

Minna Tyrisevä

LINNAKLUBIN
KUNTOUTUMISTARINOITA –
TYÖPAJA


Opinnäytetyö
Sairaanhoitajakoulutus

Toukokuu 2014




MAMK
University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

		Opinnäytetyön päivämäärä 8.5.2014
Tekijä(t) Minna Tyrisevä		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sairaanhoidajakoulutus, Savonlinna
Nimeke LinnaKlubin kuntoutumistarinoita -työpaja		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa LinnaKlubin kuntoutumistarinoita -työpaja yhdessä Savonlinnan LinnaKlubin jäsenten ja henkilöstön edustajan kanssa. Savonlinnan LinnaKlubi kuuluu Fountain House -klubitalojen verkostoon, ja sen taustaorganisaationa toimii Savonlinnan seudun mielenterveyskuntoutujille sosiaalipsykiatrisia kuntoutumis- ja asumispalveluja tuottava Kotilo ry. Kyse on kuntouttavasta, tasa-arvoisesta yhteisöstä, jonka toiminta on jäsenille vapaaehtoista ja maksutonta.</p> <p>Työpajan tarkoituksena oli työpajaprosessin lisäksi tuottaa kuntoutumistarinoita erilaisin toiminnallisin menetelmin. Työpajan toteutus tapahtui asiakaslähtöisesti siten, että osallistujat olivat mukana sen suunnittelussa alusta asti. Työpajan suunnittelu alkoi keväällä 2013, ja työpaja toteutui syksyn 2013 aikana, suljettuna pienryhmänä, jonka ohjaajana itse toimin.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään psykiatrian historiaa yhteisöhoidon näkökulmasta, mielenterveyskuntoutumista, työpajatoimintaa ryhmäytymisen, vertaistuen, kokemusasiantuntijuuden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmista sekä työpajassa käytettyjen toiminnallisten menetelmien teoreettisia lähtökohtia. Lisäksi tarkastelen auttamisen problematiikkaa, "auttajan varjoa", myötätuntopuupumista ja oman persoonan käyttöä työvälineenä teorialähtöisesti.</p> <p>Toteutin opinnäytetyöni tuotekehitysprojektina, jonka toimintakonseptina on työpajatoiminta mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuoda esiin LinnaKlubin merkitys sen jäsenten kuntoutumisprosesseissa ja lisätä LinnaKlubin yleistä tunnettuutta Savonlinnan alueella. Työpajassa syntynyttä, dia-esitykseksi koottua materiaalia voidaan käyttää työpajaan osallistuneiden suostumuksella vertaistukseen, mielenterveyskuntoutumiseen ja kokemusasiantuntijuuteen liittyvissä yhteyksissä.</p>		
Asiasanat (avainsanat) kokemusasiantuntijuus, vertaistuki, ryhmäytyminen, kuntoutuminen, asiakaslähtöisyys, oman persoonan käyttö, avoin dialogi, tarvelähtöinen hoito, työpaja		
Sivumäärä 49 sivua + 2 liitettä	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Leena Uosukainen Pirjo Hartikainen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Klubitalo / Kotilo ry

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis 08.5.2014
Author(s) Minna Tyrisevä	Degree programme and option Degree Programme in Nursing, Savonlinna	
Name of the bachelor's thesis LinnaKlubi clubhouse recovery stories - Workshop		
Abstract <p>The purpose of this bachelor's thesis was to plan and run the Linnaklubi clubhouse recovery stories workshop with representants from both its members and personnel. Savonlinna's LinnaKlubi participates in the Finnish Clubhouse Coalition. Kotilo registered association, a provider of psychosocial rehabilitation and supported housing in Savonlinna region, is a background organisation of LinnaKlubi. It's all about community care, rehabilitation, equality and voluntariness in addition to the free membership.</p> <p>The purpose of the workshop, in addition to the workshop process itself, was to produce recovery stories by using various occupational methods. The workshop was carried out by using client oriented approach: participants were involved from the very beginning of the process. The planning of the workshop took place from spring to autumn 2013 and the workshop was run in late autumn 2013, as a closed small group, which I hosted.</p> <p>This thesis discusses the theoretical framework from the perspectives of history of community care, mental rehabilitation, workshop activity from the perspectives of group formation, peer support, expertise-by-experience and customer-oriented-approach and theoretical background of occupational methods used in the workshop. Furthermore under analysis is helping relationship and its problems like "shadow of a caregiver", "use of self" as an instrument and compassion fatigue.</p> <p>The thesis was carried out as a product development project. The product to be developed is workshop activity for mental health rehabilitees. The aim of this thesis is to bring forth LinnaKlubi's effect in its members' rehabilitation processes and also to make LinnaKlubi more well-known around Savonlinna region. Material made during workshop was scanned and edited into a slideshow, which can be used (with participants' approval) in peer support, mental health rehabilitation and expertise-by-experience contexts.</p>		
Subject headings, (keywords) expert by experience, peer support, group formation, rehabilitation/recovery, customer/client oriented approach, use of self, open dialogue, need-adapted treatment, workshop		
Pages 49 pages + 2 appendices	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Leena Uosukainen Pirjo Hartikainen	Bachelor's thesis assigned by Klubitalo / Kotilo registered association	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	FOUNTAIN HOUSE -KLUBITALOJEN VERKOSTO.....	2
2.1	Klubitalotoiminnan historiaa	2
2.2	Klubitalotoiminnan laatusuositukset	3
2.3	Savonlinnan LinnaKlubi	3
2.3.1	LinnaKlubin hallinto ja päätöksenteko	4
2.3.2	LinnaKlubin vaikuttavuus.....	4
3	YHTEISÖHOIDON HISTORIAA	5
3.1	Psykiatrisen hoitotyön historiaa.....	5
3.2	Psykiatrisen hoitotyön historiaa Suomessa.....	8
3.2.1	Verkostokeskeinen psykiatrinen hoitomalli – Keroputaan malli.....	11
3.2.2	Psykiatrisen palvelujärjestelmän rakennemuutos Savonlinnassa	13
4	MIELENTERVEYSKUNTOUTUMINEN	17
5	AUTTAMISEN PROBLEMATIIKASTA.....	20
5.1	”Auttajän varjo”	22
5.2	Oman persoonan käyttö työvälteenä.....	23
5.3	Myötätuntouppuminen.....	24
6	TYÖPAJATOIMINTA MIELENTERVEYSKUNTOUTUMISEN TUKENA ...	25
6.1	Työpajatoiminta.....	25
6.2	Ryhmäytyminen.....	26
6.3	Vertaistuki.....	27
6.4	Kokemusasiatuntijuus.....	29
6.5	Asiakaslähtöisyys	29
7	TYÖPAJASSA KÄYTETYT TOIMINNALLISET MENETELMÄT	30
7.1	Narratiivisuus kuntoutumisen välineenä.....	30
7.2	Musiikki kuntoutumisen välineenä.....	31
7.3	Taide kuntoutumisen välineenä	32
7.4	Tietoisen läsnäolon taito - Mindfulness.....	33
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	34
9	TYÖPÄJÄN TOTEUTUS	34

9.1	Tuotekehitysprojekti	34
9.2	Ideointi	35
9.3	Suunnittelu	35
9.4	Toteutus	36
9.5	Arviointi.....	41
10	POHDINTA	41
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	
	1 Työpajan työjärjestys	
	2 Kirjallisuuskatsaus	

1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat moninaisia, mutta yhteistä niille tuntuu olevan elämänhallinnan menettämisen tunne, erilaisuuden tunne suhteessa muihin ja yleinen voimattomuus ja jaksamattomuus. Syntyy tarve turvautua toisten apuun, mutta avun hakeminen ja vastaanottaminen saattaa tuntua vaikealta. Toisaalta saatu apu on saattanut aiheuttaa pettymyksen, etenkin jos odotukset hoidon ja lääkityksen tehosta ovat epärealistiset. Kuntoutumisella ei välttämättä tarkoiteta paranemista ja oireettomuutta, vaan oireiden lievittymistä ja niiden parempaa itsehallintaa. Eräs tapa mieltää kuntoutuminen on nähdä se polkuna potilaasta kuntoutujaksi. Potilas on oikeutettu saamaan hoitoa, mutta toipumisen alettua katseen voi suunnata muutokseen ja elämänlaadun parantamiseen. Kuntoutujan oma rooli korostuu matkan varrella, mutta ihminen tarvitsee kuntoutumista edistävää tietoa ja tukea sekä kuntoutumismahdollisuuksia kuntoutukseen. (Koskisuus 2003, 12–16.)

Opinnäytetyöni tuotekehitysprojektissa oli tavoitteena suunnitella ja toteuttaa yhdessä toimeksiantajani, Savonlinnan LinnaKlubin henkilöstön edustajan ja jäsenten kanssa työpaja, jonka sisältönä oli kuntoutustarinoiden tuottaminen erilaisin toiminnallisin menetelmin, mm. kirjoittamisen, kuvien tuottamisen ja musiikin avulla. Työpajassa työstettyjä, dia-esitykseksi koottuja kuntoutumistarinoita on mahdollista jakaa tekijöiden suostumuksella kokemusasiantuntijuuteen ja vertaistukeen liittyvissä yhteyksissä, samalla LinnaKlubin tunnettuutta lisäten. Sain kuulla Savonlinnan LinnaKlubilla tarjolla olleesta opinnäytetyön aiheesta opiskelutoveriltani ja tartuin heti tilaisuuteen, koska aihe sopi hyvin myös omiin, vielä silloin jäsentymättömiin suunnitelmiini. Olin ajatellut alun perin tehdä opinnäytetyöni nimenomaan mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta ja kuntoutumistarinat-työpajassa sainkin mahdollisuuden alkuperäisen ideani toteuttamiseen mielekkäällä ja konkreettisella tavalla. Bergman ym. (2013, 31) toivat omassa opinnäytetyössään esille linnaklubilaisten toiveen askarteluryhmästä, johon työpajatoiminta voisi olla eräs vastaus.

Oman kokemuksen ja sen prosessoinnin kautta saavutettu kokemusasiantuntijuus on tällä hetkellä hyvin ajankohtainen aihe. Ilmiöinä sekä vertaistuki että kokemustieto ovat vanhoja, mutta niiden suunnitelmallinen hyödyntäminen psykiatrisessa hoitotyössä on vielä uusi asia (Putkonen 2010, 126). Karoskosken (2013) mukaan Suomessa tarvitaan uusia metodeja psykiatriaan, jonka kehitys on jäänyt muusta lääketieteen

kehityksestä jälkeen. Palvelunkäyttäjien mukaanotto kuntoutustyöhön on yksi vaihtoehto. Koulutettu kokemusasiantuntija voisi toimia mm. alan opiskelijoiden kouluttajana, ohjata vertaisryhmiä tai toimia terveys- ja sosiaalialan palveluiden kehittäjänä ja arvioijana. (Karoskoski 2013.)

Halusin käsitellä opinnäytetyössäni myös auttamista ja siihen liittyvää problematiikkaa, koska kaikessa hoitotyössä – myös psykiatrisessa – on pohjimmiltaan kyse auttamissuhteesta asiakkaan ja hoitotyöntekijän välillä. Paraskaan palvelujärjestelmä ei toimi, jos sen toteutus ontuu siellä, missä itse työ tehdään. Auttamissuhde on erityisesti mielenterveystyössä hoitotyöntekijän yksi tärkeimmistä työvälineistä, samoin kuin ”oman persoonan käyttö” (Lindqvist 1990, 47,72). Näitä käsitteitä teorialähtöisesti tarkastelemalla pyrin valottamaan sitä, miksi avun tarvitsija ei aina tunne tulleen autetuksi tai miksi auttaja on vaarassa sairastua myötätuntouupumiseen.

2 FOUNTAIN HOUSE -KLUBITALOJEN VERKOSTO

2.1 Klubitalotoiminnan historiaa

Vuonna 1944 New Yorkissa ryhmä mielisairaalasta kotiutuneita alkoi pitää toisiinsa yhteyttä torjuakseen mielenterveysongelmallisille tyypillistä eristäytymistä ja yksinäisyyttä ja katkaistakseen niitä usein seuranneen sairaalakierteen. Saamallaan rahoituksella he hankkivat myöhemmin itselleen kokoontumispaikakseen talon, joka nimettiin Fountain Houseksi sen sisäpihalla olleen suihkulähteen mukaan. Vuonna 1955 taloon palkattiin John Beard -niminen sosiaalityöntekijä, joka uskoi, että mielisairauksista kärsivät ihmiset pystyvät kuntoutumaan yhteiskunnan toimiviksi jäseniksi, joilla on oikeus mielekkääseen elämään ja toimintaan. Tähän ajatukseen perustuu klubitalojen toiminta edelleen. Ihmisen perustarpeisiin vastaamaan kehitetyn yhteisömallin havaittiin toimivan myös maan rajojen ulkopuolella ja Fountain House -malliin perustuvia klubitaloja onkin jo toiminnassa yli 400 maailmanlaajuisesti. Suomen ensimmäinen klubitalo aloitti 1995 Tampereella, ja tällä hetkellä klubitaloja on Suomessa 24. (Pöyhönen 2003, 29–31; Suomen Fountain House 2013.)

2.2 Klubitalotoiminnan laatusuosituks

Maailmanlaajuisen klubitaloyhteisön konsensusperiaatteella sopima kuntoutusmalli määritellään klubitoiminnan laatusuosituksissa eli standardeissa, jotka käydään läpi kahden vuoden välein ja täydennetään tarvittaessa. Jäseneksi pääsee klubitaloyhteisön hyväksynnällä jokainen psyykkisesti sairastunut henkilö, ellei hänestä sillä hetkellä ole uhkaa yhteisölle. Jäsenyys ei velvoita osallistumaan sopimuksin, aikatauluin tai säännöin, se on vapaaehtoista eikä sille ole aikarajaa; jäsenellä on oikeus palata yhteisöön riippumatta poissaoloajan pituudesta. Jäsenten valittavissa on, keiden henkilökuntaan kuuluvien kanssa he työskentelevät, ja he voivat halutessaan olla mukana laatimassa klubitalotoimintaan osallistumisesta koskevia asiakirjoja sekä osallistua kaikkiin klubitalon kokouksiin. Kaikki jäsenet ovat tasavertaisia klubitalon tarjoamien mahdollisuuksien käyttäjinä toimintakyvystään tai diagnoosistaan riippumatta. (Suomen Fountain House 2013.)

Klubitalolla tulee olla omat, tarkoituksenmukaiset ja saavutettavissa olevat toimitilat erillään mielenterveyskeskuksista ja muista laitoksista. Kaikki tilat ovat yhteisessä käytössä. Henkilökuntaa klubitaloissa on juuri sen verran, että jäsenten aktiivinen osallistuminen toimintaan on mahdollista. Henkilökunnan työnkuva on yleisluontoinen: klubitalotyö. Henkilökunta kantaa yhdessä jäsenten kanssa vastuun klubitalon toiminnasta, jossa keskeistä on siihen sitoutuminen. Klubitalojen päiväohjelma on työpainotteinen, eikä siihen saa sisältyä lääkehoitoa tai terapia- ja päiväkeskustoimintaa. Klubitalon työ on suunniteltu kuntouttavaksi ja klubitalon toimintaa ja yhteisöä kehittäväksi. Työtä ei myydä tai tarjota ilmaiseksi yhteisön ulkopuolisille tahoille eikä siitä makseta jäsenille palkkaa. Työllistymistä klubitalon ulkopuolelle mahdollistetaan siirtymätyö-, tuettu työ- ja itsenäinen työ- ohjelmien avulla. (Suomen Fountain House 2013.)

2.3 Savonlinnan LinnaKlubi

Opinnäytetyöni toimeksiantaja Savonlinnan LinnaKlubi aloitti toimintansa huhtikuussa 2009 5-vuotisena klubitalo-projektina, jota rahoittaa RAY (raha-automaattiyhdistys) sekä SOSTERI (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä). Klubitalotoiminta täydentää Savonlinnan seudun mielenterveyspalveluja, toimintaan osallistuminen on ilmaista, ja se perustuu vapaaehtoisuuteen. Toiminnan tavoitteena on

jäsenistön elämänlaadun edistäminen ja sosiaalisten suhteiden sekä yhteenkuuluvuuden tunteen ylläpitäminen yhteistyössä Klubitalon työntekijöiden kanssa. Klubitalo noudattaa kansainvälisiä klubitalostandardeja. Klubitalolla on töissä johtajan lisäksi kaksi ohjaajaa, joista toinen osa-aikaisesti. Päivittäinen kävijämäärä on keskimäärin 20, ja ruokailijoita on keskimäärin 14,6 päivää kohti. Yhteensä kävijöitä oli 4950 vuonna 2012. (Klubitalo-projektin toimintakertomus 2013.)

2.3.1 LinnaKlubin hallinto ja päätöksenteko

LinnaKlubin taustaorganisaationa on toiminut vuoden 2011 alusta Kotilo ry, joka tuottaa sosiaali-psykiatrisia kuntoutumis- ja asumispalveluja Savonlinnan seudun mielen-terveyskuntoutujille (Kotilo ry 2013). Kotilo ry:n johtokunta seuraa LinnaKlubin budjetin toteutumista ja voi ottaa kantaa sen toimintaan. LinnaKlubin johtaja kuuluu johtokuntaan. LinnaKlubin ohjausryhmä jakaa taloudellisia ja toiminnallisia tietoja klubitalon, Sosterin ja Kotilo ry:n kesken, myös Savonlinnan kaupungin edustaja pyydettiin mukaan ohjausryhmään vuonna 2012. Ohjausryhmän tärkein tavoite on klubitoiminnan jatkumisen turvaaminen projektin loppumisen jälkeenkin. Ohjausryhmän rinnalla on toiminut LinnaKlubin perustamisesta lähtien neuvoa-antava hallitus, joka yhteistyössä klubitalon työntekijöiden ja jäsenten kanssa toimii yhdyslinkkinä päätöksentekijöihin, auttaa hankkimaan siirtymätyöpaikkoja jäsenille ja tekee klubitalotoimintaa tunnetuksi. Tärkeimpänä toiminnallisten asioiden päätöksentekofoorumina toimii maanantaisin pidettävä, kaikille yhteisön jäsenille avoin klubikokous. (Klubitalo-projekti toimintakertomus 2013.)

2.3.2 LinnaKlubin vaikuttavuus

Bergman ym. (2013, 12–13) tarkastelivat LinnaKlubin vaikuttavuutta päämääristä lähtevän vaikutuksen arvioinnin keinoin. Klubitalotoiminnan päämääriksi mainittiin jäsenten elämänlaadun edistäminen ja kehittäminen, sairauteen liittyvän häpeän poistaminen, hoitojärjestelmän piiristä takaisin tasa-arvoiseksi yhteiskunnan jäseneksi siirtymään kykeneminen sekä laitoshoidon tarpeen väheneminen. Päämääriin pyritään mm. työpainotteisen päivän, siirtymätyöohjelman, vertaistuen ja erilaisten vapaa-ajan ohjelmien keinoin.

Opinnäytetyössään Bergman ym. (2013, 14–19) selvittivät, millainen näkemys LinnaKlubin sidosryhmillä (Savonlinnan keskussairaalan psykiatrian suljettu vuodeosasto 7A ja päivätoimintayksikkö, Mielitiimi, Kriisikeskus ja Savonlinnan mielenterveysvastaanotot) on LinnaKlubin vaikuttavuudesta sen jäsenten hyvinvointiin ja muiden mielenterveyspalvelujen käyttötarpeeseen sekä miten jäsenyys vaikuttaa näiden palvelujen käyttöön. Jokaisesta sidosryhmästä haastateltiin yhtä henkilöä teemahaastattelun avulla, teemoina yhteistyö, vaikuttavuus ja kehittäminen. Jäsenkyselyn kohderyhmänä olivat kaikki LinnaKlubin jäsenet, ja kysely tehtiin avoimin kysymyksin tutkimuslomakkeen avulla.

