

**TIETO JA ASIANTUNTIJUUDEN PAIKAT  
MONIAMMATILLISESSA MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSESSA  
DISKURSSIANALYTTINEN TUTKIMUS**

**KAARTAMO, RIINA**  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Sosiaalipsykologian pro gradu-tutkielma  
Marraskuu 2012

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

KAARTAMO RIINA: Tieto ja asiantuntijuuden paikat moniammatillisessa mielenterveyskuntoutuksessa. Diskurssianalyttinen tutkimus.

Pro gradu -tutkielma, 80 s., 2 liites.

Sosiaalipsykologia

Ohjaaja: Tiina Mälkiä

Marraskuu 2012

---

Suomalainen mielenterveyskuntoutusjärjestelmä on käynyt läpi suuria muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Vahvasta laitoskeskeisestä järjestelmästä on liikuttu avohoidon ensisijaisuutta painottavaan kuntoutukseen. Yleisesti kuntoutuksen painopiste on siirtynyt kuntoutujan toimijuutta korostavaan lähestymistapaan. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että kuntoutujien omaa kokemuksellista tietoa sairauksista ja kuntoutumisesta on alettu korostaa perinteisen asiantuntijatiedon rinnalla.

Skitsofrenia on nähty yhtenä vaikeimmista mielen sairauksista. Skitsofreniaa sairastavan kuntoutumisprosessissa korostetaan tarpeenmukaisen hoidon tarjoamista; tavoitteena olisi se että jokaisen sairastuneen hoito räätälöitäisiin henkilökohtaisten tarpeiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että hoito on yhdistelmä erilaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Kuntoutusta toteutetaan verkostoyhteistyössä kuntoutujan, kuntoutuspalveluja tarjoavien organisaatioiden työntekijöiden ja omaisten kesken.

Tutkielmaa varten olen haastatellut skitsofreniaa sairastavien nuorten aikuisten ympärillä toimivan palveluverkoston mielenterveystyöntekijöitä. Haastateltavat edustavat eri ammattikuntia ja organisaatioita kuntoutuksen kentällä. Aineistona ovat kaksitoista nauhoitettua haastattelua, joita analysoin diskurssianalyttistä lukutapaa käyttäen.

Olen kiinnostunut siitä, millaisilla vaihtelevilla tavoilla työntekijät puhuvat mielenterveyskuntoutuksessa läsnä olevasta tiedosta. Näitä erilaisia puhetapoja kutsun tietodiskursseiksi. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä on sosiaalisen konstruktionismin perinne, jossa keskeistä on se, että todellisuus on sosiaalisesti rakentunut. Ymmärrän siis kuntoutuksen historiallisesti ja paikallisesti muotoutuneena ilmiönä. Tietodiskurssien kautta tarkastelen sitä millaista asiantuntijuutta puhe rakentaa työntekijöille, kuntoutujille ja omaisille. Lisäksi pohdin sitä, millaisia mahdollisia seurauksia tietodiskurssit ovat tuottamassa mielenterveystyön käytäntöjen kannalta.

Tutkimustulosten mukaan tiedosta puhutaan vaihtelevilla, keskenään ristiriitaisillakin tavoilla. Työntekijöiden subjekti-positiot ovat vaihtelevampia kuin kuntoutujan ja näyttäisi siltä että työntekijän arviointitieto ohjaa kuntoutusta monellakin tavalla. Omaiset näyttäytyvät diskursseissa joko tiedon antajina tiedon vastaanottajina tai sivullisina. Kuntoutuja taas määrittäytyy diskursseissa jännitteisesti joko passiivisena autettavana tai aktiivisena kertojana, valintojen tekijänä ja kuntoutukseen osallistujana. Tämä voi aiheuttaa ristiriitaisia seurauksia kuntoutuksen ja verkostotyön käytäntöjä ajatellen.

# Sisällysluettelo

1. JOHDANTO.....	1
2. TUTKIMUKSEN TAUSTAA.....	3
2.1 Skitsofrenia .....	3
2.2 Skitsofrenian hoito.....	4
2.3 Suomalaisen psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen historiaa sairaalasta avopalveluihin .....	6
2.4 Mielenterveyskuntoutuksen nykytilanne .....	10
2.5 Aiempaa tutkimusta.....	12
2.5.1 Kuntoutus muutoksessa.....	12
2.5.2 Kuntoutujien ja omaisten kokemukset tutkimuksen kohteena .....	13
2.5.3 Kuntoutujien tiedon tarpeet .....	14
3. TUTKIMUKSEN TEOREETTIS-METODOLOGINEN VIITEKEHYS.....	17
3.1 Sosiaalinen konstruktionismi .....	17
3.2 Mielen sairaudet, kuntoutus ja sosiaalinen konstruktionismi.....	20
3.3 Diskurssianalyysi.....	23
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	29
4.1 Aineistonkeruun lähtökohdat .....	29
4.2 Haastattelujen toteutus.....	32
4.3 Aineistosta analyysiin.....	34
5. ANALYYSI.....	38
5.1 Tietodiskurssit .....	38
5.2 Arviointitieto kuntoutuksen hallinnan välineenä.....	39
5.3 Tieto itsehoidon välineenä .....	47
5.4 Kuntoutujan rajallinen kokemustieto kuntoutuksen suunnittelussa.....	53
6. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	63
6.1 Diskurssien seuraamuksellisuudesta.....	63
6.2 Diskurssien suhde yhteiskuntaan.....	70
6.3 Jatkotutkimuksen aiheita.....	72
6.4 Tutkimuksen arviointia .....	73
LÄHTEET .....	75
LIITE 1: Haastattelurunko .....	81

# 1. JOHDANTO

Suomalainen mielenterveyskuntoutusjärjestelmä on läpikäynyt suuria muutoksia viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Vahvasta laitoskeskeisestä järjestelmästä on siirrytty avohoitopainotteiseen malliin, kuten muuallakin Euroopassa. (Salo 1996, 197.) Avohoidolliseen mielenterveyskuntoutukseen siirtyminen on muuttanut myös mielenterveystyön tekemisen tapoja ja kuntoutuksen sisältöjä. Keskeisiä nykymuotoiseen kuntoutukseen liitettyjä määreitä ovat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja kuntoutujan oman toimijuuden vahvistaminen yhteistyössä ammattilaisten kanssa (Juvonen 1996, 158-159; Karjalainen 2004, 20-22). Asiakaslähtöisyydestä on tullut mielenterveystyössä keskeinen arvo mielenterveystyön kehittämisen avainkäsite (Helén 2011, 155; Laitila 2010, 5).

Skitsofrenia on nähty yhtenä vaikeimmin hoidettavista mielen sairauksista. On arvioitu että skitsofrenia on suurin yksittäinen, erityisesti nuorten henkilöiden, työkyvyttömyyden aiheuttaja. Skitsofreniaa sairastavan kuntoutuksessa korostetaan tarpeenmukaisen hoidon tarjoamista; tavoitteena olisi se että jokaisen sairastuneen hoito räätälöitäisiin ja porrastettaisiin henkilökohtaisten tarpeiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että hoito on yhdistelmä erilaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. (Isohanni & Joukamaa 2005, 37 -49.) Keskeinen mielenterveyskuntoutuksen toteuttamisen tapa onkin verkostoyhteistyö, joka toteutuu kuntoutuspalveluja tarjoavien organisaatioiden työntekijöiden, kuntoutujan ja omaisten kesken (Juvonen 1996, 161; Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2001).

Tässä tutkielmassa tarkastelen sitä, millaisilla tavoilla mielenterveystyöntekijät puhuvat kuntoutuksessa läsnä olevasta tiedosta. Tutkielmaani varten olen haastatellut skitsofreniaa sairastavien nuorten aikuisten ympärillä toimivan palveluverkoston työntekijöitä. Tilanteessa jossa mielenterveyskuntoutus on murrosvaiheessa ja kuntoutuksen toimintatavat ja käsitteistö ovat muutoksessa, on mielekästä tarkastella millaisia tietoon ja asiantuntijuuteen kytkeytyviä käsitteellistämistapoja kuntoutuksen kentällä on tarjolla.

Tutkielmassa vastaan seuraaviin kysymyksiin: 1) Millaisia tietodiskursseja mielenterveystyöntekijöiden haastattelupuheesta on paikannettavissa? 2) Millaisia subjektipositioita tietodiskurssit rakentavat kuntoutuksen eri osapuolille? 3) Millaisia mahdollisia seurauksia tietodiskurssit tuottavat mielenterveystyön käytäntöjen kannalta? Tarkastelen sitä, millaista asiantuntijuutta erilaiset tavat puhua kuntoutuksesta ja tiedosta tarjoavat niin työntekijälle, kuntoutujalle kuin omaisillekin. Tutkimus kytkeytyy yhteiskunnalliseen kuntoutuksen tutkimukseen sekä mielenterveyskuntoutuksen kentällä käytyyn keskusteluun asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaan osallisuudesta.

Aineiston analyysissä käytän sosiaalisen konstruktionismin kentälle sijoittuvaa diskurssianalyyttistä lukutapaa. Sosiaalisessa konstruktionismissa keskeistä on tiedon ymmärtäminen historiallisesti ja paikallisesti muotoutuvana. Ilmiöt rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Burr 1995, 4.) Tätä kautta myös kuntoutusinstituutiota on mielekästä lähestyä sosiaalisesti määriteltynä ilmiönä. Diskurssianalyysin avulla on mahdollista tarkastella yksityiskohtaisesti sitä millaisilla vaihtelevilla tavoilla kuntoutukseen liittyvästä tiedosta puhutaan.

Tutkielman rakenne on seuraava: Toisessa luvussa esittelen suomalaisen mielen sairauksien hoidon ja kuntoutuksen historiaa sekä nykytilannetta ja tutkielmani kannalta keskeisiä käsitteitä. Kappaleessa kaksi käsittelen myös mielenterveyskuntoutukseen liittyvää aiempaa tutkimusta. Tutkielman kolmannessa osiossa esittelen tutkimukseni teoreettisen jäsenyyksen kannalta olennaiset käsitteet. Neljännessä luvussa keskityn tarkemmin kuvaamaan sitä kuinka tutkimuksen aineisto hankittiin ja kuinka haastattelut toteutettiin. Viidennessä luvussa käyn läpi aineiston analyysin ja kuudennessa luvussa tiivistän tutkimuksen tulokset ja arvioin tutkimuksen toteuttamista.

## 2. TUTKIMUKSEN TAUSTAA

### 2.1 Skitsofrenia

Skitsofreniaa pidetään yhtenä vakavimmista psyykkisistä sairauksista. Sen esiintyvyys Suomessa on hieman yli yhden prosentin luokkaa. Skitsofrenian syntyyn ei ole löydetty tiettyä syytä, nykyisen lääketieteellisen käsityksen mukaan sen puhkeamiseen vaikuttavat niin biologiset kuin ympäristöönkin liittyvät tekijät; keskeistä on perinnöllisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus. ( Isohanni & Joukamaa, 2005, 38 -39.) Skitsofrenian oireet ovat moninaiset. Psykoottinen oireilu, esimerkiksi erilaiset aistiharhat ja todellisuudentajun menettäminen, ovat usein jaksottaisia ja vaihtelevat yksilöiden välillä. Muita skitsofrenian määriteltyjä oireita ovat esimerkiksi vetäytyminen sosiaalisista suhteista ja apatia sekä kyvyttömyys tunteiden ilmaisuun tai tulkitsemiseen. Sairauteen liittyy myös usein merkittävää kognitiivisten taitojen heikentymistä. Tavallisesti skitsofrenia puhkeaa nuoruusiässä tai varhaisessa aikuisuudessa, n. 16 -30-vuotiaana. (Mueser & McGurk 2004, 2063 -2064).

Skitsofreniaa tulkitaan nykyisin pääasiassa psykiatrisen kehyksen kautta. Skitsofreniaan yhdistetty poikkeava käyttäytyminen ymmärretään siis sairautena. Psyykkiset sairaudet rinnastuvat somaattisiin sairauksiin koska niiden alkuperän ajatellaan olevan ainakin osittain biologisissa tekijöissä. Psykiatria lääketieteen alana keskittyy mielen sairauksien tutkimukseen ja hoitoon. Kuitenkin mielen sairaudet ovat olleet kiistelty aihe niin laajemmassa yhteiskunnallisessa tutkimuksessa kuin lääketieteen sisälläkin, koska useiden psyykkisten sairauksien yhteydet biologisiin tekijöihin pysyvät tutkimuksista huolimatta epäselvinä. (Pilgrim ja Rogers, 2005, 2-3.) Psykiatrasta tulkintatapaa on kritisoitu yksilökeskeisestä näkökulmasta, jossa oireita tulkitaan merkinä yksilön biologisperäisestä sairaudesta ja sairauteen pyritään vaikuttamaan yksilöön suunnatuilla hoitokeinoilla. Vaikka psykiatria on yhdistynyt sosiaalisia tekijöitä painottavia näkökulmia, fysiologinen näkökulma on edelleen hallitseva sairauden määrittelyssä ja hoidossa (emt. 142.)

Yhteiskunnallinen lääketieteen ja psykiatrian kritiikki on painottanut lääketieteen professionaalista valtaa ja yhteiskunnallista kontrolliulottuvuutta (Bury 2000, 8).

## 2.2 Skitsofrenian hoito

Aiemmin skitsofreniaan sairastuneet ovat saaneet hoitoa pääasiassa psykiatrisissa sairaaloissa. Nykyisinkin noin puolet psykiatrisista sairaalapaikoista on skitsofreniaa sairastavien käytössä. Kuten mielenterveyskuntoutuksessa yleisesti, myös skitsofrenian hoidossa painotetaan avohoidon ja perusterveydenhuollon ensisijaisuutta. (Isohanni & Joukamaa 2005, 37.) Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen mukaan hoito ja kuntoutus tulisi järjestää ensisijaisesti avohoitona, kuntoutujan ja omaisten kanssa yhdessä suunnitellen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Lääkehoito nähdään olennaisena osana sairauden hallintaa, ja sen lisäksi on kehitetty monenlaisia psykososiaalisia kuntoutusmuotoja, esimerkiksi tuettua asumista, tuettua työllistymistä, kognitiivista kuntoutusta, yhteisöhoitoa ja terapioiden (Isohanni & Joukamaa 2005, 49 -52). Skitsofreniaa sairastavan hoidossa ja kuntoutuksessa korostetaan *tarpeenmukaisen* hoidon tarjoamista; tavoitteena olisi se että jokaisen sairastuneen hoito räätälöitäisiin ja porrastettaisiin hänen henkilökohtaisten tarpeidensa mukaisesti; tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että hoito on yhdistelmä erilaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. (em. 37 -49.) Kuntoutusta tarjotaan niin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, järjestöjen kuin yksityisten palveluntuottajienkin toimesta (Wahlbeck 2007, 87; Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 14); skitsofreniaan sairastunut henkilö on siis yleensä kuntoutumisensa aikana asiakkaana useammassa mielenterveyspalveluja tuottavassa organisaatiossa. Hän voi siis esimerkiksi asua kuntoutuskodissa ja käydä järjestetyssä työtoiminnassa, tai asua kotona, saada sinne tukipalveluja ja käydä työtoiminnassa. Keskeistä on se, että palvelut olisivat kuntoutujan tilanteeseen nähden tarkoituksenmukaisia.

*Mielenterveyskuntoutus*- käsite viittaa yksilön psyykkistä toimintakykyä heikentävien tekijöiden ennaltaehkäisyyn ja psyykkisen toimintakyvyn tukemiseen ja parantamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt mielenterveyskuntoutuksen tavoitteeksi edistää

kuntoutujan toimintakykyä, eli tukea itsenäistä selviytymistä elämän eri osa-alueilla mahdollisimman pitkälle, ja toisaalta tukea myös omien tavoitteiden löytämisessä ja yhteiskunnan toimintaan osallistumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Mielenterveyskuntoutusta käytetään nykyään yleiskäsitteenä, joka kattaa kaikkien mielenterveyden ongelmien kuntoutuksen lievemmistä mielenterveyden häiriöistä psykiatrasta erikoissairaanhoidon vaativiin tilanteisiin (Järvikoski & Härkäpää 2011, 234). Toiset lähteet kuitenkin erottelevat psykiatrisen kuntoutuksen omana mielenterveyskuntoutuksen alueenaan, joka keskittyy skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kuntoutukseen (Lähteenlahti 2008, 191). Tässä tutkimuksessa käytän mielenterveyskuntoutuksen käsitettä.

*Mielenterveyskuntoutuja*- käsite on Mielenterveyden keskusliiton suosittamana tullut korvaamaan mielenterveyspotilas-käsitettä. Määritelmän mukaan mielenterveyskuntoutuja on henkilö joka on käyttänyt mielenterveyspalveluja. (Särkelä 1997, 155.) Pirjo Rissanen on tutkimuksessaan kiinnittänyt huomiota siihen kuinka vaihtelevilla käsitteillä mielenterveyspalveluja käyttävän yksilön asemaa kuvataan riippuen siitä, minkä organisaation asiakkaana hän on (Rissanen 2007, 11). Myös tätä tutkimusta varten kerätyssä aineistossa ilmenee tämä käsitteiden moninaisuus. Tässä tutkielmassa käytän yhdistävää käsitettä kuntoutuja, jolla viitataan skitsofreniaan sairastuneeseen, mielenterveyspalveluja käyttävään henkilöön. Kuten mielenterveyskuntoutuksen käsite, nähdäkseni tämäkin on termi joka voidaan laajentaa koskemaan ihmisen asemaa eri organisaatioiden piirissä, vaikka tiedostan että tämäkään termi ei ole ongelmaton.

Mielenterveyslain mukaan *mielenterveystyö* tarkoittaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä, sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta (Mielenterveyslaki 1990/1116). Korkeilan (1996) mukaan mielenterveystyö voidaan erotella *rakentavaan, ehkäisevään ja korjaavaan* työhön. Rakentava mielenterveystyö viittaa mielenterveyttä ylläpitäviin tekijöihin, sen avulla edistämään ja parantamaan mielenterveyttä ylläpitäviä olosuhteita. Ehkäisevä mielenterveystyö taas painottuu mielenterveysuhkien tunnistamiseen sekä näiden uhkien torjumiseen. Korjaavan mielenterveystyön alueelle kuuluu tutkimus, hoito ja kuntoutus, joiden avulla pyritään yksilöiden mielenterveyden häiriöiden lievittämiseen ja parantamiseen. Mielenterveystyötä voidaan tehdä niin ammatillisesti kuin vapaaehtoisesti. (Korkeila 1996, 1.)



Tässä tutkimuksessa haastatellut mielenterveystyöntekijät työskentelevät organisaatioissa, joissa toteutetaan ensisijaisesti korjaavaa mielenterveystyötä. *Mielenterveyspalveluiksi* Korkeila määrittelee ammatillista mielenterveyttä tarjoavat tahot, jotka ovat järjestäytyneet tämän toiminnan tuottamista varten (em. 1).

### **2.3 Suomalaisen psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen historiaa sairaalasta avopalveluihin**

Ennen mielisairaaloiden institutionaalista eriytymistä mieleltään sairaina pidettyjä ihmisiä laitostettiin eristysseleihin, vankiloihin ja työlaitoksiin. Hourinhoitoloksi nimettyjä laitoksia alettiin perustaa Suomessa 1700-luvulla. Tätäkin ennen mielisairaiksi luokiteltuja ihmisiä kuitenkin hoidettiin pappien, alienistien tai lääkäreiden vastaanotoilla. (Salo 1996, 32).

Mielisairaaloita alettiin perustaa Eurooppaan 1700 -1800-luvuilla. Suomeen perustettiin Lapinlahden mielisairaala vuonna 1840. (Salo 1996, 36 -38.) Vaikka lääketieteellinen näkökulma hallitsi mielen sairauksien jäsentämistä, kansainvälinen lääketieteellinen tutkimus keskittyi pitkään sairauksien luokitteluun ja oireiden nimeämiseen, eikä varsinaisia lääketieteellisiä oireisiin vaikuttavia hoito- tai parannuskeinoja mielen sairauksiin löydetty. Mielisairaina pidetyt ihmiset pyrittiin eristämään muusta yhteiskunnasta, ja sairauteen vaikuttaminen oli lähinnä fyysistä rajoittamista ja kontrollia, moraalista hoitoa. (Gittens 1998, 189; Salo 1996, 35.) Hoidollisen ulottuvuuden lisäksi varhaiseen mielisairaalinstituutioon on liittynyt myös poikkeavien kontrolli, eli oikeudellinen ulottuvuus johon liittyy rikollisen mielentilan ja syyntakeellisuuden arviointi sekä rikollisten eristäminen, ja köyhäinhoidollinen ulottuvuus eli köyhän kansanosan eristäminen (Helén 2010, 45 -46). 1930-luvulta lähtien tehtiin lääketieteellisiä löydöksiä joilla pystyttiin vaikuttamaan sairauksien oireisiin. Esimerkiksi insuliiniterapia, ECT (sähköshokkihoito) ja lobotomia ovat olleet varhaisia mielen sairauksien hoitokeinoja. Ne perustuivat vahvasti bio-lääketieteelliseen ymmärrystapaan, eikä sosiaalisia tekijöitä otettu huomioon. (Gittens 1998, 196.)

Suomen mielisairaalarjestelmän vakiintuminen voidaan ajoittaa 1930-luvulle. Suhteellisen myöhäinen mielisairaalarjestelmän vakiintuminen on liitetty Suomen myöhäiseen

itsenäistymiseen, mielisairaalajärjestelmä instituutiona kietoutui kansallisvaltiolliseen kehitykseen. Suomalainen laitoshoidojärjestelmä kytkeytyi alusta alkaen osaksi valtiollista väestö- ja köyhäinhoitopolitiikkaa. 1900-luvun alkupuolella mielisairaudet alkoivat näyttäytyä laajaa valistusta ja ehkäisevää toimintaa edellyttäviltä kansanterveydellisiltä ja väestöpoliittisilta ongelmilta. (Salo 1996, 58; Harjula 2003, 139 -140; Mattila 2003, 110 -111.)

1960-luvulla alettiin rakentaa B-mielisairaaloita, joissa oli tarkoitus hoitaa kroonisia potilaita, joiden ei katsottu parantuvan sairaudestaan. Tämä sairaalaverkosto oli saatu rakennettua 1963, jolloin sairaansijoja oli Suomessa 20 000. Tuolloin vain Irlannissa oli väkilukuun suhteutettuna enemmän sairaansijoja. (Korkeila 1996, 5.) Vuoteen 1972 asti psykiatristen sairaansijojen määrät nousivat. Suomessa alkoi kuitenkin esiintyä 1960-luvulla kriittisiä ajatuksia siitä kuinka sairaala kuntouttaa ihmisiä selviämään vain sairaalaympäristössä, ei ympäröivässä yhteiskunnassa. Mm. Psykiatrit Reino Elosuo, Yrjö Alanen ja Erik E. Antinen esittivät ajatuksia siitä, että psykiatrisessa hoidossa tavoitteeksi tulisi ottaa se, että potilaita tuettaisiin palaamaan yhteiskuntaan. Kuntoutus, psykoterapia ja sosiaalinen tuki nähtiin keinoiksi, joiden avulla potilaita voitaisiin tukea tässä prosessissa. 1970-luvulla Suomessa kehittyi näihin ajatuksiin pohjautuva reformistinen sosiaalipsykiatrinen suuntaus, joka korosti yhteisöllistä näkökulmaa mielen sairauksien hoidossa (Salo 1996, 195 -268).

Rakennemuutos jossa psykiatrinen hoitojärjestelmä muuttui sairaalakeskeisestä systeemistä avohoitoon perustuvaksi järjestelmäksi, ajoittui Suomessa 1980 -1990-luvuille (Salo 1996, 197 -198). 1980-luvulla avohoitoa kehitettiin ja sairaansijoja purettiin. Erilaisin interventioin pyrittiin vaikuttamaan siihen, etteivät skitsofreniaan sairastuneet jäisi laitoksiin. Voimavaroja suunnattiin tuolloin runsaasti myös tutkimukseen. Esimerkiksi valtakunnallinen Skitsofrenia-projekti, joka toteutettiin 1981 -1987, keskittyi kehittämään skitsofreniaan sairastuneiden hoitoa ja kuntoutusta siihen suuntaan, etteivät he jäisi pitkäaikaishoitoon. Kehitetyissä hoitomalleissa keskityttiin siihen, että skitsofreniaa sairastavan henkilön tilanteeseen syvennyttäisiin heti hoidon alkuvaiheessa, ja sairastunut otettaisiin mukaan kaikkiin häntä koskeviin tilanteisiin. Potilaan perhettä pyrittiin osallistamaan säännöllisesti hoitoneuvotteluihin. Myös pitkäaikaispotilaan portaittaista kuntoutusta ja arkisten ja sosiaalisten taitojen keskeisyyttä alettiin korostaa. (Tuori 1994, 5-6.) Laitospaikkoja vähennettäessä lisättiin välimuotoisia palveluja, kuten asumis- työtoiminta- ja

päivätoimintakeskuksia, joiden nähtiin tukevan kuntoutumista avohoidon ohella (Wahlbeck 2005, 70). Skitsofrenia-projektia käsitelleessä raportissa kuitenkin todettiin, että laitospaikkojen purkamiseen nähden avohoidon laadullinen ja määrällinen kehittäminen oli vielä keskeneräistä. (Tuori 1994, 5-6).

Suomalaisen mielisairaalajärjestelmän rakennemuutos oli jatkumoa kansainväliselle laitoshoidon purkamiselle, joka oli käynnistynyt muualla Euroopassa 50-luvulle pontimenaan kasvanut psykiatriakritiikki (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 13 -14). Kansainvälistä laitoshoidon purkamista on selitetty myös mm. kasvaneella kiinnostuksella psykoterapeuttisiin menetelmiin sekä antipsykoottisten lääkkeiden kehityksellä (Turner 1987, 70). Suomessa laitosjärjestelmän purkuun vaikuttivat niin edellä mainitut seikat kuin sosiaalipsykiatristen ajatusten ja käytäntöjen herääminen sekä hyvinvointivaltion voimakkaan rakennuskauden alku. Lääketieteellis-psykiatrinen ymmärrystapa pysytteli yhä mielenterveystyön keskiössä, mutta sosiaalipsykiatristen ajatusten ja lisääntyvien psykoterapeuttisten työtapojen kehittymisen myötä psykiatrian oli siirryttävä sairaalajärjestelmän ulkopuolelle. (Helén ym. 2011, 15 -17.)

1990-luvun lama vaikutti voimakkaasti sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Sairaansijoja vähennettiin edelleen. Samaan aikaan julkisten palvelujen kehittämiseen oli kuitenkin entistä vähemmän resursseja (Helén ym. 2011, 45). 1990-luvulla tapahtui myös merkittäviä hallinnollisia muutoksia terveyspalvelujen järjestämisessä. Vuoden 1991 erikoissairaanhoidolaki yhdensi mielisairaanhoidon- ja sairaanhoidopiirit (Kärkkäinen 2004, 5), ja valtiosuusuudistus 1993 siirsi vastuuta palvelujen järjestämisestä valtion keskushallinnolta kunnille (Kananen, Niiranen & Jokiranta 2008, 50). Sairaanhoitopiirien yhdistämisen jälkeen psykiatrisen sairaanhoidon resursseja supistettiin enemmän kuin somaattisen sairaanhoidon (Kärkkäinen 2004, 6). Julkiseen keskusteluun nousivat esiin sairaansijojen purkamisen ja avohoidon kehittymättömyyden räikeä epätasapaino (Järvi 2000, 856; Korkeila 1996, 6).

Vaikka taloudellinen tilanne koheni, jäi avohoidon kehittäminen kuitenkin puolitiehen. Avohoitoa kritisoidaan edelleen sen puutteellisuudesta ja alueellisista vaihteluista (Wahlbeck & Pirkola 2008, 132). Monipuolisinta mielenterveyspalvelujen tarjonta on suurissa

kaupungeissa (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 67). Suomessa esimerkiksi tahdonvastaisen hoidon käyttö on edelleen eurooppalaisella tasolla korkeaa, jota on tulkittu merkinä nimenomaan kehittymättömästä avohoidosta. Laitosvaltainen järjestelmä sitoo niitä resursseja joiden puitteissa avohoitoa olisi mahdollista kehittää. (Wahlbeck & Pirkola 2008, 132 -134). Avohoitoon perustuvaa mielenterveyspalvelujen järjestelmää on myös kuvattu pirstaleisena kokonaisuutena, jota niin asiakkaiden kuin ammattilaisten on vaikea hahmottaa (Salo 1996, 213; Harjajärvi ym. 2006, 11).

