

**”MITÄ ME HULLUT?”**  
**Psykiatrinen sairaalahoito potilaan kokemana**

**Sosiologia**  
**Turun yliopisto**  
**Pro gradu -tutkielma**  
**Rebeca Raukunen**  
**Kesäkuu 2017**  
**Turku**

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

## TURUN YLIOPISTO

Sosiaalitieteiden laitos / yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

RAUKUNEN, REBECA: ”Mitä me hullut?” – Psykiatrinen sairaalahoito potilaan kokemana

Pro gradu -tutkielma, 108 s., 3 liites.

Sosiologia

Kesäkuu 2017

---

Pro gradu -tutkielmani aiheena on psykiatrinen sairaalahoito potilaan kokemana. Tutkielmassani kysyn, millaisia ovat potilaiden hoitokokemukset psykiatrisesta sairaalahoidosta, ja haastavatko sekä kyseenlaistavatko psykiatriset potilaat hoitokokemuksiensa perusteella vallitsevia institutionaalisia sairaalahoitokäytäntöjä.

Tutkimusaineisto koostuu kuudesta entisen psykiatrisen potilaan teemahaastattelusta. Tutkimusmenetelmänä toimi teema-analyysi, jonka perusteella paikansin aineistostani kaksi pääteemaa ja kuusi alateemaa. Tutkimusaineisto jakautui positiivisiin ja negatiivisiin hoitokokemuksiin: aineiston toisessa päässä olivat myönteiset yksilönä kohtaamisen kokemukset ja toisessa päässä kielteiset ylitse kävelemisen ja hoitopaikasta taistelemisen kokemukset. Haasteltavat toivat myös esiin vertaistuen ja diagnosointikokemuksen merkityksen hoidon aikana. Haasteltavat kokivat, ettei saatu diagnoosi määrittänyt heidän minuuttaan, vaan he ymmärsivät pääasiassa diagnoosinsa sairauteen perustuvaksi. Haastateltavien institutionaalisten sairaalahoitokäytäntöjen kyseenlaistaminen ilmeni huolena hoitohenkilöstön jaksamisesta sekä kohtaamattomuuden kysymysten ja hoidonaikaisen ohjatun toiminnan puutteen esiintuomisenä.

Tutkimusaineiston perusteella psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia ei voida täysin selittää tahdosta riippumattoman hoidon ja vapaaehtoisen hoidon välisellä jaottelulla: pakon tunne voi olla vahva vapaaehtoisessa hoidossa, kun taas tahdosta riippumaton hoito voidaan kokea mieluisaksi. Psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia voidaan parantaa kiinnittämällä huomiota yksilönä kohteluun, potilaan voimavaroihin, potilaslähtöisyyteen asiantuntijalähtöisyyden sijaan ja diagnoosista kertomiseen. Keskeistä on myös hoitoon pääsyn turvaaminen, potilaiden välisen vertaistuen tukeminen ja ohjattujen toimintamuotojen luominen hoidon aikana. Myös hoitohenkilöstön jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää potilaiden saaman hoidon laadun kannalta. Tutkittavien negatiiviset hoitokokemukset ilmenivät potilaan ja hoitohenkilöstön välisen inhimillisen samankaltaisuuden sekä potilaan lääkityksestä aiheutuvien sivuoireiden ohittamisena, pakkotoimenpiteiden perusteettomuutena, tiedonjakamisen ja vuorovaikutuksen puutteina sekä hoitohenkilöstöä kohtaan tunnettuna epäluottamuksena. Jotta vakiintuneita psykiatrisen sairaalahoidon hoitokäytäntöjä voitaisiin muuttaa, on tärkeää, että potilaiden kokemukset ja näkemykset hoidosta otetaan huomioon.

Asiasanat: eletty asiantuntijuus, hoitokokemus, psykiatrinen potilas, psykiatrinen sairaalahoito, teema-analyysi, teemahaastattelu, vastarinnan habitus

## Sisällysluettelo

---

1. JOHDANTO .....	1
2. PSYKIATRISEN HOIDON HISTORIAA SUOMESSA .....	4
2.1. ”Kylähullu” suomalaisessa agraariyhteiskunnassa .....	4
2.2. Psykiatrisen hoidon kehitys ja modernin psykiatrisen laitoksen synty .....	5
2.3. Mielenterveystyön kehittäminen hyvinvointivaltiossa .....	6
2.4. Mielenterveyslaista kokemusasiantuntijuuteen .....	7
3. INSTITUTIONAALISET HOITOKÄYTÄNNÖT JA VUOROVAIKUTUSSUHTEET PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA .....	10
3.1. Tahdosta riippumaton hoito .....	10
3.2. Vapaaehtoinen hoito .....	13
3.3. Hoidonaikaiset pakko- ja rajoitustoimenpiteet .....	15
3.4. Potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen vuorovaikutus psykiatrisessa sairaalahoidossa .....	19
3.5. Potilaiden keskinäiset vuorovaikutussuhteet psykiatrisessa laitoshoidossa .....	22
4. TUTKIELMAN ANALYYTTISET KÄSITTEET .....	25
4.1. Eletty asiantuntijuus .....	25
4.2. Kokemuksen politisointi .....	29
4.3. Vastarinnan habitus .....	32
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	35
5.1. Tutkielman tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	35
5.2. Aineistonkeruumenetelmä ja aineisto .....	36
5.3. Tutkimusetiikka ja tutkijapositio .....	40
5.4. Aineiston analyysiprosessi .....	43
6. PSYKIATRISTEN POTILAIEN HOITOKOKEMUKSIA TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASTA JA VAPAAEHTOISESTA HOIDOSTA .....	46
6.1. Yksilönä kohtelua, ylitse kävelemistä ja hoitopaikasta taistelua .....	46
6.2. Diagnoosi ei määritä minuutta .....	57
6.3. Vertaistuen voima .....	67
7. MIELENTERVEYSPOTILAAT INSTITUTIONAALISIA HOITOKÄYTÄNTÖJÄ HAASTAMASSA .....	76

7.1. Huoli psykiatrisen hoitohenkilöstön jaksamisesta .....	76
7.2. Kohtaamattomuus kuiluna potilaiden ja psykiatrisen hoitohenkilöstön välillä .....	83
7.3. Ohjatun toiminnan puute hoidossa .....	90
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	98

## KIRJALLISUUS

### LIITTEET

Liite 1. Teemarungot ja kysymykset

Liite 2. Haastattelupyyntö/sähköposti mielenterveysjärjestölle pääkaupunkiseudulla

## 1. JOHDANTO

Pro gradu -tutkielmani aiheena on psykiatrinen sairaalahoito potilaan kokemana. Tutkielmani tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään potilaiden psykiatriseen sairaalahoitoon liittyviä hoitokokemuksia ja käsitellä sitä, millaisia käsityksiä potilailla on psykiatrisesta laitoshoidosta. Tutkielmani tarkoituksena on myös tarkastella sitä, haastavatko ja kyseenlaistavatko psykiatriset potilaat hoitokokemuksiensa perusteella vallitsevia institutionaalisia sairaalahoitokäytäntöjä. Tutkielmani tutkimusaineisto pohjautuu kuuden entisen psykiatrisen potilaan teemahaastatteluun. Haastateltavien sairaalahoitoa koskevan haastamis- ja kyseenlaistamispuheen avulla voidaan pohtia sitä, mitä hyvä hoito psykiatrisille potilaille merkitsee. Tutkielmani aihe on ajankohtainen. Turun Sanomat uutisoi reilu vuosi sitten, että Turun kaupunginsairaalan suljetun vanhuspsykiatrian osastolla henkilökunnan väärinkäytökset ja ihmisoikeusloukkaukset jatkuivat vuosia. Turun Sanomien lähteiden mukaan potilaita muiden muassa lääkittiin tiedottomaksi, eristettiin laittomasti, nöyryytettiin ja pahoinpideltiin. Osaston johto ilmoitti vain pienen osan väärinkäytöksistä (lääkevarkaudet) poliisille, valvontaviranomaiselle ei lainkaan. Asiasta käynnistettiin sisäinen selvitys vuonna 2013, mutta ketään ei irtisanottu. Turun Sanomien selvitysten mukaan myös muilla Turun kaupunginsairaalan suljetuilla osastoilla on ilmennyt väärinkäytöksiä. (Härkönen 2016, 4.) Tapauksen uutisoinnin jälkeen Turun Sanomiin tulvi kirjeitä vastaavanlaisista väärinkäytöksistä. Jo aiemassa suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että ihmisoikeudet eivät toteudu psykiatrisissa laitoksissa Suomessa kaikilta osin (Salo 2010, 8).

Yhtenä sosiologian tärkeimmistä tehtävistä voidaan pitää ”äänen antamista” niille, jotka ovat unohdettuja, sosiaalisesti näkymättömiä tai muuten marginaalissa. Historiallisesti tarkasteltuna psykiatrisia potilaita koskevissa tutkimuksissa on kuulunut useimmiten asiantuntijoiden sekä hoitohenkilöstön ääni, ja potilaiden kokemukset ovat sivuutettu. (Birk & Karp 2012, 23–25.) Tutkijat ovat usein pitkälti jättäneet huomioimatta potilaiden kokemukset ja näkemykset, jotka eivät ole yhteneväisiä hoitoalan ammattilaisten kanssa. Vallalla on ollut ajatus siitä, että psykiatriset potilaat ovat irrationaalisia ja kykenemättömiä muodostamaan päteviä näkemyksiä. (Rogers & Pilgrim 2014, 205–206.) 1980-luvulta lähtien psykiatriassa on painottunut psyykkisten häiriöiden ja psykiatristen potilaiden kokemusten tarkasteleminen yhä enemmän biologian näkökulmasta. Tämän biomedikaalisen paradigman valta-asema johti

siihen, että psyykkiset sairaudet paikannettiin aivoihin, psyykenlääkkeistä tuli keskeinen osa hoitoa, ja lääkeyhtiöiden valta kasvoi. (Birk & Karp 2012, 23–27.)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilas kohtaa omine kokemuksineen ja niihin liittyvine merkityksineen hoitojärjestelmän, joka perustuu tiettyihin institutionaalisiin käytäntöihin. Tutkielmassani olen kiinnostunut potilaan kokemuksista tässä sairaanhoidollisessa kohtaamisessa. Kun potilaan hoito perustuu yksinomaan institutionaalisiin tekijöihin, saattaa potilaan oma kokemus jäädä syrjään. (Engeström 2003, 308; 318–319.) Tarkoitukseni on tässä tutkielmassa kääntää katse psykiatristen potilaiden kokemuksiin ja näkemyksiin psykiatrisesta sairaalahoidosta sekä siihen, ilmeneekö potilaiden keskuudessa mahdollisesti asiantuntijatietoa haastavia näkemyksiä.

Psykiatristen potilaiden ja psyykkisesti sairastuneiden sairaus- ja hoitokokemusten merkitystä painotetaan yhä enemmän varsinkin akateemisessa tutkimuksessa. Etenkin feministiset lähestymistavat, kriittinen rotuteoria ja vammaistutkimus ovat vaikuttaneet siihen, että psykiatristen potilaiden kokemukset ovat tulleet tutkimuksen keskiöön. Nämä lähestymistavat tähdentävät, että yhteiskunnan valtavirrasta poikkeavien ääntä ja kokemuksia on kuultava. Tällöin heikommassa asemassa olevien kokemukset muodostuvat tutkimuksessa keskeisiksi. (Birk & Karp 2012, 27–29.) Näissä lähestymistavoissa ihminen ymmärretään fenomenologiseksi olennoiksi, joka luo merkityksiä kokemuksistaan, ja huomio paikantuu ihmiselle tärkeisiin kokemuksiin (Smith, Flowers & Larkin 2009, 2–3, 11). Sosiaalitieteissä psyykkisesti sairastuneiden kokemuksia on tarkasteltu muiden muassa sairaalaympäristön (Goffman 1969), kodittomuuden (Snow & Anderson 1993), leimautumisen (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King 2004; Goffman 1963; Moses 2010 ; Wahl 1999 ; Wright, Wright, Perry, & Foote-Ardah 2007 ) ja kuntoutumisen (Borg & Davidson 2008 ; Howard 2006 ) näkökulmista. Sosiologi Nick Crossley (2004) on huomauttanut, että sosiaalitieteissä vallalla on ollut pitkälti psyykkisten sairauksien tarkasteleminen niiden sosiaalisen konstruoinnin näkökulmasta. Sen sijaan vähän on keskitytty siihen, miten psyykkisesti sairaat haastavat heitä koskevia vallitsevia käsityksiä, ja millaista vastarintaa nämä vallitsevat käsitykset saavat aikaan mielenterveyshäiriöistä kärsivien keskuudessa. (Crossley 2004, 161–163.) Tutkielmani tarkoituksena on pohtia tästä näkökulmasta, miten psykiatriset potilaat mahdollisesti

kyseenalaistavat hoitokokemuksiensa pohjalta vallitsevia institutionaalisia sairaalahoitokäytäntöjä.

Länsimaista myöhäismodernia aikaa luonnehtii lääketieteen hegemonisen aseman jonkinasteinen kyseenalaistuminen. Potilas ei enää hoitotilanteessa ole itsestään selvästi ja lähtökohtaisesti passiivisessa roolissa. Siten potilaiden suhde omaan sairauteensa ja asema hoidossa on muuttunut. Myös psykiatrisessa sairaalahoidossa keskeiseksi on muodostunut asiakaslähtöisyyden pyrkimys, jonka tarkoituksena on potilaiden vaikutusmahdollisuuksien, voimavarojen, osallisuuden ja päätöksenteon lisääminen. (Kangas 2003, 73–74, 78.) Sosiologi Ilpo Helénin mukaan 1990- ja 2000-luvuilla Suomessa yleistynyt asiakaslähtöisyys on kuitenkin jäänyt psykiatrisessa hoidossa lähinnä ”iskusanan” ja ”projektipuheen” tasolle. Psykiatrisesta hoitotyöstä keskustelevat alan asiantuntijat, lähinnä psykoterapeuttisesta ja lääkehoidollisesta näkökulmasta, ja siten hoitotyö loittonee käytännöstä ja potilaiden kokemuksista. (Helén 2011, 169–173.) Asiakaslähtöisyyden tavoite ei myöskään ole johtanut Suomessa mielenterveyskuntoutujien kokemusasiantuntijuuden hyödyntämiseen psykiatrisessa hoidossa samalla tapaa kuin esimerkiksi Italiassa tai Isossa-Britanniassa, joissa psyykkisesti sairaiden liikehdintä ja aktivismi ovat muovanneet niin käytännön hoitotyötä kuin yhteiskunnallista päätöksentekoaakin. Suomessa ajattelua leimaa yhä edelleen potilaiden kokemustiedon ja professionaalisen asiantuntemuksen vastakkainasettelu. (Salo 2011, 275–286.) Tutkielmani tavoitteena onkin yhtäältä tuoda esiin tutkimuksen keinoin tätä psykiatristen potilaiden kokemustietoa ja toisaalta pohtia sitä, miten tätä tietoa voidaan hyödyntää käytännön hoitotyön kehittämisessä.

Taustoitin seuraavaksi tutkielmani aihetta käymällä lyhyesti läpi psykiatrisen hoidon historiaa Suomessa. Tämän jälkeen käsittelen psykiatrisiin institutionaalsiin hoitokäytäntöihin, tahdosta riippumattomaan sekä vapaaehtoiseen hoitoon ja hoidon aikaisiin pakko- ja rajoitustoimenpiteisiin, liittyvää aiempaa tutkimusta. Käsittelen samassa luvussa myös potilaiden ja hoitohenkilöstön sekä potilaiden keskinäisiin vuorovaikutussuhteisiin sairaalahoidossa liittyvää aikaisempaa tutkimusta. Tämän jälkeen esittelen tutkielmani analyttiset käsitteet, eletyn asiantuntijuuden sekä kokemuksen politisoinnin käsitteet ja vastarinnan habitus-käsitteen sekä kerron tutkimukseni toteuttamisesta. Sitten käyn läpi tutkielmani tulokset: pyrin vastaamaan tutkimuskysymyksiini käsittelemällä kuuden

alateeman keinoin psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia ja niitä tapoja, joilla potilaat haastavat vallitsevia institutionaalisia hoitokäytäntöjä. Lopun johtopäätösosiossa tarkastelen tiivistetysti tutkielmani keskeisiä tuloksia, pohdin niiden suhdetta aiempaan tutkimukseen, mietin tutkimukseni pohjalta esiin nousevia jatkotutkimusmahdollisuuksia ja annan eväitä käytännön hoitotyön kehittämiseen hyvän psykiatrisen hoidon turvaamiseksi.

## **2. PSYKIATRISEN HOIDON HISTORIAA SUOMESSA**

### **2.1. ”Kylähullu” suomalaisessa agraariyhteiskunnassa**

Yhteiskunnalliset ja historialliset olosuhteet, erityisesti lainsäädännöllinen kehitys, ovat vaikuttaneet psykiatriseen hoitoon Suomessa. Psykkisesti sairaita on hoidettu Suomessa kulloisenkin ajan käsitysten, arvojen ja asenteiden mukaisesti (Mäkelä 2008, 3). Ennen psykiatrisen laitoshoidon muodostumista mieleltään sairaista vastasivat perhe, naapurit ja kyläyhteisö (Pietikäinen 2013, 145). Perinteisessä suomalaisessa agraariyhteiskunnassa nimitys ”kylähullu” oli tavanomainen. ”Kylähulluudella” viitattiin poikkeavaan, usein normien vastaiseen käyttäytymiseen suomalaisissa kyläyhteisöissä. Ennen psykiatrisen sairaalahoidon kehittymistä nämä ”kylähullut” asuivat suomalaisessa agraariyhteiskunnassa yhteisöjen keskuudessa. ”Kylähullut” eli niin sanotut ”kyläoriginellit” toimivat eri rooleissa suomalaisissa maalaisyhteisöissä. Tavallisimman tyyppin muodosti mieleltään poikkeava ”kylähullu”. (Ylikangas 1990, 49–54.) Tosin Suomessa ei ole kartoitettu psykiatrisin tutkimuksin ”kylähulluiksi” luokiteltujen ihmisten mielenterveyttä (Anttinen 1990, 59, 61–63). Muita ”kylähulluiksi” luokiteltuja olivat suomalaisissa agraariyhteisöissä muiden muassa niin sanotut ”politikoivat tyyppit”, ”käräjäpukarit”, uskonnollisesti ”poikkeavat” sekä maallikkotutkijat, ennustajat ja aarteenetsijät (Ylikangas 1990, 50–51).

Suomalaisessa agraariyhteiskunnassa normipaine oli vahva, ja yhteisön merkitys oli keskeinen. ”Kylähulluilla” oli kuitenkin oma paikkansa ja asemansa yhteisöissä. ”Kylähullu” saattoi olla jopa sosiaalisesti tarpeellinen. (Lahti 1990, 67.) ”Kylähulluun” on myös liitetty vapauden merkitys, ja joissain tapauksissa ”kylähullusta” on muodostunut jopa legenda (Laaksonen, Piela & Lahti 1990). Hulluuden historioitsija Petteri Pietikäisen mukaan



”kylähullu” saattoi ilmentää jopa positiivista poikkeavuutta, ja tunnetuimmat ”kylähullut” ovat saattaneet päätyä tarinoihin ja kansanperinteeseen (Pietikäinen 2013, 160). ”Kylähullun” sallittiin myös arvostella auktoriteettia vapaasti (Lahti 1990, 69). Toisaalta ”kylähullua” pidettiin varoittavana esimerkkinä kelvottomasta elämäntavasta. ”Kyläoriginellit” ovat kuitenkin monipuolistaneet agraariyhteisöjä ja ehkä myös muokanneet niiden ilmapiiriä suvaitsevammaksi. (Anttinen 1990, 59–66.)

Sosiologi Antti Eskola (1990) kuvaa kirjoituksessaan ”Suomalainen kyläoriginelli sosiologin silmin” elämäänsä agraariyhteisössä sota-aikana ja sen jälkeisinä vuosina. Hän muistelee, että ”kyläoriginellit” olivat tavanomainen näky hänen yhteisössään, eikä heitä osattu pelätä. Poikkeavuutta ei hänen kylässään liioin käsitteellistetty, koska kielessä ei ylipäättäen ollut kategorioita poikkeavuuden luokitteluun. Poikkeavuutta tarkasteltiin pikemminkin käytännön näkökulmasta. Yhteiskunnan modernisoitumisen ja kaupungistumisen myötä poikkeavuuteen liittyvät käsitteet ja kategoriat lisääntyivät, jolloin myös ”käytännön tavat toimia poikkeavien ihmisten kanssa unohtuivat”. (Eskola 1990, 55–58.)

## **2.2. Psykiatrisen hoidon kehitys ja modernin psykiatrisen laitoksen synty**

Suomessa psykiatrisen laitoshoidon kehittyi myöhään Länsi-Eurooppaan verrattuna. Keskiajalla psyykkisesti sairaiden kohtelu oli julmaa, ja heitä pidettiin paholaisen riivaamina. (Pietikäinen 2013, 139, 146, 160.) Ruotsin vallan aikana ei Suomeen luotu mitään kokonaisvaltaista psyykkisesti sairaiden hoitojärjestelmää, koska valtakunnalta puuttui hallinnollinen järjestelmä (Mäkelä 2008, 28–29). Katolinen kirkko, perheet, omaiset ja kyläyhteisö huolehtivat mieleltään sairaista (Pietikäinen 2013, 145–146, 160). Venäjän vallan aikana suomalaisen virkamieskunnan toimin onnistuttiin säätämään psyykkisesti sairaiden hoitoa koskevaa lainsäädäntöä (Mäkelä 2008, 125). Vuoden 1840 asetuksella psykiatrisen sairaanhoito säädettiin kokonaan valtion tehtäväksi. Vuoden 1889 asetuksella psykiatrisen laitoshoidon taas määrättiin kuntien tehtäväksi. (Pietikäinen 2013, 162–163.) Psyykkiset sairaudet alettiin mieltää toimia vaativiksi yhteiskunnallisiksi ongelmiksi.

Itsenäistymisen myötä suomalainen hallinto laajeni ja modernisoitui, mikä merkitsi psykiatrista sairaanhoitoa koskevan lainsäädännön lisääntymistä. Kuitenkin muiden muassa

1930-luvun lama sai aikaan sen, että uudesta mielenterveyslaista päästiin säätämään vasta vuosikymmenen lopussa. Vuonna 1938 voimaan tullut mielisairaslaki sysäsi syrjään lähes viisikymmentä vuotta hallinneen Venäjän vallan aikaisen keisarillisen asetuksen. Vuoden 1938 lain taustalla oli etenkin aikakautena vallinnut rotuhygienia-ajattelu, joka korosti muiden muassa steriloinnin merkitystä psykiatristen potilaiden hoidossa. (Mäkelä 2008, 50–51, 54, 56.)

Psykiatrisen sairaanhoidon muodostumiseen ja vakiintumiseen vaikuttivat merkittävästi niin Suomessa kuin maailmanlaajuisestikin kaupungistuminen, teollistuminen, kapitalismin nousu, lääketieteen kehitys sekä professionaalistuminen (Rogers & Pilgrim 2014, 88). Michel Foucault (1993) on tutkinut modernin psykiatrisen laitoksen syntyä valistusajan aikana 1600- ja 1700-luvuilla (Foucault 1993). Foucault'n mukaan keskeistä modernin mielisairaalan synnyssä oli normatiivisesti integroiva valta, joka merkitsee psykiatrisen potilaan muokkaamista normatiivisen ihanteen mukaiseksi. Normatiivisesti integroivan vallan tarkoituksena on, että yksilö alkaa hallita ja muokata itse itseään. Foucault tarkasteli tekniikoita, joilla psykiatrisia potilaita pyrittiin hallitsemaan yhä tehokkaammin. Näitä tekniikoita olivat muiden muassa tilan muokkaus, ajan kontrollointi sekä valvonta, joista muodostui psykiatrisen sairaalan kurinpito. Tässä kurivallassa keskeistä oli psyykkisesti sairaan tunnistaminen, määrittäminen ja muokkaus. (Helén 1994, 278–279, 281.)

Mielenterveyden häiriöiden medikalisointi alkoi 1800-luvulla (Pietikäinen 2013, 147). Foucault'n mukaan keskeistä medikalisoinnissa olivat tiedon, vallan ja diskurssien väliset suhteet: lääketieteellinen tieto kytkeytyi valtaan ja levisi psykiatrisiin sekä muuta yhteiskuntaa koskeviin diskursseihin. Tämän seurauksena hallitseminen tieteellistyi. (Helén 1994, 284–285.) Lääketieteellisen tiedon valta johti myös poikkeavuuksien, kuten psyykkisten sairauksien, kontrollointiin (Foucault 1998, 76–78). Järkeen perustuvan ja järjenvastaisen toiminnan erottelemiseen vaikutti myös yhteiskunnan rationalisoituminen (Foucault 1993).

### **2.3. Mielenterveystyön kehittäminen hyvinvointivaltiossa**

Suomessa psykiatrista laitoshoidoa pidettiin pitkään ensisijaisena hoitomuotona (Mäkelä 2008, 65). 1950-luvulta lähtien psykiatrisen sairaanhoitojärjestelmä on kuitenkin kokenut monia

rakenteellisia ja ideologisia muutoksia Suomessa (Välimäki 2000, 70). 1950- ja 1960-luvuilla alkoi esiintyä maailmanlaajuista kritiikkiä psykiatrista laitoshoidoa kohtaan. Psykiatrinen sairaalahoito ajautui tuolloin kriisiin, ja avohoidon merkitys alkoi kasvaa ympäri maailmaa. Myös sosiologit kritisoivat muiden muassa potilaiden keskittämistä suuriin laitoksiin, laitosten sijainteja kaukana asutuskeskuksista, potilaiden yhteiskunnallista eristämistä ja potilaiden passiivista roolia hoidossa. (Rogers & Pilgrim 2014, 87–90.) Suomessa 1960-luvulla kaupungistuminen ja perinteisten sosiaalisten yhteisöjen merkityksen väheneminen loivat tarvetta kehittää sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita, myös mielenterveyspalveluita. 1970-luku oli Suomessa paitsi hyvinvointivaltion palveluiden myös mielenterveystyön kehittämisen aikaa. (Mäkelä 2008, 71.) Alettiin toteuttaa julkista mielenterveys- ja hyvinvointipolitiikkaa, ja psykiatrinen laitoshoido menetti asemansa mielenterveystyön keskiössä (Rogers & Pilgrim 2014, 87–90).

Suomessa muotoutui 1970-luvulla monitieteinen avohoitopainotteinen näkemys psykiatrisesta hoidosta. Psykkisiä sairauksia tarkasteltiin kokonaisvaltaisesti yhtäältä biopsykososiaalisina ja toisaalta yhteiskunnallis-rakenteellisina kysymyksinä. Yhteiskunnallinen lähestymistapa painotti ongelmia korjaavan mielenterveystyön ohella ennaltaehkäisevän mielenterveystyön merkitystä. (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12–22.) Hoidossa pyrittiin ottamaan yksilöllisiä tekijöitä yhä enemmän huomioon, ja tavoitteena oli ottaa eri ammattiryhmien osaaminen käyttöön tiimityöskentelyn keinoin. Hoidossa alettiin painottaa myös kuntoutuksen merkitystä, ja sitä ryhdyttiin porrastamaan. Hoidossa pyrittiin lisäksi tähdentämään yhteisö- ja verkostohoidoa. Tarkoituksena oli ottaa potilaan hoitoon mukaan niin perhe kuin muutkin sosiaaliset verkostot. (Välimäki 2000, 70–73.)

#### **2.4. Mielenterveyslaista kokemusasiantuntijuuteen**

Vuonna 1990 voimaan tullut mielisairaslaista mielenterveyslaiksi muuttunut laki korosti niin ikään periaatteellisella tasolla avohoidon, potilaslähtöisyyden ja ennaltaehkäisevän mielenterveystyön merkitystä (Välimäki 2000, 73; Mäkelä 2008, 80, 130). Psykiatrista hoitoa koskevan lain nimessä tapahtunut muutos heijasti yhteiskunnan asenneilmapiirin muutosta laajemmin. Negatiivisesta mielisairaudesta käsitteestä pyrittiin pääsemään eroon: kun mielisairaslaissa painotettiin sairautta, mielenterveyslaki tähdentää terveyttä. Lainsäädännön

uudistamisen taustalla oli tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden määrä, joka oli tuolloin Suomessa maailman huippuluokkaa. (Mäkelä 2008, 86, 130–131. ) Kuitenkin 1990-luvun lama ja taloudellisen tilanteen heikkeneminen söivät psykiatrisen hoidon, niin laitos- kuin avohoidonkin, resursseja (Välimäki 2000, 73). 1990-luvun laman aikana terveydenhuollossa tehdyt säästöt suuntautuivat voimakkaasti mielenterveyden hoitoon, ja vastuuta hoidosta siirrettiin yhä enemmän kunnille (Välimäki 2009, 270). Vaikka Suomessa psykiatrista sairaanhoitoa pyrittiin korvaamaan avohoidolla, avohoitojärjestelmää ei kyetty kehittämään suhteessa laitospaikkojen lakkauttamiseen. Tämä aiheutti muiden muassa mielenterveyspotilaiden väliinputoamisia sekä syrjäytymistä ja lisäsi heidän huono-osaisuuttaan. (Oja-Heiniemi 2006, 8, 12–13.) 1990-luvun lama johti mielenterveyspalveluiden pirstaloitumiseen sekä vähenemiseen, ja monitieteinen näkemys psyykkisistä sairauksista sekä ennaltaehkäisevä mielenterveystyö joutuivat väistymään korjaavan hoidon tieltä (Helén ym. 2011, 40–51). Nykyisin Suomessa käsityksiä psyykkisistä sairauksista ja psyykkisesti sairastuneista hallitsevat medikaalinen ja psykologinen tieto. Myös psyykkisesti sairaiden hoito on medikalisoitunut ja psykoterapeutistunut. Samalla ajatus psykiatrisen hoidon sosiaalisesta ulottuvuudesta ja ihmisen näkeminen biopsykososiaalisena kokonaisuutena ovat menettäneet merkitystään. (Helén ym. 2011, 22–29.)

Mielenterveyslaki määrittelee yleisluonteisesti mielenterveystyön ja psykiatrisen sairaanhoidon perusteet. Laki ei sisällä määritelmää siitä, kuinka ne on järjestettävä. Siksi kuntien väliset erot psykiatrisessa sairaalahoidossa ja mielenterveystyössä voivat olla suuria Suomessa. (Mäkitalo 2000, 77, 81–82.) 2000-luvulla muiden muassa Valtiontalouden tarkastusvirasto on moittinut mielenterveyslakia ”puutteelliseksi, pirstaleiseksi ja liian yleiseksi.” Mielenterveyslain soveltaminen vaatii useamman lain samanaikaista luentaa, ja laki on tulkinnanvarainen. Mielenterveyslaki painottaa ennaltaehkäisevän hoidon ja avohoidon merkitystä, mutta käytännössä määrittää vain psykiatrista sairaalahoitoa. Laissa on myös puutteita määritelmässä, esimerkiksi siinä, mitä sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan. Myös perusterveydenhuollon, erikoissairanhoidon ja sosiaalihuollon välisen työnjaon erittelemineen on laissa tulkinnanvarainen. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 132–133.) Tuleva sote-uudistus vaikuttanee psykiatrisen sairaalahoidon ja mielenterveystyön järjestämiseen. Tärkeää olisi, että tulevassa uudistuksessa kyettäisiin kokoamaan pirstaleiset mielenterveyspalvelut kokonaisuuksiksi, ja siten vähentämään palveluiden päällekkäisyyksiä

(Kärki 2014, 15). Myös tiedonkulun ja toimien hoitoketjujen turvaaminen on muiden muassa uudistuksessa keskeistä.

Koska psykiatrinen hoito perustui pitkään lähes poikkeuksetta tahdosta riippumattomaan laitoshoitoon, ei ollut tarpeen määritellä sitä lainsäädännöllisesti. Vasta avohoidon kehittyminen toi esiin tarpeen säätää laillisesti tahdosta riippumattomasta sairaalahoidosta. Vuoden 1978 laillinen osittaisuudistus paransi mielenterveyspotilaan oikeusturvaa ja määritteli tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen ehdot suhteellisen tarkasti lainsäädännöllisesti. Osittaisuudistuksen myötä mielenterveyspotilas sai muiden muassa oikeuden hakea oikeusteitse muutosta päätökseen tahdosta riippumattomasta sairaalahoidosta. Psykiatrisissa sairaaloissa olevien potilaspaiikkojen määrä vaikuttaa tahdosta riippumattoman hoidon esiintymiseen Suomessa. Tahdosta riippumatonta hoitoa esiintyy enemmän alueilla, kuten Itä-Suomessa, joissa laitoshoitopaikkoja on paljon, ja joissa on hyvin laitოსvaltainen kulttuuri. Saattaa kuitenkin olla, että avohoito on lisännyt ymmärrystä mielenterveyshäiriöistä ja edesauttanut myönteistä suhtautumista psyykkisesti sairastuneita kohtaan. Avohoidon yleistymisen myötä psyykkisesti sairastuneita ei enää aina itsestään selvästi sijoiteta laitoksiin, vaan ympäröivän yhteiskunnan on opittava kohtaamaan sairastuneet. Psykiatrinen laitoshoido on ehkä lisännyt mielenterveyspotilaita kohtaan tunnettuja pelkoja ja ennakkoluuloja. (Mäkelä 2008, 77–78, 84, 87–88, 128, 130.)

Kielteisiä asenteita psyykkisesti sairastuneita kohtaan on Suomessa ehkä myös vähentänyt kolmannen sektorin mielenterveysjärjestöjen vertaistuki- ja kokemusasiantuntijatoiminta, joissa keskeistä on psyykkisistä häiriöistä kärsivien tai kärsineiden välinen tuki ja kokemusten vaihto. Vertaistoiminnan juuret ovat Suomessa 1940-luvun päihdejärjestöissä, ja 1990-luvun puolivälin jälkeen toiminta on yleistynyt myös mielenterveysjärjestöissä. (Partanen, Moring, Bergman, Karjalainen, Kesänen, Markkula, Marttunen, Mustalampi, Nordling, Partonen, Santalahti, Solin, Tuulos & Wuorio 2015, 239.) Kokemusasiantuntijatoiminta on taas Suomessa 2000-luvulla yleistynyt vertaistoiminnan pohjalta kehittynyt toimintamuoto, jossa hyödynnetään koulutetun (ja palkatun) kokemusasiantuntijan osaamista esimerkiksi hoidossa, kuntoutuksessa, palveluiden kehittämisessä sekä järjestämisessä ja tutkimuksessa (Partanen ym. 2015, 239; Bradstreet 2006, 33–37; Laitila 2010, 89). Kuten joissakin muissa maissa myös Suomessa kokemusasiantuntijatoimintaa on ryhdytty hyödyntämään kolmannen

sektorin järjestötoiminnan lisäksi julkisella sektorilla (Partanen ym. 2015, 239). Kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntämisen esteenä julkisella sektorilla on kuitenkin vielä se, että hoitohenkilöstön toiminnan ja kokemusasiantuntijatoiminnan yhdistämisestä puuttuvat perinteet (Rissanen 2015b, 243). Suomessa myös potilaiden kokemustiedon ja professionaalisen asiantuntemuksen välinen jaottelu on vahva (Salo 2011, 283).

### **3. INSTITUTIONAALISET HOITOKÄYTÄNNÖT JA VUOROVAIKUTUSSUHTEET PSYKIATRISSESSA SAIRAALAHOIDOSSA**

#### **3.1. Tahdosta riippumaton hoito**

Suomella on pitkä tahdosta riippumattoman hoidon historia psykiatrisessa sairaalahoidossa, ja laitoshoidoa pidettiin pitkään ensisijaisena hoitomuotona (Mäkelä 2008, 65). Nykyisin tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa kyseenalaistetaan maailmanlaajuisesti, vaikkakin se on suurimmassa osassa maista hyväksytty välttämättömänä hoitomuotona (Poulsen 1999, 167). Tahdosta riippumatonta hoitoa on kritisoitu niin lain, mielenterveyspolitiikan kuin käytännön näkökulmasta. On pohdittu tahdosta riippumattoman hoidon tehokkuutta ja tuotu esiin sen mahdollisia kielteisiä seurauksia potilaille. (Wyder, Bland & Crompton 2013, 574.)

Hoitoa, joka tapahtuu ilman potilaan hyväksyntää, voidaan nimittää tahdosta riippumattomaksi hoidoksi, pakkohoidoksi tai vastentahtoiseksi hoidoksi. Näillä käsitteillä on eri merkitykset. Tahdosta riippumatonta hoitokäsitettä käytetään lainsäädännössä, ja se on sisällöltään laajempialaisempi kuin pakkohoito- tai vastentahtoinen hoitokäsite. Pakkohoito- ja vastentahtoinen hoitokäsitettä käytetään tapauksissa, joissa potilas on osoittanut, ettei halua hoitoa. Tutkielmassani käytän käsitettä tahdosta riippumaton hoito, koska käsite on laaja-alainen ja pitää sisällään monenlaisia hoitoon tulotilanteita, esimerkiksi tilanteita, joissa potilas ei pysty ilmaisemaan, mitä tahtoo. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan tarkastella sekä lääketieteellisestä että juridisesta näkökannasta. Lääketieteellinen näkökulma tahdosta riippumattomaan hoitoon tähdentää sen olevan viimesijainen hoitomuoto, mutta jossain tapauksissa väistämätön. Näkökulmassa nousevat esiin turvallisuuskysymykset: valtion on suojeltava jäseniään. Oikeudellinen näkökulma taas tarkastelee tahdosta riippumatonta hoitoa

yksilön vapauteen liittyvänä rajoituksena. (Lehtinen, Alanen, Anttinen, Eerola, Lönnqvist, Pylkkänen, Taipale 1989, 80–81.)

Suomessa tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen kriteerejä on lainsäädännössä kolme: Henkilöllä on mielisairaus, ja hänen sairautensa vaatii hoitoa, ja hoidosta jättäytyminen pahentaisi merkittävästi hänen sairauttaan tai vaarantaisi henkilön tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Kolmas kriteeri on hoidon tarve eli tilanne, jossa muut mielenterveyspalvelut eivät riitä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8§.) Monissa muissa maissa tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumisesta päätetään oikeusteitse.

Psykiatrian alaan kuuluvassa tutkimuksessa, jossa vertailtiin pohjois- ja länsieurooppalaisia sekä pohjoisamerikkalaisia ja australialaisia tutkimuksia tahdosta riippumattomasta ja vapaaehtoisesta hoidosta, on todettu, että potilaat saattavat kokea tahdosta riippumattoman hoidon kielteisempänä kuin vapaaehtoisen hoidon. Tutkimuksessa myös esitettiin, että on mahdollista, että ne, jotka ovat tahdosta riippumattomassa hoidossa, kokevat voimakkaampia oireita, sairastavat kroonisemmin, saavat vähemmän sosiaalista tukea ja ovat vähemmän toimintakykyisiä kuin vapaaehtoisessa hoidossa olevat. (Kallert, Glöckner & Schutzwohl 2008, 195–196, 201–205.) Nämä tekijät saattavat vaikuttaa kielteisten hoitokokemusten ilmenemiseen. Yhdysvaltalaisessa monitieteellisessä tutkimuksessa taas on todettu, että tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon joutuneiden psykiatristen potilaiden hoitokokemukset voivat vaihdella paljon. Potilaille voi olla kielteisiä tai myönteisiä kokemuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta. (Hiday, Swartz, Swanson & Wagner 1997, 228–231.) Myös tilanne, jossa potilas voi kokea, että tahdosta riippumattomaan hoitoon sisältyy yhtäaikaaisesti sekä myönteisiä että kielteisiä tekijöitä, lienee tavallinen. I. M. Johansson ja B. Lundman (2002) kartoittivat hoitotieteellisessä tutkimuksessaan potilaiden kokemuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta haastatteleamalla viittä potilasta narratiivisen haastattelun keinoin Ruotsissa. Tutkimusaineiston analyysin perusteella Johansson ja Lundman muodostivat viisi teemaa, jotka jakaantuivat haastateltavien myönteisten ja kielteisten hoitokokemusten mukaan. Tutkimuksena pohjalta Johansson ja Lundman kiteyttivät, että potilas voi kokea tahdosta riippumattoman hoidon joko suureksi mahdollisuudeksi tai suureksi menetykseksi. (Johansson & Lundman 2002, 639, 641–644.)

Muiden muassa psykiatri RiittaKerttu Kaltiala-Heino on havainnut tutkiessaan potilaiden asenteita tahdosta riippumattomaan hoitoon, että suurin osa tahdosta riippumattomaan hoitoon joutuneista potilaista voi kokea hoitoon joutumisen hyväksyttäväksi hoidon aikana ja etenkin hoidon jälkeen (Kaltiala-Heino 1996, 27–34). Johanssonin ja Lundmanin mukaan potilas voi kokea tahdosta riippumattoman hoidon hyödylliseksi, mieluisaksi, tarpeisiin vastaavaksi ja turvaa antavaksi. Tahdosta riippumaton hoito voidaan kokea vapaaehtoiseksi hoidoksi ilman pakkoa. (Johansson & Lundman 2002, 644.) Toisessa ruotsalaisessa hoitotieteen alaan kuuluvassa tutkimuksessa, jossa haasteltiin kahtatoista psykoosipotilasta tahdosta riippumattomasta hoidosta, havaittiin, että keskeisessä asemassa potilaiden positiivisten hoitokokemusten muodostumisessa voivat olla hoidonaikainen tuki ja kunnioittava kohtelu. Potilas voi mieltää tahdosta riippumattoman hoidon positiiviseksi, kun häntä kohdellaan ihmisarvoisesti, hän pääsee osallistumaan hoitoon, ja hänen autonomiaansa kunnioitetaan. Tutkimuksen mukaan hoidossa tulisi olla keskeistä myös potilaan voimavarojen huomioiminen. Tärkeää on lisäksi, että hoidon aikana pyritään estämään sitä, että potilaalle muodostuu traumaattinen kokemus tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumisesta. (Andreasson & Skärsäter 2012, 12, 17–20.) Potilaan ja hoitohenkilöstön välittävä ja tukeva suhde voi edesauttaa positiivisten hoitokokemusten kehkeytymistä (Hughes, Hayward & Finlay 2009, 158).

Isobritannialaisessa sosiaalipsykiatrisessa tutkimuksessa tutkittiin psykiatristen potilaiden takautuvia käsityksiä siitä, miksi he mielsivät tahdosta riippumattoman hoidon oikeaksi tai vääräksi. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla puolistrukturoidun syvähaastattelun avulla potilaita kahdessakymmenessä kahdessa sairaalassa ympäri Englantia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilas voi mieltää tahdosta riippumattoman hoidon hyväksyttäväksi, jos hän kokee saavansa oikeanlaista hoitoa, hoito ehkäisee hänen mielestään myöhempiä harmeja, ja hän saa omasta mielestään toipua rauhallisessa paikassa. Sen sijaan tutkimuksessa esitettiin, että potilaat, jotka kokevat tahdosta riippumattoman hoidon ristiriitaiseksi, voivat ajatella, että hoitoa olisi voinut saada vähemmän pakottavilla keinoilla ja lyhyemmän aikaa. Hoitoon ristiriitaisesti suhtautuvat voivat mieltää hoidosta olleen kuitenkin hyötyä myöhempien harmien ehkäisyssä. (Katsakou, Rose, Amos, Bowers, McCabe, Oliver, Wykes & Priebe 2012, 1169, 1173–1174.)



Tahdosta riippumattoman hoito voi aiheuttaa potilaalle myös kielteisen hoitokokemuksen, jonka keskiössä on usein tunne pakosta. Kaltiala-Heino on todennut, että potilaat voivat kokea pakon vahvaksi, jos he epäilevät, onko hoito heille hyväksi (Kaltiala-Heino 2000, 130). Tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu potilaan pakkokokemuksen muodostumista hoitoon tullessa, on havaittu, että kokemus pakosta voi kehkeytyä, jos potilas ei koe olevansa sairas, sairaalaan toimittaminen muistuttaa pidätystä tai sen yhteydessä käytetään voimaa tai uhkailua, potilas ei tule kuulluksi hoitopäätöstä tehtäessä tai hän ei saa tarpeeksi tietoa hoidostaan tai tilastaan (Edelsohn & Hiday 1990, 71–72; Shannon 1976, 798–800; Lidz, Mulvey, Arnold, Bennett & Kirsch 1993, 273–279; Kaltiala-Heino 2000, 130; Rogers 1993, 265–266). Johanssonin ja Lundmanin mukaan keskeisellä sijalla hoidon aikana muodostuneessa pakkokokemuksessa voivat olla tunteet vapauden, kontrollin tai autonomian menetyksestä (Johansson & Lundman 2002, 644–645). Pakkokokemukseen voi vaikuttaa myös se, kuinka hyvin potilas kykenee sisällyttämään hoitokokemuksensa omaan elämänsä historiaansa: pakon kokemus voi olla vahva, mikäli potilas kokee, että hoito aiheutti haittaa hänen elämälleen, ja sen epäsuotuisat vaikutukset ovat peruuttamattomia (Wyder ym. 2013, 578). Potilas voi kokea tahdosta riippumattoman hoidon vääräksi myös, jos hänen mielestään ongelmat olisi voitu ratkaista vähemmän pakottavilla keinoilla tai hän kokee hoidon epäoikeudenmukaiseksi (Katsakou ym. 2012, 1173–1174).

Kokemus pakosta voi vaikuttaa potilaan hoitotyytyväisyyteen ja siten hoitoon sitoutumiseen. Kaltiala-Heinon mukaan pakkokokemuksen muodostumista hoidossa tulisi välttää. (Kaltiala-Heino 2000, 130.) Pakotetuksi tulemisen pelko voi myös nostaa kynnyksen hakea mielenterveysapua (Kaltiala-Heino, Laippala & Salokangas 1997, 317–318). Tahdosta riippumaton hoito haastaa maailmanlaajuisen kuntoutusnäkökulman psykiatrisen potilaan hoidossa: tahdosta riippumatonta hoitoa on vaikeaa sovittaa kuntoutusnäkökulmaan, jossa potilas ottaa vastuuta omasta hoidostaan sekä elämästään (Wyder ym. 2013, 574).