Haastatteluissa nousi esiin tarve kehittää tiedonkulkua esim. yhteisten palaverien tms. myötä. Myös toimintaperiaatteiden läpikäyminen ja niiden yhtenäistäminen sidosryhmien ja LinnaKlubin välillä saattaisi entisestään helpottaa yhteistyötä. LinnaKlubin näkyvyys tavalliselle kansalaiselle mietitytti; sitä voitaisiin lisätä esim. järjestämällä yleisölle avoimia tapahtumia, kuten myyjäisiä tai avoimien ovien päiviä, sekä lisäämällä näkyvyyttä mediassa. Vapaa-ajan toimintaa voitaisiin entisestään lisätä, sillä sidosryhmät olivat saaneet niistä positiivista palautetta LinnaKlubin jäseniltä. Siirtymätyöprojektin jatkaminen nähtiin myös tarpeellisena. (Bergman 2013, 28–31.)

Jäsenkyselyyn vastanneista (22) puolet koki mielenterveyspalvelujen käyttötarpeen vähentyneen, 23 % koki sen säilyneen ennallaan, ja loput eivät osanneet sanoa. Jäseniltä kysyttiin myös, mikä on parasta LinnaKlubin toiminnassa ja miten toimintaa voisi kehittää. Päällimmäiseksi nousi syrjäytymisvaaran lientyminen Klubitalon ansiosta. Vertaistuki ja yhteisöllisyys koettiin myös tärkeinä, samoin tasavertaisuus työntekijöiden ja kuntoutujien kesken. Kaikista näistä syistä LinnaKlubin toiminnan jatkamista pidettiin tärkeänä. Tilojen käyminen ahtaaksi oli jäsenten suurin huoli LinnaKlubin kehittämiseen ja tulevaisuuteen liittyen. Myös toive musiikki- tai askarteluryhmästä nousi esiin. (Bergman 2013, 32–37.)

3 YHTEISÖHOIDON HISTORIAA

3.1 Psykiatrisen hoitotyön historiaa

Ranskalaista Philippe Pineliä (1745–1826) pidetään humaanin mielisairaanhoidon pioneerina. Hän uskoi potilaiden toipumismahdollisuuteen ja enemmän kasvattavaan

kuin lääketieteelliseen hoitoon, ns. moraaliseen terapiaan ("le traitement moral"). Hoitomenetelmässä painotettiin säännöllisiä tapaamisia hoitohenkilökunnan kanssa sekä miellyttävää hoitoympäristöä. Potilaita kannustettiin hyvään käytökseen ja heille tähdenneittiin, mikä on normaalia ja oikein. Karrikoidusti onkin sanottu, että Pinel alkoi puhua potilailleen, mutta Sigmund Freud (1856–1939) myös kuunteli heitä. Uudet, valistuspsykiatrian aatteet rantautuivat Suomeenkin jo 1800-luvun alussa, mutta pakkokeinoton hoitotapa otettiin laajempaan käyttöön vasta 1800-luvun loppupuolella. Maailman psykiatriayhdistys (WPA) on jakanut vuodesta 2008 lähtien Pinelin nimeä kantavaa palkintoa, ensimmäisenä sen sai suomalainen psykiatrian emeritusprofessori Yrjö O. Alanen (1927-) ansioistaan tarvelähtöisen hoidon (need-adapted treatment) kehittäjänä. (Hirvonen 2014, 215; Hyvönen 2008, 45–52; Mezzich 2010.)

Itävallasta Englantiin vuonna 1937 paennut juutalainen lääkäri ja psykoterapeutti Joshua Bierer uskoi, että ryhmäterapia auttaa psykiatrisia potilaita ymmärtämään itseään ja tekemään töitä paranemisensa eteen, kun taas psykoanalyysi aiheutti potilaiden ongelmien pitkittymistä ja riippuvuutta analyttikosta. Syntyi terapeutin yhteisö, sosiaalinen kerho, jota johtivat ja jonka järjestystä ylläpitivät potilaat itse täysin autonomisesti. Kerho kokoontui kolmesti viikossa valiten itse omat toimihenkilönsä, yksi henkilökunnan jäsen oli mukana tapaamisissa. Bierer nimesi menetelmän yhteisöhoidoksi. (Shorter 2005, 271–272.)

Laajamittaisemmin laitoshoidoista lähti purkautumaan antipsykoottisten lääkkeiden tultua markkinoille 1950-luvulla. Yhdysvalloissa julkisten mielisairaaloitten potilasmäärä laski 80 % kolmen vuosikymmenen aikana. Koska siellä ei ollut Englannin kaltaisia toimivia yhteisöllisiä rakenteita vastaanottamassa kotiutettuja, päätyi osa heistä kaduille "katukäytävän psykootikoiksi", yömajoihin ja vankiloihin; kolmasosa kodittomista oli psyykkisesti sairaita ja jopa 14 % vangeista entisiä psykiatrisia potilaita. Yhdysvalloissa 90 % mielenterveyskuntoutujista oli työttöminä 2000-luvun alussa. Italiassa säädettiin vuonna 1978 laki mielisairaaloitten lakkauttamisesta uudistusmielisten mielenterveysammattilaisten ryhmän toimesta, "vapautumisen projekti", mutta ongelmaksi muodostui 90-luvun Suomen lailla avohoitopalveluiden resurssipula ja palveluiden saatavuuden alueellinen epätasaisuus. (Pietikäinen 2013, 400; Shorter 2005, 328–330.)

Norjassa perustettiin ensimmäinen psykiatrinen osasto yleissairaalan yhteyteen jo vuonna 1917. Siellä on myös korostunut perus- ja muun terveydenhuollon vastuu psyykkisten sairauksien hoidossa, mikä on näkynyt Suomea vähäisempänä sairaalahoidon tarpeena. Ruotsissa perustettiin psykiatrisia vuodeosastoja yleissairaaloihin 1930-luvun lopulla, ne olivat avo-osastoja eikä niihin sovellettu mielisairaslakia. Mielisairaaloissa hoidettiin kuitenkin edelleen vakavimmat mielen sairaudet ja helppohoitaisia potilaita varten perustettiin erillisiä sairaskoteja; Suomessa niitä vastasivat B-mielisairaalat vuoden 1978 mielisairaslain osauudistukseen asti. Myös Tanskassa kehitys on ollut samansuuntainen ja -aikainen Ruotsin kanssa. Islannissa psykiatrisen avohoidon kehitys on alkanut Suomen ohella muita Pohjoismaita myöhemmin. (Haarakangas 2011, 188–189; Hyvönen 2008, 77–80.)

Meksikossa syntyi vuonna 1991 psykiatristen palvelujen käyttäjien ja ex-käyttäjien, ”selviytyjien” toimesta itsenäinen liike WFPU (World Federation of Mental Health), vuodesta 1997 alkaen WNUSP (World Network of Users and Survivors of Psychiatry). Sen tarkoitus oli vapauttaa psykiatrisia palveluja käyttävät ja käyttäneet terveydenhuollon ammattilaisten ja palveluntuottajien vaikutusvallasta ja holhoamiselta; saada oma ääni kuuluviin. (WNUSP 2013.) Euroopassa liike tunnetaan nimellä ENUSP (European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry). (ENUSP 2013.)

Soteria-projekti

Yhdysvalloissa, Kaliforniassa toteutettiin vuosina 1971–1983 Loren Mosherin (1933–2004) toimesta Soteria-projekti, Soteria on kreikkaa ja tarkoittaa pelastusta, vapautusta. Projektin kohderyhmä muodostui 18–30-vuotiaista, naimattomista, skitsofreniaan ainakin kolmen puolueettoman arvioijan määritelmän mukaan ensikertaa sairastuneista potilaista, jotka valittiin alueen julkisten sairaaloiden psykiatrian päivystyspoliklinikoilta. Kohderyhmä sijoitettiin sattumanvaraisesti joko Soteria-mallin mukaiseen hoitoon tai julkisen terveydenhuollon tarjoamaan psykiatriseen osastohoitoon. Soteriamallissa hoitoa toteutettiin ympärivuorokautisesti kodinomaisissa olosuhteissa, kouluttamattomien, vapaaehtoisten hoitajien toimesta ja mahdollisimman vähäisellä neuroleptisellä (psykoosin hoitoon tarkoitettulla) lääkityksellä. Hoidon teho perustui henkilökunnan ja potilaiden tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen, joka ei ollut perin-

teisessä mielessä terapeutti eikä kontrolloiva ja jossa välteltiin psykiatrista jargonia ja psykiatriaan vakiintuneita toimintamalleja ja teorioita. (Mosher 1999, 3–5.)

Kuuden viikon seurantajakson jälkeen Soteria-mallin mukaisesti, ilman neuroleptistä lääkitystä hoidetut potilaat (97 %) olivat yhtä hyvässä kunnossa kuin psykiatrisilla osastoilla neuroleptein ja terapiaoin hoidetut verrokkinsa, jotka kotiutettiin ylläpitolääkityksellä. Kaksi vuotta kotiuttamisestaan Soteria-mallin mukaan hoidetut olivat merkittävästi verrokkejaan korkeammassa asemassa työelämässä, elivät useammin itsenäisesti tai kumppanin kanssa sekä päätyivät verrokkejaan harvemmin takaisin sairaalahoitoon. Hoidon kustannukset olivat vertailukelpoisia siten, että Soteria-hoidon viiden kuukauden kustannukset vastasivat sairaalahoidon kuukauden kustannuksia potilasta kohden. (Mosher 1999, 5–6.)

Soteria-malli haudattiin hiljaisuudessa Yhdysvalloissa vuonna 1983, mutta se heräsi uudelleen henkiin Sveitsin Bernissä vuonna 1984 tohtori Luc Ciompin toimesta ja on yhä edelleen voimissaan; hoitomalli on levinnyt myös muualle Eurooppaan, mm. Ruotsiin (Soteria Nacka 1992–2009). Bernissä on todennettu jo alkuperäisessä projektissa saatuja lupaavia tuloksia: jopa 70 % ensimmäistä kertaa skitsofreniaan sairastuneista toipui 2–12 viikon kuluessa lähes ilman lääkehoitoa, kustannustehokkaasti; Ciompin ja Hoffmannin (2004, 145) kärjistämänä: Soteria-hoidon vaikuttavuus skitsofrenian hoidossa on samaa tasoa kuin neuroleptien mutta ilman niiden haitallisia sivuvaikutuksia. Buchanan ja Carpenter (2002) tarjoavat selitykseksi hoitomallin huonolle jatkomenestykselle Yhdysvalloissa sen, että karismaattisena pidetty hoitomallin kehittäjä Mosher valitsi ideologisuuden ja oppositiosta olon vaikuttavuuden ja integroitumisen sijaan, Soteria-projektin tuloksia hekään eivät kiistä. (Mosher 1999, 12–13.)

3.2 Psykiatrisen hoitotyön historiaa Suomessa

Suomessa alettiin keskustella vasta 1970-luvulla psykiatristen laitospaikkojen purkamisesta, deinstitutionalisaatiosta. Psykiatristen sairaansijojen määrä oli tuolloin suhteutettuna Euroopan toiseksi suurin. Tätä rakennemuutosta säädeltiin valtakunnallisesti 1990-luvun alkupuolelle, jonka jälkeen vastuu muutoksen toteuttamisesta siirtyi kunnille. Vuonna 1984 julkaistu Mielenterveystyön Komitean mietintö, jossa painotettiin avopalveluiden kehittämisen merkitystä, sairaalakeskeisyyden vähentämistä ja mielenterveystyötä tekevien laadullisen tason parantamista koulutusta ja työnohjausta

kehittämällä, vaikutti keskeisesti muutoksen käynnistymiseen. 2010-luvulle tultaessa avopalveluiden painoarvo oli lisääntynyt psykiatristen sairaansijojen määrän kutistuttua viidennekseen 30 edeltävän vuoden aikana. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvinnneiden määrä on kuitenkin pysynyt suunnilleen samana viimeisten 20 vuoden ajan, minkä Tuori (2011) tulkitsee tilastojen perusteella tarkoittavan sitä, että ”psykiatrian ytimeen” kuuluvista vaikeista psykiatrisista häiriöistä, kuten skitsofreniasta ja bipolaarisesta mielialahäiriöstä, kärsivät pääsevät nykyään helpommin sairaalahoitoon, mutta myös nopeammin pois sieltä. (Tuori 2011.)

Suomessa psykiatrinen hoitotyö tapahtui aina 1990-luvulle saakka enimmäkseen erillisissä sairaaloissa, sillä oli vähäisiä yhtymäkohtia normaaliin arkeen ja se oli kestoltaan pitkäaikaista. Potilas nähtiin silloisen hoitoajattelun mukaan passiivisena hoitotoimien kohteena. Sairaalasta ei päässyt pois, ellei sairaus parantunut ja erityisesti vakavien mielisairauksien kohdalla näin harvoin tapahtui. 90-luvun alun laman yhtenä seurauksena vähennettiin yli kaksi kolmasosaa psykiatrisista sairaspaikeista ja vastavasti avohoitoa pyrittiin kehittämään; avohoidon koettu riittämättömyys synnytti tilauksen kanavoidulle kansalaistoiminnalle mm. mielenterveysyhdistysten ja omaisyhteistyön ym. projektien ja kokeilujen muodossa. (Putkonen 2010, 124–128.) Tuori (2011) tosin on sitä mieltä, että nimenomaan jo lamaa ennen aloitettu ja laman aikana pääosin toteutettu psykiatrian rakennemuutos auttoi osaltaan selviämään laman psykiatriselle hoitotyölle luomista haasteista.

Työhoitoa on käytetty hoitomuotona Ranskan ja Englannin psykiatrisissa sairaaloissa jo 1700-luvulta lähtien, Suomessakin Lapinlahden sairaalassa jo sen perustamisesta (1841) alkaen. Tarjolla oli aluksi käsitöiden tekemistä ja halonhakkuuta, myöhemmin maanviljelyä ja karjanhoitoa sekä 1960-luvulla teollisuus- ja toimistotyön harjoittelua (teollisuusterapia). Kellokosken sairaalan mielisairaanhoitajien virkoihin haettiin 1930-luvulla käsityöihmisiä. Työhoidon tarkoituksena oli sairaalan hyväksi tehdyn työpanoksen lisäksi mm. johdattaa huomio pois potilaan omista ongelmista sekä auttaa potilasta säilyttämään kosketus sairaalan ulkopuoliseen todellisuuteen ja siten helpottaa kotiin paluuta; tosin ahkerimmat työntekijät hyödyttivät sairaalaa siinä määrin, että heitä ei edes haluttu vapauttaa... Toiminnan käyttö kuntoutuksen ja hoidon tukena levisi psykiatrisista sairaaloista myös muihin sairaaloihin. (Hautala 2011, 329–331; Hirvonen 2014, 236.)

Vuonna 1967 perustettu Marraskuun liike oli aikaansa edellä kritisoidessaan suomalaisia laitosoloja ja halutessaan korvata erityisesti pakkohoidon ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä ja avohoidolla. Liikkeen alullepanijoina toimivat mm. psykiatrit Claes Andersson ja Ilkka Taipale. (Honkala 2010.) Vaikutteita liike lienee saanut 1960-luvulla, erityisesti älymystön piirissä nousseesta psykiatrian vastaisesta liikkeestä, jonka yksi tunnetuimmista ilmentymistä on Ken Keseyn romaani ”Yksi lensi yli käenpesän”. Kirja perustuu Keseyn kokemuksiin veteraanisairaalan apuhoitajana, hänen osallistuttuaan sitä ennen kyseisessä sairaalassa vapaaehtoisena hallituksen järjestämiin LSD-kokeisiin. Kirjan värityneet kuvaukset sähköshokkihoidosta (ECT) aiheuttivat kyseisen hoitomuodon vuosia kestäneen pannan, vaikka sen hyödyistä oli jo silloin tutkimusnäyttöä. (Shorter 2005, 323.)

Vuonna 1969 Iisalmessa perustettu Ylä-Savon Mielenterveystoiminnan Tuki ry oli ensimmäinen sairaalan ulkopuolinen potilasyhdistys Suomessa. Vuonna 1970 potilasyhdistyksiä oli perustettu myös muualle Suomeen ja yhdistysten lähetystön käynti sosiaali- ja terveysministeriössä poiki toiminnan järjestäytymisen valtakunnalliseksi katto-organisaatioksi, jolle oli mahdollista saada valtiolta taloudellista tukea. Näin sai alkunsa vuonna 1971 Mielenterveyden keskusliitto ry. Yksi sen keskeisistä tavoitteista oli ja on edelleen tarjota jäsenistölle mahdollisuutta vertaistukeen; vaihtaa ajatuksia samaa kokeneiden kanssa, saada rohkaisua ja virkistäytyä. (Leinonen 2012, 33.)

Vuonna 1970 perustettiin Sopimusvuori ry:n ensimmäiset kuntoutusyhteisöt, joiden tavoitteena oli pitkäaikaispotilaiden - joita alettiin kutsua asiakkaiksi - kuntouttaminen omaehtoiseen elämään. Näissä kuntoutuskodeissa asiakkailta oli mahdollisuus harjoitella laitoshoidossa unohtuneita sosiaalisia taitoja, joiden puute nähtiin pääasiallisena esteenä laitoksesta poispääsulle. Henkilökunnan vähäisyys velvoitti asiakkaat osallistumaan kodin askareisiin terapeuttisen yhteisön mallin mukaisesti, jossa korostetaan yhteisön jäsenten omakohtaista vastuuta ja mahdollisuutta päättää yhteisön asioista yhdessä. (Ojanen 2013.) Tällä hetkellä Sopimusvuori tarjoaa mielenterveys-, päihde-, dementia- ja lastenkotipalveluja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluville. Mielenterveyspuolella on kehitteillä Kotikuntoutus-projekti, jonka tarkoituksena on tukea asiakkaiden kotona asumista ja itsenäistä elämää jo tarjolla olevien 19 kuntoutusyksikön ja 40 tukiasunnon lisäksi. Uusi aluevaltaus on dementiahoitopalvelut, joka tuottaa kodinomaisia palveluja 128 asiakkaalle 11 dementiahoitokodissa. (Sopimusvuori 2013.)

Muita kolmannen sektorin toimijoita ovat mm. vuonna 1983 helsinkiläisten mielenterveyskuntoutujien tuki- ja edunvalvontajärjestökseen perustama, nykyään 1200-jäseninen Mielenterveysyhdistys Helmi ry (2013) ja vuonna 1991 Tampereella Muotialan kaupunginosassa toimintansa aloittanut, avomielenterveyspalveluja järjestävä Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry (2013). Muina tietoa ja vertaistukea tarjoavina yhdistyksinä mainittakoon mm. vuonna 1996 toimintansa aloittanut Suomen Moniääniset ry (2014), jonka tarkoitus on edistää ääniä kuulevien henkilöiden hyvinvointia sekä vuoden 2013 marraskuussa synnynnäisesti erityisherkkien (HSP, Highly Sensitive Person) tarpeisiin perustettu HSP - Suomen Eritysherkät ry (2014).

3.2.1 Verkostokeskeinen psykiatrinen hoitomalli – Keroputaan malli

Vuonna 1987 aloitti Keroputaan sairaalan poliklinikalla toimintansa potilaiden vastaanottoryhmä, jonka pyrkimys oli reagoida mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja joustavasti potilaan hätään. Ryhmä muotoutui jo toimintansa alussa liikkuvaksi kriisisityöryhmäksi. Apua pyrittiin tarjoamaan vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. Yhdessä potilaan kanssa sovittiin jo ensi tapaamisessa, ketkä osallistuvat potilaan ongelman selvittelyyn. Tavoitteena oli mahdollisimman laajan verkoston koollekutsuminen; myös tapaamisajasta ja -paikasta sovittiin yhdessä. Potilas, hänen sosiaalinen verkostonsa sekä apua tarjoava työryhmä olivat tasavertaisia näissä tapaamisissa. Hoitomallin keskeinen ajatus on se, että heti hoidon alusta alkaen potilaan ongelmia käsitellään, analysoidaan ja määritellään sekä hoitoa suunnitellaan avoimesti, potilaan hyväksymien tahojen sekä auttavien tahojen kesken, potilaslähtöisesti. Tämä ”avoimen dialogin hoitomalliksi” kutsuttu menetelmä on johtanut huomattavaan psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen vähenemiseen Länsi-Pohjan alueella, missä se on laajalti käytössä. (Saari 2002.)

