



Turun yliopisto
University of Turku

MASENNUSKUNTOUTUJIIEN LEIMAUTU- MISKOKEMUKSET TYÖELÄMÄSSÄ

Sosiologian pro gradu -tutkielma

Laatija:

Tilla-Emilia Suvitie

Ohjaaja:

Mikko Niemelä

10.01.2019

Turku

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

Sisällys

1	JOHDANTO	5
2	MIELENTERVEYS JA TYÖELÄMÄ	8
2.1	Työkyky ja -kyvyttömyys mielenterveyden näkökulmasta	8
2.2	Masennuksesta johtuvan työkyvyttömyyden taloudelliset kustannukset.....	12
2.3	Mielenterveyskuntoutus yhteiskunnallisen tuottavuuden tukijana	15
3	MIELENTERVEYSONGELMIEN LEIMAAVUUS	18
3.1	Surusta sairaudeksi: masennuksen medikalisaatio ja diagnostinen kulttuuri	18
3.2	Leimautumisteoria ja häpeäleima.....	21
3.3	Häpeäleima ja masennus.....	25
3.4	Häpeäleima työelämässä	28
4	TUTKIMUSASETELMA	31
4.1	Tutkimuskysymykset	31
4.2	Tutkimuksen aineisto osana AMI-projektia.....	34
4.3	Analyysimenetelmänä teoriaohjaava sisällönanalyysi	35
4.4	Aineiston sekä menetelmien luotettavuus ja rajallisuus.....	40
5	KUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSET KUNTOUTUKSEN JA TYÖELÄMÄN YHDISTÄMISESTÄ JA KUNTOUTUKSEN LEIMAAVUUDESTA	43
5.1	Työn ja kuntoutuksen yhteensovittaminen: haasteita ja vahvuuksia	43
5.2	Leimaako masennuskuntoutus?	54
5.2.1	<i>Kolme tapaa kertoa kuntoutuksesta</i>	54
5.2.2	<i>”En mä sillai niinku häpeä, mutta” – perustelut kertomatta jättämiselle</i>	60
5.2.3	<i>Esimiehen ja työyhteisön rooli leimautumisen kokemuksissa</i>	63
5	JOHTOPÄÄTÖKSET	67

KUVIOT

1. Työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneet 1996–2017 työkyvyttömyyden pääasiallisen syyn mukaan.	14
2. Työelämän ja AMI-kuntoutuksen samanaikaisuudesta johtuvat haasteet	445
3. Työelämän ja AMI-kuntoutuksen yhdistämisestä seuranneet vahvuudet	50
4. Puhetyyliä jakaumat.	56

1 JOHDANTO

”Että mites se voi olla töissä, jos on mielenterveysongelmia? Näin sitä yleensä ajatellaan.”

Näin väittää masennuskuntoutuja Kelan kuntoutusryhmässä. Onko tilanne tosiaan tämä? Voiko mielenterveysongelmainen toimia täysivaltaisena työelämän jäsenenä? Onko hänen työpanoksensa yhtä arvokas kuin ”muiden”? Mielenterveysongelmien ja työelämän yhdistämiseen liittyy monia haasteita. Masennushäiriöiden merkitys työelämässä on viime vuosina kasvanut ja tutkimusten mukaan noin kuusi prosenttia työikäisistä suomalaisista sairastaa vuosittain vakavan masennustilan. (esim. Pensola & Gould 2009, 9; Tiainen ym. 2011). Masennuksen osuus sairauspoissaolojen, työ- ja toimintakyvyttömyyden sekä ennen aikaisten kuolemien syynä on moninkertaistunut viime vuosina (Aaltonen & Lind 2008, 9).

Teollistuneiden maiden suurin yksittäisen sairauskuormaa (*burden of disease*) aiheuttava sairaus on masennus (Lasalvia ym. 2012). Maailman terveysjärjestö WHO:n ennusteen mukaan masennustila on 20 vuoden kuluessa yleisin sairausdiagnoosi ja saman ennusteen mukaan vuonna 2030 mennessä masennuksesta aiheutuva sosiaalinen ja taloudellinen taakka tulee olemaan maailmanlaajuisesti merkittävin rasite yhteiskunnille. WHO:n mukaan masennushäiriö on suurin työ- ja toimintakyvyttömyyden aiheuttaja 15–44-vuotiaiden keskuudessa (Horwitz & Wakefield 2016, 3–4). Maailmanlaajuisesti masennushäiriöön sairastuu WHO:n mukaan yli 320 miljoonaa ihmistä ja luku on noussut vuosien 2005 ja 2015 välillä 18,4 prosenttia (WHO 2017, 8). Tällä hetkellä Euroopassa masennuksen kokonaiskustannukset ovat noin 106 miljardia euroa vuodessa ja tämä luku nousee vuosittain. (Aspen-hankeryhmä 2011.)

Kyse on siis valtavasta maailmanlaajuisesta ongelmasta, jossa yhdistyvät sekä yksilöiden henkilökohtainen kärsimys, että yhteiskunnalle aiheutuvat mittavat taloudelliset rasitteet. Masennuksen diagnosointi on jo pitkään nojannut länsimaiseen lääketieteeseen ja se on nähty pitkälti perinnöllisenä, aivokemian epätasapainoon liittyvänä oireyhtymänä, joka näin ollen on hoidettavissa lääkkeillä ja terapialla. (Isometsä 2017, 1253–1293.) Ymmärtääksemme masennuksen kasvavaa merkitystä työelämässä, meidän on kuitenkin otettava huomioon myös masennuksen sosiaalinen ulottuvuus ja tarkasteltava oireyhtymän kulttuurisia merkityksiä.

Länsimaisen kulttuurin yksilökeskeisyys, kiristyvät työelämän vaatimukset ja stressi ovat yksi tapa selittää yleistyvää masennusta työikäisten keskuudessa. Lisäksi selitystä on haettu sosiaalisten suhteiden löystymisestä ja valtavista henkilökohtaisista paineista menestyä. Masennus aiheuttaa enenevässä määrin työkyvyttömyyttä, mutta masennus sairautena ei ole yleistynyt väestössä. Masennuslääkkeiden käyttö ja perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä on kuitenkin kasvanut. (Gould ym 2007.)

Yleisyydestään ja kehittyneistä hoitomuodoista huolimatta masennushäiriöt ovat perusterveydenhuollon piirissä pahiten alidiagnosoituja, aliarvioituja ja heikoimmin hoidettuja terveysongelmia (Kohn ym. 2004, 858–866). WHO:n mukaan masennuksen ja hoidon välinen hoitokuilu (*treatment gap*) on huomattava, maailmanlaajuisesti jopa 56 prosenttia masennushäiriötä sairastavista ei saa siihen hoitoa. (Kohn ym. 2004, 858.) Yhtenä suurimpana esteenä mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittymiselle pidetään häpeäleimaa. Mielenterveyshäiriöihin liittyvä häpeäleima on yksi suurimpia haasteita hoidon saatavuuden ja laadun korjaamisessa. (esim. Economou ym.2016; Lasalvia ym 2012).