2000-luvulla useissa kunnissa on siirrytty tilaaja-tuottaja-malliin, jossa julkinen sektori eli kunta ostaa sosiaali- ja terveyspalveluja järjestöiltä tai yritykseltä kilpailutettuaan palveluntuottajat. Julkinen sektori myös määrittelee palvelutarpeen ja kilpailun ehdot. Kuntien toimijat voivat myös itse osallistua tarjouskilpaan. (Koskiahho 21, 2008.) Tilaaja-tuottajamalli pohjautuu laajemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä muiden julkisten palvelujen markkinoistumiseen, jonka taustalla on 1990-luvulla yleistynyt uusliberalistinen julkisjohtamisen ajattelu- ja toimintamalli New Public Management. Tähän oppiin perustui julkisen hallinnon sektoriuudistus. Yritysmaailmasta omaksutun ajattelumallin mukaan kilpailu lisää palveluiden tehokkuutta ja tuottavuutta ja palvelujen käyttäjien valinnan mahdollisuuksia (Julkunen 2004, 172.) Uudistukset ajoittuivat lama-aikaan, jolloin niukkenevilla resursseilla pyrittiin parantamaan palvelujen tasoa.

1990-luvun hallinnollisten uudistusten jälkeen mielenterveyspalvelut siirtyivät tietohjauksen aikakauteen. Mielenterveyspalvelujen laatua on pyritty parantamaan erilaisten mielenterveystyön kehittämisohjelmien ja -suositusten avulla (Wahlbeck 2007, 87 -88.) Mielenterveystyön tuloksellisuuden arviointia varten on kehitetty erilaisia ulkoisia arviointitekniikoita, joiden avulla mielenterveystyöntekijät raportoivat toimintaansa mielenterveyspalveluja hallinnoiville ja rahoittaville tahoille. Näin mielenterveystyöstä on tullut osittain tuloksiin ja näyttöön perustuvaa toimintaa. (Saario 2011, 183 -184.)

## 2.4 Mielenterveyskuntoutuksen nykytilanne

Mielenterveyskuntoutuksen toimintaympäristö on muuttunut rakenteellisten ja hallinnollisten muutosten seurauksena, ja muutoksessa ovat myös mielenterveyskuntoutuksen sisällöt. Yleisesti kuntoutuksen kentällä on käynnissä paradigman muutos. Asiantuntijalähtöisestä kuntoutuksesta on siirrytty asiakkaan aktiivisuutta ja osallisuutta korostavaan kuntoutusajatteluun, jossa keskeistä on yksilöllisen vajavuusnäkökulman sijaan kuntoutujan huomioiminen osana omaa fyysistä ja erityisesti sosiaalista toimintaympäristöään. Aiemman, lääke- ja käyttäytymistieteellisen tietoon pohjautuneen kuntoutusajattelun rinnalle on noussut sosiaalisesti painottunut lähestymistapa. (Karjalainen 2004, 19 -21.) Keskeiseksi mielenterveyskuntoutuksessa on nostettu kuntoutujan omien sosiaalisten verkostojen säilyttäminen (Pirkola & Wahlbeck 2008, 132).

Skitsofreniaan sairastuneen henkilön kuntoutumisprosessiin osallistuu yleensä useampi taho. Sairastunut on siis asiakkaana erilaisissa auttamistyön organisaatioissa. Esimerkiksi sairaalajakson jälkeen arjen tukena voivat olla erilaiset tuetun asumisen muodot (esimerkiksi kuntoutuskodissa asuminen tai kotiin tuotavat tukipalvelut) sekä käynnit erikoissairaanhoidollisessa avohoidossa Henkilökohtaisten kuntoutusratkaisujen suunnittelu vaatii myös palvelujen tuottajina toimivilta tahoilta yhteistyötä. On siirrytty korostamaan kumppanuusajattelua kuntoutuksessa toimivien tahojen välillä. Ajatuksena on, että kuntoutusta järjestävät tahot toimivat tasa-arvoisessa yhteistyösuhteessa keskenään ja tiedonvälitys eri tahojen välillä toimii. Tavoitteena on hajautuneiden palvelujen linkittyminen toisiinsa sekä kuntoutujan että työntekijöiden kannalta mielekkäiksi kokonaisuuksiksi (Juhila 2008, 45). Verkostoyhteistyö kuntoutukseen osallistuvien tahojen välillä voi toteutua esimerkiksi erilaisten yhteistyöpalaverien muodossa, joissa ovat läsnä kaikki kuntoutukseen osallistuvat tahot (Juvonen 1996, 161). Myös erilaisia tietojärjestelmiä on kehitetty palvelemaan verkostomaisen mielenterveystyön sujuvuutta (Perälä ym. 2004, 12 -17).

Kuntoutujien asiantuntijuus ja osallistuminen omaan hoito- ja kuntoutusprosessiinsa on määritelty mielenterveyspolitiikassa mielenterveystyön keskeiseksi arvoksi (Helén 2011, 155; Laitila 2010, 2). *Asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys*- käsitteet ovat käytössä sosiaali- ja terveystalouksissa, niin myös mielenterveyspalvelujen piirissä. Minna Laitila (2010) määrittelee asiakkaan osallisuuden viittaavaan asiakkaan kokemukseen ja aitoon

osallistumiseen kuntoutuksessa ja hoidossa, kun taas asiakaslähtöisyys- termi viittaa organisaatioiden ja työntekijöiden työtapaan (Laitila 2010, 5). Asiakkaan osallisuuden taustalla voidaan nähdä vaikuttavan konsumerismin, jossa korostuu asiakkaan asema kuluttajana ja osallistujana, ja tätä kautta asiakkaan mielipiteen kuuleminen palveluja suunniteltaessa tulee keskeiseksi (Julkunen & Heikkilä 2007, 92). Taustalla vaikuttaa myös demokraattinen näkökulma, jonka mukaan osallistumisella ja valinnanmahdollisuuksilla on kuntoutujaa voimaannuttava vaikutus (Hui & Stickley 2007; 417). Asiakaslähtöisyys- käsite on saanut myös osakseen kritiikkiä. Asiakkuus yhdistetään usein vapaaseen valintaan, ja onkin nostettu esiin mm. kysymys siitä onko esimerkiksi mielenterveyspalvelujen käyttäjillä mahdollisuutta todellisiin valintoihin. (Julkunen & Heikkilä 2007, 90.)

Asiakkaan osallisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen liittyy myös kuntoutujan kokemuksellisen tiedon huomioon ottaminen kuntoutuksessa. Terveystieteiden huollossa asiakkaan ääni ja oma kokemuksellinen tietämys sairaudesta on saanut voimakkaamman aseman perinteisen lääketieteellisen arvoavallan kyseenalaistuessa myöhäismodernissa yhteiskunnassa. Ihmisten suhtautuminen lääketieteeseen on tullut jännitteiseksi; toisaalta erilaiset teknologiat ja kasvanut lääketieteellinen tieto tuovat uusia mahdollisuuksia parantaa sairauksia, mutta lääketiedettä ei kuitenkaan pidetä kaikissa sairauden kysymyksissä itsestään selvänä auktoriteettina. (Kangas 2003, 7.) Asiakkaan kokemuksellinen tieto oman elämänsä kokonaisuudesta on saanut jalansijaa terveydenhoidossa ja kuntoutuksessa (em. 7; Karjalainen 2004, 22) Asiantuntijuuden muutoksia voidaan jäsentää esimerkiksi puhumalla vanhasta ja uudesta asiantuntijuudesta (Juhila 2008). Vanhassa asiantuntijuudessa on kyse ymmärystavasta, jossa työntekijällä nähdään olevan asiakkaan tilanteen määrittelyyn tarvittava tieto, ymmärrys tavoitteista ja oikeista puuttumisen välineistä. Uudessa asiantuntijuudessa taas lähtökohtana on asiakkaan oma tieto. Asiakkaalla nähdään tuntevan tärkeää kokemuksellista tietoa ja tämän vuoksi yhteistyö on otettava yhteistyön lähtökohdaksi. (em. 18.)

## 2.5 Aiempaa tutkimusta

Skitsofrenian hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä tutkimus on perinteisesti ollut psykiatrian alaa, jossa tutkimus on liittynyt yksilökeskeiseen sairauksien nimeämiseen ja oireiden luokitteluun sekä näiden pohjalta erilaisten lääkinnällisten ja hoidollisten menetelmien ja sovellusten kehittämiseen (Pilgrim & Rogers 2005, 2-3). Tässä alaluvussa en kuitenkaan keskity psykiatrisen tutkimuksen tarkasteluun, vaan käsittelen sellaista tutkimusta jossa on keskitytty kuntoutuksen muutoksiin ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksiin kuntoutuksesta. Esittelen myös tutkimuksia joissa on käsitelty kuntoutukseen liittyvää tietoa. Kuntoutusparadigman muutosta heijastavat osaltaan tutkimukset, jossa on keskitytty kuntoutujien henkilökohtaisiin kokemuksiin hoitosuhteesta ja heidän tarpeisiinsa kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Lemola 2008, Shattell, McAllister, Hogan & Thomas 2006). Myös vakavaa mielen sairautta sairastavien omaisten kokemuksia, hyvinvointia ja tarpeita on tutkittu (Lemola 2008; Jähi 2004).

### 2.5.1 Kuntoutus muutoksessa

Vappu Karjalainen (2004) on tarkastellut kuntoutusta yksilöllistymiskehityksen valossa. Hän kytkee kuntoutuksen käytännöissä ja sisällöissä tapahtuneet muutokset yhteiskunnallisiin työn ja elämäntavan muutoksiin. Karjalaisen mukaan nykyisen kuntoutuksen yksilötason tavoitteellisuus, joka liittyy valtaistumis- eli empowerment -ajatteluun, kytkeytyy yhteiskunnan laajempaan yksilöllisyyskehitykseen. Keskeistä yksilöllisyyskehityksessä on ihmisen oman toimijuuden vahvistuminen, minä -tietoisuus ja henkilökohtaisten mahdollisuuksien oivaltaminen. Yksinkertaistetusti kuntoutuksen funktio voidaan siis nähdä yksilöllistymiskehityksen esteiden käsittelemiseen tähtäävänä toimintana. Karjalaisen mukaan kaikkein vahvimmin kuntoutusjärjestelmän toiminta koskettaa työikäistä väestöä kuntoutusjärjestelmän tukiessa yksilöiden työmarkkinakelpoisuutta. Yksilöllisyyskehityksen kääntöpuolena on esimerkiksi työttömyyden näkeminen yksilön ongelmana eikä yhteiskunnan rakenteellisia muutoksia vasten. Yksilöllistymiskehitys tuottaa myös uudenlaista yhteisöllisyyttä. Tätä muutosta edustaa esimerkiksi sosiokulttuurinen työ. Kuntoutuksen menetelmissä tämä uusi yhteisöllisyys näkyy erilaisina laitos- ja avopalveluissa hyödynnetyissä ryhmätoiminnoissa, esimerkiksi vertaistuesssa. Myös asiantuntijuus muuttuu

kuntoutujan arkitiedon noustessa tärkeäksi osaksi kuntoutusta. Kuntoutuksen tiedonmuodostus näyttäytyy monimuotoisena ja monenlaista asiantuntijuutta yhdistävänä, jolloin tarvitaan myös uudenlaisia kuntoutuksen tutkimustapoja. (em. 2004, 11 -24).

Marjo Romakkaniemen ja Sanna Väyrysen (2010) tutkimuksessa tavoitteena on määritellä psykososiaalisen kuntoutuksen sisältöjä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kuntoutuskokemusten pohjalta. Psykososiaalisen kuntoutuksen kenttä on ollut epämääräinen, joten tutkijat pyrkivät tutkimuksellaan täsmentämään mitä psykososiaalisen kuntoutuksen tulisi sisältää (em. 135). Heidän mukaansa psykososiaalinen kuntoutus merkitsee ihmisen elämäntilanteen kokonaisvaltaista huomioimista. Tutkijoiden mukaan psykososiaalisen kuntoutuksen perusta on intensiivinen ja välittävä auttamissuhde. Tämä merkitsee sitä että ihminen tulee kohdatuksi ja kuulluksi, ja sitä että hänen asioistaan ollaan kiinnostuneita. Tutkijat määrittelevät *jaetun toimijuuden* psykososiaalisen työn edellytykseksi, ja psykososiaalisen osaamisen he kiinnittävät ihmisen toimijuuden vahvistamiseen suhteessa itseen ympäristöön ja yhteiskuntaan. Jaettu toimijuus tarkoittaa tavoitteellista toimintaa ihmisen hyvinvoinnin edistämiseksi, ja se toteutuu vuorovaikutussuhteissa läheisiin, vertaisiin ja palveluihin. (em. 148 -149.) Tutkimuksessa painottuu siis hyvinvoinnin edistäminen toimijuuden lisääntymisen ja sosiaalisten verkostojen kautta.

### *2.5.2 Kuntoutujien ja omaisten kokemukset tutkimuksen kohteena*

Leena Lemola (2008) on selvittänyt pro gradu- tutkielmassaan kotona asuvien psykoosisairaiden sekä heidän omaistensa tuen tarpeita. Hänen mukaansa kuntoutajat kokivat tarvitsevansa pitkäjänteistä ja monipuolista, tilanteeseensa kulloinkin sopivaa tukea. Pitkäaikaiset hoitosuhteet ja toimiva vuorovaikutus koettiin kuntoutumisen kannalta merkittäväksi. Myös perheen läsnäolo nousi esiin keskeisenä hyvinvoinnin tukijana, samoin muut henkilökohtaiset verkostot. Avohoidossa ja kotona oli heidän mukaansa hyvä olla jos tukea kotiin saatiin riittävästi. Tuki nähtiin yhteydessä toivon kokemukseen. Omaiset kokivat myös tarvitsevansa tukea, mutta tämä tuki oli enemmän käytännöllistä kuin henkistä. Omaiset toivoivat toimivaa yhteyttä ammattilaisiin, pitkäjänteisyyttä ja toimivaa kuntoutuksen suunnittelua yhdessä ammattilaisten kanssa. Huolehtimisvastuun vähentäminen nousi



omaisten kohdalla esiin, ja juuri tässä toivottiin hyvää yhteistyötä ammattilaisten kanssa. Toivon kokemus oli myös läheisille tärkeää. (em. 47 -52.)

Toimivaan vuorovaikutukseen hoitosuhteessa ovat kiinnittäneet huomiota myös Mona Shattel ja kirjoittajat (2006). He ovat tutkineet mielenterveyskuntoutujan roolia kokemustensa välittäjänä hoitosuhteessa ja heidän kokemuksiaan ymmärretyksi tulemisesta. Tutkijoiden mukaan kuntoutuksen onnistumisen kannalta keskeistä on ymmärtää, kuinka tärkeää ihmisille on tulla ymmärretyksi hoitosuhteessa. Tämä ei tarkoittanut pelkkää kuuntelemista, vaan aktiivista vuorovaikutusta. Ymmärretyksi tuleminen hoitosuhteessa auttoi myös oman itseymmärryksen lisääntymisessä ja tällä tavoin edesauttoi kuntoutumista. (em.9)

Kuntoutujien roolia yhteiskunnallisina vaikuttajina ja tiedottajina käsittelee Terhi Jankon (2008) pro gradu- tutkielma, jossa hän on kiinnostunut mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa kokemusasiantuntijuudelle antamista merkityksistä. Hän on siis haastatellut mielenterveyden kokemusasiantuntijoina toimineita henkilöitä. Tulosten mukaan kokemusasiantuntija kokee itsensä kompetenttina mielenterveyspalvelujen ja – työn arvioijana, hän haluaa vaikuttaa muiden asenteisiin ja kehittää järjestelmää kokemuksistaan puhumalla ja hän on tietoinen oman roolinsa ja kokemuksensa erityisyydestä. (Jankko 2008 68 -69.) Kokemusasiantuntijuus siis nostaa kuntoutujan esiin aktiivisena toimijana ja tietäjänä.

### *2.5.3 Kuntoutujien tiedon tarpeet*

Tiedon osuutta nykyisessä mielenterveyskuntoutuksessa on tutkittu toistaiseksi vähän (Powell & Clarke 2006, Hotti 2004). Tiedon osuus asiakkaan osallisuutta käsittelevissä tutkimuksissa on kuitenkin noussut esiin tutkimustulosten yhteydessä (Laitila 2010; Connor & Wilson 2006). Tutkimuksissa joissa on käsitelty kuntoutujien ja omaisten hyvinvointia ja tarpeita, viitataan myös heidän tiedon tarpeeseensa (Lemola 2008; Connor & Wilson, 2006).

Powell ja Clarke (2006) ovat tutkimuksessaan keskittyneet siihen, kuinka mielenterveyspalvelujen käyttäjät kuvailevat tiedon saannin tarpeitaan sekä käytännössä toteutunutta tiedon saantia. Tutkimuksessa todetaan että kuntoutujat kokevat tiedottamisen puutteen kunnioituksen puutteena henkilökunnan taholta, ja näkevät tiedottamisen puutteen

koskevan erityisesti diagnoosiin ja lääkitykseen liittyvää tietoa. (em. 2006, 361.) Myös Connor & Wilson (2006) ovat tutkimuksessaan kuvanneet kuntoutujien määritelleen osallisuuttaan mm. tiedon saannin kautta. He ovat kuvanneet tarvitsevansa tietoa omaan hoitoonsa, lääkitykseensä ja byrokratian hoitamiseen liittyen, nämä ovat alueita jotka jäävät usein epäselviksi kuntoutuksessa. Informaation ymmärtämiseen liitettiin myös ammattilaisen käyttämä epäselvä kieli. (em. 471.) Powellin ja Clarken tutkimuksessa mielenterveyspalveluita käyttäneet toivat esille että ammattilaiset suhtautuivat kielteisesti omatoimiseen tiedonkeruuseen. Lisäksi he nostivat esiin tiedonhankintaa vaikeuttavan, mielenterveysongelmiin liittyvän stigman. Neljänneksi haastatellut nostivat esiin vertaistiedon tärkeyden kuntoutumisprosessissa. Muiden saman kokeneiden ihmisten tuottama kokemustieto tuo sairautta tutummaksi ja tuottaa samalla toivoa (Powell & Clarke 2006, 364.) Myös Connorin ja Wilsonin (2006) tutkimuksessa kuntoutujat nostivat tiedon ja omien kokemusten jakamisen kuntoutumisessa keskeiseksi resurssiksi Keskeistä tutkimuksessa on siis kuntoutujan ymmärtäminen tiedon saajana ja tiedon hankkijana. Haastateltavat kuvailevat tiedon saantia koskevien ongelmien liittyneen ammattilaisvuorovaikutukseen, ja toisaalta tiedon hankinnan vaikeutuvan sairauteen liittyvän stigman vuoksi. Tutkimuksessa nousee kuitenkin myös esiin kuntoutujien oma tieto, jonka he nostavat esiin kuntoutusprosessia tukevana vertaistietona. (em. 471.)

Suomessa skitsofreniaan sairastuneiden tiedon tarpeita on tutkinut Aira Hotti (2004). Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita sekä potilaan tiedon tarpeesta ja käytännössä toteutuneesta tiedon saannista, että psykiatristen lääkäreiden tiedon antamisen kokemuksista. Tutkimus oli toteutettu haastattelujen ja kyselyjen kvantitatiivisen analyysin perusteella. Potilaat olivat sitä mieltä että tiedon saaminen sairaudesta oli hyödyllistä. Lisäksi suurin osa potilaista oli kokenut, että he eivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestaan. Lääkäreiden ja kuntoutujien mielipiteet poikkesivat toisistaan hieman, kuntoutujien mukaan tietoa sairaudesta oli annettava jo sairautta epäiltäessä ja useampaan kertaan diagnoosin varmistuttua, suurempi osa lääkäreistä oli sitä mieltä että sairaudesta ei tulisi kertoa sairautta epäiltäessä. Lääkäreiden ja potilaiden mielipiteet siitä, että sairaudesta on hyödyllistä kertoa diagnoosin varmistuttua, olivat melko yhtenäisiä (Hotti 2004, 120 -121. ).

Tietoon liittyvät tutkimukset ovat painottuneet vastaamaan pääasiassa siihen kysymykseen, millaisia tiedon tarpeita kuntoutujilla on ja miten ne eriyvät ammattilaisten näkemyksistä. Edellä esitellyt tutkimukset keskittyvät pääasiassa asiantuntijoiden rooliin tiedon antajina ja kuntoutujien rooliin tiedon saajina. Myös vertaistieto nousee kuitenkin myös tutkimuksissa keskeiseksi. Toisten kuntoutujien kokemuksellinen tieto on omalle kuntoutukselle haastattelujen mukaan tärkeitä. Tämän tutkimuksen tavoitteena on hahmottaa sitä, millaista tietopuhetta haastatellut mielenterveystyöntekijät tuottavat kuntoutuksen ollessa murrosvaiheessa. Tieto ja kuntoutus ymmärretään tutkimuksessa sosiaalisiksi konstruktioiksi. Näkökulman etuna on se, että usein itsestään selvänä tutkimuksen lähtökohtana otettu tiedon käsite otetaan tarkempaan analyysiin ja tämän kautta pyritään hahmottamaan millaista asiantuntijuutta erilaiset puhettavat tarjoavat kuntoutuksen osapuolille. Tällä tavoin on kenties myös mahdollista valottaa joitakin asiakaslähtöisyyden ja asiakkaan osallisuuden puolia, joita on muuten vaikeaa tavoittaa.

### **3. TUTKIMUKSEN TEOREETTIS-METODOLOGINEN VIITEKEHYS**

#### **3.1 Sosiaalinen konstruktioismi**

Tutkielman teoreettisen viitekehysten muodostaa sosiaalisen konstruktioismin perinne. Konstruktioistinen ajattelutapa korostaa kielen ensisijaisuutta tiedon muodostumisessa. Viitekehys oli tutkimusintresseihini nähden luonnollinen valinta; olin kiinnostunut nimenomaan haastattelupuheessa näyttäytyvän itsestään selvänä näyttäytyvän todellisuuden purkamisesta ja halusin ottaa tiedon käsitteen tarkastelun kohteeksi. Tähän diskurssianalyttinen metodologia tuntui tarjoavan sopivimmat työkalut. Diskurssianalyttinen tutkimussuuntaus kietoutuu teoreettisilta lähtökohdiltaan erottamattomasti sosiaalisen konstruktioismin perinteeseen (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 9).

Sosiaalinen konstruktioismi on laaja teoreettinen suuntaus, jonka piiriin mahtuu useiden eri tieteenalojen käsitteellisiä sovellutuksia ja tutkimusta. Yhdistävänä johtoajatuksena on kuitenkin käsitys siitä että tieto on sosiaalisesti rakentunutta. Kieli on se ensisijainen väline jonka avulla yhteiset merkitykset muotoillaan ja ympäröivää todellisuutta rakennetaan. Tiedon synty, sen muuntuminen ja ylläpysyminen liittyvät siis erottamattomasti vuorovaikutukseen. Näin ollen ympäröivistä ilmiöistä ei voida tuottaa yksiselitteistä objektiivista tietoa. (Burr 1995, 4.) Vivien Burr on tiivistänyt neljä lähtökohtaa oletusta, joihin sosiaalinen konstruktioismi nojaa, ja joiden pohjalta erilaiset tutkimukselliset sovellukset ovat mahdollisia (Burr 1995, 2-5). Nämä oletukset ovat:

- Kriittinen näkökulma itsestään selvään tietoon
- Inhimillisen ymmärryksen historia- ja kulttuurisidonnaisuus
- Tietoa tuotetaan ja ylläpidetään sosiaalisissa prosesseissa
- Tieto määrittää toimintaa

Bergerin ja Luckmannin teoriaa todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta voidaan pitää yhtenä sosiaalisen konstruktionismin avainteksteistä (Potter 1996, 12). He hahmottelevat teoksessaan *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen* (1994) perustaa konstruktionistiselle ajattelulle. Kritisoiden funktionalistisia yhteiskuntateorioita ja yksilöpsykologisia ihmiskäsityksiä niiden deterministisyydestä he muotoilevat ajatuksen ei-pysyvistä, yksilöiden välillä luodusta todellisuudesta.

Ulkoistamisen, objektivaation ja sisäistämisen käsitteiden kautta teoria kuvaa sitä, kuinka arkinen käyttäytymisemme on ajan kuluessa vakiintunutta toimintaa, joka välittömästi syntytilanteestaan irrotessaan saa institutionaalisen muodon. Lopulta, tarpeeksi pitkään toistettuna tuo instituutio objektivoituu, eli muuttuu itsestään selväksi todellisuudeksi. Heidän mukaansa ”sosiaalisella maailmalla ei siis ole muuta ontologista statusta kuin se inhimillinen toiminta joka on sen tuottanut.” (Berger & Luckmann 1994, 73.) Tämä vuorovaikutuksessa syntyvä todellisuus ei ole paikoilleen kivettynyt, vaan merkitykset elävät ja muuttavat myös jatkuvasti muotoaan. Ajattelutavat ja instituutiot muuttuvat ajan saatossa jollei niitä pystytä legitimoimaan. Itsestään selväksi todellisuudeksi muotoutuneen toiminnan kyseenalaistaminen, tai edes sen huomaaminen ei kuitenkaan ole yksinkertaista (Wetherell 2001, 16). Esimerkkinä prosessista jossa instituution legitimiys on asetettu kyseenalaiseksi, voitaisiin pitää mielisairaalahjärjestelmän kritiikkiä ja purkamista. Salo kiinnittää kuitenkin huomiota siihen, kuinka Suomessa keskustelua avohoidosta käytiin jo 50-luvulla, mutta käytännölliset muutokset tapahtuivat vasta 70-luvulla. Salon mukaan avohoidon kehittymiseltä puuttuivat aiemmassa vaiheessa yhteiskunnalliset edellytykset, sillä suomalaisen yhteiskunnan kulttuurisessa rakentumisessa sairaalaa pidettiin ainoana mahdollisena hoitopaikkana mieleltään sairastuneille. (Salo 1996, 205 -210.) Tämä osoittaa kuinka instituutiot muuttuvat helposti niin itsestään selviksi että niitä vaikeaa, ellei mahdotonta kyseenalaistaa.

Berger ja Luckmann nostivat teoksessaan tiedonsosiologian tutkimuskohteeksi sosiaalisen todellisuuden, ihmisyhteisöjen välisen tiedon vaihtelun ja toisaalta tämän tiedonmuodostuksen taustalla vaikuttavat sosiaaliset mekanismit (Berger & Luckmann 1994, 13). Tutkimuksen keskiössä tuli olla ihmisten *arkin*en tieto, ne tietämisen tavat joita ihmiset soveltavat jokapäiväisessä elämässään, koska nimenomaan ”tästä tiedosta muodostuu se

merkityskudos, joka on kaikkien yhteiskuntien olemassaolon edellytys.” (em. 25). Tutkimuksen avulla voidaan valottaa tietämisen tapojen historia- ja kulttuurisidonnaisuutta. Purkamalla olemassa olevia tietorakenteita, on mahdollista pohtia esimerkiksi tiedontuotannon tuottamia ideologisia ja poliittisia painotuksia, ja toisaalta tehdä tilaa vaihtoehtoisille tietämisen tavoille. (Nikander 2001, 286.)

Ymmärrän oman tutkimukseni osana tieteellisten keskustelujen ketjua. Tutkimukseni avulla minulla on mahdollisuus osallistua mielenterveyskuntoutusta asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä koskevaan keskusteluun erityisesti suomalaisessa kontekstissa (vrt. Jokinen & Juhila 1999, 85). Tutkimustehtäväni kautta pyrin tuottamaan uusia keskustelun avauksia mielenterveyskuntoutukseen sekä tutkimusaiheita mielenterveyttä ja asiakkaan osallisuutta käsittelevälle tutkimuskentälle. Konstruktionistinen tutkimus ei pyri tarjoamaan universaalia tai yleispätevää tietoa ja oman tutkimukseni tavoitteena onkin ensisijaisesti osallistuminen yhteiskunnalliseen keskusteluun mielenterveyskuntoutuksen nykytilanteesta.

Sosiaalinen konstruktionismi on jakautunut relativistiseen ja realistiseen suuntaukseen, jotka suhtautuvat eri tavoin perimmäisen todellisuuden olemassaoloon. Realistisen ja relativistisen suuntauksen edustajat ovat kiistelleet mm. siitä, voidaanko kielen ulkopuolisesta todellisuudesta sanoa yhtään mitään, ja jos kieli on loputtomien mahdollisuuksien kenttä, kuinka voidaan väittää että jokin tapa rakentaa todellisuutta on oikea ja toinen väärä (Burr 1998, 14). Realistisen suuntauksen edustajat kytkevät kielelliset prosessit ulkopuolisiin materiaaliin, taloudellisiin ja institutionaalisiin rakenteisiin (Parker 1992, 36), kun taas relativistit ohittavat kysymyksen todellisuuden perimmäisestä luonteesta. Relativistisen näkökannan mukaan kielen ulkopuolelle ei ole pääsyä. Näin kielen ulkopuolelle sijoittuva todellisuus on aluetta, johon emme voi päästä käsiksi tutkimuksen keinoin. (Wetherell & Potter 1992, 62.) Realistisen suuntauksen edustajat kytkevät tutkimuksen usein makrotason kielellisiin konstruktioihin ja valtasuhteisiin, kun taas relativistisen suuntauksen edustajat keskittyvät useammin mikrotason vuorovaikutustilanteisiin ja siihen kuinka kieli toimii vuorovaikutustilanteessa resurssina, jolla tehdään erilaisia asioita (Burr, 2001, 23 -24). On myös esitetty että nämä kaksi näkökantaa ovat yhdistettävissä toisiinsa (Burr 1998 22 -23).