Helsingin Sanomissa julkaistiin hiljan artikkeli (Berner 2012), jossa kerrottiin Keroputaan mallin olevan edelleen ajankohtainen, maailmallakin kiinnostusta herättänyt psykiatrinen hoitomuoto. Psykologi Markku Sutelan mukaan mielenterveysongelmat ovat pääosin ihmisten välisiä vuorovaikutusongelmia, jotka lääkkeillä ehkä lievittyvät mutta eivät välttämättä parane (Berner 2012). Jo toiminnan alkuvaiheessa vältettiin ensipsykoosiin sairastuneen potilaan lääkitsemistä neuroleptein ja ylipäättään sairaalahoidon pitkittymistä (Saari 2002). Malli soveltuu käytettäväksi kaikkeen mielenterveys-

työhön, ja matalan kynnyksen (lähetettä ei tarvita) ansiosta mielenterveysongelmat eivät edes usein kehity psykooseiksi eivätkä psykoosit kroonistu skitsofreniaksi alueella.

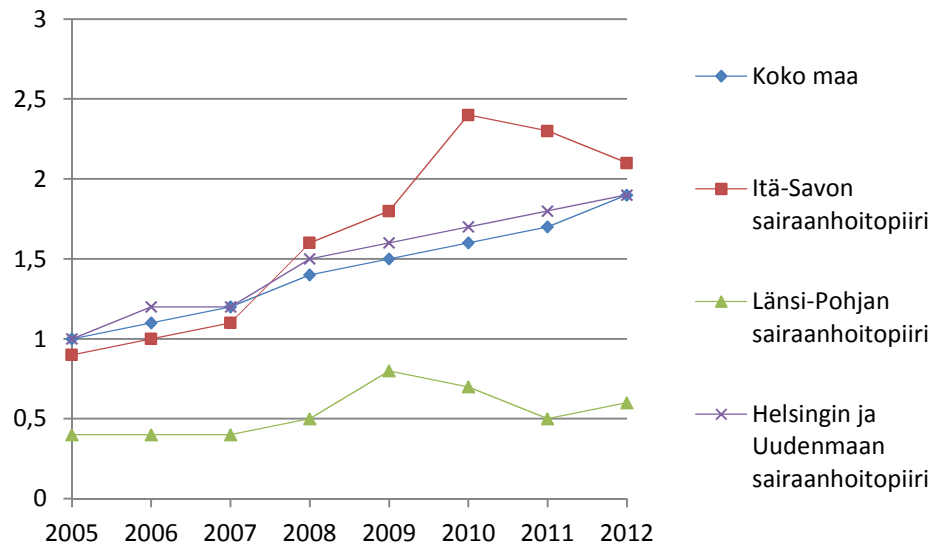
Vuoden 2010 syksyllä Keroputaan malliin oli tutustumassa yhdysvaltalainen toimittaja Robert Whitaker, joka on saavuttanut kiistanalaista kuuluisuutta mm. lääketeollisuuden ylivaltaa arvostelevilla teoksillaan: ”Mad in America” ja ”Anatomy Of An Epidemic”. Hän hämmästelee Peter Breggin haastattelussa kesäkuussa 2012, miksi kyseistä hyvin dokumentoitua ja tutkittua sekä hyviä tuloksia tuottanutta hoitomallia ei ole otettu laajemmin käyttöön Yhdysvalloissa tai edes muualla Suomessa. (Whitaker 2012.)

Hoitomallissa kriisi nähdään terapeuttisena mahdollisuutena ja hoidon nopea aloittaminen tämän mahdollisuuden hyödyntämisenä. Kriisi on myös avoin, ratkaisematon tila, joka ylläpitää tarvetta dialogiin; ei odoteta esim. psykoottisten harhojen lientymistä, vaan otetaan psykoottinen kokemus osaksi keskustelua, kuten tavallaan Soteriamallissakin (ks. alaluku 3.1). On voitu osoittaa, että kaoottisimmillaankin potilaalla on säilynyt kyky nähdä oma tilanteensa ja vastaanottaa sen jäsentämisyrityksiä. Hoitoprosessi, joka koostuu sarjasta hoitokokouksia, voi kokonaisuudessaan tapahtua myös potilaan kotona, mikä edesauttaa ymmärryksen syntymistä potilaan ja hänen lähipiirinsä elämäntilanteeseen. (Haarakangas 2002, 66–67, 105.)

Vuonna 1989 aloitettiin koko Länsi-Pohjan psykiatriselle hoitohenkilöstölle kolmi- vuotinen perheterapeuttikoulutus vastaamaan perhe- ja verkostokeskeisen hoitomallin tarpeisiin. Koulutusjaksoja oli yhteensä kolme vuosina 1989–1998, ja niistä valmistui 70 erityistason perheterapeuttia. Koulutus jatkui parin vuoden tauon jälkeen vuonna 2000 yhteistyössä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kanssa, koulutukseen integroitiin silloin myös yksilöterapeuttinen näkökulma. Koulutus on lisännyt ammatillisten taitojen ohella myös henkilöstön työmotivaatioita, mikä näkyy mm. alueen psykiatristen työntekijöiden vähäisenä vaihtuvuutena. (Haarakangas 2002, 109–110.)

Hoitomallin laajalle levinnyt maine perustuu osaltaan 1990-luvulla tehtyihin psykoositutkimuksiin, joissa kahden vuoden seurannan jälkeen alueen potilaista reilut 80 prosenttia oli oireettomia tai oireili lievästi, suhteutettuna muun Suomen 50 prosenttiin. Myös sairauseläkkeellä olijoiden määrä (23 %) erottui alueella edukseen muuhun

Suomeen (57 %) verrattuna. Kuvion 1 perusteella voisi päätellä Keroputaan mallin vaikuttaneen myös 13–17-vuotiaiden korvattavien depressiolääkkeiden käyttöön, mikä on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella huomattavasti muuta maata vähäisempää. Kiteytettynä hoitomenetelmän voi tiivistää sanoin: ”Ihmeellistä hoidossa on se, että siinä ei ole mitään ihmeellistä.” (Berner 2012; SOTKANet 2014.)



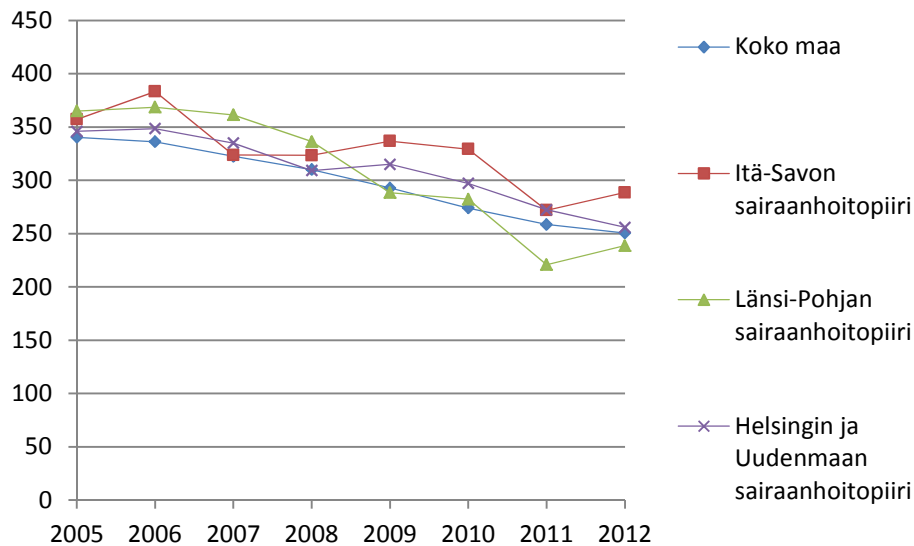
KUVIO 1. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 13 - 17-vuotiaat % vastaavankäisestä väestöstä (SOTKANet 2014)

3.2.2 Psykiatrisen palvelujärjestelmän rakennemuutos Savonlinnassa

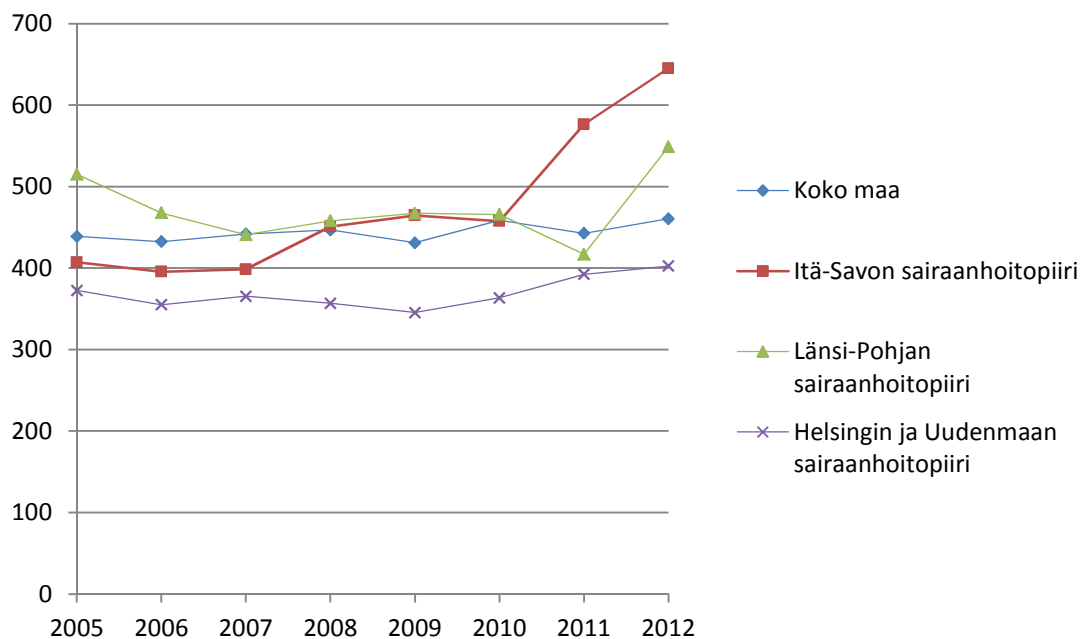
Kotikaupungissani Savonlinnassa (Itä-Savon sairaanhoitopiiri) suunniteltiin psykiatrian rakennemuutos Mieli 2009 -suositukseen pohjautuen vuoden 2010 aikana. Sen seurauksena vähennettiin psykiatrisia vuodepaikkoja osastoja yhdistämällä ja perustettiin avohoitoon vuoden 2011 alussa aloittanut jalkautuva akuuttityöryhmä, jota johtaa erikoislääkäri. Kahdessa vuodessa sairaalapäivien määrä psykiatrisella vuodeosastolla väheni (kuvio 2) avohoitokäyntien lisääntyessä lähes kolmanneksella (kuvio 3) psykiatrian kokonaiskustannusten kuitenkin kasvamatta. Kuviossa 3 avohoitokäynteihin sisältyvät sekä perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit että erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit. (Ahlblad 2012; SOTKANet 2014; Uuksulainen 2010, 29.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä perusterveydenhuollon avohoidon palveluja mielenterveys- ja päihdepotilaille tarjoavat Mielitiimi, mielenterveysvastaanotot ja A-klinikka. Mielitiimi pyrkii toiminnallaan tukemaan kotona asuvien mielenterveyskuntoutujien

toimintakykyä ja ylläpitämään heidän omatoimisuuttaan kuntouttavan työtteen menetelmin. Mielenterveysvastaanotolle ei tarvita lähetettä, ja ajan voi varata matalan kynnyksen periaatteella puhelimitse, mielenterveysvastaanoille ohjautuu potilaita jatko-
hoitoon myös psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta (esim. psykiatrinen osastohoito, psykiatrian akuuttiryhmä). (Silfsten & Toiviainen 2012, 5–6; Tuori 2011; Uuksulainen 2010, 29–33.)



KUVIO 2. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät / 1 000 asukasta (SOTKANet 2014)



KUVIO 3. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttänyttä (SOTKANet 2014)

Kolmannen sektorin toimijoina Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella LinnaKlubin (ks. alaluku 2.3) lisäksi mainittakoon Mielenterveyden keskusliittoon kuuluva potilasjärjestö Savolaiset Selviytyjät ry, joka perustettiin vuonna 1993. Yhdistys toimii vertais- tuki- ja kokemusasiantuntijuuden lisäksi myös työllistäjänä erilaisin tuetuin työllistä- misen muodoin. Rahoituspohja koostuu suurimmaksi osaksi Savonlinnan kaupungin työllistämisen avustuksista sekä muista avustuksista, oman toiminnan tuotoista ja jä- senmaksuista. (Savolaiset Selviytyjät ry 2014.) Savonlinnassa toimii myös keskustelu- apua tarjoava Savonlinnan Kriisikeskus, jota ylläpitää Savonlinnan seudun Mielenter- veyseura ry. Kriisikeskuksessa voi asioida halutessaan nimettömänä, ja palvelu on maksutonta. (Savonlinnan Kriisikeskus 2014.)

Kelan kuntoutumisterapia on tarkoitettu 16–67-vuotiaille. Sen tavoitteena on turvata kuntoutujan opiskelu- ja työkykyä. Terapia voi olla yksilö-, pari-, perhe-, ryhmä- psykoterapiaa tai kuvataideterapiaa, 16–25-vuotiaille nuorille myös musiikkiterapiaa. Vuodesta 2011 alkaen kuntoutumisterapia muuttui harkinnanvaraisesta lakisääteiseksi, mutta sen saamisen ehdot säilyivät ennallaan. Terapiaa myönnetään vuodeksi kerral- laan, enintään 80 kertaa vuodessa tai 200 kertaa kolmessa vuodessa, korkeintaan kol- men vuoden ajan. Terapeuttina voi toimia Valviran hyväksymä, psykoterapeutti- ammattinimikkeeseen oikeutettu henkilö, joka on saanut koulutuksen antamaansa te- rapiamuotoon. (Kela 2014.)

Tulevaisuuden kehityskohteista Itä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrisessa tulosityksikössä on mainittu muun muassa perhetyön liittäminen kiinteämmin mielenterveys- ja päihdetyön yhteyteen, perusteellisen suunnitelman laatiminen syrjäytymisvaarassa oleville nuorille ja ensipsykoosiin sairastuneiden kuntoutuksen strukturoitu suunni- telma. Aiempien selvitysten perusteella on myös syntynyt tarve luoda kuntoutettaville potilaille julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimintojen koordinoinnin avulla hoitokokonaisuus, koska tällä hetkellä toiminnoissa on päällekkäisyyttä ja toimijoiden välinen tietoisuus toisistaan on vajavaista. (Uuksulainen 2010, 15–16.)

Silfsted ja Toiviainen (2012) hakivat opinnäytetyössään (YAMK) vastauksia siihen, miten mielenterveyspalvelujen avohoito vastaa asiakkaiden tarpeita, miten asiakkaat kokevat osallisuutta avohoidossa ja millaisia tarpeita avohoidon palveluiden asiakas- lähtöiseen kehittämiseen on Savonlinnan alueella. Palvelujen käyttäjiä (12), työnteki- jöitä (5) ja johtavassa asemassa olevia (4) haastateltiin viidessä eri ryhmähaastattelus-

sa, ja aineisto analysoitiin asiakaslähtöistä Bikva-arviointimallia käyttäen. Asiakkailta (palvelun käyttäjiltä) ryhmähaastatteluissa saatu tieto ja palaute esiteltiin kenttätöntekijöille heidän omassa ryhmähaastattelussaan. Asiakkaiden palaute sekä työntekijöiden ajatukset siitä esiteltiin, ja niitä pohdittiin hallintohenkilökunnan ryhmähaastattelussa. Lopuksi palaute pohdintoineen saatettiin poliittisten päättäjien tietoisuuteen kaikille avoimessa mielenterveysfoorumissa 21.11.2013. (Silfsted & Toiviainen 2012, 28.)

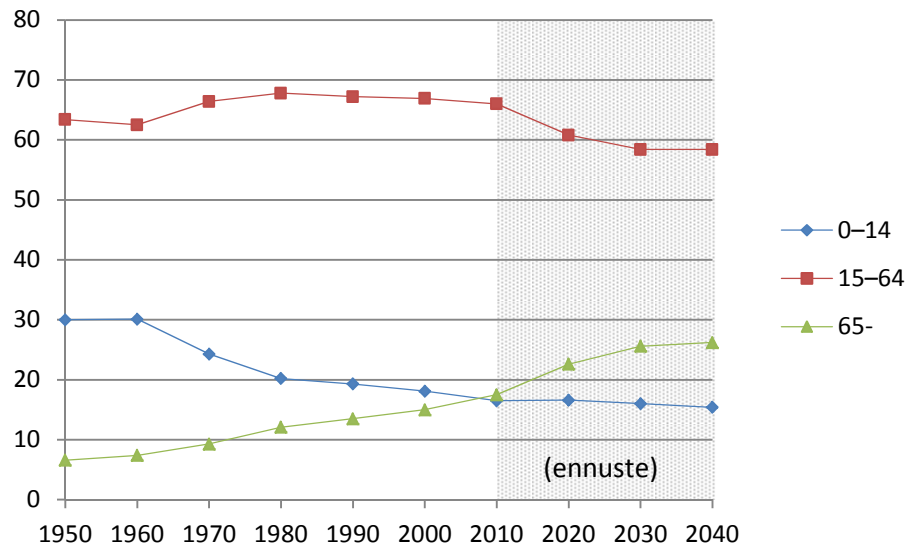
Tutkimuksen perusteella mielenterveyspalvelujen käyttäjät mm. kokivat, että mielenterveyskuntoutujan on vaikeampi saada apua fyysisiin ongelmiin, myös leimaantumista koettiin. Auttamistyössä asiakas saatetaan nähdä vain epäitsenäisenä ja passiivisena avuntarvitsijana, mikä voi - itseään toteuttavana ennustuksena - vaikuttaa myös asiakkaan käsitykseen itsestään. Merkittävänä tuloksena pidettiin sitä, että työntekijät tiedostivat asiakkaiden julki tuomat epäkohdat ja olivat pyrkineet auttamaan esim. hoitoon pääsyssä asiakkaitaan. Ilmi tuli myös työntekijöiden koulutustarve asiakaslähtöiseen työtapaan liittyen. Hyviksi keinoiksi jatkoa ajatellen mainitaan yhdenvertaisuuteen keskittyminen, vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen ja matalakynnyksinen palvelunohjaus. Samat elementit löytyvät pääosin myös sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 12–14) tulevaisuuskatsauksesta. (Silfsted & Toiviainen, 51–53.)

SOTE-uudistus

Etelä-Savossa väestön väheneminen (Mikkeliä lukuun ottamatta) ja ikääntyminen aiheuttavat paineita erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle. Työikäisten määrä pienenee ei-työikäisten joukon kasvaessa, lähinnä ikääntymisen seurauksena (kuvio 4). Etelä-Savossa toimii kaksi sairaanhoitopiiriä: Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri), joka vastaa kokonaisuudessaan jäsenkuntiensa sosiaali- ja terveyshuollosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 68.)

