

TOIPUMISTEOREETTINEN NÄKÖKULMA KUNTOUTUMISEEN
Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ja käsityksiä toipumisesta sekä
siihen vaikuttavista tekijöistä

Anna Tonttila
Pro Gradu -tutkielma
Kansalaisyhteiskunnan
asiantuntijuuden
maisteriohjelma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden
ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

TOIPUMISTEOREETTINEN NÄKÖKULMA KUNTOUTUMISEEN

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ja käsityksiä toipumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä

Anna Tonttila

Sosiaalityö/Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma

Pro gradu-tutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Ohjaajat: Tapio Litmanen ja Kati Närhi

Kevät 2018

Sivumäärä: 127 sivua + 4 liitettä

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mielenterveyden ongelmia kohdanneiden ihmisten käsityksiä ja kokemuksia toipumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Toipumista mielen sairaudesta käsitellään toipumisteorian (*recovery-orientation*) näkökulmasta. Kyseessä on laadullinen tutkimus, jonka analyysimenetelmänä on käytetty teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Aineistona on seitsemän mielen sairauksia kokeneen ja niistä kuntoutuneen tai kuntoutumassa olevan ihmisen teemahaastattelut. Osallistujat tavoitettiin kolmannen sektorin kuntoutumista tukevista toiminnoista.

Tulosten aluksi käsitellän sitä, millaisia asioita toipuminen osallistujille merkitsee ja mitä siinä tavoitellaan. Toisessa ja kolmannessa osassa hyödynnän Nora Jacobsonin ja Dianne Greenleyn (2001) toipumisteoriaa, jossa he jakavat toipumisen edellytykset yksilön sisäisiin sekä ulkoisiin, yhteiskuntaan ja hoitoon liittyviin, prosesseihin, jotka fasilitoivat toipumista. Osallistujat määrittivät toipumisen joko kliinisenä toipumisena tai hyvän, tavallisen elämän tavoitteluna. Toipumisen sisäisinä edellytyksinä tulivat esiin toivo ja positiivisuus, sosiaaliset suhteet ja yhteisöihin kiinnittyminen, toipumisarki ja sairauden hallinta, sekä merkitykselliset roolit. Toipumisen ulkoisia edellytyksiä määrittivät yhteiskunnallinen ympäristö etuus- ja palvelujärjestelmien sekä asenneilmapiireineen, ammattilaisten kyky toimia toipumista edistävällä tavalla, sekä palveluiden toipumista edistävät ominaisuudet.

Kuntoutujille itselleen toipumisessa oli paljon toipumisteorian mukaisia elementtejä, mutta palveluissa toipumisorientaatio ei vielä kovin laajasti näkynyt toteutuvan. Toipumisessa korostuivat mielekäs arki, sosiaaliset suhteet sekä auttavat ammattilaiset. Kuntoutujan hyvinvoinnin ja hänen itse asettamiensa elämäntavoitteiden tukeminen näyttää toipumisen kannalta merkitykselliseltä siinä missä oireiden vähentämiseen tähtäävä hoitokin. Erityisesti kolmannen sektorin toiminta tuki osallistujien toipumista merkittäväällä tavalla, mutta toipumista voidaan tukea laajasti kautta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän. Osaltaan tutkimukseni tulos perustelee myös sosiaalityön asiantuntijuuden tärkeyttä toipumisen tukemisessa.

Avainsanat: Kuntoutuminen, toipuminen, mielenterveysongelmat, kolmas sektori, palvelujärjestelmät

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TOIPUMINEN - RECOVERY	6
2.1 Toipumisen määritelmät.....	6
2.2 Toipumisen elementit ja siihen vaikuttavat tekijät	11
2.2.1 Sisäiset edellytykset.....	12
2.2.2 Ulkoiset edellytykset.....	15
2.3 Toipumisen vaiheet	16
3 MIELENTERVEYS JA PSYKIATRISET SAIRAUDET	20
3.1 Mielenterveyden häiriöt ja psykiatriset sairaudet	25
3.2 Psykkisen sairauden negatiiviset vaikutukset arkeen	27
4 PALVELUJÄRJESTELMÄ	31
4.1 Vertaistuki ja kolmannen sektorin palvelut.....	34
4.2 Toipumisorientoituneet palvelut	38
4.3 Sosiaalityön potentiaali toipumisen tukemisessa.....	41
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ, AINEISTO JA MENETELMÄT	45
5.1 Metodologiset lähtökohdat.....	45
5.2 Aineiston hankinta	46
5.3 Aineiston analyysi.....	51
5.4 Tutkimuseettiset näkökohdat ja tutkimuksen luotettavuus	54
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	58
6.1 Toipumisen merkitykset.....	59
6.2 Toipumisen sisäiset edellytykset.....	65
6.2.1 Toivo ja positiivisuus	66
6.2.2 Sosiaalinen ympäristö ja yhteisöihin kiinnittyminen	69
6.2.3 Toipumisarki ja sairauden hallinta	73
6.2.4 Roolit.....	78
6.3 Toipumisen ulkoiset olosuhteet.....	80
6.3.1 Yhteiskunnallinen toipumisympäristö.....	81
6.3.2 Auttavat ammattilaiset (palvelukulttuurin taso).....	90
6.3.3 Hyvä hoito (palveluiden sisällön taso).....	99

7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	105
7.1 Toipuminen ja sen tukeminen palvelujärjestelmässä	107
7.2 Kolmannen sektorin ja vertaisten toiminta toipumisen tukena	110
7.3 Lopuksi.....	114
LÄHTEET	116
LIITTEET 4 kpl	

TAULUKOT:

Taulukko 1. Mielenterveyttä suojaavat ja sen riskitekijät (Toivio & Nordling, 2013).	22
Taulukko 2. Toipumisorientoituneen ja perinteisen psykiatrisen hoitojärjestelmän erot (Slade 2009a, 142).	40
Taulukko 3. Toipumisen merkitykset -pääluokan teemahierarkia.....	59
Taulukko 4. Toipumisen sisäiset edellytykset -pääluokan teemakartta.....	65
Taulukko 5. Toipumisen ulkoiset olosuhteet -pääluokan teemakartta	81

1 JOHDANTO

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, and goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life. (Anthony 1993, 15.)

Edellä olevassa paljon siteeratussa määritelmässä William Anthony kuvaa recovery-ajattelun mukaista käsitystä psykiatrista sairautta sairastavan henkilön kuntoutumisesta. Recovery-ajattelu on maailmalla saanut jalansijaa ja sen mukainen kuntoutumiskäsitys on noussut mielenterveyspolitiikassa ja/tai palvelujärjestelmissä keskeiseksi toimintafilosofiaksi ainakin Australiassa, Kanadassa, Englannissa ja Walesissa, Skotlannissa, Saksassa, Hong Kongissa, Israelissa, Italiassa, Alankomaissa, Uudessa Seelannissa, Irlannissa ja Yhdysvalloissa. Recovery-ajattelu on psykiatrisessa kuntoutuksessa vahvistumassa myös Suomessa. (Shepherd ym. 2008, 1; Toivio & Nordling 2013, 333; Slade & Longden 2015, 4.) Suomessa toipumisorientaatiosta ovat kirjoittaneet ja luennoineet mm. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mielenterveysyksikön kehittämispäällikkö PsT Esa Nordling, sekä Mielenterveyden Keskusliiton tutkija ja kokemusasiantuntija VTT Päivi Rissanen, joka on kirjoittanut väitöskirjansa perustuen omiin kokemuksiinsa psyykkisestä sairaudesta kuntoutumisesta. Mielenterveyden Keskusliiton kuntoutuskäsitys nojaa toipumisajatteluun ja sen kuntoutuspalveluiden ensisijainen tehtävä on tukea kuntoutujan yksilöllistä toipumisprosessia (Koskisu 2004; Koskisu 2007; Sydänmaanlakka 2016, 2). Myös Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto ry jäsenjärjestöineen toteuttaa toipumisorientaatiota omassa toiminnassaan (SSYK 2018). Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa toipumisorientaatiota palveluiden viitekehyksenä on sovellettu esimerkiksi Porissa (Nordling ym. 2015) ja Helsingissä ainakin päihdepalveluissa (Helsingin kaupunki 2018).

Suomessa psykiatrinen hoito perustuu monelta osin ns. Käypä hoito -suositukseen (Duodecim 2018). Nämä ovat asiantuntijaryhmien keskeisiin psykiatrisiin ongelmiin tuottamia kansallisia hoitosuosituksia, jotka pohjaavat tieteelliseen näyttöön. Näyttöön perustuvalla tiedolla pyritään vastaamaan kliinisiin kysymyksiin, joita potilaan ongelmat tuottavat, mut-

ta hoitoa pyritään toteuttamaan yksilöllisesti niin, että myös potilaiden väliset biologiset ja psykologiset erot sekä heidän olosuhteidensa ainutlaatuisuus tulevat huomioiduiksi. (Lönnqvist & Lehtonen 2017, 22.) Toipuminen psyykkisestä sairaudesta voidaan tässä käsitellä parantumiseksi sanan kliinisessä merkityksessä, jolloin sitä luonnehtivat seuraavat seikat: 1) Kliininen toipuminen on yleensä dikotomisesti ilmaistavissa oleva tulos tai tila, 2) sen toteaminen on mahdollista objektiivisesti, 3) sen toteutumista arvioivat ammattilaiset, ei potilas itse, ja 4) sen kriteerit ja määritelmä toistuvat samanlaisina henkilöstä riippumatta. Recovery-ajatteluun pohjautuvaa käsitystä toipumisesta voidaan sitä vastoin kutsua myös henkilökohtaiseksi toipumiseksi tuoden esiin sen yksilöllisesti määriteltyä ja kokemuksellista luonnetta. (Slade 2009a; 35, 37.) Toipumisajattelussa yksilöllistetty on siis paitsi hoito, myös hoidon päämäärä. Lisäksi henkilökohtaisen ja kliinisen toipumiskäsityksen keskinäissuhteista voidaan huomioida, että henkilökohtainen toipuminen voi käynnistyä hoidon seurauksena, mutta toisaalta myös kliinistä toipumista voi tapahtua spontaanisti tai "hoidosta huolimatta". Toisaalta hoito voi myös estää tai hidastaa henkilökohtaista toipumista, etenkin jos siihen liittyy pakkotoimia (Slade ym. 2014, 13). Kliinistä toipumista voi tapahtua, vaikka henkilökohtaista toipumista ei tapahtuisikaan, kun oireet objektiivisesti tarkasteltuna häviävät, mutta potilas ei itse katso elämänlaatunsa tai toimintakykynsä parantuneen. Toisaalta myös henkilökohtaista toipumista voi tapahtua, vaikka kliinistä toipumista ei havaittaisikaan, sillä sairauden oireiden olemassaolo ei estä potilasta suhtautumasta tulevaisuuteensa toiveikkaasti ja tavoittelemasta omasta mielestään hyvää ja täyttä elämää.

Recovery-ajattelun pohjana on ymmärrys siitä, että mielen sairauksiin sairastuneilla ihmisillä on samat tarpeet ja halut kuin kenellä tahansa muullakin (Hänninen 2012, 44). Siinä asuminen, työnteko ja koulutus sekä muu osallistuminen "normaaliin" yhteiskunnalliseen toimintaan ja vapaa-ajan aktiviteetteihin nostetaan kuntoutumisen keskeisiksi tavoitteiksi, eikä niiden ajatella olevan ainoastaan jotakin, jota toivotaan saavutettavan psykiatrisesta sairaudesta paranemisen myötä. Hoito on hyödyllistä ainoastaan siinä tapauksessa että se edistää näitä päämääriä. (Shepherd ym. 2008, 4.) Hoidon tuloksellisuutta ei niinkään kuvaa oireiden lievittyminen tai onnistuminen oireiden uudelleen lisääntymisen ehkäisyssä, vaan toipuvan henkilön kertomukset muutoksesta. Recovery-ajattelun mukainen käsitys toipu-

misesta pohjautuu kuntoutujien omiin kokemuksiin (Shepherd ym. 2008, 1). Sitä ei voida arvioida, eikä sen voida ajatella olevan olemassa kuntoutujien kokemuksen ulkopuolella. Ammattilaisten on kuitenkin tärkeää ymmärtää mitä toipuminen tässä merkityksessään tarkoittaa, ja aktiivisesti pyrkiä toimimaan työssään sitä edistävällä tavalla. Toipumisorientoituneissa palveluissa auttamissuhteet ovat asiantuntija-potilas -asetelman sijasta tasa-arvoisia, joissa ammattilainen asettuu ennemminkin valmentajan tai kumppanin asemaan. (Kankaanpää & Kurki 2013, 10.)

Psykiatriset sairaudet aiheuttavat sairastuneelle inhimillistä kärsimystä, ja kuormittavat myös potilaan omaisia ja läheisiä. Mielenterveyden häiriöistä yleisimpiä ovat masennushäiriöt, joiden esiintyvyys on 2000-luvun aikana myös merkittävästi kasvanut siten, että vuonna 2011 koko maata edustavassa aikuisväestössä koskevassa otoksessa¹ viimeisen vuoden aikana masennushäiriöistä oli kärsinyt 9,6 % vastaajista. Saman tutkimuksen aineiston ja rekisteritietojen perusteella on voitu päätellä, että psykoosien (esim. skitsofrenia, päihdepsykoosit, psykoottinen masennus, kaksisuuntaisen mielialahäiriön I tyyppi ja skitsoafektiivinen häiriö) elämänaikainen esiintyvyys on yli 30-vuotiailla Suomessa yli 3 %. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017, 272, 274.) Myös mielenterveyshäiriöihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt merkittävästi. Sairauspäivärahapäivistä joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään mielenterveysperustein. (STM 2012, 13.) Sairaudet alkavat tyypillisesti jo nuorella aikuisiällä. Usein niistä parannutaan kokonaan, mutta monesti sairausjaksot toistuvat tai pidentyvät ja joskus myös kroonistuvat ja jatkuvat läpi elämän. (Tuulio-Henriksson 2013, 146.) Recovery-ajattelussa on kuitenkin keskeistä usko siihen, että ihmiset voivat kuntoutua, ja kuntoutuvatkin, jopa kaikkein vakavimmista mielen sairauksista (Shepherd ym. 2008, 6).

Virallisen julkisen palvelujärjestelmän ohella myös kolmannen sektorin toiminta on mielenterveyskuntoutuksen saralla merkittävää. Kolmannella sektorilla on tarjota mielenterveyskuntoutujille muun muassa asumispalveluita, klubitalo- tai muuta kohtaamispaikka-

¹ THL:n johdolla ja useiden viranomaistahojen yhteishankkeena suoritettut Terveys 2000 ja sen seurantatutkimus Terveys 2011, joissa otoskoko oli 9922 ihmistä, jotka edustavat koko maan 18 täyttäneitä väestöä jatkautuen aikuisten (yli 30 vuotta) ja nuorten aikuisten (10–29 vuotta) aineistoihin. Tiedot perustuvat tutkimuksessa aikuisten otokselle tehtyyn strukturoituun psykiatriseen tietokoneavusteiseen haastatteluun. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017, 726–727.)

toimintaa sekä kuntoutujien itse organisoimaa yhdistystoimintaa (Tuulio-Henriksson 2013, 156). Kolmannen sektorin toiminnalla on suuri merkitys kuntoutujan arkipäivän jäsentäjänä ja sosiaalisen osallisuuden mahdollistajana (Järvikoski & Härkäpää 2011). Tämän lisäksi järjestötoiminta on mahdollistanut demokratisoitumista sekä vahvistanut kulttuurista moniäänisyyttä näin parantaen mielenterveyskuntoutujan asemaa yhteiskunnassa (Salo 2011, 275).

Toimiessani sosiaalityöntekijänä aikuispsykiatrian eri yksiköissä olen läheltä seurannut palvelujärjestelmän toimintaa palveluntuottajan näkökulmasta käsin, mutta ennen kaikkea psyykkisesti sairastuneen tai toipumisprosessiaan läpikäyvän asiakkaan kanssa rinnakkain palvelujärjestelmässä luovien. Työntekijänä, katsoessani palvelujärjestelmää omasta näkökulmastani, syntyy usein kokemus järjestelmän resurssien riittämättömyydestä tai niiden vääränlaisesta käytöstä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sisälläkin pesivästä psykiatristen sairauksien problematiikan riittämättömästä ymmärryksestä. Sen myötä syntyy huoli asiakkaiden pärjäämisestä ja heidän kuntoutumisensa etenemisestä. Työntekijän näkemys tilanteesta saattaa kuitenkin poiketa asiakkaan omasta näkemyksestä, joka lopulta kuitenkin on merkitsevin. Toipumismatka on jokaiselle erilainen ja eri ihmiset päätyvät kehittämään kuntoutujan identiteetin eri reittejä (Slade & Longden 2015, 8). Aina toipumiseen ei edes vaadita hoidollista interventiota, kuten esimerkiksi Leamyn ja kumppaneiden (2011, 448) aiheesta tekemästä kirjallisuuskatsauksesta käy ilmi. On siis hyvin mahdollista, että työntekijänä helposti korostaa hoitojärjestelmän ja hoidon merkitystä toipumisessa hiukan liiaksikin.

Toipumisorientoituneissa psykiatrisissa palveluissa tulisi keskittyä tukemaan ja edistämään kuntoutujien toiveikkuutta, elämän merkityksellisyyden kokemusta ja elämän mielekkyyttä (Nordling 2016). Myös sosiaalityön asiantuntijuudella on paikkansa toipumisen tukemisessa terveydenhuollon asiantuntijuuden ohella, sikäli kun ammattilaisten apua ylipäättään tarvitaan. Tämän vuoksi aihe on erityisen kiinnostava sosiaalityön näkökulmasta. Toipumisorientaation näkökulmasta on tehty paljon tutkimusta, mutta tehdyt tutkimukset ovat peräisin ennen muuta Iso-Britanniasta, USA:sta ja Australiasta kun taas muissa kulttuureissa ja edellä mainittuihin nähden erilaisissa psykiatrisissa hoitojärjestelmissä toipumisorientaa-

tioon keskittynyt tutkimus on vielä rajallista (Schön & Rosenberg 2013, 563–564). Koska Suomessa yhteiskunnallinen toimintaympäristö ja palvelujärjestelmä ovat paljolti erilaiset, on aiheesta tärkeää tehdä tutkimusta myös täällä, jotta tuloksia voitaisiin paremmin hyödyntää täällä tehtävässä mielenterveystyössä.

Pro gradu -työni tarkoituksena on tutkia suomalaisten mielenterveyskuntoutujien omia käsityksiä ja kokemuksia toipumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Näiden kokemusten kartoittamisen myötä voin selvittää osaltaan myös, voidaanko tutkimuksen tuloksissa nähdä viitteitä siitä, että toipumisorientaatio näyttäisi saaneen jalansijaa suomalaisessa käytännön mielenterveystyössä. Lisäksi on tarkoitus mielenterveyskuntoutujien asiantuntijuutta hyödyntäen luoda kuvaa siitä, mikä auttaa kuntoutumisessa, ja sen myötä nostaa esiin näkökulmia, joiden kautta ammattilaisen on mahdollisuus kehittyä työssään herkemmin tunnistamaan ja luomaan toipumiselle suotuisaa ympäristöä.

Tämän tutkimuksen toisessa luvussa kuvaan tarkemmin toipumisen (recovery) käsitettä. Käyn läpi aiempaa kirjallisuutta esitellen toipumisen määritelmiä, siihen sisältyviä prosesseja ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä toipumisen vaiheita. Luvussa kolme kuvaan mielen-terveyttä, psykiatrisia sairauksia ja niiden vaikutuksia sairastuneen arkeen. Neljännessä luvussa käsittelen mielen-terveyden palvelujärjestelmää keskittyen erityisesti vertaistuen ja kolmannen sektorin palveluiden osuuteen siinä. Lisäksi luon kuvaa siitä, millaisia ovat toipumisorientoituneet palvelut ja millainen olisi sosiaalityön potentiaali toipumisen tukemisessa. Viidennessä luvussa esittelen tutkimustehtäväni ja tutkimukseni metodologian ja käyn läpi tutkimuksen toteuttamisen. Tutkimukseni tulokset esittelen luvussa kuusi, ja luvussa seitsemän vedän tulokset yhteen ja teen niistä johtopäätökset.

2 TOIPUMINEN - RECOVERY

Kuntoutumista kuvataan nykyisin usein recovery-ajattelun kautta. Recovery-käsitteelle ei vakiintunutta suomennosta ole, mutta usein se on suomennettu toipumiseksi siitä huolimatta että se ei aivan täysin vastaa sitä, mitä englanninkielinen termi kuntoutuksen yhteydessä tarkoittaa (Toivio & Nordling 2013, 329). Myös tässä tutkimuksessa käytetään toipuminen-sanaa. Recovery-ajatteluun pohjautuvia palveluita kutsutaan suomalaisissa teksteissä melko vakiintuneesti toipumisorientoituneiksi (esim. Kankaanpää & Kurki 2013; Nordling ym. 2015). Kuitenkin, kuten Larry Davidson ja David Roe (2007, 460) asian ilmaisevat, toipuminen käsitteenä, kuten myös psyykkiset sairaudet itsessään, edustaa monitahoista ilmiöiden kokonaisuutta, joita yhdistää lähinnä wittgensteinilainen perheyhtäläisyys. Seuraavassa käyn läpi toipumiselle aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa annettuja määritelmiä, siihen sisältyviä prosesseja sekä siinä havaittuja vaihteita.

2.1 Toipumisen määritelmät

Toipumista on pyritty määrittelemään useiden tutkijoiden toimesta, mutta usein kirjallisuudessa viitataan Davidsonin ja Roen (2007) esittämään erotteluun *recovery from* versus *recovery in*. (Henkilökohtainen) toipuminen (*recovery in*) eroaa keskeisesti oireiden poistumisesta ja paluuta normaaliin sairaudesta vapaaseen tilaan kuvaavasta lääketieteellisen tai kliinisen käsityksen mukaisen kuntoutumisen (*recovery from*) käsitteestä (Mt. 463). Lääketieteellisen käsityksen mukaan hyvää hoitotulosta mitataan ammattilaisen toimesta objektiivisin mittarein parantumisena, oireiden poistumisena tai kykynä tulla toimeen ilman terveydenhuollon tukitoimia. Lääketieteellinen kuntoutuminen käsitetään lopputuloksena tai tilana ja sen määritelmän ei katsota vaihtelevan yksilöstä toiseen. (Slade & Longden 2015, 3.) Toipumisajattelussa oireiden poistumista pidetään toissijaisena paremman elämänlaadun tavoitteluun nähden. Toipuminen nähdään prosessina tai jatkumona, joka tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Sairauden realiteettia ei kielletä, mutta sen ei anneta hallita yksilön mielikuvaa itsestään. Sen sijaan sairautta kohdellaan vain osana elämänhistoriaa ja kokemuksena muiden joukossa. (Shepherd ym. 2008, 3; Oksanen 2011, 103; Slade & Longden 2015, 3.) Davidsonin ja Roen (2007) mukaan toipumisen (*recovery in*) voidaan ajatella tar-

koittavan selviytymistä niistä vaikutuksista, joita seuraa mielenterveyspotilaana olemisesta. Näitä voivat olla esimerkiksi köyhyys, elämän tarkoituksen ja merkityksellisten yhteiskunnallisten roolien menettäminen sekä iatrogeeniset, eli hoidosta aiheutuvat, haitat, kuten pakkohoidon tai pitkän sairaalahoidon vaikutukset. (Mt. 462.) Varsinaisesti siis kyse on osallisuuden palautumisesta ja oman paikan löytymisestä yhteiskunnassa (Pilgrim & McCranie 2013, 43). Davidson ja Roe (2007) vertaavat lääketieteellisen mallin mukaista kuntoutumista (*recovery from*) tilanteeseen, jossa henkilö parantuu esimerkiksi infektiosta, tai jalan murtumasta palautuen sairastumisesta edeltäneeseen terveyden tilaan. Toipumista (*recovery in*) puolestaan kuvataan analogialla alaraajahalvauspotilaan tilanteeseen. Tärkein, ja usein itsestäänselvytenä pidetty, vaatimus tilanteessa on se, ettei halvaantuneen ole odotettava liikuntakykynsä palautuvan pystyäkseen elämään yhtä täyttä ja tyydyttävää elämää kuin ennen halvaantumistaan on elänyt. Näin siitä huolimatta, että elämä ei välttämättä koskaan kaikin osin palaudu sairastumisesta edeltävän kaltaiseksi, vaan muuttuu ehkä huomattavankin erilaiseksi. Enemmän samaan tapaan olisi ajateltava myös mielen sairastumisesta ja siitä kuntoutumisesta. (Mt. 462–463, 465.) Kuten myös fyysisissä vammoissa, voi kliininen toipuminen jäädä psykiatrisissa sairauksissa vähäiseksi, mutta huolimatta oireiden ajoittaisesta vaikeutumisesta, voi myös vaikeasta psyykkisestä sairaudesta toipua parempaan elämään (Korkeila 2017, 2865).

Henkilökohtainen ja kliininen toipuminen ovat saman asian kaksi eri ulottuvuutta, joita tapahtuu samanaikaisesti. Suuri osa vaikeisiinkin mielenterveyden häiriöihin sairastuneista ihmisistä saavuttaa jonkinlaisella aikajänteellä myös kliinisen toipumisen. 20 vuoden seurannassa yli puolet skitsofreniaan sairastuneista saavuttaa kliinisen toipumisen kriteerit (Slade ym. 2008, 129). Kliininen toipuminen ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita henkilökohtaista toipumista, vaan molemmat voivat tapahtua ilman toista (Slade ym. 2014, 13).

Toipuminen on kuntoutujan henkilökohtainen prosessi, jonka myötä hän voi elää omasta näkökulmastaan määriteltynä täysipainoista ja mielekästä elämää mielenterveyden häiriöstä, sen oireista ja sairauden pahenemisvaiheista huolimatta niin, että hänellä on tunne oman elämänsä hallinnasta ja mahdollisuudesta vaikuttaa siihen. Tästä syystä toipumista tässä merkityksessä kutsutaan myös henkilökohtaiseksi toipumiseksi erotuksena kliinisestä toi-

pumisesta. Perustavanlaatuisimpana periaatteena toipumisajattelussa on “ensin ihmisiä” (*people first*). Tällä tarkoitetaan, että psykiatrisista sairauksista kärsivät ihmiset ovat ennen kaikkea ihmisiä, eivät tapauksia, diagnooseja tai potilaita, eivätkä heitä määrittele ensisijaisesti heidän sairautensa tai oireensa. (Anthony 2003, 1; Shepherd ym. 2008, Slade 2009b) Jari Koskisuun (2004) mukaan usein kuitenkin tapahtuu niin, että sairastuneen koko persoona ja olemus tulee määritellyksi sairauden kautta, jolloin ihmiseen viitataan esimerkiksi skitsofreenikkona tai masentuneena. Tämän vuoksi psykiatrisia sairauksia joskus kutsutaan minä olen - sairauksiksi verrattuna minulla on -sairauksiin. (Mt. 29.) Mike Slade (2009a) mainitseekin toipumisen yhdeksi keskeiseksi ja ensisijaiseksi päämääräksi positiivisen identiteetin kehittämisen. Hän kuvaa tätä *minä-se* -erottelulla. *Se*-identiteetin (identiteetti psyykkisesti sairaana ihmisenä) korostuminen on hänen mukaansa yksi perinteisen psykiatrisen hoidon haittavaikutuksista. Positiivisen identiteetin kehittäminen edellyttää *minän* löytämistä henkilönä jolla on *se*, eli psykiatrinen sairaus. (Mt. 83–84.)

David Pilgrim ja Ann McCranie (2013) ovat erottaneet toipumisen määrittelyssä neljä erilaista lähtökohdiltaan eroavaa, joskin osittain päällekkäin ilmenevää sävyä. Näitä ovat henkilökohtainen matka (*personal journey*), terapeutin optimismi (*therapeutic optimism*), palveluiden kritiikki (*critique of services*), sekä vammaisuuden sosiaalinen malli (*social model of disability*). Näistä henkilökohtainen matka vastaa edellä esitettyä recovery in -käsitystä toipumisesta. Näkemys palveluiden kritiikistä toipumisen taustatekijänä perää muutoksia totuttuihin käytäntöihin psykiatrisessa hoidossa ja on usein läsnä kuvauksissa toipumisorientoituneista palveluista sekä toipumisen määritelmässä, joissa toipumisen yhdeksi tavoitteeksi asetetaan selviäminen hoidon aiheuttamista haitallisista vaikutuksista. Toipumista tahdotaan edistää muun muassa lisäämällä palvelunkäyttäjien valinnanmahdollisuuksia ja poistamalla pakon käyttöä, tuomalla kokemusasiantuntijuutta ammattilaisten asiantuntijuuden rinnalle palveluihin sekä muuttamalla perinteistä ammattilainen-potilas-suhdetta tasa-arvoisemmaksi. (Mt. 50–51.)

Terapeuttisessa optimismissa toipumisen tavoitteena on kliininen toipuminen eli parantuminen ja sen onnistumista mitataan objektiivisesti käyttäen erilaisia ulkoa määriteltyjä mittareita. Se on Pilgrim ja McCranien (2013) mukaan rinnasteinen Peter Conradin (1992)

medikalisaation käsitteen kanssa. Medikalisaatiolla tarkoitetaan Conradin (1992, 211) mukaan ongelman määrittelemistä lääketieteen termein, sen kuvaamista lääketieteen kielellä, sen ymmärtämistä lääketieteellisessä kehyksessä tai sen hoitamista lääketieteellisen intervention avulla. Terapeuttisessa optimismissa sekä ongelma että sen ratkaisu ovat yksilöllistetyt. Hoitokontakti ja siihen sisältyvät lääkehoito ja muut hoitotoimet ovat tässä näkemyksessä keskeiset toipumista fasilitoivat tekijät. Hoidossa keskitytään minimoimaan oireita sekä tulemaan toimeen niiden kognitiivisten ja sosiaalisten haittojen kanssa, joita pitkäaikainen mielen sairaus aiheuttaa. Toivo liittyy tällöin hoidon tuloksellisuuteen ja toipumisen tavoitteet siis saavutetaan hoidon avulla. Uudemman psykososiaalisen painotuksen myötä tavoitteeksi ovat enenevässä määrin tulleet myös kuntoutukseen liittyvät toimintakyvyn palauttaminen sekä kuntoutujan integroiminen sosiaalisiin yhteisöihin. Se, että sairastunut tulee hoidon myötä oireettomaksi tai hänen tilansa merkittävästi paranee, ei kuitenkaan välttämättä tämän näkemyksen mukaan tarkoita (Pilgrim & McCranie 2013, 53–55.)

Toipumisen tarkastelu vammaisuuden sosiaalisen mallin kehyksessä haastaa terapeuttisen optimismin yksilöön keskittyvän näkemyksen. Siinä vammaisuus nähdään yhteiskunnan vajavaisuuksina liittyen sen joustamattomiin ja sortaviin rakenteisiin, ei yksilön vajavaisuutena. Tässä näkemyksessä yksilö siis joutuu kärsimään yhteiskunnan vajavaisuuden seurauksista ja toipumisen tavoitteet saavutetaan yhteiskunnan muutoksen kautta. (Pilgrim & McCranie 2013, 56.) Kuntoutujat ovat suhtautuneet vammaisuuden sosiaaliseen malliin kaksijakoisesti. Yhtäältä sen soveltamisen mielen sairauksiin voidaan nähdä siirtävän syyllisyyden ongelmista pois yksilöstä ja edistävän osallisuuden toteutumista, mutta toisaalta kuntoutujat ovat myös vierastaneet mielenterveysongelmien rinnastamista vammaisuuteen peläten sen lisäävän heihin kohdistuvaa stigmaa. (Beresford ym. 2010, 19–20.)

Käytännössä edellä mainittujen lähestymistapojen erottelu ei ole kovin selkeä, vaan eri määrittelyt risteävät ja ilmenevät erilaisin painotuksin tilanteesta toiseen. Tämän lisäksi painotukset vaihtelevat sen mukaan, kuka toipumista määrittelee. Henkilökohtainen toipuminen sekä palveluiden kritiikki määrittyvät selkeimmin kuntoutujien perspektiivistä, kun taas terapeuttinen optimismi on kehittynyt ammattilaisten ja lääkeyhtiöiden lähtökohdista

vastauksena aiemmin vallalla olleeseen terapeutiseen pessimismiin². Vammaisuuden sosiiaaliseen malliin pohjaavan määritelmän juuret taas ovat radikaalimmassa palvelunkäyttäjien sekä heidän kanssaan liittoutuneiden ammattilaisten ajattelussa. Toipumisen määritelmät toipumisorientoituneissa hoitojärjestelmissä painottuvat erityisesti henkilökohtaisen toipumisen mukaiseen käsitykseen toipumisesta, mutta kun toipumisorientoituneen lähestymistavan käytännön toteutusta tulee aika arvioida, painotus helposti muuttuu. Mittareissa tyypillisiä indikaattoreita ovat oireiden vähentyminen, toimintakyvyn palautuminen ja verstaisten mukanaolo palveluissa. Näin ollen ammatillinen näkemys ja terapeutin optimismin mukainen käsitys toipumisesta korostuvat sen operationalisoinneissa. (Pilgrim & McCranie 2013, 46, 60.) Toipumisajattelun tuominen psykiatrisen hoidon keskiöön ei siis ole täysin yksinkertaista. Koska henkilökohtaista toipumista ei voida objektiivisesti mitata, myös siihen keskittyvän hoitojärjestelmän kustannustehokkuuden määrittelemisen saattaa tulla ongelmalliseksi, kun asiantuntijat eivät voi entiseen tapaan mitata hoidon vaikuttavuutta. Tästä aiheutuu muutospaineita ja Slade ja Longden (2015, 4) toteavatkin “the challenge is to make the important measurable, not the measurable important”. Erilaisia mittareita on kuitenkin jo kehitetty myös henkilökohtaisen toipumisen mittaamiseen (ks. esim. Burgess ym. 2011).

Toipumisen teoriassa integroituvat Esa Nordlingin (2016) mukaan erilaiset teoriat. Näitä ovat mm. humanistinen psykologia, kognitiivisen psykologian teoriat, eksistentialismi sekä salutogeneesi ja positiivisen mielen terveyden käsite. Salutogeneesia ja positiivisen mielen terveyden käsitettä käsitellään tämän tutkimuksen kolmannessa luvussa. Humanistista psykologiaa tyypillisimmillään edustaa Abraham Maslow. Hänen maineikkaassa tarveteoriasaan keskeinen elämän tavoite kuvataan hierarkkisesti siten, että alemman tason tarpeet on tyydytettävä ennen kuin korkeammat tarpeet aktivoituvat. Tarvetasot alimmasta ylimpään ovat: 1) fysiologiset tarpeet, kuten ruoka, uni ja fysiologinen tasapaino; 2) turvallisuuden tarpeet, kuten ruumiillinen koskemattomuus, työ ja toimeentulo ja terveys; 3) yhteenkuuluvaisuuden ja rakkauden tarpeet, kuten ystävyys, perhe ja seksuaalinen läheisyys; 4) arvon-

² Terapeutisella pessimismillä viitataan aiempaan käsitykseen erityisesti skitsofrenian kroonisesta ja etenevästä luonteesta, joka alun alkaen on peräisin ajalta, jolloin ihmiset joutuivat useimmiten psykiatriseen sairaalaan koko loppuelämäkseen. Edelleen psykiatrisessa kirjallisuudessa on vaihtelevia käsityksiä siitä, kuinka suuri osa skitsofreniaan sairastuneista toipuu tai ei toivu sairaudestaan. (Pilgrim & McCranie 2013.)

annon tarpeet, kuten itsearvostus ja kunnioitus, sekä 5) itsensä toteuttamisen tarpeet, kuten eettisyys, luovuus ja ongelmanratkaisu (Toivio & Nordling 2013, 38–39.)

Kognitiivinen psykologia on kiinnostunut kognitiivisista toiminnoista, kuten tietoisuudesta, ajattelusta, muistitoiminnoista, oppimisesta ja ongelmien ratkaisusta. Sen ihmiskuvassa korostuvat ihmisen aktiivisuus ja itseohjautuvuus, joiden avulla yksilöt pystyvät vaikuttamaan elämäänsä. Kokemusten ja havaintojensa perusteella ihmiset luovat psyyken sisäisiä toimintamalleja eli skeemoja, jotka ohjaavat edelleen sopeutumista uusiin tilanteisiin sekä sitä, millaisia asioita ihminen havaitsee ja muistaa. Tämän havaintokehän välityksellä ihmisen sisäiset mallit edelleen muuttuvat, mikä vaikuttaa siihen kuinka ihminen jäsentää maailmaa. (Toivio & Nordling 2013, 40–41.)

Eksistentiaalisen filosofian alueelta toipumisorientaatioon vaikutteita on antanut esimerkiksi Franklin logoterapia, jossa perusajatuksena on etsiä tarkoitusta elämään. Teorian taustalla olivat Franklin omat keskitysleirikokemukset, joiden perusteella hän havaitsi, että ihmiset kestivät ja selviytyivät äärimmäisissä olosuhteissa yllättävän hyvin, kun selviämislä vaikutti olevan jokin tarkoitus. Jos elämällä ei ole tarkoitusta, ihminen kokee eksistentiaalistista turhautumista, joka voi tulla esiin esimerkiksi depressiona, aggressiona tai päihteiden käyttönä. (Toivio & Nordling 2013, 39–40.)

2.2 Toipumisen elementit ja siihen vaikuttavat tekijät

Keskeisiä elementtejä toipumisessa ovat mm. toivo ja optimismi, voimavaralähtöisyys, osallisuus, itsemäärääminen ja vastuu omasta elämästä, omahoito, mielekäs toiminta, ihmissuhteet sekä minäkuvan uudelleen rakentaminen. (Bradstreet 2004; Shepherd ym. 2008, Toivio & Nordling 2013.) Toipumiseen vaikuttavat lisäksi ulkoiset seikat, kuten asenteet ja odotukset, joita ihmisillä on mielenterveyttä ja mielenterveysongelmia kohtaan, palveluiden tuottama tuki sekä mahdollisuudet tai esteet, joita mielenterveysongelmaiset kohtaavat pyrkiessään kohti parempaa elämää (Bradstreet 2004, 3).

Nora Jacobson ja Dianne Greenley (2001) erittelevät toipumisen elementtejä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja jakavat ne mallissaan sisäisiin ja ulkoisiin edellytyksiin. Toipumisen sisäisillä edellytyksillä (*internal conditions*) tarkoitetaan kuntoutujien asenteita, kokemuksia ja muutosprosesseja, jotka osaltaan toimivat edellytyksenä toipumiselle, mutta jotka myös vievät eteenpäin jo alkanutta toipumisprosessia. Sisäiset edellytykset ovat niitä seikkoja, joihin kuntoutuja itse voi vaikuttaa tai joita hän voi toipumisessaan hallita. Näihin asioihin positiivisesti vaikuttamalla ja niiden kehitystä edistämällä voidaan toipumista myös tukea. Ulkoisia edellytyksiä heidän määritelmässään ovat puolestaan kuntoutumista mahdollistavat tekijät, kuten erilaiset poliittiset linjaukset, materiaaliset olosuhteet ja palvelut. (Mt. 482.) Ulkoisten edellytysten toimivuudesta riippuen kuntoutuminen voi edistyä tai vaikeutua (McCranie 2011, 475). Retta Andersen kollegoineen (2003, 586) on kuntoutujien kokemuksista tehtyyn tutkimukseen pohjautuvan katsauksen pohjalta tunnistanut toipumiseen (*psychological recovery*) liittyvän neljä avainprosessia sekä viisi vaihetta. Mary Leamy ja kumppanit (2011) ovat omassa kirjallisuuskatsauksessaan koonneet aieman toipumisajattelua koskevan tutkimuskirjallisuuden pohjalta tyypillisimmät toipumisen määritelmät. Tämän lisäksi he ovat koonneet aiemmista tutkimuksista toipumiselle tyypillisimmät prosessit, joiden perusteella ovat luoneet oman, paljon siteeratun CHIME-mallinsa, sekä verranneet erilaisia toipumisen vaiheista esitettyjä teorioita transteoreettisen muutosvaihemallin kehyksessä.

2.2.1 Sisäiset edellytykset

Toipumisen sisäisiksi edellytyksiksi Jacobson ja Greenley (2001) lukevat toivon (*hope*), paranemisen (*healing*), voimaantumisen (*empowerment*) sekä kiinnittymisen sosiaalisiin suhteisiin ja yhteiskuntaan (*connection*). Samankaltaisia osatekijöitä esiintyy myös muissa toipumisen teoreettisissa malleissa. Andersen tutkimusryhmineen (2003) on tunnistanut toipumisessa avainprosesseja, jotka on nimetty toivon löytäminen (*finding hope*), identiteetin uudelleenmäärittely (*re-establishment of identity*), elämän merkityksellisyys (*meaning in life*) ja vastuun ottaminen toipumisesta (*responsibility for recovery*). Myös Leamy ja kumppanit (2011) nimittävät näitä toipumisen prosesseiksi, jotka voidaan käsittää toipumisen kuvauksissa tyypillisesti esiintyvänä muutoksen mitattavina ulottuvuuksina. Näitä ovat

Leamyn ja kumppaneiden prosessien alkukirjainten mukaan CHIME-malliksi nimeämässä mallissa sosiaalisten ja yhteiskuntasuhteiden (*Connectedness*), toivon ja optimismin (*Hope and optimism*), identiteetin (*Identity*), elämän merkityksellisyyden (*Meaning in life*) ja voimaantumisen (*Empowerment*) ulottuvuudet. (Leamy ym. 2011, 448–449.)

Toivon asenteelliset osatekijät ovat Jacobsonin ja Greenleyn (2001, 483) mukaan sairauden olemassaolon tunnustaminen ja ongelman olemassaolon hyväksyminen, muutokseen sitoutuminen ja suuntautuminen tulevaisuuteen menneessä märehtimisen sijasta, ilon löytäminen pienistä muutoksista sen sijaan, että odottaisi muutoksen tapahtuvan valtavien harppauksin, prioriteettien uudelleen organisointi sekä optimismin ja positiivisen ajattelun kehittäminen. Andersenin ja kumppaneiden (2003, 589) mukaan toivo voi toimia sekä toipumisen käynnistäjänä, että prosessin ylläpitäjänä. Toivo voi olla myötäsyyntä tai viritä läheisten tai hoitohenkilökunnan tuen myötävaikutuksella. Leamy kollegoineen (2011) lukee toivon ja optimismin prosessiin esimerkiksi uskon toipumisen mahdollisuuteen, motivaation muutokseen, toivoa ruokkivat ihmissuhteet, positiivisen ajattelun ja menestymisen arvostamisen sekä unelmien ja päämäärien olemassaolon.

Paranemisella Jacobson ja Greenley (2001) tarkoittavat itsen ymmärtämistä sairaudesta erillisenä sekä kontrollia. Kun kuntoutuja ei anna sairauden määrittää itseään, vaan löytää uudelleen itsensä ja pystyy käsittämään sairauden vain yhtenä osana itseä, hän pystyy löytämään mahdollisesti kadonneen itsekunnioituksensa ja kokemaan itsetunnon kohoamista. Sen kautta kuntoutujat pystyvät voittamaan mahdollisesti sisäistämänsä mielen sairauksiin ja kuntoutujiin kohdistuvat negatiiviset asenteet ja stigman, mikä on estänyt heidän toipumisensa edistymisen. Kontrollilla tarkoitetaan paitsi kuntoutujan aktivoitumista ottamaan vastuuta toipumisestaan, myös sairauden kontrolliin saamista esimerkiksi stressinhallinnan tekniikoiden, lääkityksen tai omahoidon tekniikoiden ja tekojen kautta. (Mt. 483.) Leamy ja kumppanit (2011, 448) puhuvat jonkin verran samoista asioista identiteetin prosessissa, joka liittyy positiivisen minäkuvan rakentamiseen, sekä stigman voittamiseen, kuten myös Andersen ja kollegat (2003, 589–590) omassa identiteetin prosessissaan. Samoja asioita sisältyy lisäksi myös Leamyn ja kumppaneiden (2011, 448) voimaantumisen prosessiin, jossa kyse on henkilökohtaisesta vastuusta sisältäen omahoidon sekä positiivisen riskino-

ton, oman elämän ottamisesta kontrolliin sekä keskittymisestä vahvuuksiin. Jacobsonin ja Greenleyn (2001) mallissa voimaantuminen sisältää kolme komponenttia, jotka ovat autonomia, rohkeus ja vastuu. Autonomia, eli kyky toimia itsenäisenä toimijana, tarvitsee toteutuakseen tietoa, itseluottamusta sekä mahdollisuuden tehdä merkityksellisiä valintoja. Rohkeudella tarkoitetaan halua riskinottoon, puhumista omasta puolestaan sekä astumista ulos turvallisista rutiineista. Vastuulla tarkoitetaan kuntoutujan vastuuta toipumisen tavoittelussa; tavoitteiden asettamista ja niiden tavoittelua läheisten ja ammattilaisten kanssa, päätösten tekemistä ja sitoutumista omahoitoon sekä myös elämistä omien valintojen seurausten kanssa. (Mt. 483.) Tästä on kyse myös Andersenin ja kumppaneiden (2003) vastuun prosessissa, jossa korostetaan vastuunottoa hyvinvoinnin, lääkityksen sekä valintojen autonomian ja niiden seurausten kanssa elämisen alueilla. Kasvua tulee voida hakea myös tietoisesta riskinotosta, johon liittyen ammattilaisten on annettava kuntoutujalle mahdollisuus myös epäonnistua ja yrittää uudelleen. (Mt. 590.)