Tämän työn puitteissa ei ole mahdollista syvällisemmin pohtia relativistisen ja realistisen suuntauksen välisiä eroja. Tutkimukseni painottuu kuitenkin realistisen tutkimussuuntaukseen suuntaan siinä mielessä, tässä tutkimuksessa en kiinnitä huomiota diskurssien tilanteiseen käyttöön vuorovaikutuksessa, vaan etsin aineistosta jaettuja kulttuurisia merkityksiä, joiden ajattelen kietoutuvan kuntoutuksen historiallisiin ja materiaalsiin ehtoihin. Tämän vuoksi päädyin myös käyttämään tutkimuksessani diskurssin ja subjektiposition käsitteitä. Ne kuuluvat foucault'laiseen tutkimusperinteeseen, joka painottuu vallan tutkimukseen (Burr 1995, 63). Honkasalo määrittelee foucault'laisen konstruktionismin merkitsevän sairauden ja terveyden tutkimuksessa sitä, että ”terveyden ja sairauden ilmiöt tai instituutiot eivät ole ”luonnollisia” tai ”(lääke)tieteellisiä” tai autenttisia sinänsä, vaan ne ovat rakentuneet yhteiskunnallisissa käytännöissä ja suhteissa, joita kieli, tieto, ja valta muokkaavat. Myös tapamme jäsentää maailmaa on järjestynyt sosiaalisesti: merkitysrakenteet ja luokitusjärjestelmät voidaan käsittää ennen havaintoa oleviksi.” (Honkasalo 2000, 56.) Sovellan tätä näkökulmaa tutkimuksessani; ymmärrän kuntoutuksen yhteiskunnallisissa suhteissa muovautuneeksi instituutioksi.

### **3.2 Mielen sairaudet, kuntoutus ja sosiaalinen konstruktionismi**

Mielen sairauksia ja niiden hoitotapoja on käsitteellistetty vaihtelevin tavoin historian eri vaiheissa. Normista poikkeavaa käyttäytymistä ei aina ole ymmärretty psykiatrisena tilana. Mielen sairauksien jäsentäminen lääketieteellisenä ilmiönä alkoi saada sijaa valistuksen ajan tieteellistyvässä ja rationaalistuvassa yhteiskunnassa. Aiemmin normista poikkeavaa käyttäytymistä oli tulkittu esimerkiksi uskonnollisena ilmiönä. Lääketiede korvasi länsimaissa uskonnollisen lähestymistavan ja siitä on tullut hallitseva näkökulma poikkeavuuden tulkittamisessa. (Morral 2009, 140 -142.)

1960 -1970-lukujen yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa psykiatrian vahvaa asemaa mielen sairauksien määrittelyssä ja niiden hoidossa alettiin kyseenalaistaa. Näin mielen sairauksien tulkinta sosiaalisena ilmiönä nousi tieteellisen tutkimuksen kohteeksi. Eri tieteenalojen edustajat, myös psykiatrian sisällä, esittivät biologisille selitysmalleille vaihtoehtoisia teorioita mielen sairauksien ymmärtämiseksi. Nämä teoriat painottivat vaihtelevasti

yhteiskunnallista näkökulmaa mielen sairauksien ymmärtämisessä. Teorioita yhdisti mielen sairauksien yhdistäminen historiallisiin, kulttuurisiin tai taloudellisiin tekijöihin sen sijaan, että oireet olisi määritelty biologisten tekijöiden kautta. (Pilgrim 1990, 215 -217.)

Michel Foucaultin teokset ovat vaikuttaneet keskeisesti useihin psykiatrian kritikoihin. Foucault'n teos *Madness and civilization* (1991) keskittyy nimenomaan mielen sairauksien historiaan. Hänen sosiaalihistoriallinen tutkimuksensa kytkee toisiinsa lukuisat yhteiskunnalliset muutokset ja mielen sairauksien synnyn psykiatrisena ilmiönä. Vaikka poikkeaviksi luokiteltuja ihmisiä oli eristetty jo pitkään muusta yhteiskunnasta, mielen sairaudet erityisenä ilmiönä syntyivät 1700 -1800-lukujen taitteessa psykiatrisen sairaalalaitoksen syntyessä. Tämä erottelu oli yhteiskunnan ideologisten muutosten seurausta, siihen vaikuttivat esimerkiksi tieteellisen maailmankuvan synty ja talousjärjestelmän muutokset. Foucault tulkitsee mielen sairauksia erityisesti muuttuvien moraalisten käytäntöjen kautta. (Foucault 1991) Foucault'n teokset ovat vaikuttaneet yhteiskunnalliseen ”psykotieteiden” ja hallintavallan tutkimukseen (esim. Rose 1990; 1995), sekä konstruktionistiseen terveyden ja sairauden tutkimukseen (Honkasalo 2000).

Nykyisessä yhteiskunnallisessa tutkimuksessa on kyseenalaistettu psykiatrista näkökulmaa mm. siksi, että se keskittyy enemmän sairauden yksilöllisiin oireisiin ja niihin vaikuttamiseen kuin sairauksien syihin, ja jättää näin yhteiskunnalliset tekijät huomiotta mielen sairauksien tarkastelussa. (Pilgrim ja Rogers 2005, 4-6.) Konstruktionistisesti painottunut mielenterveyden ja -sairauksien tutkimus ei kuitenkaan välttämättä pyri kumoamaan psykiatrista tiedon muodostusta kokonaisuudessaan, mutta suhtautuu psykiatrisen tiedon yksinkertaistavaan tulkintaan kriittisesti ja pyrkii täydentämään lääketieteellisiä tulkintoja esimerkiksi tuomalla lääketieteellisen tiedon rinnalle henkilökohtaisen sairauden kokemuksen tuottamaa arjen tietoa sairastamisesta. Konstruktionistista mielenterveyden ja mielen sairauksien tutkimusta edustaa kokemuksen tutkimus, jossa keskeistä on henkilökohtaisen kokemuksen kulttuurinen rakentuminen. Tutkimusten avulla voidaan paljastaa niitä kulttuurisia jäsennystapoja, joiden pohjalta henkilökohtainen sairauden kokemus rakentuu. Esimerkkinä kokemuksen tutkimuksesta voisi pitää narratiivista tutkimusta, jonka kautta on tutkittu muun muassa identiteetin rakentamista, toiseuden ja leimautumisen kokemusta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä asunnottomien kertomuksissa (Kulmala 2006)



sekä sellaisten aikuistuneiden lasten kokemuksia, joiden vanhempi on sairastunut psyykkisesti (Jähi 2004).

Anna Kulmalan mukaan ympäröivät kulttuuriset tulkintaresurssit toimivat oman identiteetin rakennuspuuna. Auttamistyöhön liittyy paljon nimeämistä ja kategorisointia, joka on yleensä ongelmalähtöistä, ja auttamistyön instituutioiden asiakkaat rakentavat identiteettiään suhteessa näihin määrityksiin. Nämä ulkoapäin tuotetut määritykset liittyvät kokemukseen leimatusta identiteetistä. Kulmalan mukaan auttamistyön kannalta on keskeistä tunnistaa näitä määrityksiä ja pohtia niiden vaikutuksia. (Kulmala 2006).

Sosiaalipsykologian kentälle sijoittuvaa konstruktionistista tutkimusta edustaa Vilma Hännisen väitöskirja *Sisäinen tarina, elämä ja muutos* (2000). Hän on tutkinut vakavaa sairastumista tai muuta suurta elämänmuutosta (kuten työttömäksi jäämistä) ja kuntoutusta narratiivista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Hännisen mukaan ihminen uudelleen rakentaa kertomisen avulla elämänmuutoksessa katkennutta sisäistä tarinaansa. Omaan sisäiseen tarinaan ammennetaan aineksia kulttuurisesta mallitarinavarannosta. Rajoittunut mallitarinavaranto saattaa vaikeuttaa elämän uudelleenjäsentämistä, kuntoutumisen kannalta tärkeää olisikin että kulttuurissa olisi esillä monipuolinen mallitarinavaranto. (Hänninen 2000.)

Rita Jähin väitöskirja *Työstää tarinoida ja selviytyä* (2004) keskittyy väitöskirjassa siihen millaisia mahdollisuuksia aikuistuneilla lapsilla on käsitellä lapsuuden kokemuksiaan tilanteessa jossa vanhempi on sairastunut psyykkisesti. Tutkija hahmottaa lapsuuden kokemuksia ruumiillisina prosesseina, joista on vaikeaa puhua Hänen mukaansa olemassa olevat tarinalliset mallit eivät välttämättä tarjoa lapsuuden kokemuksista kertomiselle välineitä, koska vallitsevat mallitarinat painottavat sairauden biologista tai sosiaalista periytymistä, joka luo sairastumisen uhkaa ja tällä tavoin stigmatsoi lapsen. Näin vanhemman sairaudesta ja omista kokemuksista puhuminen on vielä aikuisiälläkin vaikeaa. (Jähi, 2004.)

Mielen sairauksien ja niiden hoitotapojen historia heijastaa sitä kuinka mielen sairaudet ovat sosiaalisten määrittelyprosessien tulosta. Sosiaalisen konstruktionismin kentälle sijoittuva tutkimus valottaa niitä tapoja, joilla kulttuurinen ulottuvuus on läsnä yksilön kokemuksen ja

identiteetin rakentumisessa. Tässä tutkimuksessa en tutki mielen sairauksien määrittelyä sinänsä. Keskityn siihen millaisia sosiaalisia konstruktioita kuntoutusinstituutio ja siinä esiintyvät tietämisen tavat ovat. Toisaalta se, kuinka muodostamme käsitystä kuntoutumisesta ja siihen liittyvästä asiantuntijuudesta, kertoo myös jotakin siitä, miten määrittelemme sairauden ja terveyden tai normaalin ja epänormaalin rajoja. Tiedonhakuni mukaan suomalaisen sosiaalipsykologian kentälle kaivataan lisää mielenterveyskuntoutukseen liittyvää konstruktionistisesti ja diskurssianalyttisesti painottuvaa tutkimusta. Tutkimuksellani pyrin osaltani myös laajentamaan tätä kenttää.

### 3.3 Diskurssianalyysi

Jokinen, Juhila ja Suoninen (1993) ovat määritelleet diskurssianalyysin ”*sellaiseksi kielen käytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimukseksi, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä*” (em. 27). Diskurssianalyttista lähestymistapaa ei ole mahdollista tarkastella tarkkarajaisena metodina, koska sen piirissä tehdään painotuksiltaan hyvinkin vaihtelevaa tutkimusta (Potter & Wetherell 1987, 6), ja näin ollen on mielekkäämpää lähestyä diskurssianalyysiä väljänä teoreettis- metodologisena kehyksenä joka mahdollistaa erilaisia tutkimuksellisia sovelluksia (Jokinen ym. 1993, 17). Tässä tutkimuksessa hyödynnän Jokisen, Juhilan ja Suonisen määritelmää tämän viitekehyksen viidestä lähtökohtaoletuksesta (em.17 - 47):

- Ajatus siitä että kieli rakentaa sosiaalista todellisuutta
- Ajatus useiden merkityssystemien olemassaolosta
- Ajatus toiminnan kontekstuaalisuudesta
- Ajatus siitä että toimijat kiinnittyvät merkityssystemeihin
- Ajatus kielen käytön seuraamuksellisuudesta

Seuraavaksi käyn tarkemmin läpi nämä lähtökohtaoletukset ja suhteutan ne käsillä olevaan tutkimukseen.

## **Ajatus siitä että kieli rakentaa sosiaalista todellisuutta**

Diskurssianalyysin teoreettinen perusta sitoutuu sosiaalisen konstruktionismin lähtökohtaletuksiin. Keskeistä on siis ymmärtää kieli *toimintana*, jolloin sanat eivät kuvaile asioita vaan tekevät niitä (Potter & Wetherell 1987, 6). Kielen avulla rakennetaan objekteja, olosuhteita ja sosiaalista kanssakäymistä tietynlaiseksi, ja nämä erilaiset kielelliset rakennelmat muodostavat sen sosiaalisen maailman jossa elämme. Aina kieltä käyttäessämme rakennamme yhdenlaisen version maailmasta. (Wetherell 2001, 16.)

Kielen konstruktiiivisuus perustuu erontekoihin; käsitteet merkitsevät jotakin vain silloin kun ymmärrämme ne suhteessa toisiin käsitteisiin. Nämä eronteot muodostavat merkityssysteemejä, joita hyödynnämme keskustellessamme toisten kanssa (Jokinen ym. 1993, 19 -20). Esimerkiksi tutkimusaineistossani esiintyvät sanat kuntoutuja, potilas ja asiakas ovat erilaisia käsitteitä joihin liittyy erilaisia konnotaatioita ja joiden avulla on mahdollista rakentaa vaihtelevia todellisuuden tulkintoja. Neutraaleimmatkin kuvaukset ovat merkityksillä ladattuja, ja juuri tämän vuoksi diskurssianalyysissä kiinnostus kohdistuu aineiston yksityiskohtaiseen tarkasteluun. (Potter & Wetherell 1987, 33 -34.)

Omaan tutkimukseeni diskurssianalyttinen lähestymistapa tuntui osuvalta, koska jo mielenterveyden ja mielen sairauksien sekä hoitojärjestelmän historiallinen katsaus osoittaa, kuinka vaihtelevilla tavoilla esimerkiksi skitsofreniaa ja mielen sairauksien hoitoa on käsitteellistetty eri aikoina. Kuntoutusjärjestelmän kentällä viime vuosikymmeninä tapahtuneet rakenteelliset ja ideologiset muutokset ovat tuoneet runsaasti uusia toimintamuotoja sekä uutta käsitteistöä myös mielenterveyskuntoutukseen; tuo monipuolinen käsitteistö on edustettuna myös tutkimuksen haastatteluaineistossa. Tämän vuoksi oli siis kiinnostavaa ottaa mielenterveyskuntoutusta koskeva puhe yksityiskohtaisen tarkastelun kohteeksi.

## **Ajatus useiden merkityssysteemien olemassaolosta**

Diskurssianalyysiin kuuluu ajatus erilaisista, rinnakkaisista ja keskenään kilpailevista merkityssysteemeistä, joiden varassa vuorovaikutuksemme etenee. Keskustellessamme

kiinnitymme tietynlaiseen tapaan kuvata maailmaa ja olosuhteita, mutta tämä ei kuitenkaan tarkoita että hyödyntäisimme puhuessamme vain yhtä merkityssysteemiä, vaan usein tulemme tukeutuneeksi useihin, keskenään ristiriitaisiinkin kuvaustapoihin. (Jokinen ym. 1993, 24 -25.) Jotkut tavat merkityksellistää maailmaa konventionalisoituvat, eli tulevat toistetuiksi useammin kuin muut tavat. Laajasti jaettuina nämä erilaiset merkityssysteemit siis muodostavat siis sen sosiaalisen todellisuuden jossa elämme, ja näitä konstruktioita voi olla niiden ”luonnollisuuden” vuoksi vaikea havaita paljain silmin. (Wetherell 2001, 16). Koska diskurssianalysissa ollaan kiinnostuneita niistä tavoista, joilla kieli rakentaa maailmaa, tutkija kiinnittää huomionsa teksteissä<sup>1</sup> rakentuviin merkityssysteemeihin. Purkaessaan tekstejä pienempiin osiin tutkijalla on mahdollisuus paljastaa tiettyjä, toistuvia merkityskudelmia joissa asiat ja ilmiöt liittyvät toisiinsa. Myös materiaalista ympäristöä ja erilaisia käytäntöjä voidaan tulkita osana diskurssia (Parker 1992, 6); näin esimerkiksi erilaisia kuntoutustyössä käytettyjä teknologisia sovellutuksia ja vaikkapa erilaisia palaverikäytäntöjä voitaisiin tulkita diskurssien ilmentyminä.

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni liittyy merkityssysteemeihin. Tutkimustehtäväni on tunnistaa niitä tietoon liittyviä merkityssysteemejä, joiden varassa haastateltavat puhuvat mielenterveyskuntoutuksesta. Kutsun näitä merkityssysteemejä jatkossa diskursseiksi. Tässä tutkimuksessa diskurssit määrittyvät ”*verrattain eheiksi säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemeiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavat sosiaalista todellisuutta*” (Jokinen ym. 1993, 27). Haastateltavat ammentavat selontekonsa tietyistä tavoista tulkita mielenterveyskuntoutukseen liittyvää tietoa. Nämä tavat ovat tunnistettavissa erilaisten, toisiinsa liittyvien käsiteryhmitysten kautta (Wetherell & Potter 1987, 138).

Diskurssianalyttisen tutkimuksen kautta on mahdollista keskittyä siihen *mitä* merkityssysteemejä aineistosta on paikannettavissa, ja toisaalta tutkimus voi olla kiinnostunut myös siitä *miten* noita erilaisia merkityssysteemejä rakennetaan vuorovaikutuksessa (Jokinen & Juhila 1999, 66). Oman tutkimukseni painopiste on nimenomaan *mitä*- kysymykseen vastaamisessa; tutkimustehtäväni on paikantaa ja konstruoida haastatteluaineistossa esiintyviä

---

<sup>1</sup>Teksti viittaa tässä sekä puheeseen että kirjoitettuun tekstiin tai toimintaan (Parker 1992, 6)

erilaisia tietodiskursseja. Analyysiosiossa vastaan siis mitä -kysymykseen; tutkimuksen lopussa pyrin myös pohtimaan niitä jatkotutkimuksen aiheita, jotka voisivat olla osaltaan vastaamassa siihen, miten näiden diskurssien avulla rakennetaan erilaisia asiointiloja vuorovaikutuksessa.

### **Ajatus toiminnan kontekstuaalisuudesta**

Diskurssit muotoutuvat aina jossakin tietyssä kontekstissa, eli ne sijoittuvat tiettyyn aikaan ja paikkaan. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa toiminnan kontekstisidonnaisuus on tutkimuksen tärkeintä ydintä, eikä tähän suhtauduta häiriötekijänä, jota tulisi säädellä tutkimusta tehtäessä. (Jokinen ym. 1993, 19.) Tutkijan tulisikin siis suhteuttaa aineistosta tekemänsä tulkinnat ajalliseen ja paikalliseen kontekstiin. Tutkimuksen painotukset voivat vaihdella sen mukaan, kuinka tiukasti tarkasteltava konteksti on rajattu, suunnataanko kiinnostus esimerkiksi tiukasti vuorovaikutuskontekstissa tapahtuvaan kielen käyttöön ja tämän tilanteen yksityiskohtaiseen analyysiin, vai otetaanko analyysissa huomioon laajempi kulttuurinen konteksti (Jokinen & Juhila 1999, 57).

Tässä tutkimuksessa liikutaan kulttuurisen kontekstin tasolla, kiinnostukseni ollessa niissä yhtenäisissä puhetavoissa, jotka ylittävät yksittäisten haastattelujen rajat. Haastattelutilanne on toki huomioitava, koska haastattelu on vuorovaikutustilanteena erityinen ja saattaa vaikuttaa esimerkiksi siihen, millaisia selontekoja haastateltavat tuottavat toiminnastaan. Tutkimustehtäväni on kuitenkin kartoittaa tätä yksittäistä vuorovaikutustilannetta laajempaa kulttuurista puhetodellisuutta, josta haastateltavat ammentavat käydessään keskustelua kuntoutukselta.

### **Ajatus siitä että toimijat kiinnittyvät merkityssystemeihin**

Tutkijalla ei nähdä olevan pääsyä tutkittavien sisäiseen todellisuuteen, eivätkä mielensisäiset prosessit ole diskurssianalyysissa relevantteja. Koska vuorovaikutukseen osallistujat rakentavat todellisuutta kielellisessä toiminnassaan, ovat kielen käytössä rakentuvat vaihtelevat minuudet tutkimuksen keskiössä. Erilaiset tavat konstruoida asiointiloja asettavat myös diskurssin sisällä toimijat erilaisiin asemiin. Huomio kiinnittyy tässä siihen, kuinka

puhujilla on mahdollisuus konstruoida itseään ja muita toimijoita vaihtelevilla tavoilla erilaisiin diskursseihin kiinnittyessään. Tutkimuksessa voidaan keskittyä esimerkiksi konstruoimistapojen moninaisuuteen tai siihen, kuinka tietyt diskurssit voivat tukahduttaa ja rajoittaa. Mikäli jotkin diskurssit ovat yhteiskunnassa vahvoja, saattavat niissä rakentuvat identiteetit muodostua yksilöitä rajoittaviksi. (Jokinen ym. 1993 37 -40.)

Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut siitä, millaisia toimijuuksia erilaiset tiedon diskurssit mahdollistavat työntekijälle ja asiakkaalle. Toinen tutkimuskysymykseni liittyykin näiden toimijuuksien rakentumiseen vaihtelevissa diskursseissa. Analyysissäni kutsun näitä toimijuuksia *subjektipositioiksi*. Subjektipositio sisältää ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia, joiden kautta ymmärrämme itseämme ja muita, joiden kautta ymmärrämme minuutemme (Wetherell 2001, 24). Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut tiedon diskurssien tuottamista subjektipositioista. Subjektiposition käsite liittyy usein tutkimuksiin jossa ollaan kiinnostuneita toiminnan rajoituksista (Jokinen ym. 1993, 39). Esimerkiksi Potter ja Wetherell kiinnittävät huomiota siihen, että vaikka periaatteessa lukemattomat tavat konstruoida itseä ovat mahdollisia, toiset tavat ovat ikään kuin ymmärrettävämpiä kuin toiset (Wetherell & Potter 1992, 78). Kuntoutus on instituutio jossa osallistujien suhteet ovat historiallisesti vakiintuneet, ammattilainen nähdään auttajana ja asiakas autettavana. Kuntoutussuhdetta säätelevät myös esimerkiksi erilaiset lait ja suositukset. Voidaan siis ajatella että kuntoutukseen liittyy normatiivisesti määriteltyjä toiminnan rajoituksia jotka ohjaavat enemmän tai vähemmän työntekijöiden ja kuntoutujien toimintaa (Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000, 16.) Kuntoutus instituutiona on kuitenkin murrosvaiheessa, joten tältä pohjalta on mielekästä tarkastella sitä, millaiseksi mielenterveysalan ammattilaisen ja kuntoutujan suhde puheessa muodostuu. Tämän vuoksi olenkin kiinnostunut siitä, millaisia toiminnan mahdollisuuksia ja rajoituksia erilaiset tietodiskurssit tuottavat kuntoutuksen osapuolille.

### **Ajatus kielen käytön seuraamuksellisuudesta**

Koska kielen käyttö on aktiivista tekemistä ja todellisuuden rakentamista, kielen käyttö on myös seuraamuksellista. Erilaiset tavat merkityksellistää maailmaa tuottavat erilaisia seurauksia ja ikään kuin avaavat oven toisille mahdollisille asiantiloille ja sulkevat oven toisilta. Usein nämä seuraukset eivät ole puhujan tiedostamia, eivätkä seuraukset ole

välttämättä suoraan tunnistettavissa aineistosta. Analyysissa voidaan kuitenkin pohtia sitä, millaisia laajempia, yksittäiset vuorovaikutustilanteet ylittäviä seurauksia erilaisilla kielellisillä valinnoilla voi olla. (Jokinen ym. 1993, 41 -43.) Tämä näkökulma liittyy erityisesti kolmanteen tutkimuskysymykseeni, jossa haen vastausta siihen, millaisia mahdollisia seurauksia erilaiset tiedon diskurssit tuottavat mielenterveystyön käytäntöjen kannalta. Ennen kaikkea ymmärrän asemani arvioiden esittäjänä, ja nuo arviot esitän aineiston pohjalta tehdyn tulkinnan sekä aiemman tutkimuksen pohjalta.

Koska diskurssianalyysi perustuu ajatukselle tiedon sosiaalisesta rakentumisesta, on tutkijakin väistämättä osa tuota sosiaalista systeemiä. Erilaiset merkityssystemit eivät ole suoraan luettavissa aineistosta, vaan erilaisten puhetapojen tunnistaminen vaatii tutkijalta pitkäjänteistä vuoropuhelua aineiston kanssa (Wetherell & Potter 1987, 169). Merkityssystemit esiintyvät paloina aineistossa, ja tutkijan tehtävänä on tunnistaa ja rekonstruoida merkityssystemit niihin viittaavien vihjeiden pohjalta. Tutkija on siis aktiivinen toimija ja valintojen tekijä tulkitessaan ja konstruoidessaan diskursseja. Ajatus kielen käytön seuraamuksellisuudesta liittyy siis myös tutkijan aseman pohtimiseen. Tutkimuksen lopussa pohdin tutkijan asemaa tutkimuksen toteuttamisessa.

## **4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1 Aineistonkeruun lähtökohdat**

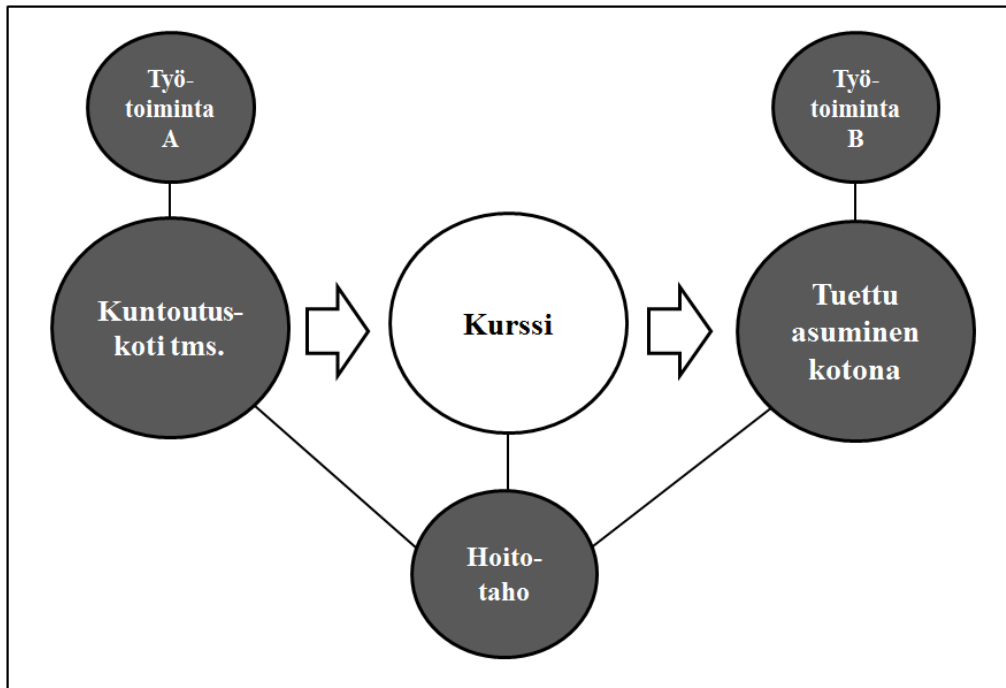
Haastatteluaineiston keräsin huhtikuussa 2011 ollessani tutkimusharjoittelijana Tekesin rahoittamassa tutkimushankkeessa, jossa tarkasteltiin asiakaslähtöisyyden toteutumista monitoimijaisessa palvelujärjestelmässä. Hanke toteutettiin Tampereen yliopiston Sosiaalityön tutkimuksen laitoksella vuosina 2009 -2012. Hankkeen tutkimuskohteena on kolmen kuukauden kuntoutusjakso, joka on suunnattu skitsofreniaa sairastaville nuorille aikuisille. Kuntoutusjakson tavoitteena oli arvioida monipuolisesti kuntoutujan toimintakykyä ja paneutua syvällisesti hänen elämäntilanteeseensa moniammatillisessa työryhmässä. Tavoitteena oli ehkäistä sairaalahoidon tarvetta etsimällä yhdessä kuntoutujien kanssa heidän yksilölliseen tilanteeseensa sopiva kuntoutusmuoto. Kuntoutuksen aikana pyrittiin myös parantamaan kuntoutujien mahdollisuuksia arkielämässä selviytymiseen ja lisäämään heidän toimintakykyään. Keskeistä oli myös kuntoutuksen suunnitelmallinen toteuttaminen yhteistyössä muiden kuntoutuksen ja hoidon kentällä toimivien tahojen kanssa. Edellä mainittujen tavoitteidensa ja tehtäviensä vuoksi kuntoutusjakso olikin edustava nykyisestä mielenterveyskuntoutuksen tavasta. Tämä teki tutkimuskohteesta kiinnostavan ja ajankohtaisen.