SOTE-uudistukseen eli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokseen liittyvät lait ehdotetaan tuleviksi voimaan vuoden 2015 alusta ja lain mukaiset SOTE-alueet aloittamaan toimintansa viimeistään vuoden 2017 alussa. Kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion

avustuksesta annettu laki kumotaan uudistuksen johdosta. Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä perus- ja erikoistason palvelut yhdistetään ja kuntalaisten lähipalvelut varmistetaan uusin toimintamallein, järjestysvastuun jakaantuessa laajemmalle ja vahvemmalle pohjalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 14.)



KUVIO 4. Väestö ikäryhmittäin % koko maa 1950–2040 (SVT 2012)

SOTE-uudistuksessa Suomi tultaneen jakamaan viiteen sote-alueeseen, joille kunnille tällä hetkellä kuuluva sosiaali- ja terveysalojen palvelujen järjestelyvastuu siirtyisi. Näin pyritään takaamaan kansalaisille kotikunnasta ja asuinpaikasta riippumattomat, tasavertaiset sosiaali- ja terveysalojen palvelut. (Suomen Tietotoimisto 2014.) Palvelurakennemuutos tulee muuttamaan myös psykiatrian palvelurakenteita Savonlinnassa lähivuosina.

4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUMINEN

Kuntoutuksella on merkittävä rooli yhteiskunnassa, myös sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Sen avulla voidaan edistää ihmisten hyvinvointia ja ehkäistä syrjäytymistä, ylläpitää ja edistää ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Kuntoutuksessa on kyse yhteisöllisestä huolenpidosta ihmisten keskuudessa, ja sen historia ulottuu jo antiikin ajan terveyskylpylöihin. (Koukkari 2010, 18.)

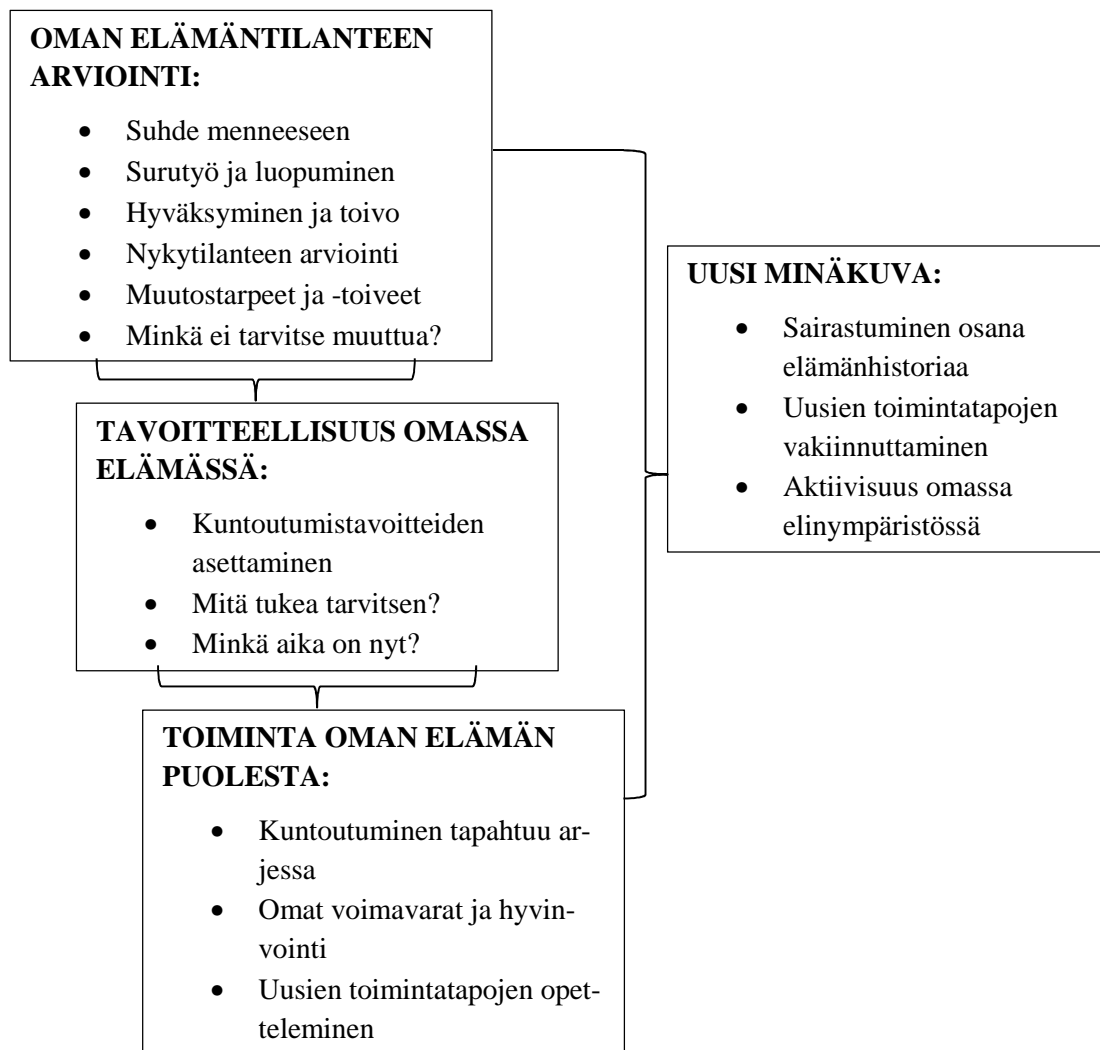
Kuntoutumisella voidaan tarkoittaa sairauden oireiden väistymistä ja toimintakyvyn palaamista, mutta yhtä lailla se voi olla elämän jatkumista oireista ja vaivallisesta

toimintakyvystä huolimatta; jälkimmäiselle on lanseerattu oma terminsäkin: ”procovery”. Kuntoutumisessa on erotettavissa myös sisäisiä ja ulkoisia elementtejä. Sisäisiä elementtejä edustavat toivo, asenteet ja yksilöllinen muutosprosessi, ulkoisia taas taoudelliset olosuhteet, saatavilla olevat palvelut ja hoitokäytännöt, jotka voivat joko tukea tai hidastaa kuntoutumisprosessia. Kuntoutumista tapahtuu myös ilman aktiivista kuntouttamista. (McCranie 2010, 477; Pescosolido 2008.)

Kuntoutumista voidaan kuvata henkilökohtaisena oppimis- ja muutosprosessina, jossa pyritään kokonaisvaltaiseen kuntoutujan elämäntilanteen edistämiseen. Lähtökohtana kuntoutumiselle on kuntoutujan itsemääräämisoikeus toimintakykyisyytensä tunnistamisessa ja kuntoutustarpeensa määrittämisessä. Kuntoutus on myös yhteiskunnallinen investointi esimerkiksi silloin, kun se auttaa kuntoutujaa kuntoutumaan takaisin työelämään tai pysymään pidempään mukana työelämässä. (Koukkari 2010, 12–13.) Kuntoutuksen eräs tehtävä on avata kuntoutujalle uudenlaisia näkökulmia ja sitä kautta lisätä hänen käytettävissä olevia vaihtoehtojaan (Romakkaniemi 2011, 60, 64).

Mielenterveyskuntoutumista voi kuvata myös oman tahdon löytämisenä siten, että kuntoutuja alkaa itse päättää omasta elämästään valintoja tekemällä ja niistä vastuun kantamalla. Ongelmana saattaa kuitenkin olla vaikeus löytää tavoitteita ja päämääriä tai uskoa niihin. Kuntoutujilla on kokemuksia siitä, että kertoessaan hoitohenkilökunnalle toiveistaan ja pyrkimyksistään ne on saatettu torjua sillä ajatuksella, että kuntoutujaa (vai kuntouttajaa!) halutaan suojella pettymykseltä. Omien ajatusten ja toiveiden ääneen lausuminen kannattaa silti, koska se selkeyttää niitä ja tekee ne todellisemmiksi. (Koskisu 2003, 89–90.)

Amerikkalaisten mielenterveyskuntoutujien omaelämäkerrallisista kirjoituksista tehdyssä tutkimuksessa löydettiin kuntoutumista määrittelemään toivon heräämisen, mielenterveysongelmien hyväksymisen, syrjään vetäytymisestä luopumisen, aktiivisen osallistumisen, omasta elämästä vastuun ottamisen ja aktiivisen selviytymiskeinojen etsinnän teemat (Hänninen 2009, 20–21). Koskisuun (2003, 27) mukaan kuntoutuminen on elämän kieltämisestä ulos murtautumista, jossa toipumisen mahdollistava oleellinen oivallus on, että oma elämä on ainutlaatuinen ja arvokas sellaisenaan ja sairaus vain osa kokonaisuutta eikä sen määrittelevä tekijä. Suomessa on käytetty jo vuosien ajan Mielenterveyden Keskusliiton kurssitoiminnassa kuntoutujien kanssa yhdessä mietittyä kuntoutumisajattelua (kuvi 5).



KUVIO 5. Kuntoutumisajattelun malli (soveltaen Koskisuus 2003, 55)

Kuntoutumisen ohjaus perustuu eettiseen, vastuulliseen suhteeseen kuntoutujan ja ohjaajan välillä. Kuntoutumista edistävän, myönteisen ja hyväksyvän ilmapiirin luomisen edellytyksenä on, että kuntoutuja kokee tulevaisuutensa hyväksytyksi sellaisena kuin on. Ohjaajan esittämät muutostoiveet saattavat aiheuttaa kuntoutujassa tunteen, että hänen on muututtava tullakseen hyväksytyksi. Aito dialogi ohjaajan ja kuntoutujan välillä edellyttää avoimuutta, omana itsenä olemista. Dialogin avulla pyritään saamaan mahdollisimman monipuolinen näkemys asioista ja käynnistämään kuntoutujassa prosessi, jonka kuluessa hän saa tilaisuuden tutkia omaa elämäänsä ja valintojaan ja niiden seurauksia. Ohjaajalla on oltava kyky nähdä kuntoutujan tilanne kuntoutujan näkökulmasta, silloinkin kun ohjaaja ei kykene hyväksymään kuntoutujan ratkaisuja ongelmiinsa. Ohjaajalta vaaditaan kärsivällisyyttä ja aikaa; kykyä kuunnella ja sietää myös hiljaisuutta. Luottamuksen ja turvallisuuden synty on olennainen osa kuntoutu-

misprosessia, ja se saattaa jo itsessään olla kuntoutujalle eheyttävä kokemus. (Kukkonen-Lahtinen 2006.)

Mielenterveyden keskusliiton TRIO-projektin tavoitteena oli kehittää uusi, yksilöllinen kuntoutusmalli sekä hyödyntää ja edelleen kehittää kuntoutusajattelua yhdistämällä kuntoutujan, ammattilaisen ja kuntoutuja-asiantuntijan asiantuntemus (TRIO!): kokemus, tieto ja osaaminen. Projekti toteutettiin RAY:n rahoituksella vuosina 2001–2005. Projektiin kuului mm. kuntoutujille suunnattu vertaisohjaajuuteen valmentava kuntoutuja-asiantuntijakoulutus. Osana TRIO-projektia syntyi AVIS-malli (Ammattilaisuus – Vertaisuus – Ideali/hyvä elämä – Sairaus) yhdistämään kuntoutujien, vertaisohjaajien ja kuntoutuksen ammattilaisten näkökulmia ja kokemuksia. Kuntoutujaa ei nähdä siinä kuntoutuksen objektina vaan subjektina, joka toimii oman kuntoutumisansa puolesta yhdessä muiden kanssa; tasaveroisesti, toisiinsa limittyen. Vertaisuus mahdollistaa pakottoman, hyväksyvän ilmapiirin, joka rohkaisee muutokseen, mutta ei vaadi sitä. (Hietala-Paalasmaa ym. 2006, 19–42.)

5 AUTTAMISEN PROBLEMATIIKASTA

Kaikissa asiakassuhteissa on pohjimmiltaan kyse vuorovaikutussuhteesta asiakkaan ja työntekijän välillä, myös mielenterveyskuntoutuksessa. Mielenterveystyössä luodaan jo ensitapaamisessa usein perusta joko onnistuneelle tai epäonnistuneelle hoitosuhteelle. Siksi näen tarpeelliseksi käsitellä muutaman kappaleen verran auttamista, sen ongelmallisuutta ja auttamiseen läheisesti liittyviä ”oman persoonan” käyttöä työvälineenä sekä myötätuntouupumista. Hienoinkaan palvelujärjestelmä ei toimi, jos se ei toteudu myös ruohonjuuritasolla, ja juuri siellä näen asiakaslähtöisen työtteen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisen suurena mahdollisuutena ja voimavarana. Martti Lindqvist toteaa jo vuonna 1990 (1990, 43), että on olemassa maallikkoryhmä, jonka toiminta perustuu matkatoveruuteen ja lähimmäisenä oloon, ja he voivat omina itsenään muodostaa luontevan sillan (tai puskurin) ammattiauttajan ja apua tarvitsevan välille.

Teologian tohtori, auttajien kouluttaja ja auttamistyön eetikko Martti Lindqvist (1945–2004) on perehtynyt kirjallisessa tuotannossaan laajasti auttajan rooliin liittyviin ristiriitoihin ja auttamisen problematiikkaan. Lindqvist toimi viimeisinä vuosinaan myös Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) puheenjohta-

jana. Lindqvist uskoi psykoanalyttikko Carl G. Jungin (1875–1961) tavoin kaikille yhteiseen, kollektiiviseen piilotajuntaan, jonka tasolla kaikki virtaa ihmismielen asettamista rajoista huolimatta. Tästä syystä on hänen mielestään sekä mahdollista että tarpeellista eläytyä autettavan kokemusmaailmaan; ilman kykyä asettua toisen asemaan kohtaaminen jää vajaaksi. Pelko tuntemattomalle alueelle joutumisesta on Lindqvistin mukaan eräänlaista epäluottamusta tähän ihmisyyden yhteiseen ytimeen. (Karppanen 2009, 12, 92; Lindqvist 1990, 69–70.)

Amerikkalainen psykoterapeutti Sheldon B. Kopp (1929–1999) vertaa avun tarpeessa olijaa nykyajan pyhiinvaeltajaan, joka haluaa ryhtyä auttajan opetuslapsiksi. Kopp näkee murroskaudet, kriisit valinnan paikkoina, jotka tarjoavat ihmiselle mahdollisuuden [henkiseen] kasvuun. Halu kasvaa tai ristiriitaisesti pelko muutosta ja kasvua kohtaan ovatkin hänen mielestään ”toivioletken” liikkeellepanevia voimia. Hänen mukaansa on inhimillistä pelätä muutosta ja epävarmuutta ja tuntea mielummin tuttua, turvallista tuskaa kuin tuntemattomaan liittyvää turvattomuutta. Auttajan tehtävänä ei hänen käsityksensä mukaan ole ryhtyä potilaan hoivaajaksi ja kannattelijaksi vaan väistää syrjään ja antaa potilaalle mahdollisuus kompurointiin ja ylösnousuun. Auttajan hän kuvaa omalla tavallaan sinnitteleväksi kanssaihmiseksi, jonka ensisijainen tehtävä on aktiivisesti kuunnella - omalla persoonallaan reagoiden ja kokemusmaailmaansa hyödyntäen - potilaan tarina. (Kopp 2004, 9–11.)

Schein (2009) ihmettelee auttamista käsittelevässä teoksessaan, miten on mahdollista, että ”hukkumiselta pelastettu ihminen haastaa pelastajansa oikeuteen olkapään sijoiltaan menon takia”. Hänen mukaansa on olemassa auttavaista ja ei-auttavaista apua, eikä niiden erottaminen toisistaan ole aina helppoa. Auttamistilanteessa avun pyytäjä on aina altavastaajan asemassa, riippuvaisuutensa paljastaen, mikä voi altistaa hänet myös hyväksikäytölle auttajan taholta. Taitavan auttajan tehtävänä on yrittää kompensoida tätä epätasapainoa. Avun tarjoaminen ilman pyyntöä koetaan myös helposti loukkaukseksi. Autettavan roolissa olevalle on tärkeää säilyttää määräysvalta ja omistusoikeus käsillä olevaan ongelmaan, silloinkin kun auttajan ja autettavan näkemykset siitä eroavat toisistaan. (Schein 2009, 32–34, 144–157.)

5.1 ”Auttajan varjo”

Psykologiassa varjolla tarkoitetaan useimmiten negatiivisina pidettyjä puolia itsestämme, joita emme joko kykene näkemään tai halua nähdä, mutta jotka kuitenkin ovat osa itseämme. Käsitteenä varjo (schatten) on analyyttisen psykologian isänä pidetyn Carl Jungin (1875–1961) yksi arkkityypeistä. Modernissa jungilaisuudessa tunnetaan myös kirkas varjo, jolla viitataan ihmisen käyttämättömiin mahdollisuuksiin. (Kanniainen 2010, 9–12.)

Auttajan varjolla Lindqvist (1990, 10–11, 108) tarkoittaa auttajankin rooliin usein kätkeytyvää ihmisen pimeää puolta, varjoa. Hän peräänkuuluttaa auttajalta tietoisuutta varjonsa olemassaolosta sekä varjoon ja sen aiheuttamiin vaaroihin tutustumista ja varjon kanssa toimeen tulemistä. Varjo ei koostu pelkästään pahuudesta, vaan myös ihmisen rajallisuudesta ja haavoittuvuudesta; syvästi inhimillisistä ominaisuuksista, jotka toisaalta saattavat edesauttaa sillan muodostamista autettavan maailmaan. Pois-leikattu tai piilotettu varjo on Lindqvistin mukaan auttajan sisäisen sokeuden tärkein syy!

Auttaja saattaa projisoida omat torjutut puolensa autettavaan siinä määrin, että tuleekin hoitaneeksi itseään autettavan kustannuksella. Siitä syystä auttajan roolin kokemiin kutsumuksena on syytä suhtautua varauksellisesti. Auttajan rooliin yleisesti liitetty kutsumuksellisuuden edellytys saattaa sotkeutua auttajan varjoalueilta nouseviin, tiedostamattomiin yllykkeisiin ja toimia niiden sosiaalisesti hyväksytympänä kiertoilmaisuna; itsepetos näyttäytyy tässä valossa itsetuntemusta suurempana vaarana. (Karppanen 2009, 62–65.)

Moralismi auttamistyössä voi näyttäytyä hyvän ja pahan ulkoistamisena, splittauksena: auttajien ammattikunnan ”hyvyys” vastaan autettavan asiakaskunnan ”pahuus”. Se tarjoaa mustavalkoisen maailmankuvan, joka hyväksyy vain hyvän tai pahan, oikean tai väärän, hyväksytyyn tai hylätyn. Yhtenä selityksenä auttajan sokeudelle voi olla myös auttajan idealismi, joka estää häntä näkemästä todellisuutta sellaisena kuin se on. Idealismi voi ilmetä myös määrätietoisena pahan kieltämisenä. Molemmissa tapauksissa (moralismi, idealismi) auttaja itse usein uskoo auttamismotivaationsa perustuvan vilpittömälle hyvyydelle. (Lindqvist 1990, 108–113.)

Koppin (2004, 32–33) mielestä kaikissa vuorovaikutukseen liittyvissä ongelmissa hedelmällisintä on aloittaa niiden korjaaminen omasta itsestä. Se houkuttelee tehokkaasti myös vastapuolta avautumaan ja paljastamaan sisimpänsä. Itsen tietoisuuden lisääntyessä kohdattavaksi voi tulla rumia, pahoja ja häpeällisiä ajatuksia (varjo!), mutta niiden tunnistaminen tekee tilaa myös ihmisen kauniille, lempeälle ja kunnolliselle puolelle, mahdollistaen elämän ilman naamioita. Ainoa todellinen vaara piilee Koppin, kuten Lindqvistinkin (1990, 117) mukaan siinä, mikä on salassa ihmiseltä itseltään.