Mielenterveysongelmiin liittyvää häpeäleimaa on tutkittu jo usean vuosikymmenen ajan, mutta aihe on edelleen ajankohtainen. Sosiaalitieteellinen tutkimus on kuitenkin pitkälti keskittynyt väestötason asenteisiin (esim. Aromaa 2011; Dewa 2014; Economou ym. 2016). Erityisesti laadullista, mielenterveyden häiriöistä kärsivien näkökulmaa korostavaa tutkimusta ei Suomessa vielä olla paljon tehty. Piritta Heikkilä (2005) on pro gradu -tutkielmassaan tarkastellut akateemisesti koulutettujen mielenterveyskuntoutujien puhetta omasta leimautumisestaan. Anna Kulmala (2006) on väitöskirjassaan tutkinut leimautumisen kokemusta identiteetin näkökulmasta ja Sanna Rikala (2013) puolestaan tutki väitöskirjassaan masennusta ja työuupumusta naisten näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tuoda esille Kelan toteuttaman Aikuisten avomuotoisen masennuskuntoutuksen (AMI:n) kehittämisprojektiin osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien omia kokemuksia työelämän ja kuntoutuksen välisistä ongelmista ja vahvuuksista sekä leimautumisen kokemuksista työpaikoilla. Tutkimuksessa tarkastellaan masennusdiagnoosin saaneita henkilöitä, jotka työn ohella käyvät ryhmämuotoisessa kuntoutusterapiassa. Kuntoutuksen loppupuolella toteutetun haastattelun sisällönanalyysi pyrkii vastaamaan tutkimuskysymyksiin, jotka ovat:

1. Millaisia haasteita ja vahvuuksia kuntoutujat kokivat työelämän ja kuntoutuksen yhdistämisessä?
2. Kokevatko haastateltavat kuntoutukseen liittyvän leimaantumista työyhteisössä?

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys paikantuu mielenterveysongelmiin liittyvän häpeäleiman ja diagnostisen kulttuurin ympärille. Luvussa 2 kartoitetaan tutkimuksen taustaa eli mielenterveysongelmien ja työelämään liittyviä erityispiirteitä. Erityisesti masennuksen ja työelämän linkittyminen on sekä yksilöiden työkyvyn että kansantalouden näkökulmasta merkittävä seikka.

Luvussa 3 käsitellään masennuksen medikalisaation ja diagnostisen kulttuurin merkitystä tutkimukselle sekä häpeäleiman teoriaa. Häpeäleima on laaja ja moniulotteinen käsite ja sen perusteellinen avaaminen oli tutkimuksen kannalta oleellista. Luvussa avataan erityisesti masennukseen liittyvän häpeäleiman merkitystä työelämässä ja hoitoon hakeutumisessa.

Luvussa 4 esitellään tutkimuskysymykset, aineisto ja analyysimenetelmät. Tässä luvussa pohditaan myös aineiston relevanttiutta ja menetelmien luotettavuutta sekä rajallisuutta tutkimuksen kannalta.

Luvuissa 5 ja 6 käydään läpi tutkimuksen tulokset ja johtopäätelmät. Analyysi on rakentunut tutkimuskysymysten mukaisesti kahteen osaan. Ensimmäisessä osiossa käsitellään masennuskuntoutuksen ja työn yhteensovittamista. Millaisia ongelmia tai vahvuuksia kuntoutuksen ja työelämän samanaikaisuudesta mahdollisesti syntyy? Miten kuntoutujat itse kokevat kuntoutuksen sujuneen töiden ohella? Toinen osio käsittelee masennuskuntoutuksen leimaavuutta. Tätä tarkastellaan tutkimalla ovatko kuntoutujat kertoneet kuntoutuksessa käymisestä työpaikalla, ja jos eivät niin miksi. Lisäksi tarkastellaan esimiehen ja työyhteisön roolia mahdollisissa leimaantumisen kokemuksissa.

2 MIELENTERVEYS JA TYÖELÄMÄ

2.1 Työkyky ja -kyvyttömyys mielenterveyden näkökulmasta

Työkyvyn ylläpito ja edistäminen ovat nousseet yhteiskunnallisesti merkittäväksi tavoitteeksi viime aikoina. Kiristynyt taloustilanne ja väestökehityksen asettamat haasteet ovat pakottaneet hallitusohjelman korostamaan työkyvyn merkitystä ja terveyspolitiikan päätavoitteeksi on asetettu työ- ja toimintakyvyn edistäminen. Työuria pyritään pidentämään ja eläkeikää nostamaan, jotta pystytään paikkaamaan väestön ikääntymisen luomaa palveluvajetta. (Gould ym. 2006, 13.)

Hyvä terveys on hyvän työkyvyn lähtökohta. Terveiden heikkeneminen voi aiheuttaa toimintakyvyn rajoituksia, jotka työoloista ja työnkuvasta riippuen saattavat heikentää yksilön työkykyä. Saman sairauden aiheuttama haitta työssä pärjäämisessä ja työn hallinnassa riippuu siis paljolti työnkuvasta, organisaatiosta ja työympäristöstä. Työkyvyn käsite on muuttunut yhteiskunnallisen kehityksen myötä, kun lääketieteeseen nojaavasta työkyvyn määrittelystä on siirrytty yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten tarkasteluun ja siitä edelleen moniulotteisempaan työkyvyn kuvaamiseen. (Gould ym. 2006, 17.)

Työkyvyllä tarkoitetaan yksilön, työn ja työolosuhteiden muodostamaa kokonaisuutta. Keskeisiä määrittäjiä ovat muun muassa terveys, toimintakyky, elintavat, arvot ja asenteet, osaaminen, työn erityispiirteet ja lähiyhteisö ja elämäntilanne (Gould ym. 2006, 17). Järvikoski ja Härkäpää (2011, 114–117) jakavat työkykykäsitykset kolmeen malliin: lääketieteelliseen malliin, työkyvyn tasapainomalliin ja kokonaisvaltaiseen tai integroituun työkykymalliin. Lääketieteellisessä työkykymallissa työkykyä alentavana tekijänä nähdään sairaus tai vamma. Työkyvyn katsotaan olevan yhteydessä suoraan vamman tai sairauden vaikeusasteeseen. Työkyvyn tasapainomallissa työkyky taas kuvaa yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten välistä suhdetta. Kokonaisvaltainen tai integroitu työkykymalli puolestaan korostaa kontekstin merkitystä. Työkyvyn katsotaan olevan dynaaminen tila ja vahvasti sidoksissa ympäristöön.

Työterveyslaitoksella kehitetty *moniulotteinen työkykymalli* taas kuvaa työkykyä ilmiönä, jonka keskeisimmät ulottuvuudet ovat työssä jaksaminen, työn hallinta ja osallisuus työyhteisössä. Kokonaiskuva työkyvystä rakentuu yksilön voimavaroista, työntekoon ja työhön liittyvistä tekijöistä ja työn ulkopuolisesta ympäristöstä. Kaikkia näitä ulottuvuuksia tarkastellaan suhteessa yksilön kykyihin ja

voimavaroihin. Nämä eri ulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja yhdessä muodostavat työkyvyn. (Gould, ym. 2006, 22–23.)

Työkyvyn käsitteen määrittely on tärkeää käytännön päätöksiä tehdessä. Työkyvyn käsitteen yhteiskunnallinen merkitys nousee esille erityisesti yksilön työkykyä arvioidessa ja työkyvyn edistämisen välineitä valittaessa. Kun määritellään yksilön oikeutta esimerkiksi eläke- ja kuntoutusetuuksiin työkyvyn heikkenemisen tai puuttumisen arviointi on oleellisessa osassa. Kansaneläkelaiissa henkilö katsotaan työkyvyttömäksi, jos hän ei vammaan, sairauteen tai vian takia pysty tekemään ammattiaan vastaavaa tai muuta siihen verrattavissa olevaa työtä, joka turvaisi kohtuullisen toimeentulon. (Vuorela 2008, 7.)