Kuntoutusjaksoille osallistuvilta asiakkailta, kuntoutusjakson työntekijöiltä sekä kuntoutuksen yhteistyökumppaneilta kerättiin hankkeen kuluessa monipuolista aineistoa. Aineistoa kerättiin yhteensä seitsemältä kolmen kuukauden mittaiselta kuntoutusjaksolta. Näitä aineistoja hyödyntäen tarkasteltiin asiakaslähtöisyyttä ja sen toteutumista muuttuvassa palvelujärjestelmässä. Yksi tehtävistäni työharjoittelun aikana oli verkostohaastattelujen tekeminen. Tätä keräämääni aineistoa hyödynnän tutkielmassani.

Haastattelin tutkimustani varten niiden organisaatioiden edustajia, jotka toimivat yhteistyössä kuntoutusjaksolle tulevien kuntoutujien sekä kuntoutusjakson työntekijöiden kanssa. Yhteistyötahot edustivat niitä palveluja, joiden piiristä asiakas tuli kyseiselle



kuntoutusjaksolle, tai niitä palveluja joihin asiakas lähti kuntoutuksen jälkeen. Kuvassa 1 olen havainnollistanut kuvitteellisen asiakkaan palvelupolun, sekä merkinnyt korostamalla ne palveluverkoston edustajat jotka tekevät konkreettista yhteistyötä kuntoutusjakson asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa. Nämä siis ovat niitä yhteistyötahoja joita haastattelin tutkimusta varten.



**Kuva 1: Palveluverkosto ja haastatellut tahot**

Yleisimmät yhteistyötahot määritettiin hankkeessa suunniteltua polkuanalyysia hyödyntäen. Hankkeessa koottujen aineistojen perusteella kerättiin tietoa siitä, minkä palveluiden piiristä kuntoutujat ovat jaksolle tulleet sekä mihin he kuntoutuksen jälkeen lähtivät, ja näiden tietojen perusteella muodostettiin tyypillisiä polkuja, eli kartoitettiin niitä yleisimpiä palveluja joiden piiristä asiakkaat tulivat kuntoutukseen, ja niitä palveluja, joita he siirtyivät käyttämään kuntoutuksen jälkeen. Nämä ammatilliset yhteistyötahot luokiteltiin tutkimushankkeessa kuuteen ryhmään seuraavasti:

- Sairaala: laitoshoitajakso psykiatrisessa sairaalassa
- Avohoito: somaattisen tai psykiatrisen sairauden erikoissairaanhoidollinen avohoito

- Kuntoutus: edustaa monipuolisesti kuntoutustoimintaa järjestäviä keskuksia, joiden lähtökohtana on kuntoutujan toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin tukeminen
- Työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus: kuntoutuspaikat jossa kuntoutujan ammatillista työkykyä pyritään ylläpitämään ja parantamaan.
- Asumispalvelut: erilaiset asumiskuntoutuspalvelut (esimerkiksi kuntoutuskoti tai tuettu itsenäinen asuminen).
- Muut: muut yksityiset ja julkiset palvelut

Haastateltavat valittiin yllä luokiteltujen palvelujen piiristä, he edustavat siis monipuolisesti näillä eri mielenterveystyön alueilla toimivia organisaatioita. Haastatteluihin osallistui niin julkisen kuin kolmannenkin sektorin edustajia. Yksityisen sektorin edustajia ei haastatelluissa ollut.

Otin organisaatioihin yhteyttä sähköpostitse, ja pyysin haastateltavaksi organisaation työntekijää joka on ollut tekemässä yhteistyötä kuntoutusjaksolle osallistuneiden kuntoutujien kanssa. Kaikkia suunniteltuja yhteistyökumppaneita en päässyt haastattelemaan, koska osa palveluista oli projektimuotoisia ja nämä projektit olivat ehtineet jo päättyä, ja joitakin henkilöitä en muista syistä tavoittanut. Pääsääntöisesti yhteistyökumppanit suhtautuivat myönteisesti tutkimukseen ja kokivat aiheen tärkeäksi, eli haastateltavien mukaan saaminen tutkimukseen ei ollut vaikeaa. Tulkitsin tämän myönteisyyden haluksi olla mukana kehittämässä palvelujärjestelmää.

Haastatteluaineistoni käsittää 12 mielenterveystyöntekijän haastattelua. Itse toteutin haastatteluista 11, yksi haastattelu oli tehty jo ennen hankkeeseen osallistumistani. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Haastattelut kestivät tunnista puoleentoista tuntiin. Ne toteutettiin haastateltavien työpaikoilla. Litteroitua haastatteluaineistoa on 126 sivua.

## 4.2 Haastattelujen toteutus

Haastattelut voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään; strukturoituun, puolistrukturoituun ja teemahaastatteluun. Strukturoidussa haastattelussa kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat kaikille haastateltaville samat. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymysvaihtoehdot ovat kaikille samat, mutta haastateltaville ei esitetä valmiita vastausvaihtoehtoja. Teemahaastattelussa taas käydään tietyt, etukäteen suunnitellut teemat läpi haastateltavan kanssa, mutta kysymysten muoto, järjestys ja teema-alueiden laajuus vaihtelevat haastattelusta toiseen. (Eskola & Suoranta 87, 1998.) Haastattelumenetelmäni sijoittui näiden kahden menetelmän välimaastoon. Hyödynsin verkostohaastatteluja varten hankkeessa aiemmin suunniteltua kysymyslomaketta (ks. liite 1). Vaikka en itse suunnitellut haastattelurunkoa, en kokenut tätä ongelmaksi, koska haastattelukysymykset oli suunniteltu aihealueen vankkaan esiyymmärrykseen perustuen, ja toisaalta haastatteluja tehdessä minulla oli vapaus esittää kysymyksiä myös lomakkeen ulkopuolelta ja täydentää kysymysrunkoa harkintani mukaan. Vaikka valmis haastattelulomake ohjasi haastattelun toteutusta, koin että tämä toi minulle myös vapautta määrittää tutkimuskysymystäni ikään kuin enemmän aineistolähtöisesti. Mikäli olisin itse suunnitellut haastattelulomakkeen, olisi minulle luultavasti rakentunut jo jonkinlainen tutkimusasetelma mielessäni kysymysten kirjoittamisvaiheessa, vaikken olisi tätä eksplisiittisesti näin tulkinutkaan. Oli siis kiinnostavaa lähestyä aihetta valmiiden kysymysten kautta, ja pohtia haastattelujen kuluessa, mitkä teemat olivat tutkimuksellisesti kiinnostavimpia. Haastattelut myös elivät sen mukaan, mitä organisaatiota haastateltava edusti, ja millainen oli ollut kuntoutusjakson kanssa toteutetun yhteistyön luonne. Kaikkia kysymyksiä ei ollut mielekästä esittää jokaiselle haastateltavalle. Toki valmis lomake määritteli ne suuntaviivat, joiden puitteissa haastattelu eteni.

Haastattelurunko käsitti kolme laajempaa teemaa; asiakasohjausprosessin, yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden aihealueet. Teemoja käsiteltiin haastatteluissa konkreettisten, kuntoutukseen liittyvien yhteistyötilanteiden kautta. Tällaisen haastattelutavan mahdollistamiseksi oli kuntoutukseen osallistujilta pyydetty aiemmin tutkimusluvat. Haastatteluissa kyselin myös paljon haastateltavien edustamien organisaatioiden toiminnasta. Tämä syvensi omaa ymmärrystäni palvelujärjestelmän monipuolisuudesta ja erilaisista kuntoutuksen ja hoidon toimintamalleista. Kysyin myös vertailevia kysymyksiä erilaisten

organisaatioiden ja tutkimuskohteena olevan kurssiin liittyen. Olin kiinnostunut siitä, millaisia erontekoa haastateltavat tuottaisivat palvelujärjestelmässä toimivien eri tahojen välille, ja millä tavalla he käsittelevät asiakaslähtöisyyttä näiden erojen kautta. Kiinnostukseni mukaan painotin siis tiettyjä alueita haastattelussa. Minulla ei ollut valmista tutkimuskysymystä haastatteluja aloitellessani, mutta jo ensimmäistä haastattelua jälkikäteen kuunnellessani minulle muotoutui käsitys siitä mitä alueita haluaisin haastatteluissa syventää.

Alusta asti minulle oli selvillä se, että haluaisin käyttää diskurssianalyttistä lähestymistapaa aineiston analyysissä. Myös tämän vuoksi eronteot olivat kiinnostavia. Ymmärrän kielen konstrukttiivisen luonteen nimenomaan sitä kautta, että haastateltavan tuottaessa erontekoa, aktivoituvat puheessa erilaiset ne erilaiset merkitysmaailmat joiden kautta aihealuetta voidaan tehdä ymmärrettäväksi. Tavoitteenani oli ensisijaisesti se, että haastatteluaineistoa olisi riittävästi ja nimenomaan haastateltavien tuottamaa puhetta analyysin materiaalina. Pyrin siksi rohkaisemaan haastateltavia tuottamaan haastattelupuhetta esimerkiksi pyytämällä haastateltavaa laajentamaan tai tarkentamaan vastauksiaan tarvittaessa. Ymmärrän haastattelijan haastattelussa aktiivisena osallistujana, jolla on merkityksellinen rooli haastattelun tuottamisessa. Haastattelupuhe muotoutuu haastateltavan ja haastattelijan vuorovaikutuksessa, joten haastattelijaan osuutta ei voida erottaa lopullisesta haastattelupuheesta. (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 11.) Haastatteluja aloitellessani minua hermostutti hiukan etukäteen, kuinka haastattelutilanteet sujuisivat ja paljonko aineistoa saisin kerättyä. Huomasin kuitenkin pian, että useimmat haastateltavat keskustelivat aiheesta mielellään. Tämä helpotti tietysti myös haastattelijan tehtävää, ja koin että keskustelut työntekijöiden olivat mielenkiintoisia ja inspiroivia. Työntekijät olivat selkeästi kiinnostuneita kehittämään niin omaa työtään kuin palvelujärjestelmääkin. Sain myös palautetta siitä, kuinka tärkeää oli että sai tilaisuuden pysähtyä hetkeksi miettimään omaa työtään. Tutkimuksen kannalta nämä vuolaat keskustelut tuottivat luonnollisesti myös rikkaan analysoitavan aineiston.

Haastatteluihin osallistujille kerroin tutkimuksen sisällöstä ja tavoitteista. Arja Kuulan mukaan tutkimuksen eettisen toteuttamistavan kannalta olennaista on, että osallistuminen tutkimukseen on *vapaaehtoista*. Vapaaehtoinen osallistuminen edellyttää myös, että osallistujat tietävät tutkimusaineiston käyttötavoista ja tutkimuksen tarkoituksesta jo

tutkimukseen osallistuessaan. (Kuula 2006, 61.) Kerroin myös että aineistoista häivytetään osallistujien tunnistamiseen liittyvät tekijät ja että tutkimusraportista ei voida identifioida tutkimusprosessiin osallistuneita henkilöitä. Toinen olennainen tutkimuseettinen tekijä on Kuulan mukaan luottamuksellisuus. Luottamuksellisuuden toteutumisessa keskeisiä ovat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tietojen käytöstä annetut lupaukset (em. 2006, 64.) Kuntoutusjaksolle osallistuneilta kuntoutujilta aiemmin pyydetty tutkimusluvat mahdollistivat myös yksittäisistä asiakastilanteista ja asiakasohjausprosesseista puhumisen. Raportin analyysiluvun aineistokatkelmissa esiintyvät nimet ja paikat ovat muutettuja. Pääasiassa olen säilyttänyt aineistokatkelmat sellaisina kuin ne haastattelupuheessa on lausuttu. Joistakin katkelmista olen kuitenkin muuttanut hieman yksityiskohtia suojatakseni tutkittavien- niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin – anonymiteettiä. Aineisto-otteiden muutetut yksityiskohdat ovat kuitenkin sellaisia, jotka eivät vaikuta sanotun sisällölliseen viestiin. Analyysiluvussa haastattelukatkelmat on merkitty numerotunnisteilla; esimerkiksi tunniste H1 tarkoittaa haastattelua numero 1. Haastateltavien yksityisyyden vuoksi en nimennyt myöskään haastateltavan edustamaa ammattikuntaa. Tämä ei myöskään ollut analyysin kannalta olennaista, sillä keskityin nimenomaan haastatteluaineistossa esiintyvien diskursiivisten yhteyksien esiin nostamiseen, enkä niinkään esimerkiksi haastatteluissa esiintyvien professionaalisten erojen käsittelyyn.

### **4.3 Aineistosta analyysiin**

Aineiston analyysin aloitin lukemalla haastatteluja ja tekemällä huomioita siitä, millaiset teemat haastatteluissa nousivat keskeisiksi. Kysymys tiedosta nousi esiin sen vuoksi, että tutkimuksen kohteena olleen kuntoutumisjakson yksi perustehtävistä oli nimenomaan asiakkaan toimintakyvyn, kognitiivisten taitojen ja kokonaiselämäntilanteen arviointi, ja näiden arvioiden pohjalta asiakkaan jatkokuntoutusta pyritään suunnittelemaan mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi hänen henkilökohtaiseen tilanteeseensa nähden. Haastateltavat toivat esiin selkeän odotuksen siitä, että kuntoutuja ohjattiin kuntoutumisjaksolle silloin kun a) kuntoutujalle suunniteltiin itsenäisempää asumismuotoa, mutta tästä oltiin vielä epävarmoja b) kuntoutuminen oli ”solmukohdassa” ja työntekijät etsivät ratkaisua siihen, millaisin keinoin kuntoutujan tilannetta voitaisiin parantaa ja

kuntoutumista edistää. Kurssille asetettiin odotus siitä, että siellä tuotettaisiin monipuoliseen arviointiin pohjautuvaa tietoa kuntoutujan kyvyistä ja edellytyksistä esimerkiksi itsenäisempään asumiseen, opiskeluun, tai sitten löydettäisiin ratkaisu siihen, miksi kuntoutuminen ei etene toivotulla tavalla ja mikä kuntoutumismuoto voisi olla kuntoutujalle sopiva. Myös tiedon kulku palveluverkostossa oli yksi hyvin yleinen puheenaihe haastatteluissa.

Nämä huomiot herättivät siis kiinnostukseni ja päätin keskittyä siihen, kuinka mielenterveystyöntekijät puhuvat tiedosta osana kuntoutustyötä. Kiinnostuin siitä, millaisin tavoin työntekijät liittävät tiedon osaksi kuntoutumisprosessia, ja toisaalta millaisia vaihtelevia tietämisen tapoja he tuovat puheessaan esiin. Minua kiinnosti se, millaisia eri aineistot ylittäviä tiedon tulkitsemisen tapoja haastatteluaineistosta löytäisiin. Diskurssianalyttisen lähestymistavan sanastolla ilmaisten olin siis kiinnostunut siitä, millaisia tietoon liittyviä yhtenäisiä merkityssysteemejä puheesta olisi paikannettavissa. Viittaan näihin merkityssysteemeihin jatkossa käsitteellä tietodiskurssi. Ensimmäinen tutkimuskysymys muotoutui siis seuraavanlaiseksi:

### **Millaisia vaihtelevia tietodiskursseja mielenterveystyöntekijöiden puheessa rakentuu?**

Ryhdyin erittelemään haastattelupuheesta näitä vaihtelevia tietodiskursseja; kohdistin huomioni aineistonluvussa siihen, millaisia sanastoja tiedosta puhumiseen liittyi. Löytäessäni haastatteluissa ilmeneviä sanastollisia yhtäläisyyksiä, tarkastelin lähemmin sitä, millaisissa laajemmissa yhteyksissä nämä sanastot esiintyvät. Kysyin, mihin sanastot liittyivät lausetasolla ja mitä yhtäläisyyksiä tai toisistaan poikkeavia elementtejä erilaiset tavat puhua tiedosta sisälsivät.

Aineiston luennan myötä oli kiinnostavaa huomata, kuinka vaihtelevilla tavoilla työntekijät määrittivät omaa työtään ja asiantuntijuuttaan tiedosta puhuttaessa. Tämän myötä keskityin tarkastelemaan myös sitä, millaisina toimijoina kuntoutuksen eri osapuolet näyttäytyivät. Haastattelurunko sisälsi kysymyksiä eri tahojen välisestä yhteistyöstä asiakkaan kuntoutumisprosessissa; näitä kysymyksiä lähemmin tarkastelemalla pyrin rakentamaan kuvaa siitä, keitä tiedon tuottamiseen ja tiedon välittämiseen osallistuu. Keistä puhutaan

tiedon haltijoina ja keiden välillä tieto liikkuu? Kiinnostukseni kohdistui siis siihen, millainen tiedollinen asiantuntijuus kuntoutumisprosessissa mukana oleville tahoille rakentuu vaihtelevien diskurssien sisällä. Kysyin aineistolta millaiseksi kuntoutujan tiedollinen asiantuntijuus rakentuu vaihtelevissa diskursseissa. Entä millaiseksi rakentuu ammattilaisen asiantuntijuus? Koska haastatteluaineisto sisälsi kysymyksiä myös omaisyhteistyöstä, päätin sisällyttää tutkimukseeni myös kysymyksen siitä, millainen paikka omaisille rakentuu tiedon tuottajina. Omaisyhteistyö on tärkeä osa nykymuotoista kuntoutusta, joten on kiinnostavaa tarkastella myös sitä, kuinka omaisista puhutaan osana kuntoutukseen liittyvää tiedontuotantoa. Toimijuuteen viitatessani käytän jatkossa käsitettä subjektipositio. Toisen tutkimuskysymyksen määrittelin siis seuraavanlaiseksi:

**Millaisia subjektipositioita eri diskurssit mahdollistavat:**

- **kuntoutujalle?**
- **työntekijälle?**
- **omaiselle?**

Jotta pystyisin vastaamaan tutkimuskysymyksiini, laadin lisäksi joukon apukysymyksiä, joiden avulla voisin konkreettisesti luokitella aineistoani ja hahmottaa vaihtelevia puhetapoja sekä näiden välisiä suhteita. Analyysiosioita luettaessa on hyvä huomioida, että alla luetellut kysymykset ovat siis apuvälineitä aineiston konkreettiseen luokitteluun, eivät varsinaisia tutkimuskysymyksiä.

Mitä on tieto?

Mitä varten tietoa tuotetaan, mihin tietoa tarvitaan kuntoutumisen eri vaiheissa?

Kuka tuottaa tietoa? Kuka omistaa tiedon?

Kenen välillä/miten tietoa välitetään?

Ongelmat tiedon tuotannossa/vastaanottamisessa?

Tiedolliset ristiriidat?

Kysymykset helpottivat aineiston käsittelyä käytännön tasolla. Pitäen mielessäni nämä kysymykset luin edelleen aineistoani uudelleen ja uudelleen. Hyödynsin tässä vaiheessa Atlas.ti 6.2 -ohjelmaa, jonka avulla luokittelin aineistoa. Havaintojeni pohjalta rakensin kolme

aineistossa esiintyvää, toisistaan poikkeavaa diskurssia ja erittelin niissä esiintyviä vaihtelevia subjektipositioita. Kolmanneksi pohdin näiden diskurssien sisältämiä mahdollisuuksia ja haasteita mielenterveystyön käytäntöjä ajatellen. Kolmas tutkimuskysymys muotoutui siis seuraavanlaiseksi:

**Millaisia mahdollisia seurauksia erilaiset tietodiskurssit tuottavat mielenterveystyön käytäntöjen kannalta?**

Seuraavassa kappaleessa esittelen aineiston analyysin. Analyysin myötä vastaan kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja johtopäätöksissä kolmanteen.



## 5. ANALYYSI

### 5.1 Tietodiskurssit

Tässä kappaleessa esittelen tarkemmin ne kolme diskurssia joita aineistosta löysin sekä ne subjektipositiot joita nämä diskurssit tarjoavat kuntoutuksessa toimiville tahoille. Nimesin diskurssit seuraavanlaisesti:

- 1) **Arviointitieto kuntoutusprosessin hallinnan välineenä**
- 2) **Tieto itsehoidon välineenä**
- 3) **Kuntoutujan rajallinen kokemustieto tulevaisuuden suunnittelussa**

Huomionarvoista on se, että diskurssien haastattelukohtaisessa esiintyvyydessä ja vahvuudessa oli suurtakin vaihtelua. Kahdesta haastattelusta en löytänyt ollenkaan tietoa itsehoidon välineenä - diskurssia, mutta muutoin kaikki kolme diskurssia esiintyivät kaikissa haastatteluissa. Määrällisesti diskurssiin viittaavia lausumia saattoi kuitenkin olla esimerkiksi jossakin haastattelussa 10 ja toisessa vain 3. Tässä tutkielmassa en keskity noiden erojen tarkempaan analyysiin, mutta tutkielman lopussa pohdin hieman sitä, mistä erot saattavat johtua, ja mitä jatkotutkimuksen aiheita huomioiden pohjalta voisi kehittää.

Seuraavaksi kuvailen siis tarkemmin haastattelupuheesta konstruoimiani diskursseja. Jokaisen diskurssin kuvailtuani määrittelen myös ne subjektipositiot joita diskurssit tuottavat. Havainnollistan tekemiäni tulkintoja aineistosta poimimillani edustavilla aineistokatkelmilla. Olen valinnut useampia aineistokatkelmia samasta aiheesta tuodakseni esiin konkreettisesti sen, kuinka haastateltavat puhuivat samoista aiheista, ja kuinka tavat puhua tiedosta toistuivat haastattelusta toiseen. Laadullinen tutkimus ei pyri määrälliseen yleistettävyyteen. Tutkijan on kuitenkin tuotava aineistosta tekemänsä päättelyketjut lukijalle näkyviksi esimerkiksi liittämällä aineistokatkelmia tulkintojensa tueksi. Näin lukijan on mahdollista arvioida tehtyä tulkintaa tarkan ja havainnollisen raportoinnin kautta. (Jokinen ym. 2000, 31.) Haastattelukatkelmat olen erottanut leipätekstistä käyttämällä kursivointia. Lisäksi olen

korostanut alleviivauksilla niitä ilmaisia, jotka ovat olleet keskeisiä tulkinnan tekemisen kannalta.

## 5.2 Arviointitieto kuntoutuksen hallinnan välineenä

Tässä diskurssissa kuntoutumiseen liittyvä tieto määrittyy *ammattilliseksi asiantuntijatiedoksi*. Tieto on *ammattilaisten työväline*, jota he käyttävät työskennellessään kuntoutujien kanssa arjessa, suunnitellessaan ja toteuttaessaan kullekin sopivaa lähestymistapaa kuntoutukseen. Tässä diskurssissa tieto on *työntekijän tuottamaa, omistamaa ja työntekijöiden välillä liikkuvaa tietoa*. Tietoa voidaan hankkia kahdella tavalla; tekemällä erilaisia *mittauksia tai testauksia* joilla kartoitetaan esim. asiakkaan kognitiivisia kykyjä ja psykologisia ominaisuuksia, ja toisaalta *havainnoimalla* asiakkaan toimintaa ja vointia arjessa.

Työntekijän subjektipositio määrittyy tässä diskurssissa *aktiiviseksi tiedon tuottajaksi ja omistajaksi*. Kuntoutujan subjektipositio on diskurssissa *tietämisen ja toimenpiteiden kohde*, häntä ei tuoteta kuntoutuksen kannalta aktiivisena tiedontuottajana tämän diskurssin sisällä. Diskurssin avainsanoja ovat *havainnointi, tiedon kulku, kartoitus/tutkimus. Tieto määritellään tiedoksi asiakkaan kyvyistä ja ominaisuuksista sekä tiedoksi hänen elämänsä kokonaisuudesta*. Aineiston pohjalta välittyy idea siitä, että tieto on olemassa ja hankittavissa, se pitää vain löytää oikeanlaisin keinoin. Tiedon luonne on siis *objektiivista ja kumuloituvaa*. Verkostomaisessa mielenterveystyössä tieto on kuitenkin vaarassa kadota kun asiakas kulkee kuntoutuspolullaan erilaisissa auttamisorganisaatioissa. Tietoa kerrytetään kuntoutuspolun pysähdyspaikoilla, ja tärkeää on tiedon välittäminen eteenpäin asiantuntijoiden välillä. Tieto tässä diskurssissa on siis ensisijaisesti *palvelujärjestelmän tasolla* liikkuvaa tietoa.

Seuraavassa katkelmassa haastateltava ja haastattelija käyvät keskustelua niistä lähtökohdista, joiden pohjalta kuntoutuja on ohjattu kurssille. Katkelmassa arjen havaintotieto nousee keskeiseksi ongelmanmäärittelyn kannalta. Havainnoimalla arkista toimintaa kerätään tietoa kuntoutujan voinnista, joka näyttäytyy arjenhallinnan, kuten tässä esimerkissä lääkehoidon sujumisen, työkykyisyyden ja koostuneisuuden kautta. Eri kuntoutusorganisaatioissa

kartutettu arjen havaintotieto myös yhdistyy toisiaan tukevaksi määrittäykseksi tilanteen ongelmallisuudesta.

*"Ihan tämmösessä perus arjen hallinnassa, että tavallaan me se, miten se meillä näyttäyty, ni ihan lääkehoidoissa ja jotenki semmonen yleisvointi ja se hänen kyvyttömyys osallistua työpainotteiseen päivään ja oli hyvin semmonen, ei ollu kauheen koostunu. Niin tavallaan sitä kautta se lähti ja sitten kotikuntoutuksesta tuli sitä samaa viestiä että miten se näyttäytyy siellä kotona. Että ne vahvisti toinen toisiaan." H1*

Haastateltava jatkaa seuraavassa katkelmassa siitä, millaisia odotuksia hän kurssille asettaa. Odotukset liittyvät asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen arviointiin. Tehostetun ja systemaattisen havainnoinnin pohjalta voidaan saavuttaa tietoa asiakkaan elämän kokonaisuudesta ja hänen arjenhallinnastaan, joka edesauttaa tulevaisuuden ja tarvittavien tukitoimien suunnittelua. Tiedon keräämiseen liittyvä systemaattisuus on myös sana, joka toistuu haastatteluissa.

*"se mielikuva, mikä siitä tavallaan oli, et oli hyvin laadukasta, systemaattista ja jotenkin tämmöseen just arjen hallintaan, että pystytään tehostetusti kiinnittään, hyvin kokonaisvaltaisesti huomioo asiakkaitten tilanteeseen." H1*

Tietoa tuotetaan työssä kuntoutuksen suunnittelun ja toteuttamisen apuvälineenä. Tiedon hankinta näyttäytyy tässä diskurssissa ongelmanratkaisun resurssina, päämääränä on selvittää mikä jatkokuntoutusmuoto tai uudenlainen lähestymistapa olisi hedelmällinen kuntoutumisen kannalta. Usein katkelmissa rakentuu kuva työntekijöistä, jotka eivät tiedä, mikä vaihtoehto olisi kuntoutujan tilanteeseen sopivin, ja jotka toivovat lisätiedon helpottavan jatkosuunnittelua. Seuraavissa katkelmissa haastateltavat kuvaavat yleisluontoisesti niitä kuntoutujia joiden elämäntilanteisiin he ajattelevat kuntoutuksen soveltuvan. Haastateltavat kuvaavat taitojen ja pärjäämisen arviointia, jotka tuottaisivat tietoa esimerkiksi suhteessa jatko-opiskeluun tai asumispalveluihin. Tietoa hankitaan siis tulevaisuuden suunnittelun pohjaksi.

*"Mutta että monesti me on sitte tuettu sitä siinä kohtaa ku me on itte mietitty sitä että, minkälaiset ne koko kognitiiviset taidot ylipäättänsä on suhteessa esimerkiksi jatko-opiskeluihin. Että siihen, on itteki oltu sitte vähän että hm että ei tiedetä." H2*

*”Potentiaalinen asiakas on semmonen, sehän ois aivan ihannehenkilö esimerkisk, jollekka on suunniteltu asumispalvelua, mut ei oo vielä ollu asumispalveluissa, niin sen arvioiminen että pärjäiskö kuitenkin kotona tukien turvin--”H3*

Seuraavassa katkelmassa työntekijä kuvaa eloisesti niitä tilanteita, joissa hän ajattelisi kuntoutuksen sopivan tietyille kuntoutujalle. Katkelmassa tulevat esiin ne odotukset joita kuntoutusjaksolle asetetaan. Katkelmassa tuotetaan jaksolle kahtalaiset tavoitteet; kuntoutuja joka on etenemässä kuntoutumispolullaan, mutta kuntoutuja itse tai kuntoutusprosessin suunnittelu tarvitsee lisäinformaatiota, tai toisaalta ongelmatilanteessa jossa kuntoutus on lukossa ja aina törmätään samaan ongelmaan. Tiedon puute rakentuu tässä diskurssissa kuntoutumisen esteeksi johon törmätään tai lukoksi johon ei ole löytynyt oikeaa avainta. Toisaalla tuotettu lisätieto voisi toimia tilanteen uudelleenmäärittelyn apuna, jolloin lukko ehkä aukeaisi tai esteistä päästäisiin ylitse ja kuntoutuja voisi edetä polullaan. Toisaalta lisätiedolla voidaan saada vahvistusta jo tehdyille arvioille, ja tätä voidaan käyttää lisätukien suunnittelussa.