### **3.2. Vapaaehtoinen hoito**

Psykiatrisessa sairaalassa vapaaehtoisessa hoidossa oleva voi kokea olevansa pakotettu hoitoon, ja toisaalta tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva voi haluta hoitoa. Muodollinen laillinen status ei välttämättä heijasta potilaan halukkuutta hoitoon. (Hiday ym. 1997, 228.)

Pakon kokemiseen ei siis välttämättä vaikuta se, onko potilas tahdosta riippumattomassa hoidossa vai vapaaehtoisessa hoidossa (Kallert ym. 2008, 205). Siten pakkokokemusten merkityksen ymmärtämisessä on ylitettävä tahdosta riippumattoman ja vapaaehtoisen hoidon välinen jaottelu (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner & Mulvey 1995, 259). Potilas voi kuitenkin tulla vapaaehtoiseen hoitoon omasta halustaan, ja on esitetty, että vapaaehtoisessa hoidossa olevat voivat kokea tarvitsevansa hoitoa enemmän kuin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevat (Kallert ym. 2008, 205). Hoitokokemus ja tunne pakosta voivat myös muuttua hoidon jälkeen.

Huolimatta siitä, onko potilas tahdosta riippumattomassa hoidossa tai vapaaehtoisessa hoidossa, voi sairaalan päivittäinen arki olla potilaalle varsin samanlaista. Robert Letendre (1997) on tutkinut potilaiden kokemuksia jokapäiväisestä elämästä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kolmeakymmentä kahdeksaa potilasta fokushaastatteluiden keinoin kahden yleisen sairaalan psykiatrisilla osastoilla Kanadassa. Tutkimus painottui tiettyyn ajanjaksoon, potilaiden sairaala-ajan kokemuksiin. Letendre'n mukaan psykiatrinen potilas joutuu sairaalahoitoon tullessaan sopeutumaan uuteen maailmaan sen asukkaineen, sääntöineen ja toimintoineen. Letendre'n tutkimuksessa kävi ilmi, että enemmistö potilaista koki tylsyyden, tyhjyyden ja loputtoman odotuksen tunteita sairaalahoidossa ollessaan. Päivittäiset rutiinit muodostuivat potilaille tärkeiksi. Elämää rytmittivät päivästä toiseen samanlaisina toistuvat rutiinit: herätykset, lääkkeenjaot, harhailu käytävillä, odottaminen, television katseleminen, lyhyet kävelyt sairaalan ympäristössä, keskustelut muiden potilaiden kanssa ja nukkuminen. Potilaille kävi ilmi, että laitoksessa ollessaan he eivät voineet järjestää elämäänsä oman halunsa mukaan. Laitoksessa oli sääntöjä, joita ei muualla yhteiskunnassa ole: ovet pidettiin lukossa, ja henkilökohtaisia tavaroita saatettiin ottaa haltuun. Letendre'n tutkimuksen mukaan sairaalan säännöt tuntuivat potilaista epäoikeudenmukaisilta, ja he kokivat tulevansa kohdelluksi lapsina. (Letendre 1997, 285, 288, 290.)

Erving Goffman (1969) kuvaa teoksessaan *Minuuden riistäjät*: tutkielma totaalisista laitoksista, kuinka potilas joutuu psykiatriseen sairaalaan ajautuessaan sosiaalistumaan uuteen, potilaan rooliin. Goffman kutsuu kokemusta riisumiseksi ja pukeutumiseksi. Hän tarkastelee psykiatrisia sairaaloita minuuden riistäjinä: potilas kokee sairaalaan ajautuessaan

sarjan minuuteen kohdistuvia loukkauksia, minkä vuoksi hänen ulkomaailmassaan ylläpitämien roolien toiminnassa pitäminen vaikeutuu sairaalassa. (Goffman 1969, 13–17.) Letendre on eritellyt neljä strategiaa, joiden avulla potilas voi yrittää sopeutua uuteen potilaan rooliin: Potilas voi pyrkiä osallistumaan sairaalan harvoihin toimintoihin, jotta sairaalassaoloaika kuluisi mahdollisimman nopeasti. Toiseksi potilas voi keskittyä sairaalasta poispääsyyn ja oman tilansa kohentamiseen sopeutumatta täysin sairaalaelämään. Potilas voi myös pyrkiä olemaan vuorovaikutuksessa ulkomaailman kanssa niin paljon kuin mahdollista, ja siten pitää toiminnassa ulkomaailmassa ylläpitämiään roolejaan. Neljännessä sopeutumisstrategiassa potilas voi pyrkiä välttämään toimintaa, josta hän kokee voivan aiheutua rangaistuksia sairaalassa. (Letendre 1997, 290.)

### **3.3. Hoidonaikaiset pakko- ja rajoitustoimenpiteet**

Keskeisiä psykiatriseen sairaalahoitoon liittyviä kysymyksiä potilaan hoitokokemuksen kannalta ovat hoidonaikaiset pakko- ja rajoitustoimenpiteet. Pakko- ja rajoitustoimenpiteet voivat aiheuttaa psykiatriselle potilaalle paljon hankalampia kokemuksia kuin sairaalaan ajautuminen (Kaltiala-Heino 2000, 131). Suomessa mielenterveyslaki säätelee pakko- ja rajoitustoimenpiteistä psykiatrisessa hoidossa. Pakkotoimenpiteitä saa toteuttaa käytännössä vain tilanteissa, joissa potilas on tahdosta riippumattomassa hoidossa tai mielenterveyslain mukaisessa tarkkailussa, jonka aikana kartoitetaan potilaan mahdollinen tahdosta riippumattoman hoidon tarve. (Suutala 2000, 107–109.) Käytännössä pakkoa sovelletaan myös vapaaehtoisessa hoidossa oleviin, vaikka lain mukaan näin ei pitäisi olla (Koivuranta 2001, 79). Vaikka Suomen mielenterveyslaissa määritellään tarkasti tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumisen ehdot, varsinaisista pakko- ja rajoitustoimenpiteistä säädetään hyvin lavasti (Kaltiala-Heino 2000, 131–132). Pakko- ja rajoitustoimenpiteisiin psykiatrisessa sairaalahoidossa Suomessa kuuluvat: ”liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen, kiinnipitäminen ja sitominen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus ja -katsastus, yhteydenpidon rajoittaminen ja psyykkisen sekä ruumiillisen sairauden hoito” (Koivuranta 2001, 33–41). Osa pakkotoimenpiteistä on implisiittisiä ja piilossa olevia, kuten erilaiset perusteettomat käskyt ja rajoitukset. Pakkotoimenpiteet edellyttävät lain mukaan kestävästä perustelua, kuten potilaan suojelua.

Tahdosta riippumattomaan hoitoon joutuminen ei automaattisesti merkitse sitä, että potilaan oikeuksia voidaan rajoittaa häntä kuulematta. (Kaltiala-Heino 2000, 127–128.)

Terveystieteiden maisteri Pekka Makkonen ja terveystieteiden tohtori Lauri Kuosmanen viettivät tutkijoina vuorokauden eristysuoneessa Halikon psykiatrisessa sairaalassa. He halusivat kartoittaa, miten psykiatrisessa sairaalahoidossa käytetty eristäminen vaikuttaa ihmiseen. Heidän tarkoituksenaan on myös saada eristystutkimukseen alan ammattilaisia mukaan, jotta ”he kokisivat omissa nahoissaan, millaisiin oloihin he potilaita passittavat.” Tutkijat olivat sitä mieltä, että hyvin vaikeaa eristyksen aikana olivat kontaktien ja virikkeiden puute. Tutkijat ehdottivat muiden muassa, että eristysuoneita sisutettaisiin ja maalattaisiin tai että eristysuoneessa olisi mahdollista kuunnella rauhallista musiikkia. Myös rentoutumis- ja hengitysharjoituksista voisi olla tutkijoiden mukaan apua. Tutkijat olivat yhtä mieltä siitä, että eristäminen ei voi olla oikeanlaista hoitoa. Tutkijat kuitenkin kertoivat, että alan ammattilaiset ovat suhtautuneet kriittisesti heidän ajatuksiinsa, ja heitä on pidetty jopa ”arjesta irtaantuneina populistina”. (Palm 2011, 21–22.)

Pakko- ja rajoitustoimenpiteitä ei saa psykiatrisessa sairaalahoidossa käyttää lain mukaan Suomessa rangaistuksena (Koivuranta 2001, 79; Suutala 2000, 113). Suomessa toteutetussa Euroopan komission osarahoittamassa ITHACA-hankkeessa (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment - Laitoshoito, ihmisoikeudet ja hoidon arviointi) selvitettiin ihmisoikeuksien ja fyysisen terveydenhoidon tilaa psykiatrisissa ja päihdelaitoksissa sekä asumispalveluissa vuosina 2008–2009 kokemusasiantuntijoiden eli palveluiden käyttäjien avulla. Arvioinnissa potilaiden kertomassa esiintyi viitteitä siitä, että eristämistä käytetään rangaistuksena hoidossa. Hankkeessa potilaiden väitteitä ei kuitenkaan pystytty näyttämään toteen. (Salo 2010, 4, 8, 46–47.) Arvioinnissa kävi myös ilmi, että osittain eristämisen aikaiset elinolosuhteet eivät olleet asianmukaisia: ”Pystyeristysuoneissa oli ainoastaan patja lattialla, lakanat ja tyyny. WC:hen ei ollut vapaata pääsyä, oven avaaminen vaatii hoitajan läsnäoloa. Pystyeristysuoneita valvotaan kameralla. Puheyhteyttä henkilökuntaan ei ole...Potilaalta saadun tiedon mukaan hoitaja ei kutsusta huolimatta tule joka kerta päästämään eristyksessä olevaa potilasta WC:hen, vaan potilas on useita kertoja joutunut tekemään tarpeensa pystyeristysuoneessa olevaan lattiakaivoon valvontakameran edessä.” (Tiivistelmä Kokkolan kokemustutkijoiden selonteosta ITHACA-hankkeelle 2010, 96.) ITHACA-hankkeen Suomen

raportoiija Markku Salo (2010) kysyy, miten voidaan selittää potilaan eristämistä hoidollisesti, jos potilas kokee sen olevan rangaistus tai mielivaltainen toimi (Salon 2010, 47).

Tutkimuksen mukaan pakko- ja rajoitustoimenpiteet voivat vaikeuttaa potilaan kuntoutumista (Wyder ym. 2013, 575). Kuitenkin pakko- ja rajoitustoimenpiteitä edellyttäviä (väkivalta)tilanteita tarkastellaan usein niin tutkimuksissa kuin käytännön hoitotyössä hoitohenkilöstön näkökulmasta (Ray & Subich 1998, 277–278). Vaikka hoitohenkilöstö mieltää pakkotoimenpiteet välttämättömiksi vaikeissa tilanteissa, potilas voi kokea ne epäinhimilliseksi ja epäkunnioittavaksi kohteluksi (Johansson & Lundman 2002, 645). Pakko- ja rajoitustoimenpiteiden vähentäminen voi jopa supistaa potilaiden väkivaltaisuutta. Näin on käynyt Suomessa esimerkiksi Kuopion Niuvanniemen psykiatrisen sairaalan oikeuspsykiatrisilla osastoilla. (Vihavainen 2013, 6–7.)

Toisaalta potilaat voivat kokea pakko- ja rajoitustoimenpiteet välttämättömiksi, esimerkiksi sekä omaa että muiden potilaiden turvallisuutta lisääviksi ja väkivallan uhkaa vähentäviksi tekijöiksi psykiatrisessa sairaalahoidossa. Erityisesti hoidon jälkeen potilas voi olla jopa sitä mieltä, että vaikeissa tilanteissa pakko- ja rajoitustoimenpiteet ovat pelastaneet oman hengen. Suomessa potilaan kanssa tulee keskustella ennen fyysisiin pakko- ja rajoitustoimenpiteisiin turvautumista. Rajoitustoimenpiteistä tulee olla psykiatrisessa sairaanhoidossa laitoskohtaiset ohjeet, ja niitä tulee soveltaa johdonmukaisesti. Esimerkiksi eristämisen syyt on perusteltava kirjallisesti, ja eristämisestä päättää lääkäri joko paikan päällä tai puhelimitse. Herää kysymys, onko lääkäri aina käytännössä tavoitettavissa nopeita ratkaisuja vaativissa, eettisesti vaikeissa tilanteissa. Suomessa pakkotoimenpiteiden toteuttaminen jää pitkälti psykiatristen laitosten vastuulle. Väljät säädökset eivät takaa oikeusturvaa potilaille ja hoitohenkilöstölle. (Suutala 2000, 104, 108, 113, 118.)

Suomessa on tutkittu psykiatristen potilaiden kokemuksia eristämisestä ja muista pakko- ja rajoitustoimenpiteistä hoitotieteellisessä tutkimuksessa haastatteleamalla kolmeakymmentä potilasta avoimiin kysymyksiin perustuvilla fokushaastatteluilla. Tutkimus toteutettiin kuudella akuutilla suljetulla osastolla kahdessa psykiatrisessa sairaalassa Etelä-Suomessa. Tutkimuksessa myös kartoitettiin potilaiden ehdotuksia pakko- ja rajoitustoimenpiteiden parantamiseksi ja etsittiin vaihtoehtoisia malleja toimenpiteille Suomessa. Tutkimuksessa

tarkasteltiin potilaiden kokemuksia rajoitustoimenpiteistä prosessina: millaisia kokemuksia potilailla on pakkotoimenpiteistä niitä edeltävänä aikana, niiden aikana ja niiden jälkeen. (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki 2012, 16, 17–18.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat kokivat kärsivänsä ennen rajoitustoimenpiteitä tiedonpuutteesta, esimerkiksi siitä, mitä tapahtuu seuraavaksi, ja mitkä ovat rajoitustoimenpiteiden perusteet. Potilaat olivat myös tyytymättömiä tapaan, jolla hoitohenkilöstö kohteli heitä ennen pakkotoimenpiteitä. Rajoitustoimenpiteiden aikana potilaat kokivat monenlaisia tunteita: pelkoa sekä yksinäisyyden ja turvallisuuden tunteita. Toimenpiteiden aikana potilaat kokivat myös ongelmia perustarpeiden, kuten syömisen ja WC-käyntien, huolehtimisesta. Tutkimuksen mukaan potilaat mielsivät vaikeaksi rajoitustoimenpiteiden aikaisen toiminnan puutteen ja kaipasivat lisää merkityksellistä toimintaa, esimerkiksi liikuntaa ja lukemista, pakkotoimenpiteiden ajaksi. Potilaiden kokemukset vuorovaikutuksesta hoitohenkilöstön kanssa rajoitustoimenpiteiden aikana olivat pääosin kielteisiä, mutta tutkimuksessa ilmeni myös positiivisia kokemuksia kommunikaatiosta. Potilaat kokivat, että toimenpiteiden jälkeiset vaikutukset olivat pääasiassa negatiivisia. Potilaat saattoivat kokea toimenpiteet rangaistukseksi tai vapaudenriistoksi. Kuitenkin myös positiivisia kokemuksia ilmeni tutkimuksessa: potilas saattoi mieltää toimenpiteet esimerkiksi osaksi hoitoa. Potilaat kokivat myös tärkeäksi jälkipuinnin eli mahdollisuuden keskustella hoitohenkilöstön kanssa esimerkiksi eristämiskokemuksistaan rajoitustoimenpiteiden jälkeen. (Kontio ym. 2012, 19–20.)

Tutkimuksessa kävi ilmi potilaiden kokevan, ettei heidän näkökulmaansa huomioida tarpeeksi pakko- ja rajoitustoimenpiteiden aikana. Potilaat painottivat inhimillistä kohtelua ja empaattista vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilöstön välillä pakko- ja rajoitustoimenpiteiden aikana. Potilaat toivoivat, että heidän tarpeensa otettaisiin paremmin huomioon, ja että potilaan sekä hoitohenkilöstön välinen vuorovaikutus myös jatkuisi rajoitustoimenpiteiden aikana. Tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat myös turvallista ja viihtyisää sairaalaympäristöä, jossa olisi myös rajoitustoimenpiteiden aikaisissa tiloissa esimerkiksi radio tai televisio. Tutkimuksessa potilaat ehdottivat, että rajoitustoimenpiteitä voitaisiin kohentaa varautumalla niihin etukäteen, esimerkiksi tekemällä sopimuksia

mahdollisista pakkotoimenpiteitä vaativista tilanteista potilaan ja hoitohenkilöstön välillä. (Kontio ym. 2012, 16, 20–21.)

### **3.4. Potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen vuorovaikutus psykiatrisessa sairaalahoidossa**

Goffmanin mukaan psykiatrisessa sairaalassa kehittyy kaksi erilaista kulttuurista ja sosiaalista maailmaa potilaiden ja hoitohenkilöstön välille. Hoitohenkilöstö on yhteydessä työpaikan ulkopuoliseen maailmaansa ja kulttuuriinsa, potilaat laitoksen ulkoiseen maailmaan vähemmän tai eivät ollenkaan. Tosin nykyisin sosiaalisen median käyttö helpottaa merkittävästi potilaan yhteydenpitoa ulkomaailmaan, jos hänellä on sen hoidon aikaiseen käyttöön voimavaroja ja mahdollisuus. Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaan saattaa olla vaikeaa pitää toiminnassa ulkomaailmassaan ylläpitämiään erilaisia rooleja sosiaalistuessaan potilaan asemaan. Myös eri elämänpiirien erottelu saattaa vaikeutua sairaalassa, kun elämän eri ulottuvuudet, esimerkiksi syöminen, nukkuminen ja liikkuminen, tapahtuvat samassa tilassa hoitohenkilöstön auktoriteetin alaisena. Sosiaalinen välimatka saattaa myös olla henkilökunnan ja potilaiden välillä suurta. Tämä voi aikaansaada vastakkaisia stereotyyppisiä, joissa ryhmät näkevät toisensa yksinkertaistettuina. (Goffman 1969, 7–10, 12, 14–15.)

Psykiatriset potilaat voivat olla hyvin haavoittuvassa asemassa, koska hoitohenkilöstöllä on valta kontrolloida heitä, ja toisaalta psyykinen sairaus voi vaikuttaa potilaan kontrollin tunteen menettämiseen elämästään (Johansson & Lundman 2002, 639). Tutkimuksen mukaan potilaat voivat kuitenkin kokea vuorovaikutuksen hoitohenkilöstön kanssa hoidon tärkeimmäksi tekijäksi (McIntyre, Farrell & David 1989, 249). Teija Ristaniemi (2005) on sosiaalityön alaan kuuluvassa tutkimuksessaan tarkastellut psykiatristen kuntoutuspotilaiden kokemaa asiakaslähtöisyyttä teemahaastattelemalla yhdeksää kuntoutuspotilasta Suomessa. Hänen tutkimuksensa keskiössä olivat kysymykset siitä, mikä on asiakaslähtöisyyden merkitys kuntoutujien kokemuksissa, miten kuntoutuspotilaat määrittelevät asiakaslähtöisyyden, ja miten asiakaslähtöisyys toteutuu konkreettisesti kuntoutuksessa. Ristaniemen tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaiden asiakaslähtöisyyden kokemus voi muodostua ennen kaikkea mikrotasolla eli se kytkeytyy hoitohenkilöstön ja potilaan väliseen

vuorovaikutukseen. Asiakaslähtöisyyttä määritellessään potilaat ohittivat makrotasoon, yhteiskunnallisiin tekijöihin liittyvät kysymykset. (Ristaniemi 2005.)

Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö voi joko helpottaa tai vaikeuttaa potilaan paranemisprosessia. Marianne Wyder, Robert Bland ja David Crompton (2013) tarkastelivat monitieteellisessä tutkimuksessaan Australiassa tekijöitä, jotka edistävät tai vaikeuttavat psykiatrisen potilaan kuntoutumista. Tutkimus toteutettiin metaetnografisesti kokoamalla yhteen ja yhdistämällä seitsemän kvalitatiivista eri maista tulevaa tutkimusta, jotka käsittelivät potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumisen kokemusta. Aineistoa analysoitiin tarkastelemalla tahdosta riippumattoman hoidon aiheuttamia myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia potilaalle. Tutkimuksen mukaan potilaan hoitokokemus voi olla negatiivinen, jos potilas kokee, että hoitohenkilöstö jää etäiseksi, ei välitä potilaasta, on ammattitaidotonta, hoitajilla on huonot kommunikointivalmiudet, eikä heillä ole aikaa keskustella potilaan kanssa tai kuunnella potilasta. (Wyder ym. 2013, 574–576, 578.) Uutisointi Turun Kupittaaan G8-osaston väärinkäytöksistä osoitti, että äärimmäisessä tapauksessa valtaosa hoitajista vietti aikansa tietokoneella pelaten, kahvilla, tupakalla tai nukkuen. Tarkkailussa olevia potilaita ei juurikaan tarkkailtu, ja hoito rajoittui lääkkeiden jakamiseen (Härkönen 2016, 4.) Wyderin ym. tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö voi kuitenkin merkittävästi edistää potilaan myönteisen hoitokokemuksen kehkeytymistä osoittamalla kiinnostusta ja kunnioittavaa kohtelua potilasta kohtaan (Wyder ym. 2013, 578). Ristaniemen tutkimuksen mukaan potilaat tähdentävät myös heidän päätöksentekoon osallistumisen tärkeyttä hoidon aikana. Toisaalta hänen tutkimuksessaan kävi ilmi, että potilaat haluavat antaa myös hoitohenkilöstölle päätösvaltaa heidän hoidostaan. (Ristaniemi 2005.)

Keskeisessä asemassa psykiatristen potilaiden ja hoitohenkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa ovat potilaan itsemääräämisoikeuteen ja tiedonsaantiin liittyvät kysymykset. Potilaslain keskeisin turvaama oikeus on potilaan itsemääräämisoikeus, jolla voidaan tarkoittaa ”potilaan oikeutta päättää itse hänen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisesta” (Pahlman 2003, 182; HE 185/1991). Itsemääräämisoikeus merkitsee sitä, että potilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja tiedonsaantiin (ETENE-julkaisuja 1 2001, 13). Tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat voivat määritellä itsemääräämisoikeuden myös muiden muassa kunnioittavaksi kohteluksi ja kuulluksi



tulemiseksi (Suhonen 2007, 29–30, 40–41). Itsemääräämisoikeuden rajoitukset voivat puolestaan ilmetä psykiatristen potilaiden kokemuksissa esimerkiksi ihmisarvon tai fyysisen itsemääräämisoikeuden loukkauksina tai ulkopuolella olemisena, kokemuksena siitä, ettei tule kuulluksi tai nähdyksi (Johansson & Lundman 2002, 642–643).

Maritta Välimäki (1998) on hoitotieteen väitöskirjassaan tarkastellut psykiatristen potilaiden itsemääräämisoikeutta Suomessa. Hänen tutkimuksessaan kävi ilmi, että psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaiden ja hoitohenkilöstön ajatukset itsemääräämisoikeudesta poikkesivat toisistaan. Potilaat kokivat itsemääräämisoikeuden keskeisemmäksi tekijäksi hoidon aikana kuin hoitajat. (Välimäki 1998, 87–91.) Jaana Suhonen (2007) on niin ikään hoitotieteen pro gradu -tutkielmassaan käsitellyt psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista sairaalahoidon aikana teemahaastattelemalla kahdeksaa psykiatrisessa hoidossa ollutta potilasta Suomessa. Hänen tutkimuksessaan kävi ilmi, että osa potilaista ei ollut tietoisia itsemääräämisoikeuden käsitteen sisällöstä. Kuitenkin jos itsemääräämisoikeudesta keskusteltaisiin enemmän hoidon kuluessa, potilaat saattaisivat osata vaatia sen toteutumista paremmin. Tutkimuksen mukaan mikäli potilas kokee hoidon aikaisen ilmapiirin myönteiseksi, hän voi uskaltaa myös ilmaista mielipiteitään paremmin. (Suhonen 2007, 27, 32.)

Psykiatrinen potilas voi kokea hoidon kielteiseksi, jos hän on hoidon aikana hyvin passiivisessa roolissa (Ristaniemi 2005, 105–106). Sosiologi Ilka Kangas (2003) on eritellyt kolme vuorovaikutusmallia, jotka voivat ilmetä potilaan ja hoitohenkilöstön välisissä kohtaamisissa: paternalistinen, informoiva ja jaettu vuorovaikutusmalli. Paternalistinen vuorovaikutustyyli, jossa hoitohenkilöstö tekee päätökset potilaan seurattessa niitä, lienee osin psyykkisten sairauksien luonteesta johtuen yleisempi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa, ainakin hoitosuhteen alussa. Kuitenkin pitkään jatkuessaan ongelmaksi voi psykiatrisessa sairaalahoidossa muodostua paternalistisen vuorovaikutuksen asiantuntijalähtöisyys. Psykiatrisen laitoshoidon maailmanlaajuinen kritiikki on johtanut potilaan aktiivisemmän roolin ja kuntoutumisen merkityksen korostamiseen hoidossa. Kuntoutusnäkökulman tavoitteena voidaan pitää informoivaa ja jaettua vuorovaikutustyyliä potilaan ja hoitohenkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa: tiedon tarjoamista ja

neuvottelunomaista sekä vastavuoroista lähestymistapaa. (Kangas 2003, 81–83; Rogers & Pilgrim 2014, 90–93.)

Psykiatrisen hoidon asiantuntijalähtöisyys ja potilaan passiivisessa roolissa oleminen voivat johtaa siihen, että hoito on tasapäistävä, eikä huomioi yksilöllisiä tarpeita. Myös hoidon ongelmalähtöisyys voi vaikeuttaa potilaan ja hoitohenkilöstön välistä hoitosuhdetta. Hoidon ongelmalähtöisyys voi ilmetä kahdella tapaa. Ensinnäkin se viittaa siihen, että hoidossa saatetaan keskittyä potilaan puutteisiin hänen voimavarojensa ja vahvuuksiensa sijaan (Kärki 2016, 7). Toiseksi ongelmalähtöisyys viittaa kategorisointiin, jossa potilaan käytöstä saatetaan yksipuolisesti tulkita ongelma- ja sairauslähtöisesti. Goffman on kuvannut psykiatrisen hoidon ongelmalähtöisyyttä hoitajien asennoitumisena hoidettaviin. Hänen mukaansa hoitaja ei välttämättä havaitse normaaliutta ympäristössä, jossa epänormaalisuus on odotuksenmukaista. Tällöin hoidossa saatetaan tulkita, että potilaan sanat ovat pelkkiä oireita, ja hänen tekonsa johtuvat psyykkisestä tilasta: potilaan kaikkea toimintaa saatetaan selittää hänen psyykkisestä sairaudestaan käsin. (Goffman 1969, 30, 36, 68.) Sen sijaan onnistuneessa vuorovaikutuksessa potilaan kannalta keskeistä voi olla Wyderin ym. mukaan käsitys jaetusta inhimillisyydestä ja valtatasapainosta potilaan ja hoitohenkilöstön välillä (Wyder ym. 2013, 576–578). Myös kiintymyksen kokemuksia voi syntyä potilaiden ja hoitohenkilöstön kesken (Goffman 1969, 65). Johanssonin ja Lundmanin mukaan parhaimmillaan psykiatriset potilaat voivat kokea, että heitä on kunnioitettu ihmisinä, heille on annettu vastuuta omasta hoidostaan, heistä on välitetty, ja heistä on huolehdittu, kun vaarana on ollut esimerkiksi itsensä vahingoittaminen. Siten potilaat voivat kokea hoidon onnistuneeksi ja tarpeisiin vastaavaksi. (Johansson ja Lundman 2002, 643–644.)

### **3.5. Potilaiden keskinäiset vuorovaikutussuhteet psykiatrisessa laitoshoidossa**

Goffman on kuvannut potilaiden keskinäisiä vuorovaikutussuhteita psykiatrisessa sairaalassa veljellistämisen prosessin käsitteellä. Veljellistämisen prosessissa potilaiden ikään, rotuun, kansallisuuteen, sukupuoleen ja sosiaaliseen asemaan liittyvät jaottelut häviävät sairaalassa. Goffmanin mukaan psykiatrista sairaalaa voidaan pitää potilaiden kannalta luonteeltaan demokraattisena, sillä laitoksessa asukkien keskinäiset sosiaaliset erot katoavat. Psykiatrisen sairaalan potilaat voivat kokea keskinäisiä yhdenvertaisuuden ja solidaarisuuden tunteita

hoitohenkilöstön muodostaessa vastakkaisen ryhmän. Goffman selittää potilaiden sosiaalisten erojen tukahtumista sairaalassa muiden muassa sillä, että potilaat eivät voi hoidossa ollessaan välttämättä ylläpitää laitoksen ulkopuolista kulttuuriaan: psykiatrinen sairaala ikään kuin takavarikoi potilaan ulkomaailmassaan ylläpitämät roolit. Toisaalta vuorovaikutus ja kommunikaatio psykiatrisessa sairaalassa potilaiden kesken ei välttämättä eroa paljoa laitoksen ulkopuolisesta maailmasta: jostain aiheista ehkä vaietaan toisten keskustelunaiheiden ollessa sallittuja. Potilaiden väliseen vuorovaikutukseen saattaa vaikuttaa myös kunkin potilaan senhetkinen tila ja voimavarat. Goffmanin mukaan psykiatristen potilaiden keskinäiset suhteet ”auttavat asukkeja välttämään laitokseen sulkemisen tuhoisat psykologiset vaikutukset.” (Goffman 1969, 14–15, 45–47, 96.) Siten potilaiden keskinäinen vuorovaikutus saattaa lievittää potilaiden kokemia sairaalan joutumisen aiheuttamia ikäviä tuntemuksia.

Potilaiden välisissä vuorovaikutussuhteissa sairaalahoidossa keskeistä voi olla myös sosiaalinen saartovaikutus. Goffman määrittelee sosiaalisen saartovaikutuksen käsitteen siten, että potilas ei voi sairaalassa ollessaan kontrolloida sitä, missä, milloin ja kenen kanssa hän viettää sairaalassa aikaansa. Muut potilaat voivat nähdä kanssapotilaan esimerkiksi tilanteissa, jotka loukkaavat hänen yksityisyyttään. Psykiatriseen sairaalaan joutuva voi kokea sosiaalisen saartovaikutuksen vaikeaksi myös siksi, että hän joutuu jakamaan ympäristönsä sosiaalisesti moninaisen ja erilaisen joukon kanssa. (Goffman 1969, 21, 24–25.) Pierre Bourdieu (1993) on kuvannut pakotettujen sosiaalisten tilojen käsitteellä nyky-yhteiskunnan paikkoja, joihin on kerätty yhteen ihmisiä, joilla ei ole mitään tekemistä keskenään. Myös psykiatrinen sairaala voidaan ymmärtää tällaisena yhteiskunnan pakottamana konstruktiona. Bourdieun mukaan pakotetut tilat voivat aikaansaada konflikteja, jos näiden tilojen jäsenillä on vähän päätösvaltaa omaan tilanteeseensa ja erilaisia intressejä sekä käyttäytymis-, elämäntapoja ja elämänarvoja. (Bourdieu 1993.)

Sen lisäksi, että psykiatrinen sairaala voidaan ymmärtää potilaiden välisiä konfliktitilanteita aiheuttavaksi pakottavaksi tilaksi, myös psyykkisten sairauksien luonne voi aiheuttaa laitoksissa ristiriitoja potilaiden välillä. Psyykkisiin sairauksiin voi liittyä poikkeavaa käytöstä, kuten aggressiivisuutta, arvaamattomuutta ja estotonta käytöstä, mikä voi aiheuttaa konfliktitilanteita potilaiden keskuudessa. Psykiatrinen potilas voi kokea vaikeaksi

esimerkiksi muihin potilaihin luottamisen (Goffman 1969, 48). Psykkisiin sairauksiin voi liittyä myös paljon kärsimystä, ahdistusta ja kokemuksia siitä, että hoito ei auta. Toisen potilaan hädän näkeminen voi tuntua muista potilaista vaikealta. Erityisesti pakko- ja rajoitustoimenpiteiden käyttö kanssapotilaan kohdalla voi herättää monenlaisia tunteita: pakkotoimenpiteet voivat yhtäältä luoda esimerkiksi turvallisuuden tunnetta sairaalaympäristössä ja toisaalta pelkoa sekä kanssapotilaan puolesta että toimenpiteiden käytöstä omalla kohdalla. Rajoitustoimenpiteet voivat aikaansaada kokemuksen siitä, että potilasta itseä tai kanssapotilasta on kohdeltu epäoikeudenmukaisesti ja tarpeettomin keinoin.

Psykiatrisessa sairaalassa potilaiden kokema turvallisuuden tunne voi olla hoitohenkilöstön toiminnan lisäksi sidoksissa muiden potilaiden käytökseen. Rosemary C. Stenhouse (2013) on hoitotieteellisessä tutkimuksessaan tarkastellut psykiatristen potilaiden turvallisuuden kokemuksia ja niihin liittyviä odotuksia sairaalahoidon aikana. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla avoimien haastatteluiden keinoin kolmeatoista potilasta, jotka olivat olleet psykiatrisen sairaalan akuuttiosastolla Skotlannissa. Potilailla oli eri diagnooseja ja takanaan useita sairaalassaolokertoja, ja heitä haastateltiin kahden ja kuuden viikon kuluttua sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksessa Stenhouse toteaa, että tullessaan sairaalaan potilaat kokevat usein olevansa turvassa ympäröivältä maailmalta ja itseltään. Kuitenkin sairaalassaoloaikana potilaat voivat kokea turvattomuuden tunteita suhteessa muihin potilaisiin. Turvattomuuden tunteita voi tutkimuksen mukaan aiheuttaa ennen kaikkea se, ettei potilailla ole tietoa muiden potilaiden taustoista. Myös vallitsevat diskurssit psykiatristen potilaiden väkivaltaisuudesta ja arvaamattomuudesta saattavat aiheuttaa turvattomuuden tunteita potilaiden keskuudessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaiden turvattomuuden tunteet eivät liity välttämättä ainoastaan fyysiseen turvallisuuteen vaan ne liittyvät myös psykologisiin tekijöihin, muiden potilaiden aiheuttamiin turvattomuuden kokemuksiin. Potilaat kokivat tutkimuksessa fyysisen turvallisuuden olevan parempi mieshoitajien läsnä ollessa, kun taas naishoitajat loivat potilaille emotionaalisen ja psykologisen turvallisuuden tunnetta. (Stenhouse 2013, 3109, 3113–3115.)

Potilaiden keskinäiset vuorovaikutussuhteet voivat muodostua sairaalaan joutuneille myös hoidonajaksi voimavaraksi. Muilta potilailta saatu vertaistuki voi olla keskeisessä asemassa psykiatrisen potilaan sairaalanaikaisessa hoitokokemuksessa. Sairaalassa tapahtuva

potilaiden välinen vertaistuki on enimmäkseen luonteeltaan epävirallista, luonnollisissa olosuhteissa tapahtuvaa vertaisapua erotuksena muista vertaistoiminnan muodoista, joita Suomessa ovat usein sairaalahoidon aikana tai kolmannella sektorilla järjestetyt vertaistukiryhmät sekä -ohjelmat ja virallinen vertaistuki eli (palkatun) ja koulutetun kokemusasiantuntijan osaamisen käyttö esimerkiksi hoidossa, kuntoutuksessa, palveluiden kehittämisessä sekä järjestämisessä ja tutkimuksessa (Bradstreet 2006; Laitila 2010). Eri vertaistukimuotoja yhdistää ajatus siitä, että samanlaisessa tilanteessa elävien ihmisten välinen tuki ja kokemusten vaihto on keskeistä (Rissanen 2015b, 239). Potilaat voivat mieltää, että vain samankaltaisessa tilanteessa olevat voivat ymmärtää, mitä he sairastuessaan kokevat (Lester, Tait, England & Tritter 2006). Vertaisauttamisen muodot voivat toteuta psykiatrisessa sairaalahoidossa, vaikka vertaistuki siellä onkin luonteeltaan enimmäkseen epävirallista. Psykiatrisessa sairaalassa saattaa olla eri elämäntilanteissa ja sairaudenvaiheissa olevia potilaita joko vapaaehtoisessa tai tahdosta riippumattomassa hoidossa. Toipumisprosessissaan pidemmällä olevilta potilailta voi ehkä saada toivoa paremmasta, sairauden hallinnasta ja luottamukseen, ymmärrykseen sekä empatiaan perustuvaa tukea (Davidson, Bellamy, Guy & Miller 2012, 125). Vertaistuen merkitys korostuu potilaiden hoidossa entisestään, mikäli psykiatrisessa sairaalassa on vähän potilaille suunnattua ohjattua toimintaa.

## **4. TUTKIELMAN ANALYYTTISET KÄSITTEET**

### **4.1. Eletty asiantuntijuus**

Psykiatristen potilaiden hoitoa on usein tarkasteltu käytännön hoitotyössä hoitohenkilöstön näkökulmasta. Myös historiallisesti psykiatrisia potilaita koskevissa tutkimuksissa on kuulunut useimmiten alan asiantuntijoiden ääni, ja potilaiden kokemukset ovat sivuutettu. Erityisesti psykiatria on saavuttanut hegemonisen aseman psyykkisten sairauksien ja psyykkisesti sairaiden potilaiden kokemusten määrittelemisessä ja nimeämisessä. 1980-luvulta lähtien psykiatriassa on tarkasteltu psyykkisiä häiriöitä ja potilaiden kokemuksia yhä enemmän biologian näkökulmasta. Tämän paradigman muutoksen taustalla oli tuolloinen psykiatrian kriisi, joka johtui tieteen sisäisestä hajanaisuudesta: vallalla oli lukuisia erilaisia lähestymistapoja, ja biologisesta lähestymistavasta löydettiin konsensus. 1980-luvulta alkaen

psykiatriassa psyykkiset sairaudet paikannettiin aivoihin, mikä johti diagnoosien määrän kasvuun. Psykenlääkkeistä tuli tuolloin keskeinen osa hoitoa, ja lääkeyhtiöiden valta kasvoi. (Birk & Karp 2012, 23–27.)

Tutkimuksissa on usein pitkälti jätetty huomioimatta psykiatristen potilaiden kokemukset ja näkemykset, jotka eivät ole yhteneväisiä hoitoalan ammattilaisten kanssa. Vallalla on ollut ajatus siitä, että psykiatriset potilaat ovat irrationaalisia ja kyvyttömiä antamaan päteviä näkemyksiä. (Rogers & Pilgrim 2014, 205–206.) Sosiologit Lara B. Birk ja David A. Karp (2012) luonnehtivat psykiatristen potilaiden kokemusten sivuuttamista tutkimuksissa kuuntelemisen vaikeuden käsitteellä: psykiatristen potilaiden tarinat ovat usein, varsinkin sairauden akuuttivaiheessa ja keskellä kriisiä, kaoottisia ja vaikeasti hahmottuvia (Birk & Karp, 2012, 24). Psyykinen sairaus johtaa usein normaalibiografian ja normaalin elämänsä rikkovaan kriisiin, joka ravisuttaa länsimaisen kulttuurin ihanteita, elämänsä lineaarisuutta ja ennustettavuutta. Tällöin psyykinen sairastaminen näyttäytyy kaoottisena tilana, josta halutaan vapautua. (Becker 1997, 6.)

Tässä tutkielmassani tarkastelen näitä katveeseen jääneitä psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia. Kokemuksen määrittelen Juha Perttulaan (2008) nojautuen ymmärtäväksi merkityssuhteeksi tietoisien subjektin ja hänen elämäntilanteensa välillä. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisen tietoinen toiminta suuntautuu johonkin kohteeseen, joka voidaan ymmärtää elämäntilanteeksi. (Perttula 2008, 116–119.) Tutkielmassani elämäntilanne määrittyy haastateltavieni kokemuksina psykiatrisen sairaalahoidon ajalta. En tarkastele psykiatrista sairaalaa ainoastaan konkreettisenä, fyysisenä arkielämän tilana, vaan tarkastelen myös siihen liittyviä kokemuksia ja subjektiivisia merkityksiä. Tällöin tarkastelun keskiöön nousee psykiatrisen sairaala koettuna paikkana. Psykiatriseen sairaalahoitoon tilana liittyy myös sosiaalis-kulttuurista yhtenäisyyttä. (Erkkilä 2008, 202–205.) Psykiatrisen sairaanhoidon arkea määrittävät esimerkiksi tietyt säännöt, rutiinit, toimintatavat ja käsitykset potilaiden ja hoitohenkilöstön rooleista.

Sairaiden omien kokemusten, käsitysten ja niihin liittyvän asiantuntijuuden merkitystä voidaan kuvata eletyn asiantuntijuuden käsitteellä, joka on yksi tutkielmani avainkäsitteistä. Psykiatri ja antropologi Arthur Kleinman (1988) on käyttänyt eletyn asiantuntijuuden käsitettä

tarkastellessaan psykiatristen potilaiden sairauskertomuksia (Kleinman 1988). Eletyn asiantuntijuuden näkökulma painottaa sairauden ja hoidon yksilöllistä kokemista, sairautta yksilöllisesti elettyinä ja koettuna (Charmaz 1991). Eletyn asiantuntijuuden käsite on lähellä sairaan asiantuntijuuden käsitettä, jolla sosiologi Ilka Kangas viittaa kaikkiin niihin kokemuksiin, näkemyksiin ja tietoihin, joita sairauden kanssa eläminen potilaalle tuottaa. Kleinman on tähdentänyt, että potilaan äänen sivuuttaminen hoidossa voi johtaa siihen, että potilaan kokemukset mielletään pelkäsi sairaskertomukseksi. Tällöin potilaan oman tarina voi jäädä hoidossa syrjään. Toisaalta sairaus- ja hoitokokemukset ovat aina yhteisöllisiä ja kulttuurisesti muotoutuneita, sillä ne tulkitaan kielen ja kulttuurisen tiedon avulla. (Kangas 2003, 77; Kleinman 1988.)

Eletyn asiantuntijuuden käsitteessä painottuu maallikkotiedon asema lääketieteellisen tiedon vaihtoehdona tai rinnalla. Eletty asiantuntijuus koostuu paitsi omiin kokemuksiin perustuvasta ja virallisesta lääketieteellisestä tiedosta myös perinteisen ja sosiaalisen median välittämistä käsityksistä ja mielikuvista, kansantietoudesta, täydentävästä lääketieteestä, lähipiirin tiedoista, oma-apukirjallisuudesta ja vertaisavussa tai -ryhmissä välittyneistä näkemyksistä. (Jankko 2008, 18; Kangas 2003, 90.) Elettyyn asiantuntijuuteen vaikuttavat myös potilaan koko elämäntilanne, vuorovaikutustilanteet hoitohenkilöstön kanssa ja toimintakyky. Eletyssä asiantuntijuudessa psyykkisesti sairaan lähestymistapa sairauteen ja hoitoon on lähtökohtaisesti erilainen kuin institutionaalinen, lääketieteellinen tai sairaanhoidollinen lähestymiskulma. Sairauden kanssa eläminen ja sairauteen liittyvät hoitokokemukset kerryttävät psyykkisesti sairaan kokemukseen perustuvaa tietoa ja asiantuntijuutta omasta sairaudestaan. (Kangas 2003, 76–78.) Eletty asiantuntijuus luo myös psykiatrisille potilaille valmiuksia haastaa institutionaalisia, lääketieteen sekä sairaanhoidon käytäntöjä ja tuottaa vaihtoehtoisia lähestymistapoja hoitoon.

Toiminnan teorian tutkija Ritva Engeström (2003) on tarkastellut sairauden kokemista sairaan tai potilaan aktiivisen tulkinnan, hoitotilanteisiin liittyvän institutionaalisen tulkinnan ja ”potilaana olemisen” kokemuksen näkökulmista. Nämä tekijät vaikuttavat potilaan sairaus- ja hoitokokemuksiin. Ollessaan oireidensa aktiivinen tulkitsija potilaan omat kokemukset muodostuvat keskeiseksi osaksi potilaan ja hoitohenkilöstön välistä vuorovaikutusta. Tällöin potilas esittää aktiivisesti sairauteensa liittyviä tulkintojaan ja kokemuksiaan, jotka voivat

perustua joko arkikokemuksiin, ei-lääketieteelliseen tietoon tai lääketieteelliseen tietoon. Psykkisten sairauksien luonteen vuoksi voidaan kysyä, missä määrin psykiatrisen potilaan aktiiviset tulkinnat omasta sairaudestaan ja kokemukset otetaan hoitotilanteissa huomioon, ja missä määrin psyykkisesti sairastunut voi haastaa lääketieteelliset tulkinnat omasta sairaudestaan. Psykiatrisen potilaan sairaus- ja hoitokokemuksiin vaikuttavat myös hoitohenkilöstön institutionaaliset tulkinnat, joissa potilaan yksilölliset kokemukset saattavat jäädä syrjään. Kun potilaan kokemus jää hoidossa sivuun, sairauden kokemista tarkastellaan tavallisesti institutionaalisesti, rationaalisuuden ja ennustettavuuden näkökulmista. Tällöin potilaan omia kokemuksia saatetaan pitää pelkkänä sairauskertomuksena. Tutkielmassani olen etenkin kiinnostunut siitä, millaista on ”potilaan oleminen” koettuna. Engeström on pohtinut ”potilaana olemiseen” liittyviä kokemuksia tarkastelemalla kaikkia niitä tilanteita, joita potilas kohtaa hoidossa ollessaan. Hoitotilanteet voivat koostua psykiatrisessa sairaalahoidossa esimerkiksi virallisista hoitokokouksista, keskusteluista omahoitajan tai lääkärin kanssa, ryhmätoiminnoista, osaston arkisista rutiineista ja osaston- tai hoitohenkilöstön vaihdoksista. (Engeström 2003, 312–328.)