Itse työkyvyn määrittelyn lisäksi työuupumuksen ja masennuksen erottelu on tärkeä yhteiskunnallinen kysymys masennusperusteisen työkyvyttömyyseläkkeen ja sairauslomien yleistymisen myötä. Masennustila on oireyhtymä, jossa diagnostiikassa keskeistä on yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen lisäksi oireyhtymän toteaminen. Lääketieteessä masennus tai depressio (*major depression*) määritellään kansainvälisessä tautiluokitus ICD-10:ssä psykiatrisesti häiriöksi ja se kuuluu mielialahäiriöiden kategoriaan. Masennus jaetaan vielä ensimmäistä kertaa esiintyviin masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Masennushäiriöt luokitellaan vielä vaikeusasteen mukaan joko lievään, keskivaikeaan, vaikeaan tai psykoottiseen depression. Oirekuvaan kuuluvat muun muassa masentunut mieliala, poikkeuksellinen väsymys, kiinnostuksen puute, omanarvontunnon väheneminen, kuolemaan tai itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset ja käytös, univaikeudet ja ruokahalun muutokset. Diagnoosin saamiseksi masennusjakson on tullut kestää vähintään kahden viikon ajan ja vähintään neljä ICD-10:n mukaisista oirekriteereistä tulee ilmetä. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2016.) Tässä tutkielmassa masennuksella viitataan edellä esitetyn luokituksen mukaisesti diagnosoituun masennukseen, ei yksilön itse raportoimiin oireisiin perustuvaan alakuloisuuteen tai masentuneisuuteen.

Työssä selviytymistä haittaavaan masennustilan oireita ovat muun muassa kognitiiviset vaikeudet, keskittymiskyvyn heikkeneminen, väsymys, psykomotorinen hidastuneisuus, itseluottamuksen lasku, kiinnostuksen puute ja aloitekyvyn heikkeneminen. Masennus vaikuttaa myös ammatilliseen itsetuntoon. Mielialan laskun lisäksi masentuneelle pienikin ponnistus aiheuttaa uupumuksen ja tämä vaikeuttaa merkittävästi työssä selviytymistä. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2016; Rikala 2013, 19.)

Työuupumus (*burnout*) määritellään oireyhtymäksi, joka syntyy jatkuvan työstressin seurauksena. Oireita ovat muun muassa kynniseksi muuttunut asenne työhön, heikentynyt ammatillinen itsetunto ja emotionaalinen tai yleistynyt väsymys. Työuupumus kehittyy, kun työn vaatimukset ja työtilanne ylittävät yksilön omat voimavarat. Ylikuormittuminen voi johtua työyhteisön sisäisistä tai laajemmin työelämään liittyvistä yksilöä kuormittavista syistä. Taustalla voi olla työvoiman supistamista, kiirettä, puutteellista organisointia tai työn laadullisen tai määrällisen vaatimustason nousua. (Rikala 2013, 20.)

Olennainen ero näiden kahden oireyhtymän välillä yhteiskunnallisesta näkökulmasta on se, että masennus määritellään sairaudeksi. Työuupumuksella vastaavaa virallista statusta ei ole, vaikka se tunnustetaan työkykyyn vaikuttavaksi ongelmaksi. Työuupumus ei ole varsinainen diagnoosi, vaan se kuuluu tautiluokituksessa Z-luokkaan, joka sisältää erilaisia mielenterveyspalveluihin hakeutumisen syitä. Se ei ole siksi Kelan hyväksymä diagnoosi, jota voisi käyttää esimerkiksi sairausloman perusteena. (Rikala 2013, 20.) On kuitenkin selvää, että masennus ja työuupumus limittyvät ja linkittyvät vahvasti toisiinsa. Siksi työuupuneen kohdalla käytetty diagnoosi virallisissa papereissa voikin joskus olla masennustila. (Vuorivirta 2008.)

Työelämä on vahvasti kytköksissä mielenterveyteen. Vaikutus on kahden suuntaista. Haitallinen työilmapiiri, kiristynyt työtahti ja taloudellinen epävarmuus ovat työelämän aiheuttamia riskitekijöitä yksilön mielenterveydelle. Toisaalta mielenterveyden heikkeneminen saattaa aiheuttaa katkoksia työurassa tai työelämästä poistumisen kokonaan ennen aikaiselle eläkkeelle. (Heikkilä 2005, 6.)

2000-luvulle tultaessa mielenterveyden ongelmat lisääntyivät merkittävästi sairauslomakausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena. Masennus on vuodesta 2006 alkaen ollut yleisin yksittäinen peruste työkyvyttömyydelle. Yli puolet alle 55-vuotiaiden voimassaolevista työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveyden häiriön vuoksi. (Koskinen ym. 2010, 51.) Erikoista tilanteessa kuitenkin on se, että vaikka sairauslomien ja eläkkeiden lukumäärä on nopeasti kasvanut, ei masennus itsessään näytä lisääntyneen yhteiskunnassa. Terveys 2000-tutkimuksessa sairauksien esiintyvyyttä kartoitettaessa huomattiin, ettei masennus ole väestön keskuudessa lisääntynyt juuri lainkaan. Vaikka masennuksen ei voida siis väestön keskuudessa lisääntyneen, masennuksen vuoksi yhä useampi jää työelämän ulkopuolelle. (Aromaa & Koskinen 2002; Rikala 2013, 17–18.)

Tätä ristiriitaa on pyritty selittämään esimerkiksi työelämän elinkeino- ja ammattirakenteen muutoksilla. Tietotyö ja palveluammatit ovat syrjäyttäneet ruumiillisen työn. Voidaan katsoa, ettei työ

itsessään aiheuta enempää masennusta, vaan masennuksesta on entistä enemmän haittaa nykyisessä työelämässä. Sosiaalisuutta ja tiedon käsittelyä vaativien työn piirteiden on erityisesti katsottu vaikeuttaneen masennuksesta kärsivien ihmisten työssä suoriutumista. Toisaalta taloussuhdanteisiin vaikuttava työelämän laadullinen murros on aiheuttanut työn henkisen rasittavuuden kasvua, psyykkisen oireilun lisääntymistä ja epävarmuutta. Yhtenä selityksenä pidetään myös sitä, että masennuksesta on tullut sosiaalisesti hyväksyttävämpää ja näkyvämpää ja siksi toimii yhä useammin lääketieteellisenä selityksenä sairauspoissaoloille ja työkyvyttömyydelle. (Gould ym. 2007, 56–57; Järvisalo ym. 2005, 41–44; Rikala 2013, 18.)

Työikäisten mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä selittävien psykososiaalisten tekijöiden osuutta on tutkittu paljon niin Suomessa, kuin kansainvälisestikin. Useimpien mielenterveyden häiriöiden taustalla on monia eri tekijöitä ja mielenterveysongelmat ovat usein seurausta perimän psykososiaalisen kuormituksen yhteisvaikutuksista. Työperäisistä psykososiaalisista riskitekijöistä on kerätty tietoa erilaisten seuranta- ja poikkileikkaustutkimusten avulla. Nämä osoittavat, että työkuormituksella on yhteys depressiiviseen oireiluun. Stressiteoriat selittävät oireilua psyykkisellä stressillä eli ulkoisten haasteiden ja sisäisten voimavarojen epätasapainolla. (Honkonen ym. 2003, 1327–1328.)