*”H: Minkälaisena sä näät Kurssille sopivan asiakkaan ihan yleisesti?*

*V: Musta tää Arto oli oikeen tyypillinen kurssille sopiva asiakas, jolla lähdetään miettii sitä sellasta itsenäistymisen ja tätä just joku kuntoutuskoti tai sitten toinen, mitä mä oon miettiny, mikä mun mielestä on toinen henkilötyyppi tai semmonen, joka hyötyis siitä on, jonka kuntoutus on jotenkin ihan kerta kaikkiaan lukossa, et lähde vähän miettii sitä, että missä tää, aina törmätään johonki tiettyyn samaan ongelmaan tai se ei etene jotenkin odotetusti, tai et ollaanko ihan hakoteillä, et jotenki se vaan määritellään tavallaan uudestaan sitä tilannetta, et sellanen joka on selvästi jotenkin etenemässä, ja mietitään mitä lisätukee, mitä hän tarvis vielä kuntoutumiseen, ja on semmonen aika selvä kuitenkin visio ehkä työntekijöillä, mutta tarvii viel semmosta, tää asiakas itse tai sen kokonaiskuntoutusprosessin suunnittelu semmost lisäinformaatioo, tai sitten, et on ihan täydellinen pattitilanne, ettei päästä eteenpäin.” H4*

Monipuolisempi kuva kuntoutujan toimintakyvystä ja siihen mahdollisesti liittyvistä ongelmista rakentuu välillä myös ikään kuin kuntoutujan oikeusturvaksi; tieto kuntoutujan kyvyistä on tärkeää jotta häneltä ei vaadittaisi liikaa kuntoutumisessa, kuten seuraavat katkelmat osoittavat. Tieto auttaisi arvioimaan myös sitä, mitä kuntoutujalta voidaan odottaa:

*”että mahollisimman moni olis tai ainakin arvioitais se toimintakyky, että mistä se kiikastaa sitten, ettei vaadita liikaa.” H5*

*”...kun Timonkin kohdalla monta kertaa mietittiin että, onko meillä tarpeeks tietoo hänestä, et kun vaaditaan tiettyjä asioita.” H8*

Kuntoutusjakso rakentuu seuraavissa otteissa myös eräänlaiseksi pysähdyspaikaksi, esimerkiksi tilanteessa jossa kuntoutuja palaa useamman kerran sairaalahoitoon, eikä avohoito ”saa otetta” kuntoutujasta. Kuntoutuminen ikään kuin sahaa paikallaan, jolloin pysähtyminen on tarpeellista. Kuntoutusprosessia kuvataan sanoilla eteneminen ja pysähtyminen. Epävarmassa tilanteessa on syytä pysähtyä kuntoutujan tilanteen äärelle ja hankkia lisätietoa hänen voinnistaan ja kyvyistä. Myös näissä katkelmissa tiedon odotus rakentuu nimenomaan kokonaisvaltaiseksi tiedoksi kuntoutujan tilanteesta. Tieto kuntoutujan elämän kokonaisuudesta rakentuu merkittäväksi osaksi kuntoutusprosessin suunnittelua silloin kuin asiat eivät suju odotetusti, rutiininomaisesti, eikä kuntoutusprosessissa päästä eteenpäin.

*”Se on tietysti se.. sellanen nuori skitsofreniapotilas tulee, nuorehko. Alle kolmekymppinen, jolla se.. tietysti aikasemminkin, jolla se tulee sairaalahoitoon ja toistuvasti, eikä se avohoito saa oikeen otetta, ja sitten kuntoutuminen ei etene, niin mun mielestäni siinä se.. pysähtyminen siihen ja kattominen, että mitä täs on kysymyksessä.” H5*

*”No mä oon ehdottomasti sitä mieltä et on tarpeellinen, koska mä nään siinä sen että siel on niin moniammatillinen, siel on toimintaterapeutin, psykologin ja sit nää kognitiiviset taidot, oireiden hallinta, sit on tähän opiskeluun suuntaava toiminta. Eli se on niin kuin hyvä kokonaispaketti ja siinä asiakkaan asiaan todellakin pysähdytään.” H9*

Odotukset, joita kuntoutuskurssille asetetaan, rakentuvat tässä diskurssissa usein sellaisina tiedon hankinnan mahdollisuuksina joihin omassa organisaatiossa ei välttämättä ole resursseja, mutta jotka ovat tarpeellisia tiedonhankinnassa. Omassa organisaatiossa ei välttämättä ole tarpeeksi laajaa ammattikuntaa tekemään tarkkoja kartoituksia. Henkilökunnan moniammatillisuus ja tähän liitetty asiantuntijuus tuovat mahdollisuuden siihen, että tarkempaa ja kokonaisvaltaisempaa tietoa kuntoutujan tilanteesta on mahdollista hankkia. Eri alojen asiantuntijat tuottavat tietoa joka on olennaista kuntoutuksessa. Seuraavissa otteissa kuvataan henkilökunnan moniammatillisuutta osaamisena ja kuntoutuksen etuna systemaattista havainnointia. Erilaisten testausten nähdään tuottavan syvempää tietoa

kuntoutujan todellisesta tilanteesta. Tiedonhankinnan esteet rakentuvat ennen kaikkea resurssien puutteeksi. Usein se, mitä etua kuntoutuksella on omaan organisaatioon nähden, rakentuu puheessa niin, että kuntoutus vertautuu sellaisiin resursseihin joita omassa organisaatiossa ei ole. Omasta organisaatiosta ei löydy tiettyjen asiantuntijoiden palveluja, tai organisaatiossa ei ole tarpeeksi henkilökuntaa asiakasmäärään nähden. Eri alojen yhteistyö rakentuu keinoksi tuottaa monipuolista tietoa kuntoutujan elämästä. Seuraavat katkelmat kuvaavat niitä resursseja joita kuntoutuksella nähdään olevan.

*”Tietysti siellä (kurssilla) sitten voidaan tutkia sitä potilasta (-). On toimintaterapeutti ja psykologi käytettävissä. Ja jotenkin.. vaikka tietysti kuntoutuskodissa on ohjaaja ja siinä pystytään sitten käytännössä sitä.. havaitsemaan, mutta et sitten semmonen systemaattinen havainnointi”-- Ja pystytään vähän paremmin sitten kuitenkin yhteisössä havaitsemaan, havainnoimaan tätä potilasta”.*H5

*”Ja sit mietitiin tavallaan että, et ei oo ehkä tehty just mitään tarpeeks tarkkaa kartotusta.Et onks hällä jotain neurologisia ongelmia myös siinä. Niin sit alettiin miettiä sitä kuntoutusjaksoa koska se oli just alkanu silleen niinku uutena juttuna ku jotenki kuultiin sit tästä että siel on semmonen tosi moniammatillinen, työryhmä. Ja siel just tehään, tämmösii paljo, tarkempia ja laajemmalla ammattiryhmällä niit kartotuksia. Just skitsofreniaa sairastaville ihmisille mitä me ikinä pystytään täällä tekemään.”*H6

*”Et meil ei täällä, täällä sinänsä mehän käytetään sitte ton psykiatrian poliklinikan psykiatrin palveluita ja sieltä nyt hyvin vähäisesti voi saada toimintaterapeutin tai sairaanhoitajan aikoja tai jotaki tämmöstä. Mut se on hyvin pienimuotosta et meil ei oo semmosta resurssia tehdä sitte mitään tarkempia kartotuksia kenenkään, mielen syvemmistä.”*H2

Tieto määrittäytyy ennen kaikkea kattavaksi ”paketiksi” ja kokonaiskuvaksi asiakkaan elämäntilanteesta sekä kyvyistä. Tätä tietoa kertyy kuntoutuspolun pysähdyspaikoilla, ja keskeiseksi nouseekin kysymys paitsi tiedon tuottamisesta, myös tiedon asianmukaisesta välittämisestä toisille kuntoutustyön asiantuntijoille. Tieto siirtyy ikään kuin viestikapulana kuntoutustaholta toiselle ja sitä kerrytetään kuntoutumispolun pysähdyspaikoilla eli erilaisissa mielenterveyskuntoutuksen ja -hoidon organisaatioissa. Tieto kulkee suullisesti palavereissa ja tapaamisissa, mutta myös kirjallisesti. Seuraavissa katkelmissa haastateltavat pohtivat tiedonkulkua:

*"Niin jos aattelis sitä asiakkaan polkua eteenpäin, sitä, et lähtee tän (kurssin) kautta mihin sit sieltä lähtekään, tavallaan se, et jos täältä siirtyy tieto sinne organisaatioon ja sit se organisaatiosta menee sinne eteenpäin myös se täältä lähtevä, et siinä mielessä...--*

*..Mut just se semmonen tiedon liikkuminen, et siin ois sit se jatkumo, et toki siellä käydään tutustumassa ja tietoa tulee siinä, mut eihän niitä kaikkia, varmasti niitä tietoja mitä taas on sit kerätty siihen, palvelupyyntöön. " H7*

*"Niin että se ois riippuen siitä että mihkä se ihminen sitte menee kuntoutuskurssin jälkeen, niin se kolme kuukautta seurais sen ihmisen mukana, se informaatio seurais sen ihmisen mukana. Ettei se sitten jää tähän seurantaan, jos vointi huononee tai, suunnitelmat ei mee niin kun on suunniteltu. "H8*

Tieto rakentuu diskurssissa ikään kuin kuntoutujasta erilliseksi paketiksi, joka välitetään seuraavaan organisaatioon hänen siirtyessä tämän palvelujen piiriin. Tiedon välittämistä kuvataan termeillä tiedon siirtyminen ja tiedon seuraaminen kuntoutujan mukana. Tieto on jotakin joka voi myös matkan varrella kadota jos ammattilaiset eivät syystä tai toisesta kykene sitä välittämään toisilleen tai omaksumaan kuntoutustyön arkeen, kuten seuraavasta katkelmista käy ilmi. Katkelmassa viitataan tietoa keränneiden työntekijöiden aktiivisuuteen tiedonvälityksessä ja heidän kykyihinsä kuvata havaintojaan. Näin katkelmassa tiedontuottajaosapuoli rakentuu ensisijaiseksi vastuulliseksi myös tiedonsiirrossa.

*"Ja sitten se riippuu heidän aktiivisuudestaan muutenkin, että miten se sitten se.. tieto välittyy sieltä sitten tänne ja miten saumattomasti se sitten siihen jatkojuttuun. Kun se on erillinen tutkimusaika, että tuleeko ne tiedot sitten hyödynnettyä, että pääsee siitä sitten tänne. Vai onko se niin että siinä just että miten siinä palaverissa sit osaavat kuvata, että minkälainen havainto tullu." H5*

Seuraava katkelma ilmentää myös tiedon kulkemista. Ongelmallista on, mikäli saatuja tietoja ei hyödynnetä seuraavassa kuntoutustyön organisaatiossa, kuten haastateltava kuvaa kuntoutustyön haasteena sen kuinka "tieto muuttuu lihaksi". Tässä hän myös tuottaa tiedon työntekijöiden työvälineenä; työntekijöiden tulee joustaa työkäytännöissään, jotta kuntoutukselle saadaan jatkuvuutta. Päinvastaisesti kuin aiemmassa katkelmassa, tässä tiedon siirtoa tärkeämmäksi muodostuu siis seuraavan organisaation tiedon vastaanotto ja hyödyntäminen.

*"Siis tavallaan varmaan kulkeekin, mutta sitte jotenkin se pitäis viel se tiedonkulku sillai varmistaa, että ihan oikeesti siel toisessa päässä on otettu vastaan se, ja se tieto*

*muuttuu lihaksi, eli toiminnaksi, (---) että miten tämä asia saadaan kantamaan, eikä se, se on se vaikein asia, että ne jatkopaikka ottaa vastaan kopin ja jatkaa siinä niin se on musta se iso, ja tapahtuu jossain käytännössä muutoksia, niin eihän tää oo ollenkaan helppoo, et ihmiset jossain alkaa arjessaan ohjaajatkaan muuttaa käytäntöjään, eihän ihmiset sillain nii yhtäkkiä osaa muuttaa, et mehän toistetaan sitä samaa kaavaa työssämme herkästi”.H4*

Myös tiedon siirtämisen oikea-aikaisuus rakentuu osaksi prosessia. Tietoa käytetään kuntoutusprosessin aloittamisvaiheessa. Seuraavassa katkelmassa työntekijä kuvaa sitä, kuinka esimerkiksi erilaiset työntekijöiden raportit välittävät kuntoutusprosessin käynnistämisen kannalta tärkeää tietoa.

*”Että se pitäis tulla melkein heti kun ihminenki tulee, koska eihän siinä sitten enää tapahdu, sen ihmisen kanssa.. et sillä informaatiolla ei oo samaa merkitystä kun se tulee niin paljon jäljest päin.  
..Sieltähän tulee semmonen ihan lyhyt yhteenveto siis sen, asiakkaan mukana, mut sit se pidempi ja kattavampi, se tulee aika paljo jäljestäpäin. Sillä on hirveesti käyttöä, kun sä alat käynnistää sitä kuntoutusprosessia taas täällä.” H8*

Pääasiassa diskurssissa keskeiseksi tuotetaan nimenomaan kokonaisvaltainen asiantuntijatieto. Eri alojen asiantuntijaryhmät tuottavat tuota tietoa. Aineistossani keskeiseksi eivät nouse eri asiantuntijaryhmien väliset tietojen erilaisuuteen liittyvät ristiriidat, mutta viittauksia näihin löytyy aineistosta jonkin verran. Esimerkiksi seuraava katkelma kuvaa eri ammattiryhmien välisen tiedon erilaisuutta. Kuntoutustyöntekijä kuvaa lääkärin kanssa käytävää neuvottelua käytännön tasosta irralliseksi:

*”Mä aattelin että sais olla vielä semmonen neuvottelu, missä välttämättä ei sitä lääkäriä tarvits olla, vaan, siellä (kurssilla) ois se neuvottelu. Että keskityttä vähän erilaisiin, kun sillon kun lääkäri on paikalla---Siinä (lääkärin kanssa keskusteltaessa tutkijan huom.) ei kauheesti kyllä näitä ihan, käytännön tasolla tuoda esille näitä asioita. Puhutaan, että on pakko-oireita, mutta ei sitä sen, avata sitä että mitä se sitten taas käytännön tasolla tarkottaa.”H8*

Kuntoutuja ei tule näkyväksi aktiivisena tiedon tuottajana omassa kuntoutumisprosessissaan. Usein tiedosta puhutaan ikään kuin kuntoutujasta erillisenä kokonaisuutena, vaikka tieto onkin häntä koskevaa. Kuntoutuja pysyy diskurssissa usein näkymättömänä, mutta joissakin puheen kohdissa saatetaan kuntoutujan kompetenssi tiedon tuottajana myös eksplisiittisesti kyseenalaistaa, kuten seuraava katkelma osoittaa. Hänellä itsellään ei ole aina kykyä välittää kuntoutumisprosessin suunnittelun kannalta tarkoituksenmukaista tietoa:



*Semmonen tiedon kulku, niin jotenki sit et mitä kaikkea hyvää kuntoutusjaksolla saadaan aikaan, et se sitte jatkuis, ettei se sitten se tieto jää vaan sinne. Koska harvoin kuitenkaan nää potilaat osaa kertoa sit niitä, asioita mitkä, on ollu niitä oleellisia. Ja missä sitä apua ja tukea tarttis.” H7*

Myöskään kuntoutujan henkilökohtaisiin verkostoihin ei yleensä viitata tiedontuottamisen termein. Useammin tiedottamisen suunta on ammattilaiselta omaisille, kuten yhteistyön suunta seuraavassa katkelmassa näyttäytyy. Omaisiet rakentuvat kuntoutujasta huolehtiviksi henkilöiksi, joilta asianmukainen tiedon saaminen voi myös viedä huolta, kuten seuraavassa katkelmassa. Toisaalta omaiset hahmottuvat kuntoutusprosessissa osallisiksi ja vastuullisiksi osapuoliksi. Työntekijä hahmottuu kuitenkin tässäkin katkelmassa tiedollisessa vastuussa olevaksi henkilöksi. Työntekijän kanssa tehdään tulevaisuuden varalle suunnitelman, jonka pohjalta kaikki tietävät miten mahdollisessa kriisitilanteessa toimitaan.

*”se oli yks sellanen mun mielestä kauheen tärkeä asia, et se vei semmosta huolta omaisilta, ja toisaalta selkeet systeemit, mitkä oli, miten toimitaan, jos tilanne kriisiytyy,--- eli se oli semmonen tärkeä asia, et sen jokainen tietää myös omaiset, että mihin tehdään taikka siis kuinka toimitaan, jos tilanne alkaa kriisiytyä.” H4*

Aineistossa poikkeuksellinen on katkelma jossa omaiset rakentuvat tiedon tuottajiksi heidän omatessaan sellaista tietoa kuntoutujan historiasta, joka voi olla työntekijän vaikeaa tavoittaa, tai kuten tässä katkelmassa ilmaistaan, heillä voi olla jotain sellaista tietoa jota työntekijät eivät osaisi edes kysyä.

*”Ja heil on myös semmosta näkemystä, tietoo asiakkaan historiasta ja myös semmosta millä he voi tukea asiakasta mitä me ei osattas edes kysyä tai ei tulis edes mieleenkään ajatella, et he voi löytää asiakkaasta sellasia voimavaroja tai he voi olla huolissaan jostain semmosesta mistä me ei osata kiinnittää huomiota.” H9*

Aineistossa kuntoutuminen kuvautuu liikkeenä, prosessina jossa kuntoutujat kulkevat eteenpäin tai taaksepäin kuntoutuspolullaan, ja kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan liikkuminen polullaan eteenpäin kohti tasaisempaa vointia ja kevyempää tukea. Ongelmatilanteessa tuo liike täytyisi kyetä pysäyttämään jotta kuntoutusprosessi ei ohjautuisi väärään suuntaan, tai kuntoutuja ei esimerkiksi päätyisi kiertämään eri kuntoutusinstituutioiden välillä. Kuntoutus näyttäytyykin näin vahvasti suunnitelmallisena ja

työntekijöiden arviointiin perustuvana toimintana. Mitä enemmän tietoa kuntoutustyöntekijöillä on ihmisen elämästä ja oireista, sitä paremmin työntekijät kykenevät auttamaan häntä kuntoutumisessa, sekä suunnittelemaan kuntoutumisen kokonaisuutta hänelle mielekkääksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Toisaalta tiedon avulla voidaan myös varautua tulevaisuuden kriisitilanteisiin. Työntekijän tehtävä näyttäytyy tässä diskurssissa prosessin tai liikkeen hallitsijana, joka pyrkii tiedon avulla arvioimaan ja ennakoimaan kuntoutukseen ja kuntoutujan elämään parhaiten sopivia tukimuotoja hankitun tiedon avulla. Tällä tavoin työntekijällä on aktiivinen ja *vastuullinen asiantuntija-asema kuntoutujan tilanteen havainnoijana, diagnosoijana ja suunnitelmien tekijänä sekä tiedon välittäjänä*. Työntekijän subjektipositio on siis tässä diskurssissa tiedon omistaja ja tuottaja.

Kun arviointitieto on kyseessä, ei kuntoutujasta puhuta tiedon tuottajana, vaan henkilönä, joka on arvioinnin kohteena ja toisaalta henkilönä jonka kuntoutuksen suunnittelua varten tätä tietoa tuotetaan, näin hän määrittäytyy myös toimenpiteiden kohteeksi. Kuntoutujan subjektipositio on siis *tietämisen ja toimenpiteiden kohde*. Omainen on diskurssissa lisätiedon tuottaja tai tietojen vastaanottaja. Omaiset tuottavat diskurssissa kuntoutuksen kannalta keskeistä lisätietoa kuntoutujan elämästä tai historiasta, tai vastaanottavat tietoa joka on olennaista kuntoutumisprosessin ennakoimisen kannalta.

### **5.3 Tieto itsehoidon välineenä**

Tässä diskurssissa tieto rakentuu kuntoutujan omaa sairaudenhallintaa tukevaksi. Tieto on nimenomaan *tietoa ja ymmärrystä sairaudesta ja sen luonteesta sekä sairauden kanssa elämisestä*. Tieto sairauden olemassaolosta, siihen kuuluvista oireista sekä oireidenhallinnasta näyttäytyy keskeisenä keinona jonka avulla asiakas voi selvitä sairauden kanssa, sekä kuntoutuksen päämääränä. Diskurssin avainsanoja ovat *oireidenhallinta, tunnistaminen, varomerkki, koulutus, harjoitus, ja itsearviointi*. Diskurssissa tiedon luonne on koulutuksellinen. Tässä diskurssissa painopiste on *kuntoutujan ja työntekijän vuorovaikutuksessa*, toisin kuin edellisessä diskurssissa, jossa vuorovaikutus sijoittuu työntekijöiden välille ja tiedollinen vastuu sijoittuu pääasiallisesti työntekijöille. Tieto hahmottuu kuntoutujan ymmärrykseksi omasta sairaudestaan ja sen hallintakeinoista.

Työntekijä on kuitenkin tiedon omistaja; hänellä on tietoa sairaudesta sekä niistä keinoista joilla oireita voidaan tunnistaa ja hallita. Tämän tiedon hän siirtää kuntoutujalle. Työntekijän subjektiposition nimeän tässä diskurssissa *ohjaajaksi*. Kuntoutujan subjektipositio on taas *aktiivinen sairauden työstäjä ja arvioiden tekijä*.

Seuraavassa katkelmassa haastateltava kuvaa niitä keinoja jolla asiakas voi oppia hallitsemaan sairauttaan arjessa. Tieto liittyy tässä siis oireiden tunnistamiseen joka antaa kuntoutujalle kompetenssia arvioida omaa tilannettaan, onko vointi parempi vai huonompi. Tärkeitä käsitteitä tässä diskurssissa ovat siis itsetuntemus ja itsen arviointi. Kuntoutuja tarkastelee omaa elämäänsä, vointiaan ja voinnin vaihteluja eri tilanteissa. Itsen arvioinnin apuna on työntekijän arvioima sairaus ja tiettyyn sairauteen kuuluva problematiikka.

*” elikä asiakas tunnistaa omia sairauden oireita ja tunnistaa niin sanotut varomerkit tai ennakoivat oireet sillä tavalla et osaa jo itekkin, et on etukäteen sanottanu tai kirjannu ylös niitä että mistä hän itse huomaa millon hänen vointi huononee tai mistä hän huomaa et vointi on parempi”H9*

Usein tätä tiedon siirtoa kuvataan usein myös harjoitteluna tai treenaamisena. Tietoa ei siis mekaanisesti siirretä toimijalta toiselle, vaan olennaista tiedon siirtymisessä on harjoittelu, jonka kautta tieto sisäistyy. Seuraavassa katkelmassa haastateltava kuvaa kurssin hyötyjä. Tiettyihin asioihin keskittyminen ja aktiivinen treenaaminen voi johtaa työssä hyviin tuloksiin, opitun sisäistämiseen.

*”No siis, keskitytään niihin tiettyihin asioihin ja treenataan niitä aktiivisesti niin mun mielestä siinä. Ja sit, et voi syntyä sitä oivallusta, ja sit ku sitä harjottelee ihan täpäkästi niin, siinä voi sitten tulla myös sillai että se oppi jääkin sinne.” H10*

Seuraavassa työntekijä kuvailee kurssille asettamia odotuksia. Hän nimeää aikuistumisen ja itsenäistymisen suurimmiksi odotuksikseen. Toiseksi hän nimeää oireidenhallinnan, jossa keskeistä on niiden menetelmien oppiminen, jolla voi oppia loiventamaan olojansa. Sairaus rakentuu otteessa pysyväksi, mutta sellaiseksi, jota kuntoutuja voi oppi itsenäisesti hoitamaan.

*”Mm no varmaan se semmonen itsenäistyminen ja aikuistuminen. Olis ollu ne semmoset suurimmat plus sitte tietysti ihan se oireiden hallinta. Mielialan tasaaminen ja, no joo oireiden hallinta varmaan ja semmonen niinkun, ymmärrys siihen että sairaus on pysyvä. Ja että sitä ei voi, parantaa mutta että voi, voi sitte oppia*

varomerkkejä ja loiventaa olojansa sitte oppimalla semmosta omaa sairauden hoitotaitoo.”H2

Seuraavassa katkelmassa työntekijä kuvaa kuntoutujan sisäistämiä oireidenhallintakeinoja. Hän käyttää sanoja aktiivisuus ja itsen arviointi, jotka viittaavat nimenomaan kuntoutujan työskentelyyn. Katkelma havainnollistaa hyvin sen, millaisesta tiedosta diskurssissa on kyse. Kuntoutuja on oppinut kuntoutuksen aikana keinoja oman olonsa arviointiin ja oman tilanteensa kohentamiseen. Haastateltava viittaa katkelmassa siihen, että kuntoutuja *käyttää* oman itsensä arviointia, eli hän on oppinut tietyn menetelmän kuntoutumisensa tueksi. Huomionarvoista on se että tässä katkelmassa työntekijän ja kuntoutujan suhde ei pelkästään rajoitu tiedonsiirto- ja harjoittelutilanteeseen, vaan asiakas kertoo jatkossa vointiinsa liittyviä havaintoja kuntoutustyöntekijälle. Haastateltava tuo esiin sen että nämä opitut taidot unohtuvat ellei niitä ylläpidetä. Sisäistämisen merkitys tulee siis esiin myös tässä puheenvuorossa. Harjoittelu ei pääty tietyn kuntoutusjakson päättymiseen, vaan taitojen ylläpitäminen arjessa on tärkeää.

*”...jotenkin hän käytti hirveen aktiivisesti sitä oireiden sitä oman tilanteensa itse arviointii, hän käytti alkuunsa tosi hyvin sitä, kun hän oli kurssilta tullu semmonen, et miten arvioi sitä omaa oloonsa ja varomerkkejä ja tätä, et jotenkin esimerkiksi tämmönen, se toimi hänen kohdal, hän tuli tänne kertoo, et nyt on kuule kaikki varomerkit esillä, että hän on ruksinu kaikki sieltä sen, niin se oli minusta hirveen hyvä, et sekin on pikku hiljaa sitte unohtunu varmaan sen kirjan käyttö ja tällä tavalla, et näitä pitäis ylläpitää, niin se oli.. Must just tämmösiä jotain eväitä, jotka auttaa sitä ihmistä omaan itsensä arviointiin ja oman tilanteensa kohentamiseen omatoimisesti tai sitten, et on näitä erilaisia käytettäs täällä, mutta kun eihän täällä oo sitte sellasta kognitiivista kuntoutusta sen jälkeen oikeestaan olemassa kauheesti vielä saatavilla.” H4*

Tässä diskurssissa tieto kulkee siis työntekijältä kuntoutujalle, työntekijällä on tietoa niistä keinoista joilla omia oireitaan voi oppia tuntemaan ja hallitsemaan. Toisaalta myös kuntoutuja välittää tietoa omasta voinnistaan ja oireistaan työntekijälle, joka näyttäytyy tässä myös kuntoutujan oireidenhallinnan tukijana auttaa ylläpitämään opittuja taitoja.