5.2 Oman persoonan käyttö työvälineenä

Persoonana oli roomalaisessa teatterissa naamio, jolla kuvattiin roolihenkilön luonnetta ja asemaa. Persoonakäsitteellä viitataan nykykielessä ihmiseen omana, aitona itsenään, ilman naamioita. Sillä voidaan arkikielessä tarkoittaa myös henkilöä, joka herättää erityistä huomiota. Persoonana on määritelty moraalifilosofiassa myös itsetiedostavana oliona, jolla on ymmärrys hyvästä ja pahasta. (Stenlund 2012, 174.)

Lindqvistin tulkinnassa persoonana on yksilöllinen ihminen, joka saa kasvunsa kautta käyttöönsä ja toiminnassaan tuottaa näkyviin omaa erityislaatuaan. Koko ihmisen elämänkaari kuuluu persoonan alueeseen sekä menneisyyden kantajana että tulevaisuuden hahmottajana. Persoonan kasvu on nähtävissä vapautumisena spontaanimpaan itseilmaisuun käyttämällä mahdollisimman vivahteikasta ja laajaa rooliskaalaa. Rooleilla tässä yhteydessä tarkoitetaan ihmisen virittymistä hänen näkökulmastaan mielekkääseen itseilmaisuun suhteessa toisiin ihmisiin tai tilanteisiin; sellaisena kuin hän sillä hetkellä on. (Lindqvist 1990, 67–68.)

Keskeisintä oman persoonan käyttämisessä työvälineenä on Lindqvistin (1990, 72) mukaan olla autettavalle elävä peili ja ikkuna hänen maailmaansa. Tunnepeilaus on vielä sanallistakin palautetta tärkeämpää; tunnereaktioissaan auttaja edustaa kaikkia autettavan maailmassa merkittäviä vastarooleja, jotka ovat jättäneet jäljen hänen sieluunsa. Eräällä tavalla auttajan persoonana edustaa ihmisen mallia asiakkaalle, ei kopioitavana esimerkkinä, vaan toivon, elämänuskon ja selviytymismahdollisuuden edustajana.

Stenlundin (2012, 183) mukaan oman persoonan käyttöön kärjistettynä liittyy ajatus ammatillisuuden orjuudesta, sen säännöistä ja kaavoista vapautumisesta. Minän ”ulkopuolisiin” keinoihin (sääntöihin, kaavoihin, terapioihin ja tekniikoihin) turvautuminen tai niissä kaavamaisesti pidättäytyminen voidaan nähdä myös aloittelevan työntekijän ”kiusauksena”. Toisaalta, jos auttaja keskittyy pääasiassa oman persoonansa jatkuvaan kehittämiseen ja itsetarkkailuun, saattaa luonteva kanssakäyminen autettavan kanssa jäädä toissijaiseksi asiaksi. (Stenlund 2012, 189–190.)

Kopp tunnustaa kertovansa psykoterapeuttina potilaalleen myös omaa tarinaansa. Hänen mukaansa se kannustaa potilastakin avautumaan ja luo lähtökohdan hedelmälliselle terapiasuhteelle. Kaiken lisäksi hän sanoo tekevänsä niin itsensä eikä potilaansa vuoksi; hänen kokemuksensa mukaan aina, kun hän on yrittänyt antaa jotain itsestään vain auttaakseen potilastaan, potilas on kokenut joutuneensa manipuloinnin uhriksi. Hän ei kuitenkaan kannata ”hillitöntä” avoimuutta, vaan pidättää itsellään oikeuden yksityisyyteen niin halutessaan ja kunnioittaa myös potilaan oikeutta siihen. Koppin mukaan terapeuttina toimiminen pitää ihmisen rehellisenä itselleen, ikään kuin sitoutuneena elinikäiseen psykoterapiaan. (Kopp 2004, 31–32.)

5.3 Myötätuntouupuminen

Myötätuntouupumista voidaan pitää kokoavana käsitteenä loppuunpalamiselle, sijaistraumatisoitumiselle, sekundaariselle traumaattiselle stressille ja vastatransferenssille. Loppuunpalaminen on emotionaalisesti kuormittavaan työhön liitetty psykofyysinen väsymystila. Sijaistraumatisoituminen on hidas kehitysprosessi, joka kuvaa auttamistyön seurauksena tapahtuvaa auttajan sisäisen kokemusmaailman muutosta. Sekundaarisella traumaattisella stressillä tarkoitetaan auttajan ja autettavan samankaltaisia, mutta voimakkuudeltaan ja vaikutuksiltaan erilaisia reaktioita autettavan traumaattiseen tilanteeseen. Siihen liittyy läheisesti vastatransferenssin käsite, joka voi näyttäytyä auttajan yliaktiivisena toimintana autettavan pelastajana ja hänen puolestaan toimijana; auttajasyndroomana. (Nissinen 2007, 50–52.)

Jokaista ammattiauttajaa koskeva myötätuntouupumisen riski ei ole epäammattilaisuuden tai auttajan persoonallisuuden aiheuttama vaan auttamistyön sisällöstä johtuva. Myötätuntouupuminen on psykofyysinen jännitystila, joka on seurausta toistuvista toisen ihmisen kärsimyksen jakamisesta tai todistamisesta. Se voi oireilla fyysisinä

stressireaktioina, kyynisyytenä ja turtuneisuutena, ammatillisen itsetunnon heikkene-
misenä sekä ihmissuhdeongelmina. (Nissinen 2007, 54–56.)

Lindqvistin (1990, 129–134) mielestä kyse on aiemmin kuvailemaani ”auttajan var-
joon” läheisesti liittyvästä asiasta. Tärkeäksi myötätuntouupumisen laukaisevaksi teki-
jäksi hän näkee auttajan tai työyhteisön pakonomaisen tarpeen olla hyvä ja onnistuva,
Nissinen (2007, 91) käyttää samassa yhteydessä ilmaisua pelastamisfantasia. Auttaja
saattaa pitää itseään korvaamattomana ja kokea velvollisuudekseen olla kaikkien käy-
tettävissä. Lindqvistin mielestä kyse on tyyppillisestä torjuntamekanismista, joka joh-
tuisi auttajan kyvyttömyydestä pysähtyä kohtaamaan omat avuttomuuden, kuolevai-
suuden ja menettämisen pelon tunteensa. Henkilökohtaisia vastoinkäymisiä läpikäy-
neillä auttajilla voi olla jopa parempi vastustuskyky uupumisprosessin kuormitusteki-
jölle, koska heille on kehittynyt sietokyky elämän keskeneräisyyttä, raadollisuutta ja
kaotittisuutta vastaan (Nissinen 2007, 94).

6 TYÖPAJATOIMINTA MIELENTERVEYSKUNTOUTUMISEN TUKENA

6.1 Työpajatoiminta

Työpaja määritellään Ylipaavalniemen ym. (2005, 9) toimesta erityistyöllistämisen
yksiköksi, jossa asiakkaille tarjoutuu mahdollisuus tuen saamiseen työ- ja yksilöval-
mennuksen keinoin. Kohderyhmänä työpajalle on heikossa työmarkkina-asemassa
olevat henkilöt. Ensimmäiset työpajat nuorille perustettiin Suomeen jo 40 vuotta sitten
ehkäisemään nuorten syrjäytymistä työelämästä ja koulutuksesta. 1990-luvun laman ja
erityisesti nuorisotyöttömyyden kasvun myötä työpajatoiminta levisi koko maahan ja
sitä alettiin sisällöllisesti kehittää valtionavun turvin; myös sosiaalitoimi tuli mukaan.
Painopiste siirtyi hätäaputyöllistämisestä laajempaan asiakkaan tukemiseen 1990-
luvun loppupuolella. Työpajatoiminta oli merkittävimpiä nuoriin kohdistettuja, työllii-
syyttä edistäviä toimenpiteitä 1990-luvulla; 65–70 % niihin osallistuneista nuorista
sijoittui työpajan jälkeen koulutukseen tai työhön. (Opetusministeriö 2004, 8–9.)

Tanskan tuotantokouluista haettiin mallia ja uusia tuulia työpajatoiminnan kehittämi-
seen vuosituhanen taitteessa. Tuotantokoulujen työpainotteiset oppimismenetelmät
yhteistyössä koulujen ja oppilaitosten kanssa edesauttoivat suomalaisia työpajoja
suuntautumaan ”oikean työn” tekemiseen. Se taas edesauttoi paikallisen yritysytteis-

työn syntymistä ja lähensi työpajatoimintaa ja avoimia työmarkkinoita. Myös Saksasta ja Hollannista haettiin vaikutteita mm. maahanmuuttajanuorten työpajatoimintaan. (Opetusministeriö 2004, 11.)

Opinnäytetyöni työpajatoiminta poikkeaa kuitenkin yllämainitusta, virallisesti määritellystä työpajatoiminnasta, mm. koska sen tavoitteena ei ole suoraan työelämään pääsy ammattitaidon lisäämisen kautta, vaan enemmänkin omien mahdollisuuksien ja kykyjen löytäminen arjesta poikkeavien, toiminnallisten menetelmien avulla. Työpajassa tarjoutuu myös mahdollisuus tuntee osallisuutta ryhmään kuulumisen muodossa, jakaa kokemuksia ja saada sekä antaa vertaistukea.

6.2 Ryhmäytyminen

Opinnäytetyöni tuotekehitysprosessin tuotoksena on työpaja, joka toteutettiin suljettuna pienryhmänä. Suljetulla ryhmällä tarkoitetaan sitä, että ryhmään ei oteta uusia jäseniä sen alkamisen jälkeen. Tästä teimme kuitenkin ryhmän kanssa yhdessä sopien poikkeuksen siten, että toisella työpajakerralla oli vielä mahdollista tulla mukaan, minkä jälkeen ryhmä jatkoi suljettuna loppuun asti. Ryhmällä on elinkaari, joka sisältää alun, työskentelyvaiheen ja lopetuksen. Alku on yleensä hyvin latautunut niin ohjaajan kuin osallistujien kannalta. (Lindroos 2009, 35.)

Ohjaajan tehtävä on uskoa ryhmän selviämiseen ja luotsata se alun kaaoksesta työskentelyvaiheeseen. Kaikilla ryhmillä on sisällöstä riippumatta samat, toistuvat perusteemat, joita ovat liittyminen, jakaminen ja luopuminen. Ryhmän tavoitteet ja sisällön määrittelee ryhmä itse, kukin sen jäsen oman elämänhistoriansa ja -tilanteensa pohjalta. Ennen ensimmäistä kokoontumista ohjaajan tulee tehdä tilaa ryhmän jäsenten mukanaan tuomien elämänhistorioiden ja aiempien mahdollisten ryhmäkokemusten vastaanottamiseen. Ryhmän ohjaajuus tarkoittaa suostumista ryhmäläisten tunteiden kohteena ja kasvun välineenä olemiseen ja sitoutumista työskentelemään ryhmän toimivuuden ja toteutumisen eteen. (Julin ym. 1998, 4, 60.)

Ryhmän alkaessa on tärkeää, että jokainen ryhmän jäsen kertoo ryhmään ja yhteiseen työskentelyyn liittyvät odotuksensa, toiveensa ja tavoitteensa. Ne muotoutuvat vähitellen ryhmän yhteisiksi tavoitteiksi. Ryhmätyöskentelyn lomassa tavoitteita tarkistetaan ja tarvittaessa niitä muutetaan. Ryhmätyöskentelyn edetessä ryhmään muodostuu

myös erilaisia rooleja. Ryhmässä tarjoutuu mahdollisuus itselle poikkeavaan, mielekkäämpään roolivalintaan, jos totuttu rooli ei tunnu enää tarkoituksenmukaiselta. Ryhmään sijoittumisen ja roolittumisen purkaminen onkin usein ryhmän työskentelyn keskeinen osa. (Julin ym. 1998, 60–61.)

Ryhmän keskivaihe (työskentelyvaihe) on jaettavissa vielä kuohumisen, normittamisen ja työskentelyn vaiheisiin. Kuohumisvaiheessa ryhmäläiset usein reagoivat tunteella annettuihin tehtäviin ja saattavat vastustaa niitä sekä ryhmän kontrollia. Normittamisen vaiheessa ryhmän ilmapiiri rauhoittuu ja selkiytyy, jos kuohuntavaiheessa mahdollisesti syntyneet ristiriidat on tiedostettu ja käsitelty rakentavasti yhdessä. Keskinäisen tuen merkitys kasvaa tässä vaiheessa. Työskentelyvaiheessa energia käytetään vastustuksen sijaan itse työskentelyyn, ryhmäläisten roolit ovat joustavia ja ryhmän tehtävän mukaisia. (Hautala ym. 2011, 185.)

Ryhmän ohjaajan tehtävä työskentelyvaiheessa on ohjata ryhmän vuorovaikutusta ja ymmärtää ryhmätoimintaan olennaisena osana kuuluva vastustus, joka kohdistuu joko ohjaajaan itseensä tai hänen edustamaansa tehtävään. Ohjaajan kyky kuunnella itseään auttaa häntä ryhmän jäsenten havainnoinnissa ja kuulemisessa. Ryhmätilanteissa voi esiintyä kilpailua, kateutta ja kostonhalua, joiden esille ja käsiteltäviksi tuominen on viime kädessä ohjaajan tehtävä. (Julin ym. 1998, 116–117.)

Ryhmän päättyessä palataan sen elinkaaren aikaisiin tapahtumiin niin, että jokaiselle tarjoutuu tilaisuus omien tunteiden ja kokemusten käsittelyyn sekä niiden jakamiseen muiden kanssa. Ryhmän loppuminen, siitä luopuminen, saattaa herättää ryhmän jäsenissä myös aiempia, käsittelemättä jääneitä hylätyksi tulemisen ja menettämisen tunteita, jotka on hyvä elää läpi yhdessä ryhmän kanssa. Se edesauttaa selviytymistä ryhmän jälkeen: eletty luopuminen avaa oven uudelle alulle. (Julin ym. 1998, 259.) Ryhmän loppuminen saattaa aiheuttaa myös pettymyksen, jos omat tavoitteet eivät toteutuneetkaan, eikä ryhmä osoittautunut odotusten mukaiseksi (Lindroos 2009, 38).

6.3 Vertaistuki

Vertaistuki on määriteltävissä samankaltaisessa tilanteessa olevien ihmisten haluna jakaa kokemuksiaan ja sitä kautta sekä saada että antaa tukea. Vertaissuhde perustuu myötätuntoon ja toisen vertaisen arvostamiseen. Vertaistuki on epämuodollista, inhi-

millistä ja se perustuu vuorovaikutukseen siinä, missä asiakassuhde ammattilaisuuteen ja normien mukaiseen toimintaan. Vertaistuen riskeinä voidaan nähdä epätarkan informaation leviäminen, testaamattomien hoitojen antaminen ja epätoivottujen suhteiden muodostuminen. (Mikkonen 2009, 28–32.)

Vertaisryhmien historian katsotaan alkaneen alkoholiongelmaisten Oxford-ryhmässä Yhdysvalloissa vuonna 1935, kun vuonna 1939 ryhmästä irtautuneet ja uuden, Anonyymit alkoholistit -ryhmän perustaneet Bill Wilson ja Bob Smith tapasivat toisensa. Suomeen AA-toiminta rantautui vuonna 1948, ja nykyään AA-ryhmiä on n. 700 ympäri Suomea. Myös 1940-luvulla alkunsa saanut klubitalotoiminta perustuu vertaistukseen. (Laatikainen 2010, 9–10.)

Talouden taantuma on uhka julkisten palveluiden riittävyydelle synnyttäen tarpeen tai jopa velvoitteen vertaistuelle, kuten tapahtui Suomessa lamavuosien 1992–1995 aikana. Vertaistoiminnan tiedetään silloin lisääntyneen huomattavasti, vaikka aiheesta ei ole tehty tutkimuksia. Nyky-yhteiskunnassa, jossa perinteisten suku- ja kyläyhteisöjen merkitys on vähentynyt, vertaistoiminta on nähtävissä uutena keinona rakentaa tätä kadotettua yhteisöllisyyttä. 1990-lukuun ajoittuu myös muita yhteiskunnallisesti merkittäviä muutoksia, joiden seurauksena julkisen sektorin ostopalvelut lisääntyivät sekä järjestösektorin rooli palvelujen tuottajana kasvoi. (Laatikainen 2010, 10–11; Mikkonen 2009, 16.)

Internet on tuonut vertaistoiminnan myös niiden ulottuville, joita olisi muuten vaikea saada osallistumaan fyysisiin vertaisryhmiin, kuten nuoret ja nuoret aikuiset. Yhteisölliseen mediaan kuuluvissa keskusteluryhmissä vertaistoimintaa voi harjoittaa nimettömänä tai nimimerkin turvin ja matalan kynnyksen periaatteella. Sosiaali- ja terveystalalla internetin vertaistuki on jo olennainen osa puhelin- ja verkkoauttamisen kokonaisuutta. Internetin yleiset käyttäytymissäännöt eli netiketti löytyy osoitteesta <http://www.internetopas.com/netiketti/>. Vapaaehtoisen puhelin- ja nettiauttamisen eettiset periaatteet on määritelty PuhEet-neuvottelukunnan toimesta, ja ne löytyvät osoitteesta <http://www.puheet.net/>. (Laatikainen 2010, 72–75.)

6.4 Kokemusasiantuntijuus

Kokemusta on kaikki se, mitä meille tapahtuu ja mitä koemme ja olemme identiteetiltämme. Omakohtaisella kokemuksella tarkoitetaan itselle tapahtuneen seurauksena saavutettua tietoa. Kaikki kokemus on tulkinnanalaista. Kokemuksen tulkitsemisella pyritään ymmärtämään kokemusta ja antamaan sille merkitys; yhteisö, jossa kasvamme, toimii merkitysten lähteenä. Tulkintaprosessi voi olla tiedostettua tai tiedostamattomaa, ja se voi tapahtua heti kokemuksen jälkeen tai jatkua pitkään. Tulkinta voidaan kyseenalaistaa, ja se voi myös muuttua. (Leinonen 2012, 15–16.)

Kokemus itsessään ei vielä tee kenestäkään kokemusasiantuntijaa, siihen vaaditaan koetun prosessointi. Sen avulla kokemus saadaan nostettua pinnalle, tietoisuuteen. Asiantuntijuus muodostuu kokijan tunteista, reagoinnista, ajatuksista ja elämästä kokemusta ennen, kokemuksen aikana ja sen jälkeen. (Pohjonen 2012.) Mielenterveyskuntoutujan kokemustieto koostuu psyykkisen sairastamisen kuvauksesta, jossa koettuun on otettu etäisyyttä ja sitä on työstetty (Leinonen 2012, 16).

Kokemusasiantuntijuuden perustana on siis koettu sairaus ja siitä kuntoutuminen. Se ei pohjautu akateemisiin tai ammatillisiin opintoihin. Kokemusasiantuntijuuden avulla on mahdollista lisätä sosiaali- ja terveydenhuollossa ymmärrystä siitä, mihin suuntaan toimintaa pitäisi kehittää. Kokemusasiantuntijat pystyvät myös oman kokemuksensa pohjalta paremmin ymmärtämään samankaltaisessa tilanteessa olijaa ja hänen tarpeitaan. Sairastuneen omaisena tai läheisenä oleminen voi myös kerryttää kokemusasiantuntijuutta. (Ropponen 2011, 37–38.)

6.5 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöinen ajattelutapa juontaa juurensa Yhdysvaltoihin, 1960-luvulla tapahtuneeseen hoidon painopisteen siirtymiseen avohoitoon. Alun perin oli ajatuksena, että vammaiset oppisivat toimimaan itsenäisesti ja ottamaan suuremman vastuun omasta hoidostaan. Perustana ajattelutavalle on asiakkaan ainutlaatuisuuden ja autonomian tunnustaminen. (Hautala ym. 2011, 91.) Puron (2012) mukaan asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan tarkoita asiakkaan kaikkien toiveiden täyttämistä. Hän painottaa hoitohenkilökunnan holistista ihmisenäkemyksiä ja ”pärjäämistä” yhtenä tuoteistettuna hoidon tavoitteena. Sillä hän tarkoittaa yksilön autonomian lisäämistä ja itsenäisen selviyty-

misen edistämistä. Hyötyjinä ovat sekä yksilö että yhteiskunta; pärjääjällä on parempi elämänlaatu, suurempi riippumattomuus ja enemmän valinnanmahdollisuuksia, kun taas yhteiskunta säästää vähäisemmän tuen tarpeen muodossa.