Työn korkeat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet, vähäinen sosiaalinen tuki ja työpaikan vakavat sosiaalisten suhteiden ongelmat ovat tutkimusten mukaan yhteydessä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden puhkeamiseen. Vähäinen niin kollegoilta kuin esimiehiltäkin saatu sosiaalinen tuki ennustaa tutkimusten mukaan masennuslääkkeiden käyttöä. Erityisesti miehillä työolojen piirteillä, kuten vaikutusmahdollisuuksien, etenemismahdollisuuksien tai työssä kehittymisen puutteella oli merkittävä vaikutus diagnosoidun masennushäiriön syntyyn. (Ahonen ym. 2010, 15; Honkonen 2003, 1330–1331.) Siegristin (1996) mallin mukaan epätasapaino työssä ponnistelun ja työn palkitsevuuden välillä selittää työn stressivaikutusta. Terveiden kannalta haitallista on, kun kova ponnistelu yhdistyy vähäiseen palkitsevuuteen. (Siegrist 1996, 27–28.) Ammattistatus mahdollistaa yksilöiden kuuluminen tiettyyn ryhmään, linkittyy itsearvostukseen ja motivaatioon. Työssä tuotettu panostus palkitaan tämän mallin mukaan sosiaalisesti organisoidussa vaihtoprosessissa, jossa palkintoina ovat raha, status ja kunnioitus. (Siegrist 1996, 29–30.) Sosiaalipsykologista oikeudenmukaisuusteoriaa on myös käytetty selittämään työn ja mielenterveyden yhteyksiä. Siinä epäoikeudenmukaisen johtamistavan oletetaan tuottavan työntekijöille stressiä ja altistavan mielenterveyden ongelmille. (Honkonen ym. 2003 1327–1328.) Työilmapiirillä ja työpaikan kulttuurilla on siis merkittävä vaikutus yksilön mielenterveyteen.

2.2 Masennuksesta johtuvan työkyvyttömyyden taloudelliset kustannukset

Työkyvyn menetys on yksilölle suuri henkilökohtainen kriisi. Työttömyys saattaa aiheuttaa sekä epävarmaa taloustilannetta, että psyykkisiä oireita yksilölle ja hänen läheisilleen. Mielen terveyden häiriöistä johtuvasta työttömyydestä aiheutuu kova hinta yksittäisille ihmisille, työnantajille ja yhteiskunnalle. Kuten aikaisemmin on mainittu mielen terveysongelmien kasvu ei ole lisääntynyt, mutta niiden merkitys erityisesti työelämässä on kasvanut. Työelämä ja erityisesti tietotyö on entistä kuormittavampaa ja kiristyvä taloustilanne uhkaa mielen hyvinvointia.

Vuonna 2017 Suomessa alkoi yli 290 000 uutta Kelan korvaamaa sairauspäivärahakautta ja tästä noin 60 000 oli mielen terveysperusteisia. Tämä tarkoittaa 21 prosenttia kaikista vuonna 2017 alkaneista kausista. Suomessa on viime aikoina uutisoitu sairauspoissaolojen kasvusta pitkän laskuputken jälkeen. Kymmenen vuotta jatkunut sairauspäivärahakusien väheneminen kääntyi kasvuun vuonna 2017. Käänte on koskee kuitenkin ainoastaan mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella alkaneita sairauspäivärahakausia. Mielen terveyden häiriöiden perusteella alkaneiden sairauspäivärahakausien lukumäärä kasvoi vuosien 2016 ja 2017 välillä yhteensä 8300:lla kappaleella eli jopa 16 prosentilla. Käänte on huolestuttava, mutta siitä ei voi vielä vetää suoria johtopäätöksiä mielen terveysongelmien kasvusta Suomessa. Lisääntyneet mielen terveysperusteiset poissaolot voivat kertoa työelämän vaatimusten kasvusta ja muutoksesta, jotka osaltaan johtavat kasvavaan psyykkiseen kuormitukseen, erityisesti tietotyötä tekevien keskuudessa. (Tuulio-Henriksson & Blomberg 2018, 5–6.)

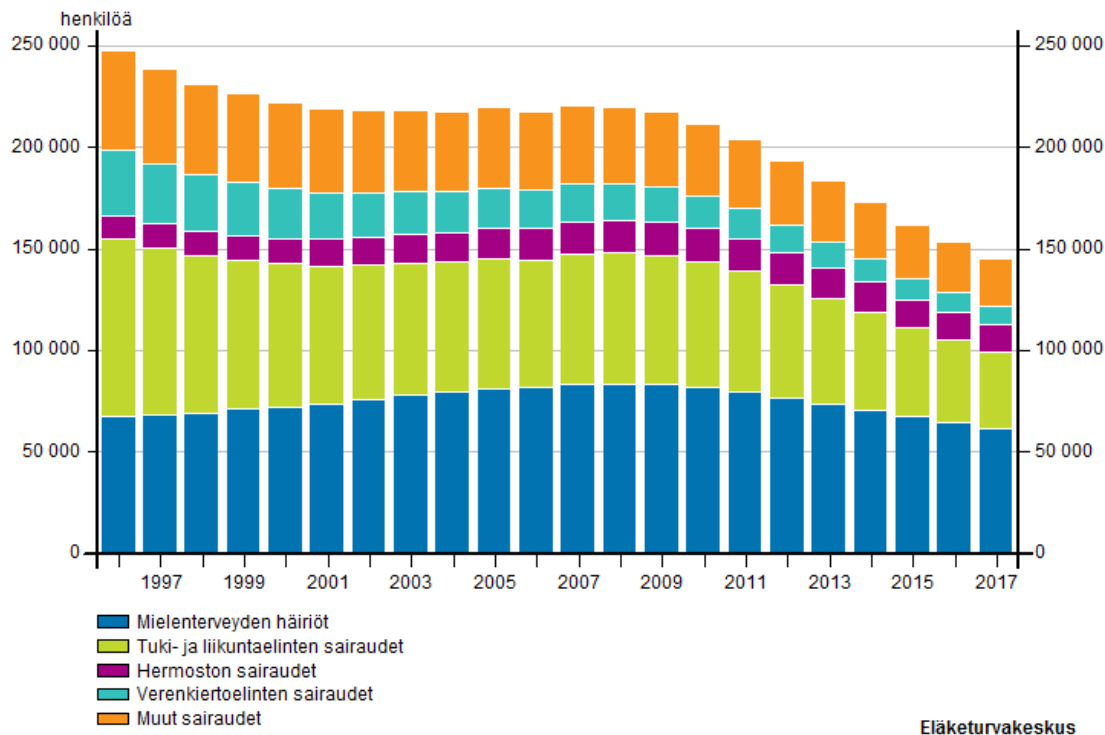
Kolmannes kaikista uusista työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielen terveyden häiriöistä. Pääsääntöisesti työkyvyttömyyseläkettä edeltää sairauspäivärahakausi, jonka aikana pyritään vielä palauttamaan yksilön työkyky. Sairauspäivärahan saaminen kertoo kuitenkin yksilön mahdollisista työkykyongelmista ja pitkittyvät sairauspoissaolot ovat merkki siitä, että aktiivista hoitoa ja seuranta tarvitaan. (Tuulio-Henriksson & Blomgren 2018, 5.)