Kuntoutuja ei myöskään ole tässä diskurssissa passiivinen tiedon vastaanottaja, vaan kyetäkseen vastaanottamaan tietoa, hänen on oltava motivoitunut ja sitoutunut käsittelemään omaa sairauttaan. Mikäli kuntoutuja ei kuitenkaan ole motivoitunut itsensä tarkasteluun, on tiedon antaminen turhaa. Vaikka työntekijällä on tietoa sairaudesta ja siihen sopivista

harjoitteista, on kuntoutujan oltava sitoutunut harjoittelemaan ja toisaalta myös pohtimaan itse omaa sairauttaan ja omia voimavarojaan. Tässä diskurssissa kuntoutuja rakentuu vastuulliseksi osapuoleksi omassa kuntoutumisessaan. Vaikka työntekijöillä on tietoa niistä keinoista kuinka sairauden kanssa voi oppia tulemaan toimeen arjessa, on kuntoutuja kuitenkin se joka pohtii sitä millä tavoin sairaus näyttäytyy hänen elämässään. Kuntoutustyöntekijät tarjoavat ikään kuin kehyksen jonka kautta omaa henkilökohtaista tilannetta voidaan tarkastella. Tähän kuitenkin tarvitaan motivoitumista ja sitoutumista. Seuraavat katkelmat kuvaavat kuntoutujan motivoitumisen tärkeyttä kuntoutumisprosessissa. Haastateltavat pohtivat sitä, mihin asioihin kuntoutujan oltava valmis lähtiessään kuntoutukseen:

*”--tai sitten että ei oo kerta kaikkiaan yhtään motivoitunu minkäänlaiseen itsensä tarkasteluun, kun mun ymmärtääkseni siinä kuitenkin aika paljon on sitä, että mietitään niitä omia voimavaroja ja sellasta. Jos ei oikeesti halua eikä ole motivaatioo eikä oo sitoutunu, niin kai se on sitten aika turhauttavaa kaikille osapuolille.” H12*

*”Plus sitten varmaan sitte ihan se semmonen asenne ja semmonen myönteisyys sitte semmosen jonkun, työskentelyyn lähtemiseen ja semmoseen et jos ei yhtään kiinnosta tai menee pakotettuna niin se ei välttämättä kauheesti sitte, asioita eteenpäin myöskään vie.” H2*

*”Mutta se että hyötyy niistä kognitiivisista arvioista ja niistä taidoista, et just se että asiakkaalla pitää olla myös se motivaatio siihen ja keskittyminen siihen toimintaan ja sitoutuminen siihen” H9*

Usein viitataan myös siihen, että sairauden on oltava ”tietyissä kohdassa”, jolloin kuntoutuja voi hyötyä kuntoutuksesta. Kuntoutujan on kyettävä jollakin tasolla tiedostamaan ja hyväksymään oma sairautensa, jotta hän pystyisi työskentelemään sairautensa kanssa ja ottamaan vastaan tietoa esimerkiksi sairauteen kuuluvista oireista. Seuraavat otteet kuvaavat tätä ajoituksen tärkeyttä. Haastateltavat kuvaavat sairautta vaiheittaisena, tiedon vastaanottamista ja harjoittelua varten kuntoutumisen on oltava hyvässä vaiheessa. Tiedon välittämisen oikea-aikaisuus rakentuu siis myös tässä diskurssissa keskeiseksi keinoksi, mutta tällä kertaa tiedonvälitystehtävä sijoittuu työntekijän ja kuntoutujan väliseen suhteeseen. Seuraavissa katkelmissa haastateltavat kuvaavat niitä edellytyksiä joita kuntoutusjaksolle osallistuvilta odotetaan:

*”No ehkä siinä nyt pitää kuitenkin olla sen sairauden kanssa jotenkin sinut, tai että se sairaus on siinä kohdassa, hoidettuna lääkityksellä tai muuten, ettei oo kauheen harhanen.” H12*

*”..varmaan täytyy olla tiety vaihe kuitenkin siinä kuntoutumisessa. Että jos on, siis tällöinen mielikuva mulla on, että jotenki aattelee, et se, et jos on esimerkiks, no tietysti Kallella oli sellanen tilanne missä se vointi huononi. Mutta että jos aatellaan, ni hän varmaan aikasemmin oli ollu kuntoutumisessa aika hyvä vaiheessa. Että sitä semmosta peruspohjaa, potentiaalia oli.” H1*

Tieto sairaudesta rakentuu diskurssissa kuntoutujaa voimauttavaksi ja hänen kuntoutumistaan tukevaksi, ja tieto motivoi kuntoutujaa suuntaamaan tulevaisuuteen. Itsetuntemus ja tieto sairaudesta näyttäytyvät tärkeinä tekijöinä tulevaisuuden suunnitelmien onnistumisen kannalta. Merkittävää tässä diskurssissa siis on nimenomaan kuntoutujan sairaudenhallintakeinojen lisääminen, sillä mikäli kuntoutuja tietää tarpeeksi sairaudestaan, hän kykenee myös toteuttamaan tulevaisuudensuunnitelmiaan. Näin kuntoutuja rakentuu siis vastuulliseksi tulevaisuudensuunnitelmien laatijaksi ja niiden toteuttajaksi.

*”heti ensimmäiseks semmonen tunne et hän on hyötynyt todella paljon siitä kurssista ja hän mun mielestä sanottikin sitä siinä ite et hän kokee et hän on saanu paljon semmosta tietoo ja itsetuntemusta, et hänellä oli rohkeus lähteä tähän elämänmuutokseen ja rohkeus lähteä asumaan yksin.” H9*

*”Mut ennen kaikkea se että selkeyttäis asiakkaalle sitä että mikä vois olla se hänen juttunsa. Plus tietysti tää et siel on myös tää oireenhallinta ja oman sairauden tiedon lisääminen, mikä on hirmu tärkeä jotta se tulevaisuudensuunnitelma onnistuis.” H9*

Keskeiseksi nousee myös sairauksien määrittely diagnoosien pohjalta. Kautta linjan haastateltavat kuvaavat sitä, kuinka tietyille asiakasryhmälle strukturoitu kuntoutus on tarpeellista, koska tämä mahdollistaa tiettyjen sairaustyypin tarkoitettujen harjoitusten tekemisen. Koulutuksellinen orientaatio ja intensiivisyys hyödyttävät kuntoutujia eniten yhdenmukaisesta jos ryhmäläisten problematiikka on samansuuntaista. Diskurssissa keskeistä on siis myös ajatus tietystä asiakasryhmistä, joille suunnataan tiettyjä harjoitteita. Seuraavissa katkelmissa haastateltavat puhuvat harjoitteista ja kuntoutumisen ajatuksista, jotka on mietitty tiettyä ryhmää ajatellen:

*”...nii sen takia sen täytyy olla aika homogeeninen sen ryhmän, että on jotain samankaltaisuutta siinä, että he hyötyy siitä tietynlaisesta kuntoutumisen niistä ajatuksista mitä siellä tehdään, ja sitten niistä toiminnoista ja niistä harjotteista.”H4*

*”Mutta musta tontyypistä toimintaa vois olla, joskus kolmen kuukauden kurssi masentuneille ja persoonallisuushäiriöisille, päihdeihmisillekin vois olla, tai sitten olis kovastikin tarvetta jollekin Asperger-henkilöille, mutta sekasin niitä mun mielest ei voi laittaa, tommonen on kuitenkin niin intensiivistä.” H12*

*”Et sit, kukin, kullekin sairausryhmälle pitäis olla tietysti se että, siellä harjotellaan sitä mitä sairauteen pitää harjotella.”H11*

Kuntoutujat voivat oppia sairaudesta ja sen hallintakeinoista myös toisiltaan, kuten seuraavassa katkelmassa haastateltava tuo esiin. Hän pohtii, mitä yhteisiä piirteitä on organisaatiossa jossa hän työskentelee sekä Kuntoutuskurssissa. Molemmissa vertaistuki on tärkeä osa kuntoutusta. Tässä vertaistuki rakentuu keskeiseksi sairaudesta oppimisen keinoksi. Kuntoutuja rakentuu katkelmassa myös aktiiviseksi oman kuntoutuksensa toteuttajaksi. Haastateltavan mukaan jos kuntoutuja ei osallistu ryhmiin, hän vie itseltään mahdollisuuden kuulla toisten tarinoita. Näin kuntoutuja ei ole vastuussa muille vaan ennen kaikkea itselleen. Tässä kuntoutujat välittävät myös tärkeää tietoa toisilleen; on mahdollisuus siihen että muiden tarinoista saa oivalluksia omienkin asioiden ratkaisuun. Ylipäätään myös sen kuuleminen että muillakin on ”ollut samoja juttuja” voi auttaa eteenpäin. Huomionarvoista kuitenkin on, että vertaistukea ei yleisesti kuvata aineistossa tiedon kautta, tämä katkelma on aineistossa poikkeuksellinen.

*”Meillähän on sillai just et me vaaditaan, meil on aika vähän semmosia pakkoja, mut et ryhmiin pitää osallistua, et meil ei voi vaan tulla istuu eteiseen. Et sitte vie itseltänsä sen mahdollisuuden et kuulee toisten tarinoita. Et ryhmissä ei oo pakko puhua ite, mutta on oltava läsnä, et antaa itelleen mahollisuuden kuulla niitä. Se on semmosta vertaistuen hyödyntämistä, saa sitä kautta mahollisesti omia oivalluksia ja, kuulee et on muillakin niitä samoja juttuja ja, kuulee miten toiset on ratkassu niitä asioita, ja sillai.” H10*

Diskurssissa keskeistä on kuntoutujan omaksuma tieto sairaudesta ja sen hallintakeinoista. Perustieto on tässä diskurssissa ammattilaisten tuottamaa (tämä välittyy implisiittisesti aineistokatkelmista) ja kuntoutujan tehtävänä on siis hyödyntää tuota tietoa omassa elämässään ja soveltaa tietoa määrittämällä omat, henkilökohtaiset oireensa ja toisaalta oppia tunnistamaan nuo oireet. Kuntoutuminen näyttäytyy kuntoutujan oppimisprosessina, jossa

tavoitteena on oppia elämään sairauden kanssa ja hallitsemaan sitä. Keskeistä on siis yksilöllinen sairaudenhallinta ja oma arviointi. Tieto määrittyy pedagogiseksi tiedoksi, joka auttaa kuntoutujaa itsehoidossa ja oman arjen hallinnassa. Diskurssissa keskeistä on että kuntoutuja saa työntekijältä välineet, kehyksen jonka avulla tarkastella omaa tilannettaan ja vointiaan. Kuitenkin kuntoutuja työskentelee itse aktiivisesti määritelläkseen niitä henkilökohtaisia ongelmia joita hän elämässään kohtaa, ja voimavaroja jotka auttavat häntä selviytymään. Kuntoutus näyttäytyy siis työntekijän ja kuntoutujan suhteena, joka mahdollistaa sairauteen liittyvän tiedon saamisen ja tätä kautta kuntoutujan omien hallintakeinojen lisääntymisen.

Työntekijän subjektipositio rakentuu diskurssissa myös kuntoutustyön asiantuntijaksi, mutta työntekijä toimii *ohjaajana* joka auttaa kuntoutujaa sairaudenhallinnan keinojen opettelussa. Diskurssissa kuntoutujan subjektipositio on edellisestä diskurssista poiketen omassa kuntoutuksessaan toimiva *aktiivinen sairauden työstäjä ja arvioitsija*. Vaikka perustieto sairauden hahmottamisesta ja oireidenhallintakeinoista on työntekijällä, myös kuntoutuja tuottaa kuntoutukseen liittyvässä vuorovaikutussuhteessa tietoa henkilökohtaisesta tilanteestaan, omista oireistaan ja varomerkeistään, ja soveltaa oppimaansa omaan elämäänsä. Hänen tehtävänä itsensä tutkiskelu sekä aktiivinen harjoittelu, jolloin hän havaitsee henkilökohtaisia sairauden oireitaan, ja tietoisuus oireista ja niiden kanssa elämisestä auttaa kuntoutujaa selviämään sairauden kanssa arjessa ja edistää kuntoutumista. Tässä diskurssissa vertaistuki nousee myös esiin. Kuntoutajat voivat oppia myös toisiltaan, jakaa kokemuksiaan sairaudesta ja sen kanssa elämisestä, sekä kuulla miten toiset ovat ratkaisseet ongelmiaan. Tässä siis myös kuntoutujan oma tieto elämästään nousee merkittäväksi. Omaiset eivät näyttäydy tässä diskurssissa.

#### **5.4 Kuntoutujan rajallinen kokemustieto kuntoutuksen suunnittelussa**

Diskurssissa keskeisenä näyttäytyy kuntoutujan kuntoutussuhteessa tuottama tieto, kun edellisissä diskursseissa sairauden kannalta keskeistä tietoa tuottavat työntekijät.

Kuntoutujan subjektipositio on *aktiivinen kokemustensa ja toiveidensa kertoja sekä suunnitelmien tekijä*, hän välittää työntekijälle tietoa *omasta elämästään, kokemuksestaan,*



*toiveistaan ja tuen tarpeista.* Ammatilaisen subjektipositio on diskurssissa vaihteleva. Ammatilaisen positio hahmottuu tässä diskurssissa ensisijaisesti *aktiiviseksi kuulijaksi ja tukijaksi* sekä toisaalta *vaihtoehtojen tarjoajaksi* mutta myös *kuntoutujan tarpeiden realistisuuden arvioitsijaksi*. Kuntoutuksen kannalta olennaista tietoa kuntoutujan elämästä välittyy nimenomaan kuntoutujan itsensä kertomana. Diskurssin keskeisiä avainsanoja ovat *luottamus, aika, kohtaaminen, kuuleminen ja toive*.

Kuntoutujan tuottama tieto omasta elämästään perustuu luottamukselliselle suhteelle ja tasa-arvoiselle kohtaamiselle. Hänen välittämänsä kokemukset, tarpeet ja toiveet toimivat kuntoutuksen suunnittelutyön resurssina, ja ammatilaisen paikka hahmottuu kuntoutujan toiveiden ja kokemusten kuulijaksi. Huomionarvoista on kuitenkin, että kuntoutujan kokemustietoa ei kuvata niin rikkaasti kuin työntekijöiden tiedosta puhutaan. Vaikka viittauksia kuntoutujan tietoon on aineistossa lausumia laskettaessa määrällisesti lähes yhtä paljon kuin ensimmäisen diskurssissa, tämä diskurssi vaikuttaisi kuitenkin olevan jollakin tavoin sanastollisesti jähmettyneempi. Esimerkiksi termi kuntoutujan kuuleminen on sana joka toistuu usein. Tässä kontekstissa kuntoutujan tieto on usein yhtä kuin hänen toiveensa tai koetut tarpeensa. Tulkitsen toiveet ja halut kuitenkin kuntoutujan tuottamana, omaan elämään perustuvana arviona ja tietona siitä, millaiseksi hän toivoo elämänsä tai kuntoutumisprosessinsa muodostuvan. Muunlaisesta kuntoutujan tiedosta ei näissä haastatteluissa juuri puhuta. Työntekijän rooli voi kuulijan lisäksi hahmottua myös mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen tarjoajaksi. Tässä työntekijällä on tietoa esimerkiksi palvelujärjestelmän toiminnasta, ja hänen tehtävänä on avata noita mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja kuntoutujalle. Toisaalta kuntoutujan toiveita ja haluja käsiteltäessä kontrastoivana tekijänä toimii usein työntekijän ammattitieto. Ammatilainen arvioi ovatko kuntoutujan toiveet realistisia.

Seuraavassa katkelmassa kuntoutujan tuottama kokemustieto rakentuu lähtökohdaksi kurssille ohjaamisen prosessissa. Katkelmassa nousee esiin myös eri alojen ammattilaisten ja kuntoutujan välinen yhteistyö. Yhteistyö rakentuu kuntoutujan esiin nostamien asioiden pohjalta eteneväksi. Tässä katkelmassa ammatilainen tekee arvion siitä millainen kuntoutusmuoto kuntoutujalle voisi sopia hänen nostamiensa ongelmanmäärittelyjen pohjalta. Hänen mukaansa kuntoutuja on tuonut esille keskittymisen vaikeutta ja sitä kuinka raskasta

kuntoutujana oleminen on. Tämän johdosta ammattilaiset ovat aloittaneet keskustelut kuntoutuskurssille ohjaamisesta. Katkelmassa toimenpiteen suunnittelun lähtökohdaksi rakentuu siis kuntoutujan tuottama ongelmanmäärittely.

*”Hän toi esimerkiksi tätä tällasta keskittymisen vaikeutta hän toi esille, ja pohti sitä sairauttaan, ja mielti sitä, ja hän mielti myöskin kuinka vaikeeta ja raskasta taikka tommosta työlästä on kuntoutujana oleminen, niinku se kuntoutuminen sinällään, et hän paljon pohti ja mielti niitä asioita, ja heräs just siinä, sen takia just sitä psykologinkin kanssa niitä keskusteluja aloteltiin, et hän sais näitä asioita, mieltiiä sitä omaa sairauttaan, ja toisaalta sitä kuntoutumisen prosessia” H4*

Seuraavassa katkelmassa haastateltava pohtii sitä kuinka omien ajatuksien ja toiveiden esittäminen vaatii asiakkaalta uskallusta ja luottamussuhdetta. Tässä otteessa korostuu myös ajan keskeisyys luottamuksen rakentamisessa. Tässä diskurssissa aikaa kuitenkin ei kuitenkaan määritellä, vaan luottamussuhde rakentuu pikkuhiljaa. Haastateltava vastaa kysymykseen mitä asiakaslähtöisyys on. Tässä katkelmassa haastateltava nostaa esiin luottamussuhteen tärkeyden asiakaslähtöisen työtavan edellytyksenä. Luottamuksellisessa suhteessa, joka perustuu työntekijän henkilökohtaiselle tuntemiselle, asiakas ilmaisee omia ajatuksiaan ja toiveita siitä, mihin hän tarvitsee apua.

*”Kyllä se on sitä että, kuullaan mitä tällä henkilöllä itsellään on ajatuksia ja toiveita siitä, miten hän tulisi autetuksi tai mihin tarpeisiin hän tarvitsee apua tai tukea tai jotakin ohjausta, ja että se välttämättä ei tule esille ihan heti, vaan että siihen voidaan tarvita ensin jonkin verran aikaa, ennen kun sitä uskaltaa sanoa, ei me kuka tahansa heti kelle tahansa ventovieraalle sanota kaikkee mitä me halutaan taikka ajatellaan, vaan että se tulee pikkuhiljaa. Eli siinä tarvitaan kyllä luottamussuhde, ennen kun asiakaslähtöisyyteen voidaan mennä, oikeesti.” H11*

Myös seuraavassa katkelmassa rakentuu mielenkiintoisesti ajan ja luottamuksen merkitys kuntoutujan tuottaman tiedon edellytykseksi. Katkelmassa käsitellään kuntoutusajan pituutta suhteessa siihen, kuinka sairaus näyttäytyy kuntoutujan arjessa. Tässäkin käytetään termejä uskallus ja luottamus. Tieto kuntoutujan sairauden kokemuksesta ”mitä mun pääni sisällä oikeasti liikkuu”, voidaan saavuttaa pitkäjänteisen työskentelyn kautta. Katkelmassa on luettavissa kuitenkin myös viitteitä työntekijän tekemästä arvioinnista haastateltavan puhuessa oireista ja sairauden näkymisestä. Luottamuksellinen vuorovaikutus toimii pohjana myös työntekijän tekemälle arviointityölle. Tulkitsen tämän puheenvuoron kietoutuvan siis myös ensimmäiseen diskurssiin. Luen puheenvuoron myös haastateltavan oman työmuodon,

pidempiaikaisen kuntoutustyön puolustuksena. Asiakassuhde ja kuntoutujan välittämä tieto rakentuvat osaksi luottamuksellista suhdetta, joka saavutetaan ajan kanssa.

*”Ja kolme kuukautta että siitä kolme kuukautta voi olla myös niinkun, niin lyhyt aika että esimerkiksi jotakin pystyy skarppaamaan tai kaikki oireet tai, koko sairaus ei välttämättä edes ehdi näkyä kolmen kuukauden aikana. Et siin on vähä kaks puolta että meillä esimerkiks se kolme kuukautta on vielä semmosta honeymoon -vaihetta monesti. Että ikään ku sitten tulee se luottamus vasta sitte pitkässä juoksussa ja semmonen niinkun uskaltaa kertoa että kuinka mä, mitä mun pääni sisällä oikeesti liikkuu ja minkälaisia ajatuksia on ja minkälaisia pelkoja tai harhoja on. Et kolme kuukautta voi sitte olla aika semmonen asiallinen ja ilman että se semmonen sairaus sitten näkyy.”H2*

Yhteistyötilanteissa, jossa on läsnä useampien organisaatioiden työntekijöitä, esimerkiksi erilaisissa kuntoutuksen siirtymävaiheisiin liittyvissä verkostopalaverissa kuntoutujan kokemustieto on ensisijaisessa asemassa, ja työntekijä tuo nostaa esiin joitakin asioita omasta ammatillisesta näkökulmastaan, kuten seuraavassa katkelmassa. Työntekijä ja kuntoutuja välittävät siis tietoa yhdessä; kuntoutuja kertoo omasta elämästään, ja työntekijä täydentää arvionsa mukaan informaatiota. Näiden pohjalta suunnitellaan kuntoutusta eteenpäin ja mietitään tulevaisuuden tavoitteita.

*”Mutta että kyllähän siinä tavallaan sitä semmosta tavotetta ihan selkeesti sitte, kartottu. Ja tietysti oma rooli siinä nyt oli lähinnä tietyst vähä pysyä siinä syrjemmällä ja antaa Saaran kertoo itse omista asioistaan. Mutta että kyllä mä sitte johonkin minkä mä sitten näin tärkeeksi, niin nostin esiin..”H2*

Eri tahojen välinen tavoiteltava yhteistyö rakentuu diskurssissa niin, että erilaisissa verkostopalaverissa kuntoutuja näyttäytyy aktiivisena toimijana ja työntekijät kuuntelijoina, ammatti-ihmisinä jotka ”eivät puhu asiakkaan ohi”, vaan tekevät yhteistyötä kuntoutujan kanssa ja kuulevat hänen ajatuksiaan kuntoutuksesta. Haastateltava kuvaa kuntoutujaa aktiivisena osallistujana ja omasta elämästään kertojavana palaverin osapuolena.

*”Mun mielestä se oli aika sujuvaa ja luonnikasta ja jotenkin oltiin saman asian äärellä. Että kyllä mä aattelen, että siinä oli tämmösen kuntoutuspuolen ammatti-ihmiset keskustelemassa ja se kuitenkin, et se ei tarkottanu sitä, että Kallen ohi ois, vaan että Kalle oli itte aktiivinen osallistuja ja paljon sitä keskustelua varsinki siit, et mitä siel kurssilla oli tapahtunu ja mitä Kalle oli tehny, ni Kalle kävi sitä keskustelua sen kurssin niitten, ilmeisesti siel oli joku hänen omahoitajansa tai joku mikä se nimitys nyt onkaan, niin hänen kanssaan siinä. Ja jotenkin mää koin sen hyvänä, et*

*nimenomaan Kalle oli siinä aktiivinen, et se ei ollu mitenkään ulkoopäin, vaan et se oli Kallen elämää ja hänen kertomanaan, että miten siellä on.” H1*

Huomion arvoista on se, että tämä tietodiskurssi kietoutuu keskusteluun usein juuri niissä kohdissa joissa haastattelija esittää kysymyksen asiakaslähtöisyydestä. Kysymykset siitä, mitä asiakaslähtöisyys on ja mitä se ei ole, ja kuinka asiakaslähtöisyys näkyy työntekijän työssä, aktivoivat haastateltavat käsittelemään nimenomaan kuntoutujan ja työntekijän välistä tiedollista suhdetta. Nämä kysymykset herättävät myös keskustelua jossa kuntoutujan ja työntekijän tietojen suhdetta pohditaan. Seuraavissa katkelmissa asiakkaan tuottama tieto määrittyy myös arvioiden esittämisenä siitä, mitä haluaa elämältään ja kuntoutumiseltaan. Kuntoutujan tieto näyttäytyy siis ensisijaisesti tulevaisuutta koskevana mielipiteenä. Ammatillaisen tieto ja kuntoutujan tieto- diskurssit asettuvat tässä usein vastakkain. Seuraavassa katkelmassa työntekijä pohtii asiakaslähtöisyyttä, ja katkelmassa työntekijän arviointitieto ja kuntoutujan arvio omasta tilanteestaan rakentuvat toisilleen vastakkaisiksi. Asiakaslähtöisyys tuotetaan tässä katkelmassa juuri asiakkaan tuottaman tiedon ja arvion kuulemisena. Ammatillaisen tehtävänä on kysyä mitä kuntoutuja haluaa elämältään.

*”No mun mielestä asiakaslähtöisyys on sitä, että kysytään sen asiakkaan omaa mielipidettä kuntoutumisessa ja mitä hän itse haluaa. Aika paljon työntekijät pohtii, että sun olis hyvä tehdä sitä ja sun olis hyvä tehdä tätä, mut se että muistaa kysyy siltä asiakkaalta: ”mitä sä ite toivot sun elämältä, mitä sä ajattelet sun kuntoutumisesta, mitä sun mielestä sun olis hyvä tehdä?” Must se on sitä asiakaslähtöisyyttä.” H12*

Seuraavassa katkelmassa työntekijä jatkaa puhettaan asiakaslähtöisyydestä. Tässä ammattitaito on herkkyyttä kuulla asiakasta, taito joka ei näyttäydy itsestäänselvytenä, vaan vaatii työntekijältä aktiivista itsereflektointia. Työntekijä jatkaa pohtien sellaisen tilanteen problemaattisuutta, jossa kuntoutuja ei itse tiedä tai ei osaa määritellä mitä hän haluaa. Diskurssissa kuntoutujan tieto ja toimijuus määrittyvät sillä tavoin, hänen oikeutena ja velvollisuutenakin on esittää oma näkemyksensä siitä mitä haluaa. Tilanne voi olla esimerkiksi sellainen, että joku on aina päättänyt puolesta, jolloin kuntoutuja ei osaa hahmottaa sitä mitä elämältään haluaa. Vaikeana näyttäytyy tilanne jossa tavoitteita ei pystytä määrittelemään, ja tämän vuoksi työntekijän täytyy lähteä johdattelemaan kuntoutumisprosessia. Tällöin työntekijä joutuu pohtimaan sitä, mikä olisi oikea tapa ratkaista tilanne.

*"No kyl se ainakin vaatii semmost jatkuvaa pysähtymistä miettimään sitä. Jos ei sitä missään kohtaa mieli eikä pysähdy, silloin yleensä toteuttaa vaan joko mun omaa käsitystäni hyvästä elämästä tai sitten jotain, mitä mä oon luku jostain paperista sen lähettävän tahon käsitystä siitä, minkälaiseks tän ihmisen elämä pitäis saada muokattua. Kyl sitä pitää ajatella. Tietysti sit myöskin se, että sen asiakkaan, että se pystyy ite määritteleen edes jotain siitä, et on kuitenkin sellasiikin asiakkaita, jotka on ehkä jo niin tottuneet siihen, että joku päättää aina puolesta, tai et ei oo koskaan oikein oppinu tietämäänään, mitä haluaa. Sillon se on myös kauheen vaikeeta, että jos ei se asiakas itekään tiedä, mitä se toivoo tulevaisuudelta, niin jonkunhan sitä täytyy sit lähtee johdatteleen, muta se et johdattaaks sitä sitten siihen suuntaan kun se asiakas ehkä olisi halunnut vai siihen suuntaan kun minä työntekijänä toivoisin sen menevän." H12*

Myös seuraava katkelma kuvaa samantyyppistä tilannetta, tilannetta jossa kuntoutuja ei tiedä, tai ei saa kerrottua mitä hän haluaa kuntoutukseltaan. Tässä työntekijä näyttäytyy mahdollisuuksien avaajana; kokeilemalla jotakin, voi kuntoutuja sen kautta oivaltaa ainakin sen, mitä hän kenties ei halua. Tässäkin edellytyksenä on kuitenkin kuntoutujan sitoutuminen ja suostumus yhteistyöhön.

*"No asiakas ei saa sanottua sitä mitä hän ajattelee, tai hän ei välttämättä on tilanteita joissa hän ei tiedä, hän ei pysty sitä hahmottamaan siinä tilanteessa, niin sit vaan se että, et siin on vaikee, et sit on vaan kokeiltava jotain ja katottava et mitä se aukaseeko se sitten sen hänen oman näkemyksensä. Et jos hän on kuitenkin suostuvainen yhteistyöhön mut hän ei tiedä mitä hän haluais niin sitten, et kokeillaan jotakin ja et löytyykö sitä kautta et hän voi vaikka sanoa et "no tätä mä en ainakaan halua, et tää ei oo mun juttu" H9*

Toisaalta työntekijät tuovat usein esiin sen, että tieto kuntoutujan toiveista on tärkeää, mutta näitä kuntoutujan mielipiteitä kontrastoi viittaus työntekijän tiedolliseen asiantuntijuuteen kuntoutuksessa. Tässä haastateltava viittaa siihen, että kuntoutujan toiveita on tärkeää kuulla avoimesti, mutta toisaalta työntekijä arvioi tiedon realistisuuden. Työntekijä viittaa tässä tilanteeseen, jossa kuntoutuja tulee tutustumaan palveluun. Työntekijän velvollisuutena on, että hän kertoo kuntoutujalle avoimesti, millaista palvelua he tarjoavat, mutta kuntoutuja itse määrittää onko paikka hänelle hyvä ja millaisiin ongelmiin hän haluaa muutosta. Työntekijä arvioi mitä kuntoutujalle voidaan tarjota ja ovatko hänen toiveensa realistisia. Kuntoutuja on kuitenkin tilanteessa valitsija.

*”No vaikka nyt siis täällä niin täällä se on että kun tänne nyt tullaan tutustumaan niin sitte, on avoimuus ja tavallaan se valinta että kerrotaan että me tarjoillaan tällästä palvelua täällä. Mutta että, itse tiedät onko tää sulle hyvä ja mitä sä toivot mihin, minkälaisiin ongelmiin sää haet tällä jos sä tuut tänne niin, mihin asioihin sä haluat muutosta mitä me voidaan sulle tarjota. Et lähetään niistä hänen, toiveistaan ja tarpeista. Se on sitte eri asia pystytäänkö niihin vastaamaan ei välttämättä ne ei oo välttämättä realistisia tai jotain muuta. Mutta että se semmonen niinku avoin ja rehellinen ja, kysyvä ja...”(H2)*

Seuraava katkelma kuvaa samanlaista tilannetta. Tässä haastateltava kuvaa myös asiakaslähtöisyyttä. Tässä kuvataan myös asiakkaan tiedon kuuleminen siitä näkökulmasta, että asiakkaan kuuleminen prosessissa toimii hänen itsetuntoaan ja yksilöllisyyttään vahvistavana asiana. Tässä siis kuuleminen kuvautuu myös toimintatapana joka itsessään edistää asiakkaan kuntoutumista. Myös tässä kuntoutujan toiveet tuotetaan kuitenkin ehdollisena sille, mikä on realistista.