Kiinnittyminen sosiaalisiin suhteisiin ja yhteiskuntaan merkitsee Jacobsonin ja Greenleyn (2001, 483) mukaan sitä, mitä jotkut kuvaavat “elämän hankkimiseksi”. Kyse on uusiin merkityksellisiin rooleihin astumisesta, liittyivätkä roolit sitten erilaisiin aktiviteetteihin, ihmissuhteisiin tai työhön. Usein voimallisimpana liittymisen muotona tulee esiin oman psyykkisen sairauden ja toipumisen kokemuksen jakaminen muille ja niiden auttaminen, joilla on samankaltaisia ongelmia. Samoista asioista on kyse myös Leamyn ja kumppaneiden (2011, 448) sosiaalisten ja yhteiskuntasuhteiden prosessissa, sekä osin myös elämän merkityksellisyyden prosessissa, johon luetaan merkityksen antaminen omalle psyykkiselle sairaudelle, hengellisyys, elämänlaatu, merkitykselliset sosiaaliset roolit sekä merkitykselliset tavoitteet sekä elämän uudelleenrakentaminen. Andersen ja kumppanit (2003) mieltävät elämän merkityksellisyyden joko arvojen ja päämäärien uudelleenmäärittämisen kautta, kun sairastumisen myötä aiemmat elämäntavoitteet eivät enää ole mahdollisia. Toisaalta elämän merkityksellisyys voi löytyä myös etsimällä uusia tapoja ilmaista ja toteuttaa sitä, mikä itselle on tärkeää. Merkityksellisyyden lähteet voivat vaihdella merkittävästi ihmisten välillä ja myös yli ajan. (Mt. 590.)

Jacobsonin ja Greenleyn (2001) toipumisen sisäiset edellytykset, Andersenin ja kollegoiden (2003) toipumisen avainprosessit ja Leamyn ja kollegoiden (2011) toipumisen prosessit sisältävät siis suurelta osin samat elementit hiukan toisistaan poikkeaviin kokonaisuuksiin ryhmiteltyinä. Samoja tekijöitä on myös Toivion ja Nordlingin (2013) palveluiden ja toipumisen tukemisen näkökulmasta luodusta määritelmässä, jonka mukaan toipumisprosessin (tukemisen) osat ovat voimaantumisen tukeminen, tieto, toivo ja optimismi, sekä tyytyväisyys elämään. Tässä voimaantuminen käsittää vastuunoton omista päätöksistä sekä hoidosta kohden tavoitteita, osallisuuden sekä itsearvostuksen vahvistamisen. Tieto pitää sisällään tiedon antamisen, sairauden ja oireidenhallinnan keinot sekä psykoedukaation. Toivoon ja optimismiin sisältyvät positiiviset mallit sekä vertaistuki. Elämäntyytyväisyys kattaa ihmissuhteet, perhepsykoedukaation, turvallisen asumisen sekä palveluohjauksen. (Mt. 332.)

2.2.2 Ulkoiset edellytykset

Jacobsonin ja Greenleyn mallissa määritellään lisäksi niitä tekijöitä, jotka toipumiseen vaikuttavat ulkoa, yhteiskunnassa tai palveluissa. Näin ollen heidän määritelmänsä toipumiselle sisältää henkilökohtaisen toipumisen käsityksen lisäksi myös vammaisuuden sosiaalisen mallin mukaisen tulkinnan toipumisesta (Pilgrim & McCranie 2013).

Jacobson ja Greenley (2001) liittävät ulkoisten edellytysten alle kolme kategoriaa, jotka ovat ihmisoikeudet, positiivinen toipumisen kulttuuri, sekä toipumisorientoituneet palvelut. Nämä kategoriat ovat saman asian kolme eri tasoa; kun ihmisoikeuksien periaatteet toteutuvat hoito-organisaatiossa, se johtaa positiiviseen toipumisen kulttuuriin, joka puolestaan ohjaa käytännön palvelua tukemaan toipumista. Mielen sairauksien kohdalla ihmisoikeuksissa on Jacobsonin ja Greenleyn mukaan kyse mielen sairauksiin ja niihin sairastuneisiin kohdistuvan stigman vähentämisestä ja eliminoinnista, palvelunkäyttäjien oikeuksien puolustamisesta ja edistämisestä, sekä riittävien toipumiseen tarvittavien resurssien takaamisesta, mukaanlukien etuudet ja palvelut, esimerkiksi somaattiset ja mielenterveyspalvelut sekä asumisen ja työllistymisen tukipalvelut. Toipumista edistävään palvelukulttuuriin kuu-

luu se, että palvelunkäyttäjät ja ammattilaiset tekevät hoitoon liittyviä päätöksiä yhdessä. Kuntoutujalla tulee olla vaihtoehtoja ja oikeus valita myös niiden ulkopuolelta. Hoitotoimenpiteiden tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Kuntoutujan ja ammattilaisen tulisi kohdata toisensa ihmisinä, hoitosuhteessa tulisi vallita suvaitsevaisuus ja moniarvoisuus sekä luottamus, kunnioitus ja turvallisuus. Kuntoutujan tulisi voida kokea saavansa empatiaa ja myötätuntoa sekä tuntea tulleensa kuulluksi. Sekä ammattilaisen että asiakkaan tulisi olla voimaantunut, jolla tarkoitetaan hoitosuhteessa asiakkaan uskoa siihen, että palvelusta on apua, ja toisaalta ammattilaisen uskoa siihen, että pystyy auttamaan asiakastaan. (Mt. 484)

2.3 Toipumisen vaiheet

Huolimatta toipumisprosessin yksilöllisyydestä, on siihen havaittu liittyvän tiettyjä vaiheita, joista useat tutkijat ovat esittäneet omia enemmän tai vähemmän toistensa kaltaisia malleja. Seuraavassa esittelen niistä joitakin. Youngin ja Ensingin (1999) mukaan varsinaiseen toipumisprosessiin siirrytään esivaiheen kautta. Tässä esivaiheessa (*initiating recovery*) kuntoutuja tiedostaa ja hyväksyy sairautensa, minkä myötä muutosmotivaation on mahdollista kehittyä. Tämä vaihe on tutkijoiden mukaan monelle kuntoutujalle kaikkein vaikein. Halun muutokseen synnyttyä kuntoutujan on mahdollista löytää toivon ja innoituksen lähteitä (mm. vertaisten kokemukset, hengellisyys), jotka saavat varsinaisen toipumisprosessin liikkeelle. Toisessa vaiheessa (*regaining and moving forward*) kuntoutuja pyrkii palauttamaan vallan ja vastuun omasta elämästään takaisin omiin käsiinsä esimerkiksi omahoidon ja varomerkkien tunnistamisen, vahingollisten käyttäytymisten (esim. päihteiden käyttö) muuttamisen kautta sekä omaksumalla päättäväisen, eteenpäin pyrkivän asenteen. Lisäksi tähän vaiheeseen liittyy tavallisten arjen rutiinien, kuten päivärytmin, kodinhoidon, päivittäisten aktiviteettien ja sosiaalisen kanssakäymisen palauttaminen normaaleiksi. Jälkimmäisessä vaiheessa (*improving quality of life*) kuntoutuja pyrkii kasvattamaan henkistä ja aineellista hyvinvointiaan ja etsimään enemmän tarkoitusta elämäänsä esimerkiksi työn, vapaaehtoistyön tai vertaistukena toimimisen kautta. (mt. 222–225.)

Andersen kollegoineen (2003) on puolestaan nähnyt aikaisempia tutkimuksia summaten toipumisprosessiin liittyvän viisi vaihetta, jotka he ovat nimenneet moratorioksi (*moratorium*), tietoisuudeksi (*awareness*), valmistautumiseksi (*preparation*), uudelleen rakennukseksi (*rebuilding*) ja kasvuksi (*growth*). Näistä ensimmäiseen vaiheeseen liittyy sairauden kieltäminen, identiteetin hajaannus, vetäytyminen sosiaalisista kontakteista sekä toivottoisuus. Toiseen vaiheeseen liittyy tietoisuus toiveikkaammasta tulevaisuudesta sekä itsen määrittäminen sairauden ulkopuolella. Kolmannessa vaiheessa aletaan ottaa askelia kohti toipumista keskittymällä tunnistamaan omia arvoja ja vahvuuksia, oppimalla sairaudesta ja palveluista sekä hakeutumalla tekemisiin vertaisten kanssa. Neljännessä vaiheessa kuntoutuja työstää aktiivisesti positiivista identiteettiä ja keskittyy tavoitteiden saavuttamiseen sekä vastuun ottamiseen omasta elämästä. Viimeisessä vaiheessa kuntoutuja elää mielekäs-tä elämää, omaa positiivisen käsityksen itsestään sairaudesta huolimatta, ja pystyy hallitsemaan sairauttaan, vaikka sen oireet eivät täysin olisi poistuneet. (Mt. 591.)

Myös transteoreettisen muutosmallin soveltamisesta toipumiseen on kirjallisuudessa keskusteltu tai jollakin tapaa myös sovellettu (esim. Davidson ym. 2010; Leamy ym. 2011). Transteoreettinen muutosmalli on alunperin kehitetty luonnehtimaan addiktioista toipuvan henkilön muutosprosessia. Sen vaiheet ovat: 1) Esiharkintavaihe (*pre-contemplation*) jossa muutoksia ei vielä ole tapahtunut, eikä niitä vielä edes tavoitella. Henkilö ei ehkä itse tunnista ongelmaa, vaikka läheiset ovat hänestä huolissaan. Toiveitakin muutoksesta saattaa olla, mutta ei halua tai kykyä sitoutua muutokseen. 2) Harkintavaihe (*contemplation*) jossa ongelma tiedostetaan ja muutoksen mahdollisuutta aletaan vakavasti harkita ja sen hyviä ja huonoja puolia punnita. 3) Valmistautumisvaihe (*preparation*) jossa muutoksia aletaan suunnitella ja tavoitteisiin sitoudutaan. Pieniä käyttäytymisen muutoksia on jo mahdollisesti tapahtunut. 4) Toimintavaihe (*action*) jossa tehdään aktiivista työtä muutosten saavuttamiseksi ja tavoitteeseen pääsemiseksi. 5) Ylläpitovaihe (*maintenance*) jossa saavutetut tulokset ja positiiviset muutokset pyritään säilyttämään myös pidemmällä tähtäimellä. Muutos ei ole lineaarinen, vaan relapsien sattuessa henkilö palaa takaisin aiempiin vaiheisiin. (Prochaska ym. 1992, 1103–1105.) Toipumisessa on kuitenkin huomioitava, että malli asettaa kaiken vastuun muutoksesta henkilön omille harteille, minkä vuoksi se ei suoraan ole siirrettävissä mielen sairauksista toipumiseen. Osa toipumiseen tarvittavista resursseista,

kuten materiaaliset resurssit, hyödynnettävissä olevat palvelut tai hyväksyvät toiset ihmiset ja ympäristöt eivät kokonaan ole kuntoutujan itsensä hallinnassa. Lisäksi psykiatriset sairaudet saattavat olla hyvin arvaamattomia, eikä relapseja voi aina estää, kuten addiktioissa usein voi, vaikka tahdonvoimassa ja sitoutumisessa ei olisi puutteita. Mallin etuna on se, että se ohjaa tunnistamaan jo muutoksen varhaisissa harkintavaiheissa olevat henkilöt, ja antaa ymmärtää varhaisilla interventioilla voitavan herätellä muutosmotivaatiota. Ongelmallista kuitenkin on, ettei malli anna ohjeita näiden interventioiden tekemiseen. (Davidson ym. 2010, 219.)

Kaikki sairastuneet eivät automaattisesti siirry toipumispolulle. Tähän saattaa olla erilaisia syitä, kuten aiemmat negatiiviset kokemukset psykiatrisesta hoitojärjestelmästä tai lääkityksen sivuoireista, tai vain, koska sairauden myöntäminen itselle on liian kivuliasta. Toisaalta sairaus saattaa olla vakavuudessaan niin kuluttava, ettei edellytyksiä vastuun ottamiselle omasta toipumisesta vielä ole. (Davidson & Roe 2007, 467.) Joka tapauksessa toipumisen polulle siirtymiseksi on sairastuneen saavutettava jonkinlainen valmius tähän. Kuntoutumisvalmiudella tarkoitetaan Jari Koskisuun (2007, 14) mukaan valmiutta asettaa omaa elämää koskevia tavoitteita, ei välttämättä kykyä saavuttaa niitä. Kuntoutumisvalmius voi sisältää kykyä surra menetyksiä ja luopua jo menetetyistä, kykyä tarkastella oman elämän muutostarpeita ja halua toimia omien tavoitteiden saavuttamiseksi. Siihen voi sisältyä tarve muutokseen, joka nousee tyytymättömyydestä jollakin elämän alueella sekä sitoutuminen muutokseen, joka riippuu siitä kuinka haluttavaksi ja mahdolliseksi muutos koetaan. Valmiuteen liittyy myös tietoisuus omista kiinnostuksen kohteista sekä arvoista sekä ympäristön muutokseen tarjoamista mahdollisuuksista. Lisäksi tarvitaan kykyä yhteistyöhön ja ihmissuhteisiin, joiden kautta kuntoutumiseen on mahdollista saada tukea. (Koskisuu 2007, 14; Anthony & Farkas 2009, 24.)

Kuntoutumisvalmiuteen ei voi pakottaa, mutta tuki muutokseen tulisi olla saatavilla silloin kun kuntoutuja on valmis siirtymään toipumisen polulle. Marjo Romakkaniemen ja Arja Kilpeläisen (2013) mukaan hyvässä asiakassuhteessa on keskeistä se, että asiakas voi tuntea tulevansa kuulluksi ja nähdyksi ilman tarvetta tai painetta nopeaan muutokseen. Palveluiden vaikuttavuuden ehtona on niiden oikea-aikaisuus, joka kytkeytyy muutosvalmiuteen

sekä ihmisen omaan valtaan tehdä päätöksiä. Palveluissa kriittistä on se, kohtaavatko palvelujen institutionaalinen aika ja ihmisten kokemuksellinen aika. Jos rakenteellinen kärsimättömyys luo paineita toipumiselle, se saattaa muodostua toipumisen esteeksi. (Mt, 33, 38.)

3 MIELENTERVEYS JA PSYKIATRISET SAIRAUDET

Mielenterveyttä voidaan määritellä usein eri tavoin, mutta sitä voidaan kuvata myös erilaisin mallein. WHO:n (2014) määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy hyödyntämään omia kykyjään ja selviytymään arkielämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteiskunnan toimintaan. Kirjallisuudessa esiintyy mielenterveyden käsittämiseksi yleisesti kolme mallia, jotka ovat yksinapainen malli, kaksinapainen malli ja kahden jatkumon malli. Yksinapaisessa mallissa mielenterveys ymmärretään lieventävänä tai kaunistelevana ilmaisuna mielen sairaudelle. Puhutaan mielenterveydestä, vaikka tarkoitetaan mielen sairautta (vrt. mielenterveyspotilas, mielenterveysyksikkö). Kaksinapaisessa mallissa mielenterveys ja mielen sairaus ovat saman jatkumon ääripäät. Mallin mukaan mielenterveys on siis mielen sairauden puuttumista. Kahden jatkumon mallissa mielenterveys ja mielen sairaus ovat rinnakkaisia. Mielenterveys vaihtelee omalla jatkumollaan minimaalisesta optimaaliseen. Kahden jatkumon mallin mukaan psykiatrissa sairautta sairastavien henkilöiden mielenterveydessä on samanlaista vaihtelua kuin psyykkisesti terveiden henkilöiden mielenterveydessä. (Sohlman 2004, 30; Toivio & Nordling 2013, 62.)

Kaksinapaisen mallin mukaisesta mielenterveydestä voidaan puhua positiivisena mielen-terveytenä. Positiivista mielenterveyttä kuvaavat: 1) tunne omien voimavarojen riittävydestä, 2) kyky kohdata vastoinkäymisiä, 3) itseluottamus, 4) tyytyväisyys elämään, 5) tunne elämän hallinnasta ja 6) optimismi. Näitä ominaisuuksia tarvitaan tyydyttävien sosiaalisten suhteiden muodostamiseen, haasteisiin ja stressitilanteisiin sopeutumiseen, elämästä nauttimiseen ja yksilöllisten ja sosiaalisten tavoitteiden saavuttamiseen. Positiivinen mielenterveys on itsessään voimavara, jota voidaan kehittää ja hyödyntää. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1760; Toivio & Nordling 2013, 65.)

Positiivisen mielenterveyden mittaamista on lähestytty tyypillisimmin keskittyen koherenssin tunteeseen, resilienssiin, pystyvyyteen, elämäntyytyväisyyteen, elämänlaatuun, luontenvahvuuksiin, optimismiin sekä onnellisuuteen. Koherenssin tunne liittyy Aaron Antonovskyn salutogeneesi-teoriaan, jossa huomio kiinnitetään terveyttä edistäviin tekijöi-

hin, ei sairauden syihin. Teorian mukaan yksilön kokema koherenssin tunne vaikuttaa siihen, kuinka he pysyvät terveinä stressistä ja vastoinkäymisistä huolimatta. Koherenssilla tarkoitetaan sitä, missä määrin ihminen näkee ympäröivän maailman merkityksellisenä, ymmärrettävänä ja hallittavana. Koherenssin tunne on synnynnäinen ominaisuus, mutta se kehittyy myös kasvatuksen ja oppimisen myötä, sekä suurissa elämänmuutoksissa riippuen siitä mitä ihmiset näissä oppivat ja miten niistä selviävät. Vahva koherenssin tunne auttaa selviytymistä elämänkriiseistä, joista selviytyminen vahvistaa koherenssin tunnetta. Resilienssi eli pärjäävyys tarkoittaa yksilön joustavuutta, mukautumiskykyä sekä kykyä sietää stressiä, eli kykyä selvitä elämän erilaisissa tilanteissa. Resilienssin mittaaminen tosin on haastavaa, sillä määritelmänsä mukaisesti se tulee havaittavaksi vasta suurissa vastoinkäymisissä. Pystyvyyden tunteella taas tarkoitetaan ihmisen uskoa omaan kykyynsä vaikuttaa oman elämänsä tärkeisiin tapahtumiin ja käyttäytymiseensä. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1761; Toivio & Nordling 2013, 65.) Positiivisen mielenterveyden kuvaus on paljolti samansuuntainen toipumisajattelun periaatteiden ja sen mitattavat ilmenemismuodot toipumisen prosessien kanssa. Voidaankin ajatella että toipumisen tavoitteena on lisätä (positiivista) mielenterveyttä sen sijaan, että keskityttäisiin (vain) mielen sairauden poistamiseen.

Mielenterveyden pohja luodaan varhaislapsuudessa, ja siihen on oma vaikutuksensa myös perimällä. Varhaislapsuudessa perustarpeiden riittävä tyydytyksen taso, arjen jatkuvuuden tunne ja riittävä vuorovaikutus tarpeiden tyydyttämisessä muokkaavat mielenterveyden ydintä. Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä voidaan jakaa suojaaviin ja riskitekijöihin, ja nämä edelleen ulkoisiin ja sisäisiin (ks. taulukko 1.). Suojaavat tekijät ovat mielenterveyttä vahvistavia ominaisuuksia, jotka auttavat yksilöä selviytymään paremmin erilaisista kriisi- ja muutostilanteista. Riski- tai haavoittavat tekijät taas ovat hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta heikentäviä ja sairastumisalttiutta lisääviä ominaisuuksia. Sisäisten tekijöiden perusta luodaan monesti jo varhaislapsuudessa, ja toisaalta monet ulkoisista tekijöistä on sen kaltaisia, ettei yksilö pysty niitä juurikaan säätelemään niiden ollessa hänen välittömien vaikutusmahdollisuuksiensa ulkopuolella. (Toivio & Nordling 2013, 62–63.)

Taulukko 1. Mielenterveyttä suojaavat ja sen riskitekijät (Toivio & Nordling, 2013).

<p>Sisäiset suojaavat tekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyvä fyysinen terveys ja perimä • Myönteiset varhaiset ihmissuhteet • Riittävän hyvä itsetunto • Hyväksytyksi tuleminen tunne • Oppimiskyky • Ongelmanratkaisutaidot • Ristiriitojen käsittelytaidot • Vuorovaikutustaidot • Kyky luoda ja ylläpitää tyydyttäviä ja purkaa vahingollisia ihmissuhteita 	<p>Ulkoiset suojaavat tekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveellinen ravinto • Oikeus kotiin • Sosiaalinen tuki ja ystävät • Työ tai muu toimeentulo • Koulutusmahdollisuudet • Kuulluksi tuleminen ja vaikutusmahdollisuudet • Turvallinen elinympäristö • Myönteiset mallit • Toimiva yhteiskuntarakente • Lähellä olevat ja helposti tavoitettavat auttamisjärjestelmät
<p>Sisäiset riskitekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synnynnäinen sairaus tai vamma • Itsetunnon haavoittuvuus • Avuttomuuden tunne • Huonot ihmissuhteet • Seksuaaliset ongelmat • Huono sosiaalinen asema • Eristäytyneisyys • Vieraantuneisuus • Laitostuminen 	<p>Ulkoiset riskitekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Köyhyys • Kodittomuus • Erot ja menetykset • Kiusaaminen • Hyväksikäyttö ja väkivalta • Päihteet • Psykkiset häiriöt perheessä • Syrjäytyminen • Leimautuminen • Työttömyys tai sen uhka • Haitallinen elinympäristö • Autonomian puute • Kulttuuriset ristiriidat • Diskriminointi

Myös psykiatrialla kapeana erikoisalana on ainoastaan rajalliset mahdollisuudet omin voimin edistää mielenterveyttä. Sen sijaan monet ulkoisista suojaavista ja riskitekijöistä ovat sellaisia, joihin on mahdollista vaikuttaa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa erilaisin mielenterveyden edistämisen näkökulman huomioivin politiikkaratkaisuin. Esimerkiksi asuminen parantamisen, koulutukseen pääsyn edistämisen, väkivallan ehkäisyn, esikouluikäisten opetuksen ja psykososiaalisen tuen, kouluväkivallan vähentämisen ja kouluviihtyvyyden lisäämisen, työttömyyden haittojen vähentämisen ja yhteisöllisten verkostojen vahvistamisen on todettu tieteelliseen näyttöön perustuen olevan tehokkaita toimenpiteitä mielenterveyden edistämiseksi yhteiskunnallisella tasolla. Mielenterveyden edistämisen strategiset interventiot voidaan kohdistaa koko väestöön (universaalinen interventio), valikoituun riskiryhmään (selektiivinen interventio) tai tunnettuun korkean riskin ryhmään (indikoitu interventio). Hyvänä esimerkkinä strategisesta interventiosta on suomalaisessa yhteiskunnassa hyvin toimiva äitiyshuolto joka on universaalisti suunnattu kaikille odottajille ja synnyttävälle äideille. Selektiivisemmin voidaan tarjota erityistä tukea esimerkiksi yksinäisille

nuorille odottajille, joiden sosiaalisen tukemisen tiedetään vähentävän synnytyksen jälkeisen maennuksen todennäköisyyttä. Indikoidusti tukea taas voidaan tarjota esimerkiksi skitsofreniaa sairastaville äideille, jotka muodostavat niin korkean riskin ryhmän, että laajalaiset tukitoimet ovat erittäin perusteltuja. (Lönnqvist & Lehtonen 2017, 33–34.)

Psykiatrisessa työssä mielenterveyttä tarkastellaan pääsääntöisesti ongelma- ja häiriönäkökulmasta käsin. Terveyttä ja sairautta määritellään selvittämällä yksilön sosiaalista sopeutumista, kykyä pitää huolta itsestään sekä mielenterveyden häiriöön viittaavien oireiden esiintymistä. Väestötasolla kartoitetaan oireiden ja häiriöiden yleisyyttä ja näin saadaan kuva siitä, mikä on tavallista ja mikä siitä poikkeavaa. (Lönnqvist & Lehtonen 2017, 30–31.) Psykiatriassa diagnosoivat häiriöt ovat luonteeltaan oireyhtymiä, joihin liittyy yleensä merkittävää toimintakyvyn haittaa ja kärsimystä. Diagnoosinnan tarkoituksena on tukea hoidon suunnittelua sekä antaa kuvaa häiriön luonteesta, kulusta sekä ennusteesta. Tästä huolimatta potilaan tilanne on aina yksilöllinen. Vaikka oireyhtymä on kliinisesti havaittu kahdella potilaalla samanlainen, saattavat oireiden syyt kuitenkin olla erilaiset, mikä tekee psykiatrisen diagnoosinnan haastavaksi ja diagnoosien validiteetin epäselväksi.

Mielenterveyden häiriön ja normaalin välinen raja on aina suhteellinen ja sopimuksenvaarainen silloinkin, kun diagnoosi perustuu selvästi ilmaistuihin kriteereihin. Diagnoosia käytetään kuitenkin myös muihin kuin kliinisiin tarkoituksiin. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi tutkittaessa sairastavuutta väestötasolla, tai terveydenhuollon toimintaa, kustannuksia ja tuloksellisuutta arvioitaessa. Lisäksi sairausvakuutuksessa ja hyvinvointipalveluissa diagnoosi määrittää osaltaan etuuksien, korvausten tai palveluiden saamista. (Lehtonen & Lönnqvist 2017, 31; Lönnqvist 2017, 58.)

Diagnoosi on siis hoitojärjestelmässä keskeinen hoitoa mutta myös etuuksia määrittävä tekijä. Sen liiallista korostamista on kuitenkin kritisoitu. Esimerkiksi Slade ja Longden (2015) toteavat, että se saattaa jopa lisätä stigmakokemuksia. Diagnoosin ylikorostamisen myötä syntyy myös palveluiden alakulttuuri, jossa tavanomaisia arkipäiväisiä ongelmia kokevia mielenterveyskuntoutujia pyritään auttamaan erikoistuneissa palveluissa siitä huolimatta, että ongelmat ovat samoja joissa “tavalliset” ihmiset ohjataan yleisten palveluiden

piiriin. (Mt, 8.) Anna Kulmala (2006) on tutkinut mielenterveysongelmia kokeneiden ihmisten identiteetin muotoutumista. Hänen tutkimuksessaan diagnoosin saaminen oli selkiyttänyt ja vahvistanut diagnosoitujen identiteettiä ja diagnoosi oli otettu osaksi itseymmärrystä. Sen saamisen jälkeen identiteettiä näytettiin rakentavan mielenterveysongelmaisena, jolloin identiteetin peilauspinnaksi muodostuivat ulkopuolelta tulevat kielteiset ja osin alistavat ennakkokäsitykset mielenterveysongelmia kokeneista ihmisistä. (Mt, 66.)

Markku Salon (2011) mukaan hyvinvointivaltio heikentää tehokkaasti mielenterveyskuntoutujan mahdollisuuksia osallistua ja omaksua täysivaltaista kansalaisuutta. Tähän on rakenteellisena esteensä pohjoismaisen yhteiskunnan kaksijakoinen työ- ja sosiaalipoliittikka. Hänen mukaansa julkisesta ja työelämästä syrjäyttäminen saa sosiaalipoliittisen siunauksensa työkyvyttömyyseläkejärjestelmässä, jossa toimeentulon ehdot tuotetaan lääketieteellisesti määritellyn vajaakykyisyyden perusteella. Näin ollen kuntoutujasta ei hyvinvointivaltiossa ole yhteistä hyvää hyödyttäväksi tuottajaksi, ei poliittiseksi kansalaiseksi eikä kulluttajaksi. Hän näkee tässä asetelmassa kuntoutujan ainoaksi mahdollisuudeksi yhteiskuntaan kiinnittymiseen jäsenyyden kuntoutujien tai palvelunkäyttäjien omissa organisaatioissa. Hyvinvointipoliittisesti epädemokraattisessa yhteiskunnassa identiteettipoliittikka synnyttää identiteettimuotoja, kuten potilas-, asiakas- ja eläkeläisidentiteettejä, jotka rajoittavat kansalaisten itsemääräämisoikeutta. Tilanteen korjaamiseksi Salo peräänkuuluttaa demokraattista mielenterveyspolitiikkaa, jota ei kuitenkaan ole mahdollista saavuttaa ilman mielenterveyspalveluiden käyttäjien yhteiskunnallisen aseman eri ulottuvuuksien muutoksia. Lisäksi edellytetään palvelunkäyttäjien ottamista mukaan poliittiseen päätöksentekoon sen kaikilla tasoilla, toisten työmarkkinoiden³ toimintaedellytysten turvaamista sekä yhdistysten ja järjestöjen toimintaedellytysten turvaamista ja niiden poliittisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä. (Mt. 280–281; 290–292.)

³ Italian mielenterveyspalvelujärjestelmän reformin yksi keskeinen osa on ollut sosiaalisen yritystoiminnan kehittäminen ja mielenterveyskuntoutujien päätyminen tuottavaan työhön sosiaalisten ja työosuuskuntien jäseninä. Näin on onnistuttu tekemään merkittäviä muutoksia mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnalliseen asemaan ja identiteettiin. Tätä mielenterveyskuntoutujille luotua työhön osallistumisen mallia Salo kutsuu toisiksi työmarkkinoiksi. (Salo 2011, 266.)

3.1 Mielenterveyden häiriöt ja psykiatriset sairaudet

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä ja niistä aiheutuu paljon inhimillistä kärsimystä, toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä sekä erilaisia kustannuksia. Erilaisia mielen­terveyden häiriöitä kokee noin joka viides aikuinen, ja niiden elinaikainen kokonaisesiin­tyvyys on lähes 50 %. Mielenterveyden häiriöt eivät sinänsä ole lisääntymässä, mutta tie­toisuuden niistä parantuessa on myös hoitoon hakeutuminen lisääntynyt, mikä osaltaan on myös vaikuttanut hoitopalveluiden tarjontaan. Varsinaisiin mielen sairauksiin sairastutaan tyypillisesti muita kroonisia sairauksia nuorempana ja kaikkein vaikeimmissa tapauksissa useamman psykiatrisen sairauden yhtäaikainen esiintyminen on tavallista. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017, 735.)

Vaikeimpia mielen­terveyden häiriöitä ovat erilaiset psykoosit. Psykoosioireita esiintyy psykiatrisista sairauksista esimerkiksi skitsofreniassa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja psykoottisessa masennuksessa. Lyhytaikaisia psykoottisia kokemuksia voi kuitenkin esiintyä myös ilman varsinaista psykoosisairautta. (Suvisaari, Isohanni ym. 2017, 204–205; Toivio & Nordling 2013, 195.) Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilön todellisuuden­taaju heikentynyt niin, että hänellä on huomattavia vaikeuksia erottaa mikä on totta ja mikä ei (Huttunen 2016). Psykoottiset, ja erityisesti skitsofrenian, oireet voidaan jakaa positiivi­siin, eli normaaliin psyykkiseen toimintaan nähden ylimääräisiin oireisiin, ja negatiivisiin, eli puutosoireisiin. Positiivisia oireita ovat muun muassa erilaiset aistiharhat, harhaluulot tai poikkeava puhe ja käyttäytyminen. Aistiharhoja ovat kuuloharhat tai vääristyneet näkö-, kosketus-, maku- tai hajuaistimukset. Harhaluuloilla tarkoitetaan esimerkiksi henkilön ko­kemuksia vainotuksi tulemisesta, kokemuksia ajatusten lukemisesta tai niiden kontrolloi­misesta, merkityksettömien huomautusten tai tapahtumien tulkitsemista itseä koskeviksi tai uskomista poikkeuksellisten voimien tai kykyjen omaamiseen. Näiden lisäksi henkilön käyttäytyminen saattaa olla hyvin outoa tai eriskummallista ja puhe hajanaista ja epäloo­gista tai erittäin seikkaperäistä ja yksityiskohtiin takertuvaa. Negatiivisilla oireilla taas tar­koitetaan normaali­en psyykkisten toimintojen puuttumista tai köyhtymistä, kuten puheen köyhtymistä, tahdottomuutta, anhedoniaa eli kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää ja tunneil­maisun latistumista. (Suvisaari, Isohanni ym. 2017, 144-148; Huttunen 2016.)

Yleisin psykiatrinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle on masennustila. Masennushäiriöt, eli masennustila ja pitkäaikainen masennus, ovat tavallisia, tuottavat yksilölle suurta kärsimystä ja ovat siten merkittäviä myös kansanterveydellisinä ongelmina. THL:n koordinoimassa Terveys 2011 -tutkimuksessa masennushäiriöitä oli esiintynyt viimeisen vuoden aikana 9,6 prosentilla 30-vuotiaista ja sitä vanhemmista vastaajista. Keskimäärin masennusjakson kesto on kolmesta neljään kuukautta, mutta jopa 15–20 prosentilla sairastuneista masennus pitkittyy tai kroonistuu. (Toivio & Nordling 2013, 179; Isometsä 2017, 275–280.)

Kuitenkin suomalaisten tutkimusten mukaan vain noin kolmasosa tai korkeintaan puolet mielenterveyden ongelmia kohdanneista on hakeutunut minkäänlaisen hoidon piiriin. Psykiatrisille sairauksille on myös tyypillistä pitkä viive sairastumisen ja hoitoon hakeutumisen välillä, mikä on ongelmallista, koska mahdollisimman varhain tapahtuva hoitoon hakeutuminen parantaa psyykkisten sairauksien ennustetta. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat olennaisesti ihmisten tiedot mielenterveyden häiriöistä sekä asenteet niitä sairastavia kohtaan. Tarpeetonta kärsimystä aiheutuu, kun mielenterveysongelmia kohdanneet ihmiset psykiatriseksi potilaaksi leimautumisen pelossa tai hoidon mahdollisuuksista pessimistisen näkemyksen omaten jättävät hakeutumatta hoidon piiriin. (Lönnqvist, Moring & Henriksen 2017, 738.) Ennen hoitoon hakeutumista saattaa siis takana olla ongelmien kehittyminen ja vähittäinen irrottautuminen sosiaalisista rooleista jo useiden vuosien ajan. Oireita pyritään normalisoimaan totutun elämäntavan ja identiteetin säilyttämiseksi. Palveluihin lähteminen merkitsee monelle oman kyvyttömyyden myöntämistä ja itsenäisen pärjäämisen ajatuksesta luopumista. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013, 30.)

3.2 Psyykkisen sairauden negatiiviset vaikutukset arkeen

Toipumisajatteluun liittyy keskeisesti myös oivallus siitä, että psyykkisen sairastumisen vaikutukset eivät ole yksinomaan negatiivisia. Toipumisprosessin voidaan nähdä tuottavan voimaantumista ja henkilökohtaista kasvua sekä laajentavan hyvinvointia esimerkiksi tehostamalla luonteenlujuutta, itsetuntemusta tai kykyä poliittiseen osallistumiseen. Lisäksi sairaudesta aiheutuneet vaikeat kokemukset on mahdollista hyödyntää positiivisesti esimerkiksi työssä tai vapaaehtoistyössä. (Slade & Longden 2015, 10.) Lisäksi on otettava huomioon, että psyykkisiä sairauksia on erilaisia, kuten myös niitä kohdanneita ihmisiä, joiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja käytettävissä olevat resurssit myös vaikuttavat siihen, millaisia haittoja sairaudesta koituu ja kuinka henkilö niistä selviää. Tarkoitus ei siis ole väittää kaikkien mielenterveyskuntoutujien kohtaavan tässä mainittuja haittoja, vaan käytännössä kyse on psyykkisen sairauden *mahdollisista* negatiivisista vaikutuksista sairastuneen arkeen. Kuitenkin psyykkisestä sairaudesta aiheutuu paljon kärsimystä ja ennen kuin edellä mainitun kaltaisia, toipumisprosessin myötä kehittyviä positiivisia vaikutuksia on havaittavissa, ovat siitä aiheutuvat vaikutukset kuitenkin pääsääntöisesti negatiivisia. Toipumisajattelussa toipuminen tai selviytyminen sairauden ja mielenterveyspotilaana olemisen negatiivisista vaikutuksista nähdään usein yhtä haastavana tai jopa haastavampana kuin toipuminen itse sairaudesta oireineen (esim. Davidson & Roe 2007, 462).

Vaikka jo sairauden oireet sinänsä saattavat tehdä kuntoutujan arjesta haasteellista, saattavat psyykkiset sairaudet suoraan tai välillisesti altistaa kuntoutujan myös muille arkea hankaloittaville ongelmille. Ongelmat ilmenevät toimijuutta rajoittavina tai sitä hankaloittavina. Näitä ovat mm. hoitosuhteiden riittämätön tuki ja katkonaisuus, fyysisen terveyden ongelmat, mielekkään tekemisen ja toiminnan puuttuminen, yksinäisyys, taloudelliset vaikeudet sekä leimautumisen pelko tai leimautumiskokemukset. Lisähaasteita tuovat järjestelmän tai yhteiskunnan ominaisuudet, kuten palvelujärjestelmän monimutkaisuus tai jäykkyys sekä kulttuurisesti määritellyn ”normaalin” kapeus ja sen myötä ulkopuolisuus yhteiskunnallisesta osallisuudesta. Lisäksi psyykkiset sairaudet usein heikentävät sosiaalisia taitoja, sosiaalista toimintaa ja/tai sosiaalisia verkostoja. (esim. Nordling 2007; Hiilamo ym. 2011, 16; Raitakari ym. 2011.)

Vakaviin psykoottistasoisiin sairauksiin (skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö) saattaa liittyä kognitiivisten toimintojen tilapäistä tai pysyvää heikentymistä. Vaikeuksia voi olla toiminnanohjauksessa ilmeten aloittekyvyttömyytenä, toiminnan suunnittelun hankaluutena tai oman toiminnan arvioinnin ja toiminnan uudelleen suuntaamisen vaikeutena. Lisäksi arkea voivat hankaloittaa muistin ongelmat, jotka saattavat esimerkiksi aiheuttaa hankaluuksia uuden oppimisessa tai vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Tuulio-Henriksson 2014, 236.)

Mielenterveyskuntoutujat kokevat usein taloudellisia vaikeuksia ja suoranaista köyhyyttä. Mielenterveyden ongelmat voivat vaikuttaa taloudelliseen tilanteeseen eri tavoin. Vakava masennus saattaa tilapäisesti kokonaan viedä kyvyn hoitaa taloudellisia asioita ja psykoosisairaana tai kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän rahankäyttö saattaa sairauden pahenemisvaiheen aikana olla hallitsematonta. Vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivät ovat usein jatkuvasti tai ajoittain työkyvyttömiä jo hyvin nuoresta iästä lähtien, joten työura jää parhaimmillaankin katkonaiseksi ja työeläke pieneksi tai sitä ei ehdi kertyä ollenkaan. (esim. Hiilamo ym. 2011, 16; Toivio & Nordling 2013, 334) Köyhyys voidaan puolestaan nähdä monimuotoisena kumuloituvana voimavarojen (aineelliset, toiminnalliset, sosiaaliset, psyykkiset) kuihtumisen prosessina, joka osaltaan vaikeuttaa kuntoutumista (Toivio & Nordling 2013, 334).

Psykiatriseen sairastamiseen liittyy myös kohonnut sairastumisriski eräiden somaattisten sairauksien osalta. Skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykoosisairauksia sairastavilla todetaan muuta väestöä useammin keskivartalolihavuutta sekä veren rasva-ainepitoisuuksien poikkeavuuksia jo nuorella iällä. Nämä lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, joka on psykoosia sairastavilla 2–3 kertaa muuta väestöä yleisempi, ja tyypin 2 diabetekseen, joka psykoosisairailta on muuta väestöä 4–5 kertaa yleisempää. Psykoosisairauksia sairastavien kuolleisuus fyysisiin sairauksiin on 2–3 -kertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Myös masennus lisää tyypin 2 diabeteksen ilmaantumisen riskiä, sekä on riskitekijä sydän- ja verisuonitautien etenemisessä ja sepelvaltimotautiin sairastumisessa. (Suvisaari 2008, 4–5; Salokangas 2009, 505; Heiskanen 2015, 61.) Mielenterveysongelma vaikuttaa usein haitallisesti myös somaattisten terveyspalveluiden saamiseen.

Kristiina Manderbacka ja kumppanit (2012, 1) ovat havainneet vakavia mielen sairauksia, ja etenkin psykoottistasoisia sairauksia sairastavien henkilöiden päässeen muita harvemmin sepelvaltiomotaudin sairaalahoitoon ja tarpeen mukaisiin revaskularisaatiohoitoihin (esim. ohitusleikkaus, pallollaajennus).

Mielenterveyskuntoutujat joutuvat useasti kanssaihmissen ennakkoluulojen kohteeksi. Psykiatriset häiriöt ovat yleisesti ruumiillisia sairauksia leimaavampia ja niihin liittyvää stigmaa eli häpeäleimaa on havaittu kaikkialla maailmassa (Korkeila ym. 2011, 9). Thornicroftin ja kollegojen (2007) mukaan stigma pitää sisällään kolme ulottuvuutta: tiedon (tai sen puutteen) ongelmat, asenneongelmat sekä käyttäytymisen ongelmat. Nämä ilmenevät tietämättömyytenä, ennakkoluuloina ja syrjintänä. (Mt. 192.) Bruce Link ja Jo Phelan (2001) määrittelevät stigmatisoitumisen prosessiksi, jossa tietyt keskinäisyydessä olevat komponentit yhdistyvät. Ensimmäinen edellytys on ihmisten eroavaisuuksien nimeäminen ja ihmisten kategorisointi niiden (merkkien) mukaisiin ryhmiin. Toiseksi näihin kategorioihin yhdistetään kielteisiä ominaisuuksia, jotka muodostavat stereotyypin. Stigmatisoitumisen prosessin kolmantena komponenttina on toiseuttaminen, ”heidän” erottelu ”meistä”, jolloin negatiivisten merkkien yhdistäminen kielteisiin ominaisuuksiin, muuttuu perusteluksi sille, että negatiivista merkkiä kantavat ihmiset (merkityt) ovat perustavalla tavalla erilaisia kuin ”me”. Näiden seurauksena merkitty henkilö lopulta menettää statustaan stigmatisoijan silmissä ja altistuu syrjinnälle. (Mt. 367, 370–371.) Ihmisten välistä vuorovaikutusta säätelevät normit, joista poikkeamista helposti paheksutaan ja poikkeamisten toistuksessa henkilö helposti leimataan ympäristön toimesta mieleltään sairaaksi. (Toivio & Nordling 2013, 303.)

Paitsi todellisuudessa koettua stigmaa (*enacted stigma*), jossa sairastunut tosiasiallisesti kokee henkilökohtaista syrjintää sairautensa vuoksi, toimii stigmatisoituminen useammalla muullakin tasolla. Leimaaminen mielisairaaksi saattaa synnyttää uusia rooliodotuksia. Kun henkilö on leimattu mielisairaaksi, hänen odotetaan käyttäytyvän mielisairaana tavoin. Kun leimattu itse sisäistää sairaudesta vallitsevat käsitykset, hän alkaa enenevässä määrin myös toimia poikkeavan roolinsa mukaisesti. (Toivio & Nordling 2013, 303.) Etenkin masennuksen ajatellaan joskus johtuvan esimerkiksi luonteen heikkoudesta, jonka käsityksen si-

säistettyään masentunut saattaa esimerkiksi välttää hoitoon hakeutumista, koska ei halua näyttää "heikkouttaan" (Barney ym. 2006, 51). Henkilö saattaa tällöin myös esimerkiksi välttää työhön hakeutumista, koska ei usko pystyvänsä työhön ja alkaa sen seurauksena nähdä itsensä huonompana kuin muut Tätä stigman ilmenemismuotoa kutsutaan sisäiseksi stigmaksi (*self stigma*). (Mielenterveystalo 2017.) Lähes kaikilla on ennen psyykkisen sairauden puhkeamista jonkinlainen kulttuurinen ennakkokäsitys psyykkisistä sairauksista ja niihin sairastuneista henkilöistä. Sairauden puhjetessa tietoisuus näistä stereotyyppioista saattaa vaikuttaa henkilöön siten, että hän rajoittaa sosiaalista verkostoaan, koska olettaa muiden hyljeksivän häntä sairauden vuoksi. (Corrigan ym. 2005, 180). Stigma ilmenee tällöin epäsuorasti oletettuna stigmalla (*perceived stigma*) (Barney ym. 2006, 52). Kaikissa tapauksissa stigmakokemusten seurauksena saattaa olla sosiaalinen eristäytyminen, itsetunnon ja pystyvyyden tunteen lasku sekä näiden myötä heikompi ennuste toipumiselle. (Corrigan ym. 2005, 180). Erilliseksi stigman lajiksi voidaan lukea myös julkinen stigma (*public stigma*), joka ilmenee kun laajempi yleisö omaksuu negatiivisia mielenterveyskuntoutujia koskevia stereotyyppioita osaksi ajatteluaan johtaen syrjintään ja ennakkoluuloihin (Corrigan ym. 2010, 260).