Alle vuoden kestävä työkyvyttömyyden aikaisista ansionmenetyksistä Kela maksaa sairauspäivärahaa. Kela maksaa sairauspäivärahaa omavastuuajan (sairastumispäivä ja yhdeksän seuraavaa arkipäivää) jälkeiseltä ajalta 16–67-vuotiaille silloin, kun henkilö on osittain tai kokonaan estynyt tekemään työtä (Sairausvastuulaki 1224/2004). Saman sairauden perusteella maksetaan kahden vuoden aikana enintään 300 päivää. Jotta saman sairauden perusteella voitaisiin enimmäisajan täytyttyä maksaa uudelleen sairauspäivärahaa, on työkykyisyyttä oltava välissä vähintään vuosi. (Tuulio-Henriksson & Blomberg 2018, 5.)

Masennus aiheuttaa vuosittain merkittäviä kustannuksia valtiolle ja työnantajille. Sairauspoissaolo on yksi merkittävimmistä tekijöistä, joista johtuen menetetään työntekijöiden työpanosta. Työnantajien näkökulmasta sairauspoissaolojen lisäksi *presenteismi* eli sairaana työskentely aiheuttaa kustannuksia menetetyn työpanoksen muodossa (Rissanen & Kaseva 2014, 5). Erityisesti masennushäiriöt ja niihin liittyvät kognitiiviset ja kommunikatiiviset ongelmat hankaloittavat töissä suoriutumista. Vuoden 2017 aikana Suomessa maksettiin yli 0,8 miljardia euroa sairauspäivärahaa. (Kelan tilastot 2018.) Tämän lisäksi kustannuksia syntyy työkyvyttömyyden jatkuessa pidempään eli kuntoutustuen muodossa tai sairastuneen menettäessä työkyvyn kokonaan eli jäädessään sairaseläkkeelle. (Rissanen & Kaseva 2014, 3.)

Jo lievällä masennuksella on selkeä yhteys työn tuottavuuteen. Moni masennushäiriöstä kärsivä ei hakeudu edes hoidon piiriin, eivätkä kaikki masennus diagnoosin saaneet jää sairauslomalle. Näin ollen masennuksella on myös piileviä kustannuksia työelämässä. Syyt tähän voivat liittyä joko työntekijän omiin käsityksiin mielenterveysongelmien merkityksestä tai heijastaa työpaikan kulttuuria esimerkiksi sairauslomien pitämisen suhteen. Kyse voi myös olla stigman pelosta ja vaikeuksista tunnistaa masennus. Muun muassa näistä syistä masennuksen diagnosointi on vaikeaa ja työntekijä jättää hakeutumasta hoitoon. (Tiainen ym. 2011, 12.)

Sairauden, vamman tai vian aiheuttaman työkyvyttömyyden jatkuessa vähintään vuoden ajan työeläkelaitos ja/tai Kela maksaa kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä. Työeläkelaitos voi myöntää työkyvyttömyyseläkkeen 17 vuotta täyttäneelle henkilölle, joka ei ole täyttänyt ikäluokkansa alinta vanhuuseläkeikää. Vuonna 2017 työeläkejärjestelmästä sai työkyvyttömyyseläkettä yhteensä 144 600 henkilöä. Heistä 16 prosenttia sai osatyökyvyttömyyseläkettä. Työkyvyttömyyden aiheuttaneen sairauden suurimmat ryhmät olivat mielenterveyden häiriöt (42 %), tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (26 %), hermoston sairaudet (9 %) ja verenkiertoelinten sairaudet (6 %). Mielenterveyden häiriöiden osuus on ollut suurin aina vuodesta 2000 lähtien. (Eläketurvakeskus 2018.)



1. Kuvio. Työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneet 1996–2017 työkyvyttömyyden pääasiallisen syyn mukaan. Lähde: Eläketurvakeskus 2018.

Masennusdiagnoosin perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle jääneet muodostavat merkittävän ryhmän ja määrät ovat kasvaneet viime vuosina. Yksittäisistä sairauksista yleisin työkyvyttömyyden peruste onkin juuri masennus ja toistuva masennus. Masennuksen vuoksi eläkkeelle jääneet ovat selvitysten mukaan keskimääräistä koulutetumpia, nuorempia, useammin naisia kuin miehiä ja saavat keskimääräistä korkeampaa eläkettä. Masennuksesta toipuminen on pitkäkestoinen prosessi. Useissa tapauksissa sairauspäivärahojen enimmäismäärä (300 päivää) täyttyy masennuksen akuutissa vaiheessa ja henkilö päättyy usein kuntoutustuelle. (Vuorela 2008, 13; Pensola & Gould 2009, 13–15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 Masto-hankkeen edistämään työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä. Vuosina 2008–2011 toimintaohjelman tavoitteena oli ehkäistä masennusta, kehittää sen hoitoa ja kuntoutusta, työssä jaksamista ja työhön paluuta ja ennen kaikkea vähentää masennusperusteisen työkyvyttömyyttä. Masto-hanke on tuonut mielenterveyteen liittyviä teemoja esiin muun muassa työterveys- ja työsuojeluhenkilöstön koulutuksissa sekä esimiesvalmennuksissa. Erityisesti masennuksen varhaiseen havaitsemiseen ja alkuvaiheen tukemiseen peruspalveluissa on pyritty kiinnittämään huomiota tämän hankkeen tiimoilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Ennaltaehkäisy ja työhyvinvointia tukevat työelämän käytännöt ovat oleellisessa osassa, kun pyritään ehkäisemään työkyvyttömyyttä. Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja työterveyden edistäminen eivät pelkästään kohenna työntekijöiden hyvinvointia vaan lisäävät myös yrityksen tuottavuutta. Työelämän vetovoimaisuuden lisääminen auttaa osaltaan vastaamaan väestörakenteen muutoksen aiheuttamiin haasteisiin. Mielekäs työ ja toiminta ovat tehokkaimpia keinoja yksilön syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 13.)

Jotta työntekijät pääsevät varhaisessa vaiheessa tuen piiriin, esimiesten ja koko työyhteisön on suhtauduttava masennuksen hoitoon positiivisesti ja tukien. Asenteille on suuri merkitys myös työhön paluun kannalta. Tutkimusten mukaan masennukseen sairastuneista valtaosa toipuu työkykyiseksi ja palaa työelämään oikea-aikaisen ja sopivan kuntoutuksen jälkeen. Suomessa työterveydenhuolto on avainasemassa työntekijöiden masennuksen tunnistamisessa, oikea-aikaisessa hoidon ja kuntoutuksen käynnistämässä ja työkyvyn arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 12–13; Tiainen ym. 2011, 7.)

2.3 Mielenterveyskuntoutus yhteiskunnallisen tuottavuuden tukijana

Mielenterveyden häiriöitä koskevasta kuntoutuksesta käytetään nimitystä mielenterveyskuntoutus. Mielenterveyskuntoutusta määritellään eri tavoin. Usein puheessa hoito ja kuntoutus limittyvät. Esimerkiksi mielenterveysongelmien hoitona tai kuntoutuksena annettavan psykoterapian erottaminen on hankalaa. Erottelutarve nousee esille muun muassa lainsäädännöllisissä ja hallinnollisissa päätöksissä tai toimissa. Usein kysymys nousee esille, kun tarkastellaan sitä, mikä järjestelmä maksaa kuntoutustoiminnan kustannukset. Yleisimmin mielenterveyskuntoutusta kuvataan käsitteillä psykiatrien kuntoutus, psyykinen kuntoutus ja sosiaalinen kuntoutus. (Suomen mielenterveysseura 1998, 10.)

