kuntouttaa – kun on töitä jaksaa paremmin. Helsinki, VATES-säätiö.

Suomen Klubitalot ry. www.suomenklubitalot.fi. [katsottu 6.12.2014]

Suomen perustuslaki 19.6.1999/731.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi [katsottu 2.12.2014]

Toivio Timo & Nordling Esa (2013) Mielenterveyden psykologia. Helsinki, Editat.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli (2004) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki, Tammi.

Tuusa Matti (2005) Sosiaalityö ja työllistäminen - kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytännöt kuntien aktivointi- ja työllistämispalveluissa. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala, Tampereen yliopisto.

Työ- ja elinkeinotoimisto. <http://www.te-palvelut.fi> [katsottu 28.11.2014]

Työ- ja elinkeinoministeriö. http://www.tem.fi/files/41502/TKAT_Loka_2014.pdf.

Työeläkelaitos. <http://www.tela.fi/tyoelakeala/tyokyky> [katsottu 8.12.2014]

Työterveyslaitos http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx [katsottu 8.12.2014]

Työttömyysturvalaki 30.12.2002/1290.

Vakuutusalan kuntouttamiskeskus VKK ry. www.vkk.fi. [Katsottu 2.12.2013]

Valkonen Jukka & Harju Sari (2005) Ihmisen arvoinen diili. Tuetun työllistymisen hankkeen toimeenpano ja tulokset. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 73. Helsinki, Yliopistopaino.

Valkonen Jukka, Härkäpää Kristiina & Peltola Ulla (2006) Työtä, tukea ja mielenterveyttä; kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismalleista. 2006.

Vilkkumaa Ilpo (2012) Mielenterveyskuntoutus etsii paikkaansa. Teoksessa Vuorikuru Ilkka (toim.): Mielenterveyskuntoutus ja työhön paluu. Kalevi Sorsa- säätiö.

Välimaa Anne, Ylipaavalniemi Pasi, Pikkusaari Suvi & Hassinen Markku (2012) Sosiaalisen työllistämisen toimiala - palveluilla tasa-arvoa työllisyyteen. Valtakunnallinen työpajayhdistys ry ja VATES-säätiö. Verkkojulkaisu.

LIITTEET

Liite 1. TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Psykiatrisesta sairaalasta kohti työelämää — 18-35-vuotiaiden kokemuksia työelämää suuntaavasta toiminnasta sairaalajakson jälkeen

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydän Sinua mukaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää mielenterveyskuntoutujan selviytymistä sairaalahoidon jälkeen avohoidon tuen turvin. Tutkimuksessa kiinnitetään erityistä huomiota työtoiminnan tai työhön suuntautuvan toiminnan osuuteen ja merkitykseen kuntoutumisessa. Soveltuisit mukaan tutkimukseen, koska kuulut alussa mainittuun ikäryhmään ja olet kotiutunut psykiatrisesta sairaalahoidosta lähiaikoina.

Osallistumisesi tutkimukseen olisi tärkeää kuntoutujan näkökulman esille tuomiseksi myös varsinaisen sairaalajakson jälkeen. Siitä saamamme tiedon avulla voisimme mahdollisesti jatkossa toimia entistä paremmin tulevien potilaiden ja kuntoutujien jatkosuunnitelmia tehdessämme.

Osallistuminen on vapaaehtoista

Osallistuminen tähän tutkimukseen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Lue tämä tiedote rauhassa. Jos Sinulla on kysyttävää, voit olla yhteydessä tutkimuksen tekijään. ***Otan Sinuun puhelimitse yhteyttä lähiviikkojen aikana*** kysyäkseni suostumustasi. Mikäli olet halukas osallistumaan tutkimukseen, voimme sopia tuolloin myös haastatteluaian ja -paikan. Ohessa on myös suostumuslomake, joka Sinun tulee allekirjoittaa ennen mahdollista haastattelua.

Tutkimuksen toteuttaja

Tutkimus on sosiaalityön opintojen opinnäytetyö Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden laitoksella, toteuttajana Raija Rönkkö. Tutkimuksen rekisterinpitäjä on sairaanhoitopiiri, joka vastaa tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten kuntoutussuunnitelma sairaalajakson jälkeen on toteutunut, ja erityisesti mikä on ollut työtoiminnan/ työn merkitys siinä. Lisäksi on tarkoitus selvittää kuntoutujien kokemuksia kotiutumisvaiheesta ja kuntoutumiseen vaikuttavista asioista.

Tutkimukseen pyydetään mukaan henkilöitä, jotka ovat iältään 18-35-vuotiaita ja ovat kotiutuneet psykiatrisen sairaalan kuntouttavalta osastolta syksyn 2013 tai kevään 2014 aikana. Tarkoituksena on haastatella noin kymmentä henkilöä.

Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toimenpiteet

Tutkimukseen sisältyy yksi arviolta korkeintaan tunnin pituinen haastattelu, joka voidaan toteuttaa Sinulle sopivassa paikassa ja sopivana ajankohtana. Lisäksi suostumuksellasi käytössäni on sairauskertomuksestasi lääkärin yhteenvedo sairaalajaksosta jatkosuunnitelmiseen. Haastattelu nauhoitetaan, äänitteet tuhoetaan asianmukaisesti niiden käsittelyn jälkeen.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole varsinaisesti Sinulle hyötyä. Tutkimus saattaa kuitenkin auttaa kehittämään mielenterveyspotilaiden jatkokuntoutuksen suunnittelua erityisesti avohoidon tukitoimien ja työtoiminnan/ammattillisten asioiden osalta.

Mikäli tarvitset ohjausta työelämän, opiskelun tai ammatillisen kuntoutuksen suuntaan, voin haastattelun yhteydessä kertoa eri vaihtoehtoista ja ohjata ottamaan yhteyttä oikeisiin paikkoihin.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojaja

Tutkimuksessa henkilöllisyytesi sekä muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkimuksen tekijän tiedossa, joka on salassapitovelvollinen. Kaikkia Sinusta kerättäviä tietoja käsitellään koodattuna siten, ettei yksittäisiä tietojasi pystytä tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista tai selvityksistä.

Tutkimusrekisteriin talletetaan vain tutkimuksen tarkoituksen kannalta välttämättömiä henkilötietoja. Sinun nimesi tai muita yksilöintitietojasi (syntymäaika, yhteystiedot jne.) ei anneta eteenpäin eivätkä ne tule esille esim. yliopiston ohjausryhmässä. Tutkimustuloksissa ja muissa asiakirjoissa Sinuun viitataan vain tunnistekoodilla/muutetulla nimellä. Rekisteriä säilytetään sairaanhoitopiirissä niin kauan kunnes tutkimus on päättynyt, korkeintaan vuoden 2014 loppuun asti. Tutkimusrekisteristä on laadittu henkilötietolain 10 §:n mukainen rekisteriseloste, jonka saat halutessasi nähtäväksi.

Jos päätät peruuttaa suostumuksesi sen jo annettuasi tai osallistumisesi tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen kustannukset ja taloudelliset selvitykset

Tutkimukseen osallistuminen on Sinulle maksutonta.

Tutkimuksen päättyminen

Tutkimustulosten valmistumisen jälkeen Sinun on mahdollisuus tutustua opinnäytetyöhön Jyväskylän yliopiston sivuilla. Halutessasi voit myös saada tiivistelmän tutkimuksesta postitettuna antamaasi osoitteeseen.

Lisätietoja

Jos Sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, voit olla yhteydessä minuun tai kysyä tarkemmin, kun otan yhteyttä.

Ystävällisin terveisin

Raija Rönkkö
(yhteystiedot)

P.s. Muistathan, että olemme tavanneet sairaalajakson aikana.

Liite 2. SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Psykiatrisesta sairaalasta kohti työelämää

– 18-35-vuotiaiden kuntoutujien kokemuksia työelämään suuntaavasta toiminnasta

Sosiaalityön pro gradu/ Jyväskylän yliopisto, Raija Rönkkö

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia sairaalajakson jälkeen erityisesti työelämään suuntaavan toiminnan osalta. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni tai keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Tutkittavan nimi

Päivämäärä

Allekirjoitus

Suostumus vastaanotettu (pvm ja allekirjoitus):

Liite 3. HAASTATTELURUNKO

PERUSTIEDOT

1. Nimi
2. Ikä
3. Koulutus ja ammatti
4. Diagnoosit
5. Työkyvyttömyysaika
6. Sairaalassaolajaksot: viimeisimmän jakson ajankohta, aiempien jaksojen lukumäärä

NYKYINEN ELÄMÄNTILANNE

7. Mikä on toimeentulosi tällä hetkellä?
8. Mikä on asumismuotosi?
9. Asutko yksin/ perheesi kanssa? Keitä perheeseesi kuuluu?
10. Millainen sosiaalinen verkostosi tällä hetkellä on?
11. Onko Sinulla työ- tai opiskelupaikka? millainen työpaikka? kuinka pitkä työsopimus?/ opiskelun suunniteltu päättymisaika?
12. Miten suoriudut arjen askareista? siivous, ruuanlaitto, pyykinpesu, asiointi
13. Miten avohoito on järjestetty?

OMAT KOKEMUKSET AJASTA SAIRAALAJAKSON JÄLKEEN

14. Mitkä asiat kuuluivat kuntoutussuunnitelmaasi kotiutumisvaiheessa? (avohoito, lääkitys, asumisen järjestelyt, työtoiminta...)
15. Miten osastojaksolla tehdyt kuntoutumiseen liittyvät suunnitelmat mielestäsi ovat toteutuneet?
16. Millaisena olet kokenut saamasi tuen em. suunnitelmiin liittyen?
17. Mikä on suhtautumisesi työhön/opiskeluun/ammattillisiin asioihin? Kuinka tärkeiksi ne koet?
18. Miten työhön/työtoimintaan/opiskeluun osallistuminen on tukenut kuntoutumistasi?
19. Millaista tukea olisit tarvinnut työasioiden suuntaan? Entä muiden osa-alueiden osalta?
20. Miten kehittäisit sairaalasta kotiutumisvaihetta?