4 PALVELUJÄRJESTELMÄ

Suomessa mielenterveyden ongelmia hoidetaan pääsääntöisesti avohoidossa, joko perus- ja lähipalveluna perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa, opiskelijaterveydenhuollossa, työterveyshuollossa sekä kuntien mielenterveystoimistoissa tai keskitetysti erikoissairaanhoidon alaisilla psykiatrian poliklinikoilla mutta myös psykiatrisena sairaalahoitona. Tämän lisäksi mielenterveyspalveluita tarjoavat yksityisen terveydenhoidon toimijat, kolmannen sektorin toimijat ja myös sosiaalihuolto ja seurakunnat tarjoavat mielenterveyspalveluiksi luettavissa olevaa toimintaa. Näitä ovat muun muassa asumispalvelut sekä erilaiset kuntoutuspalvelut. Vuonna 2014 julkisen terveydenhuollon psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, poliklinikoilla ja sairaalaosastoilla, hoidettiin 165 615 potilasta, mikä vastaa noin 3% väestöstä. Lähes kaikkia hoidettiin avohoidossa; psykiatrisessa sairaalahoitossa hoitoa saaneiden osuus väestöstä samana vuonna oli noin 5 %. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2017, 764–765; THL 2018, STM 2018)

Hoitoa ohjaavat Käypä hoito -suositukset, jotka ovat Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja kunkin lääketieteen erikoisalueen erikoislääkäriyhdistysten asettamien asiantuntijatyöryhmien koostamia kansallisia hoitosuosituksia. Suositukset ovat riippumattomia, perustuvat tutkittuun tietoon ja niistä julkaistaan internetissä sekä varsinainen suositus, että sen “kansantajuinen” ja käytännönläheinen potilasversio. (Duodecim 2018.) Käypä hoito -suosituksissa korostetaan psykiatrisen hoidon ja erityisesti lääkehoidon roolia, mutta niiden ohella erilaiset psykososiaaliset hoidot, kuten terapia, psykoedukaatio ja perheinterventiot sekä kuntoutus ovat osa hoitosuositusta. Käypä hoito -suositusten toipumiskäsityksen voidaan sanoa olevan verrattavissa Pilgrimin ja McCranien (2013) psykososiaaliseen kuntoutukseen painottuneen terapeutin optimismin kanssa. Toipumisorientaatio ei siis suomalaisissa mielenterveyspalveluissa vielä ole virallisena viitekehyksenä, mutta toiveita tämän suuntaan on jo jossain määrin esitetty (esim. Korkeila 2017, Nordling 2017). Myös esimerkiksi Samuli Saarni ja Sami Pirkola (2010, 2265) näkevät kulttuurin yleisen arvojen yksilöllistymisen myös terveydenhuollossa siirtymänä paternalistisesta asiantuntijakeskeisestä ajattelutavasta potilaan itsemääräämisoikeutta korostavaan yhdessä päättämisen kulttuuriin. Tätä logiikkaa seuraten potilaan arvot tulisi huomioida myös hoidon vaikuttavuutta

mitatessa sekä mittareiden valinnassa. Vaikkakin yhä korostaen oire- ja toimintakykymittareiden käytön tärkeyttä psykiatrisen hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa, he esittävät elämänlaatumittareiden käyttöönottoa yksilön subjektiivisen kokemuksen nostamiseksi objektiivisempien arviointitapojen rinnalle. (Mt. 2270–2271)

Suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on 1990- ja 2000-luvuilla suunnannut asiakaslähtöisyyden ajatus. Sen ytimenä ovat hoidettavan ihmisen todellisuus hoidon ja hoivan lähtökohtana sekä hoitotoiminnan perustuminen hoitajan ja hoidettavan kumppanuuteen. (Helén 2011, 153.) Asiakaslähtöisyyden tavoitteiden mukaisesti asiakkaasta tehdään palveluissa subjekti, jonka omatoimisuutta, valinnanmahdollisuutta ja itsemääräämisoikeutta korostetaan (Pohjola, 2010, 29). Tästä asiakaslähtöisyyden kehyksestä käsin asiakas on mielenterveyspalveluissa Ilpo Helénin (2011) mukaan palvelun käyttäjänä oman tarpeensa artikuloijan, palvelun valitsijan ja osallistujan rooleissa. Hän on oman elämänsä hallitsija, joka tavoittelee hyvää vointia tehden yhteistyötä ja sopimuksia auttajien kanssa. Kuitenkin keskustelussa yhteistyöstä ja sopimuksista kyse on Helénin mukaan usein ”hoitomyöntyvyyden ongelmoinnista uudessa kuosissa”. Kaikesta huolimatta, sekä puheissa että käytännöissä, sopimusten rikkomiset ja yhteistyön vaikeudet johtavat siihen, että asiakasta kontrolloidaan tiukemmin tai että hän menettää etuuksia. (Mt. 170.) Myös sosiaalityössä on nähtävissä samaa ristiriitaa. Sosiaalityön yhtenä keskeisenä osa-alueena on pyrkiä liittämään syrjään joutuneita yhteiskuntaan, tai oikeammin pyrkimys auttaa syrjään joutuneita jälleen kokemaan yhteiskunnallista osallisuutta. Kuitenkin, kun on tiedossa muutoksen toivottu suunta, esimerkiksi työllistyminen tai raitistuminen, ei sitä tukeviin toimenpiteisiin osallistumisen suhteen ole juurikaan neuvotteluvaraa. Toimenpiteistä kieltäytyminen tai niiden keskeyttäminen saattaa johtaa pohdintaan pakkokeinojen tai rangaistusten käytön mahdollisuudesta, mikä on joissakin tapauksissa myös sosiaalityöntekijöiden lainsäädäntöön pohjautuva velvollisuus. (Juhila 2006, 85.) Tämä on ristiriidassa myös kuntoutumista edistävien palveluiden logiikan kanssa. Jacobson ja Greenley (2001) painottavat palveluntarjoajan ja asiakkaan yhteistyötä asiakkaan itsemääräämisoikeutta korostaen. Palveluntarjoajan tehtävä on asiakkaan kanssa löytää vaihtoehtoja ja asiakkaan oikeus on tehdä itseään parhaiten palvelevia valintoja, mutta myös tehdä valintoja tarjottujen vaihtoehtojen ulkopuolelta. (Mt. 484.)

Asiakaslähtöisyyden ja subjektiivisuuden näkökulmien kanssa samanaikaisesti saatetaan asiakasta jäsentää myös täysin vastakkaisen näkökulman kautta. Palvelujärjestelmässä asiakkaaseen liitetään usein negatiivisesti väritynyt abstrakti mielikuva. Hän tulee yksilönä kuvatuksi kantamansa ongelman kautta, hänestä tulee ”tapaus” joka on helppo kategorisoida tiettyyn ongelmaisten ryhmään. Hän määrittyy toiseuden kategoriaan, muihin, tavallisina pidettyihin ihmisiin nähden, eikä tähän yleistettyyn kuvaan ongelma-asiakkaasta mahdu ajatus yksilöllisestä subjektiivisuudesta. Erityisesti asiakkaan määrittelyminen moniongelmaiseksi saattaa aiheuttaa hänen määrittymisensä jo lähtökohtaisesti ”toivottomaksi tapaukseksi”, josta syystä hänet saatetaan priorisoinnin nimissä rajata kokonaan ulos palvelujärjestelmästä, tai ainakaan häneen ei kohdisteta sen mittavimpia panostuksia. (Pohjola 2010, 29–30; Laitinen & Kemppainen 2010, 154–155.) Toisaalta hoitoyksiköissä potilaiden psyykkistä vointia ja sen kehitystä usein arvioidaan suhteessa muiden potilaiden psyykkiseen vointiin, ja yksikössä saattaa myös olla ajan myötä kehittynyt ajatus siitä, millaisia potilaita siellä hoidetaan tai voidaan hoitaa. Jos potilas ei sovi tähän profiiliin, syntyy keskustelua siitä, mikä olisi oikeampi hoitopaikka, eikä potilaan hoitoon olla valmiita sitoutumaan. Pahimmillaan tästä seuraa se, että yksilöä pallotellaan yksiköstä toiseen, ja tavoitteellisen hoidon aloitus saattaa tämän vuoksi venyä. Kuntoutujan voinnin arvioinnin mittapuuna tulisi kuitenkin aina olla hänen oma psyykkinen vointinsa ja siinä tapahtunut muutos. (Toivio & Nordling 2013, 331.)

Mike Sladen (2009a) mukaan kliiniseen toipumisen käsitteeseen sitoutuneet palvelut saattavat olla vahingollisia toipumiselle, ja ollakseen toipumisorientoitunut, olisi palveluissa selkeästi valittava tavoitteeksi henkilökohtainen toipuminen, joka ei ole yhteensoviteltavissa kliinisen toipumisen päämäärien kanssa. Kliinistä toipumista korostavassa psykiatrisessa hoidossa ei esimerkiksi useinkaan luoda ja vaalita toivoa toipumisesta, vaan keskitytään painottamaan realistisia, eli mahdollisesti melko alhaisiakin, odotuksia toipumisen mahdollisuudesta. Se saattaa pahimmillaan murtaa kuntoutujan mielessä jo olevan toivon tai se saattaa jäädä syntymättä. (Mt. 41.) Tähän saattaa liittyä ilmiö, jota Patricia Deegan (1990) kutsuu nimellä *spirit breaking*. Deeganin mukaan, kun auttaja näkee autettavan ensisijaisesti tämän sairauden, diagnoosin tai ongelman kautta, eikä niinkään kanssaihmisenä, hän

tulee helposti myös kohdelleeksi tätä vähemmän inhimillisesti, ikään kuin tällä ei olisi tunteita tai arvokkuutta. *Spirit breaking* -kokemus syntyy kun erilaiset epäinhimillistämisen ja nöyryytyksen kokemukset kumuloituvat yhden henkilön kohdalla. *Spirit breaking* ei myöskään ole ominaista ainoastaan psykiatrisen hoidon piirissä, vaan sitä saattaa esiintyä missä tahansa palvelujärjestelmässä. (Mt. 206–307.)

Tuleva sote-uudistus voisi tarjota mielenterveyspalveluille ja kuntoutujille aitoja mahdollisuuksia. Monituottajamalli asiakaseteleiseen ja henkilökohtaisine budjetiteineen toisi asiakkaan keskiöön ja voisi tukea toipumisorientaation mukaista palvelutoimintaa. Erityisesti henkilökohtaisen budjetin ottaminen osaksi palveluvalikoimaa tukisi mielenterveyskuntoutujien voimaantumista ja toimijuutta. Mielenterveyspalveluiden integroiminen muuhun perustason terveydenhuoltoon mahdollistaisi kokonaisvaltaisemman lähestymistavan potilaan ongelmiin, vähentäisi mielenterveyspalveluihin kohdistuvaa stigmaa ja edistäisi palveluiden saatavuutta. (Wahlbeck ym. 2018, 123–125.) Sitä vastoin psykiatrisen palveluiden pirstaleisuus ja niiden erillisyys muista keskeisistä, esimerkiksi sosiaalihuollon, palveluista, saattaa vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyspalvelujärjestelmään. Tästä johtuvan palveluiden ali- ja ylituotannon tai niiden päällekkäisyyksien kustannukset on arvioitu korkeiksi. (Salize 2015, 53.) Integroidussa palvelujärjestelmässä tulisi huomioida myös kolmannen sektorin palvelut kiinteänä osana palvelukokonaisuutta (Wahlbeck ym. 2018, 125; Ala-Nikkola ym. 2016, 10).

4.1 Vertaistuki ja kolmannen sektorin palvelut

Kansalaisjärjestöissä on Suomessa perinteisesti kehitetty uusia toimintatapoja ja toimintamalleja, joista useat on vähitellen liitetty kiinteäksi osaksi suomalaista palvelujärjestelmää. Mielenterveyskuntoutuksen osalta erityisen merkityksellinen on kansalaisjärjestöjen piiristä lähtöisin oleva tukea tarvitsevien henkilöiden vertaistuen merkityksen tunnistaminen ja vertaisuuden kehittäminen. (Poutiainen 2016, 3–4.)

Vertaistukeen perustuvan suhteen syntyminen edellyttää kokemusten jakamista ja vuorovaikutteista kohtaamista. Kokemusten kertominen julkisesti yleisönkään läsnäollessa ei vielä riitä, vaan vastaanottavan osapuolen on oltava kertomuksen aktiivinen osallistuja. Kyse on siis henkilökohtaisen luovuttamisesta toisten käyttöön. Vertaissuhteessa vastaanottaja eläytyy kertojan läpikäymiin tilanteisiin niin kuin ne olisivat voineet tapahtua hänelle itselleen. (Hyväri 2005, 225.)

Vertaistuen avulla yhteiset kokemukset luovat yhteisen ymmärryksen. Mielenterveyden ongelmia kokeneilla on jaettua tietoa siitä, millainen mielen sairaus on kokemuksena, millaisia asioita ja tunteita siinä mahdollisesti käydään läpi. Tästä syystä vertainen voi ymmärtää mielenterveyden ongelmia kokenutta ihmistä paremmin kuin ammattilainen. Käytännössä vertaistuen vaikutukset tulevat esiin positiivisimmillaan silloin kun tuki on arkipäiväistä ja vapaamuotoista. Tällöin ihmiset, joilla on samankaltaisia kokemuksia, voivat jakaa niitä ja niihin liittyviä tunteita sekä selviytymistarinoita vapaasti keskenään. Vertaistuki voi kuitenkin olla paitsi vapaamuotoista, myös organisoitua ja tavoitteellista, jolloin se liittyy joko ammatillisesti järjestettyyn hoitoon tai kuntoutukseen, tai järjestöjen tarjoamiin palveluihin. Vertaistuen kautta kuntoutujan on mahdollisuus saada esimerkki selviytymisestä ja arjen hallinnan ja selviytymiskeinojen jakaminen saattaa lisätä kuntoutujan hallinnan tunnetta ja antaa tilanteeseen uutta näkökulmaa. Oman kertomuksen jakaminen toisille auttaa edelleen luomaan ymmärrystä omasta tilanteesta. Samalla kuntoutujan on myös mahdollista kokea solidaarisuutta ja myötätuntoa. Yhteisyyden kokemus saattaa auttaa hälventämään koettua erilaisuuden tunnetta ja leimautumisen tunne saattaa vähentyä. (Toivio & Nordling 2013, 328–329.)

Vertaistukea ei kuitenkaan pääsääntöisesti lueta virallisesti osaksi julkista hyvinvointityötä. Mielenterveyskuntoutujien osalta esimerkiksi vertaistukiryhmän tarjoamaa tukea ei nähdä vaihtoehtona lääkehoidolle. Vertaistoiminnan aseman määrittämisessä tulevat esille pulmat ammatillisen ja vertaistoiminnan yhteensovittamisessa, eikä vertaisryhmätoiminnan hyvinvointipoliittista merkitystä voida riittävästi selkeyttää tai vahvistaa toteamalla sen täydentävän ja toimivan muiden palveluiden rinnalla. (Hyväri 2005, 228–229.)

Siinä, missä julkisen sektorin palvelut perustuvat lainsäädännöllisiin velvoitteisiin ja sisältävät viranomaistyötä sekä nojautuvat ammatilliseen osaamiseen, perustuu kolmannen sektorin auttamistyö usein ammatillisen osaamisen ja kokemustiedon yhdistämiseen. Kolmannen sektorin auttamistyöstä erityisesti vertaistukeen perustuvan auttamisen ydin on ihmisten välinen kohtaaminen ilman ammatti- tai potilasrooleja tai muita valmiiksi määritettyjä identiteettioletuksia. Kun julkisen sektorin palvelut usein toimivat sektoreittain kunkin sektorin vastatessa tiettyyn tarpeeseen, pystyvät järjestöt parhaimmillaan tarjoamaan palvelukokonaisuuksia, sosiaalisia tiloja ja tilanteita joissa yhdistyvät ammatillinen erityisosaaminen, vapaaehtoisten mahdollistama arkipäivän tuki, mielekäs tekeminen ja uudet ihmissuhteet. (Hyväri 2005, 214; Kananoja 2017b, 100–101.) Järjestöjen palveluiden arvo on nähty erityisesti tilanteissa, joissa käsitellään monimutkaisia ongelmia. Näihin järjestöt voivat tuoda erityisosaamista sekä liittää palveluun vertaistuen elementtejä. Järjestöt tavoittavat parhaimmillaan myös niitä ihmisiä, joiden ääni muutoin tulee heikosti kuulluksi tai jotka ovat vaarassa kokonaan jäädä muiden palvelujen ulkopuolelle. (Särkelä 2016, 40.)

Järjestöissä voidaan nostaa esiin keskusteltaviksi ajankohtaisia kysymyksiä ja reagoida jäsenistönsä, tai yhteiskunnassa yleisemminkin esiintyviin, tarpeisiin ja muuttuviin tilanteisiin nopeasti kehittäen uusia toiminnan tapoja silloin kun julkiset palvelut eivät ole pystyneet vastaamaan tähän tarpeeseen. Sosiaali- ja terveysjärjestöille onkin kehittynyt palveluiden ja uusien tuen muotojen kehittäjän rooli, ja monet nykyiset julkiset palvelut ovat syntyneet alun alkaen järjestöjen kehittäminä toimintoina. Järjestöt tarjoavat ihmisille mahdollisuuksia tehdä vapaaehtoistyötä, antaa ja saada vertaistukea ja osallistua yhteiskunnan toimintaan, sekä toimivat ihmisten tarpeiden esiintuojina, tulkkeina ja äänitorvina. (Kananoja 2017b, 100; Särkelä 2016, 40–41.)

Suomessa suuri osa mielenterveyskuntoutujien yhdistyksistä tai heille palveluja tuottavista kolmannen sektorin tahoista kuuluu Mielenterveyden Keskusliiton (MTKL) sateenvarjon alle. Valtakunnallisista mielenterveyssektorin keskusjärjestöistä Mielenterveyden keskusliitto on vahvimmin profiloitunut juuri kuntoutujien omaksi etujärjestöksi, kun taas muissa keskusjärjestöissä ammatillinen toimijuus on vahvemmassa asemassa (Hokkanen 2014, 9). Puolivaltiollisesta ja osin kuntoutujien organisoimasta Mielenterveyden Keskusliitosta tuli

Suomessa 1990-luvulla merkittävä palvelun käyttäjien identiteetin muokkaaja. Sen kuntoutuskurssi- ja vertaistukitoiminnan kautta kuntoutujia on työllistynyt järjestöön, eikä mielen-terveysjärjestössä toimiva kuntoutuja enää ole psykiatrisen hoidon määrittämä toivoton tapaus, vaan kansalaisyhteiskuntaan aktiivisesti osallistuva työntekijä. Järjestötoiminnan myötä mielen-terveyskuntoutujan asema on vahvistunut kansalaisyhteiskunnassa. Mielen-terveystyö on kuitenkin dehospitalisaation, avohoidon professionaalistumisen ja kansalaislähtöisen mielen-terveystyön myötä jakautunut lähes kolmeksi osajärjestelmäksi. Toiminnan suuntautuminen kansalaisjärjestöihin saattaa siis pahimmillaan myös sulkea kuntoutujan mahdollisuuksia osallistua työnantajana tai työntekijänä markkinoille, tulla tunnustetuksi asiantuntijana tai saada äänensä kuuluviin poliittisessa päätöksenteossa. (Salo 2011, 274–275.)

Kolmannen sektorin rooli suomalaisessa mielen-terveystyön kokonaisuudessa on erittäin merkittävä. Kuten Taina Ala-Nikkola ja kumppanit (2016) ovat todenneet, kolmas sektori tuottaa Suomessa kaikki mielen-terveyskuntoutujille suunnatut oma-apu ja vapaaehtoispalvelut, lähes kaikki tietopalvelut ja suurimman osan päivätoiminnasta. Heidän tutkimuksensa myös osoittaa, että kolmannen sektorin palvelut ovat sijoittuneet julkisten palveluiden tapaan sinne, missä väestöpohja on laajin, kun taas yksityisten palveluiden sijoittuminen ei ollut sidoksissa väestöpohjan kokoon. Tämä saattaa tutkijoiden mukaan osoittaa, että kolmannen sektorin palveluiden rooli mielen-terveyshoidon kokonaisjärjestelmässä on täydentää julkisia palveluita laadullisesti, kun taas yksityiset palvelut paikkaavat maantieteellisiä palvelupuutteita. (Mt. 9.)

Järjestöt ovat kuitenkin olleet huolissaan kolmannen sektorin toimijoiden asemasta sote-uudistuksessa. Kolmannen sektorin toimijoiden rooli palvelutuottajina on uudistuksessa huomioitu, mutta järjestölähtöisen auttamisen pelätään jäävän väliinputoajaksi tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät maakuntien vastuulle ja vastuu terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja maakuntien kesken. Joukko keskeisiä sosiaali- ja terveysalan järjestötoimijoita on ilmaissut huolensa siitä, ettei sote-lainsäädännössä velvoiteta uusia maakuntia tekemään yhteistyötä terveyttä ja hyvinvointia edistävien kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Monet järjestöt ja yhdistykset ovat riippuvaisia kuntien toiminta-avustuksista, ja näiden pelätään kuihtuvan, mikäli kuntien määrärahojen ja henkilöstön siirte-

sä maakuntiin niiden kyky yhteistyöhön järjestöjen kanssa heikkenee, joten järjestöt toivovat, että myös maakunnilla olisi mahdollisuus avustaa järjestöjä. (Friman-Korpela & Niinimaa 2017, 10.)

4.2 Toipumisorientoituneet palvelut

Toipumisorientoituneeseen palvelujärjestelmään siirtyminen edellyttää arvomuutosta, sekä paradigman muutosta siinä, mitä pidetään hoidon päämääränä. Jos perinteisesti psykiatrisen hoidon tavoite on ollut hoitaa sairautta ja tuottaa kliinistä toipumista, on toipumisorientoituneen hoidon fokus henkilökohtaisen toipumisen tukemisessa kuntoutujan hyvinvoinnin tukemisen kautta. (Slade 2009a, 3.) Toipumisajattelussa lähestymistapa kuntoutumiseen on kokonaisvaltainen, ja siinä korostuvat kuntoutujan voimaantuminen ja toimijuuden vahvistuminen (Kankaanpää & Kurki 2013, 9). Etenkin kansainvälisessä kirjallisuudessa palvelun käyttäjän kansalaisuuden tukeminen nähdään toipumisorientoituneen mielenterveyspalvelujärjestelmän keskeisimpänä tehtävänä (esim. Le Boutillier ym. 2011). Toipumisorientuneissa palveluissa on siirrytty henkilökunnan näkökulmasta palvelun käyttäjän näkökulmaan, ja oleellista on kysyä mikä on palvelun merkitys toipumiselle, eikä toisinpäin (Davidson ym. 2006, 643). Toipumisorientoituneen ja perinteisen psykiatrisen hoidon välillä on perustavanlaatuisia eroja niiden pohjana olevissa arvoissa ja peruskäsitteissä, tietopohjassa, työskentelytavoissa sekä hoidon päämäärissä. Näitä on tarkemmin eritelty taulukossa 2.

Psykiatrisesta sairaudesta ei siis toipumisajattelussa kuntouteta, viitaten kuntoutujaan kuntoutustoimenpiteiden kohteena, vaan kyse on kuntoutujan omasta kuntoutumis- tai toipumiskokemuksesta. Sairaudesta toipumiseen ei ole oikeaa tai väärää tapaa. Kuntoutumisen tukemisessa käytettävät menetelmät perustuvat ratkaisukeskeisiin ja voimavarakeskeisiin ajattelumalleihin. (Toivio & Nordling 2013, 329–330). Työntekijä ei voi tuottaa “toipumispalvelua”, vaan ainoastaan luoda olosuhteet, joissa kuntoutuja voi tuntea voimaantumisen ja toimijuuden kokemuksia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että ammattilaisen roolia tulisi pienentää; päin vastoin ammattilaisen rooli on edelleen keskeinen. Ammattilaisen kuitenkin

kin tulisi käyttää asiantuntijuuttaan hiukan toisella tapaa kuin kliiniseen toipumiseen tähtäävässä järjestelmässä. Ammatilaisen tehtävä on pyrkiä järjestämään kuntoutujan käyttöön resursseja; tietoa, taitoja, verkostoja ja tukea. Lisäksi ammattilaisella edelleen on rooli hoidossa, sen tavoitteiden suunnittelussa ja arvioinnissa, mutta tavalla, joka tukee kuntoutujan henkilökohtaista prosessia. (Slade 2009b, 9; Shepherd ym. 2008, 2). Ammatilaisen tulisi toipumisorientoituneessa hoitojärjestelmässä ottaa potilaaseen nähden valmentajan rooli. Tämän roolin kautta on selvää, että kuntoutujalla oletetaan olevan kyky hallita omaa elämäänsä. Tällöin myös työn kohteeksi tulee toipumisprosessi, eikä niinkään kuntoutuja itse; valmentajan rooli on mahdollistaa ja tukea kuntoutujan prosessia, ei korjata kuntoutujan ongelmaa. Tavoitteet prosessissa määrittelee valmennettava, ei valmentaja, jonka tehtävä on tarjota omat taitonsa valmennettavan käyttöön tavoitteiden saavuttamiseksi. (Slade 2009b, 9.) Kuntoutuja on oman prosessinsa asiantuntija ja hänen itse asettamansa tavoitteet ovat merkityksellisiä. Prosessin etenemisestä kertovat kuntoutujan kokemat muutokset sekä kokemukset elämänhallinnasta ja elämänlaadusta. (Kankaanpää & Kurki 2013, 9.) Kuten Marit Borg ja Kristiana Kristiansen (2004, 494) kiteyttävät, ollakseen toipumisorientoitunut, täytyy ammattilaisen lopettaa esiintyminen muiden ihmisten elämien asiantuntijana, ja orientoitua uudelleen tukemaan ihmisiä heidän omissa tavoissaan käsitellä ongelmiaan.

Tavoitteita on toipumisorientoituneissa palveluissa kahdentyypisiä; toipumistavoitteita ja hoitotavoitteita. Näistä toipumistavoitteet ovat kuntoutujan elämäntavoitteita, jotka ovat luonteeltaan eteenpäinvieviä, ja perustuvat siihen mitä kuntoutuja haluaa tavoittaa, ei siihen mitä hän haluaa välttää. Toipumistavoitteet ovat voimavarakeskeisiä ja suuntautuvat positiivisen identiteetin muodostukseen sekä uusien arvokkaiden sosiaalisten roolien omaksumiseen. Ne saattavat olla ammattilaiselle haastavia, koska ne voivat ainakin aluksi vaikuttaa epärealistisilta tai olla kokonaan ammattilaisen auttamismahdollisuuksien ulkopuolella. Toipumistavoitteet ovat samankaltaisia kuin niiden ihmisten elämäntavoitteet, joilla ei ole mielenterveyden ongelmia ja niiden löytäminen ja olemassaolo ovat keskeisiä toipumisprosessille. Näiden lisäksi palveluissa ovat keskeisiä hoitotavoitteet, joiden kautta keskitytään minimoimaan sairauden vaikutusta sekä välttämään ei-toivottuja asioita, kuten relapseja ja sairaalahoitoja. (Slade 2009b, 17.)

Taulukko 2. Toipumisorientoituneen ja perinteisen psykiatrisen hoitojärjestelmän erot (Slade 2009a, 142).

Perinteinen toimintatapa	Toipumisorientoitunut toimintatapa
Arvot ja valta-asetelma	
(Näennäisen) arvovapaa	Arvokeskeinen
Ammattilaisen vastuu	Henkilökohtainen vastuu
Suuntautuu kontrolliin	Suuntautuu valinnanmahdollisuuksiin
Käyttää valtaa	Valtaistaa
Peruskäsitteet	
Luonnontieteellinen	Humanistinen
Sairauksettomuus	Elämänkerta
Psykopatologia	Ahdistavat kokemukset
Diagnoosi	Henkilökohtainen merkitys
Hoito	Kasvu ja uuden löytäminen
Henkilökunta ja potilaat	Asiantuntijat koulutuksen ja kokemuksen kautta
Tietopohja	
Kokeellinen tutkimus	Kertomukset
Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset	Roolimallit
Irroitettu yhteyksistä	Sosiaalinen konteksti
Työskentelytavat	
Kuvaileva	Ymmärtävä
Sairauskeskeisyys	Ihmiskeskeisyys, voimavara- ja lähtöisyys
Keskittyy haittojen vähentämiseen	Keskittyy toiveisiin ja haaveisiin
Yksilö sopeutuu palveluun	Palvelu sopeutuu yksilön tarpeisiin
Palkitsee passiivisuudesta ja hoitomyönteisyydestä	Tukee voimaantumista
Asiantuntijat koordinoivat hoitoa	Ihmiset koordinoivat omaa hoitoaan
Päämäärät	
Sairauden vähentäminen	Terveystiedon edistäminen
Kontrolliin saaminen	Itsekontrolli
Hyitomyönteisyys	Valinta
Paluu normaaliin	Muutos

Vaikka kuntoutujan itsemääräämisoikeus on toipumisessa tärkeä arvo, on palveluissa kuitenkin edelleen tärkeää tuottaa hoivaa ja ottaa tilapäisesti suurempaa vastuuta hoidosta kuntoutujan sairauden pahenemisjaksojen tai kriisien aikana. Lisäksi valinnanvapauteen ja itsemääräämisoikeuteen perustuvaa hoitojärjestelmää luodessa on myös muistettava, että psykoosisairaus saattaa myös tuoda mukanaan kyvyttömyyttä tahtoa vai vaikeutta tehdä valintoja. Tällöin, kun muutakaan vaihtoehtoa ei ole, on ammattilaisen joskus tehtävä pää-

töksiä kuntoutujan puolesta. (Kankaanpää & Kurki 2013, 11; Oksanen 2011, 106; Slade 2009b, 8.)

4.3 Sosiaalityön potentiaali toipumisen tukemisessa

Sosiaalityössä keskeistä on ihmisten elämäntilanteita säätelevän arjen monien ulottuvuuksien asiantuntijuus (Pohjola 2007, 14). Aulikki Kananojan (2017a, 348) mukaan terveydenhuollossa sosiaalityön keskeisimpänä tavoitteena on “vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen niin, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi.” Psykiatrisessa sosiaalityössä erikoistutaan tunnistamaan nimenomaan mielen sairauksien vaikutuksia asiakkaiden kykyyn selviytyä työssä, opiskelussa, arkielämässä tai vanhempana. Psykiatrisen sosiaalityön tavoitteena on auttaa asiakasta löytämään voimavarsansa selvittääkseen sairaudesta huolimatta ja myös siinä, kuten myös muussa sosiaalityössä käytetään voimaannuttavaa työtettä. Siihen kuuluu olennaisesti asiakkaan oman osallisuuden vahvistaminen hänen elämäntilannettaan koskevissa kysymyksissä sekä kuntoutumisessa. (Mt. 353, 356.)

Sosiaalityö on voimaannuttavaa silloin, kun sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisessä yhteistyösuhteessa välittyy aito välittäminen ja halu olla luomassa edellytyksiä positiiviseen muutokseen, kokemus ihmisarvon ja yksilöllisyyden kunnioittamisesta sekä usko asiakkaan omiin edellytyksiin ja toivo muutoksen mahdollisuudesta. (Kananoja 2017c, 185). Sosiaalityön keinoin voidaan myös auttaa ihmisiä kehittämään kykyjään ja vahvuuksiaan, sekä järjestää mahdollisuuksia vertaistuen saamiseen ja antamiseen (Tew ym. 2012, 448). Toipumista tukevassa työssä ihminen olisi voitava entistä enemmän nähdä osana sosiaalista kontekstiaan, ja työn lähtökohdaksi olisi otettava sen arvioiminen, mitkä ovat hänen yksilölliset mahdollisuutensa sekä mahdolliset esteet hänen pyrkimyksessään löytää oma paikkansa maailmassa (Tew 2013, 362). Tällöin keskiöön tulisi nostaa voimaantumisen, osallisuuden ja kyvykkyyksien kysymykset. Lisäksi asuinolosuhteet, tulot, työ ja toiminta sekä sosiaaliset, hoidon ulkopuoliset kontaktit ovat keskeisiä toipumiselle, eikä niitä voi käsitel-

lä erillisinä muusta hoidosta. Juuri näihin on sosiaalityöllä tarjota oma erityinen asiantuntemuksensa. (Borg & Davidson 2008, 139; Tew 2013, 362.)

Sosiaalialan ammattieettisen ohjeen mukaan keskeisiä periaatteita sosiaalityössä ovat muiden muassa asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tähän liittyen asiakaslähettäisyys, osallisuuden edistäminen sekä henkilön ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti osana elinympäristöään ja hänen vahvuuksiensa tunnistaminen ja niiden kehittämisen tukeminen (Talentia 2017, 12–18). Toipumisajattelun ja sosiaalityön arvot ovat siis jokseenkin yhtenevät, ja voidaan ajatella että sosiaalityöntekijät soveltuisivat erityisen hyvin työskentelemään toipumisorientoituneessa järjestelmässä. Lisäksi juuri sosiaalityöntekijöiden pitäisi erityisesti olla kiinnostuneita tästä lähestymistavasta, koska kääntäen; työskennellessään toipumisorientaatiosta käsin, voi sosiaalityöntekijä olla varma toimivansa oman ammattinsa eettisten ohjeiden sekä arvojen mukaisesti (esim. Lukens & Solomon 2010, 62 & 69).

Toipumisen tukemisessa keskeistä on kuntoutujan positiivisten sosiaalisten suhteiden kehittäminen, toivon vaaliminen, ihmisen itsemääräämisen edistäminen sekä osallisuutta tukevien palveluiden kuten asumisen, vertaistuen, opiskelun, työn ja arjen tukipalveluiden, piiriin pääsyn mahdollistaminen. Tähän pääsemiseksi psykiatrisessa hoidossa tarvittaisiin paradigman muutos siirtymänä yksilöllistetyistä hoito-orientoituneesta lääkehoidon ja pakotoimien hallitsemasta työtavasta kohti työtappaa, jossa työskentely kuntoutujan lähiverkoston kanssa ja kuntoutujan sosiaalisen osallisuuden edistäminen eivät enää ole hoidon oheistuotteita, vaan keskeinen osa sitä. (Slade ym. 2014, 13; Tew ym. 2012, 455.) Toipumisorientaatio soveltuukin hyvin käytännön sosiaalityön pohjaksi. Erityisesti terveysosiaalityön rooli voisi olla merkittävä toipumisen tukemisessa. Terveysosiaalityön yksi keskeisimmistä tehtävistä on sosiaalisen arvion tekeminen asiakkaan tilanteesta, sekä tarvittavien palveluiden ja toimenpiteiden suunnittelu sen pohjalta (Kananoja 2017a, 351). Jerry Tew (2013) on esittänyt toipumiseen tarvittavan erilaisia pääomia, jotka hän luokittelee taloudelliseksi, sosiaalliseksi, ihmissuhde-, identiteetti- ja henkilökohtaiseksi pääomaksi. Hän ehdottaa sosiaalisen arvion kehykseksi näiden pääomien kartoitusta, jonka kautta on mahdollista luoda asiakkaan jo olemassaoleviin voimavaroihin ja toipumispotentiaaliin perustuva suunnitelma sille, millaisen tuen avulla hän parhaiten voi saavuttaa päämääränsä,

ja mitä pääomien mahdollisia aukkoja vielä olisi pyrittävä täyttämään, jotta yksilön oma toipumispotentiaali saadaan maksimoitua. (Mt. 371.) Pääomien tai voimavarojen kartoittaminen on oleellista, koska tavoitteiden saavuttaminen ja toipumiselle ensiarvoisen tärkeiden onnistumiskokemusten saaminen on mahdollista vain silloin, kun tavoitteet vastaavat voimavaroja (Nordling ym. 2015, 136).

Psykiatrian sosiaalityön tehtäväksi kuitenkin mielletään usein hoidon esteiden poistaminen (esim. Frankenhaeuser 2014, 65). Tämä on melko kapea tapa mieltää työtä, jolla voisi olla suurempikin itsenäinen merkitys erityisesti toipumisorientoituneena palveluna osana psykiatrista hoitoa. Koska psykiatrian sosiaalityöhön asiakkaat ohjautuvat usein muiden ammattilaisten ohjaamina, haasteena ovat kuitenkin usein muun henkilöstön asenteet sekä tietämättömyys sosiaalityöstä ja sosiaalityöntekijän tehtävistä. Kun muut ammattiryhmät määrittävät sitä, milloin sosiaalityöntekijän palveluille on tarve, on riski että sosiaalityön asiantuntijuus jää vajaakäytölle tai kokonaan käyttämättä. Yhteys sosiaalityöntekijään toteutuu varmimmin silloin, kun asiakkaan ongelmat ovat taloudellisia tai sosiaaliturvaan liittyviä. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 256–258; Korpela 2014, 133–134.) Taloudellisiin asioihin ja sosiaaliturvaan liittyvä työ on todennäköisesti terveysosiaalityön ulospäin näkyvin, ja siksi myös muiden ammattiryhmien parhaiten tunnistama osa. Jos taloudellisia ongelmia ei ole, ei asiakasta välttämättä ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Asiakas ei välttämättä myöskään itse osaa vastaanotolle hakeutua, koska ei ole lähtökohtaisesti lähtenyt hakemaan sosiaalityön palveluita, vaan apua mielenterveysongelmiinsa (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 257). Terveysosiaalityön nykytilanteen perusongelma on Anna Metterin (2014) mukaan siinä, ettei terveysosiaalityötä ole tunnistettu terveydenhuollon lainsäädännössä. Kun virallista paikkaa ei ole, vaikuttaa kulloinenkin johto ja muu henkilökunta siihen, millaiseksi terveysosiaalityön rooli muodostuu. Tämän vuoksi sosiaaliselle tarkastelukehykselle ei aina ole tilaa terveydenhuollossa, jossa potilastyö määrittyy terveydenhuollon organisaation tavoitteisiin soveltuen pitkälti lääketieteen ja hoitotieteen lähtökohdista. (Mt. 300–303.) Näin ollen terveydenhuollon sosiaalityöntekijältä vaaditaan sosiaalityön esillä pitämistä, oman paikan varmistamista ja työn merkityksen todistamista muulle henkilökunnalle (Laine 2014, 29). Uudessa sote-lainsäädännössä terveysosiaalityönkin rooli on tunnistettu, mutta vielä ei ole tietoa millaiseksi se lopullisessa kokonai-

suudessa tulee muodostumaan. YhdessäMielin -hankkeen⁴ raportissa peräänkuulutetaan tulevan uudistuksen jälkeisiin mielenterveys- ja päihdepalveluihin sosiaalityöntekijän vahvempaa roolia palveluprosessien koordinoinnissa. Lisäksi palveluiden käyttöön liittyvien erojen kaventamiseksi painotetaan tarvittavan yhteiskuntarakennetta koskevien kokonaisuuksien sekä kulttuuristen, sosiaalisten, fyysisten ja psyykkisten tekijöiden välisten vaikutussuhteiden ymmärtämistä. (Wahlbeck ym. 2018, 128.)

⁴ YhdessäMielin-hankkeessa tavoitteena on ollut tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihde-työn malleista päättäjille. Hanke on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, asiantuntijahaastatteluina, väestökyselynä ja kokemusasiantuntijoiden fokusryhmätyöskentelynä. Hanke on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2017 selvitys- ja tutkimussuunnitelmaa. (Wahlbeck ym. 2018)

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ, AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mielenterveyskuntoutujien käsityksiä toipumises-
taakolmannenn sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tätä tarkoitusta varten tutkimukseen on
haastateltu toipumista tukevaan kolmannen sektorin toimintaan osallistuvia ihmisiä, joilla
on henkilökohtaisia kokemuksia mielen sairaudesta ja siitä toipumisesta. Pysin tutkimuk-
sessani vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä toipuminen osallistujille tarkoittaa ja mitä siinä tavoitellaan?
2. Miten eri tekijät vaikuttavat / ovat vaikuttaneet osallistujien toipumiseen?

5.1 Metodologiset lähtökohdat

Tieteellinen tutkimus voidaan jakaa kvantitatiiviseen, eli määrälliseen ja kvalitatiiviseen eli
laadulliseen tutkimukseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kiinnostus kohdistuu ensisijas-
sa määrälliseen mittaamiseen ja ilmiöiden syy-seuraus -suhteisiin, kun taas laadullisessa
tutkimuksessa pyritään perehtymään ilmiöiden laatuun tai pohtimaan niiden merkityksiä
(Hirsjärvi ym. 2004). Tutkimukseni on laadullinen, sillä tutkimustehtävän luonteesta joh-
tuen tarvitsen tutkimuskysymyksiini vastaamiseksi tietoa ihmisten ainutkertaisista ja oma-
kohtaisista kokemuksista, joita voin parhaiten tavoittaa laadullisen tutkimuksen keinoin.
Laadullista ja määrällistä tutkimusta on kuitenkin käytännössä vaikeaa tarkkarajaisesti
erottaa toisistaan, vaikka kaksijakoisuus tai vastakkainasettelu selkeältä näyttäisikin. Kvali-
tatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus voidaan nähdä toisiaan täydentävinä lähestymistä-
poina tai jatkumona jonka ääripäissä ovat kaksi tutkimuksen tekemistä tulkitsevaa ideaali-
mallia: luonnontieteellinen koeasetelma ja arvoituksen ratkaiseminen, jonka looginen päät-
telymalli on tuttu esimerkiksi salapoliisikertomuksista. (Alasuutari 2011, 26–27; Hirsjärvi
ym. 2004, 127.) Usein jopa samassa tutkimuksessa voidaan käyttää sekä laadullisia että
määrällisiä menetelmiä, tai niitä voidaan käyttää toisiaan täydentäen, esimerkiksi laadullis-
ta tutkimusta varmistamaan että aiotun kvantitatiivisen tutkimuksen mitattavat seikat ovat
tutkimusongelman kannalta tarkoituksenmukaisia, tai laajalla kvantitatiivisella tutkimuk-

sella muodostaa mielekkäitä vertailtavia ryhmiä kvalitatiivista haastattelututkimusta varten (Hirsjärvi ym. 2004 127–128).

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on Hirsjärven ja kumppaneiden (2004, 152) mukaan todellisen elämän kuvaaminen sisältäen ajatuksen todellisuuden moninaisuudesta. Siinä pyritään tilastollisten yleistysten sijaan kuvaamaan tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa, antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle tai ymmärtämään tiettyä toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85). Laadullisen tutkimuksen kokonaisuutta luonnehtii kysymys “kuinka minä voin ymmärtää toista?” Kysymys mahdollisuudesta ymmärtää toista on kaksisuuntainen. Yhtäältä on kyse tutkijan mahdollisuudesta ymmärtää haastateltavaa, toista ihmistä ja toisaalta siitä, miten toisen ihmisen on mahdollista ymmärtää tutkijaa lukiessaan tutkimusraporttia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 68–69.)

Laadullisen tutkimuksen analyysin perusajatuksena on selkeyttää tutkimusaineistoa ja tunnistaa ja eritellä aineistossa esiintyviä ilmiöitä. Tarkoitus on asian tai ilmiön syvälinen ymmärtäminen ja mahdollisesti uuden teorian kehittäminen ymmärryksen pohjalta. Tavoitteena on tiivistää aineistoa kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Eskola & Suoranta 1998, 100; Silvasti 2014, 38.) Koska laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ihmillisen ymmärryksen lisääminen, on tutkijan kyettävä tulkitsemaan saatuja tuloksia. Juuri tulosten oivaltavan tulkinnan kautta voidaan lisätä ymmärrystä ihmisten arjesta. (Syrjäläinen ym. 2007, 8.)