Ansiotyötä on pidetty kuntoutukselle ja kuntoutujan hyvinvoinnille olennaisena asiana. Työ tarjoaa kuntoutujalle mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja uusien asioiden oppimiseen. Nämä taas osaltaan luovat perustaa itsetunnolle ja itsearvostukselle, joiden kehittäminen masennuksen hoidossa ovat keskiössä. (Riikonen & Järvikoski 2001, 170.) Kuntoutumisessa kuntoutujille merkittävää

on vastuun saaminen, oikeuksien tavoittaminen ja velvollisuuksien täyttäminen. Kuntoutumisen tavoitteena pidetään usein nimenomaan työkykyisyyden saavuttamista, ja esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapiaa voi saada vain työ- ja opiskelukyvyn kohentamiseen.

Toisaalta kuntoutujan on oleellista tunnistaa ja määritellä työhön tai työpaikkaan liittyviä ongelmia suhteessa masennukseen. Hoidossa tulisi huomioida masennuksen sosiaaliset syyt ja yksilön omat näkemykset masennuksen taustasyistä. Myös työnantajalla on velvollisuus selvittää ja tunnistaa työpaikan haitta- ja vaaratekijät työntekijöiden psyykkiselle kuormitukselle. Ainoastaan masennuksen lääketieteellinen hoito ei välttämättä riitä vähentämään masennushäiriöstä johtuvia yksilöllisiä taloudellisia vaikutuksia työpaikalla. (Tiainen ym. 2011, 18.)

Vuonna 2005 mielenterveystyö määriteltiin Kelan toimesta kuntoutuksen kehittämisen painoalueeksi. Vuotta myöhemmin käynnistyi mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanke (MT-hanke). Taustalla on erityisesti mielenterveyden häiriöiden aiheuttama sosiaalivakuutuskustannusten kasvu 1990-luvulta lähtien. Kelan mielenterveyskuntoutusta, eli erilaisia psykoterapia- ja kuntoutuskursseja on lisätty vuosittain aina 2000-luvun alusta alkaen. (Kela 2009, 3.) Tämä kertoo mielenterveyskuntoutustyön tärkeydestä ja tarpeesta.

Depressiopotilaiden yleisin kuntoutusmuoto on psykoterapia. Psykoterapia on suunnitelmallista ja ammatillista, teoriaan perustuvaa vuorovaikutushoitoa. Sitä toteuttavat erikseen koulutautuneet psykoterapeutit ja tälle hoitomuodolle on tyypillistä, että se vaatii erityisvalmiuksia sekä potilaalta, että terapeutilta. (Pirkola 2005, 29.) Se saattaa tutkitusti edistää työelämässä pysymistä tai sinne siirtymistä tai palaamista. Psykoterapialla tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden psykologista hoitomuotoa. Se on terveydenhuollon tavoitteellista toimintaa, jolla hoidetaan psyykkisiä ongelmia psykologisin menetelmin. Jäsennelty vuorovaikutuksellinen prosessi hoidettavan henkilön ja psykoterapeutin välillä auttaa hoidettavaa käsittelemään vahingollisia ajatusmalleja. (Aaltonen & Lind 2008 10–11)

Kelan tarjoama kuntoutuspsykoterapia muuttui vuoden 2011 alusta harkinnanvaraisesta järjestämivelvollisuuden alaiseksi kuntoutukseksi. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että budjettivuoteen sidottu harkinnanvaraiset määrärahat eivät enää rajoita etuuden saajien määrää. Aikaisemmin esimerkiksi loppuvuodesta kuntoutuspsykoterapiaa hakevat saattoivat jäädä ilman tukea määrärahojen ollessa jo loppu. Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa voivat saada 16–67-vuotiaat 1–3 vuodeksi, jos jokin mielenterveyden häiriö uhkaa työ- tai opiskelukykyä. Kuntoutuksen edellytyksenä on, että kuntou-

tusta hakevalla henkilöllä on ollut vähintään kolme kuukautta kestänyt hoitosuhde diagnosoituun psykiatriseen sairauteen. Kuntoutuspäätös edellyttää psykiatrin B-lausunnon kuntoutustarpeesta. (Aaltonen & Lind 2008, 11–12.)

Kuntoutuspsykoterapiaa voi saada korkeintaan kolmeksi vuodeksi ja sitä haetaan aina tarpeenmukaisesti erikseen kullekin vuodelle. Uudessa hakemuksessa tulee perustella psykoterapian jatkumisen tarve ja päätöksessä otetaan aina huomioon häiriön vaikeusaste ja sen vaikutus yksilön työ- tai opiskelukykyyn. Kolmen vuoden aikana käyntien maksimimäärä on 200 kertaa. Yhden vuoden aikana tukea voi saada korkeintaan 80 käynnille. Kela ei korvaa aikarajoitteisia potilaan hoitoon kuuluvia lyhytpsykoterapioita, vaan sen tarkoituksena on täydentää hoitavia psykoterapioita pitkäaikaisen kuntoutuksen alueella. Yleisen käsityksen mukaan Kelan myöntämä kuntoutuspsykoterapia on usein pitkäkestoista ja kestää usein maksimiajan eli kolme vuotta, mutta tutkimuksen perusteella kolmen vuoden psykoterapiaa saa vain noin 40 prosenttia kuntoutujista (Tuulio-Henriksson ym. 2014, 6).

Lakimuutoksen jälkeen kuntoutuspsykoterapiaa saajien määrät ovat kasvaneet huomattavasti. Kun vuonna 2011 Kelan tuettua psykoterapiaa sai noin 17 000 henkilöä; vuonna 2017 noin 36 700 henkilöä. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2011 vuoteen 2017. Yleisin syy psykoterapiaan hakeutumiseen ovat ahdistuneisuushäiriöt ja mielialahäiriöt. Merkittävin sairaus vuonna 2017 oli toistuva masennus, jonka takia terapiaa sai 10 300 henkilöä. Masennustilojen vuoksi psykoterapiaan hakeutui 8 500 henkeä. (Partio 2018, 1–3; Tuulio-Henriksson ym. 2014, 6.)

Vuonna 2017 kuntoutuspsykoterapiasta tuli kuntoutujamäärältään Kelan suurin kuntoutusmuoto. Kuntoutuskustannukset olivat viime vuonna yhteensä 337 miljoonaa euroa, joista kuntoutuspsykoterapian osuus oli 67 miljoonaa euroa. Suurin osa kustannuksista aiheutui työikäisten kuntoutustermiinoista (48 miljoonaa euroa) (Partio 2018, 1–3).

Kuntoutuspsykoterapia tavoitteena on työkyvyn parantaminen tai palauttaminen ja se on osa potilaan holistista hoitoa ja kuntoutusta. Tällä tavoitellaan siis työssä jaksamista ja pysymistä tai työhön paluun mahdollistamista. Erityisesti masennus- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsiville potilaille psykoterapian on tutkitusti todettu ylläpitävän työkykyä kolmen vuoden seurannassa paremmin kuin muiden kuntoutustoimenpiteiden. (Lind ym. 2011.)