*”No mä aattelin kurssilaisella sitä asiakaslähtöisyyttä, että häntä yksilönä arvostetaan ja hän tulee kuulluksi, ihan alusta loppuun asti tässä prosessissa. Mä ajattelin, että tän kurssin paikka olis justin se yksilöllisyyden vahvistaminen, siis sillä lailla, sen oman persoonan ja itsetunnon, minäkuvan vahvistaminen, mä aattelin et se on asiakaslähtöisyyttä, ja se kuulluksi tuleminen kurssilla ja sitten myöskin kurssin jälkeen, että mitä haluaa, mut tietekin niissä rajoissa, mitkä on realistisia.”H3*

Myös seuraavassa katkelmassa hahmottuu samanlainen suhde kuntoutujan ja ammattilaisen tiedon välille. Tässäkin kuntoutujan tieto omasta tilanteestaan, arvio siitä, mikä on ensisijainen pulma johon hän toivoo tukea ja ratkaisua, määrittäyty neuvottelun lähtökohdaksi. Kuntoutujan tiedon rinnalle tuodaan kuitenkin hoitohenkilökunnan ammattilaisen tieto, jonka kautta kuntoutujan tuottamaa tietoa arvioidaan. Lähtökohtana on kuntoutujan arvio omasta tilanteestaan, mutta myös työntekijä arvioi tilannetta, ja tämän kautta rakennetaan kompromissi. Tässä kuntoutujan ja työntekijän suhde kuvataan myös sopimuksellisuuden kautta, kuntoutuminen hahmottuu siis kuntoutujan ja työntekijän arvioiden pohjalta määriteltäväksi sopimukseksi jonka kautta kuntoutumissuunnitelmia lähdetään viemään eteenpäin.

*”No ite mä ajattelen asiakaslähtöisyydestä et se on sitä että asiakas voi olla vaikuttamassa alusta asti siihen häneen liittyvään hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun, ja että hän on se toimija ja hänellä on se motivaatio. Et mikä sitten on se hänen minimitaso millonkin, et mikä elämänaalue on se mihin hän sillä hetkellä sitä*

*tukea ja apua tarvii. Et kun ne ongelmat voi olla hyvinkin monenlaiset että, että voi olla että sit on monta ongelmaa mutta onko joku mikä on sitten se ensimmäinen mitä hän ajattelee itse ja se ei oo välttämättä aina sama mikä meidän hoitavan tai kuntouttavan tahon näkemys, et mikä se on se hänen. Ja sitä kautta sen sopimuksen tekeminen et mitä hän näkee. Et kyllähän hoitohenkilökunnan ammattilaisten täytyy kertoa se rehellisesti myös mitä he ajattelee, mutta siitä sit se kompromissi et mihin hän sitoutuu, mitä hän on valmis tekemään. Et sillä tavalla et hän tulee kuulluks siinä hänen kuntoutumisen hoitoon liittyvässä suunnittelussa.” H4*

Seuraavassa katkelmassa kuntoutuja hahmottuu myös aktiiviseksi päätöksentekijäksi ja arvioijaksi. Haastateltava vastaa kysymykseen siitä, millaisena hän kokee yhteistyöpalaverien merkityksen. Tässä katkelmassa ei tuoteta ammattilaisen arviota siitä, mistä nuori hyötyisi eniten, vaan kuntoutuja tuotetaan kuntoutuksen keskiöön. Tässä myös siirtopalaverit ja verkostopalaverit tuotetaan sellaisina tilanteina, joissa kuntoutuja saa tietoa erilaisista vaihtoehdoista. Hän asettuu kuntoutusprosessin keskiöön. Hän tarvitsee tietoa päätöksensä taustalle, haastateltavan sanoin nuoren on päästävä katsomaan ja päättämään mistä hän hyötyisi eniten. Tässä myös verkostopalaverit hahmottuvat tärkeiksi juuri siksi että kuntoutuja on niissä itse mukana, ja näin myös kaikki kuntoutukseen liittyvät osapuolet ovat ”perillä nuoren tilanteesta”.

*” Musta se on tosi tärkeitä. Siinä kun mietitään niitä eri vaihtoehtoja niin, must on hirveen tärkeitä että nuorella on mahollisuuksia käydä tutustumassa ja katsoa ja miettiä ja mietitään sen nuoren kannalta niitä asioita. Ja tarjotaan sillä lailla niitä vaihtoehtoja. Eihän nuori, eihän me voida tehdä päätöstä ja me päättää että mikä on se nuoren etu, ja mikä sille on parasta. Kyllä hänen täytyy itse olla siinä ja antaa se mahollisuus hänelle että, hän pääsee päättämään ja katsomaan et mikä on se mistä hän hyötyisi eniten. Ja senkin takia must on kauheen tärkeitä että on niitä yhteispalavereja ja siirtopalavereja ja, kaikkea tätä mahollista yhteistyötä koska sillon, ja nuori on niissä mukana, koska sillon me kaikki puhutaan sitä samaa kieltä ja me ollaan perillä niistä nuoren asioista sillä lailla ettei yhen kanssa puhuta yhtä ja toisen kanssa toista, vaan kaikki on selvillä siitä että mikä on nuoren tilanne, ja mistä me lähetään, ja mikä on tavote ja mitä me halutaan. Ja mitä nuori haluaa.”H10*

Myös seuraavassa katkelmassa kuvautuu työntekijän rooli tiedon tarjoajana ja päätöksenteon tukijana. Haastateltava kertoo kurssilaisten tutustumisesta organisaatioon jossa hän työskentelee. Keskeiseksi rakentuu nuorelle tarjottava tieto palvelusta, ja työntekijän rooli on myös vastata mahdollisesti heränneisiin kysymyksiin. Tässäkin yhteistyö kuvautuu kuntoutujan lähtökohdista käsin rakentuvaksi.

*”Sillon jos nuori on mukana, että siis, erilaisia on ne reissut kun ne tulee kaikki. Koska sillonhan, jos on uus porukka, no me kerrotaan kyllä ja tutustutaan sillain vähän jollain toiminnallisella menetelmällä toisiimme jotenkin. Mutta sitten kun tullaan, tai he tulee vaan jonkun yhden nuoren kanssa joka sitten ajattelee että vois meille tulla niin sitte me istutaan ihan esimerkiks tässä huoneessa, ja hyvin tarkkaan kerrotaan vielä tarkemmin et mitä tää meidän touhu sitten on ja, vastataan nuoren kysymyksiin että mitä on saattanu herätä jo siitä ku on ollu meillä, ku on nähny meitä ja ollaan oltu yhteistyössä ja sillai. Sitte on mahollisuus vielä oikeen kysyä ja sit voiaan tehdä vielä niin et hän voi tulla tänne yheksi päiväksi kokeilemaan ja kattomaan vielä tarkemmin tätä meidän arkee, et mitä tää on. Hyvin monenlaista vaihtoehtoo on tarjota että, mitenkä sitte vois, jos tarvii enemmän tietoa tai haluaa kokeilla tai varmistaa tai katsoa vielä.”H10*

Työntekijän positio kuntoutujan aktiivisuuden ja oman näkemyksen tukijana hahmottuu myös seuraavassa katkelmassa, jossa omainen näyttäytyy keskeisenä huolien kertojana ja sitä kautta tiedon tuottajana, mutta työntekijä kyseenalaistaa tämän ja rohkaisee kuntoutujaa itseään kertomaan oman mielipiteensä asioista. Omaista luonnehditaan katkelmassa jyränä joka vaikeuttaa asiakkaan omien mielipiteiden esiin tulemisen.

*”Siinä aina sit joudutaan vähän semmoseen ikäväänkin välikäteen, että omainen kauheesti haluais kertoo niist asioista mitkä häntä painaa ja järjestellä niitä Sepon asioita, ja sit me joudutaan aina vähän, et ”no mitäs ite oot Seppo mieltä tästä asiasta”, ettei nyt tulis ihan semmost olooo, että omainen jyrää ihan täysin koko kuvion ja Sepolle ei jää sitä omaa sananvaltaa sit ollenkaan”. H12*

Diskurssissa kuntoutujan tuottama tieto määrittyy ensisijaisesti toiveeksi tai haluksi, arvioksi siitä mitä hänen elämässään elämässä tulisi tapahtua tai mitä hän haluaa kuntoutukseltaan. Nuo tiedot määrittyvät kuntoutuksen lähtökohdaksi. Kuntoutus siis hahmottuu kuntoutujan elämänprojektiksi jossa keskeistä hänen kuntoutumisessaan on omien ajatuksien esiin tuominen ja kuntoutuksen suunnittelu yhteistyössä työntekijän kanssa näiden toiveiden pohjalta. Kuntoutussuhteessa hänen positionsa näyttäytyy *aktiivisena kokemusten ja toiveiden kertojana ja suunnitelmien tekijänä*. Tieto näyttäytyy kuntoutujan kokemuksellisenä tietona omasta elämästään ja tuon pohjalta hän tekee niitä valintoja jotka näkee itselleen sopiviksi kuntoutumisen kannalta ja välittää tätä tietoa työntekijälle. Omaiset näyttäytyvät diskurssissa *sivullisina*, mikäli omainen on aktiivinen tiedon tuottaja, tämä saattaa *estää kuntoutujan oman näkemyksen esiin tuomisen*.



Työntekijän subjektipositio taas on kokemusten ja toiveiden luottamuksellinen *kuulijana* kuntoutujan oman näkemyksen *tukijana* ja *vaihtoehtojen tarjoajana*. Toisaalta hän on myös kuntoutujan toiveiden *realistisuuden arvioijana*. Kuntoutuja ei ole välttämättä päätöstensä oikeellisuuden arvioitsija, mutta hän on kuitenkin valintojen tekijä. Asiakaslähtöisyyskysymys aktivoi myös puhetta siitä, missä rajoissa kuntoutujan toiveet tulisi ottaa huomioon. Usein kuntoutujan tuottamaa arviota omasta tilanteestaan ja omista tulevaisuudentoiveistaan kontrastoi työntekijän näkemys siitä, millaisen arvion hän tuottaa kuntoutujan toiveesta, esim. siitä, onko hänen mielestään kuntoutujan toive realistinen.

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Diskurssien seuraamuksellisuudesta

Tässä tutkimuksessa olen vastannut siihen, millaisia tietodiskursseja mielenterveys-työntekijöiden haastattelupuheessa rakentuu, ja millaisia subjektipositioita tietodiskurssit rakentavat kuntoutuksen eri osapuolille. Tutkimuksessani havaitsin, kuinka työntekijät jäsentävät kuntoutuksessa läsnä olevaa tietoa ja eri osapuolien asiantuntijuutta vaihtelevin tavoin. Taulukkoon 1 olen tiivistänyt aineistovetoisen analyysin tulokset. Paikansin tutkimuksessa kolme kuntoutustyöhön liittyvää tietodiskurssia jotka ovat 1) Arviointitieto kuntoutuksen hallinnan välineenä 2) Tieto itsehoidon välineenä 3) Kuntoutujan rajallinen kokemustieto kuntoutuksen suunnittelussa. Taulukkoon kokosin tietodiskurssit, niiden kuvaukset, sekä niiden työntekijälle ja kuntoutujalle sekä omaiselle tarjoamat subjektipositiot.

Diskurssi	Kuvaus	Subjektipositio työntekijä	Subjektipositio kuntoutuja	Subjektipositio omainen
<b>Arviointitieto kuntoutuksen hallinnan välineenä</b>	-Ammatillinen asiantuntijatieto -Arjen havainnot -Arviot ja testit -Tieto kuntoutuksen suunnittelun ja ongelmanratkaisun resurssi -Tiedon kulku palveluverkostossa -Hallintapuhe	-Tiedon tuottaja ja omistaja -Aktiivinen	-Tietämisen kohde -Toimenpiteiden kohde -Passiivinen	-Kuntoutuksen kannalta keskeisen lisätiedon antaja -Tiedon vastaanottaja
<b>Tieto itsehoidon välineenä</b>	-Tieto sairauden luonteesta -Tieto sairauden vaikutuksista omassa elämässä -Oireidenhallinta -Itsetuntemus -Pedagoginen tieto -Tiedon kulku vuorovaikutus-suhteessa -Elämänhallintapuhe	-Ohjaaja -Aktiivinen -Tiedon omistaja	-Harjoittelija -Aktiivinen -Arvioiden tekijä	-Ei näkyvä
<b>Kuntoutujan rajallinen kokemustieto kuntoutuksen suunnittelussa</b>	- Kokemuksellinen tieto -Kuntoutujan toive, halu -Tieto välittyä luottamuksellisessa suhteessa -Kuuleminen -Ajan merkitys -Tulevaisuuspuhe	-Kuulija -Tukija -Vaihtoehtojen Tarjoaja -Arvion tekijä -Aktiivinen	-Aktiivinen kokemusten ja toiveiden kertoja -Suunnitelmien tekijä	-Sivullinen -Toiveiden kertomisen este

**Taulukko 1: Tietodiskurssit ja subjektipositiot**

Seuraavaksi käyn läpi tutkimukseni tuloksia suhteuttaen niitä aikaisempaan tutkimukseen. Pohdin myös sitä, millaisia mahdollisia seurauksia diskurssit voivat olla tuottamassa mielenterveystyön käytäntöjen kannalta. Pohdin myös diskurssien suhdetta laajemmin yhteiskuntaan.

Koska diskurssit kietoutuvat toisiinsa monimutkaisin tavoin, on mahdotonta ennustaa millaisia todellisia seuraamuksia nuo diskurssit tuottavat. Diskurssit eivät siis esiinny arjessamme puhtaina, toisistaan erillisinä puhekokonaisuuksina, esimerkiksi yksikään haastateltava ei puhu vain yhden tietyn diskurssin kautta kuntoutustyöstä, vaan kaikki diskurssit olivat läsnä lähes kaikissa haastatteluissa. Viime kädessä merkityksellistä on, kuinka tietodiskurssit ja niiden sisältävät subjekti-positiot otetaan käyttöön yhteiskunnan areenoilla ja kuntoutustyön käytännöissä. Analyysiin ja aiempaan tutkimukseen nojautuen esitän tulkintoja mahdollisista seurauksista joita diskurssit voivat olla tuottamassa (Jokinen & Juhila 1993, 100.) Näistä mahdollisista seurauksista on tärkeää keskustella avoimesti mielenterveystyötä kehitettäessä. Ne tavat, joilla yhteiskunnassa määritellään kuntoutuksessa läsnä olevaa tietoa ja asiantuntijuuksia kietoutuvat arjen kuntoutustyöhön perustavalla, joskin usein huomaamattomalla tavalla. Ne ja tarjoavat kuntoutuksen osapuolille toiminnan ja itseymmärryksen resursseja.

### **Arviointitieto kuntoutuksen hallinnan välineenä**

Tämä diskurssi on aineistossani hallitsevin. Diskurssissa työntekijä määrittää kuntoutuksen ”primus motoriksi”, toimijaksi, joka määrittelee kuntoutuksen suuntaa ja tavoitteita arvioiden perusteella. Omainen näyttääytyy yhteistyöntekijänä ja tiedon tuottajana. Kuntoutujalle diskurssi mahdollistaa passiivisen tietämisen kohteen position. Diskurssi ei siis tarjoa kuntoutujalle resursseja oman asiantuntemuksen ja kokemuksellisen tiedon esiin tuomiseen. Työntekijän ja kuntoutujan suhde näyttääytyy perinteisenä asiantuntijasuhteena, jossa on tietäjä ja tietämisen kohde. Työntekijällä on, tai hänellä on mahdollisuus saavuttaa sellaista tietoa jonka avulla hän voi jäsentää kuntoutujan tilannetta ja määritellä tämän pohjalta tarvittavia muutostoimenpiteitä. (vrt. Juhila 2008.)

Keskeiseksi diskurssissa hahmottuu ammattilaisten arviointiin perustuva tieto, jonka kautta tulevaisuutta pyritään ennakoimaan ja hallitsemaan.<sup>2</sup> On esitetty että julkisen terveydenhuollon piirissä jatkuvasti lisääntyvä asiantuntijatiedon käyttö näyttäytyy välineenä ennakoita ja hallita riskejä (Petersen & Lupton 1996, 18). Asiantuntijatietoa lähestytään tällöin objektiivisena tietona, jonka ajatellaan olevan keino määritellä ja hallita tulevaisuuden riskejä. Objektiivinen tieto määrittyy subjektiiviselle tiedolle vastakkaisena (Carter 1995, 146), jolloin esimerkiksi kuntoutujan subjektiivinen tilannemäärittely, mikäli se on ristiriidassa asiantuntijatiedon kanssa, saattaa määrittyä virheelliseksi tai epäolennaiseksi. Tärkeää on siis keskustella siitä voiko vahva arviointidiskurssi heikentää aitoa asiakkaan osallistumista ja kokemukseen perustuvan tiedon huomioon ottamista kuntoutustyössä, jos on vastassa on objektiiviseksi määriteltyä tietoa (vrt. Sawyer, 2008.)

Aiemmissa tutkimuksissa on käsitelty sitä, kuinka erilaisissa kuntoutuskäytännöissä toiminta on usein asiantuntijakeskeistä. Tutkimuksia on aiemmin tehty mm. siitä, millainen kuntoutusasiakkaan asema on kuntoutuksen yhteistyötilanteessa (Pertinä 2001; Kokko 2003.) Pirkko Pertinä (2001) on todennut kuntoutuskokouskäytäntöjen olevan enimmäkseen asiantuntijalähtöisiä ja vuorovaikutuksen perustuvan pääasiassa ammatilliseen asiantuntijuuteen. Kuntoutujan rooli näissä tilanteissa on ollut kuulla arvioita työ- ja toimintakyvystään, ja toisaalta arvioita siitä, kuinka kuntoutusta tulisi suunnitella. (em. 72- 73.) Riitta-Liisa Kokko (2003) on tarkastellut asiakkaiden kokemuksia suhteessa virallisiin kuntoutusdiskursseihin. Hänen mukaansa silloin kun kuntoutusta tarkastellaan neuvottelusuhteena, asiakkaat kokevat että tilanteessa korostuu asiantuntijalähtöinen tieto, valta ja ammattikieli asiakaslähtöisyyden sijaan (em. 233.) Jaana Jaatinen (1996) puolestaan toteaa että esimerkiksi sosiaaliterapeuttisessa keskustelussa terapeutin määrittelemät kysymykset linjaavat terapiakeskustelua kauttaaltaan niin, että asiakkaan omat ongelmanmäärittelyt eivät pääse esiin (em. 117). Tutkimuksessa on tunnistettu myös asiakaskeskeinen käytäntö jossa asiakkaan omat määrittelyt saavat tilaa, mutta asiantuntijakeskeiset toimintatavat on todettu vuorovaikutuksessa hallitseviksi (em. 240).

---

<sup>2</sup> Sosiologisessa kirjallisuudessa riskin ja riskin hallinnan käsitteet nousivat puheenaiheeksi 1990-luvulla (Green 2007, 397 ) ja riskiteorioiden kautta on tarkasteltu mm. julkisen terveydenhuollon toimintaa (Petersen & Lupton 1996) sekä sosiaalipolitiikkaa, sosiaalityötä, mielenterveyskuntoutusta ja mielenterveyspolitiikkaa ( Kemshall 2002; Sawyer 2008; Green 2007).

Aiemmat tutkimukset vahvistavat tulkintaani siitä, että ammattilaisen asiantuntijatiedolla on merkittävä paikkansa kuntoutusprosessissa.

Ne puhuvat joiden kautta tietoa ja asiantuntijuutta on mahdollista kielellisesti määritellä toimivat myös resursseina ihmisten itseymmärrykselle ja identiteetin rakentumiselle (vrt. Kulmala 2006.) Nähdäkseni mielenterveystyössä työntekijän arviointitietoon perustuva diskurssi voi merkitä kuntoutuksen arjessa sellaisten käytäntöjen läsnäoloa, joissa a) työntekijät käsitteellistävät itseään tiedon tuottajina, jolloin kuntoutujan tiedolle ei jää tilaa b) kuntoutujan identiteetti rakentuu passiivisen tiedon vastaanottajan rooliin jolloin hänen on myös vaikeaa käsitteellistää itseään kertojana tai kokemustietoa merkityksellisenä. Toisaalta diskurssi voi c) mahdollistaa kuntoutujalle myös ”tietämättömyden” ja avun vastaanottamisen vaikeassa tilanteessa.

### **Tieto itsehoidon välineenä**

Diskurssi esiintyy aineistossa vaihtelevasti, kuitenkin vähemmän kuin muut diskurssit. Diskurssissa kuntoutustyöntekijä välittää kuntoutujalle tietoa, ja hänen tehtävänä on soveltaa tuota tietoa omassa arjessaan. Sekä työntekijä ja kuntoutuja ovat aktiivisia toimijoita, mutta tulkitsemisen kuntoutujan position kuitenkin rajatuksi. Kuntoutumisen tavoitteeksi määrittynyt kuntoutujan yksilöllinen elämänhallinta.

Kuntoutuksen kentällä on alettu kehittää työmenetelmiä joissa nimenomaan sairauteen liittyvän tiedon nähdään olevan keskeistä kuntoutumisessa, työmenetelmiin viitataan psykoedukaation käsitteellä (Lähteenlahti 2008, 202). Perinteisesti psykiatriassa ei ole ajateltu kuntoutujan hyötyvän sairauteen liittyvästä tiedosta, mutta avohoidon lisääntymisen myötä on alettu korostaa tätä puolta (Rissanen 2007, 65). Kuntoutujat ja omaiset ovat ilmaisseet tarpeensa tietoon ja halunsa ymmärtää tilannettaan useissa tutkimuksissa (Laitila 2010; Connor & Wilson 2006; Hotti 2004; Lemola 2008). On esitetty toiveita myös siitä, että tuo tieto esitettäisiin ymmärrettävässä muodossa professioiden sisäiseen ammattikieleen juuttumisen sijasta (Connor & Wilson 2006). Se, että psyykkisesti sairastunut saa tietoa jonka avulla hänen on mahdollista jäsentää ja ymmärtää tilannettaan, voi auttaa häntä tulemaan

toimeen sairautensa kanssa ja parhaimmillaan sillä voi olla hyvinkin merkittävä vaikutus kuntoutujan elämässä ja selviytymisessä (vrt. Rissanen 2007).

Huomionarvoista kuitenkin on että itsehoito-diskurssissa sairauteen liittyvä tieto perustuu psykiatriseen ja psykologiseen tietoon mielenterveyden sairauksista ja niiden hoitotavoista. Kuntoutujan tehtävänä on ikään kuin hyväksyä tämä tieto ja opetella soveltamaan sitä arkielämässään. Tämän kautta hänen on mahdollista tavoitella hyvää vointia. Vaikka oireiden hallintaan perustuvalla tiedolla on paikkansa kuntoutustyössä, tärkeää on tarkastella myös diskurssin mahdollisesti tuottamia kielteisiä seurauksia. Merkittävä kysymys on siis diskurssin seuraamuksia tarkasteltaessa myös se, millä tavoin he, jotka eivät syystä tai toisesta sopeudu määriteltyyn sairaan roolin tai joilla on vähiten resursseja tavoitella yksilöllistä elämänhallintaa ja hyvää vointia tulevat kohdatuiksi kuntoutuksen arjessa ja palvelujärjestelmän eri tasoilla. Nähdäkseni kysymys on siis myös niistä rajanvedoista, milloin kuntoutuja määritellään ”hyväksi asiakkaaksi” ja milloin hänestä tulee passiivinen ”vaikea asiakas”. Tämä voi näyttäytyä eri tavoin kuntoutussuhteessa ja siinä kuinka asiakkuuden rajoja määritellään (vrt. Raitakari 2008). On myös esitetty esimerkiksi että mielenterveysorganisaatioiden toiminnan tehokkuuden ja tuloksellisuuden ulkoiset arviointikäytännöt ohjaavat työntekijöitä tiukempaan asiakasvalikointiin (Saario 2011, 208), jolloin kysymykset hyvästä asiakkuudesta ja kuntoutumiskyvykkyyden määrittämisestä tulevat ajankohtaisiksi. Kuntoutustyön käytäntöjen kannalta itsehoitodiskurssin käyttö voi merkitä a) kuntoutujan hyvinvoinnin lisääntymistä omien selviytymiskeinojen lisääntyessä b) kuntoutujien valikoitumista palveluihin aktiivisuuden ja ”hyvän asiakkuuden” perusteella.

### **Kuntoutujan rajallinen kokemustieto**

Diskurssissa kuntoutuja määrittyy aktiiviseksi kertojaksi, joka määrittelee tarpeitaan ja toiveitaan. Kuntoutujan omien toiveiden ja valintojen ilmaisemiselle näyttäisi olevan vahva periaatteellinen odotus, mutta työntekijä arvioi usein tuon valinnan oikeellisuutta ja realistisuutta. Työntekijä näyttää myös tässä myös itsenäisyyden vahvistajana suhteessa omaisiin. Diskurssissa näyttää yksilöllisyyden ja itsenäisyyden tavoite, jolloin nimenomaan epätietoisuus, kyvyttömyys valita, esittää toiveita tai suunnitella tulevaisuutta näyttävät yksilöllistymiskehityksen esteinä (vrt. Karjalainen 2004). Kuntoutuksen

tavoitteena on siis itsenäisen toimijuuden vahvistaminen, omien toiveiden ja tarpeiden sekä valintojen ilmaisun vahvistamisen kautta. Työntekijä näyttäytyy suhteessa kumppanina, joka vahvistaa kuntoutujan itsenäisyyttä ja omaa arviointikykyä. Ilpo Helénin (2011) mukaan politiikkatasolla mielenterveystyön kehittämispuheessa työntekijän määrittäytyy sekä kanssakulkijaksi eli lähimmäiseksi että manageriksi, henkilöksi joka mahdollistaa kuntoutuksen ja elämän perusasiat asiakkaalle. Tässä tutkimuksessa tämä työntekijän kaksinaisrooli näyttäytyy työntekijöiden puhuessa työstään. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan tukeminen ja kuuleminen, ja toisaalta vaihtoehtojen tarjoaminen.

Huomionarvoista on myös se, että kuntoutujan valintaan, ongelmanmäärittelyihin ja toiveisiin viitattiin usein juuri asiakaslähtöisyyskysymykseen vastattaessa. Asiakaslähtöisyydestä puhuttaessa viitataan usein asiakkaan esimerkiksi asiakkaan kuulemiseen joka tuntuisi olevan diskurssissa keskeinen termi. Helén on tutkinut asiakkuus-käsitettä mielenterveystyön politiikan tasolla. Hänen mukaansa nykyisessä mielenterveystyön kehittämispuheessa mielenterveyspalvelujen asiakas näyttäytyy palveluja käyttävänä, palvelutarpeitaan artikuloivana, valintoja tekevänä yksilönä joka hallitsee elämäänsä ja tavoittelee hyvää vointia (Helén 2011, 171). Analyysini perusteella työntekijöiden puheessa näyttäytyy tämä ”kehittämispuheen asiakkuus” mutta kuntoutuksessa läsnä on myös arviointi. Tässäkin diskurssissa työntekijä määrittäytyy henkilöksi joka viime kädessä arvioi kerrotun realistisuutta.

Diskurssissa siis kuntoutujalle rakentuu tila jossa hän voi ilmaista toiveitaan tulevaisuutensa suhteen, kuitenkin tietyin rajoituksin. Huomionarvoista on se, että puhe siitä, mitä kuntoutuja voi kertoa on yleensä tulevaisuuteen suuntautunutta. Tämä voi osaltaan johtua haastattelutilanteesta ja haastattelukysymysten rajoituksista. Diskurssi voi kuitenkin rakentaa kuntoutujalle tilaa, jossa keskeistä on tulevaisuuteen suuntautuminen. Mielenterveystyön käytäntöjen kannalta diskurssi voi olla rakentamassa käytäntöjä joissa a) kuntoutuja on aktiivinen kuntoutukseen osallistuja ja työtapa kuunteleva b) kuntoutujan kertomisen mahdollisuudet painottuvat tulevaisuuden toiveiden ja valintojen kertomiseksi, jolloin sellaiselle työtavalle, joka sallisi muunlaiset ongelmanmäärittelyt tai staattisen tilanteen, ei jää välttämättä tilaa.