5.2 Aineiston hankinta

Tutkimuksen aineiston hankinnan välineeksi olen valinnut teemahaastattelun. Sirkka Hirsjärvi ja Helena Hurme (2008) jakavat tutkimushaastattelut tyypeihin sen mukaan kuinka yhdenmukaisesti tutkittavaa asiaa haastatteluissa eri haastateltavien kohdalla käsitellään. Ääripäinä tätä jatkumoa ovat täysin strukturoitu lomakehaastattelu, jossa kaikki vastaajat vastaavat samoihin kysymyksiin samassa järjestyksessä, sekä avoin tai syvähaastattelu, jossa kysymykset ovat avoimia ja haastattelun kulku rakentuu haastateltavan vastausten

syventämiselle muistuttaen paljon keskustelua. Teemahaastattelu sijoittuu näiden ääripäiden välimaastoon. Se kuitenkin asettuu lähemmäs strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua, koska siitä puuttuu strukturoidulle haastattelulle ominainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Kuitenkin haastattelun aihepiirit eli teemat ovat kaikille haastateltaville samat, joten se ei ole muodoltaan täysin vapaa. Tästä syystä teemahaastattelusta voidaan puhua puolistrukturoituna haastatteluna. (Mt. 43–48.) Teemahaastattelussa haastattelun teemat muodostetaan tutkimusteorian, eli aiheesta jo tiedetyn pohjalta. Haastattelussa edetään teemojen varassa tarkentaen haastateltavien vastauksia tarpeen mukaan lisäkysymyksillä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä on joustava. Sen kuluessa kysymyksiä on mahdollista toistaa, ilmauksia tarkentaa ja käydä haastateltavan kanssa keskustelua. Lisäksi se mahdollistaa kysymysten ja teemojen käsittelyn siinä järjestyksessä kun tutkija tilanteen mukaan katsoo aiheelliseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tiedonantajina toimivat henkilöt tietävät tutkitavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85). Myös tutkimustehtävän kannalta oli oleellista että haastattelemillani henkilöillä on nimenomaan omakohtaista kokemusta mielenterveyden ongelmista ja niistä toipumisesta, joten kohdistin haastateltavien rekrytoinnin mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuihin palveluihin. Koska kolmannen sektorin mielenterveyspalveluiden kuntoutusfilosofia uskoakseni virallisia mielenterveyspalveluita lähemmin edustaa tämän tutkimuksen käsitystä toipumisesta kuntoutujan henkilökohtaisena prosessina (esim. SSK 2018; Koskisuu 2007; Koskisuu 2004), rekrytoin haastateltavia nimenomaan kolmannen sektorin palveluista.

Ensimmäiset yhteydenotot tahoihin, joista haastateltavia oli tarkoitus tavoittaa, tein syyskuun 2016 lopulla. Haastatteluja pääsin aloittamaan joulukuussa 2016, ja viimeisen haastattelun tein helmikuussa 2017. Haastatteluja tein yhteensä kahdeksan. Tavoitteenani oli alunperin ideaalisesti yhdeksän haastateltavaa, mutta haastattelujen lukumäärä jäi kahdeksaan, koska tämä oli se määrä, jonka mielestäni pro gradu -työn luonteeseen suhteutettuna kohtuullisella vaivannäöllä ja kohtuullisessa ajassa pystyin hankkimaan. Haastattelut teh-

tiin suurella kaupunkiseudulla, jonka sisällä haastateltavien kotikunta vaihteli. Näin ollen heidän palvelukokemuksensa olivat laajemmin eri kunnista, kunkin osallistujan nykyisestä kotikunnasta, sekä mahdollisista aiemmista kotikunnista. Haastateltavia yhdisti omakohtainen kokemus mielenterveyden ongelmista. Osallistujia rekrytoitiin kolmesta paikasta, joiden tehtävät kuntoutumisen näkökulmasta ovat keskenään erilaiset. Tästä syystä osallistujien joukko muodostui melko heterogeeniseksi. Lisäksi haastateltavien sosioekonomiset ja perhetaustat olivat hyvin moninaiset. Myös näistä seikoista johtuen heidän kuvauksensa toipumispoluistaan olivat myös hyvin erilaiset. Toiset haastateltavista kertoivat olevansa tai vaikuttivat olevan toipumisessa jo varsin pitkällä, kun taas toiset olivat omassa prosessissaan ehkä vielä varhaisemmassa vaiheessa, eivätkä toipumisen päämäärätkään mahdollisesti vielä olleet täysin selkiytyneet.

Potentiaalisia osallistujia lähestyin rekrytointikirjeellä (Liite 1), joka paikasta riippuen oli esillä toimintapaikan ilmoitustaululla, esiteltiin kaikille kävijöille ohjaajan toimesta tai annettiin työntekijöiden toimesta suoraan heidän potentiaalisiksi osallistujiksi arvioimilleen henkilöille. Kiinnostuneet ilmaisivat alustavan halukkuutensa haastatteluun sähköpostitse itse tai ohjaajan välityksellä. Esiharkinnan kautta valittuihin henkilöihin olin itse yhteydessä puhelimitse. Kaikki osallistujat saivat myös ennen haastattelua tutustuttavakseen tiedotteen tutkimuksesta (Liite 2). Keskustelin kaikkien osallistujien kanssa henkilökohtaisesti joko puhelimesta tai kasvotusten haastatteluista sopiessani. Tässä keskustelussa pyrin vielä kertaamaan kaikkien kanssa sitä, millaisten teemojen ympärille haastattelu tulee rakentumaan ja millaisista asioista sen kuluessa mahdollisesti tullaan puhumaan. Lisäksi kävin vielä läpi haastateltavien yksityisyyden suojaamisen tutkimuksen edetessä. Tällöin haastateltavat saivat vielä mahdollisuuden harkita osallistumista ja kysyä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelujen aluksi osallistujan tavatessani kävin vielä läpi tutkimukseen liittyviä asioita; erityisesti haastatteluaineiston säilyttämiseen ja käsittelyyn liittyen suhteessa osallistujien yksityisyyden suojaamiseen. Tässä vaiheessa myös otin kultakin haastateltavalta kirjallisen suostumuksen aineiston käyttöön tutkimuksessa, sekä annoin mahdollisuuden yhteystietojen antamiseen mikäli haastateltava halusi tutkimuksen valmistuttua itselleen tiivistelmän sen tuloksista. Kaikki osallistujat halusivatkin jättää yhteystietonsa. Käytännön

asioiden selvittelyjen jälkeen varsinaiseen haastatteluun yleensä jo päästiin kokemuksi mukaan melko vapautuneessa tunnelmassa.

Haastattelut käytiin pohjautuen teemarunkoon (Liite 3). Olin ennen haastatteluja tehnyt itselleni valmiiksi teemoja avaavia kysymyksiä, joita sitten käytin tarpeen mukaan sikäli kun keskustelu oli ajautumassa sivuteille, tai yksityiskohtaisemmat kysymykset helpottivat osallistujaa paremmin pääsemään aiheeseen. Haastattelussa annoin kuitenkin, mikäli se luonteelta vaikutti, osallistujan melko vapaasti kertoa omaa tarinaansa, jota sitten tarvittaessa lisäkysymyksin syvensin ja ohjasin eteenpäin. Haastattelut muodostuivatkin monen kohdalla lähes juonellisiksi kertomuksiksi omasta elämästä, sairastumisesta ja toipumisesta sisältäen lisäksi pohdintoja näihin vaikuttavista seikoista, kun taas toisten haastateltavien kohdalla edettiin enemmän tekemieni kysymysten kautta.

Haastatteluissa pyrin pitämään yllä positiivisia seikkoja ja edistymistä korostavaa puhetta siitä huolimatta, että väistämättä osallistujien vaikeampia ja raskaampiakin kokemuksia haastattelujen aikana tuli esiin ja käytiin läpi. Huomasin, että sosiaalityöntekijän työssä omaksumani kannustava ja positiivisia seikkoja esiin tuova ja niitä korostamaan pyrkivä suhtautumistapa ihmisten kertomuksiin siirtyi osaltaan myös tutkimushaastatteluihin. Joissakin tapauksissa, kuten seuraavassa esimerkissä, lisäkysymysten ja haastateltavan kertoman tiivistämisen kautta olen pyrkinyt saamaan haastateltavaa huomaamaan tapahtunutta positiivista kehitystä, vaikka hän ei itse olisi tätä nimenomaisesti esiin tuonut. Tämän seurauksena hän itsekin kääntyy kannalle, että jonkinlaisia positiivisiakin muutoksia on jo tapahtunut.

Et tavallaan kun sä kysyit että, tai siis kun mä sanoin että mä en oo menny eteenpäin, niin kyl mä ehkä oonkin. (H8)

Tämänkaltainen lähestymistapa asiakkaan elämäntilanteen ja tavoitteiden, tässä tapauksessa toipumisprosessin, kartoittamiseen on sosiaalityölle ominainen. Siinä elämäntilanteen kartoituksen pohjimmainen tarkoitus on tiedon hankkimisen ohella auttaa asiakasta oman elämänsä ja siihen vaikuttavien tekijöiden tarkastelussa ja jäsentämisessä. (Kananaja 2017c, 185.) En koe, että näin toimien olisin liikaa vaikuttanut haastateltavan kertomuk-

seen. Toivoin kuitenkin, että haastateltaville voisi olla haastatteluista jonkinlaista hyötyä, ja näen että heidän oli mahdollista hyötyä kokemustensa läpikäynnistä juuri tällä tavoin. Jotkut haastateltavista toivat myös itse esiin, että omasta tarinasta ja kokemuksista keskustelu tutkijan kanssa oli ollut hyödyllinen ja sen myötä omiakin kokemuksia oli saanut hiukan jäsennettyä.

Kyllä tästä oli, kun olit laittanut siihen [rekrytointikirjeeseen] ettei välttämättä oo hyötyä [suoraa henkilökohtaista hyötyä osallistujalle itselleen], niin kyllä tästä oli hyötyä. Kun jäsenotelee noita asioita, niin mun mielestä siitäkin on jo hyötyä. (H5)

Koin myös, että kaikki haastattelut pystyttiin käymään niin, että osallistujille jäi niistä haastattelun päätyttyä positiivinen tai neutraali tunne.

Ennen analyysin aloittamista päädyin jättämään tutkimusaineistosta pois yhden osallistujan haastattelun. Päädyin tähän ratkaisuun, koska kyseisen osallistujan tausta poikkesi mielestäni niin selvästi muiden osallistujien taustoista. Hänen toipumiskokemuksensa sisälsi paljon samoja piirteitä kuin muidenkin osallistujien, ja palveluista ja niiden antamasta tuesta hänellä oli kokemuksia yhtä lailla muiden kanssa. Hänen pääasialliset terveydelliset ongelmansa eivät kuitenkaan olleet taustaltaan psykiatrisia samassa mielessä kuin muiden osallistujien, vaan arkea haittaavat ongelmat olivat hänen kohdallaan ilmiänsuhteen paljon somaattisia. Tästä syystä hänen lähtökohtansa toipumiseen olivat jonkin verran muista poikkeavat. Häntä siis oli vaikeaa niputtaa mielenterveyskuntoutujien kategoriaan, kun lähtökohtaisesti tarkoitus oli selvittää nimenomaan mielenterveyskuntoutujien kokemuksia toipumisesta. Näin ollen hänen haastatteluaan en käyttänyt analyysissä, mutta myös hänen haastattelussa kertomansa kokemukset syvensivät ymmärrystäni tutkimukseni aihepiiristä.

Litteroin haastatteluaineiston sanataarkasti jättäen kuitenkin pois merkityksettömät ja tutkijan haastateltavan kertomusta myötäilevät äännähdykset. Litteroin kuitenkin myös kerronnan sävyä kuvaavia ilmauksia kuten naurahdukset. Poistin osallistujien tunnistamattomuutta lisätäkseni litterointivaiheessa aineistosta haastateltavien käyttämät erisnimet sekä muut viittaukset paikkoihin ja henkilöihin. Näihin viitataan litteroidussa aineistossa kategorioilla tai yleisemmillä ilmaisuilla, kuten naapurikunta, toinen kaupunki, kumppani, lapsi, hoitaja,

sairaala tai kohtaamispaikka. Lopuksi liitin kaikki haastattelut yhteen tiedostoon ja näin muodostuneen tutkimusaineiston laajuus litteroituna Times New Roman -fontilla fonttikoolla 12 ja 1,5 rivivälillä oli 159 sivua.

Olen arponut osallistujille koodit H1 — H8, joita käytetään haastateltavien tunnistamiseen aineiston analyysin yhteydessä käytettävissä lainauksissa. Itseäni tutkijana viittaan aineistosihteissa koodilla T. Tutkimuksen osallistujien koodit arvottiin ennen yhden haastattelun poistamista lopullisesta tutkimusaineistosta, ja päädyin säilyttämään tästä huolimatta muiden haastattelujen koodit ennallaan haastattelun poistamisen jälkeen.

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysi on tehty käyttäen menetelmänä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia voidaan pitää laadullisen analyysin perustyökäkaluna ja sen tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Silvasti 2014, 33; Tuomi & Sarajärvi 2013, 103). Se voidaan jakaa teorialähtöiseen, aineistolähtöiseen ja teoriaohjaavaan analyysiin, joissa aineiston ja teorian välinen suhde vaihtelevat. Teorialähtöisessä analyysitavassa ajattelun logiikka on deduktiivinen, jolloin analyysin suunta on yleisestä kohti yksityiskohtia. Analyysissa lähdetään liikkeelle valmiista, tutkimusteoriasta operationalisoidusta koodistosta, ja aineistosta etsitään ainoastaan sen ohjaamia luokituksia. (Silvasti 2014, 40–43.) Teorialähtöisen analyysin kautta voidaan esimerkiksi testata olemassaolevaa teoriaa uudessa kontekstissa. Teorialähtöisessä analyysissa analyysitapa ohjaa jo aineiston hankintaa sekä tutkittavan ilmiön käsitteellistä määrittelyä toisin kuin aineistolähtöisessä ja teoriaohjaavassa analyysissa, joissa tutkittavan ilmiön käsitteellinen määrittely ja aineiston hankinta eivät ole sidoksissa ilmiöstä aiemmin tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 97–98.)

Aineistolähtöisessä analyysissa analyysiyksiköt valitaan kerätyistä aineistosta siten, ettei niitä ole etukäteen sovittu tai suunniteltu, eikä aikaisemmilla havainnoilla, tiedolla tai tutkimuksella tutkittavasta ilmiöstä pitäisi olla mitään tekemistä analyysin tai sen lopputulok-

sen kanssa. Analyysissa edetään yksityiskohdista kohti suurempia kokonaisuuksia, eli ajattelun logiikka on induktiivinen. Analyysia tulisi ohjata vain tutkimuksessa julkilausutut metodologiset sitoumukset. Puhtaasti aineistolähtöistä analyysia on kuitenkin haastavaa toteuttaa, sillä käytännössä käytetyt käsitteet sekä tutkimusasetelma ja -menetelmät vaikuttavat tutkijan asettamina myös tuloksiin. Niinpä käytännössä havaintojen teoriapitoisuus on tutkimuksessa hyväksytty periaate. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96).

Puhtaasti aineistolähtöisen analyysin haasteista johtuen lähestymistapana usein käytetään teoriaohjaavaa eli abduktiivista sisällönanalyysia. Tässä lähtökohtana on, että koodausta saa vapaasti ohjata tutkijan tieto tutkimuksen aiheesta. Analyysissa on nähtävissä aiemman tiedon vaikutus, mutta sen tarkoitus ei ole testata teoriaa, vaan aiemman tiedon annetaan ohjata tai auttaa analyysin tekemisessä. Teoriaohjaavassa analyysissa päättelyn suunta on lähtökohtaisesti induktiivinen, mutta jo olemassaoleva teoria tuodaan ohjaamaan lopputulosta. Siitä, missä vaiheessa teoria otetaan päättelyä ohjaamaan, ei ole sääntöä, mutta mitä lähempänä päättelyn loppua ollaan, sitä enemmän päättelyn logiikka lähestyy induktiivista ja päin vastoin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96, 100.) Tässä tutkimuksessa päädyin käyttämään teoriaohjaavaa analyysitapaa, koska koin, että käyttämällä aiemmasta toipumisen tutkimuksesta lainattua havaintojen luokittelua, pystyn paremmin liittämään oman tutkimukseni ja sen tulokset osaksi laajempaa toipumisen tutkimuksen kokonaisuutta ja vertaamaan niitä jo olemassaolevaan tutkimukseen.

Litteroin haastattelut mahdollisimman pian haastattelun tekemisen jälkeen. Tämä on suositeltavaa, koska näin on mahdollista palauttaa mieleen haastateltavan kertomuksen kulku siltä varalta, että äänite jostakin syystä olisi huonolaatuinen. Lisäksi tällöin on mahdollista tehdä huomioita omasta haastattelutekniikastaan, jotta voi pyrkiä seuraavissa haastatteluisa ehkäisemään tekemiään virheitä tai esimerkiksi välttää haastattelun kulkua häiritseviä maneeereja. (Silvasti 2014, 38.) Jo litterointivaiheessa alkoi muodostua jonkinlainen kuva aineistosta kokonaisuudessaan, mutta kaikki haastattelut litteroituani luin vielä tarkemman kokonaiskuvan saadakseni läpi koko aineiston sellaisenaan, vielä pyrkimättä sitä erittelemään. Tässä vaiheessa olin jo melko hyvin perillä siitä, millainen aineisto haastatteluista oli kokonaisuudessaan muodostunut, ja kykenin jo hyvin muistamaan mitä asioita eri osal-

listujien kanssa haastatteluissa oli käsitelty. Seuraavalla lukukerralla aloin eritellä aineistosta sen olennaista osaa koodaamalla. Koodit ovat tekstin sisäisiä muistiinpanoja, joilla jäsennetään sitä, mitä teksti tutkijan mielestä käsittelee, ja jotka toimivat “osoitteena” aineistoon, eli niiden avulla voidaan etsiä ja tarkistaa tekstiin eri kohtia (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92–93). Pyrin työskentelemään mahdollisimman aineistolähtöisesti, kuitenkin tietoisena siitä, että tutkimusaiheesta ja etenkin toipumisajattelusta lukemani kirjallisuus vaikutti vahvasti siihen, millaisia asioita aineistossani pidin merkityksellisinä tutkimusaiheen kannalta. Merkitsin olennaiset ilmaukset aineistoon alleviivaten. Koko aineiston näin läpi käyttäni tiivistin lainaukset muutaman sanan lauseiksi, jotka kirjasin erilliseen taulukkoon. Tätä työvaihetta kutsutaan aineiston redusoinniksi eli pelkistämiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Seuraavaksi aloin ryhmitellä pelkistettyjä ilmauksia alaluokiksi, jotka sitten nimesin niiden sisältöä mielestäni mielestäni parhaiten kuvaavasti. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin, jolloin aineisto edelleen tiivistyy (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Alaluokkia yhdistelin edelleen yläluokiksi.

Jo koodausvaiheen ja alaluokkiin ryhmittelyn vaiheessa päädyin käyttämään analyysin pääluokkina Jacobsonin ja Greenleyn (2001) toipumisen sisäisiä ja ulkoisia edellytyksiä, jotka mielestäni kuvasivat hyvin niitä seikkoja, joita aineistosta tuli esiin. Säilytin kuitenkin fokuksen omassa aineistossani, enkä pakottanut muodostamiani alaluokkia Jacobsonin ja Greenleyn omassa tutkimuksessaan määrittämiin yläluokkiin, vaan muodostin ja nimesin tässä tutkimuksessa yläluokat siten, miten parhaiten näin niiden kuvaavan tässä aineistossa esiintyviä seikkoja. Yläluokkien muodostuksessa käytin ohjenuorana Jacobsonin ja Greenleyn (2001) ulkoisten ja sisäisten tekijöiden määritelmiä. Heidän mukaansa toipumisen sisäiset tekijät ovat toipumisprosessiaan läpikäyvien yksilöiden asenteita, kokemuksia ja muutosprosesseja ja ulkoiset tekijät puolestaan niitä olosuhteita, tapahtumia, politiikkoja ja käytäntöjä, jotka voivat edistää toipumista. (Mt. 482.) Näiden mainittujen luokkien lisäksi muodostin luokan toipumisen merkitykset. Luokkia ja niiden keskinäistä hierarkiaa selkeyttääkseni olen koonnut ne teemakarttaan, joka on kokonaisuudessaan tämän tutkimuksen liitteenä (Liite 4).

5.4 Tutkimuseettiset näkökohdat ja tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluin, joissa haastateltiin mielenterveyden ongelmia elämässään kohdanneita ihmisiä. Haastatteluissa käytiin läpi tai sivuttiin osallistujille hyvinkin arkaluontoisia asioita heidän elämänsä historiastaan ja sairautensa kulusta. Tähän liittyy useita eettisiä näkökohtia, joita tutkimuksen teossa on huomioitava.

Pyrin suojaamaan haastateltavien identiteettiä käyttämällä heistä nimien sijaan kullekin arvottua tunnistetta (H1–H8). En myöskään halunnut samasta syystä kertoa, missä päin Suomea haastattelut on toteutettu. Haastateltavilla oli kokemuksia palveluista myös muualta kuin nykyisestä kotikunnastaan, eivätkä haastateltavat myöskään haastatteluhetkellä olleet saman kunnan asukkaita, eivätkä näin ollen saman kunnan palvelujen piirissä. Tästä syystä arvelin olevan tarpeetonta nimetä paikkakuntia, joilla haastatteluja toteutettiin, koska paikkakuntien nimeäminen ei olisi tuonut mitään lisäarvoa tutkimukseen eikä sen tulosten hyödynnettävyyteen. Haastateltavat myös rekrytoitiin useammasta eri toimintayksiköstä. Tutkimuksessa olen kiinnostunut kuntoutujien, en yhdistysten tai toimintapaikkojen näkemyksistä, eikä eri paikoissa toimivien tai niiden palveluja käyttävien henkilöiden kokemuksia ole tarkoitus verrata keskenään. Näin ollen olen päätenyt olemaan kertomatta myöskään sitä, mistä haastateltavat on tavoitettu, koska arvioin ettei, kuten paikkakunnan kohdalla, tämä tieto toisi mitään lisäarvoa tutkimukseen tai sen tulosten hyödyntämiseen.

Vaikka haastateltavien identiteettiä on pyritty suojaamaan mahdollisimman hyvin häivyttämällä aineistosta erilaisia tunnistettavia yksityiskohtia, ei heille kuitenkaan ole mahdollista turvata täyttä anonymiteettiä tutkimusraportissa niiden osalta, jotka ovat tienneet nimenomaisten haastateltavien osallistumisesta tutkimukseen. Arja Kuulan (2011) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa on joskus vaikeaa arvioida milloin tutkimusraporttiin sidottu suora aineistositaatti on käsitelty täysin tunnistamattomaksi. Lain mukaan tunnistamattomuus toteutuu kunhan kuka tahansa tutkimusta lukeva henkilö ei pysty haastateltavia tunnistamaan. Kun on kyse osallistujan mahdollisen lähipiirin mahdollisuudesta tunnistaa henkilö aineistositaattien perusteella, ollaan tekemisissä lain tulkinnan selkeydestä huoli-

matta mahdollisen tutkimuseettisen ongelman kanssa. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota siihen tapaan ja sävyyn, jolla osallistujista tutkimusraportissa kirjoitetaan, ja millä tavoin heidän sanomaansa tutkijan toimesta tulkitaan. Tutkijan on tärkeää kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa myös tekstissään ja välttää tutkittavan ryhmän halventamista tai mustamaalaamista. Tutkimuseettisesti tunnistettavuutta olennaisempi ongelma saattaakin olla osallistujaan tutkimustekstissä liitetty häpeälliseksi tai leimaavaksi koettavissa oleva tieto. (Mt. 141–142.) Oman tutkimukseni kannalta tämä on tutkittavan ryhmän vuoksi erittäin oleellista. Olenkin paitsi pyrkinyt mahdollisimman tarkkaan huolehtimaan siitä, ettei osallistujien anonymiteetti vaarannu, mutta kiinnittänyt erityistä huomiota myös siihen, millaisia käsitteitä ja sanoja käytän raporttia kirjoittaessani.

Informoin jo etukäteen haastateltavia mahdollisimman tarkkaan siitä, mitä tutkimuksella halutaan selvittää, ja millaisia asioita haastattelussa tullaan käsittelemään. Tähän on kaksi syytä. Ensinnäkin tutkimuksesta informointi käytännössä tuottaa sen suostumuksen sisälön, jonka puitteissa osallistujat ajatuksiaan ja kokemuksiaan tutkimuksessa jakavat. Osallistujille tulisi jäädä informoinnin seurauksena selkeä kuva siitä, miksi ja mihin tarkoitukseen aineisto kerätään, miten sitä muokataan ja säilytetään sekä kenellä on siihen käyttöoikeus. Tietoon perustuva suostumus on hyvin keskeinen kaikissa ihmistieteissä, ja sen tarkoituksena on saada tutkimukseen osallistujat ymmärtämään mihin he osallistuessaan suostuvat. (Kuula 2011, 71–72.) Toiseksi halusin varmistaa, etteivät tutkittavat joudu tilanteeseen, jossa kokevat tutkimuksessa joutuvansa vastaamaan kysymyksiin tai keskustelemaan aihepiireistä, joihin eivät koe olevansa valmiita vastaamaan. Kun ennen suostumusta osallistumiseen kävin haastattelun sisältöjä läpi mahdollisten tutkittavien kanssa, pystyin varmistamaan, että heidän haastattelussa käyttööni antamansa tieto oli aidosti vapaaehtoisesti jaettu.

Haastattelussa pyrin suuntaamaan haastateltavien ajattelua positiiviseen suuntaan ja kohtelemaan haastateltavaa asiantuntijana omassa asiassaan. Koska tavoitteena oli selvittää ajatuksia nimenomaan toipumiseen liittyen, ei lähtökohtaisesti ollut tarpeen käydä läpi haastateltavan sairaushistoriaa tai oirekuvaa kovinkaan yksityiskohtaisesti, mutta moni haastateluista silti oma-aloitteisesti sisällytti paljon myös näihin aiheisiin liittyvää tietoa omaan

kertomukseensa. Kun haastatteluissa nousi esiin aiheita, joiden kertominen oli näkemykseni mukaan haastateltavalle vaikeampaa tai tunteita herättävämpää, pyrin erityisen tarkasti huolehtimaan siitä, että haastattelu tästä huolimatta pystyttiin päättämään positiivisessa mielentilassa, ja koin, että näin myös kaikkien haastateltavien osalta tapahtui.

Koen, että on myös tärkeää kiinnittää huomiota niihin käsitteisiin, mitä raportissani käytän. Kun viitataan psyykkiseen sairauteen ja sairastamiseen, mielenterveyden ongelmiin tai henkilöihin, jotka ovat mielenterveyden ongelmia kokeneet, on tärkeää pitää mielessä, että erilaiset kategoriat, joihin ihmisiä ulkopuolelta asetetaan, saattavat vaikuttaa niihin liittyvien ominaisuuksien ja ennakkokäsitysten myötä siihen, millaista kuvaa kategorisoinnin kohteena olevista ihmisistä luodaan tai miten heitä auttamisjärjestelmässä kohdellaan (Kulmala 2006, 82).

Työskennellessäni sairaalan sosiaalityöntekijänä olen tottunut puhumaan samasta henkilöstä useimmiten potilaana viitatessani häneen suhteessa hoitopaikkaan tai hoitaviin henkilöihin, ja asiakkaana viitatessani häneen suhteessa minuun sosiaalityöntekijänä. Samaan tapaan käytän näitä käsitteitä tässä työssä. Lisäksi käytän kuntoutuja-sanaa, joka tutkimukseni aiheen kannalta, mutta ei aina asiayhteyden kannalta, olisi soveltuvim, joten käytän sitä asiayhteyden salliessa. Sanat ”potilas”, ”asiakas” ja ”kuntoutuja” sisältävät jokainen tietyn tyyppisiä konnotaatioita. Potilas-sanaan liittyy ehkä vahvimmin mielikuva lääkärin ja potilaan epätasa-arvoisesta suhteesta. Siinä potilas on hoitotoimenpiteiden kohteena kun taas lääkäri on auktoriteetti tiedon suhteen, ja hän myös käyttää valtaa vastaanottotilanteessa vastaten sen rakenteesta, johdatellen keskustelua ja määräten soveltuvan hoidon (Varinen 2018, 1). Asiakas sitä vastoin on liikkeessä, virastossa tai muualla asioiva henkilö, joka teettää jotakin jollakin ammattilaisella tai ostaa tältä jotakin ollen siis jonkin tahon palveltavana. Lääkärin ja potilaan suhteen muuttuessa terveydenhuollossa kohti tasavertaisuutta, on potilaan aktiivisuutta ja itsemääräämisoikeutta alettu korostaa käyttämällä useasti asiakas-sanaa. (Peltokorpi 2006, 1–2.) Toisaalta lainsäädännössä potilas ja asiakas ovat juridisia termejä. Terveyden- ja sairaanhoidon asiakkaan asemasta säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista, jossa potilas määritellään terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuk-

sista 2§). Vastaavassa laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista asiakas on sosiaalihuoltoa hakeva tai käyttävä henkilö (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 3§). Kuntoutuja-sanaan taas liittyy voimakkaimmin henkilön oma toimijuus. Päivi Rissanen (2015, 160) viittaa kokemusasiantuntijoiden kanssa käymiinsä keskusteluihin, joissa kuntoutuja-sanaan on liitetty toivo sekä vastuunottaminen itsestä ja omasta elämästä. Tiedostaen edellä mainittujen sanojen merkitysvivahteet ja sen, etteivät edellä mainitut sanat ole neutraaleja, käytän niitä siitä huolimatta tässä tutkimuksessa neutraalisti kulloiseenkin asiayhteyteen parhaiten sopivalla tavalla.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa kysymys on tutkimusprosessin luotettavuudesta (Eskola & Suoranta 1998). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa kuvaamalla mahdollisimman tarkasti tutkimuksen toteuttamisesta sen joka vaiheessa (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Olenkin pyrkinyt dokumentoimaan tutkimusprosessin mahdollisimman tarkasti sisällyttäen raporttiini kuvaukset aineiston hankinnasta sekä sen analyysiprosessista. Tutkija itse on tutkimuksen keskeisin tutkimusväline, ja tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on myös otettava huomioon tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Käytännössä laadullisessa tutkimuksessa puolueettomuus ei koskaan täysin pääse toteutumaan, koska tutkimuksen tiedonantajan kertomus suodattuu tutkijan oman kehyksen läpi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 177.) Tutkimuksen tulosten tulisi vastata tutkittavien kokemusmaailmaa ja käsityksiä mahdollisimman hyvin. Tutkijan tekemät valinnat ja tulkinnat kuitenkin vaikuttavat tutkimukseen sen useassa eri vaiheessa, mikä tulisi tiedostaa tutkimusta tehdessä. (Aaltio & Puusa 2011, 157.) Omat kokemukseni psykiatrian palveluissa ja mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelystä ovat varmasti vaikuttaneet ainakin siihen, miten olen tutkimukseni aihetta lähestynyt ja millaisia ennakko-oletuksia minulla on aiheesta ollut. Osallistujat ovat olleet minulle ennestään vieraita, ja olen pyrkinyt lähestymään heitä ja sitten saamaani aineistoa ulkopuolisena tutkijana tiedostaen omat ennakkokäsitykseni, jotka jollakin tavalla voisivat myös haastattelutilanteisiin sekä tuloksiin vaikuttaa. Tutkimuksessa voidaan myös arvioida sen uskottavuutta, eli sitä, vastaavatko tutkijan käsitteellistyksiset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 1998). Olen tämän vuoksi käyttänyt tulosten raportoinnissa melko runsaasti aineistositaatteja, joiden avulla olen pyrkinyt tekemään näkyväksi niitä perusteita, joilla olen aineistostani tehnyt tulkintoja.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Esittelen tutkimukseni tulokset kolmessa osassa siten, että jokainen tutkimukseni kolmesta pääluokasta käydään läpi omassa alaluvussaan. Luvussa 6.1 esittelen sen kuvan, joka osallistujien kertomuksiin pohjautuen syntyy siitä, mitä toipuminen heille tarkoittaa ja mitä siinä tavoitellaan. Seuraavaksi käyn läpi osallistujien toipumiseen vaikuttavia ja vaikuttaneita tekijöitä käyttäen hyväkseni Jacobsonin ja Greenleyn (2001) jakoa toipumisen sisäisiin ja ulkoisiin olosuhteisiin. Toipumisen sisäiset edellytykset käydään läpi luvussa 6.2 ja ulkoiset olosuhteet luvussa 6.3. Jokaisen alaluvun alkuun olen liittänyt taulukon, jossa esitellään kunkin pääluokan alle sijoittuvat teemat.

Haastateltavista kolme oli naisia ja kolme miehiä sekä yksi muunsukupuolinen. Haastateltavat olivat iältään 20–65 -vuotiaita ja heidän keski-ikäseen muodostui 48,3 vuotta. Haastatelluista kolme oli yksin asuvia, loput asuivat kumppanin tai perheenjäsenten kanssa. Omia lapsia oli kolmella haastatelluista, joista yhden osalta lapsia ei enää asunut kotona.

Osallistujista kaikilla oli tai oli ollut kertomansa mukaan psyykkisiä oireita, ja kaikki myös mainitsivat vähintään yhden diagnosoidun ICD-10 tautiluokituksen F-ryhmään (Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt) sijoitettavissa olevan häiriön. Sairauksien ja oireiden laatu kuitenkin vaihteli hyvin paljon haastateltavien välillä. Psykoosioireita oli tai oli ollut haastateltavista viidellä ja masennusoireita viidellä. Riippuvuusongelmasta kärsi kaksi osallistujaa ja aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöistä yksi. Lisäksi haastateltavat kertoivat kokeneensa ahdistusta sekä pakko-oireita. Heille tehdyistä diagnooseista haastateltavat mainitsivat kaksisuuntaisen mielialahäiriön, määrittämättömän psykoottisen häiriön, skitsofrenian, skitsoaffektiivisen häiriön, erilaiset masennusdiagnoosit, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön sekä persoonallisuushäiriön. Kaikki olivat tai olivat olleet jossakin vaiheessa elämänsä psykiatrisessa sairaala- ja/tai avohoidossa. Kaikkia haastateltuja yhdisti se, että oireet olivat jossakin muodossa alkaneet jo hyvin nuorena; monella jo lapsuudessa tai nuoruudessa ja kaikilla viimeistään varhaisaikuisuudessa. Useassa tapauksessa oireiden ilmaantuminen ensi kertaa ei kuitenkaan vielä ollut johtanut hoitoon hakeutumisi-

seen tai hoitoon pääsyyn, vaan varsinainen hoitoon johtanut vakavampi sairastuminen on saattanut tapahtua vasta myöhemmin.

6.1 Toipumisen merkitykset

Taulukko 3. Toipumisen merkitykset -pääluokan teemahierarkia

Toipumisen merkitykset	Määrittely	Kliininen toipuminen
		Eteenpäinvievä päätepisteetön prosessi
		Ylä- ja alamäet
		Tavallinen elämä
	Tavoitteet ja haaveet	Tavoitteiden merkitys
		Työ ja opiskelu
		Sosiaaliset tavoitteet
		Hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen
		Kehittyminen / kasvu ihmisenä

Kaikki osallistujat olivat kohdanneet mielenterveyden ongelmia, mutta toipuminen tai kuntoutuminen käsitteenä ei ollut kaikille yhtä selkeä. Osa haastateltavista ei ollut muistinsa mukaan käsitteeseen ennen tutkimukseen osallistumista varsinaisesti edes törmännyt. Osalle haastateltavista taas käsite ja se, mitä toipuminen omassa elämässä tarkoittaa, oli muodostunut melko selkeäksi. Vertaisneuvojina toimivat osallistujat olivat selvästi haastateltavista eniten joutuneet pohtimaan omaa toipumisprosessiaan ja sille antamia merkityksiä, mikä kuului heidän haastatteluissaan. Muiden osallistujien osalta toipumisen merkityksen selkeys itselle vaihteli, mutta pääsääntöisesti osallistujat kuitenkin puhuivat samanlaisista asioista, joista osallistujat myös aiemmassa toipumisajattelua käsittelevissä tutkimuksissa ovat puhuneet (esim. Leamy ym. 2011, Jacobson & Greenley 2001). Davidson ja kumppanit (2006, 643) toteavat, että suurin osa niistä ihmisistä, joiden voitaisiin kuvata olevan toipumassa, eivät puhu toipumisesta tai kuntoutumisesta, tai edes varsinaisesti ajattele sitä, vaan ensisijaisesti puhuvat elämänsä saamisesta takaisin; työpaikan hankkimisesta, ystävyyssuhteiden luomisesta tai elämisestä itsenäisesti. Tämän tutkimuksen osallistujien suhde toipumisen tai kuntoutumisen käsitteeseen vaikutti jokseenkin saman suuntaiselta. Usein, riippumatta siitä kuinka tuttu toipumisen käsite heille oli, haastateltavat määritteli-

vät toipumisen yksinkertaisimmillaan pyrkimykseksi elää tavallista elämää sairaudestaan ja sen mahdollisista oireista huolimatta. Osa haastatelluista taas mielsi toipumisen ennemminkin sen kliinisen määritelmän mukaisesti oireiden poistumiseksi tai sairaudesta paranemiseksi. Hekin kuitenkin kuvasivat tekoja ja muutoksia, jotka olivat johtaneet hyvinvoinnin kasvuun, vaikka he eivät tätä varsinaisesti toipumiseen tai kuntoutumiseen liittäneet. Tämä konkretisoituu seuraavan osallistujan kuvauksessa kolmannen sektorin toimintaan osallistumisen hyödyistä.

Ei täst oo mun kuntoutumisen kannalta sillai mitään hyötyä kauheesti, mut kun mulla ei oo paljon kavereita, mulla ei oo oikeestaan yhtään semmosta sydänystävää kenen kanssa mä näkisin, et me vaan soitellaan, niin täällä on sitte kuitenkin kavereita ja tekemistä. Muuten mä olisin tuolla kämpässä varmaan ja siirtelisin huonekaluja kun ei oo muutakaan tekemistä. (H6)

Tässä osallistuja oli kokenut lisääntyneiden sosiaalisten kontaktien tuoneen positiivisen muutoksen hänen arkeensa, mutta samaan aikaan hän toteaa ettei toiminta edesauta hänen (kliinistä) toipumistaan. Osallistuja siis mieltää toipumisen kannalta merkityksellisiksi ja siihen sisältyviksi tavoitteiksi ainoastaan hoitotavoitteet (ks. Slade 2009b) kun taas mieltää elämäntavoitteensa ja hyvinvointia lisäävät teot tästä erillisiksi, vaikka niidenkin arvon toisaalta elämässään yleensä tunnistaa. Muidenkin osallistujien kertomuksissa oli havaittavissa samankaltainen kahtiajako, mikä antaisi viitteitä siitä, ettei toipumisorientaatio ainakaan kovin vahvasti ole läsnä heidän hoitokontakteissaan.

Osa haastatelluista kuvasi toipumista prosessina tai polkuna, joka etenee vähitellen. Prosessiluonteisuudessa osa korosti eteenpäin menon ohella myös sitä, ettei prosessin päässä ole päätepistettä. Osallistujista lähes kaikki ajattelivat, ettei toipumisessa voi koskaan tulla valmiiksi siinä mielessä että sairaudesta tai sen oireista kokonaan koskaan parantuisi, vaan ainoastaan voi aina pyrkiä eteenpäin.

Mä en välttämättä pysty, kun mä oon ollu niin kauan sairas, niin mä en välttämättä pysty ikinä tekeen kaikkee ihan samalla tavalla kun niinku terve ihminen, mutta kyllä mulle riittäis se, mä niinkun kokisin olevani kuntoutunut jos mä pystyisin esimerkiks käymään koulun silleen, tavallaan isommitta ongelmitta. (H8)

Käsitys toipumisesta ilman parantumista on yhtenevä myös aiemmassa toipumisajatteluun keskittyvässä tutkimuksessa havaitun kanssa (esim. Leamy 2011). Tämä ajatus kytkeytyi osalla vastaajista toipumisen luonteeseen liitettyyn ajatukseen tavallisen elämän elämisestä oireista huolimatta, eikä sinänsä osallistujien kuvauksissa vaikuttanut negatiivissävytteiseltä, vaan ainoastaan realismiin pohjautuvalta ajatukselta.

No tota, se on semmonen polku mitä kuljetaan ja se ei sinänsä mitä luultavimmin johda mihinkään, et se vaan vie eteenpäin (...) ettei tuu niin sanotusti valmiiks, et en usko et tulee se päivä jolloin mä voin sanoo et nyt mä oon kuntoutunut, et kaikki täällä on ollut ja mennyttä (H5)

Niillä osallistujilla, jotka käsittivät toipumisen kliinisenä toipumisena, suhtautuminen myös sairauden pitkäaikaisuuteen tai parantumattomuuteen oli negatiivisempi riippumatta siitä ettei kliinistä toipumista tosiasiaassa edes tavoiteltu. Niille, jotka käsittivät toipumisen lähemmin henkilökohtaisen toipumisen määritelmän kautta, oli sairauden parantumattomuuden ajatuksesta huolimatta aina olemassa eteenpäin menon mahdollisuus. Osaltaan suhtautumiseen vaikuttanee kuitenkin toipumiskäsityksen ohella myös toipumisen vaihe, sekä se, millaisesta sairaudesta toivutaan.

Kuten myös esim. Leamy ja kollegat (2011) ovat omassa meta-analyysiin perustuvassa toipumisen mallissaan todenneet, tuli haastatteluissa usein esiin se, että osallistujien käsitysten mukainen toipumisprosessi ei suinkaan ollut eteenpäinmenon ajatuksista huolimatta lineaarinen, vaan sisälsi ylä- ja alamäkiä sekä relapsien tai retkahdusten tapahtumisia ja mahdollisuuksia, jotka hyväksyttiin osaksi prosessia.

No se on ollu nimenomaan sellasta, et aikamoista vuoristorataa. (H5)

Mä uskon että retkahtamista voi tapahtuu, sen mä uskon että mulle voi tapahtuu. Mutta se että yrittää parhaansa. (H3)

Henkilökohtaisessa toipumisessa kuntoutuja määrittää itse mitä toipuminen hänelle tarkoittaa. Keskeistä on pyrkiminen elämässä eteenpäin sen sijaan, että tavoiteltaisiin sairastumisesta edeltävää sairaudesta vapaata tilaa tai elämää sellaisena, kun sitä on ennen sairastumista eletty. Tyypillisesti haastateltavat määrittivät toipumisen yksinkertaisimmillaan pyrki-

mykseksi elää tavallista elämää sairaudestaan ja sen mahdollisesti yhä esiintyvistä oireista huolimatta.

No tota mulla on nyt tavoitteena ollut se, että mä olen joka päivä niinku sillä tavalla, miten mä sanoisin, nousen suht virkeänä ylös ja teen kaikkii asioita mitä muutkin ihmiset tekee (...) elää niinkun ihan sellasta elämää kun muutkin ihmiset elää. (H1)

Kaikista keskeisintä on se arjessa suoriutuminen, että pieniä tavoitteita aina. Ei siinä tarvita mitään rakettitiedettä. (...) Tavallinen elämä ja ehkä jotakin asioita vuoron perään painottaen enemmän. (H4)

Tavallisuus mainittiin haastateltujen kuvauksissa toipumisen merkityksistä melko usein. Tavallisuudesta tulee tavoiteltavaa tilanteissa, joissa tiedostetaan, että sairauden vuoksi sitä ei välttämättä voida saavuttaa tai se ollaan vaarassa menettää (Raitakari ym. 2011, 338). Kuntoutujat kuvaavat usein ehkä juuri tästä syystä myös tavallista arkeaan erityisen arkisin tavoin; arki oli myös tämän tutkimuksen osallistujien kertomuksissa kaupassa käymistä, siivousta ja ruuanlaittoa, Saman ilmiön ovat havainneet myös Marit Borg ja Larry Davidson (2008), jotka tähdentävät, että näissä yksinkertaisuuksissa on kyse paljon suuremmasta; kuntoutujat kuvaavat elämäänsä näiden arkipäiväisyyksien kautta, koska sairaus vaikuttaa perustavalla tavalla juuri kykyyn suoriutua näistä arkipäiväisistä asioista.

Toipumisen päämäärän määrittely itselle kuuluu Youngin ja Ensingin (1999) mukaan tyypillisesti toipumisen alkuvaiheeseen. Tällöin toipumisprosessissaan liikkeelle lähtevä henkilö usein hyväksyy sairautensa osana elämää ja alkaa lääketieteellisen mallin mukaisen toipumisen sijasta tavoitella hyvää elämää sairaudesta huolimatta. (Mt. 223.) Toipumisen merkitys siten konkretisoitui osittain osallistujien haaveissa ja tavoitteissa. Tavoitteet myös auttoivat toipumisprosessissa eteenpäin. Seuraavassa esimerkissä haastateltava kuvaa koko toipumisprosessinsa edenneen tavoitteesta toiseen tavoitteiden toimiessa välineenä päämäärän saavuttamiseksi.

Mä tein niinkun tilanteen mukaan niitä tavoitteita. Et jotenkin se oli semmonen että kun oli niitä tavoitteita niin oli jotain konkreettista jotakin mitä kohti voi nojata, että tätä kohti mä oon menossa. (...) Kyllä sillä oli iso merkitys. (H4)

Paitsi konkreettisempia tavoitteita, myös haaveet ja kaukaisemmatkin toiveet nähtiin merkityksellisinä. Haaveet saattoi kokea eteenpäinvievänä voimana ja jonakin, jonka vuoksi jaksaa vaikeimpienkin aikojen yli. Yhden osallistujan mukaan tärkeä haave oli kannatellut häntä niin, etteivät hänen välillä kokemansa vakavatkaan itsetuhoajatukset olleet muuttuneet konkreettisiksi teoiksi.