3 MIELENTERVEYSONGELMIEN LEIMAAVUUS

3.1 Surusta sairaudeksi: masennuksen medikalisaatio ja diagnostinen kulttuuri

Masennushäiriön viimeaikaiselle kasvavalle merkitykselle yhteiskunnassa on vaikea löytää yksiselitteistä syytä. Yhä useammat ihmiset hakeutuvat hoitoon masennuksen vuoksi, antidepressiivisiä lääkkeitä määrätään yhä useammin, masennuksesta aiheutuvat sosiaaliset ja taloudelliset kustannukset kasvavat ja masennusta tutkitaan yhä enemmän (Pirkola 2005, 4). Lisäksi masennuksesta kirjoitetaan valtavasti mediassa. Usein selitystä haetaan modernin elämän yksilökeskeisyydestä, sosiaalisten siteiden löystymisestä ja esimerkiksi työelämän epävarmuudesta. Syytä etsitään myös median luomasta mahdottomista kauneus- ja elämänihanteista, jotka saavat aikaan riittämättömyyden tunteita ja masennusta. (Horwitz & Wakefield 2007, 2–6.)

Kyselytutkimusten mukaan suomalaiset pitävät terveyttä tärkeimpänä elämänarvona. Terveyden ylläpito ja edistäminen koetaan suomalaisessa kulttuurissa hyvin tärkeäksi. Suomessa panostetaan lääketieteelliseen tutkimukseen ja hyvinvointipalveluiden kehittämiseen ja suomalaiset ovat itse aktiivisia ja vastuullisia oman terveytensä ylläpitäjiä. Myös lääkäreiden korkea ammatillinen arvostus kertoo kulttuurimme suuresta arvostuksesta terveyttä kohtaan. (Niiniluoto 2003, 1859.) Terveyden arvostus ja ihannointi kulttuurissa saattaa johtaa siihen, että lääketieteelliset näkökulmat ja selitysmallit usein ylikorostuvat ihmisten toimintaa selitettäessä.

Medikalisaatio eli ”lääketieteistyminen” tarkoittaa sivistyssanakirjan mukaan, että aikaisemmin lähes normaaleina pidetyt vaivat katsotaan hoitoa vaativiksi sairauksiksi. Ei-lääketieteelliset ongelmat määritellään ja hoidetaan lääketieteellisinä ongelmina usein ilman perusteellista näyttöä niiden lääketieteellisestä luonteesta. Ihmisten ja yhteiskuntien toimintojen selittäminen siirtyy medikalisaation myötä lääketieteen piiriin. Näin yhteisöllisen luonteen omaavat ongelmat yksilöllistetään, jolloin yhteiskunnalliset ja muut mahdollisesti laajemmat syyt jäävät huomiotta. Medikalisaation myötä yksilön ja yhteisöjen vastuu siirtyy lääketieteen ammattilaisille ja heidän puoleensa käännetään yhä useammin. Viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana lääketieteen merkitys yhteiskunnassa on kasvanut räjähdysmäisesti. (Conrad 2007, 4–6; Zola 1972, 487.)

Sosiologian piirissä medikalisaation käsite nousi ensimmäistä kertaa esille 1960-luvun lopulla. Professori Lauri Rauhalan (1998) mukaan medikalisaatiolla tarkoitetaan ”kulttuurissamme esiintyvää omalaatuista tendenssiä lääketieteellistymiseen ihmistä koskevassa tutkimuksessa ja sovellutuksessa”. Rauhalan mukaan lääketieteelliselle asiantuntemukselle annetaan kontrolloiva ja holhoava asema yhteiskunnassa. Lääketiede siis määrittelee ihmistä ja olemassaolon tapaa ja laatua poikkeuksellisella tavalla. Lääketieteellä on yliote ihmiseen ja sen selitysmallit korostuvat kun päätetään ihmisten hoidosta tai tehdään yhteiskunnallisia päätöksiä tai linjauksia. (Rauhala 1998, 139–141).

Lääketieteellisten diagnoosien yleistymisestä ja leviämisestä niin asiantuntijoiden keskuudessa, arjessa kuin monissa yhteiskunnallisissa instituutioissa käytetään myös termiä diagnostinen kulttuuri. (esim. Brinkmann 2016.) Tässä tutkimuksessa oleellista on mielenterveyden ongelmien ja erityisesti masennuksen kulttuuriset määritelmät. Diagnooseille puhtaasti pohjautuva ajattelumalli ei vielä itsessään ota kantaa siihen, tulkitaanko mielen häiriöt elämänhistorian vai biologian aiheuttamiksi. Nykyään masennuskäsitykset ovat siirtyneet kohti yhdysvaltalaisen DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) -tautiluokituksen määritelmää, jossa sairaus ensisijaisesti tunnistetaan oireiden perusteella. DSM-luokituksen ei voida kuitenkaan katsoa olevan kaiken kattava tieteellinen dokumentti, vaan ennemminkin sekoitus sosiaalisia arvoja poliittisia kompromisseja ja tieteellistä näyttöä. (Conrad 2007, 48.)

Mielenterveysongelmien määrittely on länsimaissa pitkälti nojannut lääketieteellisiin selitysmalleihin ja ne on laajalti hyväksytty sekä arkiajattelussa että asiantuntijoiden keskuudessa. Mielenterveyttä koskeva tieto ja käytännöt rakentuvat ensisijaisesti lääketieteellisestä ja psykologisesta käsitteistöstä. Tämä vallitseva käsitys mielenterveyden häiriöiden yksilöllisestä ja aivoihin paikantuvasta ongelmasta määrittelee pitkälti psykologian, psykiatrian, terveydenhoidon ja sosiaalityön ammattikäytäntöjä. (Horwitz 1999, 57.) Tämän voi johtaa suppeaan ja lyhytkantoiseen sairauden hoitoon ja kuntoutukseen. Olisikin tärkeä lisätä ymmärrystä mielenterveyden häiriöiden sosiaalisesta luonteesta ja sairastuneen kulttuurisen ympäristön merkityksestä.

Diagnostinen luokitus, jota nykykulttuurissa käytetään, ei kiinnitä huomiota mielisairauksien ongelmien syihin eli etiologiaan. Silti diagnoosien käyttö mielisairauksien tunnistamisessa on yleistynyt. Nyky-yhteiskunnassa on hyvin hankala saada hoitoa ilman diagnoosia. Diagnosoimattomasta sairaudesta aiheutuneita kuluja ei korvata mistään vakuutuksesta ja yksilön kannalta merkittäviä sosiaalietuuksien saanti voi riippua diagnoosista. (Brinkmann 2016.)

Lääketieteen ja lääketieteellisten teknologioiden kehitys ruokkii osaltaan medikalisaatiota. Aiemmin parantumattomiin sairauksiin kehitetään uusia hoitomuotoja ja toisaalta vaivoihin, joita ei ennen ole pidetty merkittävänä on alettu etsiä ja toteuttaa hoitoa. Toisaalta sairauden käsitysten muutos yhteiskunnassa vaikuttaa medikalisaation suosioon. Sairauden käsitteen laajeneminen on aiheuttanut medikalisaation laajenemisen koskemaan yhä useampaa ihmisen olotilaa. WHO:n kuuluisan terveyden määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan vamman tai taudin poissaoloa. Tämän määritelmän mukaan kukaan meistä ei kuitenkaan voi olla terve WHO:n tarkoittamassa mielessä. Tämä oletus osaltaan aiheuttaa medikalisaatiota, sillä pienetkin poikkeamat niin sanotusta täydellisen hyvinvoinnin tilasta diagnosoidaan sairauksiksi. (Niiniluoto 2003, 1859.)