Asiakaslähtöisyyden lähtökohtana pidetään nykyään sitä, että asiakkaalle annetaan valinnanmahdollisuuksia huomioiden kuitenkin myös palvelujen kustannustehokkuus. Täten korostetaan asiakkaan päätäntävaltaa; vapautta ja vastuuta kuluttajana. Mahdollisuus valintojen tekemiseen edistää asiakkaan toipumista ja selviytymistä hallinnan tunteen ja itsemääräämisoikeuden vahvistuessa. Valinnanvapauden korostaminen saattaa kuitenkin joskus sisältää vaatimuksen vastuun siirtymisestä yhteiskunnalta asiakkaalle ja hänen läheisilleen. Asiakaslähtöisyydessä mielenterveystyön näkökulmasta on kyse yhteistoiminnallisesta neuvottelusuhteesta työntekijän ja asiakkaan välillä, tavoitteena asiakkaan resurssien lisääminen ja tilan tekeminen toipumiselle ja selviytymiselle. (Günther 2013, 105–106, 112.)

Asiakkaan oikeutta asiakaslähtöisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vahvistettu lainsäädännössä jo 1990-luvulta alkaen. Asiakkaan asema on myös yksi pääteemoista Mieli 2009 -työryhmän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisehdotuksissa. Työryhmän linjaukset kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden ottamisesta mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelemiseen, toteutukseen ja arviointiin sekä mielenterveysasiakkaiden yhdenvertaistaminen muiden asiakasryhmien kanssa koetaan tärkeiksi. Asiantuntijuutta ei yhtäältä tule käyttää asiakkaan osallistumisoikeuksien kaventamiseen työryhmän mukaan. Mielenterveystyö perustuu asiakkaan ja työntekijän kohtaamisiin, joissa palvelujärjestelmän toimivuus viime kädessä mitataan. (Günther 2013, 130–131; Partanen 2010, 75.)

7 TYÖPAJASSA KÄYTETYT TOIMINNALLISET MENETELMÄT

7.1 Narratiivisuus kuntotumisen välineenä

Narratiivisuudella eli tarinallisuudella tarkoitetaan tutkimuksellista ja ammatillista lähestymistapaa, jonka aineistona ovat ihmisten sanallisesti tuotetut kertomukset. Ammatillisena työmenetelmänä sillä tarkoitetaan asiakkaan tuottamaa elämätarinaa, jota yhdessä tarkastelemalla pyritään lisäämään asiakkaan elämänhallinnan tunnetta. Menetelmä sopii erityisesti lasten ja nuorten ongelmallisiksi kokemien tilanteiden ja

kokemusten lähestymistavaksi, koska sadut ja tarinat liittyvät luontevasti heidän maailmaansa. Ammatillisessa kuntoutustyössä asiakas nähdään oman elämänsä parhaana asiantuntijana elämäntarinan muodostaessa taustan kuntoutumistoiminnalle. (Kuukasjärvi ym. 2011, 11–12.)

Kirjoittamisen terapeuttiset vaikutukset liittynevät siihen, että sen avulla on mahdollista lisätä ymmärrystä elämässä joko itse koettuihin tai toisten kokemuksiin ja ristiriitoihin. Kirjallisuusterapiassa ei ole tarkoituksena kirjoitusten kritisoiminen eikä se tarjoa oikotietä eheyteen vaan se on pikemminkin elämänmerkitysten etsimistä sanataiteen avulla, kielimatka eri aikoihin ja ympäristöihin. (Ihanus 2009, 7-8.)

Mielenterveysongelmat omaelämäkertoina ja romaanin muodossa ovat olleet kirjallisuuden aiheina pitkään; englantilaisen Mary Kempen kertomus mielen järkkymisestä julkaistiin jo 1400-luvulla (Hänninen 2009, 17). Maailmanlaajuisesti tunnetuimpia kertomuksia on Sofien valinta -kirjallaan kuuluisuuteen nousseen William Styronin masennuksestaan kirjoittama ”Pimeän kuva - muistelmä hulluudesta” (Darkness Visible - A Memoir of Madness). Suomessa samasta aiheesta ovat omakohtaisesti kirjoittaneet mm. Neil Hardwick kirjassaan ”Hullun lailla” ja presidentin puoliso Tellervo Koivisto ”Päiväkirjan uudet sivut”- teoksessaan. (Tontti 2001.)

Työpajassa kantavana teemana oli tarinallisuus, tärkeänä osana jokaista tapaamista. Tarinoita tuotettiin spontaanisti ilman päämäärää ja toisaalta päämäärätietoisesti annetun ohjeistuksen mukaan. Sanoilla ja vertauksilla myös leikittiin. Olemassa olevaa runoutta käytettiin lähtökohtana uuden runouden luomiseen yhden työpajakerran teemana.

7.2 Musiikki kuntoutumisen välineenä

Musiikin kuuntelu on aina subjektiivinen kokemus, vaikka musiikki onkin joiltain ominaisuuksiltaan yleistettävissä. Musiikin avulla voidaan muistaa unohduksiin jääneitä asioita ja tapahtumia. Musiikki voi rauhoittaa tai toisaalta aktivoita, sen avulla voi rentoutua tai virkistyä. Musiikki auttaa kokemaan mielihyvää, purkamaan tunteita, ja se voi toimia myös kivunlievityksen ja kommunikoinnin välineenä. Musiikin avulla voidaan saada ryhmässä aikaan keskustelua, joka voi herättää kollektiivisuuden tunteen tai tuoda esille yksilöiden omia tulkintoja. (Haapsaari 2011.)

Musiikkiterapia on hoito- ja kuntoutusmuoto, joka sopii kaikenikäisille ihmisille, se voi olla osana hoitoa tai pääasiallinen hoitomuoto. Asiakkaalta ei vaadita erityisiä musiikillisia taitoja; kyse on luovasta prosessista, jossa musiikki on väline eikä itsetarkoitus. Musiikkimaalaus ja fysioakustinen hoito ovat musiikin kuuntelun, laulamisen, soittamisen ja improvisoinnin sekä musiikin mukaan liikkumisen lisäksi musiikkiterapiassa käytettyjä menetelmiä. (Suomen Musiikkiterapiayhdistys 2013.)

Musiikki voi toimia sisäisen maailman jäsentämisen ja hallitsemisen välineenä avaten väyliä ihmisen tiedostamattomiin ristiriitoihin, joita ei kielellisin tai älyllisin keinoin voida välttämättä saavuttaa. Musiikki vaikuttaa aivojen tunteita ja mielialoja säätelevään limbiseen systeemiin, ja musiikin on havaittu vaikuttavan myös yleensä lääkkeillä hoidettuihin hermojohtumishäiriöihin, samoin kuin valoärsykkeiden ja akupunktion. (Ahonen 1997, 226.)

Musiikille ja sen herättämille muistoille, tunteille ja tapahtumille oli varattu yksi työpajakerta. Musiikkia käytettiin lisäksi inspiraation lähteenä kuvan tekemisessä, sekä tehosteena ja tunnelman luojana eri työpajakerroilla. Äänentoistossa tosin oli puutteita ja välineistöön voisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Musiikki-teeman ryhmäläisissä herättämä innostus antaisi mielestäni aihetta kokonaan musiikille omistettuun työpajaan, mikä oli itse asiassa yksi Linnaklubin jäsenten kehittämisehdotuksista Bergman ym. (2013, 31) opinnäytetyössä.

7.3 Taide kuntoutumisen välineenä

1900-luvun alun surrealistit (esim. Salvador Dali ”Muiston pysyvyys” – maalauksessaan valuvine kelloineen) hyödynsivät Sigmund Freudin teorioita tiedostamattoman näkyväksi tekemiseen taiteen keinoin. Psykoanalyttikko Ernst Kris uskoi taiteen avulla olevan mahdollista muotoilla tiedostamatonta uudelleen. Varsinainen kuvataideterapia kehittyi Englannissa antipsykiatrisen liikkeen oheistoimintana, jonka tuloksena perustettiin vuonna 1964 Englannin taideterapiayhdistys (BAAT). (Girard ym. 2007, 18.)

Taideterapia on yleisnimitys kuvataideterapialle, taidepsykoterapialle ja taidekeskeiselle terapialle. Kuvataideterapiassa yhdistyy kuvallinen luomisprosessi psykoterapi-

aan, taideprosessin osuus on korostuneempi taidekeskeisessä terapiassa, kun taas taidepsykoterapiassa psykoterapian rooli on korostuneempi. Hoitomuodoksi taideterapia vakiintui jo 1940-luvulla USA:ssa. Kuvataiteilija Rafael Wardi, joka on kehittänyt taideterapeuttista sairaalatyöskentelyä Suomessa, on todennut maalauksen alkavan siitä, mihin puhe päättyy. Taideterapia yhdistää toisiaan vahvistavalla, synergisellä tavalla luovan toiminnan ja psykoterapian, joka luo turvalliset puitteet taideprosessin synnyttämien tunteiden käsittelyyn. Kuvailmaisun tarkoitus ei ole korvata sanallista kommunikointia vaan edesauttaa sitä. (Tuisku 2009.)

Taide oli mukana usealla työpajakerralla, ja se oli myös yhden työpajan pääteemana. Koska taide jo sanana herättää mielestäni suuria odotuksia ja vaatimuksia, lähestyin aihetta kollaasitehtävän ja sokkona piirtämisen keinoin; näin aloituskynnys ei muodostunut kenellekään ryhmäläisistä liian korkeaksi. Myös väri-teemaa käsiteltiin yhden työpajan verran.

7.4 Tietoisien läsnäolon taito - Mindfulness

Mindfulness, suomennettuna tietoisien läsnäolon taito, tarkoittaa pyrkimystä havainnoida nykyhetkeä ja omia ajatuksia ilman arvostelua; epämiellyttäviäkin tunteita ja ajatuksia ei torjuta, vaan ne yritetään tunnistaa, tutkia ja hyväksyä. Taitoa on mahdollista harjoitella, ja se on otettu jo Suomessakin käyttöön esim. toimintaterapiassa. Tietoisuustaidon opettelusta hyötyvät asiakkaiden lisäksi myös sen avulla läsnäolotaitoaan ja itsereflektointikykyään syventävät ohjaajat. (Niiranen 2012.)

Tietoisuustaitojen juuret ovat buddhalaisessa ajattelutavassa. Länsimainen lääketiede hyödynsi menetelmää ensimmäisen kerran 1970-luvun lopulla USA:ssa, jossa sen avulla pyrittiin lievittämään somaattisten sairauksien aiheuttamaa stressiä ja kärsimystä lääketieteellisen hoidon tukena. Psykiatriaan menetelmä rantautui 1990-luvun lopulla dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) muodossa, kognitiivis-behavioraalisen terapiasuuntauksen vallatessa alaa. DKT on ollut Suomessa käytössä vuodesta 2006 alkaen mm. Jorvin sairaalan aikuispsykiatrian osastolla. (Niiranen 2012.)

Tunteiden täydellinen kontrollointi on mahdotonta ja sitoo energiaa, siksi halukkuus ja kyky kohdata ja tuntea omat, epämiellyttävätkin tunteet lisää ihmisen psykologista joustavuutta ja valinnanvapautta. Psykologisen joustavuuden lisääntymisellä tiedetään

olevan yhteys parempaan hoitotulokseen sekä psykologiseen hyvinvointiin ylipäättään. Psykologista joustavuutta voi lisätä mm. tietoisuusharjoitteiden avulla. Myös arkirutiinien rikkominen ja ”automaattiohjauksen” vähentäminen lisää joustavuutta. (Pietikäinen 2009, 9, 187, 333.)

Tietoisuustaitoja sovellettiin valmiin äänitteen muodossa (Pietikäinen 2009, tarkkailija-harjoitus) erään alkuvaiheen työpajakerran päätteeksi. Kymmenisen minuuttia kestäneessä harjoituksessa oli tavoitteena rentoutua keskittymällä omaan hengitykseen ja omiin ajatuksiin, jotka pilvien lailla tulivat ja menivät taivaan pisyessä taustalla muuttumattomana. Harjoitusta pidettiin kyllä rentouttavana, mutta alakerrasta kantautuneet äänet rikkoivat vaikutusta, tosin tietoisuustaitojen periaatteiden mukaisesti niihinkin on mahdollista suhtautua samoin kuin pilviin taivaalla; ohimenevinä.

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yhdessä muutaman Linna-Klubin jäsenen sekä yhden henkilökunnan edustajan kanssa työpajatoimintaa mielen-terveyskuntoutujille. Työpajan tarkoituksena oli tuottaa jäsenten kuntoutumistarinoita erilaisin toiminnallisina menetelmin, esimerkiksi kirjoittamalla, valokuvaamalla, piirtämällä, musiikkia kuuntelemalla ja keskustelemalla. Työpajoissa syntynyt materiaali koottiin ryhmän suostumuksella diaesitykseksi, joka on samalla osa opinnäytetyötäni. Diaesitystä on mahdollisuus hyödyntää tekijöiden luvalla erilaisissa mielen-terveyskuntoutumiseen, kokemusasiantuntijuuteen ja vertaistukeen liittyvissä yhteyksissä. Opinnäytetyöni tavoitteena oli työpajatoiminnan kehittäminen ryhmäytymisen, vertaistuen, kokemusasiantuntijuuden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmista.

9 TYÖPÄJÄN TOTEUTUS

9.1 Tuotekehitysprojekti

Tuotekehitysprojektin lähtökohtana on aina tuotekehitystarve tai muu ajankohtaiseksi koettu tekijä, kuten esim. uuden innovaation tarve. Myös toimintakonsepti voi olla tuotekehityksen kohteena tuotteen, palvelun, tuotantomenetelmän tai -laitteen lisäksi. Asiakkaan tarve ja käyttäjän näkökulma määrittävät omalta osaltaan kehitysprojektin suuntaa. (Windahl ym. 2012, 9.)

Oman opinnäytetyöni lähestymistavaksi valikoituneen tuotekehitysprojektin toimintakonseptina on työpajatoiminta mielenterveyskuntoutujille. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä toimeksiantajani Savonlinnan LinnaKlubin kanssa. Työpajan yksi tavoite on myös lisätä LinnaKlubin toiminnan tunnettuutta antamalla puheenvuoron sen jäsenille ohjatun työpajatoiminnan puitteissa.

9.2 Ideointi

Ideoinnin edellytyksenä on luovuutta edistävä, arvosteluvapaa ilmapiiri; tähän vaiheeseen ei kuulu vielä idean arviointi. Ideoimiseen on hyvä osallistua edustaja sekä asiakkaan, käyttäjän että tuotteen - tässä tapauksessa toimintakonseptin - toteuttajan joukosta, ja tarvittaessa mukaan voidaan ottaa seuraaviin tapaamisiin myös uusia näkökulmia edustavia henkilöitä. Ideointi tapahtuu usein muun toiminnan ohessa, eikä siihen tarvita suurta taloudellista panostusta. (Windahl ym. 2013, 12.)

Työpajan ideointi lähti liikkeelle sovitun tapaamisen merkeissä LinnaKlubin tiloissa. Ensimmäisessä ideapalaverissa oli mukana myös opinnäytetyöni ohjaaja, muissa tapaamisissa osallistujina olivat tilaajan edustaja, loppukäyttäjiä eli työpajaan osallistujia sekä minä työpajan tulevana ohjaajana. Suunnitelmapalavereissa kävimme läpi erilaisia vaihtoehtoja työpajan toteuttamiseksi. Niissä nousi esiin useita hyviä ideoita, joista osa toteutui sellaisenaan työpajatoiminnassa. Matalan kynnyksen ideointia edusti yksi tapaaminen Klubitalon keittiössä, jossa ideoinnin ohella syntyi päivän lounas LinnaKlubin jäsenille.

9.3 Suunnittelu

Työpajan ideointi- ja suunnitteluvaiheet kulkivat limittäin suunnittelupalavereiden muodossa. Suunnittelupalavereita pidettiin yhteensä neljä kesän 2013 aikana, ja jokaisessa palaverissa oli vähintään yksi edustaja tilaajalta, käyttäjältä ja toteuttajalta. Suunnittelupalavereista pidettiin epävirallista pöytäkirjaa, ja myös muut työpajaan liittyvät dokumentit (sopimus osallistumisesta, alustava aikataulu, työpajan alustavat säännöt) laadittiin yhdessä näissä palavereissa. Työpajan yksityiskohtien suunnittelu jäi minulle ohjaajana, ja suunnittelu jatkui ja eli työpajan loppuun saakka. Jokaisella työpajakerralla osallistujilla oli kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa työpajan kulkuun.

Viimeisessä suunnittelupalaverissa asiakkaan puolelta tuli vielä toive muuttaa työpajan ajankohta aamupäivästä iltapäivään, koska muuttuneiden olosuhteiden takia ajankohta oli parempi osallistujille.

9.4 Toteutus

Työpaja toteutettiin Klubitalon yläkerran aulatilassa keskiviikkoisin klo 12:30 - 14:00 2.10. - 4.12.2013. Työpajaan osallistui neljä LinnaKlubin jäsentä ja LinnaKlubin ohjaaja, kaikki osallistujat jatkoivat työpajan loppuun saakka. Etukäteen laadittu ja ensimmäisellä tapaamiskerralla osallistujille jaettu aikataulu (liite 1) toteutui pääosin sellaisenaan. Aikataulumuutoksia tehtiin yhdessä sopien kaksi kertaa siirtämällä työpajaa viikolla eteenpäin aikatauluasteiden vuoksi.

Työpaja 2.10.2013

Ensimmäinen työpajakerta alkoi nimikierroksella, jossa pyysin jokaista osallistujaa kertomaan nimestään jotain: sen historia, miksi oli saanut kyseisen nimen tai tietääkö henkilö, mitä nimi tarkoittaa. Seuraavaksi lämmittelimme laatimalla ”tarinaompun” avulla kertomuksen siten, että jokainen vuorollaan jatkoi tarinaa sanan tai välimerkin avulla, kunnes päätimme lopettaa sen. Tarinasta tuli hauska ja yllättävä, ja ilmapiiri vaikutti jo vapautuneemmalta.

Vahvistimme myös jo työpajan suunnitteluvaiheessa alustavasti laaditut työpajan säännöt, joiden noudattamiseen työpajaan osallistujat sitoutuivat allekirjoittamalla osallistumissopimuksen. Pyysin osallistujia myös kirjoittamaan lapulle työpajaan liittyvät toiveet, tavoitteet ja odotukset ja sulkemaan lapun kirjekuoreen, joka avattaisiin työpajan myöhemmässä vaiheessa väliarviointia varten. Osallistujat pitivät positiivisena asiana sitä, että myös tyhjät laput hyväksyttiin. Seuraava tehtävä oli laatia kertomus lehdestä leikattuun, vapaavalintaiseen kuvaan/kuviin. Osallistujat paneutuivat tehtävään innolla, sovimme, että tehtävät avataan ja niistä keskustellaan seuraavan työpajan alussa.

Työpaja 9.10.2013

Toinen työpajakerta aloitettiin jälleen nimikierröksellä, koska joukkoon liittyi vielä kaksi osallistujaa. Vaikka kyse on suljetusta ryhmästä, olimme edellisellä kerralla sopineet, että seuraavalla kerralla on mahdollista vielä aloittaa. Kertasimme myös edellisen kerran tapahtumat ja annoin uusille osallistujille kotitehtäviksi edellisen kerran tehtävät. ”Tarinaompun” avulla laadittu kertomus sai osallistujat jälleen lämpenemään työpajan teemalle.