Lähes kaikilla haastateltavilla heidän mainitsemansa tavoitteet ja haaveet liittyivät hyvinvoinnin ja elämän merkityksellisyyden lisäämiseen, eikä kukaan suoranaisesti sanonut tavoittelevansa parantumista, joskin ne, joilla jonkinlaisia oireita oli, toivoivat myös niiden lievittymistä muiden elämäntavoitteidensa ohella. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että toipuminen käsitetään nimenomaan elämäntavoitteiden kautta, eli toipumisen voidaan sanoa olevan synonyymi hyvän elämän tavoittelulle. Tästä syystä toipumista ei voida käsitellä erillisenä ihmisen elämän kontekstista. (Biringer ym. 2017, 510.) Osallistujien mainitsemat tavoitteet saattoi jakaa työhön ja opiskeluun liittyviin tavoitteisiin, itsensä kehittämisen tavoitteisiin, sosiaalisiin tavoitteisiin sekä hyvinvointia ja terveyttä lisääviin tavoitteisiin.

Sosiaaliset haaveet ja tavoitteet liittyivät paljolti parisuhteeseen, josta osa haastatelluista haaveili, ja osa taas halusi kehittää ja parantaa jo olemassa olevaa parisuhdettaan. Toipumisen tavoitteena saattoi olla myös hyvä vanhemmuus ja positiivinen läsnäolo lapselle.

No se on tietysti varmaan sekin että mä olin tossa välillä kuitenkin niin.. tullu perheelliseksi ja oli jälkikasvua sitten, niin oli jotenkin sellanen olo et ihan heijänkin takia, lasten takia tarttis olla paremmassa voinnissa (H7)

Useampi haastateltava myös halusi toipumisensa myötä toimia positiivisena esimerkkinä tai toivon lähteenä toiselle ihmiselle, läheiselle tai tuntemattomalle, joka kamppailee samankaltaisen sairauden kanssa. Lisäksi yksi haastateltavista mainitsi tavoitteenaan olleen myös sosiaalisten tilanteiden pelon hälventämisen ja sosiaalisten kontaktien lisäämisen.

Terveyttä lisäävien tavoitteiden kategoria piti sisällään monenlaisia arkeen liittyviä tavoitteita, kuten painon pudotus, liikunnan lisääminen, itsensä pitäminen hyvässä fyysisessä

kunnossa tai riippuvuuden hallinta. Samantha Clarken ja kollegojen (2012) mukaan (fyysiseen) terveyteen liittyviä tavoitteita asetetaan erityisen paljon toipumisen alkuvaiheessa. Syynä tähän saattaa olla se, että terveyteen liittyvät tavoitteet ovat konkreettisia ja käytännöllisiä, ja niitä on siten mahdollista asettaa myös silloin, kun elämässä eteenpäin vievien tavoitteiden asettaminen ei ole mahdollista. Terveyden ylläpitämiseen liittyvät tavoitteet voivat tuottaa tänä aikana toimijuuden tunnetta. Toisaalta terveyteen liittyvät tavoitteet saattavat heijastella myös ammattilaisten ehdotuksia mahdollisiksi tavoitteiksi enemmän kuin puhtaasti yksilön omaa tavoitteen asettelua, joka toipumisen alkuvaiheessa saattaa vielä olla haparoivaa. (Mt. 302.) Samoin yleistä hyvinvointia lisäävien tavoitteiden joukossa oli paljon arkeen liittyviä tavoitteita tai haaveita, kuten lemmikin hankinta, asunnon vaihto, patikointireissut tai arkielämän taitojen ja omillaan pärjäämisen opettelu.

Rahan käyttö ois hyvä oppii, ruuanlaitto ois hyvä oppii, pyykinpesu ois hyvä oppii. Mä aattelen tulevaisuutta, ja sit kun äitiä ei enää oo, niin miten pärjäis sitten. (H3)

Yksi osallistujista tavoitteli opiskelupaikkaa ja myöhempää sijoittumista alan työhön. Tämä tavoite oli looginen osallistujan iän ja tilanteen kannalta, ja hän myös määritteli koko toipumisensa tämän tavoitteen kautta. Kaksi osallistujaa uskoi, ettei palkkatyö haastatteluhetkellä olisi mahdollinen, mutta eivät sulkeneet pois tätä vaihtoehtoa tulevaisuudessa. Vaikka kokoaikainen työ avoimilla työmarkkinoilla ei monen suoranaista tavoitteena ollutkaan, oli monella usealla haastateltavalla halu tehdä työtä. Tällöin tavoite oli välityömarkkinoilla tai, osalla haastatelluista jo ainakin osittain toteutuneena tavoitteena, vertaisuuden kautta tehtävässä työssä. Seuraava osallistuja oli asettanut haastatteluhetkellä tavoitteekseen kuntouttavan työtoiminnan tavallisen palkkatyön sijasta.

No varmaan tohon kuntouttavaan työtoimintaan, et siihen olis tarkoitus mennä. Mä oon ollu ennenkin (...) Kuntouttavan kautta mä oon ajatellut et jos pääsis johonkin keittiöapulaiseks, et tiskaan ja salaattii ja tämmöstä. Et se vois olla. Ois tarkoitus et jos kattoo täältä läheltä jonkin semmosen paikan mihin pääsis keittiöön harjotteleen. (H6)

Konkreettisten tavoitteiden lisäksi osallistujilla oli myös jonkin verran abstraktimpia ihmisenä kehittymisen tai kasvun tavoitteita, kuten pyrkimys saavuttaa rennompi elämänsenene, kyky helpottaa ahdistusta puhumalla ahdistavista asioista sen sijaan, että purkaisi ahdis-

tustaan itselle vahingolliseen toimintaan, tai halu saavuttaa sisäinen rauha ja tasapaino itsen ja ympäristön kanssa.

6.2 Toipumisen sisäiset edellytykset

Toipumisen sisäiset edellytykset ovat asioita, jotka kuvaavat kuntoutujan asenteita, kokemuksia ja muutosprosesseja, jotka ovat edellytyksinä toipumisen käynnistymiselle ja sen edistymiselle (Jacobson & Greenley 2001, 482). Sisäiset edellytykset ovat myös toipumisen tekijöistä niitä, joihin kuntoutujalla itsellään on ainakin periaatteessa mahdollisuus suoraan vaikuttaa. Tämän tutkimuksen aineistosta toipumisen sisäisiä edellytyksiä kuvaa neljä luokkaa, jotka olen nimennyt toivo ja positiivisuus, sosiaalinen ympäristö ja yhteisöihin kiinnittyminen, toipumisarki ja sairauden hallinta sekä roolit.

Taulukko 4. Toipumisen sisäiset edellytykset -pääluokan teemakartta.

Toipumisen sisäiset edellytykset	Toivo ja positiivisuus	Myötäsytynäinen toivo
		Valittu asenne
		Terapeuttinen optimismi
		Hauras toivo
	Sosiaalinen ympäristö ja yhteisöihin kiinnittyminen	Avoimuuden ja ulospäinsuuntautuneisuuden lisääntyminen
		Suhteet läheisiin
		Sosiaalisten kohtaamisten paikat
		Vertaisuus
		Hyvät vs. haitalliset suhteet
	Toipumisarki ja sairauden hallinta	Sairautta koskeva tieto
		Lääkitys
		Hyvinvoinnin lisääminen (omahoidon strategia)
		Ensiapu (omahoidon taktiikka)
	Roolit	Entisten roolien menettäminen
		Vanhemmuus
		Kokemusasiantuntijuus ja vertaisauttajuus

6.2.1 Toivo ja positiivisuus

Paitsi halua muutokseen, tarvitaan toipumisessa myös positiivista uskoa sen mahdollisuuteen. Haastateltavat toivat kertomuksissaan esiin positiivisen suhtautumisen tärkeyttä ja uskoaan toipumisen etenemiseen. Toivo esiintyi myötäsyttyisenä, tietoisena valittuna asenteena, välttämättömyytenä ja armollisuutena itselle. Lisäksi osa osallistujista korosti itsen asettamista prioriteettilistan kärkeen ja osalla toivo liittyi odotukseen hoidon tuloksellisuudesta.

Kaikki haastateltavat olivat jossain määrin toiveikkaita toipumisen suhteen, mutta se, millä tavoin toiveikkaus ilmeni, vaihteli haastateltavien välillä. Toivo saattoi olla myötäsyttyistä, kuten seuraavassa jossa toivo toipumisesta oli virinnyt toimintakyvyn palautumisen myötä vaikean sairastumisjakson jälkeen.

Mulla oli semmonen tunne että minä selviän. (H4)

Tästä tunteesta oli kyseisen osallistujan mukaan käynnistynyt hänen varsinainen toipumisprosessinsa. Sairauden ja oman epätäydellisyyden hyväksyminen koettiin joskus helpottavana, ja sen myötä mahdollisuudet suhtautua toiveikkaammin tulevaisuuteen lisääntyivät. Moni osallistujista tunnisti itsessään taipumusta perfektionismiin tai pedanttiuteen, josta luopuminen oli tuonut helpotusta ja osaltaan mahdollistanut toipumisen käynnistymistä ja sen etenemistä. Seuraava osallistuja oli ymmärtänyt, ettei hänen tarvitse tavoitella jotakin, joka nykytilanteessa ei ole mahdollista, vaan tyytyväinen voi olla myös tilanteeseen kaiken ja ei minkään välillä.

Siinä jotenkin tajus sen, et niinkin ison asian, et mä oon mitä oon ja se on ihan hyvä. (H5)

Jotkut haastateltavista näkivät positiivisen suhtautumisen ja uskon toipumisen edistymiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen välttämättömyytenä, joka kytkeytyi sairauden hyväksymiseen. Positiivisuus kuvautui tällöin ennemminkin päättäväisyytenä johon voima täytyy löytyä itsestä. Osallistujat kuvasivatkin toipumisessa tarvittavan uskoa itseensä, yritystä näh-

dä asioiden hyvät puolet tai uskallusta toivoa, että tulevaisuus tuo parempaa tullessaan. Seuraava lainaus kuvaa osuvasti kuntoutujan prosessia sairauden hyväksymisessä ja ajatus-
ten eteenpäin suuntaamisessa siitäkkin huolimatta, mitä menetyksiä sairastuminen on elä-
mässä aiheuttanut.

Joo nyt on niinkun antanu armoo itelle kyllä että ei olla täydellisiä, et et... Et tietty se on aika harvinainen sairaus kuitenkin prosentuaalisesti. Mut se on nyt sattunu omalle kohdalle kuitenkin ja se on nyt kestäny aika kauan sen tajuaminen ja hyväksyminen, mut se että siitäkkin eteenpäin, että ei siihen voi jäädä sitten. (H7)

Osalla osallistujista toivo liittyi omaan valittuun ja tietoisesti ylläpidettyyn asenteeseen.

Kyllä se siitä, oma asenne. Et niinkun vaikka näyttää kuinka toivottomalta jonain päivänä, niin kyllä se, no, pakko sanoo pääsääntöisesti, siitä paremmaks muuttuu. Aina on toivoa. Se on tärkein asia mun mielestä. On ikävä nähä ihmisiä, jotka on antaneet periks asioiden kanssa. (H5)

Nekin, jotka eivät suoranaisesti tuoneet esiin positiivista tulevaisuudenuskoa, tunnistivat ja ilmaisivat tyytyväisyyttään jo tapahtuneisiin positiivisiin muutoksiin. Muutokset saattoivat olla pieniäkin, mutta tieto positiivisen muutoksen mahdollisuudesta todennäköisesti lisää uskoa positiivisten muutosten mahdollisuuteen myös jatkossa.

Moni osallistujista korosti hoidon roolia toipumisessa ja toivo liittyi kiinteästi uskoon ja kokemukseen hoidon tuloksellisuudesta. Tämä ajatus pitää sisällään viitteitä Pilgrimien ja McCranien (2013) kuvaamasta terapeuttisesta optimismista, jossa hoito ja siihen liittyvä lääkitys ja muut toimenpiteet ovat keskeiset toipumista fasilitoivat tekijät, ja toivon voidaan ajatella linkittyvän odotuksiin näiden vaikuttavuudesta. Seuraava osallistuja edellyttää toipumisen saavuttamiseksi toimivaa hoitoa, mutta ei kuitenkaan ulkoista toipumisprosessia kokonaan hoitotahon vastuulle, vaan näkee hoidon yhtenä (tärkeänä) osana kokonaisuutta.

Ei kyllä siinä pitää olla toimiva hoito kanssa ja ite sitten positiivisesti lähtee mukaan siihen hoitoon, niin siitä se kuntoutuminen sitten lähtee. (H5)

Toivon merkitys toipumisessa nähdään sen voimassa laajentaa mahdollisen kirjoa ja näin ollen se toimii perustana toipumiselle. Toivon kuvataan usein säilyvän myös sairauden pahenemisvaiheissa, jolloin se osaltaan pitää yllä toipumista ja mahdollistaa toipumisuralle palaamisen voinnin jälleen parannuttua. (Jacobson & Greenley 2001, 482; Andersen ym. 2003, 589.) Sairauden pahenemisvaiheet ja koetut vastoinkäymiset saattoivat tämän tutkimuksen vastaajien mukaan kuitenkin vaikuttaa siihen, kuinka toiveikkaasti toipumisen edistymiseen suhtauduttiin, vaikka ne sinänsä hyväksyttiin osaksi toipumista. Näin ollen toivo ei kaikkien vastaajien kertomuksissa kuvautunut edellä mainitun kaltaisena läpi prosessin säilyvänä eteenpäin vievänä voimana. Seuraavassa esimerkissä haastateltava on joutunut jättämään opintonsa kesken sairauden pahenemisen vuoksi. Opinnot ovat hänelle keskeisin osa toipumista, ja hän mieltää toipumisensa onnistumisen tärkeimmäksi mittariksi niissä selviytymisen.

Harmittaa, et mä jouduin jättään sen kesken, koska se oli niinkun isoin unelma mulle ikinä, ja on se vieläkin ihan yhtä tärkeä juttu. Et ei se siihen oo vaikuttanut etteikö se olis mulle tärkeätä, mut se kynnyks niinkun mennä sinne kouluun, niin se on niinku.. ja sitten sen jaksamisen.. et mä en niinku usko enää tavallaan niin paljon et mä jaksan. (H8)

Epäonnistumiskokemukset saattavat muokata käsitystä omista mahdollisuuksista negatiivisempaan suuntaan, kuten edellisen haastateltavan tapauksessa ehkä on tapahtunut. Hän ei kuitenkaan ole luopunut toivosta haaveensa toteutumisen suhteen. Haaveet ja toivo liittyvätkin yhteen keskeisellä tavalla. Haaveilla on toipumisen etenemistä vahvistava voima, ja mitä vetovoimaisempia ne ovat, sitä todennäköisemmin ihmiset tekevät elämässään ratkaisuja, jotka vievät kohti haaveiden toteuttamista. Haaveet liittyvät olennaisesti myös toivon ylläpitämiseen. (Toivio & Nordling 2013, 330.) Useampi osallistujista kuitenkin kertoi, etteivät haaveet kannu sairauden pahenemisvaiheiden yli, tai että haaveet ovat kokonaan hävinneet sairauden ja raskaiden elämäkokemusten myötä.

6.2.2 Sosiaalinen ympäristö ja yhteisöihin kiinnittyminen

Toipuminen on perimmiltään sosiaalinen prosessi ja kiinnittyminen yhteisöihin on sen olennainen osa. Sosiaaliin yhteisöihin kiinnittyminen on paitsi edellytys toipumisen tapahtumiselle, myös merkki sen edistymisestä. Jacobsonin ja Greenleyn (2001, 483) mukaan yksi toipumisen suurista muutoksista on muutos siinä tavassa, jolla toisten ihmisten kanssa ollaan. Myös tässä aineistossa osallistujat kuvasivat muutoksia sosiaalisissa suhteissaan. Paitsi että sosiaaliset kontaktit olivat useimmilla lisääntyneet, kuvasi osa osallistujista muuttuneensa muullakin tavoin avoimemmaksi ja ulospäinsuuntautuneemmaksi.

Jotain suurta on tapahtunu kuitenkin et just näitten sairastumisien myötä on tullu niinkun semmonen armollisempi ja just semmonen hyväksyvämpi vähän muitakin kohtaan. Et semmonen suvaitsevaisuus on niinkun lisääntynyt kyllä aika paljon. (...) Nyt kuuntelee niinkun ympäristöään ja jää miettimään ja sitten tullu niinkun et on ollu kiinnostuneempi paljon asioista ja ilmiöistä, että mitä niinkun tapahtuu yleensä maailmassa, niin kyllähän mä ajattelen et onhan siinä suuri semmonen muutos tapahtunu. (H7)

No tavallaan sairastumisen aikana musta on tullu niinkun semmonen itsekkäämpi ja siis semmonen että.. miten sen kertoisin.. et ei oo välittänyt toisista. Nyt rupee jo välittämään toisista. (H3)

No varmaan on toi et mä pystyn, niinkun, etten mä skitsahtele ihmisille. (H5)

Suhteet läheisiin ihmisiin; perheenjäseniin, kumppaniin ja ystäviin, olivat osallistujille tärkeä voimavara toipumisessa. Läheisten ihmisten vaikutus toipumisprosessia edistävästi on todettu myös aiemmassa tutkimuksessa (esim. Topor ym. 2006, 21; Biringer ym. 2016, 25). Suhteissa läheisiin on Toporin ja kumppaneiden (2006) mukaan useanlaisia kuntoutujaa tukevia elementtejä. Läheiset pysyvät kuntoutujan rinnalla hyvinä ja pahoina aikoina ja heillä on käsitys siitä, millainen ihminen on sairautensa ulkopuolella toimien todistajina ja muistuttajina siitä, että henkilö on muutakin kuin sairautensa. Läheiset saattavat nähdä milloin oireet pahentuvat ja auttaa hoitoon hakeutumisessa. He voivat toimia sairastuneen puolestapuhujina ja varmistaa, että sairastunutta kohdellaan hyvin. Lisäksi läheiset voivat konkreettisesti auttaa sairastunutta käytännön asioiden hoitamisessa. (Mt. 22–24.)

Osallistujat saivat läheisiltään henkistä tukea ja heidän kanssaan oli mahdollista keskustella syvällisesti hankalistakin asioista. Yksi osallistujista myös asui yhdessä äitinsä kanssa, jonka kertoi hoitavan osaa käytännön asioistaan. Läheiset olivat joskus auttaneet myös hoidossa; pyrkineet nopeuttamaan hoitoon pääsyä tai toimineet hoitosuhteen konfliktitilanteissa osallistujan tukena. Myös konkreettinen läheisiltä saatava apu koettiin tärkeäksi.

Ja sitten mä koen niinku myös hoidoks ja avuks sen et saa läheisiltä tukee. Mä muuttin pois mun äidin luota silloin kun mä täytin 18, niin kyllä äidiltäkin sai tosi paljon tukee, et se teki mulle vaik esimerkiks ruokaa jos mä en jaksanut tehdä, niinkun nyt mun [kumppani] tekee jos mä en jaksa. Et se on tosi tärkeetä kuitenkin. (H8)

Moni osallistujista kuitenkin myös kertoi, ettei tietoisesti niinkään keskustele sairaudestaan läheisten kanssa, vaan kanssakäyminen perustuu nimenomaan muihin, arkisiin ja tavallisiin, asioihin. Läheisiä ehkä haluttiin säästää kuormitukselta, ja toisaalta tavallinen kanssakäyminen antaa mahdollisuuden unohtaa sairaus, ja tuoda esiin omaa tervettä puolta ja sairaudesta riippumatonta itseä.

No veljen kanssa oon aika paljon tekemisissä, mutta me ollaan sillee äijähengellä et siinä ei paljon valitella, et puhutaan lätkästä ja muista tämmöistä, musiikista, että tota se on tosi kiva, se auttaa kyllä takuulla. (H5)

Seuraavassa haastateltava kertoo, kuinka huonona hetkenä mielellään soittaa läheiselle, mutta ei niinkään purkaakseen pahaa oloaan, vaan ennemminkin saadakseen muuta ajateltavaa.

No siinä on melkein näin, että joo, et et, siinä ei tuu sitä ongelmaa kyllä niinkun kerrotaan. Et sen mä tota (...) Et se [hoitokontaktissa ongelmista puhuminen] riittää mulle, mun ei tarvii niitä oikeestaan kenenkään muiden kanssa. (H7)

Läheisten ihmisten kanssa haastatellut pystyivät myös helpommin ylläpitämään normaalia arkea ja pitämään kiinni toipumista tukevista rutiineista. Lapsen kanssa on noustava aamulla ja lähdettävä ulos tai päiväkotiin, kumppanin kanssa valmistetaan ruokaa jolloin tulee syötyä normaalisti, tai lapsi tarvitsee kuljetuksen harrastukseen, jossa voi tavata myös muita vanhempia.

Se [lasten harrastukset] olikin jossain vaiheessa ainoa semmonen missä kävi ihmisten ilmoilla, kerran, kaks kertaa viikossa kuskas johonkin harjotuksiin missä oli muita vanhempia, että se on niinkun aika tärkeä. (H7)

Kyl lapsen täytyy, et vaikka mä jumitan kämpässä, niin täytyy sen nyt ulos päästä. Et hän näkee siellä sit kavereita ettei oo vaan mun kanssa ja pääsee ulos ja.. ihan hyvä mieli et mä saan hänet raahattuu sinne. (H6)

Borgin ja Davidsonin (2008, 133) mukaan perhe-elämä muodostaa kuntoutujalle mahdollisuuden normaaleihin, vastavuoroisiin suhteisiin, joissa kuntoutuja itse ei ole pelkästään auttamisen ja tuen kohde, vaan yhtä lailla avun ja tuen antaja. Vastavuoroiset suhteet, joissa kuntoutuja ei ole pelkästään vastaanottavassa roolissa, saattavat olla hyvin merkityksellisiä kuntoutujan omanarvontunteen uudelleenrakennukselle (Tew 2013, 367).

Moni osallistujista oli eri syistä elänyt sairastuttuaan jonkin verran eristäytynyttäkin elämää. Muiden ihmisten pariin lähteminen ja eristäytymisen päättymisen oli yksi merkittävä edellytys toipumisen käynnistymiselle tai sen edistymiselle. Sosiaalisia kontakteja osallistujat olivat solmineet esimerkiksi harrastusten kautta. Turvallinen sosiaalinen yhteisö oli kuitenkin erityisesti löytynyt kuntoutujien yhdistyksistä ja kohtaamispaikoista. Näissä usea haastateltava mainitsi juuri ihmisten seuran tärkeimmäksi syyksi toimintaan osallistumiselle.

H3: Matalan kynnyksen paikkaan on helppo tulla ja olla oma itsensä. Jos mä jäisin kotiin niin mulla olis valtava kynnyks mennä ulko-ovestakin ulos.

T: Mikä tässä on just se hyvä juttu?

H3: Se on se ryhmä täällä. Me ollaan niin paljon erilaisia mut tavallaan tullaan toimeen keskenämme.

T: Kun sä tuut tänne niin miltä se sit tuntuu?

H3: Hyvältä, hyvältä. Ettei jää yksin kotiin, ei tarvii olla yksin eikä ajatella koko ajan.

Et sekin tuntuu jo tosi kivalta et joku moikkaa ja kysyy et mitä mulle kuuluu ja sillee, tavallaan tuntuu et on turvallinen olo ja sinne on kiva mennä. Et tuntuu et joku ehkä vähän odottaakin et tuunksmä sinne ja, no esimerkiksi yks tyyppi just sanoi mulle et mä jo vähän odottelinkin et tuuksä tänään. Mikä tuntu tosi kivalta. (H8)

Myös aiemmissa tutkimuksessa kuntoutujat ovat tämän tutkimuksen osallistujien kanssa samaan tapaan kertoneet toipumisessa auttavista ihmisistä ja paikoista. Yhteydet läheisten ja ystävien kanssa ja erilaiset sosiaalisen kanssakäymisen paikat on näissäkin koettu tuottavan hyvää mieltä ja vievän ajatuksia pois ahdistavista tai muuten raskaista asioista ja sairaudesta (esim. Biringer et al, 2016).

Toipumisen kannalta erityisen tärkeitä sosiaalisia kokemuksia olivat kuitenkin usean haastatellun mukaan vertaiskokemukset, jotka saivat monen haastateltavan kertomuksessa erityisen painoarvon. Samankaltaisia kokemuksia omaavien ihmisten kanssa oli osallistujien mukaan helppo olla omana itsenään, sairauksineen kaikkineen, vailla tarvetta piilotella sitä.

Tottahan täytyy olla kaikenlaisia ystäviä, mutta jos ihan haluaa rennosti olla niin on hyvä hakeutua samanlaiseen ryhmään. (H7)

Haastateltavat kuvasivat usein ensimmäistä vertaiskokemusta ja vertaistukea yleensä käännteentekevänä. Osa oli jäänyt sille tielleen tehden vertaisuudesta itselleen jopa työn.

Se [ensimmäinen kosketus mielenterveyskuntoutujien vertaisryhmätoimintaan] oli aivan mahtava kokemus. Joo ja se oli niin ihanaa kun meni sinne ryhmään eikä tarvinnut yhtään selittää et mitä on masennus. (H1)

Että sit tuli se vertaistuki. Et sit niinkun ensimmäisen kerran elämässä nii oikeestaan törmäs ihmisiin, törmäs niinkun samankaltasiin ihmisiin joilla oli samanlaisia diagnooseja. Et se oli niinkun oikeesti. Ja mä sain muutaman tosi hyvän ystävänkin sitten. Et mä luulen et se oli niinkun se kaikkein suurin niinku kehitys, tai niinkun yleensä parantava voima, et se vertaistuen voima on niin suuri. (H7)

Paitsi kolmannen sektorin toiminnassa, olivat haastateltavat saaneet vertaiskokemuksia myös muualla. Keskustelu potilastovereiden kanssa oli osan haastateltavista mukaan ollut itselle sairaalahoidon parasta antia ja myös hoitotahon tarjoamissa ryhmissä, esim. oireenhallintaryhmässä, vertaiskohtaukset olivat osa ryhmästä saatua hyötyä. Välttämättä vertaisuuden ja vertaistuen kokemiseen ei kuitenkaan tarvittu erityistä järjestettyä toimintaa, vaan sitä saattoi kokea myös omassa tuttavapiirissä.

No en mä mihinkään viralliseen ryhmään oo uskaltanut mennä mut kyllä mä oon vaihtanut kokemuksia just kavereiden tai tuttujen kanssa joilla on sama sairaus tai samoja oireita, niin kyllä se on auttanut. Se auttaa just kun oikeesti puhuu asioista. Ja vaikka mä puhuisin jonkun toisen kaa sen toisen asioista, et hän kertoo mulle, niin mä autan siinä, vaikka en ittestäni puhuis vaan ylipäättään niinku mielenterveysongelmista tai mielen sairauksista, niin ylipäättään se puhuminen auttaa, se auttaa kaikkia osapuolia. (H8)

Haastatteluissa korostettiin myös kykyä valita hyvää tekeviä ihmissuhteita ja välttää tai luopua suhteista, jotka vahingoittavat itseä ja tekevät hallaa toipumiselle. Useampi osallistujista esimerkiksi kuvasi kuinka päätös välttää parisuhteeseen ryhtymistä tai päätös erota itselle vahingollisesta parisuhteesta oli ollut merkittävä toipumisen kannalta.

6.2.3 Toipumisarki ja sairauden hallinta

Toipumisarki ja sairauden hallinta -teeman alle on kerätty erilaiset toipumisen toiminnat ja tavat, joilla haastatellut pyrkivät hallitsemaan sairauttaan omassa arjessaan. Toipumisarkea kuvaavat sairautta koskeva tieto, lääkitys, hyvinvoinnin lisäämiseen tähtäävät teot eli omahoidon strategia, sekä haastateltavien käyttämät taktiikat ahdistuksen ensiavuksi.

Tieto sairauden luonteesta ja eri oireiden mahdollisista aiheuttajista tai niille altistavista tekijöistä koettiin yleisesti toipumisen kannalta hyödyllisenä. Samanlaisia tuloksia on raportoitu myös aiemmassa tutkimuksessa (Biringer ym. 2016, 25). Tiedon ja ymmärryksen lisääminen omasta sairaudesta parantaa mahdollisuuksia kontrolloida sitä ja esimerkiksi tehdä hoitoon liittyviä päätöksiä. Tietoa oli saatu ammattilaisilta ja oireenhallinta- ja kuntoutuskursseilta, mutta usein myös itse etsien. Seuraava haastateltava kertoo etenkin aluksi lukeneensa lähes kaiken sairautta koskevan tiedon mitä oli käsiinsä saanut.

Tota aluks kun virallisesti sairastu, niin silloinhan tiedonnälkä oli valtava ja silloinhan mä luin tätä Psykiatria nimistä teosta monta kertaa, et ei riittänyt lääkäreiden kanssa keskustelu, mutta se oli ihan hyvä että luin. (H5)

Monelle keskeinen edellytys tiedon saamiselle tai hakemiselle oli itselle tehty diagnoosi, mutta tietoa saatettiin etsiä jo ennen hoitoon hakeutumista. Tämä saattoi antaa itselle jo

melko tarkankin käsityksen siitä, mikä on oireiden takana, ja näin esimerkiksi edesauttaa hoitoon hakeutumista.

No joo, ehkä sen takii kun mä tiesin ite mikä mulla on, niin mä osasin hakee apuu, että mulla on nyt sairaus, et antakaa apuu. (H8)

Suhtautuminen saatuun diagnoosiin jakoi haastateltavia. Osa koki diagnoosin lisäävän mahdollisuuksia hallita sairautta sekä erottaa oma persoona sairaudesta ja sen oireista. Seuraavan esimerkin haastateltava oli kokenut diagnoosin helpottavana. Kun pahan olon syyksi vahvistui sairaus hän pystyi ajattelemaan sen myös olevan parannettavissa ja koki helpommaksi säilyttää käsityksen omasta persoonastaan sairauden ulkopuolella.

No siis sen mä oon oppinut, et se sairaus ei niinkun todellakaan määrittele mua, ja mä sanon sen aina kaikille, kun mul on paljon tuttuja kenellä on mielenterveysongelmia, niin mä sanon, et sun sairaus ei määrittele sua ihmisenä, niinkun ollenkaan. Missään tapauksessa. Tai että joo, sun sairaus vaikuttaa siihen miten sä käyttädyt ja miten sä ajattelet, mutta se ei oo niinkun sun persoonaa. (H8)

Sairauden käsittäminen ainoastaan yhtenä osana itseä, ei itsen määritelmänä, mahdollistaa itsetunnon ja itsekunnioituksen positiivisen kehityksen. Sairauden kokemus merkityksellistyy sairastuneen mielessä siten, että siitä tulee jotakin, josta on mahdollista saada kiinni ja näin ollen mahdollista tehdä jotakin ongelman ratkaisemiseksi. Merkitys voi jollekin ilmentyä diagnoosina, kun taas toiselle jonkinlaisena ei-kliinisenä kriisinä. Olipa tilanteelle ja oireille annettu merkitys mikä hyvänsä, on sen löydyttyä mahdollista ajattelussa siirtyä ”miksi minä?” -ajatuksista ”kyllä, mutta..” -ajatteluun, esimerkiksi ”kyllä, minulla on skitsofrenia, mutta sitä voidaan hoitaa”. (Slade 2009a, 85.) Useimmat tämän tutkimuksen osallistujat hyväksyivät saamansa diagnoosit ja mielsivät ne oikeiksi, mutta suhtautuminen diagnoosiin jakoi osallistujia kuitenkin jonkin verran. Yksi osallistujista ilmaisi olevansa epävarma saamansa diagnoosin oikeellisuudesta, ja koki että hänen ongelmansa selittyvät ennemminkin muulla tavoin. Myös seuraavassa esimerkissä haastateltava suhtautuu hiukan epäilevästi diagnosointiin ja diagnoosiluokitukseen sinänsä, koska psykiatristen sairauksien oirekuvat ovat hyvin yksilöllisiä ja myös se hoito, josta kukin hyötyy, on suunniteltava kullekin yksilöllisesti. Hänen mielestään jyrkkä diagnostinen luokittelu saattaa vaarantaa hoidon yksilöllisyyden.

Sen takia mä oon ollu vähän skeptinen niiden diagnoosienkin suhteen, kun mun mielestä meillä on yhtä monta diagnoosia melkein henkisellä puolella kun on ihmistäkin. Et mä aina hämmästelin sitä et miten ne voidaan lokeroida niinkun niin tarkkaan, johonkin. (H7)

Edellinen osallistuja ei ole pitänyt omaa diagnoosiaan kovin merkityksellisenä, vaikka ei sairauden olemassaoloa kielläkään. Ennenmin kuin spesifisti saamaansa diagnoosia koskien, hän on lisännyt tietoaan ja ymmärrystään aihepiiristä laajemmin.

Toi alan kirjallisuus on niinkun ollu mikä on tullu tässä vuosien aikana, tai viime vuosien aikana. Et oon saanu niinkun semmosta suurta tyydytystä siitä että ymmärtää sitä tekstiä ja ymmärtää niitä ajattelijoita ihan eri tavalla, et se on muuttunu niinkun ihan ymmärrettäväks niinkun just kaikki psykologia tai ihmissuhdeasiat mitä niis käsitellään. (H7)

Lääkitys oli useimpien osallistujien mukaan keskeinen osa omahoitoa ja tärkeä tekijä omassa toipumisprosessissa. Psykykkisten sairauksien lääkehoitoon liittyy kuitenkin tiettyä problematiikkaa, joka myös tuli esiin haastateltavien kertomuksissa. Psykiatristen häiriöiden hoitoon tarkoitetuista lääkkeistä saattaa aiheutua ikäviä sivuvaikutuksia, ja lääkkeiden toimivuus on yksilöllistä niin, etteivät kaikki lääkkeet toimi kaikille potilaille samalla tavalla. Tällöin toimivan lääkityksen löytymistä saattaa edeltää useampikin epäonnistunut lääkekokeilu. Muiden muassa näistä syistä moni mielenterveyden ongelmia kohdannut henkilö suhtautuu lääkitykseen myös osaltaan varautuneesti. Lisäksi esimerkiksi puutteellinen sairauden oireiden tunnistaminen tai alentuneeseen mielialaan liittyvä kokemus kaiken tarpeettomuudesta saattaa johtaa tunteeseen, ettei lääkitys ole tarpeen. (Leinonen, Koponen & Isohanni 2015, 893; Joensuu 2015, 1226; Kampman 2005, 1286.) Hyvän ja itselle toimivan lääkityksen löytyminen on kuitenkin monen haastateltavan mukaan edistänyt toipumista merkittävästi.

Vähän varauksella oon suhtautunut lääkkeisiin, mut sitten yks hyvä lääke kun alotettiin, niin siitä on tullu mun ystävä jo et se on niin hyvä. (H5)

Hyvinvointia lisäävistä asioista osallistujien kertomuksissa esiintyivät erilaiset harrastukset ja ajanvietteet, arkiset rutiinit ja perustarpeet, sekä omasta jaksamisesta huolehtiminen. Nämä muodostivat kokonaisuutena eräänlaista omahoidon strategiaa. Harrastuksista esiin

tuotiin erityisesti liikunta, mutta myös urheilun seuraaminen ja peleissä käynti, lasten harrastuksissa mukana olo sekä kielikurssit. Näiden ohella mainittiin muunlaiset ajanvietteet kuten lukeminen, tv:n katselu, musiikin kuuntelu, konsolipelit sekä elokuvat. Erilaisten harrastusten kautta osallistujat saivat mm. elämäänsä mielekästä tekemistä, niillä saattoi ohjata ajatuksia pois mahdollisista sairauden oireista ja niiden kautta oli mahdollista saada sosiaalisia kontakteja.

Joo, no se kuntosali on yks mikä auttaa jaksamaan aika paljon.. siinä on kaks puolta. Toinen on se punttien nostelu ja toinen on sit se sosiaalinen puoli, et mä käyn aina aamusin siellä ja sinne on sit muodostunut parin vuoden aikana sellanen aamujengi, niin se on ihan kiva jutella aina vähän, et samat tyypit aina niin sit voi jutella vähän niitä näitä. Ennen kun mä kävin tuol [kohtaamispaikassa] niin se oli mun isoin sellanen sosiaalinen kontaktipaikka. (H5)

Moni osallistuja korosti hyvän voinnin ylläpitämisessä ja toipumisen kannalta tärkeänä arjen rutiineja. Säännöllinen päivärytmi, riittävä uni, terveellinen ja säännöllinen ruokarytmi, arkiaskareiden tekeminen sekä päivittäin asunnosta ulos lähteminen esiintyivät lähes kaikkien osallistujien kertomuksissa toipumista tukevinä ja hyvän voinnin ylläpitämisessä tärkeinä asioina. Rutiinien merkitys toipumiselle on todettu merkittäväksi myös aiemmissa kuntoutujien kokemuksia kartoittaneissa tutkimuksissa (esim. Biringer ym. 2016, 25). Toimintaa tai tekemistä sinänsä pidettiin merkityksellisenä. Tekeminen saattoi osallistujasta riippuen pitää sisällään erilaisia asioita, mutta toiminnan sinänsä katsottiin yleisesti olevan hyvän voinnin tai toimintakyvyn palauttamisen ja ylläpitämisen kannalta tärkeää.

No niin mä sanon kaikille mielenterveyskuntoutujille, jotka kuvittelee että terapia on jotakin niin hienoa et se kauheesti auttaa, niin mä sanon niille et mun mielestä se ei yksistään auta, että toiminta on myös tärkeätä. Se on mun kokemus. (H4)

Toiminta koettiin tärkeäksi, mutta yhtä tärkeäksi oman sairauden hallinnassa nähtiin sen itselle sopiva määrä. Moni oli kokemuksen kautta oppinut, kuinka paljon toimintaa on hyödyllistä ja missä vaiheessa sitä oli liikaa.

Se auttaa mua sillee arjessa, et mä pystyn ite niinkun määritteleen aika hyvin et kuinka paljon mä jaksan jotain asiaa. (H8)

Useampi osallistujista koki, että stressi lisääntyi jos päivissä oli liikaa ohjelmaa ja aikaa tarvittiin myös rauhoittumiseen. Yksi osallistujista toisaalta myös kertoi tarkoituksella pitävänsä kalenterin täynnä, jotta aikaa ei jää ikävien asioiden liialliseen pohtimiseen. Osallistujat kertoivat myös erilaisista muista asioista, joita olivat tehneet vähentääkseen stressiä ja edistääkseen näin hyvinvointiaan ja toipumista. Näitä olivat mm. työssä ollessa tai opiskellessa tahdin tai työmäärän keventäminen sekä pyrkimys keskittyä hyvää tekeviin ihmisiin.

Lähes kaikille osallistujille oli kehittynyt tapoja, joilla he pystyivät parantamaan oloaan ensiavun luonteisesti silloin, kun ahdistus tai muu paha olo hetkellisesti lisääntyi. Näitä voidaan ajatella omahoidon taktiikoina. Liikunta, erityisesti kävely, oli monen kokemana tehokas keino lievittää ahdistusta niin sairauden pahenemisvaiheissa kuin toipumisarjessa.

Mä aattelin sitä et mulla ainakin pahimmassa vaiheessa oli se, et mä en halunnut nousta ylös sängystä. Mut sit kun sen jossain vaiheessa jakso tehdä, ja lähtee jonnekin, vaikka ensivaiheessa ihan pienelle kävelylenkille, niin sekin virkisti. (H1)

No jos saan itteni kasaan niin lähen ulos kävelyille. Se auttaa, puolen tunnin lenkki niin aina tullut toisenlaisena takas kun sinne mennessä. (H5)

Osallistujilla oli myös muunlaisia keinoja, joilla pyrkivät ohjaamaan ajatuksiaan pois ahdistuksesta ja ahdistavista asioista. Usein hyvin pienet asiat koettiin hyödyllisiksi, moni mainitsi esimerkiksi ystävälle soittamisen tai pienen siivousprojektin, tai kuten seuraava haastateltava, pienen rutiininomaisen toiminnan.

Ja sitten mä aina kun mua ahistaa niin mä juon teetä. Se on sillee pikku juttu, mutta jos mä vaikka makaan itkemässä sängyssä, niin sit mä nousen siitä ja keitän teetä. Juon sen pöydän ääressä. Niin sillai et siinä sit vähän niinku liikkuu. (H8)

6.2.4 Roolit

Toipumisen keskeisimpiä prosesseja on uusien merkityksellisten roolien löytäminen. Sairastuessaan psyykkisesti ihminen joutuu helposti sairaan rooliin, jossa päätyy passiiviseksi tuen, avun ja hoidon vastaanottajaksi. Jotta toipuminen voi edetä, on tästä sairaan roolista kyettävä astumaan ulos ja ottamaan muita, merkityksellisiä aktiivisia rooleja. (Shepherd ym. 2008, 5.) Tämän tutkimuksen osallistujat kuvasivat aiempien roolien menettämisestä aiheutuvia tunteita, aktiivisia rooleja perheenjäsenenä, erityisesti vanhempänä, sekä uusia rooleja kokemusasiantuntijana ja vertaisauttajana.

Suurin osa tutkimuksen osallistujista oli kokenut psyykkisiä oireita jo hyvin nuorena, mutta osa oli varsinaisesti sairastunut vasta aikuisiällä, jolloin taustalla saattoi olla jo pitkäkin työura. Etenkin näissä tilanteissa menetyksen tunne ja muutos sairauden viedessä työkyvyn on usein ollut valtava ja uuden identiteetin muodostaminen oli vaatinut paljon työtä ja usein pidempää kypsyttelyä. Useampi osallistujista myös kertoi, ettei ehkä kokonaan edelleenkään ollut toipunut menetyksestä, vaikka uutta olikin jo löytynyt tilalle.

Niin se [sairastuminen] johti työkyvyttömyyseläkkeelle, nii se oli tosi hirvee asia ja se että jäi lapsen kanssa kotiin tai niinkun sairastamaan kotona, niin olihan se iso muutos. En tiedä olenko vieläkään selviytyny siitä kunnolla. (...) On mulla ollu epätoivon hetkiä, muistan kun mä makasin päivät ennen kun mä pääsin sinne kuntoutusosastolle. Istuin ja ajattelin, et ei mun elämä tämmöstä pitänyt olla ja tässä mä nyt oon että minä tarviin nyt toisten apua. Niin, sillä tavalla ajattelin. (H4)

Menetyksen myötä sairastunut henkilö menettää herkästi hetkellisesti myös omanarvontuntonsa. Kogstad ja kumppanit (2011, 484) ovat tutkimuksessaan tehneet johtopäätöksen, että yksi ydintekijä toipumisen kokemuksen mahdollistamiseksi on juuri kyky saavuttaa takaisin menetetty omanarvontunto. Käsillä olevan tutkimuksen osallistujista yhden, jolla itsellä oli taustaa terveydenhuoltoalalta, kertomuksessa omanarvontunnon menettäminen ja sen takaisin saavuttaminen jokseenkin konkretisoitui esimerkissä, jossa hän kertoi joutuneensa kohtaamaan potilaan roolissa entisiä opiskelu- ja työtovereitaan. Hän koki kohtaamiset vaikeiksi paitsi koska joutui kohtaamaan aiempia vertaisia nyt uudesta roolista käsin, mutta myös koska joutui varsin kouriintuntuvalla tavalla kohtaamaan tilanteessa oman huonon

psykkisen vointinsa vertailussa näihin. Toipumisen myötä vaikeus kohdata entisiä työ- ja opiskelutovereita oli kuitenkin osallistujan mukaan hävinnyt. Hän kuvasi toipumisen myötä eheytyneensä, ja sen, sekä uusien saavuttamiensa merkityksellisten roolien seurauksena mainitun kaltaiset kohtaamiset olivat helpottuneet.

Haastateltavista kolme oli löytänyt uudenlaisia rooleja vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden parissa. Haastatteluhetkellä he toimivat neuvontapalvelussa vertaisneuvojina. Kaikki olivat ennen vertaisneuvojana toimimista myös osallistuneet muuhun mielenterveyskuntoutujille suunnattuun kolmannen sektorin toimintaan, erityisesti kuntoutujien omaan yhdistystoimintaan, ja ikään kuin edenneet vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden uralla päätyen lopulta asemaan, jossa nyt olivat. Haastateltavien motiivit hakeutua neuvontapalveluun olivat liittyneet osaltaan mielekkään ja merkityksellisen tekemisen löytämiseen palkkatyön tilalle. Vertaisneuvojana toimimisen kautta oli mahdollista tuntea itsensä tärkeäksi ja hyödylliseksi, ja osaltaan välittää toivoa myös eteenpäin.