## **Yhteenveto**

Tämän tutkimuksen perusteella tietodiskurssit voivat olla tuottamassa monenlaisia, keskenään ristiriitaisiakin seurauksia. Olen pyrkinyt käsittelemään niitä diskursseihin sisältyviä piiloisia oletuksia, jotka saattavat jäädä asiakaslähtöisyyskeskustelussa näkymättömiin. Mielenterveyskuntoutukseen liittyvässä asiakaslähtöisyyskeskustelussa on tärkeää käsitellä niitä erilaisia näkökulmia joita kuntoutukseen liittyviin puhetapoihin sisältyy. Olen tuonut keskusteluun sekä positiivisia, usein ilmiselvänä näyttäytyviä seurauksia, mutta myös käsitellyt niitä mahdollisia tarkoittamattomia seurauksia joita diskurssit voivat olla tuottamassa. Näyttäisi siltä että työntekijöiden asiantuntijatieto määrittäyty monellakin tavalla kuntoutusprosessia ohjaavaksi. Omaisiin viitattiin yleisesti vähän tiedosta puhuttaessa. Tämä saattaa olla osaltaan kertoa vahvasta asiantuntijakulttuurista tai toisaalta tarpeesta tukea kuntoutujan itsenäisyyttä. Toisaalta myös haastattelutilanne saattoi rajoittaa; haastateltavat orientoituivat ehkä enemmän organisaatioiden välisen toiminnan kuin omaisyhteistyön tarkasteluun.

Kuntoutuja taas hahmottuu ristiriitaisesti joko passiivisena autettavana tai vastuullisena valintojen tekijänä ja aktiivisena kuntoutukseen osallistujana ja tarpeidensa määrittelijänä. Vaikka kaikki diskurssit esiintyivät lähes kaikissa haastatteluissa, havaitsin diskurssien käytössä myös vaihtelua haastattelujen välillä. Tämä voi aiheuttaa ristiriitaisia käytäntöjä esimerkiksi verkostotyössä, mikäli kuntoutuja ymmärretään toisissa organisaatioissa passiivisena arvioiden kohteena ja toisissa organisaatioissa aktiivisena kertojana ja oman elämänsä suunnittelijana. Tärkeää on kuitenkin huomata myös se, että ihmiset eivät sopeudu heille tarjottuihin positioihin automaattisesti, eli kuntoutajat voivat myös vastustaa heille tarjottuja positioita (vrt. Kulmala 2006, 66). Lopulta diskurssit realisoituvat arjen moninaisissa käytännöissä. Diskurssit voidaan ymmärtää resursseina, joita vuorovaikutukseen osallistujat hyödyntävät vaihtelevasti. Tähän ulottuvuuteen ei diskursseja tunnistava analyysi yletä. Tutkimustulokseni voivat kuitenkin toimia keskustelun virittäjänä ja jatkotutkimuksen pohjana.



## 6.2 Diskurssien suhde yhteiskuntaan

Kuntoutus ei ole muusta yhteiskunnasta irrallinen instituutio vaan se tulee ymmärtää osana yhteiskunnan laajaa sosiaalista, taloudellista, poliittista ja kulttuurista toimintajärjestelmää. Kuntoutuksen tavoitteissa ja painotuksissa heijastuvat siis eri aikakausina yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja hyvinvointi-ideologia. (Kokko 2003, 6; Karjalainen) Tietodiskursseja on mielekästä tarkastella myös hieman laajemmassa yhteydessä.

Kuntoutuksen yksilöllistymiskehitys (vrt. Karjalainen 2004) on analyysini perusteella näkyvissä myös mielenterveyskuntoutuksesta puhuttaessa. Tämä heijastuu myös ajankohtaisessa mielenterveyskuntoutuksen tutkimuksessa, jota esittelin raporttini toisessa luvussa. Tieto itsehoidon välineenä ja kuntoutujan rajallinen kokemustieto- diskursseissa kuntoutuksen tavoitteiksi hahmottuvat henkilökohtaisen arjenhallinnan ja itsenäisyyden vahvistaminen. Voimavaraistavan työskentelyotteen voidaan ajatella heijastavan tulkintatapaa jossa yksilöt nähdään vastuullisina oman elämänsä hallitsijoina. Kuntoutuksessa ja terveydenhuollossa asiakkaan aktiivisuuden ja vastuullisuuden korostumista on tulkittu myös yksilöllisen riskien hallinnan kautta (Green, 2007, 397). On todettu, että omasta hyvinvoinnista huolehtiminen on muodostunut syvästi moraaliseksi kysymykseksi; esimerkiksi terveyskeskustelussa ”hyvä kansalaisuus” määrittyy vastuullisen itsestä huolehtimisen, itsekontrollin ja itsensä kehittämisen kautta. Tämä vastuullisuuden problematiikka on nähty osana kansalaisten aktivoimista, heidän liittämistään yhteiskunnan aktiivisiksi ja riippumattomiksi jäseniksi. Aktiivisuudesta on tullut sosiaalipolitiikan kansalaisuutta ohjaava perusideologia; aktiivisuus voidaan samaistaa vastuullisuuteen, passiivisuus ja riippuvuus vastuuttomuuteen (Julkunen 2006, 206; Petersen & Lupton 1996, 64; Helén & Jauho 2003, 32.).

Tulkitsen näiden hyvän kansalaisuuden ihanteiden heijastuvan myös tietodiskursseissa ja muotoilevan osaltaan käsitystä hyvästä kuntoutumisesta ja hyvästä kuntoutujasta. Vaikka toimijuuden ja itsenäisyyden vahvistuminen voi näyttäytyä sinänsä tavoiteltavana tilanteena kuntoutuksessa, on tärkeää pohtia sitä millaisia käännteisiä puolia diskurssit voivat sisältää. Toimijuuden ja aktiivisuuden korostumisen käänntöpuolena voi olla että kaikenlainen riippuvuus ja kykenemättömyys tehdä valintoja tai hahmottaa omia tarpeitaan määrittyy

ongelmalliseksi. Sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa yksilöiden vastuuta korostavien puhetapojen on tulkittu häivyttävän keskustelusta myös palvelujen toimintaan liittyviä rakenteellisia epäkohtia. (Rantala 2007).

Aktiivisuutta ja itsenäisyyttä heijastavien diskurssien rinnalla kulkee vahva ammatilliseen tietoon perustuva diskurssi. Asiantuntijatiedolla on mielen sairauksien ja hoidon tarpeen määrittelyssä pitkä historia, johon kietoutuvat niin lääketieteelliset ja juridiset hoidon ja kontrollin ulottuvuudet (Helén 2010, 45 -46). Tärkeää on kuitenkin kysyä, onko nykyisessä mielenterveyskuntoutuksen toimintaympäristössä asiantuntijatietodiskurssia vahvistavia piirteitä? Suomalaisessa mielenterveyspoliittisessa keskustelussa on jo pitkään puhuttu psykiatrisen hoidon rakennemuutoksen epäonnistumisesta ja palveluiden puutteellisuudesta (Helén 2011). Uusia toimintatapoja joilla on pyritty korjaamaan näitä epäkohtia ja tehostamaan palveluja, ovat olleet muun muassa julkisten palveluiden markkinoistaminen, kilpailutukset ja erilaiset tuottavuuden ja laadun arvioinnit.

Vaatimukset toiminnan tehostamisesta näkyvät myös arjen kuntoutustyössä. Työntekijöiden odotetaan olevan vastuullisia ja tuloksia aikaansaavia. (Raitakari & Saario 2008, 222; Raitakari 2007, 244.) Mielenterveystyössä sovelletaan erilaisia vaikuttavuuden arvioinnin tekniikoita yhä enenevässä määrin, ja palvelujen tuottajat ovat velvollisia raportoimaan toiminnastaan palvelun tilaajalle. Paikallistason työntekijät näyttävät siis selontekovelvollisina toiminnan tuloksellisuudesta. Erilaisten hallinnolliseen ja sopimukselliseen raportointiin liittyvien arviointitekniikoiden on arvioitu aiemmassa tutkimuksessa muuttavan myös arjen kuntoutustyön sisältöjä. (Saario 2011.) Nähdäkseni on mielekästä pohtia myös sitä, missä määrin hallinnolliset ja liikkeenjohdolliset tehostamisen vaatimukset ovat omiaan vahvistamaan arviointiin ja työntekijöiden asiantuntijuuteen perustuvaa diskurssia mielenterveystyön arjen sisäisissä työkäytännöissä. Jos työntekijät käsitteellistetään vahvasti selontekovelvollisina toiminnan tuloksellisuudesta, on mahdollista että tämä vahvistaa myös työtappaa jossa vanhaan ammatilliseen asiantuntijuuteen perustuvan tiedon asema korostuu kuntoutustyössä kuntoutujan omien ongelmanmäärittelyjen kustannuksella.

### 6.3 Jatkotutkimuksen aiheita

Tietodiskurssien kautta kuntoutuksen kenttää voi lähestyä monipuolisesti. Keskusteluanalyttisellä tutkimuksella on mahdollista tavoittaa arkisen vuorovaikutuksen ulottuvuus kuntoutustyössä, ja tutkimusta auttamistyön käytännöistä on tehtykin jonkin verran (esim. Wahlström 2000; Vanhala 2000; Raevaara 2001). Diskurssianalyysin yksi ulottuvuus on se, että diskursseja voidaan tarkastella vuorovaikutuksen resurssina; vuorovaikutustilanteissa hyödynnämme diskursseja tehdäksemme niillä erilaisia asioita (Wetherell & Potter, 1992, 90). Mielenkiintoista olisi tätä tutkimusmenetelmää käyttäen tarkastella miten esimerkiksi erilaiset kuntoutuksen arjen kohtaamiset sekä kuntoutuksen yhteistyöpalaverit näyttäytyvät tietodiskurssien näkökulmasta.

Työntekijän arviointitietoon painottuvassa diskurssissa kuntoutus rakentuu työntekijöiden tuottaman kokonaisvaltaisen tiedon pohjalta eteneväksi. Toisaalta diskurssin sisällä on havaittavissa kiinnostavaa sisäistä ristiriitaa erilaisten tietoperustojen välillä. Esimerkiksi lääketieteellinen tieto ja arjen kuntoutustyöhön liittyvä kuntoutujan tilanteen havainnointiin ovat osittain keskenään ristiriitaisia. Nämä eivät kuitenkaan nousseet analyysissäni keskeiselle sijalle. Tärkeää on kuitenkin pohtia, kuinka tämä erilaisten tietoperustojen välinen ristiriitaisuus näyttäytyy kuntoutustyössä, esimerkiksi palaveritilanteissa. Esimerkiksi Riitta-Liisa Kokko havaitsi kuntoutustyöryhmän kokouksissa asiakkaan joutuvan ajoittain viranomaisten määrittelykiistojen kohteeksi, kun ammattilaisten erilainen tietäminen oli neuvottelun kohteena. Tällöin kuntoutusasiakkaasta tuli tietämisen kohde ja hän ajautui sivullisen asemaan omassa kuntoutuspalaverissaan. (Kokko 2003, 92.) Verkostotyön käytäntöjä ajatellen olisikin siis tärkeää tutkia tarkemmin sitä, millaisia eroja professioiden tietojen välillä on ja kuinka nämä tiedot ja niiden erilaisuudet näyttäytyvät kuntoutustyön arjessa, esimerkiksi verkostopalavereissa. Näyttäytyvätkö palaverit tietojen yhdistämiseen pyrkivinä tapahtumina, vai nousevatko professioiden väliset ristiriidat keskeisiksi?

Kuntoutustyön arkea olisi tärkeää tutkia myös siltä kannalta, millä tavalla kuntoutujan tieto suhteutuu ammattilaisten tietoon erilaisissa kuntoutuksen arjen tilanteissa, ja millä tavoin kuntoutujan tieto tulee niissä käsitellyksi? Mikäli diskurssia tarkastellaan institutionaalisenä käytäntönä, merkitykselliseksi kuntoutustilanteiden tarkastelussa voidaan nostaa myös esimerkiksi puheenvuorojen käyttö ja jakaminen, ajankäyttö, tilan käyttö ja erilaiset

kirjaamiskäytännöt. Nämä kaikki ovat ulottuvuuksia joissa diskurssit ilmenevät. (vrt. Ruusuvuori 1994, 47).

Kiinnostava kysymys on myös millä tavoin nämä diskurssit näyttäytyvät kuntoutujien itsemäärittelyissä? Millä tavoin kuntoutujat tuovat esiin omaa, kokemuksellista tietämystään sairastamisesta, millä tavoin taas työntekijöiden tekemä arviointi tai oireidenhallintakieli on läsnä?

#### **6.4 Tutkimuksen arviointia**

Tutkimuksen tekeminen on ollut monessa mielessä rikastuttava kokemus. Olen saanut tavata useita mielenkiintoisia ihmisiä ja kuulla heidän ajatuksiaan mielenterveystyöstä ja palvelujärjestelmän toimivuudesta. Monessa kohtaa on tullut mieleen, että teenkö oikeutta kaikille niille ajatuksille ja mielipiteille joita haastatteluissa tuotiin esiin. Toisaalta tiedostan että yhdellä tutkimuksella on mahdollista valaista vain yhtä näkökulmaa mielenterveyteen ja mielenterveystyöhön. Yhden kysymyksen käsittely häivyttää kuitenkin välttämättä muita aiheeseen liittyviä muita näkökulmia. Aineiston analyysi on oman tulkintatyöni tulosta, joku muu olisi saattanut päätyä erilaisiin tulkintoihin. Olen kuitenkin perustanut tulkintani aineiston tarkkaan analyysiin sekä aiempaan tutkimukseen, joten tässä mielessä voidaan puhua perustellusta tulkinnasta (Jokinen & Juhila 1993, 107).

Olen pohtinut olisivatko tietoon suoraan suunnatut kysymykset tuottaneet erilaisia vastauksia; haastattelukysymyksenihän eivät koskeneet suoraan tiedon roolia kuntoutuksessa. Se, että tietoa ylipäättään käsiteltiin paljon haastattelupuheessa, on jo kiinnostavaa sinänsä ja siksi tarkastelemisen arvoista. Haastattelupuheen kietoutumista haastattelukysymyksiin on kuitenkin syytä pohtia; haastattelukysymykset ja haastattelutilanne saattoivat ohjata työntekijöitä puhumaan juuri organisaatioiden välisestä työskentelystä. Esimerkiksi se, että omaisten tieto ei noussut aineistossa esiin, saattoi osaltaan johtua työntekijöiden orientaatiosta nimenomaan organisaatioiden keskinäisestä työnjaosta puhumiseen. Haastattelukysymykset liittyivät myös taitekohtaan, jossa kuntoutuja vaihtaa asiakkuuttaan organisaatiosta toiseen.

Tämä näkökulma suuntasi varmasti keskustelua etenemisen ja tulevaisuuden suunnittelun teemojen käsittelyyn.

Tutkimuksen tekeminen on edellyttänyt monessa suhteessa rajojen vetämistä. Ensimmäisenä haasteena oli rajata tutkimuskysymys ja toisena haasteena oli yrittää pysyä suurin piirtein tuon tutkimuskysymyksen määrittämässä rajoissa. Olen joutunut toteamaan että en voi tutkimukseni puitteissa käsitellä kaikkia minua kiinnostavia ja askarruttavia kysymyksiä. Olen opetellut tiivistämään ja muotoilemaan ajatuksiani yhä uudelleen. Aloittaessani tutkimuksen tekemisen, kuvittelin että voisin kattavasti vastata asettamaani tutkimuskysymykseen jos vain lukisin, pohtisin ja kirjoittaisin tarpeeksi. Prosessi on kuitenkin opettanut minua myös ymmärtämään oman tietämiseni rajoja. Nyt tiedän hiukan enemmän, mutta uusia kysymyksiä on herännyt matkan varrella lukemattomia. Toivon että tutkimukseni herättää myös lukijoissa uusia kysymyksiä joihin perehdytään ja joista keskustellaan mielenterveystyön ja - tutkimuksen kentällä.

## LÄHTEET

- Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1994): Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus. Suomentanut Vesa Raiskila. Englanninkielinen alkuteos The social construction of reality 1966. Doubleday.
- Burr, Vivien (2001): Social constructionism. London: Routledge.
- Burr, Vivien (1998): Overview: Realism, relativism, social constructionism and discourse. Teoksessa Ian Parker (toim.) Social constructionism, discourse and realism. London: Sage publications, 13-25.
- Bury, Michael (2000): Postmodernity and health. Teoksessa Graham Scambler ja Paul Higgs (toim.) Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000. London: Routledge, 1-9.
- Carter, Simon (1995): Boundaries of danger and uncertainty: an analysis of the technological culture of risk assessment. Teoksessa Gabe Jonathan (toim.) Medicine, health and risk. Oxford. Blackwell publishers, 133-150.
- Connor, Samantha & Wilson, R (2006): It's important that they learn from us for mental health to progress. Journal of mental health, 15:4, 461-474.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Foucault, Michel (1991): Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason. London: Routledge.
- Gittens, Diana (1998): Madness in its place. Narratives of Severall's hospital 1913-1997. London: Routledge.
- Green, David (2007): Risk and social work practice. Australian social work 6:4, 395-409.
- Harjajärvi, Minna, Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006): Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Harjula, Minna (2003): Uhka vai uhri? Vammaisuus ja kansanterveys Suomessa 1880-1939. Teoksessa Ilpo Helén ja Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 128-145.
- Helén, Ilpo, Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011): Komplekseja ja katkoksia-psykiatrian hajaantuminen suomalaiseseen sosiaalivaltioon. Teoksessa: Helén Ilpo (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere. Vastapaino, 11-69.

Helén, Ilpo (2010): Psykiatrian muodonmuutos ja depression nousu kansantaudiksi. Historiallis-sosiologinen interventio. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010: 47,48-58.

Helén, Ilpo (2011): Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 153-181.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003): Terveyskansalaisuus ja elämänpolitiikka. Teoksessa Ilpo Helén ja Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 7-12.

Honkasalo, Marja-Liisa (2000): Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa Ilkka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 53-73.

Hui, Ada & Stickley, Theodore (2007): Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: discourse analysis. Journal of advanced nursing 59:4, 416-426.

Hänninen, Vilma: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampere: Tampere University Press.

Isohanni, Matti & Joukamaa, Matti (2005): Skitsofrenia. Teoksessa Ulla Lepola, Hannu Koponen, Esa Leinonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: WSOY, 37-52.

Jankko, Terhi (2008): Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa. Tampere: Tampereen yliopisto, pro gradu- tutkielma.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993): Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyyttiset käsitteet. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 17-47.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993): Johdanto. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila ja Eero Suoninen (toim.) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 9-14.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1993): Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila ja Eero Suoninen (toim.) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 75-108.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (1999): Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila ja Eero Suoninen (toim.) Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere, Vastapaino, 54-97.

Jokinen, Arja, Suoninen, Eero & Wahlström, Jarl (2000): Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa Arja Jokinen ja Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino, 15-33.

Julkunen, Raija (2004): Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Lea Henriksson ja Sirpa Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 168-186.

Julkunen, Raija (2006): Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.

Julkunen, Ilse & Heikkilä, Matti (2007): User involvement in personal social services. Teoksessa: Rik van Berkel & Ben Valkenburg (toim.) Making it personal. Individualising activation services in the EU. University of Bristol : The Policy Press, 87-103.

Juvonen, Teija (1996): Kuntoutuksen monitoimisuus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö.

Jähi, Rita (2004): Työstää, tarinoida, selviytyä. Acta Universitatis Tamperensis 1015. Tampere: Tampere University Press.

Järvi, Ulla (2000): Mielenterveyspalveluja purettiin hallitsemattomasti. Suomen lääkärilehti 55: 8, 855-866.

Kananoja, Aulikki, Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008): Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS -kustannus.

Karjalainen, Vappu (2004): Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta - mutta miten? Teoksessa Vappu Karjalainen ja Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme - ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 11-25. Kemshall, Hazel (2002): Risk, social policy and welfare. Philadelphia: Open University Press.

Kemshall, Hazel (2002): Risk, social policy and welfare. Philadelphia: Open University Press.

Kokko, Riitta-Liisa (2003): Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Korkeila, Jyrki (1996): Julkiset mielenterveyspalvelut – luottamus kriisissä. Helsinki: STAKES.

Koskiahon, Brita (2008) : Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Tampere: Vastapaino.

Kulmala, Anna (2006): Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Acta universitatis Tamperensis 1148. Tampere: Tampere university press.

Kärkkäinen, Jukka: Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 138.

Laitila, Minna (2010): Asiakkaan osallisuus päihde- ja mielenterveystyössä. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Science 31.

Lemola, Leena (2008): Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.



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

Mattila, Markku (2003): Rotuhygienia ja kansalaisuus. Teoksessa Ilpo Helén ja Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 110-127.

Morral, Peter (2009): Sociology and health. London: Routledge

Mueser, Kim T. & McGurk, Susan R. (2004): Schizophrenia. The Lancet 363:2004, 2063-2072.

Nikander, Pirjo (2001): Kenneth Gergen. Konstruktionistinen ja postmoderni sosiaalipsykologia. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Tampere: Vastapaino, 275-298.

Parker, Ian (1992): Discourse dynamics. Critical analysis for social and individual psychology. London: Routledge.

Perttinä, Pirkko (2005): Kuka minusta puhuu? Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.

Perälä Marja-Leena, Rissanen, Pekka, Grönroos, Eija, Hammar, Teija, Pöyry, Päivi, Noro, Anja, Saalasti-Koskinen, Ulla & Teperi, Juha (2004): Asiakkaan ohjausmallin arviointi. Helsinki: Stakes.

Petersen, Alan & Lupton, Deborah (1996): The new public health. Health and self in the age of risk. London. London: Sage publications.

Pilgrim, David (1990): Competing histories of madness. Teoksessa Richard P. Bentall (toim.) Reconstructing schizophrenia. London: Routledge, 211-233.

Pilgrim, David & Rogers, Anne (2005): Sociology of mental health and illness. Berkshire: Open University Press.

Pilgrim, David & Rogers, Anne (2005a): The troubled relationship between psychiatry and sociology. International journal of social psychiatry 51:3, 228-241.

Potter, Jonathan (1995): Fragments in the realization of relativism. Teoksessa Ian Parker (toim.) Social constructionism, discourse and realism. London:Sage Publications, 27-45.

Potter, Jonathan (1996): Representing reality. Discourse, rhetoric and social construction. London: Sage Publications.

Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1987): Discourse and social psychology. London: Sage publications.

Powell, John & Clarke, Aileen (2006): Information in mental health: Qualitative study of mental health service users. *Health Expectations* 9: 4, 359-365

Raevaara, Liisa (2001): Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä ja Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 113-133.

Rantala, Kati (2006): Syrjäytyneille turvaa vai tuomiota? Vaietut vankilakierteet ja vastuun jakautuminen. Teoksessa Kati Rantala ja Pekka Sulkunen (toim.) *Projektityhteiskunnan kääntöpuolia*. Helsinki: Gaudeamus, 207-227

Rose, Nikolas (1990): *Governing the soul. The shaping of the private self*. Routledge. London.

Rose, Nikolas (1995): Eriarvoisuus ja valta hyvinvointivaltion jälkeen. Teoksessa Risto Eräsaari ja Keijo Rahkonen (toim.) *Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta*. Gaudeamus, Helsinki. (19-56). Alkuperäinen julkaisu *Janus* 1993(1). Suomentanut Vesa Raiskila.

Raitakari, Suvi (2008): Asukkaasta kiinni pitäminen ja irti päästäminen. Neuvotteluja yhteisön tavoittelemasta jäsenyydestä. Teoksessa Irene Roivanen, Marianne Nylund, Riikka Korkiamäki ja Suvi Raitakari (toim.) *Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla?* Jyväskylä: PS- kustannus, 225-244.

Rissanen, Päivi (2007): *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Rogers, Anne & Pilgrim, David (2003): *Mental Health and inequality*. London: Palgrave & McMillan.

Romakkaniemi, Marjo & Väyrynen, Sanna (2010): Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Aila Järvikoski, Jari Lindh ja Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino, 135-151.

Ruusuvuori, Johanna (1994): Sosiaalitieteellinen näkökulma terveydenhuollon vuorovaikutustilanteisiin: Diskurssianalyysin tarkastelua. Teoksessa Martina Reuter ja Johanna Ruusuvuori: *Filosofinen ja sosiaalitieteellinen näkökulma terveydenhuoltoon*. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 41-62.

Saario, Sirpa (2011): Arviointitekniikat ja mielenterveystyö. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 182-230.

Salo, Markku (1996): *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Tampere: Vastapaino.

Sawyer, Anne-Maree (2008): Risk and new exclusions in community mental health practice. *Australian social work* 61:4, 327-341.

Shattell, Mona M., McAllister, Sara, Hogan, Beverly, Thomas, Sandra B. (2006): "She took the time to make sure she understood". Mental health patients' experiences of being understood. Archives of Psychiatric nursing 20:5, 234-241.

Tiittula, Liisa & Ruusuvaori, Johanna (2005): Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Johanna Ruusuvaori ja Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino 9-56.

Tuori, Timo (1994): Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarvioinnista. Helsinki: Stakes.

Turner, Bryan. S. (1987): Medical power and social knowledge. London: Sage publications.

Vanhala, Anni (2000): Ongelmapuhe ja voimavarapuhe asiakkuuden määrittymisessä. Teoksessa Arja Jokinen ja Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino, 245-263.

Wahlbeck, Kristian (2005): Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 60-75.

Wahlbeck, Kristian (2007): Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 87-101.

Wahlbeck, Kristian & Pirkola, Sami (2008) : Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa Ulla Ashorn ja Juhani Lehto (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 131-144.

Wahlström, Jarl (2000): Miten olla erilainen aikuinen? Teoksessa Arja Jokinen ja Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino: 221-243

Wetherell, Margaret & Potter, Jonathan (1992): Mapping the language of racism. Discourse and the legitimation of exploitation. New York: Columbia university press.

Wetherell, Margaret (2001): Themes in discourse research: The case of Diana. Teoksessa Margaret Wetherell, Stephanie Taylor ja Simon J. Yates (toim.) Discourse Theory and Practice. A Reader. London: Sage Publications, 14-28.

Internet-lähteet:

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus (2001): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

(2001): <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf> (luettu 1.10.2012)

Mielenterveyslaki: <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/mtlaki.htm> (luettu 1.10 2012)

## **LIITE 1: Haastattelurunko**

### **➤ kysymysten käsittely konkreettisesti asiakastapausten kautta**

#### **I Aloitus**

1. Mikä on organisaatio jossa työskentelet?
2. Millainen on työkuvasi?

#### **II Asiakasohjausprosessi suhteessa kurssiin**

Valinta kurssille

1. Miten asiakasohjaus kurssille tapahtuu?
2. Millainen on mielestäsi potentiaalinen kurssin asiakas
  - a) millaisia ovat kurssille sopivat asiakkaat?
  - b) millaisia ovat kurssille ei-sopivat asiakkaat?
  - c) Miten käytännössä asiakkaan valinta kurssille tapahtuu?
    - i. yhteistyö asiakkaan kanssa?
    - ii. yhteistyö kurssin työntekijöiden kanssa?
    - iii. yhteistyö asiakasta hoitavan tahon kanssa?

Kurssin aikana

1. Millaista yhteistyötä teet kurssin aikana asiakkaan asioissa
  - a) asiakkaan kanssa
  - b) työntekijöiden kanssa

Kurssin päättyminen

1. Miten suunnittelet kurssilaisen jatkosuunnitelmia?
  - a) yhteistyö asiakkaan kanssa
  - b) yhteistyö työntekijöiden kanssa
  - c) yhteistyö hoitotahojen kanssa

Kurssin jälkeen

1. Miten työsi kurssin asiakkaan kanssa jatkuu kurssin päättymisen jälkeen?

#### **III Yhteistyö**

1. Millaisia odotuksia olet kurssille asettanut? Millaista asiakkaan kuntoutuminen on / millaista sen tulisi olla kurssilla?
2. Millaista yhteistyösi kurssin työntekijöiden kanssa on ollut?
  - a. sen hyvät puolet
  - b. heikkoudet
  - c. miten parantaisit yhteistyötä
3. Millaista yhteistyötä olet tehnyt kurssilaisten omaisten kanssa ja miten se on sujunut?
  - a. sen hyvät puolet
  - b. heikkoudet
  - c. miten parantaisit yhteistyötä
4. Millaista yhteistyötä olet tehnyt kurssilaisten hoitavan tahojen kanssa ja miten yhteistyö on sujunut?
  - a. sen hyvät puolet
  - b. heikkoudet
  - c. miten yhteistyötä parantaisit
5. Millaista yhteistyötä olet tehnyt kurssilaisten kanssa ja miten se on sujunut?
  - a. sen hyvät puolet
  - b. heikkoudet
  - c. miten parantaisit yhteistyötä

#### **IV Asiakaslähtöisyys**

1. Mitä mielestäsi on asiakaslähtöisyys?
  - a. Mitä mielestäsi asiakaslähtöisyys ei ole?
  - b. Mitkä ovat asiakaslähtöisen työn esteet?
  - c. Miten työssäsi asiakaslähtöisyys näkyy?
2. Millainen on mielestäsi suunnitelmallinen kuntoutuspolku?