Tämän kerran teemaksi olin valinnut kirjeen kirjoittamisen sille henkilölle - joko itselle tai kuvitteelliselle - joka tuli ensimmäisen kerran Klubitaloon. ”Tyhjän paperin syndrooman” välttämiseksi jaoin kaikille värilliset, kuvitetut kirjepaperit. Alun tarkentavien kysymysten ja pienen epäröinnin jälkeen kaikki paneutuivat tosissaan kirjeen laatimiseen. Lopuksi kirjeet luettiin ääneen, joko itse tai toisen ryhmäläisen toimesta. Kaikki kirjeet luettiin lopulta, vaikka annettiin mahdollisuus olla lukematta. Kirjeiden lukeminen nosti tunteita pintaan kaikilta ryhmän jäseniltä ohjaaja mukaan lukien.

Välitehtävänä pyysin jokaista ryhmäläistä laatimaan itseensä liittyviä adjektiiveja valmiille lomakkeelle. Adjektiivit käytiin vuoroin ääneen lukien läpi ja samalla syntyi ajatus niiden kirjoittamisesta peräkkäin spiraalin muotoon sanajonoksi. Lopuksi rentouduimme lepotuoleissa istuen, tietoisuusharjoitusta kuunnellen. Alakerrasta kuulu-
nut pianonsoitto häiritsi jonkin verran rentoutumista.

Työpaja 23.10.2013

Kolmas työpajakerta oli tarkoitettu alun perin ulkoiluun ja valokuvaamiseen, mutta aamulla alkanut räntäsade esti suunnitelman toteuttamisen. Olin varautunut siihen valitsemalla vaihtoehtoiseksi teemaksi runon. Aluksi purimme valokuvaretken mielikuvilla siten, että kyselin, mihin kukin ryhmän jäsen olisi retkellä halunnut mennä ja minkälaisia asioita olisi siellä kuvannut. Keskustelimme myös valokuvaamisesta yleensä ja valokuvaterapiaakin aiheena sivuttiin.

Lämmittely tapahtui jälleen ”tarinaompun” avulla, mutta tällä kertaa saimmekin aikaiseksi runon. Se toimi hyvänä aasinsiltana tehtävälle, jossa jokainen valitsi yhden runon melko sattumanvaraisesti ennalta kokoamistani erityyppisistä runoista. Yllätykse-

seni jokainen valitsi eri runon, vaikka valinnanvaraa ei ollut paljon. Valitut runot leikattiin irti ja liimattiin värillisille kartongeille. Ne myös luettiin ääneen, ja pyysin joista halutessaan selventämään, miksi juuri kyseinen runo tuli valituksi. Seuraavaksi pyysin valitsemaan runosta yhden sanan, josta tuli uuden runon nimi. Näin vaivihkaa saatiin tuotetuksi omat, uudet runot, joilla ei ollut enää paljon yhteistä alkuperäisen runon kanssa. Myös nämä runot liimattiin kartongille ja luettiin ääneen. Lopputulos oli kaikkien ryhmäläisten mielestä onnistunut, eikä kukaan ryhmän jäsenistä kyseenalaistanut tehtävää edes aluksi.

Välitehtävänä pyysin ryhmäläisiä täydentämään osittain täytettyyn lomakkeeseen vertauksia, jotka kuvaavat heidän suhdettaan eri asioihin, kuten elämään, opiskeluun, työntekoon, läheisiin ym. Vertaukset luettiin ääneen, ja niistä virisi hedelmällinen keskustelu. Lopuksi yritettiin rentoutumista musiikkia kuunnellen, mutta se estyi teknisistä syistä.

Työpaja 30.10.2014

Neljännellä työpajakerralla teemana oli omakuva. Lämmittelytehtävänä pyysin ryhmäläisiä luonnostelevaan lyijykynällä omakuvan suljetuin silmin. Paperin reunoja oli lupa tunnustella, muuten ei saanut kurkkia. Tehtävään oli helppo ryhtyä, koska se oli kaikille tasa-arvoinen ja leikkimielinen. Tulokset olivat hämmästyttävän näköisiä, vaikka kasvojen piirteet eivät ihan kohdilleen osuneetkaan.

Työpajan päätehtävänä oli koota ennalta kokoamistani ja tulostamistani julkisuuden henkilöiden kasvokuvista mustavalkoinen kasvokollaasi siten, että kuvassa oli käytettävä vähintään neljän eri henkilön kasvojen/kaulan osaa. Lopputulokset olivat vähintään mielenkiintoisia, ja päädyimmekin arvuuttelemaan, kenen kasvoista mikin osa on.

Loppuhuipenuksena piirsin jokaisesta ryhmäläisestä profiilikuvan seinälle teipattuun paperiin kohdevalon avustuksella. Tarkoitukseni oli kaivertaa profiilit etukäteen hankkimaani kurpitsaan Klubitalolla vietettävän Halloween-juhlan kunniaksi, mutta tehtävä osoittautui itselleni liian kunnianhimoiseksi ja jäi lopulta toteuttamatta.

Työpaja 6.11.2013

Viidennen työpajakerran teemana oli musiikki. Lämmittelytehtäväksi jaoin jokaiselle A3-kokoisen paperiarkin ja erikövuisia lyijykyniä. Laitoin taustalle soimaan vaikeasti tunnistettavan, 8-minuuttisen instrumentaalikappaleen, jonka herättämistä mielikuvi- ta pyysin ryhmäläisiä piirtämään vapaamuotoisesti kuvan. Osa ryhmäläisistä ryhtyi töihin välittömästi musiikin alettua, loputkin hetken epäröinnin jälkeen. Musiikin pää- ttyttyä kävimme yhdessä läpi piirustukset jokaisen kertoessa vuorollaan, millaisissa tunnelmissa oli kuvaansa työstänyt.

Seuraavaksi pyysin jokaista työpajalaista tekemään listan itselle eniten merkinneistä, mieleen nousevista musiikkikappaleista elämän varrelta. Kunkin listasta valittiin yksi kappale/teos muiden ryhmäläisten kanssa jaettavaksi. Internetiä hyväksi käyttäen et- simme valitut kappaleet ja soitimme ne vuoronperään; pohjustuksena valinnalleen jokaisella ryhmäläisellä oli mahdollisuus kertoa jotain kappaleeseen liittyvää. Huono äänentoisto pilasi jossain määrin tunnelmaa, mutta toisaalta etäännytti sopivasti alku- peräisestä kokemuksesta. Kokonaisuutena musiikkiteema osoittautui mukaansatem- paavaksi ja keskustelua herättäväksi. Kaikille ryhmäläisille ohjaaja mukaan lukien nousi esiin paljon erilaisia tunteita ja muistoja kappaleisiin/musiikkiin liittyen. Ryh- mäläisten kappalevalinnat myös avarsivat ryhmäläisten käsityksiä toisistaan lisäten siten osaltaan yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Työpaja 13.11.2013

Kuudes työpajakerta rakentui värien ympärille. Lähestyin teemaa kirjoitustehtävän kautta; ryhmäläiset saivat tehtäväkseen kirjoittaa paperille jonkin väriin liittyvän muiston, ensimmäisenä mieleen juolahtavan. Tarinat luettiin vuorotellen ääneen ja niistä keskusteltiin vilkkaasti ja vapautuneesti. Väreillä todettiin olevan suuri merkitys jokaisen ryhmäläisen elämässä, niihin tuntui liittyvän yllättävän paljon hyvinkin yksi- tyiskohtaisia muistoja aina lapsuudesta alkaen. Keskustelimme väreistä myös yleisellä tasolla hyödyntäen aiheesta kokoamaani kirjallista materiaalia.

Työpajan päätehtävänä oli laatia elämänkaari tai osa siitä väreillä. Olin varannut run- saasti erivärisiä kartonkeja ja pohjaksi A3-kokoisen piirustusarkin. Tehtävänantoni oli aluksi turhan monimutkainen, mutta kun sallin taiteellisia vapauksia toteutukseen, työ

alkoi sujua. Vaihtoehtoisesti oli mahdollista lukea värejä käsittelevää materiaalia. Suurin osa ryhmäläisistä ryhtyi työhön innokkaasti, sopuisasti kartonkeja, liimapuikkoa ja saksia toisilleen ojennellen. Keskittyneesti, hiljaisuuden vallitessa syntyi toinen toistaan värikkäämpiä elämäntarinoita - ilman yhtä ainutta kirjoitettua sanaa. Sanat tulivat mukaan siinä vaiheessa, kun ryhmäläiset vuorollaan kertoivat töistään.

Tehtävä osoittautui kenties kaikista työpajojen tehtävistä inspiroivimmaksi. Elämäntarinoita avaamisen lomassa ryhmäläiset saivat tutustua toisissaan sellaisiin puoliin, jotka eivät aiemmin olleet tulleet esiin. Ryhmäläisten ja ohjaajan kesken vaikutti syntyneen luottamus, joka mahdollisti tällaisen avoimuuden.

Työpaja 20.11.2013

Seitsemännellä työpajakerralla jatkoimme vielä väriteemaa, jonka jälkeen suuntasimme katseen jo tulevaisuuteen keskustellen ja tulevaisuuden toiveita laatien. Jokainen sai aluksi listata toiveitaan, jotka myöhemmin kirjoitettiin yksi kerrallaan värillisille kartongeille. Toiveet käytiin myös yhdessä läpi ja niistä keskusteltiin. Työpajan kuluessa sivuttiin jo työpajan loppumista ja viimeistä kokoontumiskertaa, joka päätettiin siirtää kahden viikon päähän yhden ryhmäläisen aikatauluesteen takia.

Työpaja 4.12.2013

Kahdeksas eli viimeinen työpajakerta käytettiin ryhmäläisten toiveesta vapaamuotoiseen keskusteluun; ryhmän purkuun. Ryhmäläiset kertoivat tuntemuksistaan työpajaan ja sen eri kokoontumiskertoihin liittyen. Kävimme myös yhdessä läpi ensimmäisellä kerralla kirjekuoreen suljetut toiveet ja odotukset ja arvioimme, toteutuivatko ne. Osa lähti mukaan avoimin mielin, ilman odotuksia jättäen kuoreen tyhjän paperin. Suurin osa ryhmään kohdistuneista toiveista ja odotuksista tuntui täyttyneen, myös niillä, jotka eivät vielä alussa rohjenneetkaan kirjoittaa niitä ylös. Eräs ryhmäläisistä oli odottanut ryhmältä enemmän syvällisyyttä, mutta totesi heti perään ryhmän kuitenkin täyttäneen odotuksensa muilla tavoin. Viimeisellä kerralla jaoin myös laatimani palautelomakkeen, joka jäi ryhmäläisten täytettäväksi.

9.5 Arviointi

Jos tuotekehitysprojekti toteutuu suunnitellusti, asiakastarpeeseen vastaten ja kustannuksiltaan ja aikataulultaan projektisuunnitelman mukaisena, sitä voidaan pitää onnistuneena. Lopullinen arviointi voidaan kuitenkin tehdä vasta, kun lopputuote/toimintaprosessi on otettu käyttöön. (Windahl ym. 2013, 33.) Näiden tavoitteiden mukaan työpaja onnistui hyvin. Työpaja toteutui aikataulultaan lähes suunnitellusti, ja suullisen palautteen mukaan myös pääosin asiakkaiden odotuksiin vastaten. En tehnyt alun perinkään kustannusarviota, koska pyrin käyttämään vain edullisia, jokapäiväisiä materiaaleja, kuten paperia, liimaa, saksia, aikakausilehtiä ym., joista suurin osa löytyi Klubitalon varastoista. Lisäksi tarvittiin cd-soitinta, kopiokonetta ja tietokonetta, jossa on internet-yhteys.

Työpajatoiminta on tuotekehitysprojektin tuotoksena syntynyt toimintaprosessi. Sen onnistumista voi mitata esimerkiksi osallistujilta kerätyn palautteen avulla. Tuotekehitysprojektin onnistumisen mittaaminen on monitahoisempaa kuin jos kyseessä olisi selkeä tuote. Osana toimintaprosessia olisi mahdollista laatia osallistujalle monenlaisen työpajatoimintaan sopiva palautelomake, jonka perustella voitaisiin vetää johtopäätöksiä työpajatoiminnan onnistumisesta ja jonka avulla työpajatoimintaa olisi mahdollista edelleen kehittää.

Jatkoa ajatellen olisi hyvä testata työpajassa tarvittava laitteisto – sen toiminta ja saatavuus – ennen työpajan aloittamista, ettei siihen kuluisi työskentelyltä aikaa. Käytännössä se osoittautui haasteelliseksi oman tiukan aikatauluni vuoksi ja joitain etukäteen suunniteltuja toimintoja muutettiin ”lennossa” tämän takia. Kuitenkaan pieni kotikuteisuus ei mielestäni vähentänyt työpajan toimivuutta, vaan saattoi jopa lisätä ryhmähenkeä ongelmien yhdessä pohtimisen kautta. Vähäisistäkin materiaalihankinnoista voisi toki tehdä kustannuslaskelman, vaikka kyseisen työpajan kohdalla materiaalikustannukset jäivät alle kymmeneen euroon.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi jakautui toimintavaiheeseen, jonka aikana työpaja suunniteltiin ja toteutettiin, ja dokumentointivaiheeseen, joka piti sisällään diaesityksen laatimisen sekä opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamisen. Diaesitys työpajasta tullaan julkai-

semaan Itä-Savon Hyvis-verkkosivuilla (www.hyvis.fi) kevään 2014 aikana. Kaikkineen opinnäyteprosessiin kului melko tarkkaan vuosi. Aikataulutus onnistui mielestäni hyvin, ja prosessi eteni muun elämisen ohessa luontevasti. Työpajojen ohjelman suunnitteluun käytin jokaisen työpajan alla muutaman tunnin. Työpajan kestoksi sovittu 1,5 tuntia riitti hyvin tehtävien tekoon ja niistä keskusteluun sekä myös vapaamuotoiseen ajatusten vaihtoon. Työpajatoiminta piti sisällään kahdeksan työpajakertaa, mitä ryhmäläiset pitivät sopivana määränä.

LinnaKlubin ohjaajan toimimista ryhmässä sen rivijäsenenä pitivät muut ryhmäläiset onnistuneena ratkaisuna, vaikka siitä ei ollut keskusteltu etukäteen. Talon henkilökuntaan kuuluvan läsnäolo oli kuitenkin ryhmässä välttämätöntä, ja luontevimmin se toteutui työpajatoimintaan osallistumisen kautta. Kokeneen ohjaajan mielestä oli virkistävää olla itse ohjattavana ja osallistua työpajatoimintaan tasavertaisena ryhmäläisten kanssa. Ryhmäläiset kokivat myös oppineensa tuntemaan ohjaajaansa paremmin ryhmän aikana.

Viimeisellä työpajakerralla käydyn keskustelun perusteella työpaja oli syventänyt ryhmäläisten keskinäisiä suhteita ja tarjonnut uusia keinoja ryhmäläisten kuntoutumistarinoiden työstämiseen myös työpajatoiminnan ulkopuolella. Omaa osuuttani ohjaajana pidin pääosin onnistuneena, pyrin toimimaan ryhmää kuunnellen, mutta kuitenkin etukäteen suunnittelemaani ohjelmaa joustavasti läpi vieden. Koin toimineeni ohjaajana spontaanisti, tasa-arvoisesti ja vastavuoroisesti omaa persoonaani ja kokemuksiani hyödyntäen, minkä ryhmältä saatu suullinen palaute vahvisti.

Työpajatoiminnalle toivottiin myös yksimielisesti jatkuvuutta ryhmän keskuudessa. Totesimme yhdessä, että jokainen työpaja muodostuu joka tapauksessa osallistujiansa ja ohjaajiensa näköiseksi ja ainutkertaiseksi. Kehittämäni työpajatoimintaa on siksi mahdollista toistaa sen menettämättä vaikuttavuuttaan. Työpajatoiminta vastaa osaltaan Bergmanin ym. (2013, 31) opinnäytetyössään kartoittamiin linnaklubilaisten klubitalotoiminnan kehittämisehdotuksiin. Jatkoa ajatellen toive miesten musiikkiryhmästä jää vielä odottamaan toteuttamistaan.

LÄHTEET

Ahlblad, Jaana 2012. Savonlinna notkisti psykiatrinensa. Medi uutiset. Verkko lehti. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/savonlinna+notkisti+psykiatrinensa/a777899>. Päivitetty 15.12.2012. Luettu 21.8.2013.

Ahonen, Heidi 1997. Musiikkiterapian perusteet. Helsinki: Hakapaino Oy.

Bergman, Elisa, Kovaljeff, Kari & Pajari, Toni 2013. LinnaKlubi osana Savonlinnan mielenterveystyötä. Sidosryhmien ja jäsenien mielipiteitä LinnaKlubin vaikuttavuudesta. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55361/oppari%20valmis.pdf?sequence=1> Päivitetty 26.3.2013. Luettu 4.3.2014.

Berner, Anna-Sofia 2012. Torniossa mielenterveyshoito toimii. Helsingin Sanomat 16.12.2012. Verkko lehti. <http://www.hs.fi/sunnuntai/a1355546346268>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.8.2013.

Buchanan, Robert W. & Carpenter, William T. Jr. 2002. Commentary on the Soteria Project: Misguided Therapeutics. Schizophrenia Bulletin 4, 577–581. PDF-dokumentti. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/28/4/577.full.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 21.2.2014.

Ciampi, Luc & Hoffmann, Holger 2004. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. World Psychiatry 3, 140–146. WWW-artikkeli. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414694/>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.2.2014.

ENUSP 2013. Kotisivut. <http://www.enusp.org/index.php>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.6.2013.

Girard, Liisa, Ihanus, Juhani, Laine, Riitta & Ropponen, Mari (toim.) 2008. Suhteessa kuvaan – kuvataideterapian teoriaa ja käytäntöä. Espoo: Redfina Oy.

Günther, Kirsi, Raitakari, Suvi, Juhila, Kirsi, Saario, Sirpa, Kaartamo, Riina & Kulumala, Anna 2013. Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry. PDF-dokumentti. www.muotiala.fi/.../ASIAKASLAHTOISYYS-verkko... Päivitetty 30.1.2013. Luettu 22.8.2013.

Haapsaari, Ilkka 2011. Musiikkiterapiaa kuntoutukseen. Näkökulmia musiikkiterapian merkityksestä ja mahdollisuuksista kuntoutuksessa. PDF-tiedosto. http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/musiikkiterapiaa_kuntoutukseen_10.2.2011.pdf. Päivitetty 2.3.2011. Luettu 27.10.2013. Päivitetty 2.3.2011. Luettu 27.10.2013.