Laadullisen tutkimuksen perinteessä kokemuksia on tutkittu erilaisin lähestymistavoin ja tutkimusmenetelmin (Rissanen 2015a, 37). Tutkielmani näkökulma sijoittuu laadullisen terveystutkimuksen piiriin. Laadullisessa terveystutkimuksessa on perinteisesti tarkasteltu sairauden kokemista ja potilaan hoitokokemuksia erityisesti fenomenologisista ja konstruktionistisista näkökulmista. Fenomenologinen lähestymistapa, joka tarkastelee ihmisen kokemuksellista suhdetta elämäntodellisuuteensa, on ollut yleinen hoitotieteessä. Terveys sosiologia on taas painottanut sairauden kokemisen ja potilaan hoitokokemusten tarkastelussa konstruktionistista näkökulmaa, joka tähdentää kielen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä. Lähestymistapoja ei ole kuitenkaan syytä asetella liiaksi vastakkain, koska molemmissa painotetaan esimerkiksi kielen asemaa merkitysten luomisessa. (Engeström 2003, 310.) Kulttuurisen terveyden ja hyvinvoinnin tutkija Marja-Liisa Honkasalo (2000) on esittänyt, että sairauden kokemista voitaisiin tarkastella laadullisessa terveystutkimuksessa yhdistämällä sekä fenomenologisia että konstruktionistisia lähestymistapoja (Honkasalo 2000, 71). Tutkielmani on näiden lähestymistapojen välimaastossa, sillä yhtäältä tutkielmaani ohjaa ymmärtävään pyrkivä ja merkityksiä sekä kokemuksia painottava hermeneuttis-fenomenologinen suuntautuminen, mutta toisaalta olen



myös kiinnostunut sosiaalisten prosessien ja vuorovaikutuksen merkityksistä potilaiden hoitokokemuksissa ja institutionaalisten hoitokäytäntöjen haastamisessa. Tutkielmani on myös kysymyksenasettelultaan ja menetelmällisesti lähellä sosiaalipsykologiassa hyödynnettyä tulkitsevaa fenomenologista analyysiä (Interpretative phenomenological analysis - IPA), jonka keskiössä on yksilöllisen kokemuksen tavoittaminen (Kotilainen 2015, 16–18).

Eletyn asiantuntijuuden käsite valottaa, millaista sairastuminen on yksilöllisesti elettyä ja koettuna. Psykiatristen potilaiden kohdalla eletyn asiantuntijuuden käsitteen avulla voidaan tarkastella esimerkiksi sitä, millaista on sairastaa psyykkisesti, elää sairaalassa, millaisia kokemuksia ja vuorovaikutustilanteita hoitoon on liittynyt, ja miltä diagnoosin saaminen on tuntunut. Juuri konkreettisessa arjessa eletty asiantuntijuus muovautuu. Elettyyn asiantuntijuuteen vaikuttaa aina sairauden luonne. Sairauden luonne taas määrittelee, kuinka eletty asiantuntijuus huomioidaan hoidossa. (Kangas 2003, 78, 86–89.) Voidaan olettaa, että psyykkisten sairauksien ominaisuuksien vuoksi elettyä asiantuntijuutta ei ehkä tunnusteta ja tunnusteta psyykkisten sairauksien kohdalla täysin samalla tavoin kuin puhtaasti somaattisten sairauksien kohdalla.

#### **4.2. Kokemuksen politisointi**

Psykiatristen potilaiden ja psyykkisesti sairastaneiden sairaus- ja hoitokokemusten merkitystä painotetaan yhä enemmän akateemisessa tutkimuksessa. Etenkin feministiset lähestymistavat, kriittinen rotuteoria ja vammaistutkimus ovat vaikuttaneet siihen, että yksilön kokemukset ovat nostettu tutkimuksen keskiöön. Yhteistä näille kaikille lähestymistavoille on marginalisaation kokemus ja sen politisointi. Feminististen näkökulmien, rotuteorian ja vammaistutkimuksen näkemyksiä voidaan soveltaa myös psykiatristen potilaiden kokemusten tarkasteluun. Nämä näkökulmat painottavat, että alistettujen, marginaalissa olevien ja yhteiskunnan valtavirrasta poikkeavien ääntä ja kokemuksia on kuultava. Tällöin heikommassa asemassa olevien tarinat ja kokemukset ovat tutkimuksessa keskeisiä. (Birk & Karp 2012, 27–29.) Feministiset, kriittisen rotuteorian ja vammaistutkimuksen katsantokannat ovat vaikuttaneet myös mielenterveyspotilaiden järjestäytymiseen sosiaalisiksi liikkeiksi (Crossley 2004, 163). Yhdistävänä tekijänä näissä kaikissa lähestymistavoissa on ajatus siitä,

että yksilöiden subjektiivisten kokemusten avulla voidaan ymmärtää myös yhteiskunnallisia valtasuhteita ja eriarvoisuutta (Birk & Karp 2012, 29).

Feministiset lähestymistavat ovat painottaneet, että henkilökohtaisten kokemusten avulla avautuu väylä kokemusten politisointiin. Erityisesti feministinen standpoint-teoria on tähdentänyt subjektiivisten kokemusten merkitystä. Standpoint-feminismi on haastanut maskuliinisen, objektiivisen ja rationaalisen tieteen ideaalin korostamalla tiedon osittaista ja paikantunutta luonnetta. (Harding 1991; Smith 1987; Haraway 1988.) Näkemyksen mukaan tieto on aina jostakin käsin tuotettua. Näkökulmaa voi soveltaa psykiatristen potilaiden kokemusten tarkasteluun: voidaan pohtia sitä, miten potilaiden subjektiiviset näkemykset ja kokemukset esiintyvät objektiivisen, institutionaalisen asiantuntijatiedon rinnalla tai täydentävät tai haastavat sitä. Kriittinen rotuteoria on taas korostanut, että heikommassa asemassa olevien, kuten etnisten vähemmistöjen ja mielenterveydenhäiriöistä kärsivien, ääntä on pyritty vaientamaan vallitsevilla kulttuurisilla narratiiveilla. Tällöin yhteiskunnan valtavirrasta poikkeavien vastatarinat voivat haastaa hegemonisia valtaapitävien asiantuntijoiden narratiiveja. (Birk & Karp 2012, 28–29.) Yhteiskunnan heikommassa asemassa olevia voidaan tarkastella myös sorron näkökulmasta. Tällöin sorretut yhdessä voivat politisoida kokemuksensa ja taistella rinnan epätasa-arvoa vastaan. (Crossley 2002a, 53–54.) Esimerkiksi vammaistutkimuksen piirissä on ehdotettu, että mielenterveysongelmista kärsivien tutkimus tulisi sisällyttää vammaistutkimukseen (Birk & Karp 30). Toisaalta on todettu, että vammaiset eivät välttämättä halua tulla rinnastetuiksi mielenterveysongelmista kärsiviin leimautumisen vuoksi (Beresford 2008, 88).

Kokemuksen politisoinnin avulla voi avautua tie heikommassa asemassa olevien valtaistumiseen. Valtaistumisessa yksilöt tai yhteisöt saavat päätöksentekovallan suhteessa omaan elämäänsä ja elämänympäristöönsä (Adams 1996, 5–9). Valtaistuminen voidaan ymmärtää myös (mielenterveys)asiakkaiden osallistumiseksi hoitojärjestelmän toimintaan, sen suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen (Rantanen & Toikko 2006, 406). Esimerkkinä entisen mielenterveyspotilaan kokemusten politisoinnista voidaan pitää Päivi Rissanen (2015) autoetnografista väitöskirjaa, jossa hän erittelee tutkimuksellisesti omia sairastumis-, sairaala- ja kuntoutumiskokemuksiaan. Rissanen määrittelee autoetnografian tutkimukselliseksi lähestymistavaksi, joka perustuu tutkimuksen tekijän omiin kokemuksiin,

itsehavainnointiin ja omien kokemusten liittämiseen niiden sosiaalisiin ja kulttuurisiin yhteyksiin. Rissasen väitöskirjan tutkimusaineisto perustuu hänen vuonna 2006 käymäänsä kirjalliseen vuorovaikutusdialogiin tutkija Susanna Hyvärin kanssa, hänen vuosien 1994 ja 2012 välisenä aikana kirjoittamiinsa päiväkirjamerkintöihin, sähköpostiviesteihin sekä kirjeisiin hoitajalle, ystävälle ja psykoterapeutille. Autoetnografisen lähestymistavan lisäksi Rissasen väitöskirjan taustalla on Isosta-Britanniasta peräisin oleva mielenterveyskuntoutujien kokemustutkimusperinne (Service User Research, Survivor Research), jossa kuntoutujat osallistuvat aktiivisesti tutkimusprosessiin. Kokemustutkimuksessa keskeisellä sijalla ovat mielenterveyskuntoutujien äänen kuuleminen ja valtaistuminen. (Rissanen 2015a.) Kuntoutujien kokemustutkimus pyrkii muiden muassa muuttamaan ymmärrystä psyykkisistä häiriöistä, psyykkisestä sairastamisesta, psykiatrisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Kokemustutkimuksen tarkoituksena on myös vaikuttaa aihepiiriin tieteelliseen tutkimukseen, lisätä kuntoutujien kokemusten ja tiedon painoarvoa sekä ottaa kuntoutujat mukaan tutkimukseen, hoidon suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. (Beresford 2009, 187; Campbell 2009, 113–118.) Mielenterveyskuntoutuja voi olla tutkittavana olemisen lisäksi akateemisessa tutkimuksessa monenlaisissa rooleissa: neuvonantajana, tiedon jakajana, tasavertaisena toimijana tai koko tutkimusprosessista vastaavana (Beresford 2008, 10; Sweeney & Morgan 2009, 29–33).

Susanna Hyväri (2001) on väitöskirjassaan Vallattomuudesta vastuuseen: kokemuksen politiikan sankaritarinoita tarkastellut entisten mielenterveyspotilaiden selviytymistarinoita kokemuksen politisoinnin näkökulmasta. Hän löysi selviytymistarinoista muiden muassa seuraavat tekijät, joita kokemusten politisointi edellyttää: Kokemusten politisoinnissa on keskeistä tarkastella kriittisesti aikaisemmin omaksuttuja yhteiskunnallisia rooleja ja luotava uusi, autonominen minäidentiteetti. Keskeisellä sijalla kokemusten politisoinnissa on myös se, että heikommassa asemassa olevat saavat äänensä julkisesti kuuluviin vakiintuneiden hoitokäytäntöjen muuttamiseksi. Tämä edellyttää vallitsevien valtasuhteiden tunnistamista ja haastamista. Valtasuhteiden haastamisessa heikommassa asemassa olevat voivat toimia uutta luovalla tavalla. Kokemusten politisointi johtaa kysymyksiin siitä, kenen näkökulmasta ja missä sekä miten sosiaalipolitiikkaa tehdään. Onnistuessaan kokemusten politisointi tulee osaksi sosiaalipolitiikkaa. Sosiaalipolitiikan lähestymistavat vaikuttavat taas hoitokäytäntöihin, joissa ihminen ja hänen elämänsäkokemuksensa kohdataan. Tällöin

ammattillinen tietous ja sairaan kokemuksiin perustuva tieto ovat vuorovaikutuksessa ja dialogissa. (Hyväri 2001, 22, 26–27, 285–287.)

### 4.3. Vastarinnan habitus

Mielenterveyspotilaiden kokemusten politisointia voidaan tarkastella vastarinnan habituskäsitteen avulla. Sosiologi Nick Crossley (1999, 2001) on muodostanut vastarinnan habituskäsitteen yhdistämällä Pierre Bourdieun kenttäteorian fenomenologiseen käsitykseen subjektiivisten kokemusten merkityksestä (Crossley 1999, 649–655; Crossley & Crossley 2001, 81). Vastarinnan habituskäsitteen keskiössä on ajatus psykiatrian symbolisen vallan eli määrittely-, nimeämis- ja diagnosointivallan kyseenlaistamisesta yhteiskunnassa. Voidaan ajatella Bourdieun kenttäteorian mukaisesti, että mielenterveyden ja -häiriöiden kysymykset muodostavat kentän, jossa eri toimijat esittävät näkemyksiään psyykkisistä häiriöistä, psyykkisestä sairastumisesta, psykiatrisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Crossleyn mukaan psyykkisten sairauksien sosiaalitieteellinen tarkastelu on keskittynyt pitkälti mielenhäiriöiden sosiaaliseen konstruointiin. Sen sijaan vähän on kiinnitetty huomiota siihen, miten psyykkisiä sairauksia koskevia vallitsevia käsityksiä haastetaan sekä puretaan, ja millaista vastarintaa nämä vallitsevat käsitykset aikaansaavat psyykkisesti sairastuneiden tai sairastaneiden keskuudessa. (Crossley 2004, 161–163.) Crossley painottaa, että Bourdieun kenttäteoriassa juuri vallitsevia näkemyksiä haastava vastarinnan käsite on keskeinen hänen ajatuksiensa kannalta (Crossley & Crossley 2001, 92–93). Tutkielmassani vastarinnan habitus on toinen keskeisistä analyttisistä käsitteistäni.

Crossleyn vastarinnan habituskäsite perustuu Isossa-Britanniassa toimiviin mielenterveyskuntoutujien selviytyjäliikkeisiin (Mental Health Survivor Movement). Crossleyn mukaan nämä liikkeet tulisi ymmärtää vallitsevan psykiatrisen määrittelyvallan haastamisen kentiksi. (Crossley 2004, 161; Crossley 2006.) Crossley on muiden muassa avoimien haastatteluiden keinoin haastatellut kolmeakymmentäyhtä näissä liikkeissä vaikuttavaa avainhenkilöä ja analysoinut näiden järjestöjen tuottamaa kirjallista materiaalia. Crossleyn mukaan Bourdieun kenttäteorian avulla voidaan tarkastella mielenterveyskentän konflikteja, dynaamisuutta, ristiriitaisuutta, moninaisuutta ja muuttuvuutta. Länsimaissa psykiatrinen diskurssi on pitkälti muokannut psykiatristen potilaiden kokemuksia. Se on

luonut psyykkisesti sairastaville tietyyntyyppistä sosiaalinen identiteettiin perustuvaa habitusta määrittely- ja nimeämismallillaan. (Crossley 2004, 161–164.) Psykiatrisilla ja sairaanhoidollisilla diskursseilla on valtuuksia määrittellä psykiatrisissa laitoksissa olevia ihmisiä. Hoitoon ajautuvat saattavat joutua negatiivisten määrittelyjen kohteeksi, ja heihin saatetaan liittää kielteisiä ominaisuuksia ja ongelmia. (Juhila 2004, 24–26.) Tätä institutionaalista valtaa on esimerkiksi Isossa-Britanniassa selviytyjäliikkeissä haastettu eri strategioin 1970-luvun alusta lähtien (Crossley 1999, 652–655). Keskeistä tässä haastamisessa on ollut vastarinnan habituksen luominen, mikä merkitsee psyykkisesti sairastuneiden omien kokemusten ”haltuunottoa”, ja niiden tulkittamista eri tavoin kuin valtavirran psykiatriassa on totuttu (Crossley 2004, 167). Tässä mielessä vastarinnan habitus-käsitteessä on kyse kokemusten politisoinnista, jossa heikommassa asemassa olevat voivat haastaa valtaapitäviä asiantuntijoita (Birk & Karp 2012, 28–29).

Selviytyjäliikkeiden aikaansaama vastarinta perustuu positiivisiin, vaihtoehtoisiiin skeemoihin eli näkemyksiin psyykkisesti sairastuneista. Vastarinnan habitus-käsitteessä korostuu psyykkisesti sairaiden aktiivisuus passiivisuuden sijaan. Liikkeet haastavat psykiatrian symbolista valtaa esimerkiksi viittaamalla psyykkisesti sairastaneisiin käsitteellä selviytynyt. Tällöin korostuvat positiiviset näkemykset psyykkisesti sairastaneista, esimerkiksi tilanteet, joista sairastaneet ovat selviytyneet tai ongelmat, jotka he ovat selättäneet. Avainasemassa selviytyjäliikkeiden toiminnassa on ollut myös mediaan vaikuttaminen. Liikkeet ovat pyrkineet haastamaan median luomia psyykkistä sairastamista koskevia stereotyyppisiä kuvastoja tuomalla mediaan vaihtoehtoisia näkemyksiä ja kehittämällä vastakarvaan lukemista eli median välittämien viestien kyseenlaistamista. Keskeistä vastarinnan habituksen muodostumisessa on ollut myös kokemusasiantuntijatoiminnan ammatillistuminen: kokemusasiantuntemuksen hyödyntäminen esimerkiksi mielenterveyspalveluiden suunnittelussa sekä kehittämisessä ja tutkimuksessa. (Crossley 2004, 168, 174–177.)

Crossley'n mukaan vastarinnan habituksen muodostuminen on johtanut siihen, että psyykkisesti sairastuneet ovat saaneet yhteiskunnassa kulttuurista ja symbolista pääomaa psykiatrian määrittelyvallan lisäksi (Crossley 2004, 167). Voidaan ajatella, että valtavirran psykiatrista diskurssia kyseenlaistavat ovat muodostaneet vastayhteisöllisyyttä vaihtoehdoksi tai vastavoimaksi vallitseville käsityksille psyykkisesti sairaista ja psykiatrisesta hoidosta

(Hyväri 2001, 219). Sosiologi Kevin Hetherington (1998) on tarkastellut vastayhteisöllisyyttä liiton käsitteen avulla. Liiton käsite eroaa perinteisistä traditionaalisista ja rationaalisista yhteisöistä siinä, että liittoon kiinnittyminen perustuu valintaan ja sen jäsenten keskinäiseen yhteenkuuluvuuden tunteeseen. Liiton taustalla ovat sen jäsenten yksilölliset kokemukset, joiden avulla liittoon kuuluvat identifioituvat toisiinsa. Liitossa keskeisellä sijalla ovat emotionaaliset ja arvorationaaliset toiminnan muodot. (Hetherington 1998, 83–98.) Tällaisessa vastayhteisöllisyydessä haastetaan puhtaasti rationaalisuuteen perustuvia, ongelmakeskeisiä toimintakäytäntöjä, esimerkiksi psyykkisesti sairaita koskevia negatiivisia määrittelyjä ja nostetaan esiin yhteisten kokemusten jakamisen tärkeys (Hyväri 2001, 220). Mielenterveyskuntoutujien selviytyjäliikkeet ovat vastayhteisöllisyydessään oiva esimerkki siitä, miten marginaalissa olevat ryhmät ovat kykeneviä vastarintaan ja uutta luovaan toimintaan (Crossley 2004, 178). Toisaalta psyykkisesti sairastuneiden joukossa on varmasti paljon niitäkin, jotka eivät haasta psykiatrisen diskurssin määrittelyvaltaa, vaan ovat tyytyväisiä esimerkiksi hoitoonsa ja kuntoutukseensa.

Crossley kuitenkin huomauttaa, että vastarinnan habituksen selviytyjäliikkeille tuoma kulttuurinen ja symbolinen pääoma eivät ole mahdollisia ilman ympäröivän yhteiskunnan tukea, hyväksyntää ja legitimaatiota. Habitus on sosiaalinen identiteetti ja muodostuu aina suhteessa muihin ihmisiin. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa toimivat selviytyjäliikkeet saivat alkuvaiheissaan tukea viestinsä oikeuttamiseen vallitsevilta antipsykiatrisilta liikkeiltä, joissa muiden muassa psykiatrit ja yhteiskuntatieteilijät kritisoivat psykiatrista hoitoa ja psykiatrian symbolista valtaa. (Crossley 2002b, 141–143; Crossley 2004, 167.) Siten sosiaaliset liikkeet, kuten selviytyjäliikkeet ja myös vastarinnan habitus muotoutuvat ja toimivat aina tietyssä yhteiskunnallisessa sekä kulttuurisessa kontekstissa ja edellyttävät ympäröivän sosiaalisen todellisuuden hyväksyntää (Crossley 2006, 552).

## 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1. Tutkielman tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkielmani tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia. Ennen modernin lääketieteen kehittymistä potilaan kokemuksiin liittyvät tekijät olivat keskeisessä asemassa potilaan ja lääkärin kohtaamisessa sekä hoidossa. Sitten lääketiede loi rationaalisen, institutionalisoituneen ja standardoidun lähestymistavan potilaiden sairauden kokemiseen. (Engeström 2003, 308, 318–319.) Psykiatristen potilaiden sairaalahoitoon liittyviä hoitokokemuksia on tutkittu eri osa-alueilla. Hyvin karkeasti jaotellen voidaan todeta, että psykiatristen potilaiden hoitokokemukset vaihtelevat hyvistä kokemuksista huonoihin kokemuksiin (Johansson & Lundman 2002). Taustalla on kuitenkin monenlaisia syy- ja seurausyhteyksiä, ja tutkielmani tarkoituksena on kartoittaa, miten ne ilmenevät entisten psykiatristen potilaiden kokemuksissa.

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni on:

#### 1. Millaisia ovat potilaiden hoitokokemukset psykiatrisesta sairaalahoidosta?

Koska olen kiinnostunut tutkittavieni subjektiivisista hoitokokemuksista ja niille annetuista merkityksistä sekä siitä, millaista psykiatrinen sairaalahoito on elettyä ja koettuna, lähestyn ensimmäistä tutkimuskysymystäni edellä mainitun eletyn asiantuntijuuden käsitteen avulla. Psykiatrisen potilaan lähestymistapa sairaalahoitoon on lähtökohtaisesti erilainen kuin institutionaalinen, lääketieteellinen tai sairaanhoidollinen lähestymiskulma. (Kangas 2003, 76–77.) Potilaan asiantuntijuuden huomioiminen edellyttää avointa asiantuntijuutta, joka rakentuu neuvottelemalla hoitohenkilöstön kanssa, ja jossa potilas on aktiivisessa roolissa. Suljettu asiantuntijuus taas viittaa tilanteeseen, jossa asiantuntijat ovat ylimmän tiedon haltijoita, ja vuorovaikutus potilaan kanssa perustuu lähinnä yksipuoliseen ohjeiden antamiseen. (Eräsaari 2002, 21–58.) Tutkielmassani tarkastelen muiden muassa sitä, missä määrin potilaan asiantuntijuus tunnustetaan tai tunnustetaan institutionaalisissa hoitokäytännöissä.

Toinen tutkimuskysymykseni on:

2. Haastavatko ja kyseenlaistavatko psykiatriset potilaat hoitokokemuksiensa perusteella vallitsevia institutionaalisia sairaalahoitokäytäntöjä vai ilmeneekö haastamista ylipäättään?

Toisella tutkimuskysymyksellä pyritään tarkastelemaan, esittävätkö potilaat mahdollisia vaihtoehtoisia lähestymistapoja vakiintuneiden institutionaalisten sairaalahoitokäytäntöjen rinnalle. Terveystieteiden, kuten psykiatrisessa sairaalahoidossa, potilas kohtaa omine kokemuksineen ja niihin liittyvine merkityksineen institutionaalisen hoitoyksikön (Engeström 2003, 308). Tutkielmassani olen kiinnostunut tästä sairaanhoidollisesta kohtaamisesta potilaan ja hoitojärjestelmän välillä. Olen myös kiinnostunut siitä, miten potilaiden subjektiiviset kokemukset esiintyvät mahdollisesti asiantuntijatiedon rinnalla tai haastavat sitä. Näiden lähestymistapojen avulla voidaan tarkastella lisäksi sitä, mistä tekijöistä koostuu psykiatrisen potilaan myönteinen hoitokokemus ja hyvä hoito. Koska tarkastelen sitä, miten psykiatriset potilaat mahdollisesti tulkitsevat hoitokokemuksiaan eri tavoin kuin valtavirran hoidossa on totuttu, lähestyn toista tutkimuskysymystäni edellä mainitun Nick Crossley'n vastarinnan habitus-käsitteen avulla (Crossley 2004, 167).

## **5.2. Aineistonkeruumenetelmä ja aineisto**

Koska olen ensisijaisesti ollut tutkielmassani kiinnostunut subjektiivisista kokemuksista, merkityksistä ja tulkinnoista, valitsin aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun. Teemahaastattelu voidaan määritellä ennalta hahmotelluksi ja tavoitteelliseksi vuorovaikutustilanteeksi, jonka kulkua haastattelija tavallisesti säätelee, ja jonka keinoin voidaan koota tietoa haastateltavien kokemuksista (Vuorela 2005, 37–38). Eri haastattelumenetelmiä voidaan luokitella sen mukaan, kuinka paljon ennalta hahmotellut kysymykset vaikuttavat haastattelun kulkuun (Preece, Rogers & Sharp 2002). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, joka sijoittuu strukturoidun lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastoon (Vuorela 2005, 39–40). Teemahaastattelussa keskitytään tarkkojen kysymysten sijaan teemoihin, joiden avulla haastattelu etenee. Teemahaastattelutilanteissa on siis joustavuutta ja liikkumavaraa, koska tarkoin laadittuja ennakkokysymyksiä ei ole. Johtavana ajatuksena teemahaastattelussa on,



”että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä” samoin kuin se, että merkitykset tuotetaan vuorovaikutuksessa haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.)

Teemahaastattelu oli sopiva tutkimusaiheeni käsittelyyn, sillä sen avulla voi tutkia arkaluonteisia sekä vaikeita asioita ja menneisyyden tapahtumia (Eriksson 1986). Tarkoitukseni oli myös pitää tutkittavien joukko melko pienenä tavoittaakseni paremmin haastateltavien subjektiiviset kokemukset, joten teemahaastattelu tuntui vastaavan tähän tarkoitukseen (Hirsjärvi & Hurme 1995). Ajattelin lisäksi, että teemahaastattelu mahdollistaa sellaisten asioiden esiin tulemisen tutkittavieni kokemuksista, joita en välttämättä haastattelijana olisi osannut kysyä tai etukäteen hahmotella. Teemahaastattelu voi siis tuottaa hyvin monipuolista materiaalia. Haastattelun etuna yleisesti voidaan pitää sen joustavuutta ja sen tarjoamaa mahdollisuutta suoraan kielelliseen kommunikaatioon. Tutkittavalla on haastattelussa mahdollisuus kuvailla kokemuksiaan omin sanoin ja esittää vapaasti omia käsityksiään. Kun haastateltava saa tilaisuuden vastata haastattelukysymyksiin omin sanoin, ovat ehkä vastauksetkin lähempänä totuutta. (Vuorela 2005, 39, 42.) Haastattelun hyvänä puolena on myös se, että aineiston keräämistä on mahdollista ohjata tilanteen vaatimalla tavalla, ja aineistoa voi myös tämentää epäselväksi jääneiden vastausten kohdalla (Hirsjärvi & Hurme 1995; Vuorela 2005, 42).

Tutkimusaineistoni perustuu harkinnanvaraiseen näytteeseen eli valitsin haastateltavikseni sellaisia ihmisiä, joilta oletin saavani mahdollisesti tutkielmani kannalta merkityksellistä tietoa. Tutkimusaineistoni perustuu kolmeen kesällä ja syksyllä 2012 tekemääni pilottiteemahaastatteluun sekä kolmeen keväällä ja kesällä 2016 tekemääni teemahaastatteluun. Pilottihaastattelut toteutin haastattelemalla kolmea 30–50-vuotiasta naista Varsinais-Suomen seudulla ja niiden jälkeiset haastattelut haastattelemalla kolmea 20–35-vuotiasta naista pääkaupunkiseudulla. Ryhmät erosivat siis jonkin verran iältään: pääkaupunkiseudulla haastateltavat olivat iältään nuorempia kuin pilottihaastatteluissa haastatteleman. Haastateltavistani kaikki olivat naisia.

Löysin kaksi pilottihaastateltavaani Varsinais-Suomessa toimivan mielenterveysyhdistyksen kautta. Olen osallistunut tämän yhdistyksen toimintaan kymmenisen vuotta sitten. Kolmas

pilottihaastateltavistani oli tuttavani. Koska minulla oli entuudestaan haastateltavieni yhteystiedot, sovin haastatteluista puhelimitse. Kun haastateltavat olivat suostuneet haastatteluun, lähetin heille sähköpostin välityksellä kirjallisen selostuksen tutkimuksen tarkoituksesta, aiheesta, vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta ja henkilötietojen anonymisoinnista.

Löysin keväällä ja kesällä 2016 tekemäni haastatteluiden haastateltavat pääkaupunkiseudulla sijaitsevan järjestön kautta graduseminaarini ohjaajan avustuksella. Järjestö organisoii toimintaa mielenterveyskuntoutujille. Lähestyin järjestöä sähköpostilla, jossa kerroin tutkimuksen aiheesta, aineistonkeruumenetelmästä, haastattelun mahdollisesta kestosta sekä sen nauhoituksesta ja tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Lähetin myös teemahaastattelunrunkoni kysymyksineen ja painotin, että tietosuoja-asioista huolehditaan tutkimusetiikan vaatimalla tavalla, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule lopullisessa tutkielmassa esille.

Osalla haastateltavistani oli kokemuksia sekä tahdosta riippumattomasta hoidosta että vapaaehtoisesta hoidosta, osalla oli kokemuksia vain vapaaehtoisesta hoidosta. Kaikki haastateltavistani olivat saaneet sekä psykiatrasta avohoitoa että sairaanhoitoa. Osalla haastateltavista oli kokemuksia avo- tai kuntoutusosastoista sekä tuetusta asumisesta. Osa tutkittavista oli joutunut useamman vuoden sairaalakierteeseen, osalla oli yksittäisiä sairaalajaksoja useamman vuoden aikana. Haastateltavieni saamat diagnoosit vaihtelivat, ja ne olivat myös muuttuneet ajan kuluessa joidenkin haastateltavien kohdalla. Haastateltavieni sairaalaan ajautumisen taustalla oli monia syitä: psykoosia, itsetuhoisuutta, masennusta, ahdistusta ja päihteidenkäyttöä. Haastatteluhetkellä haastateltavista kolme oli työelämässä, kahdella olivat korkeakouluopinnot kesken, ja yksi oli suorittanut ammattitutkinnon.

Suvi Vuorelan (2005) mukaan haastatteluun liittyvät haasteet kytkeytyvät muiden muassa haastattelukysymysten laadintaan, haastattelutilanteeseen ja haastattelijaan (Vuorela 2005, 42–43). Seuraavaksi käyn läpi näitä haasteita haastattelujeni toteuttamisessa. Teemahaastattelun kysymysrunгон tekemisen aloitin analysoimalla vapaasti tarkastelemani ilmiötä ensin omien näkemyksieni perusteella. Lopullinen teemahaastattelurunkoni syntyi aiempien teorioiden, tutkimusten ja omien kokemuksieni avulla. Haastattelurunkoni koostui

yläteemoista, joiden alle kokosin perusteellisempia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48, 66–67.) Pilottihaastatteluisa pääsin koettelemaan käytännössä kysymyksieni sekä haastattelurunkoni toimivuutta ja ottamaan selvää haastatteluiden kestosta. Ensimmäisten haastatteluideni perusteella muokkasin kysymyksiäni uudelleen. Pilottihaastatteluista saamieni kokemusten perusteella hioin kysymyksiäni vähemmän johdatteleviksi, yksiselitteisemmiksi, lyhyemmiksi ja paremmin ymmärrettäviksi. (Vuorela 2005, 42, 45–46.) Pilottihaastatteluni olivat kestoiltaan pidempiä, niissä oli enemmän kysymyksiä, ja kysymykset olivat yksityiskohtaisempia kuin niiden jälkeisissä haastatteluissa. Muokkasin ensimmäisten haastatteluideni yksityiskohtaisia kysymyksiä avoimempaan suuntaan, jotta tavoittaisin paremmin haastateltavieni kokemukset ja ajatukset.

Varsinais-Suomen seudulla haastattelupaikkana toimi haastateltavien pyynnöstä kahdessa tapauksessa tutkittavan koti ja toisessa haastateltavan työpaikka. Haastattelut toteutettiin yhdellä kertaa noin puolentoista tunnin aikana. Pääkaupunkiseudulla tekemäni haastattelut toteutettiin taas järjestön rauhallisissa tiloissa noin tunnin aikana. Pilottihaastatteluiden ja niiden jälkeisten haastattelutilanteiden kontekstit olivat siis erilaisia: pilottihaastatteluni tapahtuivat tutkittavien kotona tai työpaikalla, niiden jälkeiset haastatteluni järjestön tiloissa, joissa muutoin organisoidaan toimintaa. Voi olla, että haastatteluiden tekeminen haastateltavien kotona teki niistä vähemmän muodollisempia kuin haastatteluiden toteuttaminen tutkittavan työpaikalla tai järjestön tiloissa. Toisaalta haastatteluiden toteuttaminen järjestön tiloissa, joissa lähtökohtaisesti organisoidaan toimintaa mielenterveyskuntoutujille, ja joissa saa vertaistukea, on voinut helpottaa sitä, että haastateltavat ovat kyenneet jakamaan kokemuksiaan, ja heidän mieleensä on saattanut palautua haastattelun kannalta olennaisia asioita. Pysin aloittamaan haastatteluni helpoilla kysymyksillä, kuten kysymyksillä tutkittavien taustatiedoista. Sekä pilotti- että niiden jälkeisissä haastatteluissa jouduin joskus tekemään täsmentäviä kysymyksiä joko haastateltavan pyynnöstä tai tarkistaakseni, olenko ymmärtänyt haastateltavan vastauksen oikein. Välillä jouduin lisäksi turvautumaan täsmentäviin kysymyksiin, jos haastateltava oli tietystä aiheesta hyvin vähäsanainen. Tällöin jouduin usein myös konkretisoimaan kysymyksiäni enemmän. Jouduin lisäksi joskus pyytämään haastateltavaa konkretisoimaan vastaustaan, erittelemään esimerkiksi, millaisissa tilanteissa ja miksi haastateltava koki jotain tietynlaista.

Vuorelan mukaan haastattelijan tulisi luoda haastattelutilanne mahdollisimman vapaamuotoiseksi ja luontevaksi (Vuorela 2005, 42). Koska tutkimusaiheeni on hyvin arkaluonteinen, heräsi haastattelutilanteissa itsessäni sekä tutkittavissani monenlaisia tunteita, ja pyrin antamaan haastateltaville aikaa läpikäydä kokemuksiaan. Pyrin myös minimipalautteiden tai tarkentavien kysymysten keinoin osoittamaan, että kuuntelen, mitä haastateltavalla on sanottavanaan. Koetin lisäksi pitää mielessä sen, että myös sanaton viestintä, ilmeet ja eleet, saattavat vaikuttaa tutkittavaan, ja pyrin esimerkiksi katsomaan haastateltavaa mahdollisimman paljon silmiin (Vuorela 2005, 45). Ennen haastatteluita otin esiin nauhurin, kysyin lupaa haastatteluiden nauhoittamiseen ja kertosin vielä tutkimuksen aiheen ja sen, että haastattelu on vapaaehtoinen, luottamuksellinen, ja että haastateltavien henkilöllisyys ei tule tutkielmassani esille. Toin esiin myös sen, että haastateltavilla on oikeus kieltäytyä puhumasta aiheista, joista he eivät halua puhua. Haastatteluiden jälkeen toin esiin sen, että minuun voi olla yhteydessä, jos tulee kysyttävää tai tarkennettavaa tai jos haastateltava haluaa poistaa haastattelusta mahdollisesti jotain kohtia.

Haastatteliija on tärkeässä osassa haastattelun toteuttamisessa ja sen sujumisessa (Vuorela 2005, 51). Haastattelutilanteet jännittivät minua paljon enakkoon. Pääkaupunkiseudulla tekemäni haastattelut jännittivät minua enemmän kuin Varsinais-Suomen seudulla tekemäni haastattelut, sillä pilottihaastatteluiden jälkeisissä haastatteluissa haastateltavat olivat minulle täysin tuntemattomia. Haastatteluiden kuluessa jännitys kuitenkin helpotti, ja seuraavan haastattelun toteuttaminen oli aina edellistä helpompaa. Haastatteluja tehdessä oppi uusia asioita, ja kokemusta kertyi seuraavaa haastattelua varten. Vaikeinta minulle oli pysyä neutraalina, sillä haastateltavieni kokemukset olivat hyvin koskettavia, ja pystyin samaistumaan niihin melko hyvin. Haastatteluita tehdessä ymmärsin sen, että haastatteliija ei kykene koskaan olemaan roolissaan täysin neutraali.

### **5.3. Tutkimusetiikka ja tutkijapositioni**

Koska tutkimusaiheeni on hyvin arkaluonteinen, on eettisten kysymysten pohtiminen ollut erityisen keskeistä tutkielmassani. Eettisten kysymysten ja tutkijapositioni pohtiminen ovat nivoutuneet koko tutkimusprosessiini, ja niitä oli mietittävä ennen haastatteluita, haastatteluiden aikana ja niiden jälkeen. Ennen tekemiäni haastatteluita eettiset kysymykset

koskivat erityisesti haastateltavieni valintaa. Tutkimukseeni valikoitui haastateltavia, jotka olivat läpikäyneet varsinaisen potilasvaiheen ja kotiutuneet. Koska psyykinen sairastaminen, psykiatriseen sairaalahoitoon ajautuminen ja hoidossa oleminen voivat olla hyvin vaikeita kokemuksia, oli eettisesti perustellumpaa valikoida tutkimukseen tutkittavia, jotka olivat jälkipotilasvaiheessa, ja joiden sairaala-aikaisista kokemuksista oli kulunut jo jonkin aikaa. Jälkipotilasvaiheella voidaan tarkoittaa sitä, että potilas on esimerkiksi sairauden kuntoutumisvaiheessa ja ohittanut varsinaisen akuutin kriisitilanteen. Koska tavoitin suurimman osan haastateltavistani järjestöjen kautta, oletin, että heidän sairaala-ajan hoitokokemuksistaan oli kulunut jo jonkin aikaa.

Pyrin ottamaan eettiset kysymykset huomioon haastatteluiden kuluessa antamalla haastateltaville mahdollisuuden edetä haastatteluissa mahdollisimman paljon omiin käsitteisiinsä nojautuen ja antamalla heille tilaisuuden tuoda esille niitä kokemuksia, joista he halusivat kertoa. Tämä onnistui paremmin pilottihaastattelujeni jälkeisissä haastatteluissa, kun olin ensin päässyt testaamaan haastattelurunkoani käytännössä pilottihaastatteluissa. Tärkeää oli myös osoittaa, että kuuntelen sitä, mitä haastateltavilla oli sanottavanaan. Haastattelutilanteissa haastateltavilla oli mahdollisuus päättää, mistä teemoista he halusivat puhua. (Kulmala 2006, 19–25.) Haastatteluiden jälkeen otin eettiset kysymykset huomioon tallentamalla aineistoni huolellisesti, jotta se ei joutuisi kenenkään ulkopuolisen käsiin. Pidin huolta haastateltavieni anonymiteetin suojasta muodostamalla kullekin haastateltavalle pseudonyymin. Haastateltavien nimiksi tuli (haastattelujärjestyksessä) Elisa, Tiina, Heidi, Isabella, Amanda ja Ilona. Lisäksi viitataan haastateltaviin tutkielmassani termeillä haastateltava tai tutkittava.

Koska olen itsekin ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa ja kokenut samankaltaisia kokemuksia kuin tutkittavani, on minun pitänyt koko tutkimusprosessini ajan tiedostaa omat ennakkokäsitykseni ja kokemukseni. Vaikka olen pyrkinyt pitämään omat kokemukseni tutkielmani ulkopuolella, on se nähdäkseni jokseenkin mahdotonta: omat kokemukseni ovat heijastuneet koko tutkimusprosessiin, erityisesti tutkimuskohteen erittelyyn ja haastattelukysymyksiin. Päivi Rissanen (2015) on kirjoittanut autoetnografisessa väitöskirjassaan, jossa hän erittelee tutkimuksellisesti omaa psyykkistä sairastamistaan sekä sairaala- ja kuntoutumiskokemuksiaan, analyttisen etäännyttämisen merkityksestä. Hän

kirjoittaa Peter Beresfordiin (2003) ja Antti Karistoon (2008) nojautuen, että ”eläytyminen ja ymmärtäminen on tärkeä osa kokemuksen tutkimusta, mutta analyttinen etäännyttäminen ja tulkitseminen on vähintään yhtä tärkeää” (Beresford 2003, 41; Karisto 2008, 41). Analyttinen etäännyttäminen merkitsee tutkijan valmiutta irtaantua omista tunnekokemuksistaan, jolloin hän irrottautuu yhteenkuuluvuuden tunteistaan tutkittavien kanssa (Gothóni 1997, 142). Rissanen pyrki etäännyttämään omia kokemuksiaan esimerkiksi tarkastelemalla analyttisesti omia muistojaan, päiväkirjamerkintöjään ja viestejään. Itseni kohdalla tutkimuspäiväkirjan pitäminen on helpottanut analyttisen etäännyttämisen ylläpitämistä. Samoin kuin Rissasella myös se, että omista sairastumiskokemuksistani on kulunut paljon aikaa, ja että olen käsitellyt kokemuksiani sekä omaehtoisesti että ammattilaisten kanssa, on helpottanut etäisyyden ylläpitämistä. (Rissanen 2015a, 56.)

En kuitenkaan ajattele, että tutkielmani kysymyksenasettelun käsitteleminen edellyttäisi sitä, että on itse omakohtaisesti kokenut samankaltaisia asioita kuin tutkittavat. Samankaltaisten kokemusten jakaminen ei merkitse itsestään selvästi sitä, että kykenee ymmärtämään toisen ihmisen kokemuksen, koska tutkijan on ymmärrettävä, mitä samankaltainen kokemus merkitsee toiselle ihmiselle (Latomaa 2008, 79; Granfelt 1998, 22). Ihmiset myös antavat samankaltaisille asioille hyvinkin erilaisia merkityksiä, ja ihmisten merkityksenannot saattavat vaihdella elämäntilanteen mukaisesti (Beresford 2003, 37–38). Eettisistä syistä minun on kuitenkin tuotava esiin oma paikantumiseni tutkijana myös siksi, että pilottihaastatteluiden tutkittavat olivat tietoisia sairastumis- ja hoitokokemuksistani. Tämä on saattanut tuoda luottamuksen tunnetta ja helpottaa sitä, että pilottihaastateltavat ovat voineet kertoa kokemuksistaan haastattelutilanteessa luontevammin.

Olen tiedostanut, että tutkielman tekijänä minulla on ollut valtaa luoda tutkimusasetelma, tutkimuskysymykset sekä muodostaa etukäteen haastattelurunko ja jossain määrin päättää, mistä teemoista haastatteluissa puhutaan. Olen myös tiedostanut, että haastattelutilanne, -paikka, haastattelun tarkoitus ja senaikainen vuorovaikutus sekä laajemmin haastateltavien elämäntilanne ovat vaikuttaneet tekemiini haastatteluihin. Feministisissä lähestymistavoissa tieto ymmärretään paikantuneeksi, osittaiseksi ja ruumiillistuneeksi. Näkemys haastaa objektiivisen, rationaalisen tieteen ihanteen. Tieto ymmärretään aina jostakin käsin tuotetuksi. (Birk & Karp 2012, 28.) Näin ajateltuna minun ei tarvitse siirtää syrjään omia kokemuksiani

tutkielmani teossa, kunhan tuon paikantumiseni tutkielman tekijänä esiin ja pyrin esittämään tutkimusprosessini mahdollisimman läpinäkyvästi eli kuvamaan sen, miten se on toteutettu.

#### **5.4. Aineiston analyysiprosessi**

Tutkimusmenetelmänäni toimi teema-analyysi, jonka avulla toteutin aineistoni analyysin. Teema-analyysin tarkoituksena on identifioida aineistosta teemoja (Braun & Clarke 2006, 6). Valitsin tutkimusmenetelmäksi teema-analyysin, koska jo alustavan aineiston läpikäynnin perusteella aineistostani näytti nousevan teemoja. Teema-analyysiä on hyödynnetty aiemmissa mielenterveyden alaan liittyvissä tutkimuksissa, esimerkiksi mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemuksia kartoittavassa tutkimuksessa, joten sen käyttö soveltui työni aihepiiriin analyysiin (Joffe 2012, 210, 213, 216–217). Teema-analyysin etuna on sen joustavuus ja se, että se soveltuu hyvin monenlaisiin teoreettisiin ja metodologisiin lähtökohtiin (Braun & Clarke 2006, 4–5). Teema-analyysi soveltuu myös hyvin kuvaamaan jonkin ryhmän käsitystä tietyistä ilmiöistä ja ryhmän sisäisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia (Joffe 2012, 213). Siten teema-analyysi sopi hyvin tutkimusaineistoni analyysiin, koska olin kiinnostunut haastateltavieni sekä samanlaisista että eroavista hoitokokemuksista.

Tutkimuskysymykseni ovat ohjanneet teema-analyysiani. Olen kiinnittänyt huomiota etenkin aineistossa toistuviin teemoihin ja tekijöihin, jotka ovat tutkimuskysymyksieni kannalta oleellisia. Ideaalitulanteessa tutkimuskysymyksen kannalta keskeinen teema toistuu aineistossa, mutta toistuvuus ei vielä merkitse sitä, että teema olisi olennainen: merkityksellinen teema voi ilmetä aineistossa hyvin pienesti. Siten olen myös tarkastellut aineistossani ilmeneviä eroavaisuuksia. Teema-analyysissäni yhdistin sekä aineisto- että teorialähtöistä analyysiä ja kartoitin aineistoni sekä semanttisia että latenteja puolia. Semanttiset seikat viittaavat tutkimusaineiston eksplisiittiseen tasoon ja ovat luonteeltaan kuvaavia. Latentit ominaisuudet taas viittaavat aineiston tulkinnalliseen tasoon, ilmiön taustalla oleviin oletuksiin. (Braun & Clarke 2006, 10–13.) Tulkinnan avulla on mahdollista kartoittaa eksplisiittisten ilmaisujen taustalla olevia tekijöitä, kunhan tulkinnat ovat perusteltavissa aineiston keinoin. Psykologian professori Helene Joffen (2012) mukaan onnistuneessa teema-analyysissä on hyvä yhdistää aineisto- ja teorialähtöinen analyysi sekä

aineiston semanttisten ja latenttien ominaisuuksien tarkastelu. Tällöin on mahdollista tarkastella aineistoa tiettyjen teoreettisten kategorioiden avulla, mutta pysyä silti avoimena uusille näkökulmille. (Joffe 2012, 210.)