Et mä oon tullu niin sinuiksi sen [sairauden] kanssa jo, et se semmonen niinkun et vois jotenkin auttaa toisii, et vois kertoa että siitä voi selvitä ihan hyvään elämään. (H1)

Yksi haastateltava toteutti kokemusasiantuntijan roolia myös edellisistä poikkeavalla tavalla, sosiaalisen median kautta, vaikka ei itse tätä nimitystä itsestään käyttänytkään. Hän ei ollut koskaan osallistunut esimerkiksi kuntoutujien yhdistystoimintaan tai muuhun varsinaiseen vertaistoimintaan, mutta kertoi sosiaalisessa mediassa melko avoimesti kertovansa kokemistaan mielenterveyden ongelmista. Hän kertoi tämän johdosta saaneensa pääosin positiivista palautetta rohkeudestaan ja kertoi myös kuulleensa että oli auttanut joitakin ihmisiä kokemuksiinsa jakamalla. Tämä oli motivoinut häntä jatkamaan.

Ja mä haluan vaan just levittää sitä. Ja kyl mua auttaa se tosi paljon. Et mulle tulee hyödyllinen olo myös jos joku sanoo et mä oon auttanut niitä. (H8)

Paitsi uusia rooleja, oli osallistujilla myös tärkeitä luonnollisia sosiaalisia rooleja esimerkiksi vanhempina tai puolisoina. Erityisesti perhe-elämän roolit olivat esillä kuvauksissa siitä, mikä osallistujia oli alunperin motivoinut toipumisuralle, ja toisaalta siinä, miten per-

heen arki piti osallistujia kiinni normaaleissa arkirutiineissa sairaudesta huolimatta. Perhelämän roolit vanhempana, tyttärenä, poikana ja niin edelleen, pysyvät sairastumisesta huolimatta samoina, ja säilyvät usein aktiivisina myös sairauden pahenemisvaiheissa, mikä osaltaan edesauttaa paluuta sairaan roolista aktiivisempiin rooleihin myös muilla elämän alueilla (Borg & Davidson 2008, 133). Etenkin vanhemmuus oli voimakas toipumista motivoiva tekijä.

No se on tietysti varmaan sekin että mä olin tossa välillä kuitenkin niin.. tullu perheelliseksi ja oli jälkikasvua sitten, niin oli jotenkin sellanen olo et ihan heijänkin takia, lasten takia tarttis olla paremmassa voinnissa. (H7)

Omien lasten ja vanhemmuuden on myös aiemmassa tutkimuksessa todettu kaiken kaikkiaan edistävän toipumista siitä huolimatta että mielen sairaudet saattavat asettaa myös haasteita vanhemmuudelle (Tjoflåt & Ramvi 2013, 90; van der Ende ym. 2016, 93).

6.3 Toipumisen ulkoiset olosuhteet

Toipumisen ulkoiset edellytykset ovat Jacobsonin ja Greenleyn (2001) mukaan toipumista fasilitoivia olosuhteita, politiikkoja ja käytäntöjä. Heidän mallissaan määritellään ulkoiset edellytykset siten kun ne tukevat toipumista. Tässä tutkimuksessa kuitenkin selvitettiin, miten osallistujat kokevat olemassa olevien ulkoisten seikkojen vaikuttavan toipumiseensa, joten puhun tässä toipumisen ulkoisista olosuhteista, jotka siis voivat vaikuttaa toipumiseen joko negatiivisesti tai positiivisesti. Haastatteluissa esiin tulleita toipumiseen kuntoutujan ulkopuolelta vaikuttavia tekijöitä olen ryhmitellyt yhteiskunnallisen toipumisympäristön, auttavien ammattilaisten ja hyvän hoidon luokkiin.

Taulukko 5. Toipumisen ulkoiset olosuhteet -pääluokan teemakartta

Toipumisen ulkoiset olosuhteet	Yhteiskunnallinen ympäristö	Asenteet ja stigma
		Etuusjärjestelmän tuottamat mahdollisuudet
		Työhön tukeminen
	Auttavat ammattilaiset	Kuulluksi tuleminen
		Luottamus ammattilaiseen
		Kanssaihmisyys
		Yksilöllisyyden kokemus
		Luottamus asiakkaan arvostelukykyyn
	Hyvä hoito	Mainettaan parempi hoito
		Hyvinvointi keskiössä
		Jatkuvuus
		Turvallisuus
		Toiminta

6.3.1 Yhteiskunnallinen toipumisympäristö

Tähän kategoriaan sisältyvät yhteiskunnan rakenteissa ja laajemmin sen kulttuurissa toipumiseen vaikuttavat tekijät. Jacobson ja Greenley (2001) käsittelevät laajinta yhteiskunnallista näkökulmaa toipumisen tukemiseen kuntoutujien ihmisoikeuksien näkökulmasta. Ihmisoikeuksien toteutumisen arvioimiseksi mielenterveyden ongelmia kohdanneilla on kriittistä tarkastella pyrkimyksiä stigman ja syrjinnän vähentämiseksi, asiakkaiden / potilaiden oikeuksien toteutumista palvelujärjestelmässä, tasavertaisten mahdollisuuksien toteutumista koulutuksessa, työelämässä ja asumisessa, sekä taloudellisten resurssien ja toipumista tukevien palveluiden saatavilla oloa. (Mt. 484.) Aineistossani tähän liittyen esiintyivät asenteiden ja stigman, etuusjärjestelmän tuottamien mahdollisuuksien sekä työhön tukemisen teemat. Voimakkaimmin tässä kategoriassa tulivat esiin mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvat asenteet ja sen myötä henkilökohtaisetkin stigmakokemukset. Osallistujien kokemukset ympäristön negatiivisesta asennoitumisesta psyykkiseen sairauteen olivat osaltaan vaikuttaneet myös osallistujien omaan käyttäytymiseen ja heidän tekemiinsä ratkaisuihin. Osittain stigmakokemukset perustuivat todellisiin kokemuksiin, mutta osittain myös

oletuksiin siitä, miten psyykkisesti sairaisiin henkilöihin suhtaudutaan. Haastatellut tunnistivat mielenterveyden häiriöihin ja mielenterveyskuntoutujiin yleisesti kohdistuvat negatiiviset stereotyyptit eli julkisen stigman (esim. Corrigan ym. 2010). Useampi haastateltava toi esiin, että omasta sairaudesta muille ihmisille kertominen oli vaikeaa, koska mielikuvat psyykkisesti sairaista ja mielenterveyspalveluista tai niiden käyttäjistä ovat yleisesti negatiivisia.

Ja sitte kun tavallaan kun kuulee kaikkee, et sehän on semmonen, kaikissa kauhuleffoissakin on joku mielisairaala ja et se on ihan hirvee paikka ja sit tavallaan se sosiaalinen semmonen... Ja sit jos mä vaikka just kerron jollekin, en mä nyt ehkä ensitapaamisella kertoiskaan, mut just se, että en mä voi kertoa sitä ensitapaamisella, koska se on sillee niin paha ja hävettävä ja kamala asia. (H8)

Sitten se vanhat kaikki, kyllähän noi määritelmät on niinkun että kaikki, pöpilästä puhutaan vielä tänäkin päivänä niin ei se mitenkään oo semmosessa myönteisessä merkityksessä.. Niin siinä on vähän sellasta vielä että sen leiman lyöminen on niin helppoa. (H7)

Psyykkisestä sairaudesta kertomisen osallistujat arvioivat vaikeammaksi kuin jos kyseessä olisi ollut somaattinen sairaus. Osittain he arvelivat tämän liittyvän siihen, ettei ihmisillä ole riittävästi tietoa psyykkisistä sairauksista, jonka vuoksi mielikuvat niistä ovat vääriä.

H1: Niin. Se on niin paljon helpompi sanoa vaik et on vatsahaava tai syöpä, niin ihminen saa valtavasti myötätuntoa.

T: Et sitä ei tarvii selitellä?

H1: Ei! Mut sit jos on vaikka kakssuuntanen mielialahäiriö, tai joku, niin sitä ei ymmärretä niinkun.

Toipumisen edetessä omasta sairaudesta puhuminen oli kuitenkin monelle tullut helpommaksi. Patrick Corrigan ja kumppanit (2010) ovat päätyneet johtopäätökseen, että “kaapista ulostulo” oman sairauden suhteen vähentää sisäistetyn stigman elämänlaatua heikentävää vaikutusta. Sisäinen stigma, eli negatiivisten psyykkisesti sairaita koskevien uskomusten sisäistäminen osaksi käsitystä itsestä, heikentää itsetuntoa ja pystyvyyden kokemusta, ja ulostulo puolestaan näytti olevan positiivinen kokemus, joka useimmiten edesauttoi henkilön saavuttamaan päämääriään sen sijaan, että olisi kaventanut sen mahdollisuutta. (Mt. 270.) Moni osallistuja erityisesti halusi kertoa sairaudestaan antaakseen muille toivoa

toipumisesta positiivisen esimerkin kautta. Yksi osallistujista lisäksi kertoi, että haluaa puhua sairaudestaan myös nimenomaan julkista stigmaa ja stereotypioita vastaan taistellakseen.

Joo siis mä oon kertonut siitä kaikille, ja jossain sosiaalisessa mediassakin ihan avoimesti kertonut että mulla nyt on tää sairaus, koska ei mua hävetä se tai mitään ja mä haluun puhua siitä koska sitten mä toivon että se auttais jotain muuta. (...) Mut siis mä oon just yrittänyt levittää sitä tietoa siitä että mä oon ihan tavallinen vaikka mulla on nää sairaudet, et mulla on ihan samat mielenkiinnon kohteet, enkä mä oo sillee mitenkään outo. (H8)

Negatiiviset asenteet vaikuttivat osaltaan siihen, että osa osallistujista koki myös leimautumisen pelkoa suhteessa mielenterveyspalveluihin, mistä syystä esimerkiksi seuraavalla haastateltavalla oli ollut korkea kynnyks lähteä tutustumaan hänelle suositeltuun kohtaamispaikkaan. Tilanteessa ovat yhdistyneet julkisen ja sisäistetyn stigman kokemukset, kun haastateltava oli kokenut myös, että ottamalla osaa mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuun toimintaan, hän luovuttaa, ja ottaa vastaan mielenterveyskuntoutujan statuksen.

H5: No silloin keväällä mä mietin sitä, siinä yks syy oli se, et mä pelkäsin leimautumista. Toisaalta mä varmaan pelkäsin osittain et se on jonkinlainen luovuttamisen merkki itelle

T: Ni et sä rupeet käyttämään tällasia palveluita

H5: Niinku mielenterveyspalveluita, mä en niinkun sitä kyseenalaistanut ettenkö mä olis niinkun kohderyhmää, mutta kuitenkin.

Mielenterveyskuntoutujuus arvottuu tässä ajattelussa kielteiseksi ominaisuudeksi, vaikkei osallistuja omaa sairauttaan kyseenalaistanutkaan. Häpeä, joka liittyy psykiatriisiin sairauksiin, saattaa niiden stigmatisoivan luonteen vuoksi olla niin suuri että vertaiskontakteja pyritään välttämään, koska identifioituessaan mielenterveyskuntoutujien ryhmään joutuu identifioimaan myös itsensä mielenterveyskuntoutujaksi. Samanlaisuuden kieltämisellä pyritään suojaamaan omaa itsetuntoa. (Verhaege ym. 2008, 214.)

No jotenkin että poms lyödään leima otsaan ja sitten sä oot siinä, että sä oot mielenterveyskuntoutuja ja sä oot siin laatikossa A ja pysy siellä. (...) Jollain tavalla se et kun lähtee sille pohulle niin sieltä ei oo enää paluuta. (H5)

Mukaan lähdettyä ennakkoluulot kohtaamispaikkaa kohtaan kuitenkin olivat karisseet, ja kyseinen osallistuja oli ollut hyvin tyytyväinen kohtaamispaikan toimintaan.

Osallistujat kokivat, että ajan myötä asenteet mielenterveyskuntoutujia ja psykiatrisia sairauksia kohtaan olivat yleisesti pehmentyneet. Moni arveli positiivista vaikutusta olleen sillä, että useat julkisuuden henkilöt ovat viime vuosina avoimesti kertoneet kokemistaan mielenterveysongelmista, siitä huolimatta että osa haastatelluista ei ollutkaan aivan vakuutunut siitä, miten julkisuuteen tulleiden henkilöiden sairauden kokemukset olivat vakavuudessaan verrattavissa niihin kokemuksiin, joita heillä itsellään tai vertaisillaan oli. Julkisuuden henkilöiden omakohtaiset tarinat, lehtijutut ja mielenterveyden ongelmien käsittely kulttuurin keinoin arkipäiväistävät mielenterveyden ongelmia ilmiönä, sekä lisäävät suuren yleisön tietopohjaa niitä koskien. Näin ollen niillä on mahdollisesti myös stigmaa lievittävä vaikutus. (Nordling 2017.) Paitsi että nämä kertomukset koettiin stigmaa vähentävinä, saattoivat ne toimia myös rohkaisevina esimerkkeinä onnistuneesta toipumisesta.

Se on oikeestaan niinkun tullu jo ihan ton julkkishenkilöiden kauttakkin, et sieltä on niinkun tavallaan alkanu tippumaan tietoja jotka on tavallaan uutisia, tai niinkun uutta, että jollai on kakssuuntanen ja joku on ollu psykoosin takia sairaalassa. Ja näinhän on ollu kautta maailman sivun että julkkikset on siellä ollu, mutta siitä on tehty nyt semmonen että se on saanu paljon palstatilaa lehdissä ja joissain aikakauslehdissä. Ja sitte on niinkun ittelle käyny niin että on seurannu niitä ihmisiä et miten ne on selviytyny työtehtävistään sen jälkeen, ja sitte kun siinä ei oo ollu mitään moittimista, niin se antaa ittellekin kyllä aika paljon voimaa. (H7)

Suomessa asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan on mitattu mm. mielenterveysbarometrissa⁵. Myös mielenterveysbarometrin mukaan negatiiviset asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat jonkin verran vähentyneet, joskaan eivät missään tapauksessa poistuneet kokonaan. Tuoreimman barometrin (MTKL 2017a) ns. NIMBY-mittarissa vastaajista 19 % ei haluaisi naapurikseen mielenterveyskuntoutujaa. 18 % vastaajista oli lisäksi vastannut kokevansa epä mukavaksi ja pelottavaksi kohdata mielenterveyskuntoutujia. Vuoden

⁵ Mielenterveysbarometri on Mielenterveyden keskusliiton säännöllisesti vuodesta 2005 alkaen teettämä tutkimus, jossa selvitetään mielenterveyskuntoutujien arkeen liittyviä ongelmia sekä suomalaisten käsityksiä mielenterveysongelmista ja -kuntoutujista. Barometrikyselyyn 2015 vastasivat kuntoutujat, heidän omaisensa, psykiatrit ja psykologit sekä väestö, ja sen on toteuttanut syyskuussa 2015 TNS Gallup Oy. Viimeisimmässä, vuoden 2017 barometrissa teimana oli työelämä ja siihen vastasivat kuntoutujat ja omaiset, työnantajan edustajat, psykologit ja psykiatrit sekä 15–74-vuotiaat suomalaiset. Kysely tehtiin kesä- ja elokuussa 2017 ja sen toteutti Kantar TNS Oy. (MTKL 2015; MTKL 2017a.)

2015 mielenterveysbarometrissa (MTKL 2015) 18 % vastaajista ei haluaisi naapurikseen mielenterveyskuntoutujaa ja lisäksi 39 % vastaajista ei olisi halunnut naapurikseen skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Mielenterveysbarometreja on tehty säännöllisesti vuodesta 2005, ja tänä aikana suvaitsemattomuus mielenterveyskuntoutujia kohtaan NIMBY-mittarilla mitattuna on tasaisesti vähentynyt 30 prosentista 19 prosenttiin.

Yleisemmät asenteet heijastuivat myös haastateltujen yksityisempään elämään. Jotkut haastateltavat olivat kokeneet ennakkoluuloja, tai arvelleet ettei ymmärrystä sairaudelle löydy, myös konkreettisesti arkielämässään. Seuraavassa esimerkissä haastateltava oli kokenut, että sairastumisen johdosta yhteydet vanhoihin tuttaviiin ja sukulaisiin olivat etäännyneet.

Niinkun entiset tutut ja sukulaiset, mitä täällä asuu näillä seuduilla puolison puolelta, niin eipä niitä kutsuja niinku sinne koteihin tullu. Et en mä tiedä olikse vaan satumaa, mutta mä oon miettinyt sitä niinkun näin jälkikäteen että se johtu just siitä ettei heillä oo niinkun valmiutta, valmiutta... kohdata ollenkaan sitä asiaa, että mä oon sillä niinkun pystyny itelleni sen selvittäään niinkun, mutta se tuntu aika pahalta jossain vaiheessa että tota. (H7)

Jokunen haastateltavista myös arveli esimerkiksi työnhaun vaikeutuvan tai vaikeutuneen, jos mielenterveysongelmat tulevat tai ovat tulleet esiin.

H5: no tota.. kyl siinä pienessä määrin siinä varmaan on jotain peräinkin.. et on jotain pelkoa ja ennakkoluuloja, eikä oikein tiedä miten pitäis kohdata niinku mielenterveyspotilas

T: Missä sä oot tämmöseen törmänny, tai onks se tullu sulle vastaan jossain?

H5: No työhaastatteluisissa se on tullu vastaan mun mielestä ihan niinku selkeesti. Et kaikki on menny hyvin siihen saakka kun kysytään joku tietty kysymys ja sitte sen jälkeen se onkin vaan teatteria loppuhaastattelu... tai... tältä musta tuntuu, että...

Useassa tapauksessa haastateltavat kertoivat myös oletetun stigman kokemuksista. Ennakokäsitys ihmisten negatiivisesta suhtautumisesta oli jälkeempäin useasti osoittautunut ainakin osittain vääräksi, mutta ajatus siitä, etteivät ihmiset haluaisi olla tekemisissä psykisesti sairastuneen henkilön kanssa, oli monella vahva. Seuraavassa esimerkissä haastateltava oli kokenut joidenkin ihmisten kanssa yhteyden sairastumisen vuoksi katkenneen, jos-

ta syystä oli ajatellut, ettei kukaan halua olla hänen kanssaan tekemisissä. Hän oli tällöin itse tehnyt ratkaisun lopettaa yhteyden myös muihin.

H5: Yhessä vaiheessa mä päätin että kukaan kaveri ei enää halua olla mun kaa kaveri koska mä oon sairas. Ja tota, sit mä poistin kaikki facebook-tilit ja kaikki kokonaan. (...) Jotenkin tuntu, muutaman kanssa oli sillai et se yhteys vähän niinkun katkes ja sitte aatteli et se on sama sit kaikkien kanssa.

T: No mikä sä aattelit et siihen olis syynä et ihmiset ei haluis sit..?

H5: no se on että hullu mikä hullu ja ei niiden kans pidä olla tekemisissä.

Kuvatunlaisessa tilanteessa eristäytymisriski on ollut olemassa, mutta tässä tapauksessa haastateltava kuitenkin oli jälleen avannut some-tilinsä ja sen myötä huomannut aiemman intuiutionsa olleen väärä.

Hännisen ja Timosen (2004, 207) mukaan masentuneen käsittämänä masennus määrittyy muiden ihmisten taholta helposti moraalissävytteisesti esimerkiksi laiskuudeksi tai saamattomuudeksi. Toisaalta tämä ajatus ei myöskään ole täysin vailla todellisuuspohjaa. Länsisuomalaisessa väestökyselyssä kyselyyn vastanneista 41 % uskoi masennuksen olevan merkki heikkoudesta ja herkkyydestä ja 58 % uskoi, että masennuksesta kärsivien olisi ”otettava itseään niskasta kiinni” (*pull themselves together*), vaikka valtaosa, 86 %, pitikin masennusta todellisena sairautena (Aromaa ym. 2011, 128). Myös käsillä olevan tutkimuksen haastateltavista yksi kertoi pitkään yrittäneensä sinnitellä työelämässä masennuksen pahenemisen uhallakin, koska muut eivät hänen kokemuksensa mukaan olisi ymmärtäneet ratkaisua jäädä eläkkeelle.

H1: Kun mä ajattelin et mä ihan viimeeseen asti mä niinkun yritän [olla töissä], et mua ei voi syyttää siitä ettenkö mä olis yrittänyt.

T: Mut miks se oli sulle sitten niin.. miks sä viimeeseen asti yritit?

H1: Se on varmaan kans tota, miten mä sanoisin, mulla on muutamii semmosii ystäviä et.. se heidän mielipide oli kauheen, jotenkin tärkeä. Et he ei niinkun ymmärrä semmosta et joku jää..

T: Eläkkeelle kesken?

H1: Nii, nii.

Erityisesti yksi osallistujista pohti myös arkielämässään kohtaamiensa vaatimusten joustamattomuutta. Hän toi esimerkkinä esiin, miten oli pystynyt sairaudestaan huolimatta edis-

tämään opintojaan, mutta ei samalla tavoin kuin terveet opiskelutoverit. Hän oli saanut täytettyä kaikki kurssien vaatimukset, mutta opettajien suhtautuminen häneen sairauden tuomine rajoituksineen oli vaihdellut joustamattomasta ja osallistujan erityistä tilannetta huomioon ottamattomasta joustavaan ja kannustavaan.

Joku opettaja saatto olla sillai et samat säännöt kaikille, mutta et mä toivoin et olis vähän helpotettu (...) mut jotkut opettajat oli taas et no hyvä kun sä oot kuitenkin tehnyt kaikki nää työt ja voit tuoda vaikka myöhemmin nää työt. (H7)

Kyseinen osallistuja ei ollut halunnut saada erityiskohtelua tai vapautuksia, vaan toivonut pikemminkin tasoitusta voidakseen sairaudestaan huolimatta olla samalla viivalla muiden kanssa ja saada samat mahdollisuudet suoriutua opinnoistaan hyvin. Hänen ajattelunsa on verrattavissa toipumisen määrittelyyn vammaisuuden sosiaalisen mallin näkökulmasta (Pilgrim & McCranie 2013). Osallistujan toivoma tasoitus vastaavasti on verrattavissa kohtuullisiin mukautuksiin, joita koulutuksen järjestäjä on lain mukaan velvollinen tekemään vammaisen ihmisen yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi (Yhdenvertaisuuslaki 15 §). Joissakin tapauksissa hän koki myös saaneensa riittävän tasoituksen.

Joo, ja se sanoi et sä voit tehdä tän esitelmän pelkästään mulle, et se on ihan ok. Ja se ei ollu mun mielestä ahistavaa. Et tavallaan tommoset pitäis huomioida. Kaikkien opettajien ja työnantajien ja työkavereittenkin pitäis huomioida tollaset. Et eri ihmiset pystyy tekeen eri asioita. (H7)

Yhteiskunnan etuusjärjestelmän toimivuus on kriittinen toipumisen tukemiselle, koska mielen sairaudet aiheuttavat usein ainakin väliaikaista työkyvyttömyyttä ja sen kautta riippuvuutta etuusjärjestelmän tuesta (esim. Hiilamo ym. 2011). Tämän tutkimuksen osallistujien taloudellinen tilanne vaikutti jokseenkin tyydyttävältä, tai ainakaan kukaan ei erityisesti taloudellisia ongelmia haastatteluissa ottanut esiin. Niillä, joiden kanssa aihetta sivuttiin, ei asiaan varsinaisesti haastatteluhetkellä liittynyt ongelmaa, joskaan kovin leveääkään elämää ei tulojen koettu mahdollistavan.

Se on ihan hyvin, et kun ei tee mitään ihmeellistä niin pärjää ihan hyvin. (H5)

Kaikki osallistujat olivat haastatteluhetkellä sairauslomalla, joko sairauspäivärahan tai kuntoutustuen turvin, tai eläkkeellä, joten kaikkien tilanne oli tältä osin melko vakaa. Sairausaikaan oli kuitenkin kuulunut muunkinlaisia tilanteita, ja esimerkiksi sairastumiseen liittyvä taloudellisen tilanteen äkillinen heikkeneminen ja työkyvyttömyysjaksojen väleihin sijoittuneet työttömyysjaksot oli kuitenkin koettu taloudellisesti ongelmallisiksi.

Eläke suhteessa työelämään tuli kuitenkin esiin kahden osallistujan kohdalla kahdesta eri näkökulmasta. Yhdelle haastatelluista eläke oli näyttäytynyt uutena mahdollisuutena, joka myös oli toteutunut, kun eläkkeelle päästyään kyseinen osallistuja oli löytänyt uuden merkityksellisen työn vertaisuuden parissa.

Silloin kun mä olin vielä työelämässä niin se tavallaan vei kaikki mun voimat, niin silloin mä niinkun ajattelin et jos mä pääsisin eläkkeelle, niin mä tekisin jotain muuta työtä sillä tavalla omien voimien mukaan. (H1)

Toinen haastateltava taas tunsi, että avoimille työmarkkinoille hakeutumisessa olisi myös riskejä, jonka vuoksi hän toivoi löytävänsä paikkansa välityömarkkinoilta.

Että pääsis avotöihin tavallaan tai suojatöihin (...) Tavallaan mun ei kannattais enää normaalitöihin kun mä pelkään että jos mä sairastun uudemman kerran, niin eläkettä on vaikeempi saada. Ja sit jos tulee vanhemmaks niin se on entistä vaikeempaa kuntouttaa ittees et siihen tarvitaan enemmän tukimuotoa. (H3)

Eläkkeen, tai taloudellisten etuuksien yleensä, menettämisen pelon on aiemmassa tutkimuksessa todettu estävän työllistymispyrkimyksiä (Bradshaw ym. 2007, 29). Tuoreimmas-
sa mielenterveysbarometrissa (MTKL 2017b) haastatelluista kuntoutujista 53 % ei ollut töissä, eikä olisi työelämään edes halunnut palata kun taas 23 % kuntoutujista olisi voinut käydä töissä vaikka ei haastatteluhetkellä käynyt. Työelämään palaamaan haluttomien vastaajien joukosta 78 % oli antanut syyksi myönnetyn pysyvän eläkkeen ja sen mahdollistaman kuntoutumisen ja 16 % ei halunnut palata, koska uskoi työpaikan löytämisen olevan mahdotonta leimautumisen vuoksi.

Oikeus työhön on kaikille kuuluva perusoikeus ja työstä syrjäytyminen tarkoittaa merkittävän elämänalueen menetystä. Työllistymisen edistäminen voidaankin nähdä yhdeksi toi-

pumisen tukemisen pääprioriteeteista. On olemassa riski, että kuntoutujien kokema stressi lisääntyy, jos heitä ryhdytään esimerkiksi työllisyyden parantamisen tai eläke-etuuksissa säästämisen nimissä pakottamaan työelämään, mutta vielä tätä suurempi riski on mielen-terveyskuntoutujia uhkaava syrjäytyminen, mikäli työhön paluuseen ei kannusteta tai siihen tarjota riittävästi tukea niille, jotka toivovat voivansa työllistyä. Hoitosuhteessa asiakkaan toipumiselleen asettama päämäärä saattaakin nimenomaan olla kykeneminen työhön, mutta jos ammattilaisen käsitys psykiatrisesta sairaudesta on liian lääketieteellinen, hän saattaa varoitella ja korostaa työllistymisen asiakkaalle aiheuttamaa stressiä ja täten relapsiriskin kohoamista, ja näin tehokkaasti estää asiakkaan työllistymistä. (Sailas ym. 2007, 2083–2084; Shepherd ym. 2008, 5.)

Työllistyminen avoimille työmarkkinoille olisi monella tapaa toipumisen kannalta ideaalein vaihtoehto, sillä paitsi että työhön pääsy voi tarjota esimerkiksi tyytyväisyyden ja saavutuksen tunteita ja uusia sosiaalisia yhteisöjä, voi palkan myötä saavutettu taloudellisen tilanteen parantuminen edelleen laajentaa toipumiselle hyödyllisiä mahdollisuuksia myös työn ulkopuolella. Kuitenkin, jos avoimille työmarkkinoille työllistyminen ei ole mahdollista, on mikä tahansa strukturoitu toiminta hyväksi toipumiselle kunhan se on itse valittu ja merkityksellinen osallistujalle. (Mezzina ym. 2006, 69–70.)

Tähän tutkimukseen haastatelluista kuntoutujista moni oli etenkin aluksi sairastumisensa jälkeen tavoitellut paluuta työelämään ja siihen liittyen he olivat osallistuneet monenlaisiin työllistymistä tukemaan pyrkiviin toimenpiteisiin ja toimintoihin. Kaksi osallistujaa oli vähentänyt työaikaansa joko osatyökyvyttömyyseläkkeen turvin tai muutoin. Yksi osallistujista oli osallistunut TE-toimiston aktivointitoimenpiteisiin, joista hän ei kuitenkaan ollut kokenut juurikaan hyötyä, vaan ennemminkin oli kokenut toimenpiteen turhauttavana. Toinen haastateltu oli osallistunut kuntoutuskeskuksen kautta työkokeiluun, jopa useampaan kertaan, mutta ei kuitenkaan kokenut niistä apua työllistymiseen. Hänen mukaansa vaikutti siltä, ettei kuntoutuskeskuksessa vielä tuolloin oltu tunnettu riittävästi mielen-terveyskuntoutujien tilannetta ja mielen-terveysongelmiin liittyvää problematiikkaa.

Osa osallistujista oli ensimmäisen vakavamman sairastumisen jälkeen pystynyt palaamaan työhönsä omalle alalleen, mutta sittemmin sairauden uusiuduttua ei työhönpaluu enää ollut onnistunut. Yksi osallistujista kertoi tuloksetta hakeneensa työtä toivuttuaan ensimmäisestä vakavammasta sairastumisesta, jonka myötä hän oli myös menettänyt aiemman työpaikkansa. Hän koki, että sairaus vaikeutti työnsaantia. Moni tutkimuksen osallistujista oli kuitenkin päässyt osallistumaan työhön/työtoimintaan kohtaamispaikoissa ja yhdistyksissä, ja yksi klubitalon siirtymätyö-ohjelman⁶ kautta. Työn tekeminen, siirtymätyönä tai työtoimintana, oli edistänyt osallistujien toipumista, sekä antanut heille tietoa omasta työkyvystä käytännössä. Yhdessä tapauksessa haastateltu oli työhön osallistumisen kautta voinut todeta työkyvyn jo ainakin periaatteessa palautuneen, kun taas toisessa tapauksessa työhön osallistuminen oli osoittanut, ettei työkyky vielä ollut täysin palautunut. Molemmissa tapauksissa osallistujat kokivat tiedon hyödylliseksi.

6.3.2 Auttavat ammattilaiset (palvelukulttuurin taso)

Huolimatta siitä, miten haastateltavat käsittivät toipumisen, olivat ajatukset siitä, millaisessa palveluympäristössä toipumista voi parhaiten tapahtua, melko yhteneviä. Valitettavan usein ajatukset palveluympäristön hyvistä ja toipumista edistävästä ominaisuuksista kuitenkin olivat muodostuneet myös huonojen kokemusten kautta. Osallistujat tiesivät, mitä olisivat palveluilta toivoneet tai odottaneet, mutta kokivat etteivät olleet sitä saaneet. Toisaalta huonot kokemukset auttoivat joissakin tapauksissa osallistujia myös erittelemään niitä kokemuksia, jotka olivat olleet hyviä ja auttavia. Koska ammattilaiset ja työntekijät tekevät palvelun, keskittyivät kokemukset niin hyvästä kuin huonostakin palvelusta ammattilaisten kohtaamisen ominaisuuksiin ja sen laatuun. Osallistujien palvelukokemuksissa auttavien ammattilaisten ja kohtaamisten ominaisuuksiksi nousivat tunne kuulluksi tulemisesta, mahdollisuus luottaa ammattilaiseen, tuleminen kohdeksi kanssaihminenä ja ammattilaisen persoonan näkyminen, yksilöllisyyden kokemus hoitosuhteessa sekä ammattilaisen osoittama luottamus asiakkaan arvostelukykyyn.

⁶ Mielenterveyskuntoutujien klubitalojen siirtymätyö-ohjelman kautta järjestetään klubitalon jäsenelle osavastuullinen työ avoimilta työmarkkinoilta. Työntekijä tekee työnantajan kanssa määräaikaisen työsopimuksen ja työstä maksetaan normaali palkka. Klubitalon ohjaaja vastaa työhön perehdytyksestä ja antaa kuntoutujalle tukea työjakson aikana, sekä paikkaa tarvittaessa mahdollisia poissaoloja. (Suomen Klubitalot Ry 2018)

Kuulluksi tulemisen ja yhteistyön teemat nousivat esiin lähes kaikkien osallistujien kertomuksissa, erityisesti liittyen lääkitykseen. Sitä, että lääkitykseen on mahdollista itse vaikuttaa, pidettiin erityisen hyvänä asiana ja toisaalta lääkityksen sanelu potilaan mielipidettä huomioimatta koettiin erityisen pahana. Aiemmassa tutkimuksessa lääkitys on nähty toipumista hyödyttävänä erityisesti silloin, kun siihen on itse mahdollista vaikuttaa (esim. Happell 2008, 118) ja toisaalta vaikutusmahdollisuuksien puute hoitoon liittyen on havaittu ongelmalliseksi erityisesti juuri silloin, kun kyse on lääkitykseen liittyvistä asioista (Ljungberg ym. 2016, 272).. Psykiatrisen hoidon tulisi perustua siihen, että potilas voi antaa pätevän suostumuksen omaan hoitoonsa. Tämän vuoksi häntä on myös asianmukaisesti informoitava ja suostumusta aktiivisesti haettava kaikissa tilanteissa, myös vastentahtoisessa hoidossa. (Lönqvist & Lehtonen 2017, 23; Jacobson & Greenley 2001, 484.) Lähes kaikki haastateltavat olivat itse saaneet vaikuttaa lääkitykseensä, mutta joitakin päinvastaisiakin kokemuksia joukkoon mahtui. Seuraavassa esimerkissä haastateltava kuvaa pettymyksen aiheuttanutta kokemustaan, jossa ei lainkaan ollut tullut kuulluksi ja jossa oli tuntenut oman kokemuksensa tulleen täysin sivuutetuksi itseään koskevassa asiassa.

Oli lääkäri joka oli kehuttu maasta taivaaseen huipuks, ja sitten kun mulla oli vihdoin viimein hänelle se aika niin hän oli tosi tyly ja nopee, eikä kuunnellut oikein mitään, ja teki sellaset lääkemuutokset et mä lopetin ne ite omin päin. Ja se on ainoa kerta kun mä oon niin tehnyt. Sanoin että ei tämmösiä, ja hän oli et kyllä. Et se ei niinkun pitänyt mun kokemustaustaa yhtään mitään. (H5)

Osallistujien kertomuksissa kuului, että lääkitystä nimenomaan *käytettiin* tueksi toipumiseen, jolloin lääkitys kuvautuu aktiivisesti valittuna ja omaksi hyödyksi käytettynä, ei niinkään passiivisesti lääkärin määräyksestä otettuna. Saman huomion ovat tehneet myös Anderssen ja kumppanit (2003, 589). Osallistujilla oli ajan myötä karttunutta kokemusta lääkkeitä ja niiden sopivuudesta itselleen, ja he halusivat tämän huomioitavan lääkitystä koskevassa päätöksenteossa, ja lääkitykseen liittyviä päätöksiä voitavan tehdä yhteistyössä lääkärin kanssa. Lääkitys vaikutti olevan keskeinen, ellei keskeisin, osa useimpien osallistujien psykiatrista hoitoa, ja se myös oli aiheuttanut suurimmat konfliktitilanteet osallistujien hoitosuhteissa. Kahdessa tapauksessa osallistujat kertoivat vaihtaneensa jopa hoitopaikkaa lääkityksestä johtuneiden erimielisyyksien vuoksi.

Moni korosti myös työntekijään luottamisen tärkeyttä osana hyvää hoitosuhdetta. Joillakin vastaajilla kokemukset olivat hyviä, mikä helpotti luottamuksen syntymistä. Seuraavassa esimerkissä haastateltavan aikaisemmat kokemukset vaikeuttivat luottamuksen syntymistä, mutta hän näki keskeisenä löytää hoitavan tahon, johon voi luottaa, jotta hoidossa voi päästä eteenpäin. Aiemmassa hoitopaikassaan hän oli kokenut tulleensa kohdelluksi epäreilusti. Hänen toiveitaan ja tarpeitaan ei oltu kuultu, eikä hänen kokemustaan oltu otettu huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä, joten luottamusta ei ollut syntynyt. Sittemmin hoitopaikkaa vaihdettuaan hän koki voivansa luottaa nykyisiin työntekijöihin.

H3: Luottamus. Se on a ja o. Jos ei oo luottamusta ystäviin, hoitajiin ja näin niin silloin on aika huonossa jamassa, niinkun mäkin oon ollut tossa mielensterveystoimistossa.

T: Niin eli onks niin et pitää löytää sellaset ihmiset joihin voi luottaa?

H3: Joo

Useinkaan ammattilaisia, joiden kanssa hoitosuhteeseen ryhdytään, ei kuitenkaan käytännössä voi valita. Seuraava osallistuja on, tehdäkseen asiat helpommiksi myös itselleen, kokenut parhaaksi lähtökohtaisesti luottaa siihen, että työntekijä, oli kuka hyvänsä, on ammattitaitoinen ja näin ollen luottamuksen arvoinen.

Mulla on kyllä aina ollu sellanen suhtautuminen että mä luotan niinkun kaikkiin että.. koska siinä on nyt aina käynyt niin että se [työntekijä] on määrätty, et mä en ole päässyt sitä itse valitsemaan, niin jotenkin lähtenyt heti ensimmäisestä kerrasta sillä ajatuksella että mun täytyy nyt luottaa, taikka luotankin, että se on ammattilainen, enkä epäile ollenkaan sitä ammattitaitoa. Et mä oon huomannut, että se on niinkun itteltä pois se kaikki. (H7)

Koska vaikutusmahdollisuutta siihen, kenen kanssa hoitosuhde muodostetaan, ei ole ollut, on jäänyt ainoaksi vaihtoehdoksi luottaa ammattilaisen ammattimaisuuteen ja siihen sisältyvään asiantuntemukseen. Myös aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että ammattilaisten rooli toipumisessa on keskeinen pelkästään jo siksi, että he ovat ammattilaisia, minkä vuoksi heidän oletetaan omaavan erikoistunutta tietoa. Ammattilaisten koulutus sekä muodollinen pätevyys näyttää luovan asiakkaille turvallisuuden tunteen hoitokohtamisissa. Kuitenkaan sillä, mitä ammattia työntekijä edustaa tai millaiset ovat hänen ammatilliset

ominaisuutensa muutoin, ei ole juurikaan merkitystä siinä kuinka hänen on koettu edesaut-tavan toipumista. Sen sijaan tärkeämmäksi on koettu hänen henkilökohtaiset ominaisuuten-sa sekä se, millaisen suhteen hän asiakkaansa kanssa onnistuu luomaan. (Topor ym. 2006, 21, 27.)

Toive kuntoutujan kanssaihmisyyden huomioimisesta tuli haastatteluissa esiin useassa eri yhteydessä. Hyvin usein osallistujat mainitsivat toivovansa tulevansa ammattilaisen taholta kohdatuksi ihmisenä, eikä ainoastaan “tapauksena”. Tämän lisäksi osallistujat toivoivat myös ammattilaisen voivan toimia hoitosuhteessa ihmisenä, eikä ainoastaan ammattiroolis-saan. Sama on tullut esiin myös aiemmassa tutkimuksessa (esim. Ljungberg ym. 2015, 487–488).

No että muistaa että tossa on kanssa kanssaihminen. Sillä pääsee varmaan aika pit-källe. Eikä lokeroi itseänsä tai muitakaan. Et menee vaikka johonkin lokeroon, et on tässä nyt se asiantuntija, ja sitte toisessa lokerossa on niinku asiakas. Totta kai tietys mielessä näin pitää ollakin, mutta ihminen ihmiselle. (H5)

Liian tiukasti ammattiroolissaan pysyttäytyvän ammattilaisen kanssa kohtaaminen koettiin epäluontevaksi tai jäykäksi. Osallistujat toivoivat empatiaa, läsnäoloa ja paneutumista sekä asiakkaan ottamista tosissaan. Patricia Deeganin (1990, 307) mukaan jos ammattilainen ei näe asiakastaan kanssaihmisena, on riski että hän tulee kohdelleeksi asiakastaan vailla in-himillisyyttä niin kuin tällä ei olisi lainkaan tunteita tai arvokkuutta.

Ammattilaisen inhimillisuus ja valmius tuoda näkyviin persoonaansa koettiin hoitosuhdetta parantavana seikkana. Esimerkiksi huumorin käyttöä arvostettiin. Useassa haastattelussa osallistujat myös arvostivat sitä, että ammattilainen ei kokenut tarvetta liiaksi korostaa ammattilainen-potilas -suhdetta, vaan uskalsi kohdata asiakkaan kanssaihmisena. Myös esimerkiksi Borgin ja Kristiansenin (2004) tutkimuksessa hyvä yhteistyö on muodostunut todennäköisemmin, kun sekä ammattilainen, että asiakas ovat voineet tuoda suhteeseen omaa persoonaansa. Auttavien ammattilaisten on kuvattu omaavan muun muassa huumo-rintajua sekä käyttäytyvän enemmän ihmisten kuin spesialistien tavoin. (Mt. 499, 503.) Samoin tässä tutkimuksessa osallistujat kokivat, että mahdollisuus kokea myös ammattilai-nen kanssaihmisena paransi hoitosuhteen laatua. Tämä näkyi kertomuksissa, kuten esimer-

kiksi seuraavassa lainauksessa, jossa haastateltava kertoo suhteestaan avohoidon hoitajaan-
sa.

No mä tykkään et se on hirveen hyvä hoitaja, se et puhutaan niinku, me puhutaan vähän niinku, ei nyt ystävyksetkään, mut me puhutaan esimerkiksi naiseudesta hänen kanssaan. (...) Vaikka me puhutaan ihan niinku silleen vaan face-to-face ja sit mä lähden pois, niin jotenkin on aina sitten kun lähtee, et ihan hyvä olo tuli siitä, et hän niinkun kohtas mut ihmisenä. (H4)

Työntekijän keskustellessa asiakkaan kanssa jostakin molempia yhdistävästä asiasta, voidaan keskustelua käydä samoista lähtökohdista, ei selkeästi potilaan ja ammattilaisen positi-
oissa, vaan, kuten osallistuja kuvaa, enemmän kuten ystävän kanssa keskustellessa. Myös Denhov ja Topor (2012) havaitsivat tutkimuksessaan ihmisten usein kuvaavan toimivia hoitosuhteitaan ystävyyden kaltaisiksi. Toimivaa hoitosuhdetta ja ystävyyssuhdetta ei kuitenkaan rinnastettu täysin, vaikka niissä nähtiin yhtäläisyyksiä. Niiden välillä nähtiin myös selviä eroja, kuten että ammattilainen ei tuo keskusteluun omia ongelmiaan, että suhde on luottamuksellinen eikä ammattilainen ole tekemissä muiden asiakkaan lähipiiriin kuuluvien henkilöiden kanssa, ja että ammattilaiseen voi vaikeissa tilanteissa nojata enemmän kuin ystävään voisi. (Mt. 420.)

Asiakkaan tai potilaan ihmisyyden muistaminen tai sen unohtaminen tuli esiin myös suhteessa pakon käyttöön. Eräällä osallistujista oli sairaalahoitonsa aikana myös kokemuksia eristetyksi tulemisesta. Hän kertoi kuinka oli kokenut eristämistilanteen hyvin eri tavalla riippuen siitä, miten tilanteessa ollut työntekijä oli häneen suhtautunut. Eristystä hoitomuotona hän sinänsä kuvaili julmaksi, ja kokemusta oli vielä pahentanut se, että hän ei eristystilanteessa ollut ollut tietoinen siitä miksi näin toimitaan. Tilanteita ei myöskään jälkeensä oltu läpikäyty. Erityisen katkera ja ahdistava kokemus oli, kun työntekijä oli käyttänyt eristystilanteessa tarpeettomasti voimaa häntä kohtaan. Toisella kerralla taas työntekijä oli suhtautunut häneen rauhallisesti, minkä vuoksi kokemus ei ollut ollut läheskään niin ahdistava.

Seuraavasta osallistujasta päiväosaston käytäntö oli vaikuttanut oudolta, vaikka se oli henkilökunnan mukaan perusteltu. Käytäntöä ei oltu selitetty ja osallistujalle olikin jäänyt toiminnasta negatiivinen kokemus.

H6: Siellä istuttiin ne päivät puupenkeillä ja hoitajat juoksi karkuun jos niitä katto suunnilleen ja se oli aika ihmeellinen kokemus. Heillä oli siihen joku hoidollinen juttu et se tehdään niinkun he sen tekee. Ja mä ymmärsin sen, mutta mun mielestä se ei ainakaan mulle toiminut.

T: No kerrottiinks sulle sitä miks se tehdään niin?

H6: Ei suoraan..