Haarakangas, Kauko (toim.) 2002. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

- Haarakangas, Kauko 2011. Voimistava läsnäolo. Mielen tiet lapsuudesta vanhuuteen. Juva: Bookwell Oy.
- Hautala, Tiina, Hämäläinen, Tuula, Mäkelä, Leila & Rusi-Rytkönen, Mari 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.
- Hietala-Paalamaa, Outi, Narumo, Reija & Yrttiaho, Kaiju (toim.) 2006. Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen. Mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa. TRIO-projektin arviointi- ja loppuraportti. Mielenterveyden keskusliitto ry. PDF-dokumentti. http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/d74b1b1810a3974002e1f3bb617a0a1f/1393254716/application/pdf/10768/Trio_raportti2007.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 24.2.2014.
- Hirvonen, Helena 2014. Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1341-8/urn_isbn_978-952-61-1341-8.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 26.2.2014.
- Honkala, Kaisa 2010. "YK:n ihmisoikeudet vankiloihin!" Marraskuun liikkeen suomalaisen kontrollipolitiikan kritiikki 1967–1972. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Poliitiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Pro gradu. PDF-dokumentti. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28033/Gradu_Honkala.pdf?sequence=3. Päivitetty 10.5.2010. Luettu 22.8.2013.
- HSP - Suomen Erityisherät ry 2014. Kotisivut. <http://erityisherkat.wix.com/erityisherkat#>. Ei päivitystietoa. Luettu 21.2.2014.
- Hyvönen, Juha 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopisto. Psykiatrian klinikka. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1160-4.pdf>. Päivitetty 24.9.2008. Luettu 15.2.2014.
- Hänninen, Vilma 2009. Omaelämäkerta elämän omaksi tekemisenä. Teoksessa Hyväri, Susanna & Salo, Markku (toim.) Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. Pori: Kehitys Oy, 17.
- Ihanus, Juhani (toim.) 2009. Sanat että hoitaisimme. Terapeuttinen kirjoittaminen. Duodecim. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Julin, Tuuli, Karttunen, Marjetta, Lahtinen, Tuula & Mustajärvi, Tuula (toim.) 1998. Ryhmän voima ja viisaus. 40 vuotta ihmissuhdetaitojen opiskelua ryhmätyömenetelmin. Jyväskylä: Gummerus.
- Kanniainen, Suvi 2010. Natseja, narsisteja ja naurattajia – Teatteriohjaajan varjo. Turun ammattikorkeakoulu. Esittävän taiteen koulutusohjelma. Teatterin suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12927/Kanniainen_Suvi.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 23.8.2013.
- Karoskoski, Petri 2013. "Reppanasta asiantuntijaksi" – kokemusasiantuntijuus tekee potilaasta parantajan. YLE-uutiset 18.4.2013. Verkkouutiset.

http://yle.fi/uutiset/reppanasta_asiantuntijaksi__kokemusasiatuntijuus_tekee_potilaas ta_parantajan/6585671. Ei päivitystietoa. Luettu 5.6.2013.

Karppanen, Outi 2009. Sokea peilikuvaansa taluttaa - Pastoraalipsykologinen kuva auttamisesta ja auttajan persoonasta Martti Lindqvistin mukaan. Joensuun yliopisto. Teologinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/URN_NBN_fi_joy-20100002/URN_NBN_fi_joy-20100002.pdf. Päivitetty 22.4.2010. Luettu 23.8.2013.

Kela 2014. Kuntoutuspsykoterapia. Verkkopalvelu. http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutuspsykoterapia. Ei päivitystietoa. Luettu 3.3.2014.

Klubitalo-projektin toimintakertomus 2012. 2013. Savonlinnan LinnaKlubi. Linna-klubin sanomat 28/2013. PDF-dokumentti. <http://www.kotilo.fi/linnaklubi/LEHTIPOHJA%2028%20uusi.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 30.8.2013.

Kopp, Sheldon B. 2004. Jos kohtaat matkallasi Buddhan, tapa hänet! Psykoterapeuttisen pyhiinvaellus. Helsinki: WSOY.

Koskisuus, Jari 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita.

Kotilo ry 2013. Kotisivut. <http://www.kotilo.fi/index.html>. Ei Päivitystietoa. Luettu 3.6.2013.

Koukkari, Marja 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/koukkari%20doria.pdf?sequence=1>. Päivitetty 8.2.2011. Luettu 22.8.2013.

Kukkonen-Lahtinen, Leena 2006. Yhdessä kehittyen – Kuntouttavan mielenterveys-työn haasteet. Sairaanhoidajalehti 10. Verkkolehti. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2006/muut_artikkelit/yhdessa_kehittyen_kuntouttavan_m/. Ei päivitystietoa. Luettu 4.9.2013.

Kuukasjärvi, Anja, Linnossuo, Outi & Sutinen, Jussi (toim.) 2011. Taidetyöskentely arjen näyttämöillä – teoriaa, menetelmiä ja sovelluksia. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Laatikainen, Tanja (toim.) 2010. Vertaistuki kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. PDF-dokumentti. http://www.kansalaisareena.fi/Vertaistoiminta_kannattaa.pdf. Päivitetty 9.2.2010. Luettu 27.2.2014.

Leinonen, Anne 2012. Sairauden taakasta kokemuksen voimaan - Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat palveluiden kokemustutkijoina. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Sosiaalityö/Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden mais-teriohjelma. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/39921/URN:NBN:fi:jyu-201210072623.pdf?sequence=1>. Päivitetty 23.5.2012. Luettu 6.9.2013.

Lindqvist, Martti 1990. Auttajan varjo. Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa. Keuruu: Otava.

Lindroos, Heidi & Segercrantz, Ulrika (toim.) 2009. Yksilöksi ryhmässä. Ryhmäanalyysi suomalaisessa psykoterapiatyössä. Helsinki: Palmenia.

McCranie, Ann 2010. Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings, and Implementation of a “New” Services Movement. Teoksessa Pilgrim, David, Rogers, Anne & Pescosolido, Bernice A. (toim.) The SAGE Handbook of Mental Health and Illness. London: Sage Publications, 471–489.

Mezzich, Juan E. 2010. World Psychiatric Association perspectives on person-centered psychiatry and medicine. Conceptual Explorations on Person-centered Medicine 10. WWW-artikkeli. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834894/>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.2.2014.

Mielenterveysyhdistys Helmi 2013. Kotisivut. <http://www.mielenterveyshelmi.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.10.2013.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.

Mosher, Loren R. 1999. Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization. A Personal and Professional Review. The Journal of Nervous and Mental Disease 187, 142–149. PDF-dokumentti. <http://www.moshersoteria.com/soteriawp/wp-content/uploads/2009/12/soteria.pdf>. Päivitetty 3.11.2000. Luettu 20.2.2014.

Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry 2013. Kotisivut. <http://www.muotiala.fi/>. Päivitetty 18.10.2013. Luettu 20.10.2013.

Niiranen, Tea & Rainio, Maaria 2012. Mindfulness sitoo toimintaan - Tietoinen läsnäolo toimintaterapiassa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45715/Mindfulness%20sitoo%20toimintaan.pdf?sequence=1>. Päivitetty 8.5.2012. Luettu 24.8.2013.

Nissinen, Leena 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouppumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita.

Ojanen, Markku 2013. Kotisivut. <http://www.markkuojanen.com>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.10.2013.

Opetusministeriö 2004. Nuorten työpajatyöryhmän esitys: Nuorten työpajatoiminnan vakinaistaminen. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 37. PDF-dokumentti. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2004/liitteet/opm_221_tr37.pdf?lang=en. Päivitetty 30.11.2004. Luettu 6.3.2014.

- Partanen, Airi, Moring, Juha, Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpääntöön vuonna 2009. THL - Avauksia 16. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>. Päivitetty 16.6.2010. Luettu 25.2.2014.
- Pescosolido, Bernice A. 2008. A Fresh Look at Recovery. Psychiatric Services 1. Verkkolehti. <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=98955&RelatedWidgetArticles=true>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.2.2014.
- Pietikäinen, Petteri 2013. Hulluuden historia. Tallinna: Raamatutrükikoja Oü.
- Pohjonen, Petra 2012. Kokemusasiantuntijuus ehkäisevässä huumetyössä. YAD ry. PDF-dokumentti. www.kirkasmieli.fi/index.php?option=com... Päivitetty 21.11.2012. Luettu 22.8.2013.
- Puro, Markku 2012. Asiakslähtöisyys terveydenhuollossa. Forssan seudun terveydenhuollon ky. PDF-dokumentti. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-18-Markku-Puro.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 23.2.2014.
- Putkonen, Hanna, Tenhovirta, Katja & Huttunen, Matti (toim.) 2010. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Tallinna: Printon Trükikoda AS.
- Pöyhönen, Eveliina (toim.) 2003. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.
- Romakkaniemi, Marjo 2011. Masennus - Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1. Päivitetty 4.10.2011. Luettu 25.8.2013.
- Ropponen, Mervi 2011. Kokemusasiantuntijuus kehittämisen välineenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Sosiaali- ja terveyshallintotieteiden koulutusohjelma. Pro gradu. PDF-dokumentti. http://www.epshp.fi/files/5609/Kokemusasiantuntijuus_kehittamisen_valineena_Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirin_psykiatrian_toiminta-alueella.pdf. Päivitetty 22.11.2011. Luettu 5.9.2013.
- Saari, Mauno 2002. Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992 – 1996. Oulun yliopisto. Psykiatrian klinikka. Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymä. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9514266250/isbn9514266250.pdf>. Päivitetty 13.3.2002. Luettu 20.8.2013.
- Savolaiset selviytyjät ry 2014. Kotisivut. <http://www.savolaisetsearviytyjat.fi/130301035>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.2.2014.

Savonlinnan Kriisikeskus 2014. Kotisivut. <http://www.savonlennankriisikeskus.net/>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.2.2014.

Schein, Edgar H. 2009. Helping. How to offer, give and receive help. San Fransisco: Berret-Koehler Publishers.

Shorter, Edward 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Hakapaino.

Silfsten, Aija & Toiviainen, Hanna-Mari 2012. Kokemuksista kehittämisehdotuksiin. Bikva-arviointitutkimus Savonlinnan mielenterveyspalvelujen avohoidosta. Mikkelin ammattikorkeakoulu (YAMK). Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/51941/silfsten_Aija_Toiviainen_Hanna-Mari.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 23.2.2014.

Sopimusvuori ry 2013. Kotisivut. <http://www.sopimusvuori.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.10.2013.

SOTKANet 2014. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2013. THL. Verkko- palvelu. www.sotkanet.fi. Ei päivitystietoa. Luettu 27.2.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Tulevaisuuskatsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 23. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12410.pdf. Päivitetty 16.9.2010. Luettu 27.2.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollonkansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012 – 2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-23137.pdf. Päivitetty 17.10.2012. Luettu 4.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 45. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9642429&name=DLFE-28190.pdf. Päivitetty 19.12.2013. Luettu 4.3.2014.

Stenlund, Mari 2012. ”Oma persoona on diakoniatyöntekijälle työväline” -väitteen kriittistä tarkastelua. Diakonian tutkimus 2, 173–195. PDF-dokumentti. http://dts.fi/files/2009/10/DT2_2012.pdf. Päivitetty 19.11.2012. Luettu 20.10.2013.

Suomen Fountain House – klubitalojen verkosto ry 2013. Kotisivut. <http://www.fh-klubitalot.fi/>. Ei Päivitystietoa. Luettu 6.6.2013.

Suomen moniääniset ry 2014. Kotisivut. <http://www.moniaaniset.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 21.2.2014.

Suomen Musiikkiterapiayhdistys 2013. Kotisivut. <http://www.musiikkiterapia.net/>. Päivitetty 6.1.2013. Luettu 27.10.2013.

Suomen virallinen tilasto 2012. Väestöennuste. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2010–2060: ennuste). Tilastokeskus. Verkkojulkaisu. http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tau_001.fi.html. Ei päivitystietoa. Luettu 27.2.2014.

Suomen Tietotoimisto 2014. Sote-sopu yllätti monet keskustavaikuttajat. Itä-Savo 24.3. Verkkolehti. <http://www.ita-savo.fi/uutiset/kotimaa/sote-sopu-yll%C3%A4tti-monet-keskustavaikuttajat-123360>. Ei päivitystietoa. Luettu 24.3.2014.

Tontti, Jukka 2001. Masennus arjen raskaana hahmona. Yhteiskuntapolitiikka 4, 344–350. Verkkolehti. WWW-artikkeli. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101605/014tontti.pdf?sequence=1>. Päivitetty 23.7.2008. Luettu 10.3.2014.

Tuisku, Katinka 2009. Taideterapia – terveyden edistämisestä kuntoutukseen. Työterveyslääkäri 27. Verkkolehti. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00616. Ei päivitystietoa. Luettu. 27.10.2013.

Tuori, Timo 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1. Verkkolehti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>. Päivitetty 24.1.2012. Luettu 21.8.2013.

Uuksulainen, Mikko 2010. Pykiatrian tulosyksikön kehittämistyö 2010 – Projektin loppuraportti. SOSTERI. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Psykiatrian tulosyksikkö. Painamaton lähde.

Windahl, Riitta & Välimaa, Veikko 2012. Tuotekehitysprojekti AMK-yrittäisyhteistyönä. Opas tekijöille ja toimeksiantajille. PDF-dokumentti. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163349.pdf>. Päivitetty 18.1.2013. Luettu 18.10.2013.

Whitaker, Robert 2012. The Dr. Peter Breggin Hour. Haastattelu 4.6. <http://drpeterbregginshow.podbean.com/2012/06/04/the-dr-peter-breggin-hour-060412/>. Kuunneltu 3.3.2014.

WNUSP 2013. Kotisivut. <http://www.wnusp.net/>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.6.2013.

Ylipaavalniemi, Pasi, Sariola, Leena, Marniemi, Janne & Pekkala, Terho 2005. Sosiaalisen työllistämisen toimialan käsitteet. Kerava: Savion kirjapaino.

LinnaKlubin kuntoutumistarinoita - työpaja

aika	keskiviikko 2.10.2013	keskiviikko 9.10.2013	keskiviikko 16.10.2013	keskiviikko 30.10.2013	keskiviikko 6.11.2013	keskiviikko 13.11.2013	keskiviikko 20.11.2013	keskiviikko 27.11.2013
12:30-13:00	Tutustuminen	Edellisen kerran teeman purkaminen	Edellisen kerran teeman purkaminen	Edellisen kerran teeman purkaminen	Edellisen kerran teeman purkaminen	Edellisen kerran teeman purkaminen	Edellisen kerran teeman purkaminen	Ryhmän päättäminen
13:00-14:00	aiheen avaus sääntöjen laat. toiveet, odotukset & tavoitteet	ulkoilu (valokuva) sään salliessa	elämänvaiheet	(kurpitsa-) omakuva	musiikki	runo/tarina	värit	pullopostia kirje tulevaisuuteen palaute / loppuarviointi
	1. harjoite - kirje itselle - tarina rentoutus	...elämänjanatehtävä...			kevennys, lyhtynä esim. pihalle palaute / väliarviointi	liitetään musiikki omaan tarinaan	liitetään runo omaan tarinaan	

Muuta huomioitavaa:

Kirjallisuuskatsaus

Kuka/ketkä	Tutkimuskohde	Tutkimusmenetelmä	Keskeinen tulosjohtopäätös	Miksi valitsin tämän
Leinonen, Anne 2012. Sairausten taakasta kokemuksen voimaan Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat palveluiden kokemustutkijoina. Pro Gradu. Sosiaalityö/ Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuiden maisteriohjelma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto	Kuusi kokemustutkijaa ja kaksi YAA-hankkeen vastuhenkilöä	Tapaustutkimus. Teoriaohjaava sisällönanalyysi ja aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Teemahaastattelu sekä kokemustutkijaryhmän osallistuva havainnointi. Taustateoriانا on Paulo Freiren problematisoivan ja vapauttavan kasvatuksen teoria.	Palveluiden käyttäjien osallistuminen palveluiden arviointi- ja kehittämistyöhön on mahdollista. Dialogisen vuorovaikutuksen voimaannuttava vaikutus ja yhteisen tavoitteen eteen yhdessä tehtävä työ tuottaa kuntoutumista luovan muutosprosessin.	Kuntoutujiin tutustuminen ensisijaisesti ihmisinä, kanssamatkaajina eikä diagnoosin ja sairauskertomuksen omaavina potilaina kuvataan tässä tutkimuksessa tasavertaisuuden lähtökohdaksi. Yhteistyö synnytti myös tarpeen taistella stigmatisaatiota vastaan. Näitä asioita pidän tärkeinä sekä tulevan ammattini että kuntoutustyöpajan ohjaajan näkökulmasta katsottuina.
Silfsten, Aija & Toiviainen, Hanna-Mari 2012. Kokemuksista kehittämishetkiin. Opin näytetyö. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. YAMK. Mikkelin AMK	Savonlinnan seudun mielenterveys palvelujen käyttäjiä, työntekijöitä sekä johtavassa asemassa olevia henkilöitä.	5 ryhmähaastattelua; 3 palvelujen käyttäjille (4 hlöä/haast., yht. 12 hlöä), työntekijöiden ryhmähaastattelu (5 hlöä) ja johtotason ryhmähaastattelu (4 hlöä). Bikva-arviointimalleja käyttäen	Alueen mielenterveyspalvelujen kehittäminen ei vaadi asiakasnäkökulmasta merkittävää henkilöstön lisäämistä tai toimintojen muutoksia. Asiakkaiden osallisuuden kokeminen on kytköksissä heidän suhtautumiseensa	Tarve asiakaslähtöisten avohoidon palvelujen ja tukevien palvelujen kehittämiseksi mainitaan pohdinta-osiossa, kuten myös asiakaslähtöinen työote ja sen edistäminen, mikä näkyy asiakkaan ja työntekijän aitona dialogina. Oman oppimisen toiminnallisuuden (työpaja) yhtenä tavoitteena on saada aikaan aitoa vuorovaikutusta ryhmän sisällä.

Kirjallisuuskatsaus

			palvelujen muutoksiin ja kehittämiseen.	
Ropponen, Mervi 2011. Kokemusasiantuntijuus kehittämisen välineenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintaluella. Pro Gradu. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen koulutusohjelma. Filosofinen tiedekunta. Vaasan yliopisto.	Kahdeksan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä työskentelevää ammattilaista ja viisi koulutettua kokemusasiantuntijaa.	Kvalitatiivinen tutkimus, teemahaastattelu (puoli-strukturoitu)	Vertaistuki ammatillisen toiminnan rinnalla koetaan edesauttavan merkittävästi potilaan toimimista. Kokemusasiantuntijuus todettiin suureksi käytännön voimavaraksi ja se olisi hyvä tunnustaa viralliseksi toiminnaksi joka tasolla.	Palvelujen käyttäjien mukaanotto palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen on olennainen osa opinnäytetyötäni. Tämän tutkimuksen mukaan sille on tarvetta; päähuomio on palvelujen käyttäjien tarpeissa.
Lindqvist, Martti 1990. Auttajan varjo. Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa. Keuruu: Otava.	Auttamistyötä tekevät ja auttamisen problematiikasta kiinnostuneet.	Teoksessa käsitellään laaja-alaisesti, kirjoittajan monipuolista kokemusta hyödyntäen auttamista ja sen problematiikkaa.	Auttajan itsetuntemuksella on suuri merkitys auttamissuhteessa. Sokeus itselle on usein este hedelmällisen auttamissuhteen synnylle.	Auttamissuhde on yksi psykiatrisen hoitotyön tärkeimmistä työkaluista ja siinä ilmeneviin ongelmiin tulisi mielestäni kiinnittää enemmän huomiota myös itsetutkiskelun keinoin.
McCranie, Ann 2010. Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings, and Implementation of a “New” Services Movement. Teoksessa Pilgrim, David, Rogers, Anne	Mielenterveyskuntoutuksen historiaa ja aiheeseen liittyviä tutkimuksia.	Mielenterveyskuntoutuksen historiaan ja nykyisyyteen liittyvä kriittinen artikkeli, jossa käsitellään kuntoutuksen määrittelyn ja sen arvioinnin hankaluutta teorialähtöisesti.	Mielenterveyskuntoutuksen, kuten ei psykiatriseen hoitotyöhön yleensä ole kehitetty suoranaisesti mitään uutta ja mullistavaa, vaan jo hyväksittiin menetelmiä varioidaan ja	Kokemusasiantuntijuus on eräs opinnäytetyöni kantavista teemoista. Sen hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa on ajankohtainen aihe ja opinnäytetyöni työopinjatoiminnassa se on keskeisenä motiivina.

& Pecosolido, Bernice A. (toim.) The SAGE Handbook of Mental Health and Illness. London: Sage Publications.			kierrätetään. Kokemusasi- antuntijuutta peräänkuulute- taan hyödyn- nettäväksi.	
---	--	--	--	--