Litterointi tarjosi oivan keinon jälleen tutustua aineistoon ja palauttaa mieleen haastattelutilanteet sekä -kontekstit. Toteutin ensimmäisten kolmen haastattelujeni litteroinnit syksyllä 2012 ja loppujen haastatteluiden litteroinnit kesällä 2016. Litteroinnin kuluessa kiinnitin jo alustavasti huomioita kiinnostaviin seikkoihin. Teema-analyysia käytettäessä litteroinnin ei tarvitse olla yhtä yksityiskohtainen kuin esimerkiksi keskusteluanalyysissa (Braun & Clarke 2006, 17). Toteutin litteroinnin sanatarkasti, mutten kiinnittänyt huomiota esimerkiksi puheen taukoihin, painotuksiin tai intonaatioihin. Lisäsin litterointeihin välimerkkejä, esimerkiksi pisteitä, pilkkuja ja kysymysmerkkejä. Analyysiluvuissa viittaan itseäni H-kirjaimella ja käytän ... -merkintää osoittaakseni sitä, että osa haasteltavan puheesta on jäänyt pois.

Kun olin saanut litteroinnin valmiiksi, aloin purkaa aineistoa muistiinpanojen avulla. Muistiinpanojen keinoin keräsin ideoita koodausta varten ja listasin alustavasti, mikä aineistossa oli kiinnostavaa. (Braun & Clarke 2006, 16–17.) Muistiinpanoja tehdessä etenin haastattelu ja lause kerrallaan merkiten muistiin olennaisia kohtia. Havaintoyksikköinäni olivat ”käyttäytymistavat, toiminnot ja niiden kohteet, eri toimijoiden ilmiöille antamat merkitykset ja positiivisten sekä negatiivisten asenteiden tai arvottamisen ilmaukset” (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 20). Merkitsin myös erilleen hedelmälliset haastatteluiden suorat lainaukset, joita voisin hyödyntää myöhemmin analyysiosioissa. Koska aineistoon perehtyminen edellyttää sen lukemista useaan otteeseen, luin ennen koodauksen aloittamista haastattelut vielä kahteen otteeseen.

Toteutin koodauksen muodostamalla kaksi pylvästä, joista ensimmäiseen merkitsin koodin nimen ja toiseen sitä kuvaavan suoran lainauksen aineistosta (Joffe 2012, 220). Yhdistin siis aineistoni suorat lainaukset koodeihin. Pyrin koodaamaan haastatteluja mahdollisimman paljon kuitenkin pitäen mielessä kontekstin. Tämän jälkeen ryhdyin alustavaan teemoitteluun pyrkien muodostamaan koodeista laajempia kokonaisuuksia. Tarkoituksena oli yhdistää koodit teemoihin. (Braun & Clarke 2006, 18–20.) Kävin haastattelut yksi kerrallaan läpi



muodostaen kunkin haastattelun koodeista teemoja. Alustavia teemoja syntyi runsaasti: ensimmäisestä haastattelusta 44, toisesta haastattelusta 55, kolmannesta 42, neljännestä 49, viidennestä 25 ja kuudennesta 32 teemaa.

Alustavan teemoittelun jälkeen ryhdyin kartoittamaan teemojen välisiä suhteita: karsin, yhdistelin ja ryhmittelin teemoja. Tässä vaiheessa kiinnitin erityistä huomiota eri haastatteluiden sekä teemojen välisiin eroihin ja yhtäläisyyksiin sekä pyrin tunnistamaan toisiinsa liittyviä teemakokonaisuuksia. Aloin muodostaa ylä- ja alateemoja ja hyödynsin siinä sisällyttämisen tekniikkaa, jossa identifioidaan teemoista voimakkain ja muodostetaan siitä yläteema. Sovelsin myös abstraktion tekniikkaa, jossa toisiinsa kytkeytyville teemoille muodostetaan niitä kaikkia luonnehtiva yläteema. (Smith ym. 2009, 92–98.) Koska alustavan teemoittelun perusteella teemoja muodostui paljon, oli niissä runsaasti päällekkäisyyksiä, ja tiivistäminen oli suhteellisen helppoa.

Seuraavaksi etenin teemojen tarkistusvaiheeseen. Karsin vielä teemoja ja ryhmittelin niitä uudelleen. Kiinnitin huomiota siihen, että teemat olisivat sisäisesti mahdollisimman homogeenisiä mutta ulkoisesti riittävän heterogeenisiä: teemojen tulisi rakentua yhden idean ympärille ja erottua toisistaan riittävän selkeästi. Kävin vielä läpi aineistoni suorat lainaukset ja tarkastelin, sopivatko ne muodostamiini teemoihin. (Braun & Clarke 2006, 20–21.) Sen jälkeen muodostin taulukon, jossa oli sarakkeet kullekin haastateltavalle ja rivit kullekin teemalle. Siten hahmotin kokonaisuudessaan, miten ylä- ja alateemat sijoittuvat kuhunkin haastatteluun. (Kotilainen 2015, 24.) Teema-analyysin viimeisessä vaiheessa pyrin vielä määrittämään teemojen keskeisen sisällön ja suhteuttamaan teemoja samalla toisiinsa. Tarkastelin teemoja seuraavien kysymysten avulla: Mitä nämä teemat merkitsevät? Mitkä oletukset tukevat niitä? Mitkä ovat näiden teemojen seuraukset? Mitkä olosuhteet ovat synnyttäneet ne? Pyrkimyksenäni oli tunnistaa analyytinen tarina, jonka tahdoin teemojen välityksellä kertoa aineistostani. (Braun & Clarke 2006, 22–24.) Teema-analyysin perusteella paikansin aineistostani kaksi pääteemaa: psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia tahdosta riippumattomasta ja vapaaehtoisesta hoidosta sekä mielenterveyspotilaat institutionaalisia hoitokäytäntöjä haastamassa. Ensimmäisen analyysiluvun alalukuina ovat seuraavat kolme alateemaa: 1) yksilönä kohtelua, ylitse kävelemistä ja hoitopaikasta taistelua ja 2) diagnoosi ei määritä minuutta sekä 3) vertaistuen voima. Toisen analyysiluvun alalukuina ovat seuraavat

kolme alateemaa: 1) huoli psykiatrisen hoitohenkilöstön jaksamisesta sekä 2) kohtaamattomuus kuiluna potilaiden ja psykiatrisen hoitohenkilöstön välillä ja 3) ohjatun toiminnan puute hoidossa.

Taulukko 1. Pääteemat sekä niiden alle sijoittuvat alateemat

Tutkimuskysymys 1.

Tutkimuskysymys 2.

<b>PSYKIATRISTEN POTILAIKEN HOITOKOKEMUKSIA TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASTA JA VAPAAEHTOISESTA HOIDOSTA</b>	<b>MIELENTERVEYSPOITILAIKEN INSTITUTIONAALISIA HOITOKÄYTÄNTÖJÄ HAASTAMASSA</b>
Yksilönä kohtelua, ylitse kävelemistä ja hoitopaikasta taistelua	Huoli psykiatrisen hoitohenkilöstön jaksamisesta
Diagnoosi ei määritä minuutta	Kohtaamattomuus kuiluna potilaiden ja psykiatrisen hoitohenkilöstön välillä
Vertaistuen voima	Ohjatun toiminnan puute hoidossa

## **6. PSYKIATRISTEN POTILAIKEN HOITOKOKEMUKSIA TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASTA JA VAPAAEHTOISESTA HOIDOSTA**

### **6.1. Yksilönä kohtelua, ylitse kävelemistä ja hoitopaikasta taistelua**

I. M. Johansson ja B. Lundman (2002) ovat luonnehtineet psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia hyväksi mahdollisuuksiksi ja suuriksi menetyksiksi (Johansson & Lundman 2002, 639). Myös tutkimusaineistoni jakautuu yleisellä tasolla positiivisiin ja negatiivisiin hoitokokemuksiin: aineiston toisessa päässä ovat myönteiset yksilönä kohtaamisen kokemukset ja toisessa päässä kielteiset ylitse kävelemisen ja hoitopaikasta taistelemisen kokemukset. Elisa toi ainoana haastatelluista esiin lähinnä myönteisiä tekijöitä hoidostaan, ja hän koki hoidon tarpeisiin vastaavaksi ja hyödylliseksi (vrt. Johansson & Lundman 2002, 644). Sen sijaan Tiina, Heidi, Isabella, Amanda sekä Ilona kertoivat haastatteluisissa enemmän kielteisistä hoitokokemuksista kuin myönteisistä, tosin eri syistä. Haastattelutilanteissa minulle tuli sellainen vaikutelma, että Tiina, Heidi, Isabella, Amanda ja Ilona halusivat

painottaa psykiatrisen sairaalahoidon epäkohtia. Voi olla, että tutkittavat olivat jo ennen haastatteluita pohtineet, millaisia tekijöitä he halusivat kokemuksistaan tuoda esiin tai voi olla, että pääkaupunkiseudulla haastateltaviksi valikoitui henkilöitä, jotka olivat kriittisiä psykiatrista sairaalahoidosta kohtaan ja halusivat tähdentää hoidon kielteisiä puolia. Kuitenkin myös Tiinan, Heidin, Isabellan, Amandan ja Ilonan hoitokokemuksiin sisältyi jonkin verran positiivisia tekijöitä. Hoitokokemukset saattoivat myös muuttua ajan kuluessa. Esimerkiksi Tiinan hoitokokemukset olivat muuttuneet myönteisempään suuntaan hoidon jälkeen, kun tapahtumista oli kulunut aikaa, ja hänellä oli ollut mahdollisuus pohtia niitä. Vuosia hoidon jälkeen hän oli sitä mieltä, että hoito oli ollut tarpeellista. (vrt. Kaltiala-Heino 1996, 27–34.)

Elisa oli ollut kaksi kertaa tahdosta riippumattomassa hoidossa ja kerran vapaaehtoisessa hoidossa. Elisa toi esiin paljon myönteisiä hoitokokemuksia, jotka liittyivät kuulluksi tulemiseen, riittäviin keskustelumahdollisuuksiin, ammattitaitoiseen hoitohenkilöstöön ja yksilönä kohtaamiseen hoidon aikana. F. A. Gildbergin, B. Elverdamin ja L. Hounsgaardin (2010) hoitotieteellisen tutkimuksen mukaan potilaan yksilönä kohtaamiselle on ominaista se, että potilas on hoitonsa keskiössä (Gildberg, Elverdam & Hounsgaard 2010, 364–366). Myönteisiä hoitokokemuksiaan Elisa kuvaili näin:

En mä koe, et mua on niin ku kategorisoitu. Mulla on ollu se mielenterveysongelma, ja mul on erilaistumaton skitsofrenia, ja mul on ne mielenterveysongelmaan kuuluvat tietyt piirteet, mut ei mua oo sen perusteella leimattu. Et kyl mua on niin ku yksilönä kohdeltu, kuitenkin.

Elisan mukaan hänen saamansa diagnoosi ei ainakaan laajasti määrittänyt hoitoa, ja hän koki, ettei tullut luokitelluksi sairautensa perusteella: vaikka hoitohenkilöstö oli ymmärtänyt, että Elisalla oli tietynlainen diagnoosi, johon kuuluivat mahdollisesti tietynlaiset ominaisuudet, oli Elisa ensisijaisesti kohdattu yksilönä, ei sairauden perusteella. Huolimatta siitä, että Elisa oli ollut kaksi kertaa tahdosta riippumattomassa hoidossa, hänelle ei ollut muodostunut pakon kokemusta hoidon aikana, vaan hoitoon pääsy oli ollut hänelle aina helpotus, ja hoidosta oli ollut hänelle aina hyötyä. Samankaltaisia huomioita ovat tehneet T. W. Kallert, M. Glöcker ja M. Schutzwohl (2008) psykiatrian alaan kuuluvassa tutkimuksessaan, jossa kävi ilmi, että psykiatrisen potilaan pakon kokemiseen ei välttämättä vaikuta se, onko potilas tahdosta riippumattomassa hoidossa vai vapaaehtoisessa hoidossa (Kallert ym. 2008, 205). Elisan mielestä hoitohenkilöstön ammattietiikka oli hyvää, eikä hän ollut kokenut epäkunnioittavaa

kohtelua hoitonsa aikana. Keskustellessamme välittämisen kokemuksista hoidon aikana Elisa totesi:

...Niin tää lääkäri sai mut vakuuttuneeksi, et näin ei ole (lääkkeistä ei ole haittaa), ja he vaan haluaa auttaa mua. Ja niin ku tehdä kaiken mun hyväkseni, ja alkaisin niin ku voimaan paremmin.

Elisa kertoi, että hän epäili oman sairautensakin perusteella lääkityksensä tarpeellisuutta. Hänen kertomastaan käy ilmi, että lääkärin ansiosta hän tuli vakuuttuneeksi lääkityksensä ja hoitonsa tärkeydestä. Koska Elisa toi tämän kohtaamisen esiin keskustellessamme myönteisistä tapahtumista hoidon aikana, vaikuttaa siltä, että lääkärin häntä kohtaan osoittama kiinnostus oli tärkeä asia hänelle (vrt. Wyder ym. 2013, 578). Tämä kokemus loi ehkä luottamusta hoitohenkilöstöä kohtaan, sillä Elisa ymmärsi, että häntä halutaan auttaa. Elisan mukaan hoitohenkilöstö osoitti häntä kohtaan ammatin vaatimaa kiinnostusta.

Ylitse kävelemisen teema liittyi Tiinan, Heidin, Isabellan ja Ilonan hoitokokemuksiin. Vahvimmin ylitse kävelemisen teema ilmeni Isabellan hoitokokemuksissa. Hän oli ollut kaksi kertaa vapaaehtoisessa hoidossa. Isabella kuvasi omin sanoin viimeisintä hoitokokemustaan ”ylitse kävelemiseksi”, mikä liittyi ennen kaikkea siihen, ettei hän tullut kuulluksi hoitonsa aikana: hänet kotiutettiin sairaalasta liian aikaisin vastoin hänen omaa ja suurimman osan läheisistä tahtoa sekä pitkäaikaisen lääkärin näkemystä. Hän kertoi viimeisestä hoitokokemuksestaan näin:

...Tuntuu, että ne ei niin kun ymmärtänyt sitä mun koko elämäntilannetta. Ja se just, että varsinkin silloin vuonna xxx, kun mut kirjattiin ulos, vaikka mä en todellakaan ollu valmis siihen. Et tuli sellanen puheesta olo, et ne ei oo tajunnu, mitä mä oon aiemmin puhunut. Esimerkiksi he ei ymmärtänyt mun kotitilannetta ollenkaan. Se oli kyl aika mutkallinen, mut tuntu, että semmonen ihminen, joka ei tajuu perusasioitakaan mun elämästä, niin tekee päätöksiä mun elämän suhteen. Ja se tuntu tosi pahalta.

Isabellan kertomasta ilmeni ymmärtämättömyys hänen kokonaiselämäntilannettaan kohtaan. Hänen näkemyksiään ei ilmeisesti ymmärretty tai ne sivuutettiin. Juuri Isabellan sivuuttaminen häntä ja hänen elämäänsä koskevassa päätöksenteossa yhdistyi hänen kuivailemaansa ylitse kävelemisen kokemukseen. Isabellan mahdollisuudet vaikuttaa omaan tilanteeseensa tuntuivat olevan vähäiset: hänen tilanteestaan vastuussa olevat henkilöt tekivät

päätöksiä hänen tulevaisuudestaan asiantuntijavaltaisesti, häntä kuulematta ja ymmärtämättä. Voidaan ajatella, että Isabellan kertomassa ilmeni sosiologi Ilka Kankaan (2003) kuvaama potilaan ja hoitohenkilöstön välinen paternalistinen vuorovaikutusmalli, jossa hoitohenkilöstön tekee yksipuolisesti päätökset, ja potilaan osana on seurata niitä (Kangas 2003, 82). Isabellan mukaan hänen liian varhaisen kotiuttamisensa perusteena oli osittain ruuhka osastolla ja osittain se, että hänellä oli hoitohenkilöstön mukaan riittävä turvaverkosto kotioloissa toisin kuin muilla potilailla. Tämä johti siihen, että hoitovastuu Isabellasta siirtyi hänen omaisilleen ja ystävilleen, koska hän ei saanut tarvitsemaansa hoitoa öiden ajaksi. Isabella koki, että hän tuli hoitonsa aikana kohdelluksi ihmisenä, joka ei tiedä, mikä itselle on parasta, ja hänen hoitokokemuksiinsa liittyi vahvasti hylätyksi tulemisen kokemus:

Ehkä semmosena päällimmäisenä jäi se kokemus, että mut hylättiin ja heitettiin tyhjän päälle, kun mä en ollu siihen vielä valmis. Siitä jäi semmonen niin kun katkeruus...

Isabellan kohdalla hylätyksi tulemisen tunnetta ehkä voimisti osaltaan myös se, että hän oli omaehtoisesti hakeutunut hoitoon olettaen saavansa tarvitsemaansa apua. Voidaan tulkita, että Isabellan tapauksessa se, että hän tuli hoitoon vapaaehtoisesti, saattoi vaikuttaa siihen, että hän jäi ilman tarvitsemaansa hoitoa: osastolla saattoi olla hoitohenkilöstön mielestä ”enemmän apua” tarvitsevia. Isabellan toteamus ”heitettiin tyhjän päälle” kuvasti sitä, että hänen hoitonsa jatkosuunnitelma, mahdollisuus olla päiväosastolla, ei ollut hänen mielestään riittävä, vaan hän olisi tarvinnut apua myös öiden ajaksi.

Tiina oli joutunut useamman vuoden hoitokierteeseen, ja hänellä oli hoitokokemuksia sekä tahdosta riippumattomasta ja vapaaehtoisesta hoidosta. Tiina puhui paljon hoidon laadun vaihtelemisesta. Hän totesi:

... Et tää hoito on hirveen epätasasta. Ja se on niin ku se ongelma, et on hirveen hyvää hoitoa, on todella hyviä lääkäreitä ja on todella hyviä hoitajia, mut sit on ala-arvosta hoitoa myös. Ja jotenkin tuntuu siltä, ettei kiinnitetä tarpeeksi huomiota siihen hoidon laatuun ja sitä ei jotenki tutkita, minkälaatusta se hoito on. Eroja on hirveästi, aivan paljon.

Tiinaa hoidon epätasaisuus lannisti sairauden lisäksi. Koska Tiinalla oli paljon hoitokokemuksia erilaisista yksiköistä, voidaan olettaa, että hän on senkin perusteella törmännyt vuosien varrella sekä laadukkaaseen hoitoon että vähemmän laadukkaaseen

hoitoon. Voidaan ajatella, että Tiinan kertomasta ilmeni sekä psykiatrisen sairaalahoidon suuret laitospotilaisten erot Suomessa että yksittäisiin hoitajiin ja lääkäreihin liittyvät erot. Myös Gildberg ym. on tutkimuksessaan havainnut, että hoitohenkilöstön persoonalliset tekijät ovat keskeisessä asemassa potilaan saaman hoidon laadun kannalta (Gildberg ym. 2010, 364–365). Tiina piti puutteellisena sitä, ettei psykiatrisen sairaanhoidon laatueroihin kiinnitetä tarpeeksi huomiota ja laadita kaikille hoitoyksiköille yhtenäisiä toimintakäytäntöjä. Ylitse kävelemisen teema liittyi Tiinan kertomassa siihen, ettei häntä kohdeltu yksilönä hänen hoitonsa aikana, hänen persoonallisuuttaan ei otettu hoidossa huomioon, ja hän koki, että hoitohenkilöstö tulkitsi häntä väärin. Nämä seikat olivat selvästi tekijöitä, joista hän halusi puhua, sillä hän toi ne esiin jo heti haastattelun alussa, ja hän palasi niihin tekijöihin myös useasti myöhemmin haastattelussa. Käsitys hoitajien väärintulkintoista oli muodostunut Tiinalle osittain hoidon jälkeen, kun hän oli lukenut hoitoasiakirjojaan, mutta hän toi esiin myös hoidon aikana tapahtuneita väärinymmärryksiä. Hän kertoi hoitoasiakirjoista lukemastaan näin:

H: Esimerkiks millasissa tilanteissa?

Tiina: Esimerkiksi semmosessa, että mulla aika tiuhaan vaihdettiin lääkitystä, ja aina kun uus lääke aloitettiin, niin tota oli hirveesti sivuoireita, toisist enemmän ja toisist vähemmän. Niin mua ei kuunneltu niissä sivuoireissa. Että yhestä lääkkeestä mulle tuli hirveitä huimausta siinä alkuun ja ensiapukurssin käyneenä ihmisenä niin, kun huimaa, niin totta kai mä menen lattialle makamaan ja nostan jalat ylös. Et maadotun siihen lattiaan, kun tuntuu, että maailma pyörii, niin tulee hoitaja huutamaan, et nyt ylös siitä. Hän siis oli kirjoittanut raporttiin, että hakee huomiota makaamalla lattialla.

Hoitajan raporttiin kirjoittama toteamus ”hakee huomiota makaamalla lattialla” saattoi liittyä Tiinan saamaan diagnoosiin. Tiinan kertomassa kuvastui hänen näkemyksensä siitä, että hänen käyttäytymistään ja jopa persoonallisuuttaan tulkittiin tietyissä yksiköissä tai tiettyjen hoitajien taholta diagnoosiperusteisesti. Tiina koki, ettei häntä kohdattu aina hoidon aikana yksilönä. Tiinan kokemuksia voidaan verrata Elisan hoitokokemuksiin, joiden perusteella Elisa koki tullessaan kohdatuksi yksilönä ilman diagnoosiperusteista luokittelua. Tiina taas oli sitä mieltä, että hänen saamansa diagnoosin perusteella häntä ymmärrettiin hyvin paljon väärin, ja asioita laitettiin ”sairauden piikkiin”. Tiinan mukaan jopa hänen halunsa tietää lääkityksestään ja sen aiheuttamista sivuoireista tulkittiin sairauden oireeksi. Voidaan ajatella,

että Tiinan kertomassa esiintyi hoidossa tapahtuvaa ongelmalähtöistä kategorisointia, jossa keskitytään voimavarojen sijaan potilaan puutteisiin ja kategorisoidaan potilaan käytöstä ongelma- tai sairausperusteisesti (vrt. Kärki 2016, 7; vrt. Goffman 1969, 30, 36, 68). Tiinan mukaan potilaan itsemääräämisoikeus katoaa, kun oireita tulkitaan väärin. Tiinalle hyvä hoito merkitsi siis yksilönä kohtaamista, kun taas huonot hoitokokemukset liittyivät reduktionistiseen, diagnoosiperustaiseen hoitoon. Tiinan mukaan yksilönä kohteleva vaihteli hyvin paljon hoitoyksiköittäin ja hoitajittain.

Myös Ilona toi esiin sen, että on ongelmallista, mikäli diagnoosi määrittää hoitoa. Tällöin hänen mukaansa ”kaikki käännetään diagnoosin kautta”, ja hän mielsi hankalaksi esimerkiksi sen, että tietyn diagnoosin perusteella määrätään tietty lääkitys. Ilona oli ylipäättään eri mieltä diagnoosistaan, ja hän oli pyytänyt hoidon jälkeen diagnoosin tarkastusta. Ilonalla oli hoitokokemuksia sekä tahdosta riippumattomasta ja vapaaehtoisesta hoidosta. Myös Ilonan kohdalla ylitse kävelemisen teema liittyi yksilönä kohtaamattomuuteen ja asiantuntijalähtöisyyteen hoidossa, mitä hän kuvaili oman tahtonsa ja aktiivisuutensa sivuuttamisena (vrt. Kangas 2003, 82). Teija Ristaniemen (2005) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat pitävät erityisen tärkeänä omaan tilanteeseensa liittyvään päätöksentekoon osallistumista hoidon aikana. Ilona koki vahvasti, ettei hän voinut hoitonsa aikana osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Keskustellessamme psykiatrisen sairaalahoidon hyödyistä Ilona totesi:

H: Oliko hoidosta sulle mitään hyötyä?

Ilona: No, oli se hyöty, et mä löysin sen oman tahdon. Et en pystyis alistuu enää sellaseen, et joku toinen määrittelee, mikä mulle on hyvä...

”Alistumisen” voi tulkita kuvastavan Ilonalle annettua passiivista roolia hänen omassa hoidossaan ja hänen omien näkemystensä ja kokemustensa sivuuttamista häntä koskevassa hoitopäätöksenteossa. Tällöin korostuivat hoitohenkilöstön arviot hänen tilanteestaan. Alistuminen sai myös hyvin konkreettisen ilmenemismuodon, kun Ilona kertoi, että hän joutui suljetulla osastolla luopumaan omista vaatteistaan ja vaihtamaan ne sairaalavaatteisiin. Tämä voidaan tulkita tietynlaiseksi yksilöllisyyden menetykseksi (vrt. Goffman 1969, 17). Ilona totesi, ettei hän pystyisi enää alistumaan muiden päätöksiin. Tämän voi tulkita kuvastavan sitä, että Ilona osoittaa aktiivista vastarintaa saamaansa hoitoa kohtaan. Voidaan ajatella, että

Ilona haastaa vastarinnan habituksen mukaisesti vallitsevia asiantuntijalähtöisiä hoitokäytäntöjä (vrt. Crossley 2004, 161–163). Ilonan mukaan hänen hoitonsa ei perustunut yksilönä kohtaamiseen tai siihen, että pohtisi aktiivisesti omalla kohdallaan, mitä tarvitsee, ja mikä itselle olisi hyvä. Hän koki, että hänen arviointinsa omasta hyvinvoinnistaan oli hoidon aikana täysin ”epäoleellinen”. Ilona kertoi kuitenkin löytäneensä oman tahtonsa hoitonsa seurauksena. Tämän voi tulkita viittaavan siihen, että Ilona on ottanut myöhemmin aktiivisen toimijan roolin omassa hoidossaan. Ylitse kävelemisen teema liittyi Ilonan kokemuksiin myös siten, että hän oli lastensuojelun jälkihuollossa asiakkaana, ja hänen virallisissa hoitokokouksissaan oli viranomaisia mukana. Tätä Ilona kuvasi toteamalla: ”...Ne kävi mun asioista keskustelemassa, ja minä yksin olin siinä.” Ilonan toteamuksesta saa kuvan, että hän jäi hoitokokouksissaan alakynteen ja yksin vaille tukea asiantuntijoiden piirtäessä suuntaviivoja hänen hoidolleen.

Heidillä oli myös kokemuksia sekä tahdosta riippumattomasta että vapaaehtoisesta hoidosta. Heidi suhtautui hoitokokemuksiinsa hyvin kielteisesti. Hän mielsi, että tahdosta riippumattomasta hoidosta ei ollut muuta kuin haittaa, vapaaehtoisesta, hänen viimeisestä hoitokerrastaan, oli hänen mielestään ”ehkä jonkin verran hyötyä”. Heidi koki hoidon haitalliseksi, koska kaiken kaikkiaan hoito oli hänen mielestään vienyt liian pitkän ajanjakson hänen elämästään. Heidin mukaan tämä ajanjakso oli hukkaan heitettyä aikaa hänen joutuessa olemaan hoidon vuoksi esimerkiksi pois töistä. Jo aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että tahdosta riippumattoman hoidon ristiriitaiseksi kokevat potilaat voivat usein ajatella, että hoitoa olisi voinut saada lyhyemmän aikaa (Katsakou ym. 2012, 1173–1174). Heidin mielestä hänen hoidostaan ei ollut hyötyä myöskään siksi, että hän mielsi vahvasti hoitonsa stressiä aiheuttavaksi tekijäksi: esimerkiksi sairaalassa säädettyjen ulkoilu-aikojen johdosta tavallisia arkitoimintoja oli ulkomaailmassa suoritettava tavallista nopeammin. Kun keskustelimme Heidin kanssa sairaalahoidosta, hän totesi: ”Et ei se mikään lepokoti oo kyllä.” Heidi kiteytti tässä lausahduksessaan hyvin hoitokokemuksensa. Voidaan tulkita, että Heidin lausahdus asettuu ristiriitaan sen seikan kanssa, että psykiatrisen sairaalahoidon oletetaan yleisesti tarjoavan potilaille turvaa, hoivaa, lepoa ja stressitöntä olemista ilman ulkomaailman paineita. Heidi koki sairaalan säännöt, rajoitukset, ohjatun toiminnan puutteen ja osin muut potilaat stressiä aiheuttaviksi tekijöiksi, ja hänen mukaansa hoidossa oleminen vaati ”pitkää pinnaa”. Heidi kertoi, että hän pyrki pääsemään sairaalahoidosta mahdollisimman nopeasti pois ja



käyttäytymään sen mukaisesti. Voidaan ajatella, että Heidín toiminnassa ilmeni yksi kanadalaisen Robert Letendre'n (1997) kuvaamasta tavasta, jolla psykiatrinen potilas pyrkii sulautumaan sairaalaympäristöön: Heidín tavoitteena oli keskittää voimavaransa sairaalasta pois pääsyyn, ja siten hän ei täysin mukautunut sairaalaelämään (Letendre 1997, 290).

Ylitse kävelemisen teema liittyi Heidín vahvaan pakon kokemukseen sairaalahoidon aikana. Heidín haastattelusta tuli ilmi, että hänen pakkokokemuksensa taustalla oli ensinnäkin se, ettei hän kyennyt sulauttamaan hoitokokemuksiaan edes jälkikäteen ajateltuna omaan elämänhistoriaansa, vaan hän mielsi hoidon hukkaan heiteteksi ajanjaksoksi. Heidín mukaan hän olisi voinut hyvin toipua kotona lepäämällä. Samanlaisia havaintoja ovat tehneet Australiassa Marianne Wyder, Robert Bland ja David Crompton (2013) monitieteellisessä tutkimuksessaan, jossa kävi ilmi, että psykiatrisen potilaan pakon kokemus voi olla vahva, mikäli potilas ei kykene sisällyttämään hoitokokemuksiaan omaan elämäntarinaansa (Wyder ym. 2013, 578). Toiseksi Heidín kertomasta tuli ilmi, että hän koki oman autonomiansa menetyksen hoidon aikana vahvaksi. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että psykiatrisen potilaan pakon kokemus voi olla vahva, mikäli potilas kokee menettävänsä vapautensa ja autonomiansa sairaalahoidossa ollessaan (Johansson ja Lundman 2002, 644–645). Keskustellessamme lääkityksestä hoidon aikana Heidi totesi näin:

H: Oliko tää lääkehoito sulle itsestään selvä asia?

Heidi: No tota sillai, et sehän oli niin kauhee paikka, et viedään vapaus ja sinne häkkiin. Ja avaimet vaan kilisee. Ja mihinkään ei ulos pääse, ja mitään ei pysty tekee. Niin tota, ei siel ois pystyny olee ilman lääkettä. Mä en ainakaan saanu nukuttua ilman lääkettä. Että, mut et kyllähän sitä lääkettä varmaan ihan hirveen paljon liikaa oli. Että nyt tää viimeinen hoitojakso oli oikeestaan ainoo, ettei ollu ihan mielettömästi niitä lääkkeitä.

Heidín kertomassa kuvastui se seikka, että hän koki vapautensa menetyksen voimakkaaksi sairaalahoidon aikana. Hän kuvasi kertomassaan sairaalaa ”häkiksi”, joka voidaan tulkita vankilan metaforaksi, ja joka voidaan ymmärtää siten, ettei Heidillä ollut mahdollisuutta kontrolloida elämänpiiriään hoitonsa aikana: vapaa liikkuminen estyi ja toimintamahdollisuudet olivat vähäiset. Heidín kertomassa kuvastui voimattomuus ja toimijuuden menetys, jopa sen riisto. Hänen kertomassaan ilmenivät ristiriitaiset ajatukset siitä, että yhtäältä hoidossa oleminen vaati lääkitystä, ja toisaalta lääkettä määrättiin

luultavasti hoidossa liikaa. Lääkityksen tarvetta hoidon aikana kuvasti myös se, että Heidi määritteli hoitokokemuksensa ”päivästä toiseen selviytymisenä.” Heidn kuvaus asettuu jälleen ristiriitaan sen yleisen käsityksen kanssa, että lääkityksen ensisijainen tarkoitus on auttaa psykiatrista potilasta voimaan paremmin, auttaa häntä toipumaan sairaudestaan ja lievittää hänen oireitaan. Heidn kertomasta tuli kuitenkin ilmi, että hän koki lääkityksen ensisijaisena tavoitteena olevan auttaa potilasta selviytymään sairaala- ja hoitokokemuksestaan. Koska Heidn mukaan lääkkeitä määrättiin ”varmaan ihan paljon liikaa”, tulee hänen sanoistaan sellainen vaikutelma, ettei hän saanut vaikuttaa lääkitykseensä paljoakaan. Voidaan ajatella, että Heidistä tuli objekti suhteessa omaan lääkitykseensä, mikä kuvastaa jälleen hänen toimijuutensa menetystä hänen hoitonsa aikana. Heidi kertoi, että ylipäättään hänen vaikutusmahdollisuutensa omaan hoitoonsa olivat vähäiset. Keskustellessamme Heidn kanssa päätöksentekoon osallistumisesta hoidon aikana Heidi totesi:

No ei se tietenkään oo niin ku hyvä, että ne niin ku yksinään sitä päätöstä tekee. Kyllä siihen tarttis saada itekki. Et se oli jotenki niin ku ihan kamalaa, että sitä pidettiin niin ku, et mua pidettiin semmosena, et mä en ois kykenevä itse siihen osallistumaan.

Myös tässä kohtaa Heidn kertomassa kuvastui se, että hänen osallisuutensa omassa hoidossaan sivuutettiin. Vaikuttaa siltä, että Heidiä koskevan päätöksenteon taustalla on ollut asiantuntijalähtöinen oletus siitä, että Heidi oli kykenemätön osallistumaan itseään koskevaan päätäntään (vrt. Kangas 2003, 82). Myös Heidi oli törmännyt hoidossaan ongelmalähtöiseen kategorisointiin, ja tämä tuli esiin hänen pyrkimyksessään päästä sairaalasta nopeasti pois: vaikka Heidi omasta mielestään käyttäytyi hilliten itseään ja mahdollisimman normaalisti, katsoi hoitohenkilöstö hänet kuitenkin hoidon tarpeessa olevaksi. Heidn mukaan hänet oli häntä kuulematta luokiteltu ”valmiiksi” hoitoa tarvitseväksi. (vrt. Goffman 1969, 30, 36, 68.)

Amanda oli ollut vapaaehtoisessa hoidossa. Hänen hoitokokemuksissaan tähdentyi ”hoitopaikasta taistelemisen”. Amanda kertoi, että osaksi koska hän oli hakeutunut aina omaehtoisesti hoitoon, hän oli joutunut kamppailemaan hoitopaikastaan useaan kertaan. Viimeisintä kamppailuaan Amanda kuvaili näin:

No sitten tota, ensin yritin sieltä psykiatrian poliklinikan kautta, et sain tommosen akuuttiajan ja sit tapasin lääkärin. Hän vaan sitten anto jotain rauhoittavia, et ei laiteta lähetettä sinne. No, mä menen taas vastaanotolle parin päivän kuluttua, et mä tarvin hoitoa. Suurin piirtein naama punasena siel ihan huusin, mikä ei oo ollenkaan mun tapasta, et oli niin hirveen hätä. Ja tota no, sitten lääkäri vaan määräsi jotain rauhoittavia, kuitenkin sano, että ei sun tilas oo niin vakava. Et osastopaikat on hyvin tiukalla muutenkin. No, palaan sitten kotiin. Soitan seuraavana päivänä tälle lääkärille, et on se nyt kumma, jos mun täytyy alkaa itseäni satuttamaan sen takia, et pääsen sairaalaan hoitoon. Et miten tää on mennyt tämmöseks tää systeemi? Ja sit lääkäri sano, et jos tilanne on niin paha, niin mene sitten päivystykseen, et näillä resursseilla. No, sitten lähden päivystykseen. No, siellä sitten kuitenkin otetaan ihan vakavasti.

Amandan kertomasta kävi ilmi, että hänen oma arvionsa omasta tilastaan ja senhetkisestä voinnistaan tuli sivuutetuksi. Amanda kertoi myös todenneensa lääkärille, että pitääkö hänen konkreettisesti vahingoittaa itseään päästäkseen hoitoon. Tilanteen olisi pitänyt siis olla äärimmäisen vakava. Voidaan ajatella, että ristiriitaista tilanteessa oli se, että huolimatta Amandan aiemmista sairaalahoitojaksoista ja oireiluista lääkäri ei määrännyt hänelle minkäänlaista jatkoseurantaa: lääkäri määräsi Amandalle ainoastaan lääkitystä ilmeisesti olettaen, että Amanda pärjäisi kotioloissa. Amanda joutui juoksemaan taholta toiselle päästäkseen hoitoon, ja lopulta päivystyksen kautta hän pääsi osastolle. Vaikuttaa siltä, että millään häntä hoitavista tahoista ei ollut kokonaiskuvaa hänen tilanteestaan. Voidaan todeta, että avainasemassa Amandan hoitoon pääsyssä olivat hänen oma aktiivisuutensa, toimijuutensa ja sinnikkyytensä. Näihin tekijöihin kaikilla psyykkisesti sairastavilla ei välttämättä ole voimavaroja. Amanda koki, ettei hän tullut kuulluksi huolimatta avunpyynnöstään. Amanda puhui kertomassaan ”systeemistä” ja siitä, millaiseksi se on mennyt. Systeemi sanan voi tulkita viittaavan johonkin toistuvaan ja systemaattiseen, jopa hoidon rakenteeseen, abstraktiin koneistoon, johon ei pääse itse vaikuttamaan. Amandan kohdalla tämä ilmeni siinä, että hän oli useaan otteeseen joutunut omien sanojensa mukaan taistelemaan hoitopaikastaan. Amanda mielsi, että hoidosta oli aina ollut hänelle hyötyä ja apua. Tosin hänen haastattelustaan ei käynyt tarkasti ilmi, mitkä tekijät liittyivät myönteisiin hoitokokemuksiin, sillä hän toi ilmoille enemmän kielteisiä hoitokokemuksia, jotka liittyivät juuri hoitopaikasta taistelemisen kokemukseen.

Keskustelin haastateltavieni kanssa myös siitä, miten he kokivat sairaalahoidon kokonaisuudessaan. Tiina kertoi kantaneensa huonoista hoitokokemuksistaan katkeruutta, jota erityisesti hoidon laadun vaihtelevuus aiheutti. Kuitenkin Tiina totesi:

H: Tuntuuko se siis siltä, et se meni hukkaan se aika siel?

Tiina: Tuntu vielä joitain vuosia sitten, mut nykyään mä nään tän enemmän prosessina. Mä oon paljon, paljon ehyempi ihminen, kun ennen sairastumistani.

Tiinan kertomasta kävi ilmi, että hoitokokemus voi muuttua ajan saatossa (vrt. Kaltiala-Heino 1996, 27–34). Tiinan mukaan hänen hoitonsa oli kokonaisuudessaan onnistunutta siksi, että hänet saatiin pidettyä hengissä. Isabella ja Amanda olivat lähtökohtaisesti hoitomyönteisiä ja olivat aina hakeutuneet hoitoon omaehtoisesti. Kuitenkin Amandan kohdalla ongelmalliseksi osoittautui hoitoon pääsemisen vaikeus ja Isabellan kohdalla sairaalasta kotiuttaminen vastoin hänen omaa tahtoaan. Amanda koki, että hoitoon kerran päästyään, siitä oli ollut hänelle jokaisella sairaalahoitokerralla hyötyä. Isabellalle oli jäänyt päällimmäisenä mieleen hoidosta hylätyksi tulemisen ja ”tyhjän päälle heittäminen” kokemus. Myös hän oli kokenut hoidon aikaisista tapahtumista katkeruutta. Isabella kuitenkin totesi:

Toisaalta ehkä se kertoo myös siitä, että siinä hoidossa on jotain hyvääkin, koska mä olisin halunnut sen jatkuvan. Et se just että nimenomaan siinä vaiheessa, kun oli se, et ei omat voimat tuntunu riittävän edes elämiseen ja itsestä huolesta pitämiseen. Niin sit se, että oli semmonen turvallinen paikka, jossa ei tarvinnut pelätä ja jaksaa enemmän kuin jaksaa.

Isabella toi esiin, että huolimatta vaikeista kokemuksistaan hän mieltää hoidossaan olleen myönteisiä ja hyödyllisiä tekijöitä. Hän kuvasi psykiatrista sairaalaa ”turvallisena paikkana”, jossa oli mahdollisuus toipua rauhassa omaan tahtiin ilman pelkoja ja ulkomaailman paineita. Tosin Isabella korosti, että avun saaminen on oman aktiivisuuden, toimijuuden ja omaehtoisuuden varassa. Hänen mukaansa hän sai apua juuri siksi, että hän sitä omaehtoisesti haki: Isabellan mielestä apua ei saa, ellei sitä aktiivisesti pyydä. Isabella kertoi, että hän olisi vielä tänäkin päivänä valmis hakemaan apua, mikäli tilanne niin vaatii.

Tiina, Heidi, Isabella, Amanda ja Ilona kertoivat jonkin verran myös myönteisistä hoitokokemuksistaan. Tiina kertoi esimerkiksi kohdanneensa lääkärin, joka oli antanut hänelle toivoa siitä, että hän toipuu:

Tota mä en ite muista tätä, mutta mun äiti muistaa, kun siellä suljetulla osastolla olin eristyshoidossa, ja suunniteltiin sitä mun xxx:in siirtämistä, niin lääkäri on sanonu mulle, et et sä tähän kuntoon jää. Et kyl sä tästä nyt toivut.

Isabella ja Amanda kertoivat yksittäisistä myönteisistä kohtaamisista hoitohenkilöstön kanssa ja korostivat sitä, että oli tärkeää, että omat sekä hoitohenkilöstön luonteenpiirteet kohtasivat: joidenkin hoitajien kanssa oli helpompi tulla toimeen kuin toisten. Heidi taas totesi hoidonaikaisista välittämisen kokemuksista keskustellessamme:

No tota noin, sillai ku siellä on niin pitkään ollu, ni jotenki sen sitte niin ku, se joka kerta niin ku madaltu niin ku jotenki. Oppi sillai ymmärtämään sen, et niil on kiire, et vähän niin ku rupes synkkaa niin ku niitten kanssa...

Voidaan tulkita, että Heidin toteamus ”joka kerta niin ku madaltu” kuvasi sitä, että hän koki joka sairaalahoitokerran muuttuvan aina edellistä helpommaksi. Heidin kertomasta kävi ilmi se, että hän vähitellen tuli tutuiksi hoitajien kanssa ja oppi ymmärtämään myös heidän kiireistä työtänsä.

## **6.2. Diagnoosi ei määritä minuutta**

Diagnoosin saaminen on olennainen osa psykiatrisen potilaan hoitokokemusta. Potilaan saama diagnoosi määrittää usein ainakin osittain hoitoa. Psykiatrinen diagnoosi on pitkälti sosiaalinen konstruktio, ja sen määrittelemisen riippuu ajasta, yhteiskunnasta, kulttuurisista tekijöistä ja siitä, kuka puhuu sekä missä tarkoituksessa (Helne 2002, 25–28). Nykyisin psykiatrialla on vahva määrittelyvalta psyykkisessä diagnosoinnissa, ja saatu diagnoosi saattaa vaikuttaa potilaan kokemukseen identiteetistään (Hayne 2003, 722, 725). Kuitenkin toisin kuin esimerkiksi Anna Kulmalan (2006) tutkimuksessa, jossa mielenterveyskuntoutujat määrittivät identiteettiään suhteessa saamaansa diagnoosiin, kaikille haastateltavilleni oli yhteistä, että he kokivat, ettei saatu diagnoosi määrittänyt heidän minuuttaan. Käsitys perustui haastateltavieni mukaan ennen kaikkea siihen, että he liittivät saamansa diagnoosin sairauteen, joka oli heidän mielestään hoidettavissa samalla tapaa kuin mikä tahansa muukin sairaus. Elisan toteamus kuvasi hyvin haastateltavieni asennoitumista diagnoosinsa saamiseen: ”No, kyllä mä ennemmin miellän itteni ihmiseksi, ja sillä ihmisellä on mielenterveysongelma. Eikä niin, että mä olisin mielenterveysongelma.” Elisa toi esiin

ensisijaisuutensa ihmisenä ja sen, että hänen minuutensa ja psyykkisen sairautensa välille ei voi lyödä yhtäläisyysmerkkiä. Sue Estroffin (1993) mukaan kauan psyykkisesti sairastaneet saattavat sisällyttää diagnoosinsa identiteettinsä keskeiseksi osaksi. Tällöin ihminen alkaa puhua ”minä olen” -sairauksista ”minulla on” -sairauksien sijaan. Psyykkisesti sairastava saattaa esimerkiksi todeta olevansa skitsofreenikko sen sijaan, että hän toteaisi hänellä olevan skitsofrenia. (Estroff 1993.) Elisan toteamus kertoi kuitenkin toista: hänen mukaansa hänen minuutensa, ihmisyytensä ja diagnoosinsa olivat selkeästi erotettavissa. Elisa myös kertoi määrittelevänsä eronsa suhteessa ”normaali-ihmiseen” mielenterveysongelmansa perusteella. Hän koki olevansa erilainen verrattuna sellaiseen ihmiseen, jolla ei ole mielenterveysongelmaa. Elisan mukaan hän ei ylipäätään ajatellut, että hänen ”elämänsä kaatuisi” diagnoosin saamiseen, vaikka sairaus häytti hänen jokapäiväistä elämäänsä. Elisa ei kokenut olevansa ”luuseri” samaansa diagnoosin perusteella, ja hänet oli hoidossa kohdattu yksilönä, ei tietyn diagnoosin pohjalta.