Jonkin asian syyn kertomatta jättäminen kuvautuu helposti vallankäyttönä potilasta kohtaan. Se saattaa myös näyttäytyä potilaan aliarvioimisena; tämä ei tarvitse selitystä asiasta, vaan hänen on luottaminen siihen, että henkilökunta parhaiten tietää mikä potilasta auttaa. Kun syytä ei kerrota, ei potilas kykene ymmärtämään mahdollista ajateltua hyötyä, eikä myöskään kyseenalaistamaan tätä hyötyä omalla kohdallaan. Aiemmassa psykiatrista hoitoa käsittelevässä tutkimuksessa potilaat ovat pitäneet tietoa hoidossa tapahtuvista asioista tärkeänä. Tiedon saamisen on kuvattu rauhoittavan mieltä ja lisäävän luottamusta henkilökuntaan. (Syrjäpalo 2006, 111.)

Ihminen ihmiselle tarkoitti haastateltaville myös empaattista suhtautumista asiakkaaseen. Seuraavassa esimerkissä haastateltava kritisoi tapaa, jolla lääkäri suhtautuu hänen omassa elämässään tuskaa tuottavaan tilanteeseen neutraalisti, ilman että osoittaa empatiaa hänen vaikeaa tilannettaan kohtaan.

Musta tuntuu aina vähän pahalta, et kun mä vaikka meen johonkin lääkäriin ja sanon, et mulla on vaikka jotain psykoottisia oireita, niin ne on sillai et ok. Et ne on sillai et okei. Et mun mielestä niitten pitäis vähän reagoida sillee, niinkun et onpa ikävää, et sillee inhimillisellä ja empaattisella tavalla reagoida. (H8)

Vaikka oire hoitosuhteessa otettaisiin vakavasti ja sitä pyritäisiin hoitamaan, heikentää ammattilaisen liian asiallinen tai tunnekylmä suhtautuminen mahdollisesti hoitosuhteen hyötyä, koska vaarana tällöin on, että itselle kaikkein raskaimmista asioista kertominen muuttuu myötätuntoisen reaktion puuttessa epämiellyttävämmäksi, jolloin sitä aletaan vältellä. Kyseisellä osallistujalla oli myös toisenlainen kokemus ammattilaisen suhtautumisesta

ta aiemmassa tukihenkilösuhteessaan. Siinä työntekijä oli suhtautunut häneen myötätuntoisesti, minkä vuoksi hänen oli kertomansa mukaan myös ollut helpompi kertoa vaikeitakin asioita tälle kuin hoitohenkilökunnalle, jolta vastaavaa empaattista reaktiota ei ollut saanut.

Niin se empatia oikeesti autto mua tosi paljon ja tuntu että joku välittää musta oikeesti, vaikka tietenkin se oli ihan ammatillinen se suhde meidän välillä, et ei se ollut sama kun olis jollekin kaverille puhunut. (H8)

Syytä myötätuntoisen reaktion puutteeseen voidaan hakea Deeganin (1990) kuvaamasta *spirit breaking* -ilmiöstä, jossa diagnoosinsa kautta nähtyä potilasta tullaan ammattilaisen taholta kohdelleeksi kuin tällä ei olisi tunteita tai arvokkuutta. Lisäksi, kun kuntoutuja kohtaa ammattilaisen, edustaa hän tälle usein kokonaista potilasjoukkoa, kun taas kuntoutujalle itselleen oman elämän tapahtumat ovat merkityksellisiä ja ainutkertaisia (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013, 34).

Kanssaihmyisyys ja empatia ilmenivät ammattilaisen toiminnassa myös siinä, että asiakkaalle välittyi tunne siitä, että ammattilainen todella paneutui hänen asiaansa ja halusi aidosti auttaa.

No varmaan just se et niinku tuntuu et ne ottaa asian niinkun sillee vakavasti, ettei se oo vaan niinku, ettei se ihminen vaan istu siel sen takii että se tekee työkseen sitä. Niinku vaikka toi mun psykan hoitaja, niin kyllä se niinku oikeesti keskittyy asioihin ettei se vaan nyökyttele ja sano joo joo. Ettei se oo siellä vaan sen takii että se saa palkan siitä, vaan siks että se halua tehdä sitä työtä ja auttaa ihmisiä. (H6)

Seuraavalla osallistujalla on samasta aiheesta lähes päinvastainen kokemus.

Niin mun mielestä hän ei ollu kiinnostunu, et hän myötäili niinkun niitä asioita joita mä, hyvinkin taitavasti, oli niinkun hyvinkin ymmärtäväinen sille mitä mä sanoin, mutta hän ei ollu niinkun yhtään kiinnostunut. (H7)

Hoitaja suhtautui osallistujaan ainakin näennäisen ymmärtävästi, mutta ei antanut osallistujan kokemuksen mukaan omaa panostaan hoitosuhteessa työskentelylle, jolloin osallistuja koki ettei hoitosuhteessa päästy eteenpäin. Myös aiemmassa tutkimuksessa erityisen merkityksellisiksi auttamissuhteiksi on mainittu ne, joissa kohtaaminen on empaattinen ja aito,

ja asiakkaalle syntyy kokemus siitä, että työntekijä aidosti ymmärtää ja välittää siitä, mitä asiakkaalle tapahtuu (Romakkaniemi 2011, 238; Borg & Kristiansen 2004, 495).

Osallistujat arvostivat yksilöllisyyden ja erityisyyden kokemuksia hoitosuhteissaan. Hoitosuhteeseen liittyvät työntekijän pienetkin teot saattoivat olla haastateltavien mielestä erityisen merkityksellisiä ja mieleen jääviä, kuten erään haastateltavan kokemus henkilökohtaisesti huomioduksi tulemisesta terapeutin lähetettyä hänelle joulukortin. Myös aiemmassa tutkimuksessa työntekijän ylimääräinen panostus tai pieni inhimillinen huomaavaisuus koettiin yhdeksi ominaisuudeksi auttavissa tai toipumista edistävässä hoitosuhteissa, ja pienilläkin teoilla koettiin olevan suuri symbolinen arvo. Tämänkaltaisia tekoja ja eleitä tulkitettiin merkiksi siitä, että työntekijä on aidosti kiinnostunut ja todella välittää siitä, mitä asiakkaalle tapahtuu. Lisäksi teoissa, jotka alkavat tai tapahtuvat silloin, kun asiakas ei ole paikalla, kuten joulukortin lähettäminen edellä, tai jonkin asian tuominen mukana tapaamiseen, voi asiakas ajatella olleensa työntekijän mielessä myös hoitotapaamisen ulkopuolella. (Denhov & Topor 2012, 421; Borg & Kristiansen 2004, 496; Andersson 2016, 517.)

Erityisesti osallistujat arvostivat työntekijän kykyä räätälöidä tai yksilöllistää hoitoa. Joissakin tapauksissa tähän liittyi kokemus työntekijän tavanomaista suuremmasta panostuksesta. Yksi haastateltavista kertoi erityisen hyvästä kokemuksestaan omahoitajan kanssa sairaalahoidon aikana.

No mulla oli silloin kauheen vaikee mennä noitten siltojen yli. (...) Me käveltiin sit niitä siltoja ja sit hän sano mulle, että kävele sä nyt yksin toi yks silta ja hän odottaa täällä toisella puolella. Ja se niinkun onnistu sit hänen kanssa. (...) Musta hän oli hieno kun hän keksi sen ajatuksen. Yhtä hyvin me oltais voitu jutella vaan siellä osastolla, mutta.. hän oli kattonut sieltä mun papereista ja sit hän oli suunnitellut et nyt tehään näin. (H1)

Myös valmius mukauttaa hoitoa esimerkiksi päivän voinnin mukaan kuvattiin haastateluissa auttavan ammattilaisen ominaisuutena. Seuraavassa esimerkissä haastateltava on kokenut hyvänä sen, että työntekijän suunnittelema elämänjanan työstäminen on tarvittaessa voitu siirtää seuraavaan tapaamiseen silloin kun hän on näin halunnut.

Jos mä oon mennyt sinne ja mulla on ollut.. kaikki asiat kaatunut päälle niin mä oon sanonut et pistä vaan se fläppitaulu pois et nyt ei keretä sitä täyttään et puhutaan ihan muista asioista. (...) Joo ei hän oo väkisin sitä alkanu mun kaa täyttään, että se näkee jo ilmeestä kun mä tuun et jaaha, nyt ei vissiin fläppitauluu täytetä. (H6)

Paitsi asiakkaan voinnin huomioimisesta hoidon toteuttamisessa, kertoo edellinen esimerkki, jossa osallistuja on erityisesti pyytänyt suunnitelmaan muutosta, myös osaltaan ammattilaisen luottamuksesta asiakkaan kykyyn arvioida sitä, mistä milläkin hetkellä saa parhaiten apua. Toporin ja kumppaneiden (2006, 32) mukaan, kun työntekijä luovuttaa valtaansa asiakkaalle, kuten esimerkin tilanteessa, jossa asiakas on saanut päättää vastaanotolla keskustelun aiheen, se voidaan kokea merkinä siitä, että työntekijä luottaa asiakkaan arvostelukykyyn sekä hänen kykyynsä tehdä rationaalisia päätöksiä. Luottamus, tai sen puute, asiakkaan arvostelukykyyn tuli esiin myös toisenlaisessa yhteydessä. Seuraavassa esimerkissä ammattilainen ei ole luottanut asiakkaan kykyyn arvioida omaa psyykkistä vointiaan, vaan on sen sijaan tehnyt tästä päätelmiä perustuen asiakkaan ulkoiseen habitukseen. Osallistuja oli kokenut tämän hämmentäväksi ja loukkaavaksi. Hän koki, ettei häntä oltu kuultu, eikä otettu tosissaan, koska hänen ulkoasunsa ja ulosantinsa ei lääkärin mukaan ollut ilmentänyt riittävästi hänen sen hetkistä psyykkistä vointiaan.

Niin ja sit musta on kirjattu aina, kun mä oon niin hyvä tsemppaamaan, niin että potilas ei vaikuta masentuneelta, koska hymyilee, tai potilas puhuu reippaasti, ei vaikuta masentuneelta. Sillee, et niin? Et mä osaan puhua asiallisesti, tarvisko mun alkaa itkee joka käynnillä että mut otettais tosissaan! (...) Välillä tuntuu sillee et ne ei kuuntele niinku mitä mä sanon, vaan ne kattoo vaan jotain ihan muuta. (H8)

Toisaalta haastatteluissa tuli, ikään kuin vastakkaisena edelliselle, esiin myös se, miten joskus ammattilaiset aliarvioivat tai epäilevät kuntoutujan kykyä selvitä erinäisistä asioista.

Mä joskus tapaan jotain hoitajia, kun oon paljon ollu tuolla potilaana. Niin sit jutellaan ja sit mä kerron et teen kuntoutuskurseja ja oon täällä neuvojana työssä ja näin. Niin ne on kauhee, et voi voi nyt, ja miten nyt, että pärjäätköhän sinä siellä. Ei sano sitä, mut se asenne on semmonen. Pari kappaletta on ollu näin. (H4)

Kyseinen osallistuja on jo polkunsa löytänyt, eikä ammattilaisen epäilevä asenne hänen kohdallaan ollut aiheuttanut muutoksia hänen toimintaansa tai vähentänyt uskoa omiin voimavaroihin. Kuitenkin, kyseisenlainen asenne saattaa joissakin tapauksissa olla hyvin

haitallinen toipumiselle. Ammatillaiset eivät välttämättä ole kovin taitavia arvioimaan sitä, mikä on kuntoutujalle mahdollista ja mikä ei, ja on olemassa vaara että ammatillaiset aliarvioivat kuntoutujan mahdollisuudet. Joskus on tarpeen tukea ihmisiä heidän itse valitsemissaan tavoitteissa siitä huolimatta, että ne eivät ammatillaisen arvion mukaan vaikuttaisiakaan täysin realistisilta. (Shepherd ym. 2008, 3-4.)

6.3.3 Hyvä hoito (palveluiden sisällön taso)

Tässä osiossa pyrin luomaan kuvaa siitä, millaisiksi osallistujat kokevat käyttämänsä palvelut, ja mikä palveluissa osallistujien mukaan parhaiten tukee toipumista. Keskityn tässä terveydenhuollon palveluihin sekä kolmannen sektorin palveluihin, joista kaikilla osallistujilla oli kokemusta. Sosiaalihuollon palveluista oli kokemuksia niin harvalla osallistujalla, että jätän ne tässä käsittelemättä suojatakseni heidän anonymiteettiaan. Lisäksi osallistujien käyttämässä sosiaalihuollon palveluissa jo edellisessä teemassa käsiteltyjä ammatillaisen henkilöön liittyviä kokemuksia tuotiin esiin huomattavasti palveluiden sisältöjä enemmän.

Haastatellut olivat yleisesti melko tyytyväisiä siihen palveluiden kokonaisuuteen, joka heillä haastatteluhetkellä oli. Osalla osallistujista oli hoitoonsa liittyen keskustelukontakti. Osa kävi tai oli käynyt myös terapiassa. Osalla hoito kuitenkin muodostui käytännössä pelkästään melko harvajaksoisesta lääkärikontaktista, jossa lääkäri lähinnä huolehti lääkityksestä. Lääkitys oli lähes kaikkien osallistujien kertomuksissa keskeinen, jopa keskeisin, hoitoon liittyvistä teemoista, ja sen osuus hoidon hyödystä kuvautui erittäin merkittävänä. Osallistujat täydensivät hoitoa kolmannen sektorin toiminnalla. Jotkut osallistujista kokivat kolmannen sektorin toiminnan hoidon rinnalla yhtä tärkeäksi, jotkut jopa hoitokontaktia ja terveydenhuollon palveluja tärkeämmäksi. Osa osallistujista asioi terveydenhuollossa lähes ainoastaan lääkityksen vuoksi ja haki muun tuen toipumiselleen lähinnä kolmannen sektorin toiminnoista.

Sitten sairastumisen saamastaan hoidosta suurimmalla osalla osallistujista oli kokonaisuutena positiivinen käsitys, ja pääosin hoito oli koettu hyödylliseksi, joskin kertomuksia

myös hyvin huonoista kokemuksista oli jonkin verran. Monen osallistujan vastauksista myös kuului läpi se, ettei psykiatrisen hoidon maine ole yleisesti ottaen erityisen hyvä, ja omissa hyvissä kokemuksissa saatettiin tuoda esiin hyvää tuuria ja sitä, että muunkinlaisia kokemuksia ihmisillä on.

No mun mielestä psykiatrian palvelut on ollu paljon parjatussa terveydenhuollossamme niin tosi hyvällä mallilla. Että joko mulla on käynyt tosi hyvä säkä tai sitten muut puhuu palturia. (H5)

Niin no mulla on ennenkin tullut vastaan toi kun mulla ei niinkun oo sitä huonoo kokemusta. (...) Niin mä tiedän senkin et kun joku pääsee paatoksella puhumaan niistä pettymyksistä mitä on ollu. (H4)

Palveluiden käytännössä arvostettiin palveluiden fokusta hyvinvoinnissa, ei pelkästään oireissa, mikä myös toipumisorientoituneissa palveluissa on keskeistä. Lisäksi arvostettiin mahdollisuutta pidempiaikaisiin hoitosuhteisiin. Jotkut haastateltavista kokivat tärkeinä toipumisen tukemisessa myös turvallisuuden tunteen ja oikeuden tarvittaessa, voinnin heiketyssä, myös olla hoivan kohteena. Moni korosti myös palveluissa olevien toiminnan mahdollisuuksien osuutta toipumisensa edistymisessä. Kuntoutumisen tai toipumisen ajatus kuvautui hoidossa olevan esillä vaihtelevasti. Niissä tapauksissa, jossa hoidon fokukseksi oli sairauden oireisiin keskittymisen sijasta positiivisten ja iloa tuottavien asioiden lisääminen asiakkaan elämässä, koettiin hoidosta olleen enemmän hyötyä.

Ne kysymyksethän sitä pitää sitä keskustelua yllä. Et jos ei niitä oikein ole, niin ei siitä, sit se on vähän, kyl sen täytyy sen hoitajan tajuta se tilanne. Et hän on kummin-kin se päällikkö siinä. (...) Kun sieltä täytyy lähtee niitä kipinöitä kuitenkin siihen arjen elämiseenkin, että se on kaikkein parasta silloin kun pikkusen joskus annetaan sellasta haastetta vähän sillai sopivassa paketissa, että ei voi käskyttää tai mitään. Sen täytyy itestä tuntuu siltä et sen on itse keksinyt. (H7)

Esimerkin haastateltava oli tyytyväinen hoitosuhteeseensa ja kertoi avohoidon hoitajan kanssa käymiensä keskustelujen myötä saaneensa arkeensa takaisin iloa tuottavia asioita, kuten liikunnan ja lukemisen, jotka olivat sairauden myötä hänen elämästään poistuneet. Haastateltavan hoitosuhde siis kuvautui hyvällä tavalla toipumista tukevana, tavoitteet tuntuivat omilta mutta niiden asettamiseen sai tukea, ja asetetut tavoitteet vaikuttivat keskitty-

vän kokonaisvaltaisemmin hyvinvoinnin lisäämiseen kuin pelkästään sairauteen ja oireiden vähentämiseen. Vaikka toipumisajattelussa korostetaan sairastuneen omaa osuutta prosessin ohjaamisessa ja vastuunottoa omasta toipumisesta, peräänkuuluttivat jotkut haastateltavista edellisen haastateltavan tapaan myös ammattilaisten asiantuntijuutta ja taitoa sekä siihen liittyen myös osin hoitoa ohjaavaa roolia, mutta ei kuitenkaan hoidon ja sen tavoitteiden määrittelemistä asiakkaan puolesta. Kuten Shepherd ja kumppanit (2008, 3) ovat todenneet, jotta palvelussa voitaisiin siirtyä tukemaan (henkilökohtaista) toipumista kliinisen toipumisen sijasta, tulisi ammattilaisten alkaa alkaa toimia kuin henkilökohtainen valmentaja sen sijaan että näyttäytyy asiakkaalle etäisenä asiantuntijana ja auktoriteettina.

Haastateltavien joukossa oli myös yksi henkilö, jonka kokemus eräästä hoitokontaktistaan oli lähes täysin päinvastainen edeltävän osallistujan kokemukseen nähden.

No me keskusteltiin niinkun asioista, ihan että mikä vaivaa ja mikä vois olla.. kaikkee niinkun.. hyvin tiukasti pysyttiin aiheessa kyllä.. mut mä sitten lopetin sen kun ei siitä oikein ollu hyötyä (H5)

Osallistuja tarkensi aiheessa pysymisen tarkoittaneen sitä, että keskusteluissa oli lähinnä keskitytty sairauteen ja oireisiin, eivätkä hyvinvoinnin lisäämisen näkökulmat olleet juuri-kaan olleet esillä. Kyseisen hoitokontaktin aikana hän kertoi arkensa sinänsä sujuneen niin, ettei perustarpeiden osalta ollut puutteita, mutta päivien kuluneen vain olemalla. Hoitokontaktissa ei kuitenkaan oltu keskusteltu esimerkiksi siitä, miten hän voisi saada päiviinsä sisältöä. Sama huomio hoitokontaktin hyödyllisyydestä toipumiselle on havaittu myös aiemmassa tutkimuksessa. Kun ammattilaisen kiinnostus hoitosuhteessa kohdistuu ainoastaan oireisiin ja asiakkaan vajavaisuuksiin, ei hoitosuhde kykene luomaan toivoa, joka kuitenkin on toipumisessa avainasemassa. Toivo viriää sen sijaan auttamissuhteissa, joissa ammattilainen keskittyy luomaan positiivista suhdetta asiakkaaseen pyrkien vahvistamaan optimismia ja asiakkaan voimavaroja. (Borg & Kristiansen 2004, 502.)

Henkilökunnan suuri vaihtuvuus koettiin ongelmalliseksi. Toisten ammattilaisten kanssa hoito edistyi paremmin kuin toisten kanssa. Joskus ammattilaisten näkemyserot olivat niin suuria, että se aiheutti poukkoilevuutta hoidossa. Vaikka seuraava osallistuja olisi lähtökoh-

taisesti halunnut luottaa esimerkiksi hoitavan lääkärin ohjeisiin, teki lääkäreiden tiheä vaihtuvuus tämän vaikeaksi. Haastateltava kertoo lääkäreiden vaihtuneen usein, ja eri lääkäreillä olleen hyvin erilaisia mielipiteitä esimerkiksi lääkitysten sopivuudesta haastatellulle.

Mut kun ollaan niinkun just eri mieltä jostain lääkkeestä, niin se on tosi hämmentävää potilaana, kun kuitenkin luottaa lääkärin osaamiseen, mut kun niiltä tulee keskenään ristiriitaista tietoa niin se on vähän siis... (H8)

Hoitosuhteiden jatkuvuus olisi tärkeää paitsi hoitolinjausten poukkoilun välttämiseksi, mutta myös, koska usein asiakas joutuu työntekijöiden vaihtuessa kuvaamaan tilannettaan yhä uudelleen ja uudelleen, mikä helposti aiheuttaa turhautumista. Hoitosuhteessa on vaikea edetä, jos lähes jokaisella vastaanotolla on aloitettava alusta. Denhov ja Topor (2012) ovat todenneet, että sen lisäksi, että tarinansa joutuu kertomaan yhä uudelleen, on uuden ammattilaisen kohtaaminen stressaava myös siksi, että asiakkaalla ei ole minkäänlaista käsitystä siitä, millä tavoin ammattilainen ottaa kerrotun vastaan. Pidempiaikainen hoitosuhde ja molemminpuolinen tunteminen mahdollistaa sekä ammattilaisen että asiakkaan perustellut arviot siitä, miten hoitosuhdetta tulisi viedä eteenpäin. (Mt. 419.) Tällaisesta ajan myötä kehittyneestä ja hioutuneesta hoitosuhteesta ei tahdottu luopua, mikäli tähän oli mitenkään mahdollista vaikuttaa. Eräs osallistuja kertoi omasta tilanteestaan, jossa hoitojärjestelmään rakennettu raja oli katkaissut hänen hyväksi ja hyödylliseksi kokemansa pitkäaikaisen hoitosuhteen. Hän oli kuitenkin hoitajansa kanssa onnistunut pientä oveluuttakin käyttäen järjestämään asiat niin, että hoitosuhde oli rajauksesta huolimatta voinut jatkua.

Avohoidon hoitosuhteissa jatkuvuuden ohella osallistujat pitivät tärkeänä tietynlaista turvallisuutta. Tämä näkyi kahdella tavalla; toisaalta kiinnipitävän työtteen, eli sen varmistamisen, että asiakkaan yhteys palveluihin säilyy, arvostuksena, sekä toisaalta siinä, että osallistujat pitivät tärkeänä sitä, että myös asiakkaan oli tosiasiasa mahdollista tavoittaa työntekijä nopealla aikataululla silloin, kun esimerkiksi voinnin muutosten vuoksi koki sen tarpeelliseksi.

Tääl on ainakin hyvät palvelut et jossetsä mee, niinku vaik unohdat ton psykan, niin sieltä soitetaan jo vartin päästä et missä oot ja ooks kunnossa. (H6)

Kun sairaus oli vaikeutunut siinä määrin, että oli ollut tarvetta sairaalahoitoon, arvosti useampi sairaalahoidossa olleista osallistujista oikeutta olla myös hoidon ja avun vastaanottajana. Osallistujille oli sairaalassa helpottavaa hetkellisesti asettua ammattilaisten parantavan toiminnan kohteeksi. Tämän on todennut sairaalahoidosta myös omaa kuntoutumiskokemustaan tutkinut Päivi Rissanen (2015, 81), jonka mukaan vastuu itsestä on joskus tarpeen antaa työntekijöille siitäkkin huolimatta, että se tarkoittaa samalla vapaudesta luopumista. Sairalahoidon hyödyissä mainittiin turvallisuus ja henkilökunnan luottamusta herättävä toiminta.

No se varmaan on [sairalahoidon hyöty] et kun tulee semmosena masentuneena ja pelokkaana ja jotenkin aivan loppuun väsyneenä ja pääsee osastolle, niin se turvallisuus siellä. Ja pidetään huolta siitä, että syö ja juo ja osallistuu vähän niihin keskusteluihin tai mitä siellä sitten onkin ohjelmassa. (H1)

Varmaan se oli se sairaalan henkinen ilmapiiri. Se oli hyvä. Se oli ennen kaikkea positiivinen ja potilaat huomioon ottava.. ja se oli.. ja sen lisäksi se oli ammattimainen, että tuntuu että täällä on nyt ihan hyvissä käsissä. Et vaikka en aina ollu kaikesta samaa mieltä, mut kuitenkin hyvissä käsissä siellä oli. (H5)

Paitsi turvallisuutta ja hoivaa, nähtiin toiminnallisuus sairaalahoidossa yleisesti auttavana. Seuraava haastateltava on kokenut suurta apua kuntoutusosaston päivärytmiin kuuluvista arkisista askareista, jotka, vaikka aluksi olivat tuntuneet hyvin vastenmielisiltä, lopulta olivat olleet avainasemassa hänen toimintakykynsä palautumisessa vaikean sairausjakson jälkeen.

No katettiin pöytää ja tehtiin voileipiä ja toimintaterapiassa kudottiin tai mitä nyt tehtiinkin, siivottiin ja... Ajattele, tämmösiä juttuja, noin arkipäiväisiä ja ne kuitenkin auttavat siihen että mun toimintakyky palautu. Et jokainen pikkuasia piti uudestaan oppia. (H4)

Lisäksi haastateltavat kertoivat pitäneensä esimerkiksi toimintaterapian luovista ryhmistä sekä liikuntaryhmistä, joihin olivat sairaalahoitonsa aikana osallistuneet. Näiden koettiin tuovan mielekkyyttä sairaalan muuten yksitoikkoiseen ja ehkä passivoivaankin arkirytmiin.

Myös kolmannen sektorin toimintaan osallistumiselle yksi merkittävin syy useiden osallistujien mukaan oli juuri näiden paikkojen tarjoama toiminta sekä mahdollisuus saada niiden kautta arkeensa rytmiä. Toiminnan merkitystä toipumisen etenemisessä korostettiin haastateltujen toimesta myös muissa yhteyksissä, joten tätä taustaa vasten tarkastellen osallistuminen kolmannen sektorin toimintaan näyttäisi olevan toipumisen kannalta erittäin edullista. Haastateltavat kertoivat kohtaamispaikoissa osallistuneensa esimerkiksi retkiin, ryhmiin sekä työtoimintaan. Osalla haastateltavista oli myös kokemusta ryhmien ohjaamisesta. Lisäksi haastateltavat mainitsivat aktiviteeteista muun muassa pelailun, leipomisen ja virkkaamisen. Tutulla ja mieleisellä tekemisellä saattaa olla merkittäviä toipumista edistäviä vaikutuksia. Esimerkiksi Sissel Horghagen tutkimusryhmineen (2014, 151) on tutkinut mielenterveyskuntoutujien kohtaamispaikassa toteutuneen käsityöryhmän vaikutusta osallistujien toipumiseen, ja todenneet ryhmän tukevan muun muassa osallistujien päivärytmiä ja arjen askareista selviytymistä, sekä tarjoavan mahdollisuuden osallistumiseen matalalla kynnyksellä tuottaen näin mahdollisuuksia myös vertaistukeen. Samankaltaisia vaikutuksia voisi olettaa olevan myös muunlaisella helposti lähestyttävällä toiminnalla ja toiminnallisilla ryhmillä, joita kolmannen sektorin toimintapaikoissa tarjotaan. Seuraavassa esimerkissä haastateltava pohtikin kohtaamispaikan merkitystä mahdollisena ponnahduslautana sairauden tuottamasta eristäytyneisyydestä takaisin yhteiskuntaan.

Mä ajattelen sen ennemminkin niinkun, en tiedä kuinka se on mun kohdalla, mut yleisesti, niinkun sen yksin olon ja sen yhteiskunnassa mukana olon välissä. Et se mahdollistaa paluun sinne. (H5)

7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyden ongelmia kohdanneiden henkilöiden kokemuksia ja käsityksiä toipumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli luoda kuvaa siitä, miten osallistujat ymmärtävät toipumisen ja mitä siinä tavoitellaan, sekä sitä millaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät vaikuttavat osallistujien toipumiseen. Osallistujille toipuminen merkitsi tavallisen elämän elämistä ja tavallisten asioiden tekemistä. He käsittivät toipumisen prosessina, jonka osaksi hyväksytään myös mahdolliset relapsit tai retkahdukset. Osan käsityksen mukaan toipumisen lopputuloksena oli kliininen toipuminen, ja osa taas ei varsinaisesti mieltänyt prosessin päätyvän mihinkään lopputulokseen, vaan vievän ainoastaan eteenpäin. Kliinisen käsityksen toipumisen lopputuloksena omaksuneet eivät välttämättä uskoneet sen mahdollisuuteen ja näin ollen suhtautuminen siihen oli pessimistisempi kuin henkilökohtaisen toipumisen tavoittelijoilla, joilla eteenpäinmenon mahdollisuus oli aina olemassa. Toipuminen osittain konkretisoitui osallistujien tavoitteissa. Tavoitteita pidettiin tärkeinä ja niiden nähtiin vievän toipumista eteenpäin.

Toipumisen sisäiset edellytykset jakautuivat toivon ja positiivisuuden, sosiaalisen ympäristön ja yhteisöihin kiinnittymisen, toipumisarjen sekä roolien teemoihin. Toivo oli merkittävä tekijä osallistujien toipumisessa. Toivo ilmeni myötäsyttyisenä, valittuna asenteena tai terapeuttisena optimismina. Toivo saattoi olla myös hauras, ja se saattoi sairauden pahenemisvaiheiden tai epäonnistumisten myötä myös heiketä. Sosiaaliset suhteet ja ympäristöt olivat kaikkien osallistujien mukaan tärkeä voimavara toipumisessa ja hyvinvoinnin lisäämisessä. Suhteet läheisiin olivat tärkeitä, mutta voimallisimmin toipumista olivat useiden osallistujien mukaan edesauttaneet vertaisuuden kokemukset. Osallistujat kuvasivat paljon aktiivisia tekoja, joilla he arjessaan pyrkivät sairauden hallintaan ja näin toipumisen edistämiseen. Keskeisimmin sairauden hallinnan keinoista tulivat esiin tieto sairaudesta, sekä toimiva lääkitys. Omahoito täydentyi erilaisilla kokemuksen myötä muovautuneilla hyvinvoinnin lisäämisen strategioilla ja tätä täydentävillä ensiavun omaisilla taktiikoilla hoitaa negatiivisia oloiloja. Erilaiset roolit, joita osallistujilla oli, olivat myös merkityksellisiä toipumiselle. Sairastumisen myötä menetettyjen, erityisesti ammatillisten, roolien tilalle osa haastatelluista oli löytänyt uusia erityisesti vertaisuuden parissa. Merkityksellisiä olivat

myös sairaudesta huolimatta muuttumattomat roolit esimerkiksi vanhempana tai puolisona. Näillä rooleilla oli osalle osallistujista ollut ratkaiseva merkitys myös toipumisuran alussa toipumisen tavoitteluun motivoitumisessa.

Toipumisen ulkoisista olosuhteista tässä tutkimuksessa merkityksellisiä olivat yhteiskunnan ominaisuudet ja sen kyky muodostaa toipumiselle suotuisa ympäristö, toipumista tukevat auttavat ammattilaiset sekä toipumista tukeva hoito. Yhteiskunnan ominaisuuksista eniten kokemuksia tuotiin esiin mielen sairauksiin liittyvästä stigmasta ja asenteista. Kielteisten asenteiden koettiin ajan myötä kuitenkin lievittyneen. Osallistujien kohdalla etuusjärjestelmä näytti toimivan jokseenkin tyydyttävästi, joskin eläke näytti osallistujien kertomusten perusteella olevan potentiaalisesti sekä työhön ja toimintaan aktivoiva että passiivoiva. Työhön tukemisen palvelut eivät täysin olleet kyenneet vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Toipumista tukeva kulttuuri palveluissa tiivistyi ammattilaisten toimintaan ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Osallistajat pitivät hoito- ja asiakassuhteissaan keskeisenä kuulluksi tulemisesta sekä molemminpuoliseen luottamukseen perustuvaa yhteistyötä. Ammattilaisten toiminta oli osallistujien mukaan toipumista tukevaa, kun he antoivat persoonansa näkyä ja osoittivat asiakkaalleen empatiaa, läsnäoloa ja paneutumista, halua ja valmiutta hoidon yksilölliseen räätälöintiin ja joustoihin. Osallistajat olivat yleisesti ottaen melko tyytyväisiä hoitoonsa, vaikka selvästi psykiatrisen hoidon mainetta ei pidetty hyvänä. He arvostivat hoidon jatkuvuutta ja hoitosuhteiden pysyvyyttä ja kokivat hyödylliseksi kun hoidon fokus oli hyvinvoinnin lisäämisessä oireisiin keskittymisen sijasta. Etenkin sairaalahoidon osalta tuotiin esiin turvallisuuden tunne ja oikeus olla hoidon kohteena, sekä toiminnallisuuden hyödyt. Kolmannen sektorin toimintaan osallistumiseen motiiveina olivat sosiaalisten kontaktien mahdollisuuden ohella hyväksyvä ympäristö, mielekäs tekeminen, apu arjen rytmin ylläpitoon sekä mahdollisuus vertaiskokemuksiin.

7.1 Toipuminen ja sen tukeminen palvelujärjestelmässä

Toipuminen on keskeisesti sosiaalinen prosessi sekä kiinteä osa ihmisen elämää (Borg & Davidson 2008, 138). Toipumisessa ja sen tukemisessa ovat keskeisessä osassa kuntoutujan sosiaaliset ja yhteiskuntasuhteet sekä arki, mikä tuli selkeästi esiin myös tässä tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen osallistujille toipuminen muodosti kokonaisvaltaisen elämänprojektin, jossa pyrittiin eteenpäin, kohti suurempaa hyvinvointia ja tyydyttävämpää ja parempaa arkea. Toipuminen kuvautui monen kertomuksessa enemmän matkana kuin päämääränä. Hyvää elämää ja asettamia tavoitteita kohti pyrkiessään osallistujat kuvasivat päättäväisyyttä ja pyrkivät pitämään yllä toiveikkuutta, positiivisuutta ja uskoa eteenpäin pääsemiseen siitä huolimatta, että he olivat kohdanneet matkansa varrella takaiskujaakin. Osallistujien omat ajatukset ja käsitykset vastasivat siis pitkälti sitä kuvaa toipumisesta, joka aiemmassa toipumista käsittelevässä tutkimuksessa on muodostunut (esim. Leamy ym. 2011; Jacobson & Greenley 2001).

Kaikilla osallistujilla toipuminen tapahtui psykiatrisen hoidon, kolmannen sektorin toiminnan ja oman arjen muodostamassa kokonaisuudessa, jossa kaikki osat olivat tärkeitä ja merkityksellisiä, mutta niiden painoarvo vaihteli riippuen osallistujasta sekä sairauden ja toipumisen vaiheesta. Psykiatrinen hoito muodosti ainoastaan toipumisen yhden osan, usein painottuen lääkitykseen ja sen seurantaan. Suuri osa toipumisesta tapahtui virallisen hoitokontaktin ulkopuolella osallistujien tavallisessa arjessa, jota myös kolmannen sektorin toiminta merkittävällä tavalla tuki, tarjoten osallistujasta riippuen turvallisen, hyväksyvän yhteisön, mahdollisuuksia vertaiskokemuksiin, mielekästä tekemistä ja merkityksellisiä rooleja, sekä apua arjen rytmin ylläpidossa. Kuten myös aiemmassa tutkimuksessa on todettu (esim. Borg & Davidson 2008) oli tämänkin tutkimuksen osallistujien kohdalla ilmeistä, että paljon toipumista tapahtuu myös ilman palveluiden suoraa osallisuutta, osallistujien luonnollisissa yhteisöissä sekä omana sisäisenä prosessina ja itsenäisen arkisen, aktiivisen toipumistyön kautta.

Vaikka usean osallistujan omat käsitykset toipumisesta lähestyivät aiemmassa tutkimuksessa tuotettuja toipumisen määritelmiä (esim. Pilgrim & McCranie 2013; Leamy ym. 2011; Davidson & Roe 2007; Andersen ym. 2003; Anthony 1993), heidän kertomuksissaan saa-

mastaan psykiatrisesta hoidosta ei toipumisorientaatio ainakaan kovin laajamittaisesti vaikuttanut esiintyvän. Tästä mahdollisesti osaltaan kertoo myös se, että osan osallistujista käsitys toipumisesta vastasi lähemmin toipumisen kliinistä määritelmää kuin henkilökohtaisen toipumisen määritelmää, minkä voisi ajatella heijastelevan hoitokontaktin käsitystä asiasta.

Yleisesti osallistujat olivat kuitenkin verrattain tyytyväisiä saamaansa psykiatriseen hoitoon, vaikkakin sekaan mahtui myös pettymyksiä, kiistatilanteita ja pahaa mieltä aiheuttaneita kokemuksia. Palveluista hyvän tai huonon tekevistä seikoista eniten tuotiin esiin ammattilaisen ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen laatua ja kohtaamisen luonnetta. Tässä tutkimuksessa syntynyt kuva hyvän ja auttavan kohtaamisen ominaisuuksista muodostui paitsi osallistujien hyvien kokemusten, valitettavasti myös pettymyksiä tuottaneiden ja karvaidenkin kokemusten pohjalta. Ammattilaisilta toivottiin ja odotettiin kuuntelemista, paneutumista ja kokemusta yksilöllisestä kohdatuksi ja autetuksi tulemisesta. Useimmiten osallistujat toivoivat tulevansa kohdatuksi kanssaihminenä, ja toimivaa kohtaamista ja suhdetta ammattilaisen kanssa kuvattiin useasti sanoin ”ihminen ihmiselle”. Kohtaamisen merkitys on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Borg & Kristiansen 2004; Denhov & Topor 2012; Falk ym. 2013; Ljungberg ym. 2015). Toisaalta ammattilaiselta toivottiin myös asiantuntemusta, ammattitaitoa ja tietoa. Vaikka ammattilaisten ammattimaisuutta ja asiantuntemusta arvostettiin ja siihen haluttiin luottaa, vaikuttivat ammattilaisen persoona ja henkilökohtaiset ominaisuudet olevan tärkeämpiä hyvän ja auttavan palvelukokemuksen muodostumisessa kuin se, mitä nimenomaista ammattia tämä edusti. Myös aiemmassa tutkimuksessa on havaittu sama ilmiö (esim. Borg & Kristiansen 2004, Falk ym. 2013, 35).

Ljungberg ja kumppanit (2015) ovat todenneet ammattilaisen ja asiakkaan välisessä suhteessa olevan kaksi ulottuvuutta, ammatillinen ja interpersoonallinen, jotka sijoittuvat jatkumon ääripäihin. Auttavan suhteen luomiseksi tulisi siihen liittyvien tekojen ja prosessien antaa yksittäisen asiakkaan tarpeet, preferenssit ja mielipiteet huomioon ottaen liikkua näiden ääripäiden välillä. (Mt. 489.) Niin sosiaali- kuin terveysalan käytännön asiakastyössä vaatimus on entistä enemmän käyttää näyttöön perustuvia tehokkaita menetelmiä ja lähestymistapoja. Kaikkien sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien ja alan opiskelijoiden olisi

kuitenkin hyvä myös tiedostaa, että näyttöön perustuvat tehokkaiksi todetutkaan interventiot eivät välttämättä riitä tuottamaan hyviä tuloksia, jollei samalla pidetä yllä korkeaa standardia myös asiakassuhteen yleisinhimillisten ominaisuuksien suhteen (Falk ym. 2013, 39; Denhov & Topor 2012, 423). Näyttöön perustuvan käytännön logiikka ohjaa käyttämään ohjeen mukaisia, standardoituja menetelmiä ja lähestymistapoja sen varmistamiseksi, että kaikki asiakkaat saavat tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa. Lähtökohtaisesti tavoite on toki kannatettava, mutta sisältää myös riskin, että hoidossa sääntöjen ja rutiinien noudattaminen ja korostuminen vievät tilaa asiakkaan yksilöllisyyden ja kokonaistilanteen huomioimiselta. (Ljungberg ym. 2016, 275.) Kuten Mike Slade ja kollegat (2017, 4) toteavat, se, *miten* asiakkaan kanssa työskennellään, on erittäin merkityksellistä, sillä ammattilaisen ja asiakkaan välinen suhde ei ole ainoastaan väline hoidon tuottamisessa tai toimittamisessa perille, vaan myös hoitoa itsessään. Ljungberg ja kumppanit (2016) ovat todenneet, että auttavien hoito- tai asiakassuhteiden perusta on yksittäisen ammattilaisen asenteissa ja käytöksessä, mutta myös organisatorisilla tekijöillä on merkitystä. Jos organisaatiossa on valalla rutiininomaisesti erilaisiin ohjeisiin ja sääntöihin perustuva lähestymistapa hoitoon tai palveluun, muotoutuu hyvä ja toivottava ammattilaisuus tässä samassa kehyksessä, josta poikkeaminen saattaa olla yksittäiselle ammattilaiselle vaikeaa, vaikka asiakkaan tai potilaan yksilöllinen tarve ei annetussa kehyksessä tulisikaan täytettyä (Ljungberg ym. 2016, 276). Myös toipumisorientoituminen edellyttää siis muutoksia paitsi yksittäisten ammattilaisten, myös koko organisaation toiminnassa, asenteissa ja arvoissa, mikä erityisesti edellyttää organisaation johdon asettumista toipumisorientoituneen kulttuurin luomisen tavoitteen taakse (Slade ym. 2017, 15).

Tässä tutkimuksessa kohtaamisistaan palvelujärjestelmässä kertoivat mielenterveyden ongelmia kokeneet ja niihin apua hakeneet ihmiset. Heidän kuvaamansa hyvän ja auttavan kohtaamisen ominaisuudet ovat kuitenkin mitä todennäköisimmin saman tyyppisiä riippumatta siitä, millaisen asian parissa ammattilainen ja asiakas työskentelevät. Kertomuksia kohtaamisista ammattilaisten kanssa kerääntyi aineistoon huomattavasti enemmän kuin kuvauksia hyvin toimineista menetelmistä ja hoidollisista interventioista. Tämä saattaa osittain johtua siitä, että mahdollisesti helpoin tapa lähestyä hoitosuhdetta on juuri inhimillisen kohtaamisen laadun, eikä esimerkiksi käytettyjen menetelmien toimivuuden kautta.

Inhimillisestä kohtaamisesta kaikilla on monenlaisia kokemuksia, joten hyvät ja huonot kohtaamiset on helpompi tunnistaa ja erilaisia kohtaamisia helpompi verrata. Muista hoitosuhteen mahdollisista aspekteista ihmisillä ei ehkä ole riittävän monenlaisia kokemuksia, jotta hyviä ja huonoja seikkoja olisi mahdollista samalla tavoin tunnistaa tai niitä verrata keskenään. Joka tapauksessa kohtaamiskertomusten määrä aineistossa mielestäni osoittaa niiden tärkeyttä, ja toimii sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja opiskelijoille muistutuksena siitä, ettei kohtaamisen interpersoonallista ulottuvuutta pitäisi esimerkiksi tutkituun tietoon perustuviin interventioihin nähden väheksyä, vaan nähdä hyvä kohtaaminen vähintään yhtä tärkeänä kuin oikeiden ja toimivien menetelmien käyttö.

Vaikka useimmat osallistujista toivat esiin hoidon, erityisesti lääkehoidon ja terapioiden, merkityksen toipumisessaan, korosti yhtä moni myös tavallisten arkisten asioiden, kuten sosiaalisen kanssakäymisen, harrastusten, arkirutiinien ja mielekkään tekemisen merkitystä oman toipumisprosessinsa etenemiselle. Toipumishyötyä hoitoon liittyvissä keskustelukontaktteissa on tämän tutkimuksen osallistujien mukaan vastaavasti saavutettu silloin, kun myös siinä on painotettu erityisesti näiden mainittujen tavallisten asioiden lisäämistä potilaiden elämässä. Tähän liittyen on tärkeää huomioida, että toipumisen tukeminen ei ole ainoastaan mielenterveyspalveluiden tehtävä, vaan toipumista voidaan osaltaan tukea kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joissa kuntoutuja asioi. Palvelu- ja vuorovaikutusprosessit ovat toipumisorientoituneita silloin, kun ne tukevat ja edistävät kuntoutujan toiveikkuutta, elämän tarkoituksellisuuden kokemusta sekä elämän mielekkyyttä (Nordling 2017). Tämä on mahdollista missä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, mikä kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden olisikin hyvä tiedostaa.

7.2 Kolmannen sektorin ja vertaisten toiminta toipumisen tukena

Kuntoutujan arjessa tapahtuvan toipumistyön ja toipumista tukevien yhteisöjen rooli näyttyi erittäin merkityksellisenä tutkimuksen osallistujien toipumistarinoissa. Erityisesti kolmannen sektorin toiminnalla oli merkittävä rooli kaikkien tämän tutkimuksen osallistujien toipumisessa. Haastatellut osallistuivat ja olivat aiemmin osallistuneet kolmannen sek-

torin toimintaan kohtaamispaikoissa ja kuntoutujien omissa yhdistyksissä, sekä tietopalvelussa. Haastatellut kertoivat osallistuvansa kolmannen sektorin toimintaan etenkin siksi, että sen kautta he pystyvät laajentamaan sosiaalisia verkostojaan ja liittymään turvalliseen, hyväksyvään yhteisöön. Kolmannen sektorin toiminta oli myös lisännyt osallistujien mahdollisuuksia auttaa muita sekä kokea merkityksellisyyttä ja hyödyllisyyttä.