Myös Tiina puhui paljon haastattelun aikana saamansa diagnoosin suhteesta ihmisyyteensä ja identiteettiinsä. Hän totesi: ”...Et oon ihminen ensin, sen jälkeen kuntoutunut ja sen jälkeen jotain ihan muuta.” Kuten Elisan myös Tiinan toteamuksessa korostui ihmisyyden ensisijaisuus ja sitä seuraavana mielenterveyskuntoutuneen identiteetti ja kaikki se muu, joka jäi tämän ulkopuolelle. Vaikka kuntoutuneen identiteetillä oli paikkansa Tiinan senhetkisessä käsityksessä itsestään, tähdentyi hänen toteamuksessaan identiteetin moninaisuus ja se, että kuntoutuneen identiteetti oli vain yksi osa hänen minuuttaan. Tiinan identiteetti oli elänyt sairauden eri vaiheiden mukaan: hän kertoi, että hänellä oli ensin ollut potilaan identiteetti, jonka jälkeen hän oli pitkään määritellyt itsensä mielenterveyskuntoutujana. Haastatteluhetkellä hän luonnehti kuitenkin itseään termillä ”kuntoutunut”. Termillä hän halusi ilmeisesti painottaa sitä, että hän on sairastanut psyykkisesti, mutta ei ollut enää psyykkisesti sairas. ”Kuntoutunut”-termiin liittyvä merkitys ”on sairastanut” rinnastuu mielenkiintoisella tavalla Estroffin ”minä olen” ja ”minulla on” -sairauksiin: Tiinan tapauksessa diagnoosilla ja psyykkisellä sairastamisella oli paikkansa hänen senhetkisessä identiteetissään, mutta hän puhui sairastumisestaan menneessä aikamuodossa, mikä painotti sairaudesta selviytymistä. Tiina totesi, että diagnoosi seuraa häntä loppuelämän, mutta hän kertoi, ettei hänen diagnoosinsa määrittänyt häntä ihmisenä millään tavoin. Toisaalta kuntoutuneen identiteetti oli kuitenkin osa Tiinan senhetkistä käsitystä itsestään, joten

voidaan tulkita, että diagnoosilla ja sairastumisella oli sijansa ainakin osittain hänen ymmärryksessään minuudestaan. Tiinan oli kuitenkin ”kuntoutunut”-termin avulla onnistunut sulauttamaan diagnoosinsa positiivisella tavalla senhetkiseen minuuteensa: voidaan väittää, että ”kuntoutunut”-termissä korostuu psyykkisestä sairastumisesta selviytyminen ja ongelmien selättäminen. Samalla Tiina loi ”kuntoutunut”-termin avulla positiivista näkemystä psyykkisesti sairastuneista, jossa korostui ongelmien voittaminen ja sairastuneiden aktiivisuus passiivisuuden sijaan. (vrt. Crossley 2004, 168.)

Myös Isabella koki, ettei saatu diagnoosi määrittänyt hänen identiteettiään. Hän mielsi, että kyseessä oli sairaus:

... Toisaalta se on myös helpottanu, että mut on diagnosoitu, et mulla on sairaus. Tää ei johdu siitä, et mä oisin vaan laiska tai huono tai muuta että. Että mulla on sairaus. Se on ollu silleen tärkeätä. Mut sit toisaalta se on tuntunu, et mul on diagnoosi, mut sit se, että se ei jotenkin velvota sairaanhoitopuolta antamaan mulle hoitoa.

Isabella toi esiin sen, että diagnoosin saaminen oli ollut helpottava asia. Diagnoosin avulla Isabellalle syntyi käsitys siitä, että kyseessä oli sairaus, eikä sairaus johtunut hänen minuuteensa liittyvistä tekijöistä. Voidaan väittää, että diagnoosin keinoin Isabellan ongelma voitiin käsitteellistää, tunnistaa ja selittää. Samankaltaisia havaintoja on tehnyt Y. M. Hayne (2003) Kanadassa tutkimuksessaan, jossa hän tarkasteli psykiatristen potilaiden kokemuksia diagnoosin saamisesta. Hänen tutkimuksessaan kävi ilmi, että juuri diagnoosin selittävä voima helpotti psykiatrisia potilaita eniten. (Hayne 2003, 722, 726–727.) Isabella totesi myös, että koska kyseessä oli sairaus, siihen olisi hänen mielestään pitänyt saada hoitoa. Isabella toi esiin kertomassaan sen ristiriidan, että huolimatta sairauden identifioinnista hän ei ollut saanut tarvitsemaansa hoitoa. Vaikuttaa siltä, että toisin kuin esimerkiksi Ilona tai Tiina, Isabella olisi kaivannut diagnoosiin pohjautuvaa hoitoa tai ainakin sitä, että hän olisi saanut diagnoosinsa perusteella ylipäätään hoitoa. Herää kysymys siitä, mikä merkitys diagnosoinnilla on, jos diagnoosin saaminen ei vaikuta hoidon järjestämiseen tai diagnoosin avulla ei saa hoitoa.

Myös muut haastateltavistani kokivat, ettei diagnoosin saaminen vaikuttanut heidän käsityksiinsä itsestään. Taustalla olivat kuitenkin eri syyt kuin Elisan, Tiinan ja Isabellan

kohdalla. Sekä Heidi että Ilona kyseenalaistivat voimakkaasti saamansa diagnoosin, eivätkä he kokeneet, että saatu diagnoosi vastasi heidän näkemyksiään omasta tilanteestaan. Keskustellessamme diagnoosin saamisesta Heidin kanssa hän totesi:

H: Miltä diagnoosin saaminen kuulosti?

Heidi: No kyllä se aika pahalta niin ku tuntu, että niin ku sitten sillai leimataan. Ja sitte ku mä en niin ku itteeni tunnistanu niistä esitteistä (diagnoosia kuvaavat esitteet), et mä olisin niin ku semmonen ihminen. Että ei se ollu oikeen kivaa.

Heidi koki tullessa hoidossa leimatuksi diagnoosinsa perusteella, eikä hän kyennyt yhdistämään saamaansa diagnoosiaan senhetkiseen tilanteeseensa. Osittain tämä saattoi johtua siitä, että Heidi mielsi, ettei hoidosta ollut edes jälkikäteen ajateltuna paljoakaan hyötyä. Voidaan tulkita, että Heidin toteamus ”en niin ku itteeni tunnistanut niistä esitteistä” kuvasi sitä, että Heidi koki saamansa diagnoosin olevan epäsoinnussa hänen itsekäsityksensä tai senhetkisen tilanteensa kanssa. Myös Hayne on todennut tutkimuksessaan, että psykiatrinen potilas saattaa kokea diagnoosin saamisen ”veitsen kaltaiseksi voimaksi”, joka lävistää potilaan minuuden ja aiheuttaa voimakasta ristiriitaisuuden tunnetta (Hayne 2003, 725). Heidiä vaivasi vielä haastatteluhetkellä epätietoisuus diagnoosistaan, mikä johtui osin siitä, että hän oli saanut yksityisellä sektorilla toisenlaisen arvion sairaudestaan kuin julkisella sektorilla. Heidi pohti, oliko hänellä ylipäätään sairautta vai johtuivatko sairaalassaolokerrat uupumuksesta. Kuitenkin myös Heidin oli sitä mieltä, että mikäli hänellä on psyykeen sairaus, oli se hoidettavissa lääkityksellä samalla tapaa kuin mikä tahansa muukin sairaus. Heidi koki kuitenkin saamansa diagnoosin taakkana, koska se oli hänen mukaansa elinikäinen ja edellytti tietyn lääkityksen käyttöä loppuelämän.

Myös Ilona kyseenalaisti saamansa diagnoosin ja siihen pohjautuvan hoidon:

Mutta sitten myöhemmin en mä oikeen tiiä, onks se tuntunu miltään. Koska ei se oo muuttanu sitä, et yhtäkkii oisikin joku ”aa, nyt on kaikki selvää”. Varsinkin kun pysty itse enemmän miettii, mikä on se ongelma, pysty kyseenalaistamaan koko diagnoosin. Ja niin kun jotenkin myöskin se, et hoito on diagnoosin mukasta, niin ei oo hyvä.

Ilona oli ollut monen vuoden sairaalakierteessä, ja hänen diagnoosinsa olivat vaihdelleet. Myös Ilonan suhde diagnooseihinsa ja niiden vaikutus hänen elämälleen olivat vuosien



saatossa vaihdelleet. Ilona kertoi, että sairastumisensa alkuvaiheessa hän halusi tietää saamansa diagnoosin sisällöstä. Ilonan kertomasta kävi kuitenkin ilmi, että myöhemmin diagnoosi ei tuonut hänelle samanlaista selittävää ja käsitteellistä helvetusta kuin esimerkiksi Isabellan kohdalla. Ilonan mukaan hän oli sairastumisensa myöhemmässä vaiheessa pyytänyt diagnoosinsa tarkistusta, koska hän oli siitä eri mieltä. Ilona kertomasta ilmeni, ettei saatu diagnoosi selventänyt asioita, vaan ongelman määrittely tapahtui itsestä käsin. Ilonan toipumisessa olivat keskeisiä hänen oma toimijuutensa ja aktiivisuutensa, joiden keinoin hän löysi itselleen parhaat hoitomuodot, esimerkiksi psykodraamakuntoutuksen. Ilona toi myös hoitokokemuksiensa perusteella esiin sen, että oli ongelmallista, että hoito oli diagnoosiin perustuvaa. Ilonan kohdalla tämä oli erityisen ongelmallista, koska hän ei sairautensa myöhemmissä vaiheissa hyväksynyt saamaansa diagnoosia ja siihen perustuvaa lääkitystä.

Myös Amanda kyseenalaisti samansa diagnoosin ja osittain sen pätevyyden selittävä tekijänä. Amandalle diagnoosi tuli yllätyksenä hänen saadessaan sairaalahoidon jälkeen lääkärin lähettämän epikriisin eli hoidon päätteeksi laaditun raportin sairauden kulusta ja hoidosta. Amanda kuvasi olleensa järkyttynyt saamastaan diagnoosistaan, koska siitä ei keskusteltu hoidon kuluessa. Kuitenkin asiaa pohdiskeltuaan hän tuli siihen tulokseen, että diagnoosi oli sopiva hänen senhetkiseen tilanteeseensa:

Se tuntu ensin niin kun tosi stigmat. Ja ku mä oon kuullu, et kyseisen diagnoosin saa niin kun tän ikänen nainen hyvin usein ilman niin kun riittäviä perusteita. Ja tota, mut sitten mä jotenkin juttelin mun psykologin ja terapeutin ja lääkärin kanssa asiasta, niin ymmärsin, että se nyt sopii senhetkiseen tilanteeseen hyvin. Ja sitä käyttäen mulle voidaan tarjota parasta mahdollista hoitoa. Mä ajattelen sen nyt ehkä hyvin kevyesti, ja et se ei määritä ihmisenä juurikaan. Se on vaan diagnoosi.

Amanda kertomasta kävi ilmi, että diagnoosin saaminen tuntui hänestä aluksi hämmentävältä asialta ja leimaavalta. Amanda pohti diagnoosinsa perusteita etenkin kuulopuheidensa perusteella. Hoitotahon kanssa keskusteltuaan Amanda kuitenkin vakuuttui diagnoosinsa positiivisista puolista: diagnoosin avulla Amandan oireilu tuli ainakin tilanteellisesti käsitteellistetyksi. Amanda mielsi, että diagnoosi oli pikemminkin hetkellinen, ja sen avulla häntä voitiin hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla. Amanda teki eron itsensä ja diagnoosinsa välillä toteamalla, ettei diagnoosi ”määritä häntä ihmisenä juurikaan”. Koska Amanda totesi,

että kyseessä oli ”vaan diagnoosi”, voidaan tulkita, että hän mielsi kyseessä olevan tilanteellinen ja ehkä ohimeneväkin sairaus, joka oli hoidettavissa samalla tapaa kuin mikä tahansa muukin sairaus. Amandalle diagnoosi ei siis merkinnyt totaalista totuutta.

Isabellan lisäksi valtaosa haastateltavistani koki hoitokokemuksiensa perusteella diagnoosin saamisen helpotukseksi. Elisa tiivistä myönteisen kokemuksensa diagnoosinsa saamisestaan näin:

Ei se oo (diagnoosin saaminen) mitään masennusta aiheuttanu eikä itsemurhavaaraa. Sehän oli, ku mä ensimmäisen kerran sen diagnoosin sain, sehän oli pelkästään positiivinen juttu. Sit sille asialle, mikä mua vaivas, tuli nimi. Sit siitä saatto puhua. Et se vaan helpotti se diagnoosin saaminen elämää. Et ei siitä mitään kielteistä oo missään vaihees seurannu.

Elisa kuvasi diagnoosin saamistaan positiivisena asiana, ja voidaan tulkita, että diagnoosi teki hänen kohdallaan näkymättömissä olevasta näkyvän. Myös Elisan kertomassa korostui sairauden käsitteellistämisen hyöty, jonka johdosta sairaudesta voitiin puhua, ja siihen oli mahdollista saada hoitoa. Voidaan väittää, että psyykkisen sairauden käsitteellistäminen tekee siitä myös kulttuurisesti hyväksytyimmän. Elisa koki, että diagnoosi vaikutti sen selittävän luonteen vuoksi hänen elämäänsä myönteisesti, eikä hän kokenut diagnoosista olleen haittaa. (vrt. Hayne 2003, 726–727.) Elisan haastattelusta ei käynyt ilmi, millä tapaa hoitohenkilöstö oli kertonut hänelle hänen diagnoosistaan. Koska Elisalle ja osin myös muille haastateltavistani oli muodostunut positiivinen diagnosointikokemus, voidaan olettaa, että hoitohenkilöstö oli osaltaan ehkä osannut välittää heille tiedon diagnoosista ymmärrettävästi ja heidän oloaan helpottavalla tavalla. Hayne on tähdentänyt tutkimuksessaan, että hoitohenkilöstön tulisi kiinnittää erityistä huomiota diagnoosista kertomiseen potilaalle ja siihen, miten potilas kokee saamansa diagnoosin (Hayne 2003, 727–728).

Elisa ja Tiina toivat myös esiin sairastumisen mukanaan tuomia positiivisia tekijöitä ja asioita, joita he olivat sairastumisensa myötä oppineet. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna voidaan väittää, että psyykinen sairastaminen oli vaikuttanut positiivisella tavalla heidän minuuteensa. Elisa kertoi, että hän oli sairastumisensa myötä oppinut hyväksymään erilaisuutta enemmän. Tiina taas kertoi, että sairastuminen oli opettanut hänelle, että vaikeista kokemuksista voi selvitä, ja että hän ymmärsi sairastumiskokemustensa perusteella

ihmisyyden ja inhimillisyyden merkityksen uudella tapaa. Sairastumisen myötä hän oli oppinut suvaitsevaisuutta ja välttämään ihmisten lokeroimista. Haynen mukaan potilaan yksi tapa suhtautua psykiatrisen diagnoosin saamiseen on mieltää diagnoosi ainutlaatuisia sekä arvostettuja ominaisuuksia tuovaksi ja ”erilaisuuden lahjaksi”. Voidaan ajatella, että myös tämä tekee psykiatrisesta diagnoosista tietyllä tapaa yhteiskunnallisesti hyväksytyimmän. Toisaalta Haynen tutkimuksen perusteella diagnoosin saamiseen sisältyy olemisen delegitimointia, joka merkitsee kulttuurisesti epäloogiseksi ja -hyväksyttäväksi tekemistä. Potilaan joutuu usein tasapainoilemaan näiden kahden ristiriitaisen tekijän välillä. (Hayne 2003, 725–726.)

Tiina ja Isabella toivat esiin diagnoosin saamiseensa liittyvät häpeän, riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet. Voidaan ajatella, että osin psykiatriseen diagnosointiin sisältyvä kulttuurinen epänormalisointi, delegitimointi saattaa aiheuttaa näitä tunteita. Tässä mielessä voidaan ajatella, että ympäröivän yhteisön ja yhteiskunnan käsitys siitä, mikä on psykiatrisen potilaan minuus, aiheutti Tiinan ja Isabellan kohdalla voimattomuuden tunteita. Molemmat olivat joutuneet tekemään tietoista prosessointia häpeän ja riittämättömyyden tunteiden läpikäymiseksi ja voittamiseksi. Tiina kuvasi asiaa näin:

Niistä (häpeän ja syyllisyyden tunteista) mä oon päässy oikeestaan kokonaan eroon. Et vuosikausia ne kulki mukana, mut sit jotenki ne on alkanu häviimään. Et niin ku oon monta kertaa sanonu, mä en sitä sairauttani häpee, paino sanalla enää. Oon hävenny ihan hirveesti, kokenu syyllisyyttä. Et oon kantanu sellasta syyllisyyden taakkaa asioista, jotka nyt jälkeinpäin, kun niit on käsitelty, niin on tajunnu, ettei olisi tarvinnut kantaa syyllisyyttä tälläsistä jutuista. Paljon negatiivisia tunteita siihen liittyen. Kun on sitä vastuuta ottanu, niin sitä kautta on pystyny luopumaan.

Tiina kertomasta kävi ilmi, kuinka negatiivisista tunteista irti pääseminen vaati häpeän selättämistä ja sen ymmärtämistä, ettei syyllisyyttä tarvitse kantaa. Tiina puhui haastattelun aikana vastuunottamisesta, joka helpotti kielteisten tunteiden selättämistä. Tiinan mukaan sairaudesta selviytymisessä juuri vastuunottamisen takaisin saaminen oli keskeisellä sijalla: se merkitsi hänelle vastuunottamista sairaudesta, itsestä ja oireiluista. Isabella taas kuvasi suhdettaan sairauden aiheuttamiin häpeän tunteisiin näin:

Mut kyllä se niin kun se pohjimmainen häpeä on just semmonen riittämättömyyden tunne ja se, et kuka mun kanssa haluaa olla, kun mä oon

näin huonossa kunnossa. Ja semmonen pyytää anteeksi omaa olemassaoloaan. Mut semmosta julkista häpeää tai sitä, et haluaa piilottaa sen, mitä mä oon ollu, siitä mä haluan taistella irti.

Isabellan kertomasta kävi ilmi, että hänen kohdallaan häpeän tunne kumpusi riittämättömyyden tunteesta, johon hänen mielestään sairauden diagnosointi toi kylläkin osaltaan helpotusta. Hän ei kokenut kuitenkaan sairautensa ja saamansa diagnoosin itsessään aiheuttavan häpeää. Sekä Tiinan että Isabellan mielestä avoimuus omasta sairaudesta suhteessa muihin ihmisiin oli oleellista. Isabella kertoi, ettei hän halunnut piiloutua oman sairaustautensa kanssa. Hän kertoi tietoisesti kamppailleensa ollakseen avoin sairautensa suhteen. Tiina ja Isabella myös kokivat saaneensa enimmäkseen ymmärrystä osakseen tuodessaan sairastumiskokemuksensa muille esiin. Tiina totesi avoimuuden merkityksestä näin:

Et jos joku ihminen haluaa määritellä mut jollakin tavalla tietäen sen, että mulla on taustalla ollu tämmönen diagnoosi, niin siinäpäähän määrittää. Mutta enimmäkseen oon kokenu nimenomaan sitä, että ihmiset on niin kun ällistyneitä, miten avoimesti mä näistä asioista puhun ja miten tavallaan kriittisesti pystyn tarkastelemaan tätä kaikkee hoitoo, esimerkiksi mitä mä oon saanu ja tälle. Mä tavallaan koen, et se on yks mun elämäntehtäväni, et voin olla edistämässä sitä hoitoo, mitä psykiatriset potilaat saa. Se on yks juttu, mihin mä aina lähden mukaan.

Tiinan kertomasta kävi ilmi, että hän ei tuntunut välittävän siitä, mikäli hänen minuutensa määrittellään hänen diagnoosinsa perusteella. Hän koki, että ihmiset suhtautuivat hänen avoimuuteensa omasta sairaudestaan enimmäkseen myönteisesti. Myös Isabella koki, että ihmiset olivat yleisesti ottaen empaattisia ja ymmärtäväisiä, kun tiesivät, mistä psyykkisessä sairaudessa on kyse. Sekä Tiinaa että Isabellaa yhdisti se, että he kokivat avoimuuden ja tiedon jakamisen psyykkisistä sairauksista tärkeäksi, jotta psyykkisesti sairastuneita koskevia asenteita ja ennakkoluuloja voitaisiin muuttaa. Molemmat olivat osallistuneet myös järjestötoimintaan vertais- tai kokemusasiantuntijaroolissa. Toimintansa, asenteidensa ja avoimuutensa välityksellä Isabella ja Tiina ilmensivät vastarinnan habitusta, jossa keskeistä on se, että psyykkisesti sairastanut politisoi oman kokemuksensa. Suhdettaan kokemusasiantuntijuuteen Isabella kuvasi näin:

Isabella: Mut sit tietenkkin se, et silloin ku mä oon ollu paremmassa kunnossa, mul on ollu mahdollisuus tehdä ja olla mukana. Ja yrittäny sitte tavallaan olla äänenä niillekin, joilla ei ole voimia, ja joilla ei ole uskallusta tuoda omaa ääntään esiin. Jotka niin kun kaikkein eniten sitä tarvitsee.

Isabella kertomasta kävi ilmi, kuinka tärkeää on, että psyykkisesti sairastaneet saavat äänensä kuuluviin yhteiskunnassa, ja kuinka tärkeää on puolustaa niitä, joilla ei ole voimia tai uskallusta. Hän kertoi törmänneensä kokemusasiantuntijana toimiessaan käsitykseen, että mielenterveyspotilaat ja -kuntoutujat ovat yhteiskunnan ulkopuolella olevia toisia. Isabellan mukaan on tärkeää viestittää, että sairaalassakin ollessaan psykiatriset potilaat eivät ole yhteiskunnasta erillään vaan yhteiskunnan jäseniä. Elisa taas kuvasi psyykkisiin sairauksiin liittyviä pelkoja näin: ”Se on tietty surullista, et ihminen on niin tietämätön, et pelkää sellasta, mitä ei niin ku tunne. Mut et ei sille vaan voi mitään.” Psykologi David L. Pennin ja psykologi James Martinin (1998) tutkimuksen mukaan yhteisön negatiivisia asenteita psyykkisesti sairaita kohtaan voidaan vähentää avoimuudella ja tiedolla, joka korjaa psyykkisiin sairauksiin liittyviä väärinkäsityksiä, esimerkiksi käsityksiä psyykkisesti sairaiden väkivaltaisuudesta ja psykiatristen potilaiden kontaktilla yhteisöön. Myös stereotyyppisiin mediakuvastoihin vaikuttaminen on tässä keskeistä. Pennin ja Martinin mukaan hoitohenkilöstön tulisi kiinnittää erityisesti huomiota potilaiden leimautumista vähentävään kielenkäyttöön sekä pyrkiä oikeanlaisen tiedon jakamiseen edesauttaakseen psyykkisiin sairauksiin liittyvää erilaisuuden hyväksymistä. (Penn & Martin 1998, 243.)

Diagnoosin saaminen ei aiheuttanut tutkimusaineistoni perusteella haastateltavilleni vahvaa leimautumisen kokemusta, lukuun ottamatta Heidiä, joka eksplisiittisesti kuvaili saamaansa diagnoosia leimaavaksi ja kyseenalaisti sen. Haastateltavani ylipäätään olivat sitä mieltä, että leimautumisen kokemuksen tuotti sairaalayhteisön ulkopuolinen yhteiskunta. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että riippumatta psykiatrisen hoidon negatiivisista tai positiivisista vaikutuksista potilaille, psyykkisesti sairastuneiden leimautumisen kokemus muodostuu suhteessa sairaalan ulkopuoliseen yhteisöön (Rogers & Pilgrim 2014, 184–185). Sosiologi Sarah Rosenfieldin tutkimuksessa (1997), jossa hän tarkasteli psykiatrisen hoidon ja leimautumisen vaikutuksia psykiatristen potilaiden elämäntyytyväisyyteen, kävi ilmi, että edes hyväkään hoito ei aina aikaansaa potilaan elämäntyytyväisyyttä, sillä psyykkisesti sairaat kohtaavat ennakkoluuloja yhteiskunnassa (Rosenfield 1997, 665, 670). Toisaalta tutkimusaineistostani kävi ilmi, että Tiina ja Isabella kokivat, että oikeanlaisen tiedon

jakamisen myötä muut ihmiset suhtautuivat heidän mielenterveyspotilaan taustaansa myönteisesti. Saattaa olla, että Tiina ja Isabella kokivat, että heidän henkilökohtaiset kokemuksensa erosivat siitä, miten psyykkisesti sairastuneista yleisesti ajatellaan: he toivat esiin, että psyykkisesti sairaisiin liitetään yleisesti ottaen lähinnä negatiivisia asioita. Tutkimusaineistostani poiketen Elisan kohdalla esiintyi myös itsensä leimaamista:

Kyl mä periaatteessa pidän itseäni toisen luokan kansalaisena, niin ko esimerkiksi senkin takia, et kuinka paljon tää mun sairaalahoito, terapia ja lääkkeet, et kuinka paljon yhteiskunnalle on tullu se maksamaan. Et mä oon niin ku yhteiskunnan syöpäläinen tavallaan.

Voidaan tulkita, että Elisan kertomassa kuvastui yhteiskunnassa vallitseva uusliberalistinen ja keskiluokkainen käsitys ”kunnon kansalaisesta”, joka pärjää omillaan, ja joka ei kuormita julkista sektoria. Koska Elisa ei täyttänyt tätä ihannetta, hän määritteli itsensä ”yhteiskunnan syöpäläiseksi”, joka muodostui pelkäksi kulueraiksi yhteisölle. Haastateltavani kokivat, että yleisesti ottaen psyykkisesti sairastuneisiin liitetään lähinnä negatiivisia asioita: väkivaltaisuutta, epäuskottavuutta, ailahtelevaisuutta, typeryyttä, ahdistavuutta, tunteettomuutta ja kognitiivisten kykyjen heikkenemistä. Haastateltavani olivat myös sitä mieltä, ettei psyykkisesti sairastuneita haluta esimerkiksi naapuriin. Haastateltavani kuitenkin haastoivat näitä vallalla olevia stereotyyppioita turvautumalla osittain aktiiviseen vastarintaan ja -puheeseen. Voidaan tulkita, että tutkittavani turvautuivat yhtäältä tavallisuusretoriikkaan, jossa korotetaan tavallisuutta hyväksytyksi tulemiseksi ja toisaalta eron politiikkaan, jossa haastetaan aktiivisesti ulkopäin tulevat kategoriat luomalla vaihtoehtoisia identiteettejä. (Juhila 2004, 28–31.) Esimerkiksi Heidi kuvasi psykiatrisia potilaita tavallisuusretoriikan keinoin: ”En mä ainakaan nää itessäni enkä toisissa potilaissa, et ketä siel oli, ja kehen olin tutustunu, et niin ku poikkeis.” Toisaalta Heidi turvautui haastattelun aikana myös selkeästi eron politiikkaan. Heidn mukaan psykiatriset potilaat olivat ”järkevempiä kuin ulkona olevat ihmiset”, jotka ”eivät ajattele mitään”, ja jotka ovat ”putkiaivoja”. Heidi kyseenalaisti terveen ja sairaan välisen jaottelun toteamalla, että hoidossa olevat olivat hänen mielestään terveitä, ja ulkona olivat ”ne, jotka eivät ole terveitä.” Tiina taas kertoi joutuneensa korostamaan tavallisuuttaan työelämässä, sillä hän koki, että hänen täytyi ainakin aluksi todistaa työssään pystyvänsä siihen paremmin kuin niin sanotun ”terveen” ihmisen. Kaiken kaikkiaan haastateltavani korostivat kuitenkin psyykkisen sairastumisen aikaansaaman leiman selättämistä sekä vaikeita tilanteita ja ongelmia, joista he olivat selviytyneet (vrt. Crossley

2004, 168). Tiinan kertomassa ilmeni voimakkaasti oman kokemuksen politisointi ja psyykkisesti sairastuneiden oikeuksien tähdentäminen:

Ku oon aina jotenki kapinoinu sitä leimaa vastaan. Ku oon ollu huonossa kunnossa, niin mä on niin ku nähny itteni sairaana, enkä hulluna ihmisenä. Jotenki oon sitä hullun leimaa kohtaan kapinoinu tietosestikin ja sitte myös alitajusesti tapellu sitä vastaan, sitä leimaa. Et mul on sairaus, ja sen pitä olla hoidettavissa, ja paras ois, että saisin hyvää hoitoa, kun oon saanu tämmösen sairauden. Mutta mä en oo hullu, mä en aio loppuikäni olla psyykkisesti vammaisen niin ku on tää termi, mitä jotkut käyttää, mikä on mun mielestä ihan hirvee.

### 6.3. Vertaistuen voima

Potilaiden keskinäinen vertaistuki oli keskeisellä sijalla haastateltavieni sairaalahoidon aikaisissa hoitokokemuksissa. Haastateltavani kertoivat, että vertaistuki oli hoidon aikainen voimavara. Tiina kuvasi vertaistuen voimaa näin:

Öö, tavallaan yks asia, mikä siinä nousi, oli meidän semmonen keskinäinen vertaistuki siellä osastolla. Et sitä ei silloin osattu nimetä vertaistueksi. Et oli sellanen tietynlainen turvallinen yhteisöllisyys. Ja sitä, et oli ihmisii, jotka oli samassa tilanteessa. Ja jokainen oireili vähän omalla tavallaan ja teki vähän omituisia temppuja. Mutta me siedettiin toisiltamme ihan hirveesti. Et sen jotenki kesti sen toisten oireilun, koska tiesi, et ne kestää myös oman oireilun.

Tiina alkoi puhua vertaistuen merkityksestä jo heti haastattelutilanteen alussa, minkä perusteella voidaan olettaa, että vertaistuki oli keskeisessä asemassa hänen sairaalahoidon aikaisissa kokemuksissaan. Hän kuvasi vertaistuen merkitystä ”turvalliseksi yhteisöllisyydeksi”, jossa jokainen potilas tuli hyväksytyksi omine oireineen ja taudinkuvineen. Myös Elisa liitti vertaistukeen paljon myönteisiä tekijöitä:

Mut toi, kyl mä koen, et muista potilaista on ollu vertaistukea. Ja se tieto siitä, et toi on niin kun samalla tasolla kun minä. Et se on yhdenvertanen mun kanssa. Ja sit tavallaan toisella puolella on se henkilökunta. Et me ollaan sen toisen potilaan kanssa samassa asemassa.

Elisan kertomasta käy ilmi, että hän liitti vertaistukeen samalla tasolla ja asemassa olemisen sekä yhdenvertaisuuden merkitykset. Elisan kertomasta kuvastui, kuinka tärkeässä asemassa psykiatrisessa sairaalahoidossa on potilaiden samankaltaiseen elämäntilanteeseen perustuva

kokemusten vaihto, mikä on jo aiemmissa tutkimuksissa todettu keskeiseksi (vrt. Rissanen 2015b, 239). Elisa myös totesi, että hoitohenkilöstö oli ”toisella puolella” potilaiden muodostaessa keskinäiseen yhdenvertaisuuteen perustuvan ryhmän. Elisan kokemuksia vertaistuesta voidaan tulkita Goffmanin veljellistämisen prosessin käsitteellä, jonka mukaan psykiatristen potilaiden sosiaaliset erot katoavat sairaalassa, ja potilaat siten muodostavat uudenlaista, keskinäiseen solidaarisuuteen perustuvaa yhteisöllisyyttä. Goffmanin mukaan psykiatristen potilaiden keskinäiset vuorovaikutussuhteet auttavat potilaita ”välttämään laitokseen sulkemisen tuhoisat psykologiset vaikutukset”. (Goffman 1969, 45–47.)

Myös Isabella kertoi, että vertaistuki oli ”ehkä parasta antia”, jota hoidossa oli. Hänelle vertaistuki toi toivoa paremmasta:

Se oli mulle jotenkin aivan parasta, et siel oli parikin äitiä. Varsinkin yks äiti pienen lapsen kanssa. Ja sit ku se lapsi oli, pysty seuraamaan sitä. Se oli jotenkin niin kun mulle niin kun se parantavin kokemus, et hei, mä pystyn vielä hymyilemään, et elämässä on jotain toivoo.

Ilona taas kuvasi vertaistuen merkitsevän hänelle linkkiä ”normaaliin” elämään ja kontaktia ulkomaailmaan:

Joo (sai vertaistukea) ja kyllä myös sellasta ihan niin kun normaalia, vähän niin kun jotain, joka muistuttaa siitä, et täällä ei olla täysin erillään. Et semmosta normaali keskustelua ja...Ja semmosta niin kun muistuttaa inhimillisyydestä.

Ilonan kertomasta kävi ilmi, että arkipäiväinen keskustelu muiden potilaiden kanssa muistutti häntä siitä, että sairaalassa ei oltu täysin yhteiskunnan ulkopuolella, ja sairaalassakin ollessa mielessä liikkui ihan perustavanlaatuisia inhimillisiä kysymyksiä.

Juuri keskustelu ja arkipäiväisten asioiden sekä samankaltaisten kokemusten jakaminen olivat haastateltavieni mukaan vertaistuessa keskeisiä tekijöitä. Myös kokemukset hoidon epäkohdista yhdistivät potilaita ja toivat yhteenkuuluvuuden tunnetta. Isabella kuvasi tätä näin: ”Se niin kun keskustelu ja elämänkokemusten läpikäyminen. Ja sit semmonen toisaalta, mikä myös päiväsairaalassa oli, semmonen yhteinen vastustus systeemiä kohtaan, et miks tää toimii näin.” Isabellan kertomasta kävi ilmi, että hoidon epäoikeudenmukaisuuden



vastustaminen loi yhteisöllisyyden tunnetta potilaiden välille sairaalassaoloaikana. Tiina taas kertoi, että potilaiden välistä yhteenkuuluvuuden tunnetta luotiin korostamalla potilaiden ja hoitohenkilöstön välistä jaottelua vastarinnan sekä kapinahengen avulla:

Juu ja tiettyjä hoitajia kohtaan (vastarintamieltä). Mä kerroin jo, et me katottiin niin ku, et voi hitsit toi tuli yövuoroon. Niin me sit hypittiin seinille ja oltiin mahdottomia ihan tahallaan sitä kohtaan. Et osotettiin, et me ei susta kauheesti kyllä välitetä. Kyl me osattiin sit olla julmiaki näitä kohtaan. Toisaalta he niin ku omalla käytöksellään aiheutti sen, että he tuli sinne niin ku auktoriteettina ja jotenki päättämään meidän asioista. Et me sit kyllä annettiin takasin samalla mitalla. Et sähän et mistään tiedä, ja sit me ruokittiin sitä. Et kyllähän siellä oikeusmurhia tapahtu, että jotain kohdeltiin typerästi, ja sitten koko porukka oli, että nyt vittu.

Tiinan kertomasta kävi ilmi, että kapinamielisiä, vastarinta ja ryhmävoima liittyivät etenkin tiettyjen hoitajien toimintaan, jota vastaan potilaat protestoivat. Yhtäältä Tiina totesi, että potilaiden toiminnassa oli julmuutta epäsuosittuja hoitajia kohtaan, mutta että toisaalta nämä hoitajat aiheuttivat omalla käytöksellään kapinaa potilaiden keskuudessa. Tiinan mukaan epäsuosituille hoitajille oli ominaista auktoriteettina toimiminen ja potilaiden päätöksentekooikeuden sivuuttaminen. Myös Elisa kertoi, että kapinan järjestämisestä potilaiden keskuudessa oli puhuttu, mutta se oli lähinnä leikkimielistä, eikä sitä olisi oikeasti toteutettu.

Suurin osa haastateltavistani toi esiin sen, että vuorovaikutus potilaiden kesken sairaalassa ei välttämättä eronnut paljoakaan laitoksen ulkopuolisessa maailmassa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Goffmanin mukaan psykiatrisen sairaala aikaansaa saartovaikutusta. Saartovaikutus merkitsee potilaan eristäytymistä yhteiskunnasta ja omasta kotikulttuuristaan. Saartovaikutus perustuu siihen, että potilaan kommunikointi ulkomaailman kanssa ja sairaalasta poistuminen vaikeutuu hoidon aikana. Goffmanin mukaan psykiatrisessa sairaalassa potilaan saattaa olla myös vaikeaa pitää toiminnassa ulkomaailmassaan ylläpitämiään erilaisia roolejaan sosiaalistuessaan potilaan asemaan. (Goffman 1969, 5–6, 12–15.) Haastateltavieni kertoman perusteella voidaan kuitenkin tulkita, että potilaiden keskinäinen vuorovaikutus ja keskustelu saattoivat lieventää saartovaikutuksen voimaa, kun potilaat keskittyivät keskusteluissaan muihin kuin sairauksiinsa ja vaikeisiin elämäntilanteisiinsa liittyviin asioihin. Voidaan ajatella, että sairaalan ulkopuoliseen maailmaan liittyvistä asioista keskusteleminen voi myös osaltaan kohentaa potilaiden oloa,

kun sairauksien ja vaikeiden elämäntilanteiden sijaan huomio kiinnittyy, ainakin hetkellisesti, muihin asioihin. Elisa kuvasi potilaiden välistä vuorovaikutusta näin:

Ei niistä ongelmista niinkään keskusteltu. Lähinnä se oli semmosissa tilanteissa, jos joku toinen halusi jollekin toiselle kahden kesken avautua, niilläkin semmosta aina joskus oli. Mut sillai kun isommassa ryhmässä oltiin, niin siel ihmiset ei alkanu omista ongelmista ryhmässä puhumaan, vaan se oli yleensä sitä kahdenkeskistä.

Elisan kertoman perusteella voidaan tulkita, että keskustelunaiheet potilaiden kesken olivat moninaisia. Hänen mukaansa isommassa ryhmässä puheenaiheet liittyivät muihin asioihin kuin potilaiden kohtaamiin vaikeuksiin. Voidaan ajatella, että vertaistuen voima voi perustua yhtäältä samankaltaisten kokemusten jakamiseen, yhdenvertaisuuden tunteeseen, sairaalan epäkohtien vastustamiseen mutta toisaalta myös siihen, että potilaat vahvistavat vuorovaikutuksensa keinoin toistensa kontaktia ulkomaailmaan. Voidaan tulkita, että haastateltavieni kertomassa vertaistuki ilmeni vastarinnan habituksena, jonka keinoin potilaat vastustivat vallitsevia hoitokäytäntöjä ja -olosuhteita sekä loivat keskinäistä solidaarisuutta.

Haastateltavani korostivat huumorin merkitystä potilaiden välisessä vertaistuessa. Huumori oli haastateltavieni kertoman mukaan voimavara ja selviytymiskeino vaikeassa elämäntilanteessa. Huumorilla on tunnetusti merkitystä ihmisen fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Tiina kuvasi huumorin merkitystä potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa näin:

Enimmäkseen se (kommunikointi) oli huumoriin painottuvaa. Kun kaikki tiesi, että oma mieli liikkuu syvissä vesissä. Sitte yritettiin keventää toistemme oloa. Et jotenki naurettiin niille asioille. Että jokainen paini niin kipeitten asioiden kanssa. Et se oli pakko jotenki keventää sitä.

Tiina kertoi, että potilaiden välinen huumori oli luonteeltaan hyvin mustaa, ”kipeetä” huumoria. Tiinan mukaan huumori oli tapa selvittää sairaalassaoloajasta: kun ei enää pystytty itkemään, piti nauraa. Myös Elisa kertoi, että itseironinen ja musta huumori merkitsivät selviytymiskeinoja:

Joo, no kyl varmaan päivittäin joku aina jotain lohkas, niin ku tyyliin esimerkiksi, ”mitä me hullut”. Et jo pelkästään se, et voi itteään sanoa hulluks, vaikka sehän on sanana negatiivinen ja periaattees haukkumasana.

Et se on sitä itseironiaa, sekin on yks semmonen mustan huumorin laji. Mut et kylhän sitä siel on tosi paljon. Ja sehän on varmaan yks selviytymiskeino, niin ku tie ulos siitä sairaudesta.

Elisan kertomasta kävi ilmi, kuinka potilaiden keskinäinen sisäpiirihuumori auttoi jaksamaan vaikeassa elämäntilanteessa. Hänen mukaansa musta huumori ja itseironia olivat tapoja kääntää negatiiviset ja leimaavat käsitykset psyykkisesti sairaista voimavaraksi. Elisan kertoi, että potilas saattoi puhutella muita potilailla esimerkiksi ”lohkaisemalla mitä me hullut”. Voidaan tulkita, että tässä tapauksessa ensisijaiselta merkitykseltään negatiivisella sanalla ”hullu” luotiin potilaiden välistä yhdenvertaisuuden ja yhteenkuuluvuuden kokemusta käyttämällä me-sanaa potilaista. Haasteltavani kertoivat myös, että potilaiden kesken muodostui klikkejä, pienempiä ryhmiä, erityisesti tupakointitiloihin. Elisa kuvasi klikkejä näin:

No kyl siel tietty oli semmosii omia ryhmiä. Ja yks semmonen, kun ihmiset tupakoi, niin tupakkahuoneessa tulee juttua. Mut et sit kerran siel oli pari kaverii, jotka oli uskovaisia, ni heillä oli esimerkiks oma ryhmänsä.

Elisa toi ilmi, että sairaalassa potilaiden keskinäinen ryhmäytyminen tapahtui paikoissa, joissa potilaat muutenkin viettivät paljon aikaansa, kuten tupakointitiloissa. Elisan kertomasta kävi myös ilmi, että potilaat hakeutuivat samanmielisten tyhmiin. Voidaan ajatella, että yksi tapa selviytyä pakotetussa tilassa, kuten psykiatrisessa sairaalassa, olemisesta on ehkä liittyä samanlaisia käyttäytymis-, elämäntapa ja elämänarvoja jakaviin ihmisiin (vrt. Bourdieu 1993). Heidi kuvasi tupakointitilojen ja huumorin kytkeytymistä näin:

No, aika paljon varsinkin siellä tupakkahuoneessa tuli viljeltyä sitä huumoria. Et eihän sitä ois varmaan muuten jaksanu. Mutta kyllä siellä joka kerta tai päivittäin melkein tuli semmosia niin ko, et ois halunnu itkee.

Heidin kertomasta kävi ilmi, että tupakkahuoneen ”omaryhmä” tuki jaksamista. Voidaan olettaa, että potilaiden keskinäinen huumori saattaa myös osaltaan torjua saartovaikutuksen voimaa ylläpitämällä potilaiden kontaktia sairaalan ulkopuoliseen maailmaan tai saattaa tarjota potilaille voimavaroja ympäröivän yhteiskunnan ennakkoluuloista selviytymiseen.

Tutkimusaineistostani kävi kuitenkin ilmi, että potilaiden keskinäiset suhteet sairaalahoidon aikana eivät olleet ongelmattomia. Vaikka vertaistuki oli poikkeuksetta myönteinen tekijä

haastateltavieni hoitokokemuksissa, liittyi potilaiden välisiin suhteisiin tutkittavieni mukaan myös varjopuolia, jotka ilmenivät potilaiden yksityisyyden puutteena, muihin potilaisiin liittyvinä turvattomuuden tunteina ja potilaiden välisinä konflikteina. Jo aiemmassa tutkimuksessa on käynyt ilmi, että yksityisyyden turvaaminen psykiatrisessa laitoshoidossa on Suomessa heikkoa (Salo 2010, 43–46). Tiina kertoi yksityisyyden puutteestaan hoidon aikana näin:

...Mut et tota, yks niitä pahempii oli se yksityisyyden puute. Että mäkin olin niin pitkii jaksoi osastohoidossa. Ja aina oli huonekavereita. Ja tota, jotkut huonetoiveruudet onnistu hyvin, ja toiset oli katastrofaalisia. Että mut lytättiin pahassa psykoosinjälkeisessä masennuksessa kolmen maanikon kanssa, ja siitä ei sit tullu yhtään mitään. Että me oltiin aina napit vastakkain. Ku mä tiesin, et he ei voinu sille heidän hälinälleen mitään. Ja sit ku siinä oli kaks muuta ruokkimas sitä heidän hälinää, niin se heidän meteli oli ihan järkyttävää. Ja kun mä olin masentunut, niin mä halusin nukkua ja maata ja olla rauhassa, niin se oli hirveetä.

Tiinan kertomasta kävi ilmi, että yksityisyyden puute liittyi ennen kaikkea kollektiivisiin nukkumajärjestelyihin ja huonetoiveruuksiin. Tiinan kertomasta ilmeni, että epäsoivat huonetoiveruudet häiritsivät hänen arkista elämäänsä sairaalahoidon aikana. Tiina kertoi, että hänen taudinkuvansa, diagnoosinsa ja senhetkinen tilanteensa olivat täysin erilaisia kuin hänen jakamansa huoneen muilla potilailla, mistä aiheutui ongelmia: Tiina kaipasi lepoa, rauhaa ja hiljaisuutta toisten potilaiden aiheuttaessa hälinää. Herää kysymys, miksei potilaiden diagnooseja oteta paremmin huomioon huonejärjestelyjä tehtäessä. Myös osalle muista haastateltavistani huonetoiveruudet aiheuttivat elämän arkisissa järjestelyissä ongelmia sairaalassa: unirytmien sovittaminen, luottamuksen rakentaminen, uusiin ihmisiin tutustuminen ja heidän tavoilleen oppiminen olivat ajoittain tutkittavilleni hankalaa. Ilona luonnehti, että huonetoiverit saattoivat olla ”minkälaisii tyyppejä vaan”, ja Amanda taas kertoi, kuinka tärkeää huonetoiveruksissa oli se, että ”hyvät tyypit sattuiivat ympärille”. Sekä Amanda, Heidi että Tiina joutuivat pyytämään osastolla ollessaan huoneenvaihtoa, mutta Heidi ja Tiinan kohdalla se ei ollut toteutunut osaston ollessa liian täynnä. Tiina kertoi, että hän tarjoutui nukkumaan vaikka käytävällä tai lattialla huonetoiveruksien ollessa hankalia, mutta se ei järjestynyt, ja hän joutui olemaan kuukauden verran vaikeiden huonetoiverien kanssa samassa huoneessa, mikä tuntui hänestä inhottavalta. Heidi taas kertoi, ettei hän myöhemmin edes halunnut vaihtaa huonetta, koska he saivat huonetoiverinsa kanssa ”sumplittua” unirytmit, ja uudessa huoneessa olisi taas pitänyt oppia uuden potilaan tavoille.

Isabella ja Elisa toivat kuitenkin esiin myös sen, että huonetoveruuksista ei välttämättä koitunut haittaa, vaan niistä oli pikemminkin hyötyä vaikeassa elämäntilanteessa. Isabella kertoi, että yksin oleminen tuntui ahdistavalta, ja hän koki, että muiden seura oli hyvästä. Toisaalta voidaan olettaa, että tämä johtui osittain varmasti myös siitä, että hänen useamman hengen huoneessaan ei ollut hankalaa seurata, ja potilaat tulivat huoneessa keskenään hyvin toimeen. Elisa taas kertoi seurankaipuustaan näin:

Ja avo-osastolla ahdistavaa niissä elinolosuhteissa oli se, että se huone missä mä olin, oli vanha eristyshuone. Ja se oli tosi pieni ja se tieto siitä, että se oli vanha eristyshuone, ahdisti ja pelotti aluksi. Ja tota noi, niin olisin oikeastaan halunnut huoneeseen, jossa oli muita ihmisiä. Enkä mä siellä huoneessa paljoakaan ollut muuten kun sen aikaa, kun nukuin.

Elisan haastattelusta ei käynyt ilmi, johtuiko hänen eristyshuoneeseen sijoittamisensa tilanpuutteesta sairaalassa vai jostakin muusta tekijästä. Elisan mukaan hän kaipasi muiden ihmisten läsnäoloa huoneeseensa, eikä hän viettänyt huoneessaan muutenkaan paljoakaan aikaa. Toisin kuin osa haastateltavistani Elisa suhtautui ylipäätään yksityisyyden puutteeseen hoidon aikana varsin sopeutuvasti. Hän totesi:

...Ko sen tilanteen on niin ko hyväksynyt. Sä oot siellä sairaalassa, koska sä tarvitset apua. Ja ne olosuhteet on, mitkä on. Siellä ei sitä yksityisyyttä oletettavasti ole ku kotona.

Elisan kertomasta kävi ilmi, että hän suhteutti yksityisyyden tunteen sairaalan olosuhteisiin, eikä hän edes olettanut, että sairaalassa olisi yksityisyyttä samalla tapaa kuin kotiympäristössä. Elisa kertoi, että sairaalassa oli ”sen verran yksityisyyttä, mitä potilaalla vaan voi olla.” Elisa toi esiin sen, että avun saamiseen ikään kuin sisältyi se, että yksityisyyden puutteeseen joutuu sopeutumaan sairaalassa.

Goffmanin mukaan psykiatrisessa sairaalassa on vaikeaa erotella eri elämänpiirejä. Kaikki elämäntoiminnot, esimerkiksi syöminen, nukkuminen ja sosiaaliset suhteet, tapahtuvat kaikki samassa tilassa ja saman yleisön edessä. (Goffman 1969, 5–6.) Suomalaisen tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat kokevat, että pakkoon pohjautuvaa yhteisöllisyyttä pidetään psykiatrisissa laitoksissa tärkeämpänä kuin yksilöllisyyttä (Salo 2010, 40–43). Haastateltavani

kertoivat, että sairaalassa oleminen vaati tasapainoilua seurassa olemisen ja yksin olemisen tarpeen välillä. Heidi kuvasi oman tilan kaipuutaan näin:

Kyllä välillä halus olla rauhassa. Kyl se vähän niin ku oli vaikeeta, ettei jaksanu niitä toisten juttuja kuunnella aina, ku joku saatto olla ihan sekasin. Mut sit mulla oli se, et mul oli ne korvalappustereot. Ja sitte kuuntelin niitä.

Heidi koki, että muiden potilaiden seura ja tuki olivat hänelle sairaalassaoloaikana tärkeää. Hänen kertomastaan kuitenkin ilmeni, kuinka hän kaipasi välillä omaa rauhaa. Heidille musiikin kuuntelu antoi mahdollisuuden vetäytyä omiin oloihinsa. Amanda taas kertoi, että hän joutui sairaalassa ollessaan vaihtamaan huonetta, koska hän kaipasi omaa rauhaa huonetoverin ollessa liian puhelias. Voidaan siis väittää, että potilaiden keskinäisiin suhteisiin psykiatrisessa sairaalassa liittyy yhtäältä yhteisöllisyyden tuomaa tukea mutta toisaalta myös yksityisyyden, vetäytymisen ja yksin olemisen tarvetta.

Tutkimusaineistostani kävi myös ilmi, että muut potilaat saattoivat aiheuttaa turvattomuuden tunteita haastateltavissani. Heidi kertoi muihin potilaisiin liittyvistä peloistaan näin:

Oon mä pelänny joo. Et kyllähän mä pelkäsin, koska sen mielenterveyslain nojalla niin ku sinne, jotka joutuu, niin ne on vaarallisia toisilleen tai itelle. Kyllähän sitä automaattisesti pelkää. No kämppekaveria ainakin pari kertaa oon pelänny. Ja nytteki ku mä olin vapaaehtosessa hoidossa, niin pidettiin kyllä ovea ihan lukossa...

Rosemary C. Stenhouse (2013) on hoitotieteellisessä tutkimuksessaan todennut, että psykiatristen potilaiden turvattomuuden tunteita suhteessa toisiinsa saattaa aiheuttaa se, että potilailla ei ole tietoa muiden potilaiden taustoista. Myös vallitsevat diskurssit psyykkisesti sairaiden väkivaltaisuudesta ja arvaamattomuudesta saattavat aiheuttaa turvattomuuden kokemuksia potilaiden välillä. (Stenhouse 2013, 3115.) Heidän kertomasta kävi ilmi, että pelkoa hänelle aiheutti erityisesti se, että mielenterveyslain mukaan hoitoon toimitetaan itselle tai muille vaarallisia potilaita. Pelkoa haastateltavissani saattoi myös aikaansaada muiden potilaiden sairauksien luonne. Elisa esimerkiksi kertoi joutuneensa toisen potilaan silmätikuksi tämän potilaan sairauden vuoksi, mikä aiheutti Elisassa ajoittain pelkoa. Stenhouse painottaa tutkimuksessaan, että hoitohenkilöstö voi merkittävästi lievittää

potilaiden keskinäisiä turvattomuuden tunteita sekä parantaa potilaiden fyysistä ja psykologista turvallisuuden kokemusta sairaalassa (Stenhouse 2013, 3109, 3114–3115).

Haastateltavani eivät kertoneet paljoakaan suoranaista konfliktitilanteista muiden potilaiden kanssa. Tiina kertoi, että sairaalassa oli ”aina jokasorttista ihmistä”, mutta ”sairaassa opittiin elämään niin, että pystyttiin samassa tilassa olemaan”. Tiinan mukaan potilaat myös säätelivät ryhmävoimansa avulla toistensa suhteita:

Mutta ei taas hyväksytty vittumaisuutta. Että sitä ei oikein kukaan sietänyt keneltäkään. Siinä oli se vertaistuen voima, että oli muutama semmonen tilanne, jossa joku ihminen kiusas toista oikein kunnolla. Niin semmonen ryhmävoima sit tätä kiusaaja vastaan, et lopettaa sen toimintansa, koska me ilmoitettiin, et tää ei nyt käy.

Voidaan tulkita, että Tiinan kertomasta ilmeni potilaiden kehittäneen oman säännösten ja epämuodollisen sosiaalisen valvonnan suhteessa toisiinsa: potilaat pyrkivät vaikuttamaan ryhmävoimansa avulla niihin, jotka yrittivät kiusata muita potilaita (vrt. Goffman 1969, 44–45).

Haastateltavilleni oli muodostunut sairaalassaoloaikana myös ihmissuhteita, jotka eivät tehneet jatkossa hyvää. Amanda kertoi, että hän oli vuosien varrella joutunut karsimaan elämästään sairaalassa syntyneitä haitallisia ihmissuhteita, eikä hän kokemuksiensa vuoksi vaihtanut yhteystietojaan viimeisellä sairaalassaolokerrallaan kenenkään kanssa. Ilonan mukaan taas haitallisiin sairaalassa muodostuneisiin ihmissuhteisiin liittyi esimerkiksi päihteidenkäyttöä. Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaiden vaihtuvuus on yleistä: potilaat joko kotiutuvat tai siirtyvät toiselle osastolle. Valtaosa haastateltavistani kertoi, että näiden siirtojen ja kotiutumisten yhteydessä heräsi joskus haikeuden tunteita. Elisa kuvasi tunteitaan osastolta toiselle siirtyessään näin: ”Kyl siin tietysti, et sit ko se osasto vaihtuu, tulee semmonen haikee fiilis, et noi muut jää tänne. Et miten ne sitte pärjäilee.” Toisaalta Elisan mukaan kotiutuminen oli hyvä merkki ja kertoi oman tai toisen potilaan voinnin kohentumisesta. Myös Heidi kertoi kokeneensa ikävän tunteita, kun mukava vertaistoveri siirtyi toiselle osastolle tai kotiutui. Isabella taas kertoi, että jotkut potilaat jäivät mieleen, ja hän jäi pohtimaan, mitä heidän tilanteelleen kävi. Toisaalta Tiina totesi, että osastosuhteet olivat luonteeltaan lyhytaikaisia, ja niiden vaihtuvuuteen tottui hoidon aikana:

Jos siinä oli kerennyt ystäväystyy, niin semmoinen menetyksen tunne tuli. Mut tavallaan ne oli niin köykäsiä ne osastoystävyydet. Kuitenkin sillee hetken kuljetaan samaa matkaa tyyppisiä ratkaisuja. Et tota, se kuulu siihe prosessiin, et ihmisii tuli ja ihmisii meni.

## **7. MIELENTERVEYSPOTILAAT INSTITUTIONAALISIA HOITOKÄYTÄNTÖJÄ HAASTAMASSA**

### **7.1. Huoli psykiatrisen hoitohenkilöstön jaksamisesta**

Psykiatrisen hoitohenkilöstö tekee työtään vaativan paineen alla, ja työ saattaa olla sekä henkisesti että fyysisesti hyvin kuormittavaa. Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu, että psykiatristen hoitajien työssä jaksamista vähentävät muiden muassa työssä koetut vaaratilanteet, psyykkinen kuormittavuus, kiire, resurssien vähäisyys, työyhteisön keho ilmapiiri ja puutteet esimiestoiminnassa (Puosi & Tujunen 2010; Juutilainen 2010). Tutkimusaineistostani kävi ilmi, että sekä Tiina, Heidi että Ilona kantoivat huolta hoitohenkilöstön jaksamisesta psykiatrisessa sairaalahoidossa ja olivat sitä mieltä, että hoitajien jaksamisen puute heijastui potilaille annettavaan hoidon laatuun. Tiina, Heidi ja Ilona haastoivat haastatteluissaan institutionaalisia psykiatrisia hoitokäytäntöjä kyseenalaistamalla hoitohenkilöstön jaksamisen. Tiina kuvasi hoitajien jaksamisen merkitystä näin:

...Et psykiatrisen osasto on hirveen rankka paikka olla töissä. Ja siel ihmiset palaa loppuun helposti. Niin tota, on sillee huoli psykiatristen osastojen hoitajien jaksamisesta. Koska silloin, ku heidän jaksaminen alkaa pettää, se heijastuu suoraan siihen hoidon laatuun. Siin on suora yhteys.

Tiina oli ollut useamman vuoden hoitokierteessä, ja hänellä oli hoitokokemuksia monenlaisista hoitoyksiköistä. Tiina kertoi, että hän oli vuosien varrella törmännyt hoitajien jaksamisen ongelmaan ja kokenut hoitajien jaksamisen puutteen vaikutuksen hoidon laatuun. Tiinan kertomasta kävi ilmi hänen ymmärryksensä siitä, että psykiatrisen hoitotyö on hyvin vaativaa, ja loppuunpalamisen riski on siinä suuri. Myös Heidi koki, että hoitajien jaksamattomuus sekä resurssien puute vaikuttivat osastojen ilmapiiriin:



...Että mutta kyllä siellä huomasi, et jonkunlainen resurssipula oli. Ja sitte jotenki jollain tavalla tuntu, et nää hoitajatki no halus sitte niin ku kostaa. Tai sit ne oli niin vihasia ja pahalla päällä, et ne ei jaksanu.

Heidi toi esiin sen, että hoitajien jaksamattomuus näkyi heidän mielialassaan. Heidn kertomasta tuli se vaikutelma, että hoitajien ja potilaiden roolit olivat vaihtuneet: hoitajien psyykkinen jaksaminen petti, ja potilaat taas osoittivat ymmärrystä hoitajien jaksamattomuutta kohtaan. Ilona kuvasi tätä roolien vaihtumista näin:

...Kyl siel oli niitäkin, et joku potilas sil oli aika rankkaa. Niin käytiin yhdessä läpi muiden potilaiden kaa ja tsempattiin sitä yhtä. Et sit tavallaan ne, jotka on huonossa hapessa, tsempppaa siel toisiaan.

Ilonan kertoman perusteella vaikutti siltä, että mahdollisesti hoidon puutteista johtuen potilaat, jotka olivat muutenkin ”huonossa hapessa”, joutuivat hoitamaan toisiaan hoidon aikana. Hoitajien jaksamisen pettäessä edellisessä luvussa käsitelty potilaiden keskinäinen vertaistuki voi paikata ainakin osittain hoitohenkilöstön jaksamisen puutteita. Tutkimusaineistoni perusteella ristiriitaista oli se, että haastateltavillani riitti ymmärrystä hoitohenkilöstön jaksamisen ongelmia kohtaan, mutta tutkittavani kokivat, ettei hoitohenkilöstöllä riittänyt osin jaksamisen ongelmista johtuen ymmärrystä heidän senhetkistä vointiaan ja tilanteitaan kohtaan. Tiina oli joutunut pohtimaan hoitajien jaksamattomuuden kysymyksiä hoitajaksojensa jälkeen:

...Mut et nyt jälkeinpäin, kun on kelannu näitä asioita, sitä oloaan siellä. Ja tiedän itseki, ku oon lukenu niitä sairaalapapereita. Ja siel on hyvin selkeesti ilmenny niitä (väärinymmärryksiä), kun on lukenut niitä. Ja tietyllä käsialalla on ne älyttömyydet, ne typeryydet ja väärinymmärrykset, ne tulee kahella, kolmella käsialalla. Ja sit se ymmärrys ja lempeys tulee taas toisella käsialalla. Et ihan selkeesti sen näkee, et siel on ollu ihmisii, jotka ovat olleet oman jaksamisensa ääri rajoilla. Ja niiden ois pitäny pitää paussia.

Tiina koki, että ”älyttömyydet, typeryydet ja väärinymmärrykset” liittyivät hoitajien jaksamattomuuteen, ja ”ymmärrys ja lempeys” liittyivät taas hoitajiin, jotka voivat työyhteisössään hyvin. Hoitajien jaksaminen ja heidän työssään kokemansa paine eivät tutkimusaineistoni perusteella näyttäytyneet pelkästään työyhteisön sisäisinä asioina, vaan haastateltavani kokivat niiden heijastuvan potilaiden hyvinvointiin ja hoitokokemuksiin.

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan psykiatristen hoitajien myönteinen työilmapiiri ja toimiva työyhteisö edesauttavat heidän työssä jaksamistaan (Puosi & Tujunen 2010). Myös haastateltavani toivat esiin sen, että hoitajien toimiva työyhteisö ja työolot vaikuttivat potilaiden saamaan hoidon laatuun:

Tiina: ...Tässä sairaalahoidossa niin ku näitten kaikkien vuosien kokemusten perusteella on siis se, et tää hoitajien oma jaksaminen riippuu siit, millanen työyhteisö heillä on keskenään. Et tämmöset asiat vaikuttaa hirveesti siihen hoitoon. Et muun muassa se, mikä on hoitajien tämmönen keskinäinen arvostus. Et yhdellä osastolla silloin xxx:ssa nimenomaan, missä henkilökunta arvosti toisiaan ja puhu toisilleen nätistä. Ja se heijastu suoraan siihen hoitoon, mitä me saatiin.

Ilona: Mut mä oon miettinyt sitä, et miten näiden ihmisten työolot on järjestetty tavallaan siellä. Et jos onks niilläkään hyvä olla. Ja tehdä työtä sillee, kun haluais.

Voidaan tulkita, että Ilona pohti yllä sitä, että psykiatrisessa hoidossa elää rakenteita, jotka voivat vaikeuttaa hoitajien omaan arvopohjaan perustuvaa jokapäiväistä työtä ja aiheuttaa työssä jaksamattomuuden tunteita. Goffmanin mukaan psykiatrisen sairaalan hoitohenkilöstö saattaa kokea, että laitoksen päämäärien ja jokapäiväisen hoitotyön välillä on ristiriita (Goffman 1969, 58–59). Suomessa monet rakenteelliset tekijät, kuten yhteiskunnalliset, kulttuuriset, taloudelliset ja organisatoriset tekijät, vaikuttavat psykiatrisen hoitohenkilöstön jokapäiväiseen toimintaan, eivätkä hoitajat voi näitä tekijöitä työssään ohittaa. Kulttuuriset tekijät viittaavat laitospolitiikkaan, jota jatketaan huolimatta yhteiskunnallisista muutoksista ja jossa pidetään yllä jäykkää roolijakoa potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä. Taloudelliset rakenteelliset tekijät kytkeytyvät resursseihin liittyviin kysymyksiin. Organisatoriset tekijät taas viittaavat esimerkiksi työyhteisön tiukkoihin hierarkioihin psykiatrisessa sairaalahoidossa. Yhteiskunnallisiin tekijöihin voidaan puolestaan liittää sosiaalipalvelu- ja tulonsiirtojärjestelmään liittyvät mekanismit, jotka voivat esimerkiksi muodostaa esteen potilaan kuntoutumiselle. (Salo 2010, 37–38.) Heidi toi esiin ymmärryksensä hoitajien jokapäiväistä toimintaa kohtaan:

Juu oli kyllä aika tyyliä niin ku. Että tota, mutta nyt sitte jälkeenpäin mä oon sitä miettinyt, et totta kai se voi olla, että niillä on välillä toisinaan niin ku kiire tai jotain. Ja sitte voi olla, et hoitajienkin on aina vaikeeta ymmärtää, et lääkäri tekee ne hoitopäätökset...

Heidi toi esiin käsityksensä siitä, että psykiatriset hoitajat tekevät kiireistä työtä. Heidn mukaan hoitajille saattaa esimerkiksi olla epämiellyttävää jakaa potilaille lääkitystä, josta he ovat erimielisiä lääkärin kanssa. Voidaan tulkita, että Heidn kertomasta kävi ilmi psykiatrisessa sairaalahoidossa vallitseva hierarkia, jossa lääkäri tekee päätökset, ja hoitohenkilöstö toimeenpanee ne. Tämä hierarkkinen rakenne saattaa herättää hoitajissa ristiriitaisia ajatuksia ja jaksamattomuuden tunteita heidän joutuessa tasapainoilemaan lääkärin päätösten, omien käsitystensä, arvojensa ja potilaiden hoidon sekä potilaiden tarpeiden välillä.

Hoitohenkilöstön jaksamisen puute ja sen taustalla olevat kiire ja resurssien vähyys heijastuivat monella tapaa haastateltavieni hoitokokemuksiin. Esimerkiksi Isabellan kohdalla tämä ilmeni tiedonkulun ja hoitoketjun vaivallisuudessa sekä henkilöstön vaihtuvuudessa. Isabella koki, että hänen hoidostaan vastuussa olevat hoitajat olivat ”ihan pihalla” hänen asioistaan: tieto ei ilmeisesti kulkenut vastuutahoilta toisille. Hoitajien lisäksi Isabella koki tiedonkulkuun ja henkilöstön vaihtuvuuteen liittyviä ongelmia suhteessa häntä hoitaviin lääkäreihin:

...Sit lääkärit, niistä mulla on jääny kammo. Et tuntu, et ne oli koko ajan ihan pihalla mun asioista. Molemmilla kerroilla mulle sattuu lääkäriksi henkilö, joka ei ollut suomenkielinen, suomen kielen taito ei ollut niin hyvä, et musta ois tuntu siinä tilanteessa, et he ymmärtää mua. Ja sit ne lääkäriajat jatkuvasti peruuntu ja oli myöhässä ja muuta. Ja sit ei ollu välttämättä lääkäriä ollenkaan osastolla.

Isabellan kertomasta käy ilmi, että tiedonkulkuun ja lääkärin vaihtuvuuteen liittyvien ongelmien lisäksi lääkärin puutteellinen kielitaito ja ylipäätään lääkäritapaamisten vaikeutuminen hankaloittivat hänen hoitoaan. Myös Amandalla oli kokemuksia hoitohenkilöstön vaihtuvuudesta ja tiedonkulun ongelmista omahoitajiensa kohdalla:

Joo ja sitten se olikin jännittävää, koska näit omahoitajii oli sit tyyliin kolme, ja ei niin kun ehdi kehenkään tutustuu sinä aikana, kun on siellä osastolla. Et sinänsä se on vähän hämmäntävää aina puhua eri henkilölle, ja kun ei sit tiedä, mitä siel koneella sit lukee, ja ovatko he lukeneet ylipäänsä. Semmosta kummallista ja uutta.

Amanda toi esiin, että oli vaikea totuttautua ajatukseen, että hän joutui kommunikoimaan aina uuden hoitajan kanssa ja aloittamaan suhteensa omahoitajiinsa aina ikään kuin tyhjältä

pöydältä. Heidi taas kertoi, että hoitoyksikön resurssipula ja hoitajien jaksamattomuus ilmenivät siinä, ettei hänellä ollut tarpeeksi omahoitajatapaamisia. Tiinalle taas ei edes myönnetty omahoitajaa, mikä hänen mukaansa johtui hänen diagnoosistaan. Tutkimusaineistoni perusteella psykiatrisessa sairaalahoidossa tapaamiset omahoitajan kanssa ovat potilaille erityisen tärkeitä: potilaan säännölliset voinnin ja tilanteen kartoitukset ovat hoidon ja tiedonkulun kannalta keskeisiä, ja resurssit niihin tulisi turvata.

Haastateltavani kertoivat, että hoitohenkilöstön jaksamattomuus ilmeni hoitohenkilöstön ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa myös yleisemmin kuin suhteessa omahoitajiin. Heidän ja Ilonan mukaan hoitohenkilöstöllä ei ollut aikaa tai voimavaroja kasvokkain tapahtuvaan vuorovaikutukseen tai kohtaamisiin potilaiden kanssa. Heidi ja Ilona kuvasivat hoitajien kiirettä näin:

Heidi: No mä en tiedä sitte, johtuko se siitä, että niillä on kiire. Hyvin vähän ne kerkes niin ku hoitamaan. Että se oli sitä rutiinia koko ajan. Et ne näpytteli sinne tietokoneelle, mitä kaikkii oli tehty.

Ilona: Öö, ei mitenkää kauheesti (vuorovaikutusta)...Et ne istu siel toimistos keskenään ja jossain ruokailus oli paikalla, mut ei mitenkään hirveesti. Et ei niiden kaa hirveesti ollu keskusteluja tai mitään.

Heidin ja Ilonan kertomasta syntyi vaikutelma, että hoitohenkilöstö ei ollut läsnä kovinkaan paljon potilaiden arjessa, eikä spontaania vuorovaikutusta päässyt syntymään hoitajien ja potilaiden välille. Ilona toi esiin sen, että tietyt rakenteet, esimerkiksi hoitajien ja potilaiden erillään syöminen, korostivat sitä, että potilaat ja hoitohenkilöstö muodostivat kaksi eri ryhmää. Vaikuttaa siltä, että varsinaisen kasvokkain tapahtuvan hoitotyön sijaan hoitajien työ tuntui haastateltavistani koostuvan muista tehtävistä. Samaan ongelmaan kiinnitettiin huomiota myös Turun Kupittaaan G8-osaston väärinkäytösten uutisoinnissa, josta kävi ilmi, että äärimmäisessä tapauksessa valtaosa hoitajista vietti aikansa tietokoneella pelaten, kahvilla, tupakalla tai nukkuen. Tarkkailussa olevia potilaita ei juurikaan tarkkailtu, ja hoito rajoittui lääkkeiden jakamiseen. (TS 18.02.2016.)

Tutkimusaineistoni perusteella psykiatrisen hoitohenkilöstön jaksamattomuuden ja sen taustalla olevien tekijöiden, kuten kiireen, psyykkisen kuormittavuuden, resurssien vähyyden

ja huonon työilmapiirin, seurauksena potilaiden ja hoitohenkilöstön väliset suorat kontaktit rajoittuivat (vrt. Puosi & Tujunen 2010; vrt. Juutilainen 2010). Tämä taas voi aikaansaada vastakkaisia stereotyyppisiä, joiden seurauksena potilaat ja hoitohenkilöstö näkevät toisensa kapea-alaisina ja yksinkertaistettuina (vrt. Goffman 1969, 8). Tiinan mukaan potilaat jaottelivat stereotyyppisesti hoitajat hyviin ja huonoihin: hyvät hoitajat kohtelivat potilaita tasa-arvoisesti, ja huonot hoitajat käyttivät valtaansa. Tiina kuvasi jaottelua näin:

Kyl niitäkin (stereotyyppioita) oli, jaottelu hyviin ja huonoihin. Huonot (hoitajat) ei voinu tehdä mitään hyvin ja hyvät ei voinu tehdä mitään väärin. Oli se aika mustavalkosta.

Suomessa on todettu, että myös hoitohenkilöstöllä saattaa olla negatiivisia ja stereotyyppisiä asenteita psykiatrisia potilaita kohtaan. Tutkimuksessa on esimerkiksi havaittu, että eristämiset saattavat lisääntyä tiettyjen hoitajien ollessa työvuorossa. (Välimäki 2009, 264–270.) Amanda kuvasi potilaiden ja hoitohenkilöstön jakautumista eri ryhmiin näin:

Et siellä saatto just hoitajat puhua isoon ääneen käytävällä ja kahvihuoneessa meistä vaikka. Se oli mun mielestä todella, todella hirveätä. Jotenkin samaahan mekin tehtiin. Kaks leiriä.

Amandan mukaan potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen jaottelu ilmeni jo siinä, miten hoitajat ja potilaat puhuivat toisistaan. Voidaan väittää, että hedelmällistä vuorovaikutusta kahden eri ryhmän välille on vaikeaa rakentaa, mikäli ennakkoluulot hallitsevat ryhmien käsityksiä toisistaan. Elisan mukaan taas kuilu hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä oli luonnollinen:

No kyl se (kuilu) musta luonnostaan on aika suuri, ja se kuulukin olla. Et eihän siit tuu mitään, et niin ko henkilökunta alkaa kaveraamaan potilaiden kanssa. Eikä se musta oo ongelma, et se kuilu on olemassa.

Aina sosiaalinen välimatka hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä ei kasva mahdottomaksi, ja myös hoitajien työssä jaksaminen voi olla hyvää. Suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että potilaat voivat lisätä psykiatrisen hoitohenkilöstön työhyvinvointia ja työssä jaksamista (Juutilainen 2010). Myös kiintymyksen kokemuksia voi syntyä potilaiden ja hoitohenkilöstön välille (Goffman 1969, 65). Parhaimmillaan psykiatriset potilaat voivat kokea, että heitä on

kunnioitettu ihmisenä, heistä on välitetty, ja heistä on huolehdittu hoidon aikana (Johansson ja Lundman 2002, 643–644). Myös haasteltavani kertoivat, että heillä oli ollut yksittäisiä myönteisiä kohtaamisia hoitohenkilöstön kanssa. Tiinan mukaan myönteiset kohtaamiset vaihtelivat hyvin paljon hoitajittain ja yksiköittäin. Isabella taas kertoi, että hän oli saanut joiltain omahoitajilta tukea ja apua. Elisan hoitokokemukset ja kohtaamiset hoitohenkilöstön kanssa olivat hyvin myönteisiä: ”Kyl he mun mielestä kaikki oli ammatiltaan päteviä, ketä mä oon kohdannu. Et ei mulla ole valittamista kenenkään ammattietiikasta sinänsä.” Elisan mukaan hoitohenkilöstö oli ammattietikaltaan pätevää. Juuri hoitohenkilöstön ammattieettiset kysymykset ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa keskeisiä ja heijastuvat potilaiden ja hoitajien väliseen vuorovaikutukseen. Psykiatrisessa sairaalahoidossa on tärkeää, että eettiset kysymykset ovat hoitajien välillä selvät. Jos hoitajilla on erilaiset arvot ja käsitykset hyvästä hoidosta, saattaa eteen tulla eettisiä ongelmia. (Välimäki 2009, 264–270.)

Haastateltavieni vastarinnan habitus ilmeni hoitohenkilöstön jaksamattomuuden seurausten esiintuomisena. Tutkittavani toivat esiin, että hoitajien jaksamisesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen on potilaiden saaman hoidon laadun kannalta keskeistä: kun hoitajien henkinen tai fyysinen jaksaminen pettää, heijastuu se potilaiden kohteluun. Hoitajien jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää myös siksi, että Suomessa hoitohenkilöstöllä on psykiatrisessa hoidossa laaja valta ihmisoikeuksien tulkinnassa. Lainsäädännössä ja ihmisoikeussopimuksissa säädetyt potilaan oikeudet eivät käytännössä toteudu kaikilta osin psykiatrisessa hoidossa Suomessa vielä tänäkään päivänä, ja hoitohenkilöstön jaksamattomuus lisää riskiä potilaan oikeuksien sivuuttamiseen. (Mäkynen 2007, 39.) Resurssien ja hoitohenkilöstön määrää lisäämällä sekä hoitajia kouluttamalla voidaan parantaa heidän hyvinvointiaan. Myös esimerkiksi sopivien tilaratkaisujen avulla voidaan vähentää eettisesti vaikeita tilanteita, kuten pakkotoimenpiteiden käyttöä, ja siten parantaa hoitajien työssä jaksamista. (Suutala 2000, 119.) Hoitajien jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää myös siksi, että psykiatristen hoitokäytäntöjen seuraukset, esimerkiksi henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kajoamisen seuraukset, voivat vaikuttaa pitkälle psykiatristen potilaiden tulevaisuuteen (Kaltiala-Heino 2000, 121–122).

## 7.2. Kohtaamattomuus kuiluna potilaiden ja psykiatrisen hoitohenkilöstön välillä

Kohtaaminen on keskeisellä sijalla potilaan ja hoitohenkilöstön välisessä terapeutisessa suhteessa psykiatrisessa hoidossa. Kohtaamiskokemukselle ovat ominaisia osapuolten vastavuoroisuus, vuorovaikutus ja intersubjektiivisuus: kohtaaminen merkitsee läsnä olemista, ja myös toivon ylläpitäminen terapeutisessa suhteessa edellyttää kohtaamista. (Serrano Bónitto 2006, 259–262.) Moni tutkittavistani puhui haastattelun aikana kohtaamisen merkityksestä ja kohtaamattomuuden kokemuksistaan hoidon aikana. He haastoivat voimakkaasti psykiatrisen sairaalahoidon kyvyn vastata potilaiden kohtaamisen tarpeisiin. Amanda kertoi kohtaamiskokemuksistaan näin:

No, just tää kohtaamisasia on niin kun aina jotenkin pöydällä. Et ei mentäs sen ammattiroolin taakse jotenkin kurkkimaan. Tietenkin mä ymmärrän senkin, että tuo työ voi olla todella repivää, rankaa, ja se on tavallaan myös suojelumekanismi, et rakennetaan se. Sinänsä senkin ymmärrän. Et miten löytäs semmosen sopivan kohtaamistavan, et kohtas potilaan samanarvoisena.

Amandan kertomasta kävi ilmi, kuinka keskeistä hoitosuhteessa on potilaan samanarvoisena kohtaaminen. Voidaan väittää, että potilaan samanarvoisena kohtaaminen edellyttää potilaan ja hoitohenkilöstön välisen inhimillisen samankaltaisuuden tunnistamista sekä tunnustamista. Psykiatri Camilo Serrano Bónitton (2006) mukaan inhimillisen samanlaisuuden tunnistaminen merkitsee kykyä läpäistä toinen ja tulla samanaikaisesti itse läpäistyksi (Serrano Bónitto 2006, 261). Jo aiemassa tutkimuksessa on todettu, että potilaan kannalta onnistunutta vuorovaikutussuhdetta hoitohenkilöstön kanssa leimaa usein käsitys jaetusta inhimillisyydestä (Wyder ym. 2013, 576–578). Amanda kertoi, että hoitohenkilöstön ammattiroolin taakse vetäytyminen hankaloitti kohtaamisen toteutumista. Amandan mukaan erityisesti harjoittelijoiden kanssa vuorovaikutus oli ollut onnistunutta hoidon aikana, sillä harjoittelijoille ei ollut Amandan mielestä kehittynyt vielä selkeärajaista ammattiroolia. Amanda kertoi, että harjoittelijat myös siten kohtasivat potilaan hyvin inhimillisesti. Myös Isabella puhui haastattelussaan hoitajien ammattiroolin merkityksestä:

No se ehkä, mikä mul on tärkeätä, semmonen jotenkin se kokemus siitä, että on aidosti ihminen, eikä vaan sen roolinsa takana. Ja että aidosti välittää mun asioista, eikä tee sitä vaan työkseen. Ja jotenkin haluaa kuunnella sitä, mikä on just mulle hyvä. Ja puolustaa mua...

Myös Isabella kertoi, että hoitosuhteessa on keskeistä inhimillisen samanarvoisuuden tunnistaminen, jolle on hänen mukaansa ominaista se, että hoitohenkilöstö ei pidä työroolistaan tiukasti kiinni. Isabella toi myös esiin, kuinka tärkeää kohtaamisessa on hoitohenkilöstön hoidonaikainen tuki (vrt. Hughes ym. 2009, 158). Isabella koki voimakkaasti jääneensä vaille hoitohenkilöstön tukea hoitonsa aikana. Hän kertoi kaivanneensa virallisiin hoitokokouksiinsa tukihenkilöä, läheistä, joka olisi ”pitänyt hänen puoliaan” hänen ollessa uuvuksissa. Ilona taas pohti, tunnistiko hoitohenkilöstö ylipäätään kohtaamisen merkitystä työssään: ”No, en mä tiiä, onks siel taustalla ihmiskuva, joka vaikuttaa niin ku siihen, et miten siel kohdataan. Tai et onks se kohtaaminen edes merkityksellistä, ja tunnustaako ne, et sil (vuorovaikutuksella) voi olla tosi iso vaikutus.” Ilona kertoi, että hänen mielestään hoidon tulisi perustua ”yhteisen sävelen” löytämiseen ja keskinäiseen kunnioitukseen. Wyderin ym. tutkimuksen mukaan potilaan kohtaamiskokemukset hoitohenkilöstön kanssa voivat olla hyvinkin kielteisiä, jos hoitajilla on huonot kommunikointivalmiudet tai heillä ole aikaa tai halua keskustella potilaan kanssa tai kuunnella potilasta (Wyder ym. 2013, 578).

Potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen kohtaamattomuus ilmeni haastateltavieni mukaan myös hoidonaikaisissa pakko- ja rajoitustoimenpiteissä. Tutkittavani olivat sitä mieltä, että pakkotoimenpiteisiin liittyi hyvin usein perusteettomuutta. Samankaltaisia päätelmiä ovat tehneet T. Meehan, W. McIntosh ja H. Bergen (2006) tutkimuksessa, jossa kävi ilmi, että rajojen ja sääntöjen asettaminen ilman perusteluja ja selittämistä saattaa turhauttaa psykiatrisia potilaita (Meehan, McIntosh & Bergen 2006). Aiemmassa tutkimuksessa on myös todettu, että potilaat voivat jopa kokea selittämisen ja perustelemisen hoidon tärkeimmiksi tekijöiksi (Gildberg, ym. 2010, 364). Haastateltavani kertoivat monista perusteettomuuden kokemuksistaan erityisesti pakko- ja rajoitustoimenpiteiden yhteydessä. Tutkittavani kokivat ennen kaikkea, että he olisivat kaivanneet, että heille olisi perusteltu paremmin pakkotoimenpiteiden käyttö. Tiina pohti paljon etenkin eristämiskokemukseensa liittyvää perusteettomuutta ja eristämiseensä liittyviä eettisiä kysymyksiä. Hän oli joutunut vastoin tahtoaan viiden viikon eristykseen ja mietti, missä määrin tämä voitiin katsoa psykiatristen laitosten sääntöjen mukaiseksi väliaikaiseksi toimenpiteeksi. Erityisen vaikea kokemus oli siitä syystä, että Tiinan eristämisenäikaiset elinolosuhteet eivät olleet asianmukaisia:

Mulla kävi semmonen ongelmallinen tilanne, et kun olin eristyksessä viis viikkoa tuossa xxx:ssä. Viis viikkoo, mä pääsin suihkuun joka toinen päivä



ja syömään siihen oven ulkopuolelle. Mutta en esimerkiksi vessaan, mulla oli semmonen lasten pieni potta, ei siis ees semmosta kunnollista vessapyttyä vaan lastenpotta.

Tiina koki eristämisen ja varsinkin sen pituuden sekä eristämisen aikaiset elinolosuhteensa perusteettomiksi. Jo aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat ovat kokeneet ongelmia perustarpeidensa huolehtimisessa pakko- ja rajoitustoimenpiteiden aikana (Kontio ym. 2012, 19–20; Tiivistelmä Kokkolan kokemustutkijoiden selonteosta ITHACA-hankkeelle 2010, 96). Tiinan kertomasta tulee vaikutelma, että hänen eristämisessään oli kyse rangaistuksesta, ei hoidosta. Lain mukaan pakkotoimenpiteitä ei Suomessa saa käyttää psykiatrisessa sairaalahoidossa rangaistuksena (Koivuranta 2001, 79; Suutala 2000, 113). Käytännössä näin ei tapahdu läheskään aina (Salo 2010, 4, 8, 46–47). T. Mason (2002) on oikeushoitotyön alaan kuuluvassa tutkimuksessaan todennut, että vaikka hoitohenkilöstö saattaa kokea pakko- ja rajoitustoimenpiteet perustelluiksi, positiivisiksi ja turvallisuutta lisääviksi, potilaat voivat mieltää ne perusteettomiksi ja rangaistuksiksi (Mason 2002). Aiemmassa tutkimuksessa on myös käynyt ilmi, että potilaat voivat kokea pakkotoimenpiteet aikuisen vapaan tahdon loukkaukseksi (Hinsby & Baker 2004). Meehanin ym. mukaan pakkotoimenpiteiden käyttö voi vaikuttaa psykiatristen osastojen ”sosiaaliseen ilmapiiriin”, ja ne voivat jopa lisätä potilaiden väkivaltaisuutta (Meehan ym. 2006).

Myös Elisa koki ongelmalliseksi pakkotoimenpiteisiin liittyvän perusteettomuuden:

...Mut se nyt oli semmonen pakkotoimenpide, kun mä sinne suljetulle menin, niin jouduin sen ensimmäisen yön olemaan eristyksissä. Ja se ahdisti mua ihan valtavasti aluks. Mut se kääntys ihan hyväks, kun aloin laulaa siellä. Mut mulle ei selitetty sitä, et miks mut laitettiin eristyksiin. Ja sit mulle vaan tuotiin lääkkeitä ja käskettiin ottaa ne. Sit mä kysyin, et mitä nää on, ja ne vaan sano jotain, et ne vaan helpottaa sun oloa. Ja sit ne oli pakko ottaa niin ku.

Elisan kertomasta käy ilmi, että hänen eristämiskokemustaan leimasi tiedonpuute pakkotoimenpiteen perusteista sekä ennen toimenpidettä että sen aikana. Vastaavanlaisia havaintoja on tehty suomalaisessa tutkimuksessa jo aiemmin (Kontio ym. 2012, 19–20). Elisa oli myöhemmin joutunut avohoidossaan käymään läpi eristämiskokemustaan ja eristämisen perusteita. Myös kanssapotilaiden joutuminen pakkotoimenpiteiden kohteeksi ja tällaisten

tilanteiden sivusta seuraaminen herättivät haastateltavissani ajatuksia toimenpiteiden perusteettomuudesta ja selittämättömyydestä:

Isabella: ...Ja se oli sitte aika niin kun semmonen pelottava tilanne. Ja enemmän kun se, että se ihminen käyttäytyi rajusti, niin enemmän mua pelotti se, miten rajusti häntä kohdeltiin. Ja se, että niin kun meille muille ei sitten mitenkään tultu selittämään, että mitä tässä tapahtuu. Vaan niin kun yhtäkkiä tulee jostain vartiat ja niin kun raahaa sen pois.

Isabella toi esiin, että paitsi että hän koki pelkoa toisen potilaan puolesta, hän kaipasi sitä, että pakkotoimenpiteestä olisi keskusteltu myös niiden potilaiden kanssa, jotka olivat paikalla, kun kanssapotilas joutui pakkotoimenpiteen kohteeksi. Aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että potilaat kokevat tärkeäksi jälkipuinnin eli mahdollisuuden keskustella hoitohenkilöstön kanssa pakkotoimenpiteisiin liittyvistä perusteluista ja kokemuksistaan toimenpiteiden jälkeen (Kontio ym. 2012, 20). Tutkimusaineistoni perusteella voidaan väittää, että tällainen jälkipuinti olisi tarvittaessa hyvä ulottaa myös niihin potilaisiin, jotka ovat läsnä, kun kanssapotilas joutuu pakkotoimenpiteen kohteeksi. Siten voitaisiin ehkäistä potilaiden mahdollisia turvattomuuden ja perusteettomuuden kokemuksia.

Myös Elisa kertoi, että häntä ahdisti, kun kanssapotilaat joutuivat pakkotoimenpiteiden kohteiksi. Ilona taas kertoi olleensa tilanteessa, jossa hänen huonetoverinsa kohdalla käytettiin hänen mielestään suhteettomia voimakeinoja. Ilonan mukaan tapahtuma sai aikaan sen, että hänen oli vaikeaa tuntea kunnioitusta hoitohenkilöstöä kohtaan, kun asiaa ei osattu ratkaista muutoin kuin pakkotoimenpitein. Hän kertoi myös oppineensa tapauksesta, mitä ei kannata tehdä, jottei itse joutuisi kokemaan vastaavaa. Tiina taas kertoi pohtineensa usein kanssapotilaiden kohdalla käytettyjen pakkotoimenpiteiden oikeudenmukaisuutta. Hän kertoi ymmärtävänsä pakkotoimenpiteiden rauhoittavan ja turvallisuutta luovan vaikutuksen, muttei sitä, että toimenpiteitä käytetään rangaistuksena potilaan toiminnasta. Tiina kertoi itsensä lisäksi kohdanneensa tällaisia tilanteita. Toisaalta Tiina koki pakkotoimenpiteet omalla kohdallaan myös turvallisuutta lisääviksi ja helpottaviksi: hän oli muutaman kerran itse pyytänyt, että pääsisi lepositeisiin, jottei vahingoittaisi itseään. Tiinan mukaan hänet saatiin rajoitustoimenpiteiden avulla pidettyä hengissä. Gildbergin ym. mukaan hoitohenkilöstön pakko- ja rajoitustoimenpiteisiin perustuvaa kohtaamis- ja vuorovaikutusmallia voidaan kutsua paternalistiseksi malliksi, jossa korostuvat potilaiden kontrollointi, observointi sekä

rajojen asettaminen (Gildberg ym. 2010, 361, 363–364). Tutkimuksen perusteella tällaisessa kohtaamismallissa tähdentyy potilaan käytöksen muokkaus terapeutin lähestymistavan sijaan, eikä potilaiden ja hoitohenkilöstön väliselle kohtaamiselle jää paljoakaan tilaa (Martin & Street 2003). Voidaan tulkita, että haastateltavieni näkemykset pakkotoimenpiteistä ja niihin liittyvästä perusteettomuudesta haastoivat tällaisen paternalistisen hoitomallin.

Haastateltavani kokivat kohtaamattomuutta hoitonsa aikana myös suhteessa heidän lääkitystään koskevaan tiedontarpeeseen. Tutkittavani kyseenalaistivat psykiatrisen sairaalahoidon valmiuden tarjota heille riittävästi tietoa heidän lääkityksestään. Suomessa lain mukaan potilaalla on oikeus itseään koskevaan tiedonsaantiin (ETENE-julkaisu 1 2001, 13). Elisa, Tiina ja Heidi toivat esiin sen, että he saivat liian vähän tietoa lääkityksestään hoitonsa aikana. Elisa, Tiina ja Heidi suhtautuivat lääkitykseensä myönteisesti, vaikka Heidin mielestä lääkkeitä määrättiin liikaa hoidon aikana. Elisa, jonka hoitokokemukset olivat kaiken kaikkiaan myönteisiä, kertoi lääkitykseensä liittyvästä tiedontarpeestaan näin:

Kyllä muuten, mut noista lääkkeistä ei juurikaan selitetä, kuinka paljon niitä on olemassa, ja mitä kaikkii sivuoireita mistäkin lääkkeestä tulee. Et se on periaatteessa niin, että lääkäri määrää, ”et tolle tulee nyt tommonen lääke”. Niistä lääkevaihtoehdoista ois kyl voinu kertoa enemmän.

Voidaan tulkita, että Elisan kertomasta tuli ilmi jälleen asiantuntijalähtöinen, paternalistinen kohtaamismalli, jossa lääkäri tekee päätökset, ja jossa tiedon tarjoaminen ja vastavuoroinen neuvottelu ovat vähäisiä (vrt. Kangas 2003, 81–83). Elisa kertoi, ettei hän edes osannut kysyä lääkityksestään ja siihen liittyvistä sivuoireista tai vaihtoehdoista, koska hoitohenkilöstö ei ylipäättään keskustellut hänen kanssaan lääkityksestä. Osa haastateltavistani oli myös joutunut tilanteisiin, joissa heille ei kerrottu heidän lääkityksensä muutoksista:

Elisa: ....No kyl semmosen koin pakkotoimenpiteenä, että nostettiin kerran lääkitystä niin, että lääkäri ei ollut ilmottanu siitä mulle etukäteen. Ja me ei oltu puhuttu mitään etukäteen lääkkeen nostamisesta. Ja sit yks kerta, ku mä menin ottamaan niitä lääkkeistä, niit oliki sit nostettu, ja mun oli pakko ottaa ne.