Kohtaamispaikoista osallistujat hakivat ja saivat sosiaalisten kontaktien ja yhteenkuuluvuuden tunteen lisäksi ensisijaisesti rytmiä ja mielekästä tekemistä arkeensa. Samanlainen tulos on saatu myös aiemmassa saman tyyppisten päivätoimintakeskusten kävijöiden motivaatiota selvittäneessä tutkimuksessa (Eklund & Tjörnstrand 2013, 442). Yksi tämän tutkimuksen osallistujista arveli kohtaamispaikan sijoittuvan yksin olon ja yhteiskunnassa mukana olon välimaastoon ja kenties mahdollistavan paluun yhteiskuntaan. Yhdistyksissä aiemmin toimineet ja tietopalvelussa aktiiviset mainitsivat samoja hyötyjä kuin kohtaamispaikoissa käyvät haastatellut, mutta tämän lisäksi he korostivat erityisesti mahdollisuutta vertaistukeen sekä vertaisauttajana toimimiseen, jonka kautta elämään on mahdollista löytää uusia merkityksellisiä rooleja ja ehkä vielä kohtaamispaikkojen kävijöitä enemmän kokea myös yhteiskunnallista osallisuutta. Liisa Hokkanen (2014) on tutkinut mielenterveysyhdistysten aktiiveja, ja todennut yhdistystoiminnan muodostavan heille merkityksellisen toiminnan alueen, joka rakentaa minäkuvaa, laajentaa sosiaalista elämää ja kytkee aktiiveja yhteiskunnalliseen osallisuuteen. Mielenterveysongelmat ovat ongelmallisia erityisesti, koska ne katkovat yhteiskunnallisia toimijuusyhteyksiä. Mielenterveyskuntoutujien yhdistystoiminnalla on pystytty näitä yhteyksiä luomaan uudelleen. (Mt. 66.)

Kolmannen sektorin toiminnalla on siis monitahoisia kuntoutujien hyvinvointia lisääviä vaikutuksia, kuten tämän tutkimuksen tulokset osaltaan osoittavat. Tässä tutkimuksessa toipuminen on määritelty recovery-ajattelun pohjalta, joten yksilöiden omat näkemykset hyvinvoinnin ja elämänhallinnan lisääntymisestä viittaavat myös toipumisen etenemiseen. Tämän tutkimuksen osallistujista osa oli hakeutunut kolmannen sektorin toimintaan omaaloitteisesti, mutta moni myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjaamina. Olisi ensiarvoisen tärkeää, että ohjatesaan kuntoutujaa osallistumaan kolmannen sektorin toimintaan, ammattilaiset tunnustaisivat ja tunnustaisivat kolmannen sektorin toiminnan

itsenäisen toipumista tukevan vaikutuksen, eivätkä näkisi kolmannen sektorin toimintapaikkoja ainoastaan päivätoimintapaikkoina tai harrastustoimintana. Lisäksi olisi toivottavaa, etteivät ammattilaiset pyrkisi arvioimaan edeltä käsin sitä, millainen toiminta ketäkin parhaiten hyödyttäisi, vaan sen sijaan esittelisivät kolmannen sektorin toimintaa laajemmin, sikäli kun sitä on tarjolla, rohkaisten asiakkaita tutustumaan erilaisiin toimintoihin ja päättämään itse, mikä voisi heitä hyödyttää.

Vertaisuus ja vertaiskontaktit olivat olleet keskeisiä tekijöitä myös osan osallistujista toipumisen käynnistymisessä. Vertaisauttajana toimiminen on tämän tutkimuksen osallistujille ollut huomattava toipumisen voimavara antaen mahdollisuuksia hyödyllisyyden ja merkityksellisyyden kokemuksiin vaikuttaen positiivisesti itsetuntoon ja omanarvontuntoon. Samankaltaisia vertaistoimintaan osallistumisen hyötyjä vertaisauttajille itselleen on dokumentoitu myös aiemmassa tutkimuksessa (esim. Repper & Carter 2011). Vertaisia voitaisiin myös nykyistä enemmän palkata työhön mielenterveyspalveluihin. Suomessa vertaisten työskentely mielenterveyspalveluissa ei vielä ole aivan tavanomaista, mutta muualla maailmalla vertaistyöntekijät ovat mielenterveyssektorilla voimakkaasti kasvava työntekijäryhmä (esim. Rebeiro Gruhl ym. 2016, 78).

Aiemmassa tutkimuksessa on kuitenkin jonkin verran viitteitä siitä, että ammattilaiset eivät aina tunnusta vertaisten asiantuntijuutta. Asenteiden muokkausta siis vielä tarvitaan, jotta vertaisuuden hyödyt on mahdollista saada kokonaisuudessaan käyttöön. Elina Virokannas (2014) on tutkinut päihdepalveluiden vertaistyöntekijöitä, ja havainnut, että oman työympäristön ulkopuolella vertaisuus helposti määritellään ammattilaisten toimesta turhaksi, ja mitätöidään ja ohitetaan siihen liittyvä asiantuntemus. Kuitenkin kun ammattilaiset tukevat vertaisten toimintaa ja ympäristö on kunnioittava ja erilaisuutta hyväksyvä, muodostuu vertaisten työ tärkeäksi osaksi päihdeidenkäyttäjien hoitoketjua. (Mt. 666.) Toisaalta ammattilaisten negatiivisia asenteita voitaisiin muuttaa vertaisten onnistuneella integroimisella osaksi mielenterveyspalveluiden henkilökuntaa. Vertaisten palkkaaminen ei siis ainoastaan hyödyttäisi palvelun asiakkaita ja vertaisia itseään, vaan tukisi myös koko hoito-organisaatiota muuttamaan kulttuuriaan paremmin toipumista tukevaksi. (Slade ym. 2017, 26.) Julie Repper ja Tim Carter (2011, 400) ovat omassa meta-analyysissään havainneet, että

mielenterveyspalveluissa vertaiset pystyvät ammattilaisia paremmin edistämään toivoa ja luomaan uskoa toipumiseen sekä tukemaan kuntoutujien voimaantumista, itsetunnon kohentamista, pystyvyyden tunnetta, itsenäistä ongelmien hallintaa, sosiaalisten verkostojen laajentamista sekä osallisuutta. Nämä kaikki ovat puolestaan olennaisia tekijöitä henkilökohtaisessa toipumisessa (esim. Leamy ym. 2011; Andersen ym. 2003; Jacobson & Greenley 2001).

Osallistujat tunnistivat mielen sairauksiin liittyvän stigman, ja osa oli kokenut sen jollakin tavoin myös koskettaneen heitä henkilökohtaisesti. Stigman voittaminen on keskeinen edellytys toipumisprosessin etenemiselle (esim. Leamy ym. 2011) ja sen lievittämistä olisi tavoiteltava myös yhteiskunnassa yleisemmin. Valitettavasti stigman vähentämiseen tähtävien suurenkin mittakaavan kampanjoiden teho on osoittautunut vähäiseksi (Wahlbeck 2015, 40). Osallistujat kuitenkin kokivat stigman jonkin verran lievittyneen ajan saatossa. Kehitys on siis ollut oikean suuntaista, vaikkakin hidasta. Erityisesti julkisuuden henkilöiden ulostulot omista mielenterveyden ongelmastaan koettiin stigmaa vähentäviksi. Sosiaalinen kontakti mielenterveysongelmia kohdanneiden ihmisten kanssa on tutkitusti tehokain tapa vähentää mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa. Yhteyden ei tarvitse välttämättä olla suora, vaan myös välillinen yhteys voi olla yhtä tehokas. Esimerkiksi kulttuuristen tuotteiden tai median välityksellä saatu yhteys, kuten julkisuuden henkilöiden ulostulosten kohdalla, voi yhtäläisellä merkityksellä stigmaa lievittymisessä. (Wahlbeck 2015, 40.) Omalla tavallaan tätä yhteyttä pyrki omassa sosiaalisen median mielenterveysaktiivisissaan hyödyntämään myös yksi tämän tutkimuksen osallistujista.

Koska mielen sairauksiin ja mielenterveyspalveluihin kuitenkin edelleen liittyy stigmaa, olisi myös tärkeää etsiä ja hyödyntää keinoja, joilla mielen sairauksista sairastavien itsetuntoa saadaan kohotettua (Thornicroft ym. 2009, 408). Itsetunto on keskeinen tekijä hyvinvoinnissa, ja näin ollen sen kehittämistä voitaisiin jopa pitää kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena. Vertaiskontakteilla puolestaan on havaittu olevan positiivinen yhteys mielen sairauksiin sairastuneiden henkilöiden itsetunnon vahvistumiseen. (Verhaege ym. 2008, 213.) Kolmannen sektorin toiminta on siis omiaan myös ehkäisemään mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvan stigman vaikutusta myönteisen itsetunnon ja identiteetin kehittymisen kautta.

Myös tämän tutkimuksen osallistujat korostivat avointa ilmapiiriä, ja mahdollisuutta tulla hyväksytyksi omana itsenään merkittävänä osana kolmannen sektorin toimipaikoista saamastaan toipumishyödyistä.

7.3 Lopuksi

Osallistujien määrä tässä tutkimuksessa on vähäinen, eikä sen perusteella voida tehdä yleisempiä johtopäätöksiä kuntoutujien käsityksistä toipumisesta tai siihen vaikuttavista seikoista. Osallistujien rekrytointi oli melko haastavaa, enkä saanut hankittua niin montaa haastateltavaa kuin olisin halunnut. Alun alkaen olin yhteydessä myös mielenterveyskuntoutujien yhdistykseen haastateltavien rekrytoimiseksi, mutta jostakin syystä yhteys katkesi, enkä saanut sitä kautta yhtään haastateltavaa, mikä mahdollisesti myös vaikuttaa siihen millaisiksi tämän tutkimuksen tulokset muotoutuivat. Lisäksi jouduin jättämään yhden osallistujan pois analyysistä, ja osallistujien määrä oli lopulta niin vähäinen, etten pystynyt esimerkiksi tekemään koehaastattelua. Tämä olisi jälkikäteen ajatellen ollut tarpeen, koska huomasin haastattelujen edetessä kehittyväni haastattelijana, ja loppupään haastatteluissa osasin jo välttää joitakin karikoita, joihin ehkä vielä alkupään haastatteluissa olin törmännyt. Toisaalta tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut tehdä yleistyksiä tai edes yrittää tyhjentävästi kertoa mitä toipuminen varsinaisesti on, koska toipuminen joka tapauksessa tarkoittaa kaikille eri asioita.

Huolimatta haastateltavien pienestä määrästä, vahvistaa tutkimukseni tulos kuitenkin osaltaan sitä aiemmassa tutkimuksessa muodostunutta käsitystä, jonka mukaan toipumiseen kuuluu sen keskeisenä osana paljon arkisia ja yleisinhimillisiä asioita. Osallistujien keskeisenä tavoitteena on tavallinen, hyvä elämä niin kuin kenellä tahansa, sairaudesta huolimatta. Tähän vedoten voidaan päätellä, että toipumisen tukemisessa myös muu kuin lääketieteen ja hoitotieteen asiantuntemus on hyödyllistä. Erityisesti sosiaalityöllä, joka tosin tämän tutkimuksen osallistujien kokemuksissa lähes loisti poissaolollaan, arjen asiantuntijuutena todennäköisesti olisi paljonkin annettavaa toipumisen tukemisessa. Voidaan sanoa, että tutkimukseni tulos osaltaan perustelee terveysosiaalityön asiantuntijuuden tarpeelli-

suutta psykiatrisen hoidon järjestelmässä, mutta tuo esiin myös aikuissosiaalityön potentiaalia tukea kuntoutujaa tämän toipumispyrkimyksissä.

Tämän tutkimuksen osallistujista kaikki kokivat kolmannen sektorin toiminnan lisänneen heidän hyvinvointiaan. On kuitenkin huomioitava, että he ovat vastaajajoukkona jo valikoitunut. Haastateltavat on rekrytoitu kolmannen sektorin toimipaikkojen kautta, he osallistuvat säännöllisesti niiden toimintaan ja ovat löytäneet paikkansa niiden luomista yhteisöistä. Tämä toki indikoi sitä, että he ovat jokseenkin tyytyväisiä siihen, mitä kolmannen sektorin toiminta tarjoaa. Mikäli tutkimuksen otos olisi ollut erilainen, ja haastateltavia olisi rekrytoitu myös kolmannen sektorin palveluiden ulkopuolelta, olisi hajontaa tyytyväisyyden suhteen saattanut olla enemmän. On todennäköistä, etteivät kaikki löydä paikkaansa kolmannen sektorin toimipaikkojen luomista yhteisöistä, mikä kuitenkin on edellytys sille, että palvelusta on yksilölle hyötyä. Mielenkiintoista olisikin jatkossa tutkia eroavatko kuntoutujien, jotka eivät ole osallistuneet kolmannen sektorin toimintaan, käsitykset toipumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä tämän tutkimuksen osallistujien käsityksiin nähden. Tässä tutkimuksessa esiin tullut kolmannen sektorin toiminnan positiivinen vaikutus toipumiseen on kuitenkin todennettu myös aiemmassa toipumista käsittelevässä tutkimuksessa. Huolimatta tämän tutkimuksen vastaajajoukon valikoituneisuudesta, voidaankin olettaa olevan hyvin todennäköistä, että suuri osa kuntoutujista hyötyisi heille sopivasta kolmannen sektorin toiminnasta tai muista ympäristöistä, joissa kontaktit vertaisten kanssa ovat mahdollisia.

LÄHTEET

Aaltio, I & Puusa, A (2011) Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa. Puusa, A & Juuti, P (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Johtamistaidon opisto.

Ala-Nikkola, T; Sadeniemi, M; Kaila, M; Saarni, S; Kontio, R; Pirkola, S; Joffe, G; Oranta, O & Wahlbeck, K (2016) How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry* 16(289).

Alasuutari P (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Andersen, R; Oades, L & Caputi, P (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 37(5), 586–594.

Anthony, W (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychological Rehabilitation Journal*. 16(4), 11–23.

Anthony, WA & Farkas, MD (2009) Primer on the psychiatric rehabilitation process. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Appelqvist-Schmidlechner, K; Tuisku, K; Tamminen, N; Nordling, E & Solin, P (2016) Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen Lääkärilehti*. 71(24), 1759–1764

Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J & Wahlbeck K 2011. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. 65(2),125–132.

Barney, LJ; Griffiths, KM; Jorm, AF & Christensen, H (2006) Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40(1), 51–54.

Beresford, P; Nettle, M & Perring, R (2010) Towards a social model of madness and distress? Exploring what service users say. Saatavilla: <<https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/mental-health-service-models-full.pdf>> Luettu 18.12.2017.

Biringer, E; Davidson, L; Sundfør, B; Lier, HØ & Borg, M (2017) Coping with mental health issues: subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. *Journal of Mental Health*. 25(1), 23–27.

Borg, M & Davidson, L (2008) The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*. 17(2), 129–140.

- Borg, M & Kristiansen, K (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*. 13(5), 493–505.
- Bradshaw, W; Armour, MP & Roseborough, D (2007) Finding A Place in the World. The Experience of Recovery from Severe Mental Illness. *Qualitative Social Work*. 6(1), 27–47.
- Bradstreet, S. (2004) Elements of Recovery: International learning and the Scottish context. Teoksessa Bradstreet, S & Brown, W (toim.): SRN Discussion Paper Series. Report No.1. Glasgow: Scottish Recovery Network.
- Burgess, P; Pirkis, J; Coombs, T & Rosen, A (2011) Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 45(4), 267–280.
- Clarke, S; Oades, LG & Crowe, TP (2012) Recovery in Mental Health: A Movement Towards Well-Being and Meaning in Contrast to an Avoidance of Symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 35(4), 297–304.
- Corrigan, P; Kerr, A & Knudsen, L (2005) The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 11(3), 179–190.
- Corrigan, PW; Morris, S; Larson, J; Rafacz, J; Wassel, A; Michaels, P; Wilkniss, S; Batia, K & Rüsçh, N (2010) Self stigma and coming out of one’s mental illness. *Journal of Community Psychology*. 38(3), 259–275
- Davidson, L; O’Connell, M; Tondora, J; Styron, T & Kangas, K (2006) The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*. 57(5), 640–645.
- Davidson, L & Roe, D (2007) Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health* 16(4), 459–470.
- Davidson, L; Roe, D; Andres-Hyman, R & Ridgway, P (2010) Applying Stages of Change Models to Recovery from Serious Mental Illness: Contributions and Limitations. *Israel Journal of Psychiatry*. 47(3), 213–221
- Deegan, P. (1990) Spirit Breaking: When the Helping Professions Hurt. *The Humanistic Psychologist*. 18(3), 301–313.
- Denhov, A & Topor, A (2012) The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users’ perspective. *International Journal of Social Psychiatry*. 58(4), 417–424.

Duodecim (2018) Käypä hoito. Saatavilla: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoitto>> Luettu 14.4.2018.

Eklund, M & Tjörnstrand, C (2013) Psychiatric rehabilitation in community-based day centres: Motivation and satisfaction. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 20(6), 438–445.

Eskola, J & Suoranta, J (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Falk, H; Kurki, M; Rissanen, P; Kankaanpää, S & Sinkkonen, N (2013) Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. THL. Työpaperi 39/2013.

Frankenhaeuser, B (2014) Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa: Metteri, A; Valokivi, H & Ylinen, S (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.

Friman-Korpela, S & Niinimaa, L (2017) Yleishyödyllisten yhteisöjen toimintaedellytykset sote- ja maakuntauudistuksessa. Saatavilla: <<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4784663/Yleishyodyllisten+yhteisöjen+toimintaedellytykset+sote-+ja+maakuntauudistuksessa+22.5.2017.pdf/56a27c39-39fd-4d9f-97f0-596f9d870ddf>> Luettu: 14.4.2018.

Happell, B (2008) (2): Enhancing recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*. 17(2), 116–122.

Heiskanen, T (2015) Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 285. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Helén, I (2011) Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa: Helén, I (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka reformin jälkeen. Tampere: Vastapaino, 153–181.

Helsingin kaupunki (2018) Psykiatria- ja päihdekeskukset - Avokuntoutus - Ryhmämuotoinen päihdekuntoutus. Saatavilla: <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/keskukset/avokuntoutus/#internsiivinen>> Luettu 16.4.2018.

Hiilamo, H; Hänninen, S & Kinnunen, K (2011) Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkenästä diakonian asiakkailta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 48(1), 4–21.

Hirsjärvi, S; Remes, P & Sajavaara, P (2004) Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S & Hurme, H (2008) Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hokkanen, L (2014) Mielenterveysaktiivien toiminta. Kysely Mielenterveyden keskusliiton jäsenyhdistysten aktiivitoimijoille. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 65. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Horghagen, S; Sostvedt, B & Alsaker, S (2014) Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users' everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 21(2), 145–152.

Huttunen, M (2016) Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411> Luettu: 24.5.2017.

Hyväri, S (2005) Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa: Nylund, M & Yeung, A B (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 214–235.

Hänninen, E (2012) Choices for Recovery. Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms. Report 50/2012. Helsinki: THL.

Hänninen, V & Timonen, S (2004) ”Huoli” ja ”masennus”. Kärsimyksiä ennen ja nyt. Teoksessa: Honkasalo, M-L; Utriainen, T & Leppo, A (toim.) Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Tampere: Vastapaino, 193–225.

Isometsä, E (2017) Depressiiviset häiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) Psykiatria. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 253–293.

Jacobson, N & Greenley, D (2001) What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. 52(4), 482–485.

Joensuu, J (2015) Psykoosilääkkeiden käytössä päivittämistä. *Suomen lääkirlehti*. 70(18), 1226.

Juhila, K (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Järvikoski, A & Härkäpää, K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro.

Kampman, O (2005) Hoitomyöntyvyys psyykenlääkkeitä käyttävillä. *Suomen lääkirlehti*. 60(11), 1285–1289.

Kananoja, A (2017a) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa: Kananoja, A; Lähteinen, M & Marjamäki, P (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanomaa Oy, 347–356.

Kananoja, A (2017b). Kansalaistoiminta osana sosiaalipolitiikkaa. Teoksessa: Kananoja, A; Lähteinen, M & Marjamäki, P (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy, 94–102.

Kananoja, A (2017c) Asiakastyön yleiset lähtökohdat sosiaalialalla. Teoksessa: Kananoja, A; Lähteinen, M & Marjamäki, P (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy, 173–192.

Kankaanpää, S & Kurki, M (2013) Recovery-ajattelu. Teoksessa: Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S & Sinkkonen N. Kuntoutujasta toimijaksi - kokemus asiantuntijuu-
deksi. Työpaperi 39/2013. Helsinki: THL, 10–11.

Kogstad, RE; Ekeland, TJ & Hummelvoll, JK (2011) In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18(6), 479–486.

Korkeila, J (2017) Toipumisorientaation paluu. Pääkirjoitus. *Lääkärilehti*. 72(49), 2865.

Korkeila J, Joutsenniemi K, Oksanen J & Sailas E (2011) Lukijalle. Teoksessa: Korkeila, J; Joutsenniemi, K; Sailas, E & Oksanen, J (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–11.

Korpela, R (2014) Terveystieteiden asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa: Metteri, A; Valokivi, H & Ylinen, S (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 118–141.

Koskisu, J (2007) Mikä TRIO on? Teoksessa: Hietala-Paalamäki, O; Narumo, R & Yrttiaho, K (toim.) Kuntoutuja, vertainen, ammattilainen. Mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa. TRIO-projektin arviointi- ja loppuraportti. Mielenterveyden keskusliitto ry. Saatavilla: <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Trio_raportti2007.pdf> Luettu 22.5.2017.

Koskisu, J (2004) Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita publishing Oy.

Kulmala, A (2006) Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 523. Saatavilla: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67610/951-44-6615-2.pdf?sequence=1>> Luettu 22.5.2017.

Kuula, A. (2011) Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vas-tapaino.

Laine, H (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa: Metteri, A; Valokivi, H & Ylinen, S (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–31.

Laitinen, M & Kemppainen, T (2010) Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa: Laitinen, M & Pohjola, A (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 138–177.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Leamy, M; Bird, V; Le Boutillier, C; Williams, J & Slade, M (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*. 199(6), 445–452.

Le Boutillier, C; Leamy, M; Bird, V; Davidson, L; Williams, J & Slade, M (2011) What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*. 62(12), 1470–1476.

Leinonen, E; Koponen, H & Isohanni, M (2015) Psykoosien käypä lääkehoito. *Suomen lääkärilehti*. 70(13), 891–895.

Link, BG & Phelan, JC (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27, 363–385.

Ljungberg, A; Denhov, A & Topor, A (2015) The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*. 86(4), 471–495.

Ljungberg, A; Denhov, A & Topor, A (2016) Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*. 25(3), 267–277.

Lukens, JM & Solomon, P (2013) Thinking Through Recovery: Resolving Ethical Challenges and Promoting Social Work Values in Mental Health Services. *Journal of Social Work Values and Ethics*. 10(1), 61–71.

Lönnqvist, J (2017) Potilaan tutkiminen. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 43–60.

Lönnqvist, J & Lehtonen, J (2017) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–42.

Lönnqvist, J; Moring, J & Henriksson, M (2017) Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) Psykiatria. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 737–762.

Lönnqvist, J; Moring, J & Vuorilehto, M (2017) Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) Psykiatria. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 763–774.

Manderbacka, K; Arffman, M; Sund, R; Haukka, J; Keskimäki, I & Wahlbeck, K 2012. How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study. *British Medical Journal Open*. 2(2), 1–8.

McCranie, A (2011) Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings, and Implementations of a "New" Services Movement. Teoksessa: Pilgrim, D; Rogers, A & Pescosolido, B (toim.) *The Sage Handbook of Mental Health and Illness*. London: SAGE Publications Ltd, 471–489.

Metteri, A (2014) Terveyssoseaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa: Metteri, A; Valokivi, H & Ylinen, S (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 296–328.

Mezzina, R; Davidson, L; Borg, M; Marin, I; Topor, A & Sells, D (2006) The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 9(1), 63–80.

Mielenterveystalo (2017) Stigma eli häpeäleima. Saatavilla: <<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>> Luettu 3.9.2017.

MTKL (2015) Mielenterveysbarometrin NIMBY-mittari: Suvaitsevaisuus kasvanut 10 vuodessa. Saatavilla: <<http://mtkl.fi/mielenterveysbarometrin-nimby-mittari-suvaitsevaisuus-kasvanut-10-vuodessa/>> Luettu: 20.11.2015.

MTKL (2017a) Mielenterveysbarometri: Työura voi jatkua mielenterveysongelmista huolimatta. Saatavilla: <<http://mtkl.fi/mielenterveysbarometri-tyoura-jatkua-mielenterveysongelmista-huolimatta/>> Luettu: 22.11.2017.

MTKL (2017b) Mielenterveysbarometri 2017: Mielenterveys, työelämä ja asenteet. Saatavana: <<http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2017/11/Mielenterveysbarometri-2017-taustagraafit-tyoelama-ja-asenteet.pdf>> Luettu: 22.11.2017.

Nordling, E 2(007) Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tampensis* 639. Saatavilla: <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67746/978-951-44-7024-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Luettu 14.4.2018.

Nordling, E. 31.8.2016. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat – mikä tässä on uutta? Ppt-esitys. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Saatavilla: <<http://www.slideshare.net/THLfi/toipumisorientaation-teoreettiset-lhtkohdat-mik-tss-on-uutta>> Luettu 17.2.2017.

Nordling E, Järvinen M & Lähteenlahti Y (2015) Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoksessa: Partanen, A; Moring, J; Bergman, V; Karjalainen, J; Kesänen, M; Markkula, J; Marttunen, M; Mustalampi, S; Nordling, E; Partonen, T; Santalahti, P; Solin, P; Tuulos, T & Wuorio, S (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Helsinki: THL, 133–141. Saatavilla: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>> Luettu 17.2.2018.

Oksanen, J (2011) Tavoitteena toipuminen. Teoksessa: Korkeila, J; Joutsenniemi, K; Sailas, E & Oksanen, J (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 103–107.

Peltokorpi, P (2006) Potilas kadoksissa. Kielikello. 3/2006. Saatavilla: <<https://www.kielikello.fi/-/potilas-kadoksissa>> Luettu 13.4.2018.

Pilgrim, D & McCranie, A 2013. Recovery and Mental Health. A Critical Sociological Approach. Palgrave Macmillan.

Pohjola, A (2007) Merkintöjä sosiaalityön asiantuntijuudesta. Teoksessa: Vesterinen, K (toim.) Kiitos kysymyksestä. Rovaniemi: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 6–18.

Pohjola, A (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Laitinen, M & Pohjola, A (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 19–74.

Poutiainen, A (2016) Kansalaisjärjestöt sosiaalisten innovaatioiden tuottajina. Kuntoutus. 1/2016, 3–4.

Prochaska, JO, DiClemente, CC & Norcross, JC (1992) In Search How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist. 47(9), 1102–1114.

Raitakari, S; Kulmala, A; Günther, K; Juhila, K & Saario, S (2011) Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. Janus 19(4), 326–341.

Rebeiro Gruhl, KL; LaCarte, S & Calixte, S (2016) Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. Journal of Mental Health. 25(1), 78-86.

Repper, J & Carter, T (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. Journal of Mental Health. 20(4), 392–411.

Rissanen, P (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015.

Romakkaniemi, M (2011) Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 78. Saatavilla: <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61723/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu: 14.4.2018.

Romakkaniemi, M & Kilpeläinen, A (2013) Masennuksesta kuntoutuva ihminen pirstaleisessa palvelujärjestelmässä. *Kuntoutus* 36(2), 29–40.

Saarni, SI & Pirkola, S (2010) Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 126(19), 2265–2273.

Sailas, E; Selkama, S & Joffe, G (2007) Työ tekijäänsä kiittää – tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiskitsofreniapotilaiden kuntoutusta. *Duodecim*. 123(17), 2083–2090.

Salo, M (2011) Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa: Helén, I (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka reformin jälkeen. Tampere: Vastapaino, 259–302.

Salokangas, RKR (2009) Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 125(5), 505–512.

Schön U-K & Rosenberg D (2013) Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic Countries. *Journal of Mental Health*. 22(6), 563–569.

Shepherd, G; Boardman, J & Slade, M (2008) Making recovery a reality. Sainsbury Centre for Mental Health, London. Saatavilla: <http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf> Luettu 27.11.2015.

Silvasti, T (2014) Sisällönanalyysi. Teoksessa: Massa, I (toim.) Polkuja yhteiskuntatieteelliseen ympäristötutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 33–48.

Slade, M (2009a) Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press.

Slade, M (2009b) 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals Rethink recovery series: volume 1. Saatavilla: <<http://www.rethink.org/100ways>> Luettu 1.1.2018.

Slade, M; Amering, M & Oades, L (2008) Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 17(2), 128–37.

Slade, M; Amering, M; Farkas, M; Hamilton, B; O’Hagan, M; Panther, G; Perkins, R; Shepherd, G; Tse, S & Whitley, R (2014) Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13(1), 12–20.

Slade, M & Longden, E (2015) Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(285), 1–14.

Slade, M; McDaid, D; Shepherd, G; Williams, S & Repper, J (2017) Recovery: the Business case (No. 14). Nottingham: IMROC, University of Nottingham.

Sohlman, B (2004) Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. *Tutkimuksia 137*. Helsinki: Stakes.

SSYK (2018) Toipumisorientaatio – recovery-menetelmä Suomessa. Saatavilla: <<https://recovery.fi>> Luettu 16.4.2018.

STM (2012) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2012:24.

STM (2018) Mielenterveyspalvelut. Saatavilla: <<http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>> Luettu 14.4.2018.

Suomen Klubitalot Ry (2018) Siirtymätyöohjelma. Saatavilla: <<http://www.suomenklubitalot.fi/toiminta/siirtymatyöohjelma>> Luettu 14.4.2018.

Suvisaari, J; Isohanni, M; Kiesepää, T; Koponen, H; Hietala, J & Lönnqvist, J (2017) Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 141–227.

Suvisaari, J; Joukamaa, M & Lönnqvist, J (2017) Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa: Lönnqvist, J; Henriksson, M; Marttunen, M & Partonen, T (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 724–736.

Suvisaari, J (2008) Psykoosia sairastavilla muita huonompi terveys. *Kansanterveys*. 4/2008, 4–5.

Sydänmaanlakka, O (2016) Kuuntele, kannusta, kunnioita. Pääkirjoitus. *Revanssi*. 6/2016, 2.

Syrjäläinen, E; Eronen, A & Värri, V-M (2007) Johdanto. Teoksessa: Syrjäläinen, E; Eronen, A & Värri, V-M (toim.) *Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin*. Tampere: Tampere University Press, 7–12.

Syrjäpalo, K (2006) Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 871.

Särkelä, R (2016) Järjestöt julkisen kumppanista markkinoiden puristukseen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaalipalvelujen tuottajana vuosina 1990–2010. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto Ry.

Talentia (2017) Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia Ry.

Tew, J (2013) Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*. 16(3), 360–374.

Tew, J; Ramon, S; Slade, M; Bird, V; Melton, J & Le Boutillier, C (2012) Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*. 42(3), 443–460.

THL (2018) Mielenterveyspalvelut. Saatavilla: <<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>> Luettu 14.4.2018.

Thornicroft, G; Rose, D; Kassam, A & Sartorius, N (2007) Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*. 190(3), 192–193.

Thornicroft, G; Brohan, E; Rose, D; Sartorius, N & Leese, M (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 373(9661), 408–415.

Tjoflåt, M & Ramvi, E (2013) *I am Me!* Experiencing Parenting While Dealing With One's Own Bipolar Disorder. *Social Work in Mental Health*. 11(1), 75–97.

Toivio, T & Nordling, E (2013) Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Topor, A; Borg, M; Mezzina, R; Sells, D; Marin, I & Davidson, L (2006) Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 9(1), 17–37.

Tuomi, J & Sarajärvi, A (2013) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuulio-Henriksson, A (2013) Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Teoksessa: Ashorn, U; Autti-Rämö, I; Lehto, J & Rajavaara, M (toim.) Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 146–160.

Tuulio-Henriksson, A (2014) Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 130(3), 233–240.

van der Ende, P C; van Busschbach, J T; Nicholson, J; Korevaar, E L & van Weeghel, J (2016) Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 23(2), 86–97.

Varinen, A (2018) Potilas vai asiakas? Potilaan lääkirilehti. Saatavilla: <<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakaran-aani/potilas-vai-asiakas/>> Luettu 13.4.2018.

Verhaege, M; Bracke, P & Bruynooghe, K (2008) Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*. 54(3), 206–218.

Virokannas, E (2014) Vertaisten ja ammattilaisten jäsenyysskategoriat huumeidenkäyttäjille suunnatussa katuklinikkatyössä. *Yhteiskuntapolitiikka*. 70(6), 657–668.

Wahlbeck, K (2015) Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry*. 14(1), 36–42.

Wahlbeck, K; Hietala, O; Kuosmanen, L; McDaid, D; Mikkonen, J; Parkkonen, J; Reini, K; Salovuori, S & Tourunen, J (2018) Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018.

WHO (2014) Mental health: a state of well-being. Saatavilla: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/> Luettu 19.4.2018.

Yhdenvertaisuuslaki 30.12.2014/1325.

Young, SL & Ensing, DS (1999) Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 22 (3), 219–231.

LIITE 1. Rekrytointikirje haastateltavien tavoittamiseksi.

HEI!

Haluaisitko tulla haastateltavaksi pro gradu –tutkimukseen?

Opiskelen sosiaalityötä Jyväskylän yliopiston Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelmassa, josta valmistun yhteiskuntatieteiden maisteriksi ja sosiaalityöntekijäksi. Pro gradu -työssäni tutkin mielenterveyden ongelmia kohdanneiden ihmisten käsityksiä ja kokemuksia kuntoutumisesta ja sitä edistävästä ja haittaavista tekijöistä. Tutkimuksessa kiinnostukseni kohteena ovat mielenterveyden ongelmia kokeneiden ihmisten omat kokemukset ja käsitykset siitä, mitä kuntoutuminen heille käytännössä tarkoittaa, mitä se sisältää ja mitä siinä tavoitellaan. Lisäksi haluaisin kuulla millaiset asiat heidän arjessaan tai heidän käyttämissään sosiaali- ja terveys- tai muissa palveluissa edistävät tai haittaavat kuntoutumista ja sen tavoitteiden saavuttamista.

Tutkimusta varten haluaisin haastatella ihmisiä, joilla on omakohtaista kokemusta psyykkisestä sairastumisesta ja siitä toipumisesta/kuntoutumisesta. Kukin haastateltavaksi halukas haastatellaan kerran ja haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluun kuluu aikaa maksimissaan noin 2 tuntia. Haastattelu voidaan toteuttaa esimerkiksi kirjaston tiloissa tai itse toivomassasi paikassa. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjoitetaan tekstiksi, mutta valmiissa työssä tutkimuksen tulokset raportoidaan niin, ettei haastateltavia tai haastatteluissa esiin tulevia muita henkilöitä tai paikkoja ole mahdollista tunnistaa. Haastatteluja tekstiksi kirjoitettaessa haastateltavien nimet ja mahdolliset haastatteluissa esiin tulevat henkilöt ja paikat korvataan koodeilla. Haastatteluja käytetään ainoastaan tämän tutkimuksen aineistona ja tutkimuksen tultua hyväksytysti suoritetuksi haastattelun äänitallenteet ja tekstiversiot hävitetään.

Jos koet kuuluvasi tutkimuksen kohderyhmään ja harkitset osallistumista, toivon yhteydenottoasi. Ottamalla yhteyttä minuun saat tutkimuksesta lisätietoa, johon voit tutustua ennen lopullista päätöstäsi osallistua tutkimukseen. Osallistumalla tutkimukseen annat arvokasta tietoa esimerkiksi siitä, miten kuntoutujien palveluja pitäisi kehittää ja millaisia asioita ammattilaisten olisi huomioitava työskennellessään kuntoutujien kanssa.

Pro gradu työni ohjaajina toimivat kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelmassa YTT Tapio Litmanen ja sosiaalityössä YTT Kati Närhi Jyväskylän yliopistosta.

Jos kiinnostuit, ota minuun yhteyttä sähköpostitse: anna.m.tonttila@student.jyu.fi

Ystävällisin terveisin,
Anna Tonttila
Sosiaalityön opiskelija, VTM
Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto

LIITE 2. Haastateltaviksi halukkaille jaettu tiedote tutkimuksesta.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen nimi

Mielenterveyskuntoutujien käsityksiä kuntoutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä

Tutkija

Olen Anna Tonttila, ja teen opinnäytetyönäni pro gradu-tutkielmaa Jyväskylän yliopistolle. Opiskelen kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelmassa, jossa pääaineenani on sosiaalityö. Valmistun yhteiskuntatieteiden maisteriksi ja sosiaalityöntekijäksi.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseeni, jossa tutkin mielenterveysongelmia kokeneiden henkilöiden omia kokemuksia ja käsityksiä kuntoutumisesta, sekä sitä edistävästä ja haittaavista tekijöistä. Tämän tiedotteen tarkoitus on kuvata tutkimusta ja haastateltavan osuutta tutkimuksen aikana.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sinulla on oikeus keskeyttää tutkimus milloin tahansa. Mikäli keskeytät tutkimuksen, siihen mennessä kerätyt tiedot ei käytetä tutkimuksen aineistona.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia mielenterveyskuntoutujien omia käsityksiä ja kokemuksia psyykkisestä sairaudesta toipumisesta. Tutkimuksen taustalla on toipumisajattelun mukainen käsitys kuntoutumisesta kuntoutujan omana prosessina, jonka päämääränä on elää omasta mielestään mielekästä elämää riippumatta mahdollisesta psyykkisestä sairaudesta tai sen oireista. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaiset asiat kuntoutujien arjessa vaikuttavat kuntoutumiseen sitä edistävästi tai sitä haittaavasti. Lisäksi on tarkoitus mielenterveyskuntoutujien asiantuntijuutta hyödyntäen luoda kuvaa palvelujärjestelmän osuudesta toipumisen tukemisessa. Palveluita voivat olla esimerkiksi asumiseen, terveyteen ja kuntoutumiseen liittyvät palvelut tai sosiaalityö. Palveluiden vaikutusta kuntoutumiseen selvitetään niiden palveluiden osalta joita kukin haastateltavista itse käyttää tai on käyttänyt.

Tutkimuksen kulku

Haastattelun jokaista tutkimukseen lupautunutta yhden kerran. Haastatteluun kuluu aikaa vastauksistasi riippuen maksimissaan kaksi tuntia. Haastattelussa sinulta kysytään käsityksiäsi siitä mitä kuntoutuminen mielestäsi tarkoittaa, millaisia tavoitteita sinulla on tai on ollut kuntoutumisen suhteen, ja millaisia asioita jo koet saavuttaneesi. Lisäksi tarkoitus on keskustella siitä, minkälaisien asioiden arjessasi uskot vaikuttavan tai vaikuttaneen kuntoutumiseen joko sitä edistävästi tai sitä haittaavasti. Samoin haluaisin kuulla näkemyksiäsi siitä miten käyttämäsi palvelut ovat toimineet kuntoutumisesi tukena; mistä on ollut hyötyä ja onko jokin palvelu

ollut mielestäsi turha tai jopa haitallinen. Haastattelussa on tarkoitus keskustella sinun omista kokemuksistasi, eikä sinun tarvitse tietää kuntoutumisesta tai palveluista sen laajemmin.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

Vaikka tutkimuksesta ei välttämättä ole suoraa hyötyä sinulle, se voi auttaa selvittämään mielenterveyden ongelmia kokeneiden tarpeita sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tutkimuksen avulla saadaan tietoa, siitä, mitä asioita mielenterveyden ongelmia kokeneet ihmiset itse pitävät tärkeänä kuntoutumisessa ja mikä siihen liittyen on palveluissa toimivaa ja mitä niissä pitäisi kehittää.

Tietojen luottamuksellisuus, säilytys ja tietosuoja

Kerään sinusta tietoa tutkimukseen haastattelussa, jonka nauhoitan tutkimuksen analyysin helpottamiseksi. Haastattelusta saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luotettavasti. Haastattelut litteroidaan tekstitiedostoiksi, joissa vastaajiin viitataan koodilla, ei nimillä. Tietoja säilytän henkilökohtaisella tietokoneellani salasanasuojattuina. Haastattelussa antamiasi tietoja pääsen käsittelemään vain minä, ja valmiissa työssä suoria lainauksia haastatteluista käytetään vain siten, että henkilöä ei ole mahdollista tunnistaa tekstistä. Myös haastattelussa mahdollisesti esiin tulevat paikat tai muut henkilöt käsitellään valmiissa työssä siten, että niitä ei ole mahdollista tunnistaa. Valmiissa tekstissä ei myöskään tule ilmi mitä kautta haastateltavat on tavoitettu. Tutkielman raakatekstiä käyn mahdollisesti läpi tutkielman kahden ohjaajan kanssa, mutta hekään eivät näe haastattelujen tekstitiedostoja. Kun tutkimus on suoritettu hyväksytysti, nauhoitteet ja litteroidut haastattelut poistetaan. Tutkimukseen kerättyjä tietoja ei käytetä tämän tutkimuksen jälkeen muihin tutkimuksiin. Työssäni sosiaalityöntekijänä en tule käyttämään tässä tutkimuksessa mahdollisesti haltuuni saamaani tietoa.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimuksen valmistuttua tutkimus on luettavissa Jyväskylän yliopiston kirjaston sähköisessä julkaisuarkistossa (kirjaston nettisivuilla). Lisäksi voin halutessasi lähettää sinulle tutkielman valmistuttua siitä tiivistelmän haluamaasi osoitteeseen.

Lisätiedot

Halutessasi lisätietoa tutkimuksesta, voit olla yhteydessä minuun.

Tutkijan ja opinnäytetyön ohjaajien yhteystiedot

Tutkija: Anna Tonttila

Sosiaalityön opiskelija, Jyväskylän yliopisto, Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma

antontti@student.jyu.fi

Opinnäytetyön ohjaajat:

Tapio Litmanen / Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma

tapio.a.litmanen@ju.fi

Kati Närhi / Sosiaalityö

kati.narhi@ju.fi

LIITE 3. Teemarunko

Taustatiedot: Ikä, sukupuoli, milloin ensimmäisen kerran sairastunut, mitä sairastaa tai millaisia oireita kokee/ kokenut, miten kauan osallistunut järjestön/kohtaamispaikan toimintaan.

Kuntoutumiselle annetut merkitykset

Tavoitteet ja haaveet

Muutos (sairastumisesta toipumiseen)

Arki (suojaavat ja riskitekijät)

Palvelut (nykyinen ja aiemmat; hoito, ryhmät, kuntoutustoimenpiteet, sosiaalityö, 3. sektori jne.)

LIITE 4. Analyysin teemakartta

Toipuminen	Toipumisen merkitykset	Määrittely	Kliininen toipuminen
			Eteenpäinvievä päätepisteetön prosessi
			Ylä- ja alamäet
			Tavallinen elämä
		Tavoitteet ja haaveet	Tavoitteiden merkitys
			Työ ja opiskelu
			Sosiaaliset tavoitteet
			Hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen
			Kehittyminen / kasvu ihmisenä
	Toipumisen sisäiset edellytykset	Toivo ja positiivisuus	Myötäsyntyinen toivo
			Valittu asenne
			Terapeuttinen optimismi
			Hauras toivo
		Sosiaalinen ympäristö ja yhteisöihin kiinnittyminen	Avoimuuden ja ulospäinsuuntautuneisuuden lisääntyminen
			Suhteet läheisiin
			Sosiaalisten kohtaamisten paikat
			Vertaisuus
			Hyvät vs. haitalliset suhteet
Toipumisarki ja sairauden hallinta		Sairautta koskeva tieto	
		Lääkitys	
		Hyvinvoinnin lisääminen (omahoidon strategia)	
		Ensiapu (omahoidon taktiikka)	
Roolit		Entisten roolien menettäminen	
		Vanhemmuus	
	Kokemusasiantuntijuus ja vertaisauttajuus		
Toipumisen ulkoiset olosuhteet	Yhteiskunnallinen toipumisympäristö	Asenteet ja stigma	
		Etuusjärjestelmän tuottamat mahdollisuudet	
		Työhön tukeminen	
	Auttavat ammattilaiset	Kuulluksi tuleminen	
		Luottamus ammattilaiseen	
		Kanssaihmisyys	
		Yksilöllisyyden kokemus	
		Luottamus asiakkaan arvostelukykyyn	
	Hyvä hoito	Mainettaan parempi hoito	
		Hyvinvointi keskiössä	
		Jatkuvuus	
		Turvallisuus	
Toiminta			