Suurin osa haastateltavistani oli kokenut kohtaamattomuutta hoitonsa aikana myös suhteessa heidän lääkityksestään johtuviin sivuoireisiin. Haastateltavieni mukaan hoitohenkilöstö ei

ottanut heidän lääkityksestään johtuvia sivuoireita tosissaan, koska sivuoireet miellettiin psyykkisestä oireilusta johtuviksi. Esimerkiksi Tiina kuvasi tätä kohtaamattomuutta näin:

...Ja toinen lääkitys, mistä mulle tuli oireita, oli et mä sain ihan hirveetä jäykkyyttä. Et mä en saanu takkii päälleni, niin et mä kävelin kädet tämmösessä koukussa semmosen muutaman kuukauden ja valitin siitä päivittäin, et mä oon ihan jäykkä. Ja se ohitettiin sen varjolla, et sä nyt oireilet vaan psyykkisesti. Ja heti ku lääke vaihdettiin, niin se lakkas.

Tiinan kertomasta kävi ilmi, että hänen lääkityksestään aiheutuvia sivuoireitaan tulkittiin sairauslähtöisesti, ja hänen toimintaansa tarkasteltiin psyykkisestä sairaudesta käsin (vrt. Goffman 1969, 36, 68). Tiina kertoi kokeneensa, että hänen ”itsemääräämisoikeutensa katosi”, kun hänen lääkityksestään johtuvia sivuoireitaan tulkittiin väärin. Voidaan tulkita, että Tiinan kertomasta kävi myös ilmi, kuinka vaikeaa psyykkisesti sairaan on vakuuttaa hoitava taho vaivansa ”lääkäröitävyydestä”; siitä, että vaiva todella vaatii lääkärin arviointia ja hoitoa (vrt. Ruusuvoori 2003, 257). Amanda koki hänen lääkityksestään aiheutuvien sivuoireiden ohittamisen epäinhimilliseksi kohteluksi: hän koki tulleen kohdelluksi kuin ”eläin”. Myös Ilona kertoi, ettei hänen lääkityksestään johtuvia sivuoireita otettu vakavasti ennen kuin hän oli syönyt lääkettä ja kärsinyt oireista useamman päivän ajan. Lääkärin määrätessä hänelle toisen lääkityksen oireet loppuivat.

Haastateltavieni kohtaamattomuuden kokemukset johtuivat myös vuorovaikutuksen puutteesta hoitohenkilöstön kanssa. Keith McIntyre, Michael Farrell ja Anthony David (1989) ovat todenneet psykiatrian alaan kuuluvassa tutkimuksessaan, että psykiatriset potilaat voivat kokea vuorovaikutuksen hoitohenkilöstön kanssa olevan jopa hoidon tärkein tekijä, ja potilaan ja hoitohenkilöstön välisen vuorovaikutuksen puute voi heijastua hyvin haitallisella tavalla potilaiden hoitoon (McIntyre ym. 1989, 249). Erityisesti Amanda ja Ilona kokivat, että hoidon aikana oli liian vähän vuorovaikutusmahdollisuuksia hoitohenkilöstön kanssa. Ilona koki, että hoitohenkilöstö ei osoittanut kiinnostusta häntä kohtaan, hoitajat suhtautuivat potilaisiin kylmästi, eikä vuorovaikutusta potilaiden ja hoitohenkilöstön välille syntynyt. Ilona olisi kaivannut ”oikeita keskusteluja” hoitohenkilöstön kanssa, mikä voidaan tulkita siten, että hänen mielestään kohtaamiset hoitajien kanssa olivat epäaitoja ja rutiininomaisia. Voidaan ajatella, että Ilonan kohdalla ilmeni hoitohenkilöstön ei-oleminen, joka heijastui kiinnostuksen puutteena häntä kohtaan. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että

hoitohenkilöstön läsnäolon puutteella on negatiivinen vaikutus potilaan ja hoitajien väliseen terapeutiseen suhteeseen (Schafer & Peternej-Taylor 2003; Meehan ym. 2006). Amanda taas kertoi vuorovaikutuksen puutteesta näin: ”Ja tota, lääkäri- ja hoitajatapaamisia olisin aina kaivannut enemmän. Se ei mun mielestä ole tarpeeksi, jos kerran päivässä tullaan kysymään, että onks kaikki hyvin.” Amandan mukaan hänen kohdallaan vuorovaikutusmahdollisuudet hoitohenkilöstön kanssa olivat riittämättömiä. Hän kertoi kyllä pyytäneensä lisää keskusteluapua, mutta avun saaminen riippui hyvin paljon siitä, kuinka täyttä osastoilla oli.

Elisa, Tiina ja Isabella kokivat, että hoitohenkilöstön kohtaamistapa riippui hoitajien persoonallisista ominaisuuksista. Heidän mukaansa potilaan sekä hoitavan tahon välisen kohtaamisen onnistuminen riippui myös potilaan ja hoitohenkilöstön persoonallisten tekijöiden yhteensopivuudesta. Elisa kuvasi kohtaamisiaan hoitajien kanssa näin: ”Mut et toki sillai, et joittenkin hoitajien kanssa tulet paremmin toimeen kuin toisten. Niinhän se on yleensä ihmisten kanssa.” Isabella taas kertoi, että osasta hoitajista ”sai kiinni”, mutta osasta ”ei saanut mitään otetta”. T. Martin ja M. Daffern (2006) ovat tutkimuksessaan havainneet, että hoitohenkilöstön tiettyjen persoonallisten ominaisuuksien puute voi vaikeuttaa vuorovaikutusta potilaiden kanssa (Martin & Daffern 2006). Tutkimuksissa on todettu potilaiden kokeneen, että hoitohenkilöstön suotuisia persoonallisia ominaisuuksia ovat muiden muassa empaattisuus, huumorintaju, avoimuus ja kiinnostuksen sekä luottamuksen osoittaminen (Gildberg ym. 2010, 365; Schafer & Peternej-Taylor 2003; Brunt & Rask 2007; Rask, Brunt & Fridlund 2008; Rask & Aberg 2002;).

Viimeisin kohtaamattomuuden teema tutkimusaineistossani liittyi epäluottamukselliseen suhteeseen haasteltavieni ja hoitohenkilöstön välillä. Gildbergin ym. tutkimuksen mukaan luottamus on keskeisellä sijalla hoitohenkilöstön ja potilaan välisessä tukevassa ja motivoivassa vuorovaikutussuhteessa (Gildberg ym. 2010, 363–364). Erityisesti Heidi ja Isabella kertoivat, että he olivat kokeneet luottamuksen puutetta suhteessa hoitohenkilöstöön. Isabella kertoi kokemuksistaan näin:

...Ja on saattanu saada semmosen olon, et hei tää (hoitaja) on mun puolella. Mut sitten kun oli hoitokokouksia lääkärin kanssa, niin sit yhtäkkiä se hoitaja olikin lääkärin puolella. Tai ei puuttunut asiaan ollenkaan, vaikka tiesi mun asioista enemmän kun se lääkäri.

Isabellan kertomasta ilmeni hänen ristiriitainen kokemuksensa siitä, että hän oli kokenut luottamusta suhteessa hoitajaansa, mutta jäi hoitokokouksissaan kuitenkin vaille tukea. Isabellan mukaan häntä kohdeltiin kuin ihmistä, joka ”ei tiedä omaa parastaan”. Myös Heidi koki voimakasta epäluottamusta suhteessa hoitohenkilöstöön:

No, aika vähän (koki tulleen kuulluksi), et kyl se aika kuluu siinä, et odotettiin lääkäriä. Ja tota noi niin ja sitte sielläki (hoitokokouksissa) se et, mitä hoitajat oli juorunnu. Niin ku, et siel oli valmiiks laitettu sanat suuhun.

Isabellan tavoin myös Heidi toi esiin, ettei hän saanut ääntänsä kuuluviin hoitokokouksissaan. Heidi totesi ”hoitajien juoruavan”, mikä voidaan tulkita siten, ettei hän voinut luottaa hoitohenkilöstöön. Voidaan ajatella, että Heidin kertomasta ilmeni toistamiseen hoitohenkilöstön kontrollointiin ja observointiin perustuva paternalistinen kohtaamismalli, jossa oletetaan, että hoitajat tietävät parhaiten potilaan voinnin ja päivittäiset tekemiset sairaalassa ja siten toimivat linkkinä potilaan ja lääkärin välillä (vrt. Gildberg ym. 2010, 361; vrt. Baxter 2002; vrt. Hinsby & Baker 2004). Heidi kertoi kokeneensa, että hänen hoitonsa pitkittyi, koska hoitajat eivät pitäneet hänen puoliaan ja ”kantelivat” hänen tekemisistään lääkärille. Heidn mukaan hän oli myös pyrkinyt olemaan erään tarkkailujakson aikana mahdollisimman rauhallinen päästäkseen sen jälkeen heti sairaalasta pois, mutta koki, että hoito jatkui, koska hänet oli ”valmiiksi leimattu” sairaaksi.

Haastateltavani kokivat monenlaisia kohtaamattomuuden kokemuksia psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Heidän vastarinnan habituksensa ilmeni psykiatriseen sairaalahoittoon liittyvän kohtaamattomuuden tähdentämisenä. Haastateltavieni kohtaamattomuuden kokemukset liittyivät inhimillisen samankaltaisuuden tunnistamattomuuteen, pakkotoimenpiteiden perusteettomuuteen, lääkitystä koskevaan tiedon puutteeseen, lääkityksestä aiheutuvien sivuoireiden ohittamiseen, vuorovaikutuksen puutteeseen ja hoitohenkilöstön ja potilaiden väliseen epäluottamukselliseen suhteeseen. Näitä tekijöitä muuttamalla voidaan tutkimusaineistoni perusteella parantaa potilaiden hoitokokemuksia.

### **7.3. Ohjatun toiminnan puute hoidossa**

Psykiatrinen potilas joutuu sairaalahoittoon tullessaan sopeutumaan uuteen maailmaan sen asukkaineen, sääntöineen ja toimintoineen (Letendre 1997, 290). Goffmanin mukaan

psykiatrinen sairaala on sosiaalinen yhdistelmä asuinyhteisöä ja muodollista organisaatiota, jolla on tietyt säännöt kuten instituutioilla yleensäkin (Goffman 1969, 12). Kaikkia haastateltaviani yhdisti ajatus siitä, että ohjattujen toimintamahdollisuuksien puute oli ongelmallista sairaalahoidon aikana. Tiina kertoi ohjatun toiminnan puutteesta hoidossa näin:

...Et tota se on ongelma, jos ei oo mitään tekemistä. Toisaalta joskus väsytti niin paljon ,ettei olis yhtään huvittanu tehdä mitään, ois vaan halunnu jäädä makamaan sinne sängyn pohjalle. Mut nyt jälkeinpäin aateltuna ei siitä tuu mitään, että seittemänä päivänä viikossa sä vaan makaat monta tuntii siellä tai sitte vaan istut tupakkahuoneessa.

Tiina kertomasta kävi ilmi, että hän koki toipumisen kannalta ongelmalliseksi etenkin jälkikäteen ajateltuna ohjattujen toimintamahdollisuuksien puutteen hoidon aikana. Ilona taas kertoi, että joillakin osastoilla oli nukkumiskielto päivisin, muttei ”mitään minkä avulla pysyä hereillä”: ”Et siel käytiin niin kun potkimassa ulos sielt sängystä, ja kuitenkin ei ollu mitään vaihtoehtoa.” Jo 1960-luvulla tutkimuksessa on todettu, että psykiatriset potilaat hyötyvät merkittävästi ohjatusta toiminnasta ja stimuloivaan ympäristöön pääsemisestä hoidon aikana (Freudenberg & Wing 1961). Ohjatun tai vähemmän ohjatun toiminnan avulla hoitohenkilöstö voi myös luoda suhteita potilaisiin. Yhteinen toiminta tarjoaa mahdollisuuden esimerkiksi epämuodolliseen jutusteluun potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä. (Martin & Street 2003.)

Osa haastateltavistani koki myös, että toimintamahdollisuuksia sairaalassa rajoittivat vapaan kulkemisen ja ulospääsyn estyminen. Heidi kertoi siitä, miten vaikeaa hoidossa oli, kun ei päässyt ulos raittiiseen ilmaan. Hän koki, että oli ”järkyttävää olla suljetussa tilassa”, ja hän toi esiin sen, miten ulkona oleminen kohensi vointia:

No sitä mä en niin ku yhtään ymmärrä, että koska kyllähän se ulkoilma ilman muuta tota niin ku auttaa sitte, jos on vaikeeta, niin raitis ilma on tosi hyvä. Et mä en käsitä, että minkä takia sitten ei sit päästetty. Esimerkiks joskus saatto päästä hoitajan kanssa 15 minuutiksi niin ku, et kierrettiin talo koko päivänä. Niin oli se aika järkyttävää. Ja sit saatto olla semmostakin, että niillä hoitajilla oli niin kiire, ettei ne kerenny edes sitä viittätoista minuuttia oleen ulkona. Ja se oli niin ku tosi vaikeeta mulle, etenki ku mulla on astma ja pölyallergia. Se oli ihan hirveetä olla siellä. Ja sitte tosiaan se, että kun on tuo pahe tuo tupakanpoltto, niin sitäkin tuli sitten siellä poltettua ihan hirveesti sen takia, kun oli hermostunut. Ja oli paha mieli ja sit oli

hirveen suru niin ku siitä, että joutuu epäterveellisesti siellä elämään, eikä oikein käsittäny, että minkä takia.

Heidi toi esiin, että hän koki erityisen vaikeaksi sen, että oli päiviä, jolloin ei päässyt sairaalasta ulos. Heidän kohdalla ulospääsyn estyminen oli varmasti hankalaa siksi, että hän on hyvin liikunnallinen ihminen ja kaipasi hoitoon ulkoilumahdollisuuksia sekä ohjattuja liikuntamuotoja. Heidi kertoi myös, että hänellä on astma ja pölyallergia, joiden vuoksi hänellä oli tarve päästä sairaalasta ulos. Kuten Tiina myös Heidi kertoi, että osittain toimettomuus sairaalassa aiheutti esimerkiksi tupakoinnin lisääntymistä. Tämä taas lisäsi huolta epäterveellisistä elämäntavoista. Voidaan ajatella, että Tiinan ja Heidän kertoma asettuu ristiriitaan sen seikan kanssa, että psykiatrisen sairaalahoidon oletetaan yleisesti edistävän potilaiden psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi heidän fyysistä hyvinvointiaan.

Haastateltavani kertoivat, että päävirikkeenä osastoilla oli lähinnä televisio. Suljetuilla osastoilla saattoi olla myös kirjoja luettavana, ja yksi haastatelluista oli osallistunut avo-osastolla sairaalapastorin pitämään runoryhmään kerran viikossa. Haastateltavieni mukaan etenkin suljetuilla osastoilla oli ”äärimmäisen tylsää”: tupakoinnin lisäksi aika kului televisiota katsellessa, ja jos oli kanttiini- tai ulkoiluluvat, saattoi käydä kanttiinissa tai ulkona. Suljetuilla osastoilla saattoi kuitenkin olla soittimia, päivän lehti ja tietokone käytössä. Joillakin osastoilla oli myös mahdollista osallistua psykoedukaatioryhmään, levyraatiin tai toimintaterapiaan. Ohjatun toiminnan puutteesta johtuen haastateltavani turvautuivat omaehtoiseen tekemiseen sairaalahoidon aikana. Esimerkiksi Heidi hankki itselleen materiaalit vesivärimaalauksia varten, ja hän myös kuunteli musiikkia, kirjoitti päiväkirjaa ja jumppasi itsenäisesti osastoilla ollessaan. Heidän mukaan suljetulla osastolla oli kuntopyörä, jota hän käytti. Ilona taas kertoi, että jos pystyi ennakoimaan osastolle joutumisen, pystyi ottamaan mukaan harrastusvälineitä sairaalaan.

Haastateltavani toivoivat sekä suljetuille että osittain myös avo-osastoille lisää ohjattua ja organisoitua toimintaa. Toisaalta heidän mukaansa ohjatut toimintamahdollisuudet vaihtelivat jonkin verran yksiköittäin: joissakin yksiköissä ohjattua toimintaa oli enemmän kuin toisissa. Myös haastateltavieni senhetkinen vointi vaikutti toiminta-aktiivisuuteen. Tiina kuvasi potilaiden vointia suljetulla osastolla näin:



Suljetulla osastolla ihmiset on niin kurjassa kunnossa, ettei muutenkaan ihan realiteeteissa mukana. Et se suljettu osasto on ihan omanlaisensa ympäristö, enemmän mä oon ollu niin kun avo-osastolla kun suljetulla. Suljetulla ite on ihan hirveen huonossa kunnossa ja ne potilastoverit hirveen huonossa kunnossa, niin sit ei jotenki siihen ympäristöön kiinnitä niin paljon huomiota. Ei siinä riitä resurssit enää siihen, et sitä elää sitä omaa henkilökohtasta helvettiään silloin.

Tiinan mukaan mahdolliseen ohjattuun toimintaan osallistuminen ja ulkomaailman tapahtumien seuraaminen oli suljetuilla osastoilla voinnin takia hankalaa. Hän kertoi, että suljetuilla osastoilla oli potilaiden välillä myös vähemmän yhteisöllisyyttä. Tiinan mukaan hän olisi kaivannut juuri avo-osastoille lisää toimintaa. Hän kertoi, että avo-osastot olivat kaikkein ”puuduttavimpia”, mikä on sen valossa ristiriitaista, että avo-osastolle päästäessä potilaan vointi ja toimintakyky ovat yleensä jo kohentuneet. Siten voisi olettaa, että juuri avo-osastoilla olisi aktivoivaa ja kuntouttavaa toimintaa. Elisalla oli taas myönteisiä kokemuksia päiväosastosta, jossa vietetään päivät ja nukutaan kotona yöt. Elisän mukaan päiväosastolla oli ohjattua toimintaa päivittäin, vähintään kerran päivässä.

Isabella toi esiin sen, että hän olisi kaivannut hoitohenkilöstön kannustusta ohjattuun toimintaan:

Ja siin sen niin kun tavallaan näki, et siellä oli tavallaan semmost niin kun materiaaleja, palapelejä ja askartelutarpeita ja muuta olemassa. Mutta niin kun minkäänlaista semmosta rohkaisua tai tukemista, et hei ottaisitko tosta tommosen ja tekisit, ei ollu.

Isabella kertoi, että häntä ahdisti, kun osastoilla ei ollut mitään tekemistä. Hän kertoi, että osastoilla oli kyllä toimintaa mahdollistavia materiaaleja, mutta järjestetty toiminta oli pitkälti potilaiden varassa. Elisa ja Amanda toivat esiin sen, että mahdolliseen ohjattuun toimintaan pääseminen osastoilla oli oman aktiivisuuden varassa. Elisa kertoi, että hän olisi halunnut osallistua suljetulla osastolla käsityöryhmään, muttei tiennyt, miten päästä siihen, eikä hän liioin osannut ryhmään pääsyä vaatia. Amanda taas kertoi, että suljetuilla osastoilla oli hyvin vähän toimintaa, ellei itse aktiivisesti pyytänyt toimintaan pääsyä:

Ja tota, sitten on mahdollisuus osallistua erilaisiin ryhmiin, mutta ainakaan tällä suljetulla sitä ei tarjottu. Että piti niin kun itse kysyä tai suorastaan vaatia, et haluan näihin teidän järjestämiin päivätoimintajuttuihin mukaan.

Amanda kertoi, että hän oli oppinut olemaan aktiivinen oman hoitonsa suhteen ja ”ottamaan hoidostaan kaiken irti” olemalla oma-aloitteinen. Voidaan väittää, että tämän oli kuitenkin mahdollistanut Amandan aikaisemmat hoitokokemukset, tietämys eri osastojen toimintamahdollisuuksista ja senhetkinen vointi: kaikilla psykiatrisilla potilailla ei välttämättä ole tarvittavaa tietämystä eri osastojen toimintamahdollisuuksista tai voimavaroja vaatia aktiivisesti ohjattuun toimintaan pääsyä.

Kun ohjatut toimintamahdollisuudet puuttuvat, sairaalan päivittäiset rutiinit ja rytmit muodostuvat potilaille tärkeiksi. Letendre'n tutkimuksen mukaan potilaiden elämää rytmittävät sairaalassa päivästä toiseen samanlaisina toistuvat rutiinit: herätykset, lääkkeiden jakamiset, ruokailut, omahoitajatapaamiset, hoitokokoukset, television katselu, keskustelut muiden potilaiden kanssa ja nukkuminen (Letendre 1997, 290). Haastateltavani suhtautuivat lähes poikkeuksetta myönteisesti psykiatristen sairaaloiden rutiineihin ja aikatauluihin:

Isabella: No, tavallaan ne tuntu aika turvallisilta. Se just, et oli säännöllinen ruoka, et ei tarvinnut tehdä mitään. Ja sitten, et oli jotain ohjelmaa, josta sai etukäteen tietää.

Elisa: Loppujen lopuks sit kuitenkin aika vähän niin ko mua haittas se, et niin ko just ne rytmit, mitkä siel on, ne ruokailuajat ja muut. Ja tota noin mä kuitenkin itte vapaaehtoisena halusin silloin ensimmäisellä sairaala-ajalla mennä keittiöön laittamaan iltapalaa. Tavallaan halusin osallistua niihin rutiineihin.

Isabellan ja Elisan lisäksi myös Tiina oli sitä mieltä, että sairaaloiden arkirutiinit olivat kyseenlaistamattomia, ja ne ”kuuluvat asiaan”. Ilona koki ainoana haastatelluista sairaaloiden rutiinit lähinnä ”raskaina” ja ”tylsinä”. Tämä johtui ennen kaikkea siitä, että hänen mukaansa suljetuilla osastoilla ei ollut muuta toimintaa kuin rutiinitoiminnot, eikä hänen mielestään hoitohenkilöstön kanssa syntynyt vuorovaikutusta.

Ohjatun toiminnan puute johti haastateltavieni mukaan myös siihen, että heidän arkeaan sairaalassa leimasi jatkuva odottaminen. Letendre'n mukaan psykiatriset potilaat kokevat paljon tylsyyden, tyhjyyden ja loputtoman odotuksen tunteita sairaalahoidossa ollessaan (Letendre 1997, 290). Haastateltavani kertoivat kuitenkin, että he olivat tottuneet jatkuvaan odottamiseen sairaalahoidon aikana. Heidi kertoi tästä sopeutumisesta näin:

No tota noi niin, kyllähän se oli niin ku joskus vaikee, ku sanottiin, et ”odota, odota”. Mut sit toisaalta, ku siellä oli niin monta kertaa ollu, sit tieski, et koitti välttää sinne (hoitajien luo) menoo vallan. Koitti niin ku sillai, et jos siellä oli joku toinen kysymässä jotain, odotti rauhallisesti, ku meni toimittamaan sen asian. Ja sitte sai ehkä vähän paremmin.

Myös Tiina kertoi, että seuraavien rutiinien odottaminen sairaalahoidossa kuului lähes poikkeuksetta asiaan, ja siihen tottui. Elisa taas kuvasi, että suljetulla osastolla oleminen oli ”yhtä suurta odottamista”, sen toivomista, että tila kohenisi ja pääsisi sairaalasta pois.

Psykiatristen potilaiden arkea ja toimintaa sairaaloissa ohjaavat laitosten säännöt, joiden merkitys korostuu entisestään, kun potilaille järjestetyt toimintamahdollisuudet ovat vähäisiä. Letendre on todennut, että psykiatriset potilaat eivät voi laitoksessa ollessaan järjestää elämäänsä oman halunsa mukaan. Laitoksessa on sääntöjä, joita ei muualla yhteiskunnassa ole: ovet pidetään lukossa, ja esimerkiksi henkilökohtaisia tavaroita saatetaan ottaa haltuun. (Letendre 1997, 290.) Valtaosa haastateltavistani suhtautui kuitenkin sairaalan sääntöihin lähinnä myönteisesti. Elisa kertoi suhteestaan sairaalan sääntöihin näin:

No kyl ne (säännöt) nyt periaattees oli oikeudenmukaisia. Esimerkiksi potilaiden kesken ei hyväksytä väkivaltaa, ja tota se, et ne ruokailuajat on tiettyyn kellon aikaa, ja tupakoidaan vaan tupakkahuoneessa. Ja hiljasuus on tiettyyn aikaan. Ne on semmosia arkeen kuuluvia, helpottavia asioita.

Elisa kertoi, että sairaalan säännöt helpottivat potilaiden yhdessä elämistä ja olemista sairaalassa. Toisin kuin aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa, jonka mukaan psykiatriset potilaat kokivat ihmisoikeusloukkauksiksi psykiatristen laitosten säännöt, kuten kahvinkeiton, sukupuolisuhteiden ja vierailuajkojen sääntelyn, tutkimuksessani kävi ilmi, että esimerkiksi Elisa suhtautui sairaalan sääntöihin hyvin myönteisesti (Salo 2010, 8). Heidi taas koki henkilökohtaiset rajoituksensa, ulosmenokiellon ja erilaiset säännöt, kuten huoneessa oloajat ja nukkumaanmenoajat, perusteettomiksi ja epäoikeudenmukaisiksi. Heidän mukaan häntä kohdeltiin ”ihan kakarana”, mikä voidaan tulkita siten, että hän koki sääntöjen aikaansaavan minorisointia ja olevan vastoin aikuisen vapaata tahtoa (vrt. Letendre 1997, 290; vrt. Goffman 1969, 35–36). Isabella taas tunsu ensimmäisellä sairaalaolokerrallaan hämmennystä sairaalan säännöistä, koska hoitohenkilöstö ei kertonut hänelle niistä:

No mulle tulee mieleen ensimmäiseltä kerralta, ensimmäiseltä jaksolta jotenkin, et oli aamupala ja sen jälkeen oli joku aamukokous ja jotain. Ja sit mä muistan, et siel aamukokouksessa mulle tai jollekin muulle sanottiin, et täällähän on sääntö, et siihen mennessä on päivävaatteet päällä. Et ei tulla pyjamassa enää tähän. Ja sit oli semmonen, et ei kukaan oo kertonut tätä mulle. Mä rikon sääntöjä, mut kukaan ei oo kertonut mulle näitä sääntöjä, et jotenkin ristiriitaista.

Isabella kertoi, että hän koki vaikeaksi sen, ettei hän tiennyt, mitä sairaalassa tapahtuu ja miten olla siellä. Hänen mukaansa hoitohenkilöstölle sairaalan arki oli pysyvää ja jatkuvaa, kun taas potilaat vaihtuivat, ja uusille potilaille sairaalan arki oli aina uutta ja vierasta. Isabella koki, että hän olisi kaivannut hoitohenkilöstön kertovan hänelle enemmän sairaalan arjesta ja sen säännöistä. Hän kertoi, että hoitohenkilöstö kohteli häntä huonosti, koska hän ei osannut käyttäytyä ensimmäisellä sairaalahoitokerrallaan sääntöjen mukaisesti. Seuraavalla hoitokerrallaan Isabella sai sairaalan säännöt kirjallisena, mikä helpotti hänen oloaan.

Haastateltavieni toimintamahdollisuuksien puutetta sairaalassa helpotti kontakti ulkomaailman kanssa hoidon aikana. Haastateltavani olivat yhteydessä sairaalan ulkopuoliseen maailmaan vaihtelevasti riippuen senhetkisestä voinnistaan ja osastosta. Voinnan kohentuessa oli mahdollisuus päästä lomille kotioloihin. Potilaan kontakti sairaalan ulkopuoliseen maailmaan voi auttaa potilasta pitämään yllä niitä rooleja, joita hänellä on laitoksen ulkopuolisessa elämässään ja estää potilaan ajautumista täydellisesti potilaan rooliin (Goffman 1969, 6, 13–15). Nykyisin teknologia mahdollistaa entistä paremmin kommunikoinnin sairaalan ulkopuolisen maailman kanssa mihin vuorokauden aikaan tahansa. Isabella kertoi sosiaalisen median merkityksestä hoidossaan näin: ”Lopulta se (älypuhelin) osoittautui parhaaksi, mitä mä sinne sain. Se että mä niin kun sain yhteyden ulkomaailmaan sillee niin kun helposti omasta sängystä.” Isabella kertoi, että toisella sairaalallaan olokerrallaan älypuhelin tarjosi parasta tukea, jota hän hoitoonsa sai. Hän vertasi toista sairaalakertaansa ensimmäiseen, jonka aikana hänellä oli ”yksinäinen” ja ”eristynyt” olo, eikä hän tiennyt, mitä ulkomaailmassa tapahtui. Sosiaalinen media oli Isabellalle ”korvaamattoman arvokas” myös siinä mielessä, että hän sai sen avulla järjestettyä itselleen ”tukiringin”, joka käytännössä joutui hoitamaan Isabellaa hänen liian aikaisin tapahtuneen sairaalasta kotiuttamisensa takia. Heidi taas koki kamalaksi sen, että häneltä vietiin pakkotoimenpiteiden yhteydessä puhelin pois, mikä rajoitti hänen mahdollisuuttaan olla yhteydessä sairaalan ulkopuoliseen maailmaan. Goffman on kuvannut fyysisen saartovaikutuksen käsitteellä tilanteita, joissa potilaalta

viedään minuuden kannalta tärkeitä esineitä sairaalahoidon aikana (Goffman 1969, 17–19). Nykyisin (äly)puhelin ja mahdollisuus sosiaalisen median käyttöön voidaan ymmärtää tällaisiksi minuuden kannalta tärkeiksi tekijöiksi. Isabella toi esiin fyysisen saartovaikutuksen seurauksia:

H: Koiks sä niin kun, et se oli tärkeetä, että sä sairaalahoidon aikana pysyit niin kun ajan tasalla?

Isabella: Joo, kyl mun mielestä se on tärkeetä. Ja se, et tietää, et joltain on otettu kaikki yhteydet ulkomaailmaan sairaalahoidon aikana pois, niin tuntuu kyllä melkoselta väkivallalta. Ja sit, kun sairaalas toivotetaan sitä, et ei pidä päästä taantumaan ja laitostumaan ja muuta. Niin mitä se sitten ajaa, jos siihen niin kun pakotetaan.

Isabella kertoi, kuinka tärkeää potilaan kuntoutumisen kannalta on mahdollisuus olla potilaan niin halutessa yhteydessä ulkomaailmaan. Voidaan väittää, että potilaan laitostumisen ja sairaalakierteen ehkäisemiseksi sekä kotiutumisen helpottamiseksi olisi hyvä, että potilaan yhteyttä ulkomaailmaan rajoitettaisiin vain hyvin painavista syistä hoidon aikana, tilanteissa, joissa yhteydestä sairaalan ulkopuoliseen maailmaan on selvästi potilaalle haittaa.

Perheen ja ystävien vierailukäynnit sairaalassa toivat toimintaa haastateltavieni laitoksarkeen ja kontaktia ulkomaailmaan. Osa haastateltavistani ei tosin halunnut joillakin sairaalassa olokerroillaan, että perhe tai ystävät tulisivat heitä sairaalaan tapaamaan. Ilonalla oli vierailukielto joillakin osastokerroilla. Hän kertoi kokeneensa, että vierailukielto oli osittain helpottava, koska sairaalassa ei ollut paikkaa, jossa vieraiden kanssa olla. Ilonan mukaan vierailutilanteet tuntuivat hänestä keinotekoisilta, eikä läheisten kanssa pystynyt olemaan sairaalassa kuten normaaliolosuhteissa. Tiina taas kertoi, ettei hänen siskonsa käynyt hänen pyynnöstään suljetulla osastolla, koska hän ei halunnut pelästyttää tätä. Myös Amanda kertoi, ettei kukaan käynyt katsomassa häntä sairaalassa. Hän toivoi, ettei hänen läheistensä tarvitsisi nähdä häntä siinä voinnissa, ympäristössä ja niissä olosuhteissa:

No mua ei käyny kattomassa kukaan. Et ehkä mä vähän toivoin sitä, et ei tulis kukaan kattoo. Se on aika hurjaa, kun näkee konkreettisesti, et missä mä olin silloin. Et kerran kävin kattoo yhtä mun ystävää osastolla, ja se oli mulle niin kun semmonen herätys, että ai tilanne on näin paha. Ja jotenkin toivoi, ettei läheisten tarvisi.

Haastateltavieni vastarinnan habitus ilmeni psykiatrisen sairaalahoidon ohjatun toiminnan puutteen esiintuomisenä. Etenkin psykiatrisen sairaalahoidon kuntoutusnäkökulman kannalta on ongelmallista, jos potilaat ovat toimettomina ja virikkeettöminä hoidon aikana. Tutkimusaineistoni perusteella ohjattu toiminta ja erilaiset toimintaterapeuttiset muodot, kuten esimerkiksi erilaiset liikuntamuodot, musiikkiterapia, käsityöt ja muut erilaiset taidemuodot, saattavat kohentaa potilaiden vointia ja osallisuutta merkittävästi hoidon aikana. Ohjattu tai vähemmän ohjattu toiminta tarjoaa myös hoitohenkilöstölle mahdollisuuden luoda suhteita potilaisiin.

## **8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA**

Historiallisesti niin tieteellistä tutkimusta kuin käytännön hoitotyötä on luonnehtinut psykiatristen potilaiden kokemusten kuuntelemisen vaikeus (Birk & Karp, 2012, 24). Eletyn asiantuntijuuden käsitteen avulla olen halunnut tuoda tutkielmassani esiin psykiatristen potilaiden subjektiivisia kokemuksia sairastumisesta ja hoidosta, sitä, millaista sairaus on elettyinä ja koettuna (Charmaz 1991). Olen ollut erityisesti kiinnostunut siitä, millaisia ovat potilaana olemisen kokemukset, millainen psykiatrisen sairaala on ympäristönä, millaista toimintaa siellä on, ja millaista vuorovaikutus on potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä sekä potilaiden kesken (Engeström 2003, 323–328). Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaat ajautuvat usein passiiviseen sairaan rooliin: heitä on tuettava, kontrolloitava, autettava ja kuntoutettava (Hyväri 2011, 235–241). Eletyn asiantuntijuuden käsitteessä painottuvat potilaan aktiivinen rooli ja toisenlainen tarkastelutapa hoitoon kuin lääketieteellisessä tai sairaanhoidollisessa näkökulmassa (Kangas 2003, 76–77). Tutkimukseni perusteella haastateltavieni psykiatriseen tahdosta riippumattomaan ja vapaaehtoiseen hoitoon liittyvät hoitokokemukset kiteytyivät kolmeen teemaan: 1) yksilönä kohteluun, ylitse kävelemiseen ja hoitopaikasta taisteluun sekä 2) erontekoon saadun diagnoosin ja potilaan minuuden välillä ja 3) vertaistuen voimaan hoidon aikana.

Vastarinnan habituksen käsitteen keinoin olen halunnut tuoda esiin tapoja, joilla psykiatriset potilaat haastavat vakiintuneita institutionaalisia sairaalahoitokäytäntöjä ja tulkitsevat ne eri tavoin kuin psykiatriassa tai sairaanhoidollisessa viitekehyksessä on totuttu (Crossley 2004, 167). Paikansin tutkimusaineistostani kolme teemaa, joilla haastateltavani haastoivat

sairaanhoidollisia käytäntöjä: heidän mukaansa psykiatrisen hoitohenkilöstön jaksamisesta tulisi huolehtia enemmän, potilaan ja psykiatrisen hoitohenkilöstön väliseen kohtaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, ja hoidossa tulisi olla enemmän ohjattua toimintaa. Jotta vakiintuneita psykiatrisen sairaanhoidon hoitokäytäntöjä voitaisiin muuttaa, on tärkeää, että psykiatristen potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä kuunnellaan (Hyväri 2001, 285–287).

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien psykiatristen potilaiden hoitokokemukset vaihtelevat paljon. Potilaan tahdosta riippumattomaan hoitokokemukseen voi sisältyä sekä kielteisiä että myönteisiä tekijöitä. (Hiday ym. 1997, 228–231.) Vertailevassa tutkimuksessa on kuitenkin todettu, että potilaat voivat kokea tahdosta riippumattoman hoidon negatiivisempana kuin vapaaehtoisen hoidon, ja vapaaehtoisessa hoidossa olevat saattavat kokea olevansa enemmän hoidon tarpeessa kuin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevat. (Kallert ym. 2008, 195–196, 205). Lainsäädännöllinen jako Suomessa tahdosta riippumattomaan ja vapaaehtoisen hoitoon ei kuitenkaan välttämättä heijasta potilaan hoitomyönteisyyttä: potilas voi kokea tahdosta riippumattoman hoidon vapaaehtoiseksi ja vapaaehtoisen hoidon pakottavaksi (Hiday ym. 1997, 228; Kallert ym. 2008, 205). Myöskään tutkimusaineistoni perusteella haastateltavieni hoitokokemuksia ei voida täysin selittää tahdosta riippumattoman hoidon ja vapaaehtoisen hoidon välisellä jaottelulla: kävi esimerkiksi ilmi, että Elisa koki myös tahdosta riippumattoman hoidon mieluisaksi ja vapaaehtoiseksi, kun taas Heidin kokemus pakosta oli vahva myös vapaaehtoisessa hoidossa, ja hoito merkitsi hänelle kaiken kaikkiaan menetettyä aikaa elämässä.

Tutkimusaineistoni jakautui yleisellä tasolla potilaiden positiivisiin ja negatiivisiin hoitokokemuksiin: aineiston toisessa päässä olivat myönteiset yksilönä kohtaamisen kokemukset ja toisessa päässä kielteiset ylitse kävelemisen sekä hoitopaikasta taistelemisen kokemukset. Elisan hoitokokemukset olivat ainoana haastatelluista hyvin myönteisiä. Elisa koki hoidon, myös tahdosta riippumattoman hoidon, hyödylliseksi, mieluisaksi, tarpeisiin vastaavaksi ja turvaa antavaksi (vrt. Johansson & Lundman 2002, 644). Elisa mielsi saaneensa tukea hoitohenkilöstöltä, tulleensa kohdelluksi yksilönä ja saaneensa osakseen kunnioittavaa kohtelua sairaalahoidossa ollessaan (vrt. Andreasson & Skärsäter 2012, 17–19). Sen sijaan loput haastateltavistani, Tiina, Heidi, Isabella, Amanda ja Ilona, toivat esiin

enemmän kielteisiä kuin myönteisiä hoitokokemuksia. Ylitse kävelemisen kokemus ilmeni lähes kaikkien haastateltavieni hoitokokemuksissa yksilönä kohtaamattomuutena ja hoidon paternalistisena asiantuntijalähtöisyytenä, jossa hoitohenkilöstö tekee päätökset, ja potilaan tehtävänä on seurata niitä (vrt. Kangas 2003, 82). Haastateltavieni ylitse kävelemisen kokemus liittyi ennen kaikkea juuri siihen, että he eivät päässeet osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Osa haastateltavistani taas koki hoidossa ongelmalliseksi sen, että diagnoosi määrittäi hoitoa, eikä hoito siten tukenut yksilönä kohtaamista.

Osa haastateltavistani kertoi, että hoidonaikaiset ylitse kävelemisen ja yksilönä kohtaamattomuuden kokemukset liittyivät erityisesti hoitohenkilöstön väärintulkintoihin. Hoitohenkilöstön väärintulkinnat ilmenivät usein haastateltavieni mukaan siten, että hoidossa suuntauduttiin potilaan puutteisiin hänen voimavarojensa ja vahvuksiensa sijaan ja tulkittiin potilaan käytöstään kategorisesti, ongelma- ja sairauslähtöisesti (Kärki 2016, 7). Vastaavanlaisia huomioita on tehnyt myös Goffman, jonka mukaan ”hoitaja ei koskaan tunnista normaalisuutta miljöössä, jossa epänormaalisuus vastaa odotuksia” (Goffman 1969, 68). Osa haastateltavistani koki lannistavaksi myös hoidon epätasaisuuden, hoidon laadun vaihtelemisen alueittain, yksiköittäin ja hoitajittain. Ylitse kävelemisen kokemus liittyi haastateltavieni mukaan myös vahvaan pakon tunteeseen sairaalahoidon aikana. Pakkokokemus saattoi olla vahva, mikäli haastateltava epäili, onko hoito hänelle hyväksi. Osa haastateltavistani koki myös vahvasti menettäneensä vapautensa ja itsemääräämisoikeutensa hoidon aikana. Samankaltaisia päätelmiä ovat tehneet Johansson ja Lundman tutkimuksessaan, jossa kävi ilmi, että psykiatrisen potilaan pakon kokemuksen taustalla on usein tunne autonomian menetyksestä hoidon aikana (Johansson ja Lundman 2002, 644–645). Pakon kokemukseen vaikutti tutkimusaineistoni perusteella myös se, kykenikö haastateltava sisällyttämään hoitokokemuksensa elämänselämänsä historiaansa. Aiemmassa tutkimuksessa on käynyt ilmi, että psykiatrisen potilaan pakon tunne voi olla vahva, mikäli hän kokee, että hoidosta oli haittaa hänen elämälleen, ja sen epäsuotuisat seuraukset olivat peruuttamattomia (Wyder ym. 2013, 578). Yksi haastateltavistani oli joutunut useaan kertaan taistelemaan hoitopaikastaan. Hänen hoitokokemuksistaan tuli vahvasti esille hoitopaikasta kamppailun kokemukset. Tämän haastateltavan kokemukset eivät ole mitenkään poikkeuksellisia. Esimerkiksi Helsingin Sanomat uutisoi 10.09.2013, että avun hakemisesta huolimatta nuorten on erityisesti pääkaupunkiseudulla vaikeaa päästä psykiatriseen sairaalahoitoon. Artikkelissa 18-



vuotias nuori nainen kertoi yrittäneensä päästä hoitoon kymmeniä kertoja. Hänen kertomansa mukaan hoitoon ei päässyt, vaikka ”kuinka olisi itkenyt ja huutanut”. Toisessa artikkelin tapauksessa avun saamisen vaikeus johti osin nuoren miehen itsemurhaan. (HS 10.09.2013, A 6.)

Haastateltavani toivat myös esiin diagnosointikokemuksen ja vertaistuen merkityksen sairaalahoidon aikana. Kaikille haastateltavilleni oli yhteistä se, että he kokivat, ettei saatu diagnoosi määrittänyt heidän minuuttaan. Ajatus perustui haastateltavieni mukaan ennen kaikkea siihen, että he ymmärsivät diagnoosissa olevan kyse sairaudesta, joka on hoidettavissa samalla tavoin kuin muutkin sairaudet. Osa haastateltavistani koki hoitokokemuksiensa perusteella diagnoosin saamisen helpotukseksi, sillä diagnoosin avulla ongelmat ja vaikea elämäntilanne voitiin käsitteellistää, tunnistaa ja selittää. Osa haastateltavistani sen sijaan kyseenalaisti voimakkaasti saamansa diagnoosin. Aiemassa tutkimuksessa on todettu, että psykiatrinen potilas voi kokea diagnoosin hyvinkin ristiriitaiseksi. (Hayne 2003, 725–727.)

Vertaistuki oli kaikkien haastateltavieni mukaan hoidonaikainen voimavara. Haastateltavani kokivat muiden potilaiden kanssa keskinäisiä yhdenvertaisuuden ja solidaarisuuden tunteita hoitohenkilöstön lähes poikkeuksetta muodostaessa vastakkaisen ryhmän (vrt. Goffman 1969, 45–47). Haastateltavani olivat sitä mieltä, että vain samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat ymmärsivät, mitä he sairastuessaan kokivat (vrt. Lester ym. 2006). Vertaistuen voima perustui haastateltavieni mukaan yhtäältä samankaltaisten kokemusten jakamiseen, yhdenvertaisuuden kokemuksiin, sairaalan epäkohtien kritisoimiseen, mutta toisaalta myös siihen, että potilaat vahvistivat vuorovaikutuksensa keinoin toistensa kontaktia ulkomaailmaan ja siten ehkäisivät toistensa täydellistä vieraantumista ympäröivästä yhteiskunnasta. Vaikka vertaistuki oli poikkeuksetta myönteinen tekijä haastateltavieni hoitokokemuksissa, liittyi potilaiden välisiin suhteisiin tutkittavieni mukaan myös varjopuolia, jotka ilmenivät potilaiden yksityisyyden puutteena, muihin potilaisiin liittyvinä turvattomuuden tunteina ja konflikteina.

Haastateltavani kyseenalaistivat hoitokokemuksiensa perusteella hoitajien jaksamisen psykiatrisessa sairaalahoitotyössä. Valtaosa haastateltavistani oli sitä mieltä, että hoitohenkilöstön jaksamisen puute heijastui potilaille annettavan hoidon laatuun.

Tutkimusaineistoni perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilöstön jaksamattomuuteen liittyvät kysymykset eivät ole pelkästään työyhteisön sisäisiä asioita, vaan hoitajien jaksamattomuus vaikuttaa potilaiden saamaan hoitoon psykiatrisessa sairaalassa. Tutkittavieni mukaan hoitajien keskinäinen arvostus ja heidän välisensä myönteinen vuorovaikutus ilmenivät sairaalan arjessa. Aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että myönteinen työilmapiiri ja toimiva työyhteisö edesauttavat psykiatristen hoitajien työssä jaksamista (Puosi & Tujunen 2010).

Haastateltavani kyseenalaistivat institutionaalisia psykiatrisia sairaalahoitokäytäntöjä myös pohtimalla hoitosuhteisiin liittyvää kohtaamattomuutta. Wyderin ym. tutkimuksen mukaan psykiatrinen hoitohenkilöstö voi joko helpottaa tai vaikeuttaa potilaan hoitoa (Wyder ym. 2013, 578). Haastateltavieni kohtaamattomuuden kokemukset liittyivät etenkin hoitohenkilöstöön. Tutkittavieni mukaan kohtaamattomuus ilmeni samanarvoisena kohtaamisen puutteena, pakko- ja rajoitustoimenpiteiden perusteettomuutena, tiedonjakamisen puutteena, lääkityksestä aiheutuvien sivuoireiden ohittamisena, vuorovaikutuksen puutteena sekä hoitohenkilöstöä kohtaan tunnettuna epäluottamuksena. Wyderin ym. tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön ja potilaan välistä onnistunutta vuorovaikutussuhdetta luonnehtii jaettu inhimillisuus potilaan ja hoitohenkilöstön välillä (Wyder ym. 2013, 576–578). Osa haastateltavistani oli sitä mieltä, että hoitohenkilöstö ei osannut kohdata heitä inhimillisesti samanarvoisina. Nämä haastateltavat tähdensivät inhimillisen samankaltaisuuden tunnistamisen ja tunnustamisen tärkeyttä hoidon aikana.

Haastateltavani kokivat vaihtelevasti, että pakko- ja rajoitustoimenpiteet olivat usein perusteettomia joko omalla tai kanssapotilaiden kohdalla käytettynä. Johansson ja Lundman ovat tutkimuksessaan todenneet, että vaikka hoitohenkilöstö voi mieltää pakkotoimenpiteet välttämättömiksi vaikeissa tilanteissa, potilaat voivat kokea ne epäinhimillisiksi, epäkunnioittaviksi ja epäoikeudenmukaisiksi (Johansson ja Lundman 2002, 645). Toisaalta osa haastateltavistani mielsi pakkotoimenpiteet jossain tilanteissa turvallisuutta lisääviksi ja osittain jopa oman hengen pelastajiksi. Suomalaisessa tutkimuksessa on käynyt ilmi, että pakkotoimenpiteisiin liittyviä perusteettomuuden kokemuksia voitaisiin lievittää jälkipuinnin avulla eli potilaan mahdollisuudella keskustella rajoitustoimenpiteistä hoitohenkilöstön kanssa niiden jälkeen (Kontio ym. 2012, 20). Tutkimusaineistostani tuli esiin se, että

tämänkaltainen jälkipuinti olisi hyvä ulottaa myös niihin potilaisiin, jotka ovat joutuneet sivusta seuraamaan kanssapotilaan päätymistä pakkotoimenpiteen kohteeksi.

Haastateltavani kokivat kohtaamattomuuden kokemuksia myös suhteessa tiedonsaannin puutteisiin. Osa haastateltavistani oli sitä mieltä, että he saivat liian vähän tietoa lääkityksestään, erilaisista lääkevaihtoehdoista ja lääkitykseen liittyvistä sivuoireista. Lain mukaan Suomessa psykiatrisella potilaalla on oikeus itseään koskevaan tiedonsaantiin (ETENE- JULKAISUJA 1 2001, 13). Tutkimusaineistostani kävi kuitenkin ilmi, että kohtaamistapa hoitohenkilöstön kanssa oli lääkitykseen liittyvässä tiedonsaannissa paternalistinen informoivan ja jaetun kohtaamistavan sijaan (vrt. Kangas 2003, 83–83). Osa haastateltavistani kertoi myös, että heidän lääkitystään oli muutettu heidän tietämättään. Osa haastateltavistani myös koki, että heidän lääkityksestään aiheutuvia sivuoireita vähäteltiin ja tulkittiin psyykkisestä oireilusta johtuviksi.

Potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen kohtaamattomuus ilmeni haastateltavieni mukaan myös suoranaisten vuorovaikutuksen puutteena ja epäluottamuksen tunteina hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä. Aiemman tutkimuksen perusteella potilaat voivat kokea vuorovaikutuksen hoitohenkilöstön kanssa hoidon tärkeimmäksi tekijäksi (McIntyre ym. 1989, 249). Suomalaisessa tutkimuksessa on taas todettu, että potilaiden asiakaslähtöisyyden kokemus voi muodostua ennen kaikkea mikrotasolla eli hoitohenkilöstön ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa (Ristaniemi 2005). Vuorovaikutuksen puute hoitohenkilöstön kanssa voi siis vaikuttaa hyvin kielteisellä tavalla potilaan hoitokokemuksiin. Wyderin ym. tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö voi merkittävästi edistää potilaan positiivisten hoitokokemusten kehkeytymistä osoittamalla kiinnostusta sekä luottamusta potilasta kohtaan ja kohtelemalla potilasta kunnioittavasti. Tämän tutkimuksen mukaan potilaan hoitokokemus voi taas muodostua negatiiviseksi, jos potilas kokee, että hoitohenkilöstö jää etäiseksi, hoitajilla ei ole aikaa keskustella potilaan kanssa tai kuunnella potilasta tai hoitohenkilöstöllä on huonot kommunikointivalmiudet. (Wyder ym. 2013, 578.) Johanssonin ja Lundmanin tutkimuksen mukaan potilas voi tällöin mieltää hoitohenkilöstön läsnäolon ei-olemiseksi, mikä saattaa aiheuttaa sen, että potilas kokee, ettei hän tule kuulluksi tai nähdyksi (Johansson ja Lundman 2002, 643).

Haastateltavani olivat yhtä mieltä siitä, että virikkeettömyys ja ohjattujen toimintamahdollisuuksien puute oli ongelmallista sairaalahoidon aikana. Haastateltavani esittivät, että hoidossa tulisi enemmän järjestää erilaisia toimintamuotoja potilaille. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että psykiatriset potilaat hyötyvät merkittävästi ohjattua toiminnasta ja stimuloivaan ympäristöön pääsemisestä hoidon aikana (Freudenberg & Wing 1961). Aikaisemman tutkimuksen mukaan ohjattu tai vähemmän ohjattu toiminta myös mahdollistaisi hoitohenkilöstön ja potilaiden välisen vuorovaikutuksen luomisen ja vahvistamisen toiminnan yhteydessä (Martin & Street 2003).

Tutkimukseni vahvistaa pitkälti aiempia tutkimuksia psykiatristen potilaiden hoitokokemuksista: jo aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että yksilönä kohtelu, potilaslähtöisyys ja vertaistuki ovat potilaan hoitokokemuksen kannalta keskeisiä (vrt. Johansson & Lundman 2002, 643–644; vrt. Ristaniemi 2005; vrt. Goffman 1969, 45–47). Tutkimuksessani kävi ilmi, että entiset mielenterveyspotilaat eivät kokeneet diagnoosin määrittävän heidän minuuttaan. Aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että mielenterveyskuntoutujat määrittävät identiteettiään suhteessa saamaansa diagnoosiin (Kulmala 2006). Toisaalta Haynen tutkimuksessa on käynyt ilmi, että tämä on vain potilaan yksi tapa suhtautua saamaansa diagnoosiin (Hayne 2003). Yksi tutkielmani teemoista oli hoitopaikasta taistelemisen teema, ja Suomessa esimerkiksi uutisoinnissa on jo aiemmin kiinnitetty huomiota psykiatristen potilaiden hoitopaikan saamisen vaikeuteen (HS 10.09.2013, A 6). Hoitajien jaksamisen tärkeyttä ja potilaiden hoidonajan ohjatun toiminnan merkitystä sekä potilaiden ja hoitohenkilöstön väliseen kohtaamattomuuteen liittyviä kysymyksiä on niin ikään tarkasteltu aiemmassa tieteellisessä tutkimuksessa (vrt. Puosi & Tujunen 2010; vrt. Gildberg ym. 2010, 365–366; vrt. Johansson & Lundman 2002, 576; 578–579). Uutta tutkimuksessani oli se, että siinä näitä tekijöitä tarkasteltiin nimenomaan psykiatristen potilaiden näkökulmasta, ja he toivat aktiivisesti esiin hoitajien jaksamisen sekä ohjatun toiminnan puutteen ja kohtaamattomuuden vaikutukset potilaiden saamaan hoidon laatuun.

Koska tutkimukseni on luonteeltaan kvalitatiivinen ja perustuu pieneen otokseen, eivät sen tulokset ole samalla tapaa yleistettävissä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen. Tutkimukseni pyrkimyksenä on ollut ymmärtää psykiatristen potilaiden subjektiivisia kokemuksia, ja siten

se voi tuoda ymmärrystä psykiatrisen hoidon merkityksistä potilaille. Haastateltavani olivat kaikki sukupuoleltaan naisia, mutta en koe sitä tutkimukselliseksi rajoitukseksi, sillä keskeistä tutkimukseni kannalta oli, että tutkittavillani oli kokemuksia psykiatrisesta sairaalahoidosta, ja he siten muodostivat näiden kokemusten suhteen yhtenäisen ryhmän.

Jatkotutkimuksessa tulisi Suomessa selvittää, miten kehitettäisiin enemmän vaihtoehtoja pakolle psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tulisi myös kartoittaa, miten tavoitettaisiin paremmin hoidon tarpeessa olevat ja miten ne, jotka hoitoa tarvitsevat, pääsisivät hoitoon. Suomessa kuntien erot ovat psykiatrisessa hoidossa suuret. Sote-uudistus vaikuttanee psykiatrisen hoidon järjestämiseen. Tärkeää olisi, että tulevassa uudistuksessa kyettäisiin kokoamaan pirstaleiset mielenterveyspalvelut kokonaisuuksiksi. Psykiatrisen hoito Suomessa vaihtelee paljon paitsi alueittain myös hoitoyksikön sekä -kulttuurin mukaan. Avainasemassa voisi olla psykiatristen laitosten ohjeistusten ja hoitokäytäntöjen valtakunnallinen yhtenäistäminen. Toimintamallia voisi ottaa esimerkiksi Tornion Keroputaan psykiatrisesta sairaalasta, jossa hoito on ollut onnistunutta: apua saa nopeasti, ja hoito perustuu läheisten kanssa toimimiseen. Keroputaan malli on ollut niin onnistunut, että se on herättänyt kiinnostusta jopa ulkomailla. (Kärki 2014, 15; Vasantola 2016, A 18.)

Jatkossa tulisi tutkia myös lisää psykiatristen potilaiden subjektiivisia hoitokokemuksia ja vaihtoehtoisia lähestymistapoja institutionaalsiin sairaalahoitokäytäntöihin. Tärkeässä asemassa tällöin on akateemisen tutkimuksen rinnalla mielenterveyskuntoutujien kokemustutkimus, jossa kuntoutujat osallistuvat aktiivisesti tutkimusprosessiin. Akateemista tutkimusta ja mielenterveyskuntoutujien kokemustutkimusta ei tulisi asettaa jyrkästi vastakkain, vaan tarkastella toisiaan täydentävinä. Parhaimmillaan kokemustutkimus voi muuttaa ymmärrystä psyykkisistä häiriöistä, psyykkisestä sairastamisesta ja hoidosta sekä kuntoutuksesta (Beresford 2009, 187). Keskeistä niin akateemisessa kuin kokemustutkimuksessa tulisi olla, että psykiatristen potilaiden kokemukset tulevat esiin. Siten voidaan muuttaa vallitsevia hoitokäytäntöjä. Haastaessaan vallitsevia institutionaalisia hoitokäytänteitä psykiatriset potilaat voivat toimia uutta luovalla tavalla: marginaalissa yhteiskunnan keskus voidaan käsitteellistää uusin tavoin.

John Monahan ja hänen kanssakirjoittajansa (1995) ovat eritelleet tekijöitä, joiden avulla voidaan parantaa psykiatristen potilaiden kokeman pakon tutkimusta. Näitä tekijöitä voidaan mielestäni soveltaa laajemminkin psykiatristen potilaiden hoitokokemusten tutkimiseen. Monahan ym. esittävät, että pakon kokemusta tulisi tutkia moninaisin metodein ja pitkästäjasti sekä sairaalaan joutumisen yhteydessä mutta myös sairaalakokemuksen jälkeen. Psykiatristen potilaiden hoitokokemusten tutkimista voidaan parantaa myös sisällyttämällä potilaiden lisäksi tutkimukseen heidän omaisiaan ja hoitohenkilöstöä. Myös muiden tekijöiden, kuten potilaan hoitohistorian, hänen psyykkisen häiriönsä luonteen ja päätöksentekokykyä, huomioon ottaminen on tärkeää. (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner & Mulvey 1995, 259–260.) Potilaan hoitokokemusten tarkastelun yhteydessä voitaisiin lisäksi intersektionaalisesti käsitellä sitä, miten esimerkiksi sukupuoli, ikä, luokka ja etnisuus heijastuvat mahdollisesti potilaan kokemuksiin (Birk & Karp 2012, 37). Tärkeää olisi myös tarkastella potilaiden hoitokokemuksia moninaisissa ympäristöissä ja tilanteissa: potilas saattaa esimerkiksi kokea jotkut laitokset tai sairaalan hoitokäytännöt pakottavampina kuin toiset (Monahan ym. 1995, 260).

Suomessa monien rakenteellisten muutosten avulla voidaan parantaa psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia. Suomen mielenterveyslaki on säädetty vuonna 1990, ja sitä olisi päivitettävä (Mielenterveyslaki 1116/1990). Mielenterveyslaki on tällä hetkellä tulkinnanvarainen, ja sen soveltaminen vaatii useamman lain samanaikaista luentaa. Laki painottaa ennaltaehkäisevän hoidon ja avohoidon merkitystä, mutta käytännössä määrittää vain tahdosta riippumatonta hoitoa. Laissa on myös puutteita määritelmässä, esimerkiksi siinä, mitä kuntoutuksella tarkoitetaan. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 132–133.) Vaikka mielenterveyslaki määrittelee tarkasti tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumisen ehdot, siinä on säädetty hoidonaikaisista pakko- ja rajoitustoimenpiteistä hyvin yleisellä tasolla (Kaltiala-Heino 2000, 131–132). Tämä taas vaikuttaa esimerkiksi potilaiden oikeuksiin ja heidän saamaansa hoidon laatuun. Myös hoitohenkilöstön jokapäiväiseen hoitotyöhön vaikuttaviin rakenteellisiin tekijöihin, kuten yhteiskunnallisiin, kulttuurisiin, taloudellisiin ja organisatorisiin tekijöihin, on panostettava, jotta varmistetaan potilaiden mahdollisimman hyvä hoito (Salo 2010, 37–38). Lisäksi kuntoutusnäkökulmaa olisi hoidossa korostettava enemmän, ja potilaan kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman varhain hänen toimijuutensa

vahvistamiseksi. Tulisi pohtia myös enemmän sitä, miten tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan liittää paremmin kuntoutusnäkökulma (Wyder ym. 2013, 574).

Rakenteellisten muutosten lisäksi myös monien käytännön hoitotyön tekijöiden avulla voidaan parantaa psykiatristen potilaiden hoitokokemuksia. Tutkimukseni perusteella voidaan antaa eväitä käytännön hoitotyön suositusten muotoilemiseen psykiatristen potilaiden hyvän hoidon turvaamiseksi. Haastateltavieni hoitokokemusten perusteella hyvä psykiatrinen sairaalahoito koostuu muiden muassa seuraavista tekijöistä:

- Potilasta kohdellaan yksilönä
- Luodaan riittävästi keskustelu- ja vuorovaikutusmahdollisuuksia potilaan ja hoitohenkilöstön välille, eikä jätetä potilasta yksin
- Pyritään luomaan luottamukseen perustuva hoitosuhde
- Hoitosuhteessa tunnistetaan ja tunnustetaan potilaan sekä hoitohenkilöstön välinen inhimillinen samankaltaisuus
- Keskustellaan potilaan kanssa siitä, miltä diagnoosin saaminen tuntuu, ja miten potilas kokee saamansa diagnoosin
- Turvataan potilaan tiedonsaanti omasta hoidosta ja mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon
- Mahdollistetaan potilaan kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen
- Keskitytään potilaan voimavaroihin puutteiden sijaan, eikä tulkita potilaan käytöstä yksinomaan ongelma- tai sairauslähtöisesti
- Pyritään siihen, että potilaan lääkityksestä johtuvia sivuoireita ei ohiteta, eikä tulkita yksinomaan psyykkisestä oireilusta johtuviksi
- Kerrotaan potilaalle aina mahdollisista lääkemuutoksista
- Pakko- ja rajoitustoimenpiteitä ei käytetä rangaistuksena
- Pakko- ja rajoitustoimenpiteet perustellaan, ja niitä jälkipuidaan tarvittaessa potilaan kanssa
- Varmistetaan, että potilaan elinolosuhteet ovat asianmukaisia pakkotoimenpiteiden aikana
- Järjestetään ohjattuja toimintamuotoja potilaille
- Varmistetaan, että potilaalla on riittävästi ulkoilumahdollisuuksia hoidon aikana
- Luodaan selkeät säännöt osastoille

- Annetaan potilaalle mahdollisuus saada tarvittaessa tukihenkilö virallisiin hoitokokouksiin
- Tuetaan potilaan kontaktia ulkomaailmaan hoidon aikana
- Varmistetaan potilasta koskevan tiedonkulun toimivuus
- Huolehditaan hoitohenkilöstön jaksamisesta
- Varmistetaan hoitoon pääsy
- Tuetaan potilaiden keskinäistä vertaistukea
- Luodaan turvallinen ympäristö osastoille
- Pyritään turvaamaan potilaan yksityisyys
- Pyritään ottamaan huomioon potilaiden erilaiset tilanteet huonejärjestelyjä suunniteltaessa



## KIRJALLISUUS

Adams, Robert. 1996. *Social Work and Empowerment*. London: Macmillan.

Andreasson, E. & Skärsäter, J. 2012. "Patients Treated for Psychosis and Their Perceptions of Care in Compulsory Treatment: Basis for an Action Plan." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19:1, 15–22.

Anttinen, Erik E. 1990. "Kyläoriginelli ja psykiatria." Teoksessa *Hullun kirjoissa - Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen*, toim. Pekka Laaksonen, Ulla Piela & Pirkko Lahti. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 59–66.

Baxter, Vincent. 2002. "Nurses' Perceptions of Their Skills in a Medium Secure Unit." *British Journal of Nursing* 11:20, 1312–1319.

Becker, Gay. 1997. *Disrupted Lives. How people Create Meaning in a Chaotic World*. Berkeley: University of California Press.

Beresford, Peter. 2003. *It's Our Lives: A short Theory of Knowledge, Distance and Experience*. London: Citizen Press.

Beresford, Peter. 2008. "Keskustelu Peter Beresfordin kanssa." Teoksessa *Kokemuksen muodonmuutos: Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa*, toim. Peter Beresford & Markku Salo. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 87–111.

Beresford, Peter. 2009. "Control. User-Controlled Research." Teoksessa *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*, toim. Jan Wallcraft, Beate Schrank & Michaela Amering. World Psychiatric Association. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 181–197.

Birk, Lara B. & David A. Karp. 2012. "Listening to Voices: Patient Experience and the Meanings of Mental Illness." Teoksessa *Handbook of the Sociology of Mental Health*, toim. Carol S. Aneshensel, Jo C. Phelan & Alex Bierman. New York: Springer, 23–40.

Borg, M. & Davidson, L. 2008. "The Nature of Recovery as Lived in Everyday Experience." *Journal of Mental Health*, 17:2, 129–140.

Bourdieu, Pierre. 1993. *La Misere du Monde*. Paris: Éditions du Seuil.

Bradstreet, Simon. 2006. "Harnessing the "Lived Experience": Formalising Peer Support Approaches to Promote Recovery." *Mental Health Review Journal* 11:2, 33–37.

Braun, V & Clarke, V. 2006. "Using Thematic Analysis in Psychology." *Qualitative Research in Psychology* 3:2, 77–101.

Brunt, David & Rask, Mikael. 2007. "Ward Atmosphere – the Scarlet Pimpernel of Psychiatric Settings?" *Issues in Mental Health Nursing* 28:6, 639–655.

Campbell, Jean. 2009. "Methods." Teoksessa *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*, toim. Jan Wallcraft, Beate Schrank & Michaela Amering. World Psychiatric Association. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 113–137.

Charmaz, K. 1991. *Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Crossley, Michele L. & Crossley, Nick. 2001. "Patient" Voices, Social Movements and the Habitus: How Psychiatric Survivors Speak Out." *Social Science and Medicine* 52:10, 1477–1489.

Crossley, Nick. 1999. "Fish, Field, Habitus and Madness: On the First Wave Mental Health Users in Britain." *British Journal of Sociology* 50:4, 647–670.

Crossley, Nick. 2002a. "Repertoires of Contentation and Tactical Diversity in the UK Psychiatric Survivors Movement: The Question of Appropriation." *Social Movement Studies* 1:1, 47–71.

Crossley, Nick. 2002b. "Mental Health, Resistance and Social Movements: The Collective–Confrontational Dimension." *Health Education Journal* 61:2, 138–152.

Crossley, Nick. 2004. "Not Being Mentally Ill." *Anthropology & Medicine* 11:2, 161–180.

Crossley, Nick. 2006. "The Field of Psychiatric Contention in the UK 1960–2000." *Social Science and Medicine* 62:3, 552–563.

Davidson, Larry, Bellamy, Chyrell, Guy, Kimberly & Miller, Rebecca. 2012. "Peer Support among Persons with Severe Mental Illnesses: A Review of Evidence and Experience." *World Psychiatry* 11:2, 123–128.

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. & King, M. 2004. "Stigma: The Feelings and Experiences of 46 People with Mental Illness." *The British Journal of Psychiatry* 184:2, 176–181.

Edelsohn, Gail A. & Hiday, Virginia A. 1990. "Civil Commitment: A Range of Patient Attitudes." *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18:1, 65–77.

Engeström, Ritva. 2003. "Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa." Teoksessa *Sairas, potilas, omainen - Näkökulmia sairauden kokemiseen*, toim. Marja-Liisa Honkasalo, Ilka Kangas & Ullamaija Seppälä. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura, 308–331.

Eriksson, P. 1986. *Kysely ja haastattelu - ohjeita empiirisen tutkimusaineiston hankinnasta aine- ja syventävien opintojen seminaarilaisille*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Erkkilä, Raija. 2008. "Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu paikka, tarina ja kuvaus:" Teoksessa *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*, toim. Juha Perttula & Timo Latomaa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 195–226.

Eräsaari, Risto. 2002. "Avoimen asiantuntijuuden analyttikko." Teoksessa *Asiantuntijuuden areenat*, toim. Ilkka Pirttilä & Susan Erikson. Jyväskylä: SoPhi, 21–58.

Eskola, Antti. 1990. "Suomalainen kyläoriginelli sosiologian silmin." Teoksessa *Hullun kirjoissa - Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen*, toim. Pekka Laaksonen, Ulla Piela & Pirkko Lahti. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 55–58.

Estroff, Sue. 1993. "Disability and Schizophrenia: The Problem of Chronicity." Teoksessa *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, toim. Shirley Lindenbaum & Margaret M. Lock. Berkeley: University of California Press, 247–286.

ETENE-julkaisuja 1. *Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. 2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Foucault, Michel. 1993. *Madness and Civilization: a History of Insanity in the Age of Reason*. London: Routledge.

Foucault, Michel. 1998. *Seksuaalisuuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Freudenberg, R.K & Wing, J.K. 1961. "The Response of Severely Ill Chronic Schizophrenic Patients to Social Stimulation." *American Journal of Psychiatry* 118, 311–313.

Gildberg, F. A., Elverdam, B. & Hounsgaard, L. 2010. "Forensic Psychiatric Nursing: A Literature Review and Thematic Analysis of Staff-Patient Interaction." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17:4, 359–368.

Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Goffman, Erving. 1969. *Minuuden riistäjät: tutkielma totaalisisista laitoksista*. Lohja: Marraskuun liike.

Gothóni, René. 1997. "Eläytyminen ja etääntyminen kenttätutkimuksessa." Teoksessa *Kaukaa haettava: Kirjoituksia antropologisesta kenttätyöstä*, toim. Anna Maria Viljanen & Minna Lahti. Helsinki: Suomen antropologinen seura, 136–148.

Granfelt, Riitta. 1998. *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privileges of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14:3, 575–599.

- Harding, Sandra. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. New York: Cornell University Press.
- Hayne, Y. M. 2003. "Experiencing Psychiatric Diagnosis: Client Perspectives on Being Named Mentally Ill." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10:6, 722–729.
- HE 185/1991. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. Edilex. Helsinki: Edita Publishing Oy. <http://www.edilex.fi/he/19910185> (Luettu 01.02.2016.)
- Helén, Ilpo. 1994. "Michel Foucault'n valta-analyttikka." Teoksessa *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*, toim. Risto Heiskala. Helsinki: Gaudeamus, 270–315.
- Helén, Ilpo. 2011. "Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui." Teoksessa *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*, toim. Ilpo Helén. Tampere: Vastapaino, 153–181.
- Helén, Ilpo, Pertti Hämäläinen & Anna Metteri. 2011. "Komplekseja ja katkoksia - Psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon." Teoksessa *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*, toim. Ilpo Helén. Tampere: Vastapaino, 11–69.
- Helne, Tuula. 2002. *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Helsinki: Stakes.
- Hetherington, Kevin 1998. *Expressions of Identity. Space, Performance, Politics*. SAGE Publications: London.
- Hiday, Virginia Aldigé, Swartz, Marvin S., Swanson, Jeffrey & Wagner, H. Ryan. 1997. "Patient Perceptions of Coercion in Mental Hospital Admission." *International Journal of Law and Psychiatry* 20:2, 227–241.
- Hinsby, K. & Baker, M. 2004. "Patient and Nurse Accounts of Violent Incidents in a Medium Secure Unit." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:3, 341–347.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena. 1995. *Teemahaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus.
- Honkasalo, Marja-Liisa. 2000. "Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti." Teoksessa *Terveys sosiologian suuntauksia*, toim. I. Kangas, S. Karvonen & A. Lillrank. Helsinki: Gaudeamus.
- Howard, J. 2006. "Expecting and Accepting: Temporal Ambiguity of Recovery Identities." *Social Psychology Quarterly*, 69:4, 307–324.
- Hughes, Rosalie, Hayward, Mark & Finlay W.M.L. 2009. "Patients' Perceptions of the Impact of Involuntary Inpatient Care on Self, Relationships and Recovery." *Journal of Mental Health* 18:2, 152–160.

Hyväri, Susanna. 2001. *Vallattomuudesta vastuuseen. Kokemuksen politiikan sankaritarinoita*. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu. Helsinki: Tietosanoma.

Härkönen, Rebekka. 2016. ”Rajua kaltoinkohtelua Kupittaalla.” *Turun Sanomat* 18.02.2016, 4.

Jankko, Terhi. 2008. *Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Joffe, Helene. 2012. ”Thematic Analysis.” Teoksessa *In Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*, toim. David Harper & Andrew Thompson. Chichester: Wiley-Blackwell, 209–223.

Johansson, I. M. & Lundman, B. 2002. ”Patients’ experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9:6, 639–647.

Juhila, Kirsi. 2004. ”Vastapuhe ja leimattu identiteetti.” Teoksessa *Puhua vastaan ja vaieta: neuvottelu kulttuurisista marginaaleista*, toim. Laura Huttunen, Arja Jokinen & Anna Kulmala. Helsinki: Gaudeamus, 20–32.

Juutilainen, Petra. 2010. *Hoitajien kokemuksia työhyvinvoinnista psykiatrisessa hoitotyössä*. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Kallert, T.W., Glöcker, M. & Schutzwahl, M. 2008. ”Involuntary Vs. Voluntary Hospital Admission. A Systematic Literature Review on Outcome Diversity.” *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 285:4, 195–209.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu. 1996. ”Involuntary Psychiatric Treatment. A Range of Patients’ Attitudes.” *Nordic Journal of Psychiatry* 50:1, 27–34.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Laippala, Pekka & Salokangas, Raimo K.R. 1997. ”Impact of Coercion on Treatment Outcome.” *International Journal of Law and Psychiatry* 20:3, 311–322.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu. 2000. ”Pakko psykiatrisessa hoidossa.” Teoksessa *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*, toim. Maritta Välimäki, Arja Holopainen, Maija Jokinen. Helsinki: WSOY, 120–134.

Kangas, Ilka. 2003. ”Saira-an asiantuntijuus - tieto ja kokemus sairastamisen arjessa.” Teoksessa *Sairas, potilas, omainen - Näkökulmia sairauden kokemiseen*, toim. Marja-Liisa Honkasalo, Ilka Kangas & Ullamaija Seppälä. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura, 73–95.

Karisto, Antti. 2008. *Satunmaa - Suomalaiseläkeläiset Espanjan aurinkorannikolla*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Katsakou, Christina, Rose, Diana, Amos, Tim, Bowers, Len, McCabe, Rosemarie, Oliver, Danielle, Wykes, Til & Prieb, Stefan. 2012. "Psychiatric Patients' Views on Why Their Involuntary Hospitalisation Was Right or Wrong: A Qualitative Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47:7, 1169–1179.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalveluyhtymän osasto 15. 2010. "Tiivistelmä Kokkolan kokemustutkijoiden selonteosta ITHACA-hankkeelle, 22–23.04.2009. Teoksessa *Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina: ITHACA-hankkeen Suomen raportti*, toim. Markku Salo. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 93–99.

Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Koivuranta, Eija. 2001. *Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua - selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kontio, Raija, Joffe, Grigori, Putkonen, Hanna, Kuosmanen, Lauri, Hane, Kimmo, Holi, Matti & Välimäki, Maritta. 2012. "Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practice and Use Alternatives." *Perspectives in Psychiatric Care* 48:1, 16–24.

Kotilainen, Ada. 2015. *Yksinäisyyden sosiaalisuus. Tulkitseva fenomenologinen analyysi yksinäisyyden kokemisesta*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Kulmala, Anna. 2006. *Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kärki, Katja. 2014. "Vaikea löytää oikean avun äärelle." *Turun Sanomat* 14.12.2014, 15.

Laaksonen, Pekka, Piela, Ulla & Lahti, Pirkko. 1990. *Hullun kirjoissa - Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Lahti, Pirkko. 1990. "Kylähulluuden rajat." Teoksessa *Hullun kirjoissa - Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen*, toim. Pekka Laaksonen, Ulla Piela & Pirkko Lahti. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 67–70.

Laitila, Minna. 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenologinen lähestymistapa*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Lehtinen, Ville, Alanen, Yrjö O., Anttinen, Erik E., Eerola, Kaija, Lönqvist, Jouko, Pylkkänen, Kari & Taipale, Vappu. 1989. *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi.

Latomaa, Timo. 2008. "Ymmärtävä psykologia: Psykologia rekonstruktiivisena tieteenä." Teoksessa *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*, toim. Juha Perttula & Timo Latomaa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 17–88.

- Lester, Helen, Tait, Lynda, England, Elisabeth & Tritter, Jonathan. 2006. "Patient Involvement in Primary Care Mental Health: A Focus Group Study." *British Journal of General Practice* 56:527, 415–422.
- Letendre, Robert. 1997. "The Everyday Experience of Psychiatric Hospitalisation: The Users' Viewpoint." *International Journal of Social Psychiatry* 43:4, 285–297.
- Lidz, Charles W., Mulvey, Edward P., Arnold, Robert P., Bennett, Nancy S. & Kirsch, Brenda L. 1993. "Coercive Interactions in a Psychiatric Emergency Room." *Behavioral Sciences and the Law* 11:3, 269–280.
- Martin, T. & Daffern, M. 2006. "Clinician Perceptions of Personal Safety and Confidence to Manage Inpatient Aggression in a Forensic Psychiatric Setting." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:1, 90–99.
- Martin, T. & Street, A. F. 2003. "Exploring Evidence of the Therapeutic Relationship in Forensic Psychiatric Nursing." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10:5, 543–551.
- Mason, T. 2002. "Forensic Psychiatric Nursing: A Literature Review and Thematic Analysis of Role Tensions." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9:5, 511–520.
- McIntyre, Keith, Farrell, Michael & David, Anthony. 1989. "In-patient Psychiatric Care: The Patient's View." *British Journal of Medical Psychology* 62:3, 249–255.
- Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. 2006. "Aggressive Behaviour in the High-Secure Forensic Setting: The Perceptions of Patients." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:1, 19–25.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Finlex. Helsinki: Oikeusministeriö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116/> (Luettu 15.01.2016)
- Monahan, John, Hoge, Steven K., Lidz, Charles, Roth, Loren H., Bennett, Nancy, Gardner, William & Mulvey, Edward. 1995. "Coercion and Commitment: Understanding Involuntary Hospital Admission." *International Journal of Law and Psychiatry* 18:3, 249–263.
- Moses, T. 2010. "Being Treated Differently: Stigma Experiences with Family, Peers, and School Staff among Adolescents with Mental Health Disorders." *Social Science & Medicine* 70:7, 985–993.
- Mäkelä, Jari. 2008. *Hourinhoitoasetuksesta mielenterveyslakiin. Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön muutokset vuosina 1840–1991*. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Mäkitalo, Juha. 2000. "Psykiatrinen terveyspalveluorganisaatio." Teoksessa *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*, toim. Arja Holopainen, Maija Jokinen & Maritta Välimäki. Porvoo: WSOY, 77–84.

Mäkynen, Norma. 2007. *Täysi-ikäisen mielenterveyspotilaan tiedonsaantioikeus itseään koskevista potilasasiakirjoista*. Tampere: Tampereen yliopisto.

“Nuoria siirrellään luukulta toiselle.” *Helsingin Sanomat* 10.09.2013, A 6–A 7.

Oja-Heiniemi, Laura. 2006. *Mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamistarinoita psykiatrisessa palvelujärjestelmässä*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Partanen, Airi, Moring, Juha, Bergman, Viveca, Karjalainen, Jouko, Kesänen, Minna, Markkula, Jaana, Marttunen, Mauri, Mustalampi, Saini, Nordling, Esa, Partonen, Timo, Santalahti, Päivi, Solin, Pia, Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna. 2015. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpäpaperi 20/2015*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pahlman, Irma. 2003. *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Helsinki: Edita.

Palm, Päivi. 2011. ”Selli sairaalassa.” *Turun Sanomat* 30.10.2011, 21–22.

Penn, David L. & Martin, James. 1998. ”The Stigma of Severe Mental Illness: Some Potential Solutions for a Recalcitrant Problem.” *Psychiatric Quarterly* 69:3, 235–247.

Perttula, Juha. 2008. ”Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria.” Teoksessa *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*, toim. Juha Perttula & Timo Latomaa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115–162.

Pietikäinen, Petteri. 2013. *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Poulsen, H.D. 1999. ”Perceived Coercion among Committed, Detained and Voluntary Patients.” *International Journal of Law and Psychiatry* 22:2, 167–175.

Preece, J., Rogers, Y. & Sharp, H. 2002. *Interaction Design: Beyond Human-Computer Interaction*. New York: Wiley.

Puosi, Tiina & Tujunen, Marika. 2010. *Hoitajien jaksaminen mielenterveystyössä*. Forssa: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Rantanen, Teemu & Toikko, Timo. 2006. ”Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen.” *Janus* 14:4, 403–410.

Rask, Mikael & Aberg, Jonas. 2002. ”Swedish Forensic Nursing Care: Nurses’ Professional Contributions and Educational Needs.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9:5, 531–539.

Rask, M., Brunt, D. & Fridlund, B. 2008. ”Validation of the Verbal and Social Interaction Questionnaire: Nurses’ Focus in the Nurse–Patient Relationship in Forensic Nursing Care.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15:9, 710–716.



Ray, Christopher L. & Subich, Linda Mezydlo. 1998. "Staff Assaults and Injuries in a Psychiatric Hospital as a Function of Three Attitudinal Variables." *Issues in Mental Health Nursing* 19:3, 277–289.

Rissanen, Päivi. 2015a. *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Rissanen, Päivi. 2015b. "Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä – kokemusasiantuntijan näkökulma." Teoksessa *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015*, toim. Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos & Sanna Wuorio. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Ristaniemi, Teija. 2005. *Psykiatrisen sairaalan "armahtava todellisuus"? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Rogers, Anne. 1993. "Coercion and "Voluntary" Admission: An Examination of Psychiatric Patient Views." *Behavioral Sciences and the Law*, 11:3, 259–267.

Rogers, Anne & Pilgrim, David. 2014. *A Sociology of Mental Health and Illness*. Maidenhead: Open University Press.

Rosenfield, Sarah. 1997. "Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction." *American Sociological Review* 62:4, 660–672.

Ruusuvuori, Johanna. 2003. "Sairaudesta puhumisen tilannesidonnaisuus." Teoksessa *Sairas, potilas, omainen - Näkökulmia sairauden kokemiseen*, toim. Marja-Liisa Honkasalo, Ilka Kangas & Ullamaija Seppälä. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura, 256–286.

Ruusuvuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti. 2010. *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

Salo, Markku. 2010. *Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrviöinnin kohteina: ITHACA-hankkeen Suomen raportti*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Salo, Markku. 2011. "Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet." Teoksessa *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*, toim. Ilpo Helén. Tampere: Vastapaino, 259–302.

Schafer, P. & Peternej-Taylor, C. 2003. "Therapeutic Relationships and Boundary Maintenance: The Perspective of Forensic Patients Enrolled in a Treatment Program for Violent Offenders." *Issues in Mental Health Nursing* 24:6–7, 605–625.

Serrano Bónitto, Camilo. 2006. "Logos in Psychotherapy: The Phenomena of Encounter and Hope in the Psychotherapeutic Relationship." Teoksessa *Logos of Phenomenology and Phenomenology of the Logos. Book four: The Logos of Scientific Interrogation. Participating*

*in Nature-Life-Sharing in Life*, toim. Anna-Teresa Tymieniecka. Dordrecht: Springer Netherlands.

Shannon, P. J. 1976. "Coercion and Compulsory Hospitalization: Some Patient Attitudes." *Medical Journal of Australia* 2:21, 798–800.

Smith, Dorothy E. 1987. *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Boston, MA: Northeastern University Press.

Smith, J., Flowers, P. & Larkin, M. 2009. *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Lontoo: SAGE.

Snow, D. A. & Anderson, L. 1993. *Down on Their Luck: A Study of Homeless Street People*. Berkeley, CA: University of California Press.

Suhonen, Jaana. 2007. *Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - haastattelututkimus potilaiden kokemuksista*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Stenhouse, Rosemary C. 2013. "Safe Enough in Here?": Patients' Expectations and Experiences of Feeling Safe in an Acute Psychiatric Inpatient Ward." *Journal of Clinical Nursing* 22:21–22, 3109–3119.

Suutala, Heikki. 2000. "Katsaus mielenterveyspotilaan hoitoa koskeviin normistoihin." Teoksessa *Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa*, toim. Arja Holopainen, Maija Jokinen & Maritta Välimäki. Porvoo: WSOY, 104–119.

Sweeney, Angela & Morgan, Louise 2009. "The Levels and Stages of Service User. Survivor Involvement in Research." Teoksessa *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*, toim. Jan Wallcraft, Beate Schrank & Michaela Amering. World Psychiatric Association. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 25–35.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2009. *Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus*. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.

Vasantola, Satu. 2016. "Lapin psykiatriasta tuli vientituote." *Helsingin Sanomat* 24.01.2016, A 18.

Vihavainen, Suvi. 2013. "Eristysten määrä vaihtelee." *Helsingin Sanomat* 07.07.2013, A 6–A 7.

Vuorela, Suvi. 2005. "Haastattelumenetelmät." Teoksessa *Käytettävyytutkimuksen menetelmät*, toim. S. Ovaska, A. Aula & P. Majaranta. Tampere: Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos, 37–52.

Välimäki, Maritta. 1998. *Self-determination in Psychiatric Patients*. Sarja D. Osa 288. Turku: Turun yliopisto.

Välimäki, Maritta. 2000. "Muutokset psykiatrisessa terveydenhuoltojärjestelmässä." Teoksessa *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*, toim. Arja Holopainen, Maija Jokinen & Maritta Välimäki. Porvoo: WSOY, 70–76.

Välimäki, Maritta. 2009. "Eettiset kysymykset mielenterveystyössä." Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*, toim. Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki. Porvoo: WSOY, 260–276.

Wahl, O. F. 1999. *Telling is Risky Business: Mental Health Consumers Confront Stigma*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Wethington, Elaine. 2007. "The Sociology of Mental Health." Teoksessa *21<sup>st</sup> Century Sociology*, toim. Clifton D. Bryant & Dennis L. Peck. London: SAGE Publications, 286–294.

Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L. & Foote-Ardah, C. E. 2007. "Stigma and Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness." *Social Problems* 54:1, 78–98.

Wyder, Marianne, Bland, Robert & Crompton, David. 2013. "Personal Recovery and Involuntary Mental Health Admissions: The Importance of Control, Relationships and Hope." *Health* 5:3A, 574–581.

Ylikangas, Heikki. 1990. "Kyläoriginelli-ilmiö historian näkökulmasta." Teoksessa *Hullun kirjoissa - Näkökulmia suomalaiseen kylähulluuteen*, toim. Pekka Laaksonen, Ulla Piela & Pirkko Lahti. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 49–54.

## Liite 1. Teemarungot ja kysymykset

### 1. Taustatiedot

- Ikä
- Lyhyesti työskentely-/opiskelutausta

### 2. Hoito- ja sairastumishistoria

- Miten jouduit/päädit sairaalaan?
- Millaista hoitoa olet saanut? (suljettu osasto/avo-osasto)  
Kuinka pitkään?
- Oletko ollut tahdosta riippumattomassa hoidossa? Kuinka pitkään?

### 3. Arki ja asumisolosuhteet sairaalassa

- Millaista arkesi oli sairaalassa?
- Millaisia huonejärjestelysi olivat osastolla? Miltä ne tuntuivat?
- Miten yksityisyytesi toteutui sairaalahoidon aikana?
- Koitko sairaaloiden säännöt ja kiellot oikeudenmukaisina? Esim. mahdollinen vieraiden käyntikielto, kahvinkeittokielto, päihdekielto jne.?
- Miten koit osaston rutiinit?
- Miltä odottaminen tuntui? Miten sait aikasi kulumaan?
- Millaisia toimintamahdollisuuksia sairaalassa oli? Olisitko kaivannut jotain mielekästä tekemistä?
- Miten olit vuorovaikutuksessa ulkomaailman kanssa hoidon aikana ?

### 4. Suhde hoitohenkilöstöön sairaalassa

- Millaista kohtaaminen/vuorovaikutus oli hoitohenkilöstön kanssa?
- Koitko luottamusta hoitohenkilöstöä (esim.omahoitaja) kohtaan sairaalassa? Uskalsitko lähestyä hoitohenkilöstöä?
- Koitko mahdollisesti ystävällistä/epäasiallista kohtelua sairaalassa?
- Onko kohdallasi tai muiden potilaiden kohdalla käytetty pakko- ja rajoitustoimenpiteitä?  
Miltä ne tuntuivat? Perusteltiinko sinulle niitä?

- Onko kohdallasi tai muiden potilaiden kohdalla käytetty pakko- ja rajoitustoimenpiteitä rangaistuksena?

#### 5. Suhde muihin potilaisiin sairaalassa

- Millaista oleminen/kommunikointi muiden potilaiden kanssa oli? (esim. pelkäsitkö? oliko epäystävällisyyttä?)
- Solmitko ystävyyksiä muiden potilaiden kanssa?
- Saitko vertaistukea? Millaista?

#### 6. Tiedonsaanti, päätöksentekoon osallistuminen ja kuuluksi tuleminen

- Olitko tyytyväinen saamasi hoitoon?
- Miten tiedonsaantisi (esim. diagnoosi, hoitovaihtoehdot sekä niiden hyödyt ja haitat) ja päätöksentekoon osallistumisesi toteutuivat hoidon aikana?
- Otettiin mahdolliset lääkityksestä aiheutuvat sivuoireesi vakavasti?
- Otettiin omaisesi mukaan hoitoosi?
- Koitko tullessi kuulluksi hoidon aikana ja mitä se sinulle merkitsee?
- Toimiko ammatillinen työnjako hoidossasi? (esim. sosiaalityöntekijän tapaaminen)

#### 7. Leimautuminen

- Miltä diagnoosin saaminen tuntui sinusta? Mitä se on merkinnyt elämässäsi?
- Miten sairautesi/diagnoosisi on vaikuttanut kohteluusi/kohtaamisiisi? (esim. läheiset, työpaikka)
- Millaisia asioita mielestäsi liitetään mielenterveyskuntoutujiin?
- Miltä kotiutuminen sairaalasta tuntui?
- Millaisia selviytymiskeinoja sinulla on ollut?
- Mikä on mielestäsi psykiatrisen sairaalan yhteiskunnallinen merkitys?

#### 8. Vapaa sana

Liite 2. Haastattelupyyntö/sähköposti mielenterveysjärjestölle pääkaupunkiseudulla  
(Huom. Tutkielman aihe on muuttunut sittemmin)

Hei,

Olen Turun yliopiston sosiologian laitoksen pääaineopiskelija. Olen opintojeni loppusuoralla, ja tarkoitukseni olisi ryhtyä keräämään aineistoa pro gradu -tutkielmaani varten tämän kevään ja kesän aikana.

Pro gradu -tutkielmani aiheena on psykiatrinen sairaala asuinyhteisönä potilaan näkökulmasta. Tutkielmassani painopiste on erityisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön sekä potilaiden keskinäisissä vuorovaikutussuhteissa. Tarkoitukseni on myös tarkastella psykiatrista sairaalaa asuinympäristönä, sen arkea ja toimintamahdollisuuksia siellä. Tutkimusmenetelmänäni aion käyttää teemahaastattelua. Teemahaastattelujen tarkoituksena on käydä väljästi läpi etukäteen aiheestani muotoilemiani teemoja kunkin haastateltavan halun mukaan. Laitan ohien liitteeksi teemahaastattelurunkoni kysymyksineen.

Sain yhteystietonne gradun suunnitelmaseminaarin toiselta ohjaajaltani xxx:ltä. Tarkoitukseni olisi haastatella 5-6:tta mielenterveyskuntoutujaa, joilla on kokemuksia psykiatrisesta sairaanhoidosta. Käännyin teidän puoleenne toiveenani löytää yhdistyksenne kautta mahdollisia haastateltavia. Olisiko teidän mahdollista levittää sanaa, jos siten haastateltavia tutkielmaani löytyisi? Haastattelun kestoksi olen arvioinut noin 60 minuuttia. Haastattelut toteutetaan haastateltavien haluamassa kohteessa. Haastateltavien suostumuksella haastattelut olisi tarkoitus nauhoittaa jatkotutkimuksen helpottamiseksi. Haastattelut ovat täysin luottamuksellisia. Haastatteluun osallistuvien tietosuoja-asioista huolehditaan tutkimusetiikan vaatimalla tavalla, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule lopullisessa tutkielmassa esille. Toimitan erittäin mielelläni lisätietoa tutkimuksestani, mikäli niin haluatte.

Ystävällisin terveisin,

Rebeca Raukunen

sähköposti: [rirauk@utu.fi](mailto:rirauk@utu.fi)