Masennukselle ja mielenterveydenhäiriöille altistavia tekijöitä perimän ja elämäntapojen lisäksi voidaan löytää yhteiskunnan rakenteista ja sosiaalisista suhteista. Psykiatristen selitysmallien lisäksi yksilön sosiaaliluokalla on yksilöstä riippumattomia vaikutuksia hänen mielenterveyteensä. Työssäkäyvien suomalaisten keskuudessa on havaittu vahvaa näyttöä sosioekonomisista mielenterveyseroista. Tutkimukset osoittavat, että esimerkiksi matala tulotaso on yksi mielenterveyden häiriöille altistava tekijä. Tähän liittyy usein syrjäytymistä tai työttömyyttä, mutta myös työssäkäyvien tulotasoilla on eroa. Diagnoisittuja masennus- tai ahdistuneisuushäiriöitä esiintyi suomalaista työelämää kartoittavan tutkimuksen mukaan matalatuloisilla kaksi kertaa enemmän kuin korkeatuloisilla. Matalatuloisilla häiriöitä esiintyi 14 prosentilla, keskituloisilla 10 prosentilla ja hyvätuloisilla ainoastaan 7 prosentilla. Myös sukupuolten välillä oli eroja; mielenterveyden häiriö on pienituloisilla miehillä 2.8-kertainen verrattuna hyvätuloisiin ja naisilla tuloryhmien välinen ero oli kaksinkertainen. (Ahola ym. 2010, 15.)

Rauhala (1997, 38) määrittelee mielenhäiriöitä vielä filosofisista lähtökohdista käsin. Mielenterveyden häiriöt ovat perusluonteeltaan inhimillisiä kokemuksia ja niitä tulisi kohdella tutkimus- ja sovel-luskohteina juuri yksilöllisesti merkityksellisinä maailmoina. Yksilön tajunta määrittelee hänen subjektiivisen maailmankuvan ja niissä ilmeneviä vääristymiä voidaan kutsua mielen häiriöiksi. Siksi mielenterveydenhäiriöitä tutkittaessa ja hoidettaessa on tärkeää ymmärtää näitä yksilöllisiä merkityksiä, miten ne muodostuvat, miten ne liittyvät toisiinsa ja oleellisesti myös miten ne on oikaistavissa.

Psyykkisissä häiriöissä on siis kyse yksilön subjektiivisen maailmankuvan järkkymisestä tai ongelmasta. Rauhalan (1997, 39) mukaan ”sairaus” on liian suppea sana kuvaamaan ihmisen olemuksessa

ilmeneviä ”moninaisia negatiivisuuksia” ja siksi hän ei halua käyttää sanaa ”mielisairaus” tai ”mielitauti”. Näiden sijaan mielenterveyden häiriöille sopivampi nimitys olisi hänen mukaansa elämäntaidollinen ongelma. Tämä kuvaisi sekä yksilön kyvyttömyyttä ohjata olemassaoloaan merkityskokemuksiensa avulla että tilanteita, joissa elämäntilanne on niin hankala ja kuormittava ettei yksilö itse kykene omien voimavarojen puitteissa sitä hallitsemaan.

Masennuksen ilmeinen yhteys yksilön sosiaalisiin suhteisiin kertoo masennuksen sosiaalisesta luonteesta. Masennus on lääketieteellisesti tunnustettu sairaus, johon liittyy fyysisiä muutoksia ja oireita ja jota hoidetaan usein lääketieteellisesti. Tutkielmani kannalta masennuksen sosiaalinen ja yhteiskunnallinen merkitys nousee kuitenkin keskeiseen asemaan. Sosiaalitieteellinen näkökulma masennukseen ja mielenterveyteen yleisesti on mielestäni tärkeä hahmottaa tässä kohtaa, jotta pystytään ymmärtämään, mitä yhteiskunnallisia seurauksia ihmisten sairastumisella on.

3.2 Leimautumisteoria ja häpeäleima

Sairaus tai sairastuminen eivät ole pelkästään sairastuneen yksityisiä kokemuksia, vaan myös sosiaalinen kokemus. Tullakseen toimeen sairautensa kanssa yksilön on tultava myös toimeen yhteiskunnan sairauteen liittyvien asenteiden kanssa. Masennusta koskeva populaari tietoisuus on kasvanut huomattavasti 1990-luvulta lähtien. Psykiatria on yhteiskunnallistunut ja tämä tarkoittaa psykiatrian käytäntöjen leviämistä sairaaloista osaksi muita yhteiskunnallisia instituutioita ja ihmisten arkipäivää. (Helen 2011; Rikala 2013, 44.) Masennuksesta on tullut yhä arkipäiväisempää, mutta sitä koskevat ennakkokäsitykset ovat yhä tiukassa. Vaikka mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka on kehittynyt ja ymmärrys parantunut huomattavasti, suhtautuminen mielisairauksiin poikkeaa silti edelleen somaattisista sairauksista.

Normaaliin sosiaaliseen kanssakäymiseen kuuluu kiinteästi oletukset, stereotypiat ja kategorisointi. Tämä johtuu ihmisen rajoittuneista kognitiivisista kyvyistä eli kyvystä analysoida vuorovaikutuksesta syntyvää tietoa. Erilaiset skeemat ja prototyypit helpottavat tiedon hallintaa ja vähentävät kognitiivista kuormitusta. Yksilöt pystyvät stereotyyppien avulla ennakoimaan ja suunnittelemaan toimintaansa vuorovaikutustilanteissa. (Korkeila 2014, 41–42.) Ennakoasenteet ja stereotypiat saattavat kuitenkin asettaa joitain ryhmiä eriarvoiseen asemaan, jos nämä asenteet vaikuttavat esimerkiksi poliittiseen päätöksentekoon.

Mielenterveyden ongelmiin on suhtauduttu ihmishistorian eri aikoina ja eri kulttuureissa hyvin erilaisin tavoin. Poikkeava käyttäytyminen liittyy yleisesti psyykkisiin sairauksiin ja niihin suhtautuminen on kautta historian heijastanut yhteisöjen suhtautumista erilaisuuteen yleisesti. Länsimaisissa kulttuureissa on jo keskiajalta asti haluttu eristää, rangaista ja jopa hävittää yleisesti hyväksytyjen normien ja tapojen vastaisesti käyttäytyvät ryhmät ja yksilöt. (Vuorela 2014, 59.) Nykyaikana eristäminen ja ulossulkeminen tapahtuvat keskiaikaisia käytäntöjä hienovaraisemmin. Mielenterveyden ongelmista kärsivät törmäävät erilaisiin esteisiin esimerkiksi työelämässä, he kohtaavat sosiaalista eristämistä ja syrjintää sekä ennakkoluuluja esimerkiksi asuntomarkkinoilla (Smith 2002, 137).

Sosiologiassa poikkeavuutta on tutkittu ja selitetty eri tavoin. Erityisesti mielenterveysongelmia tarkastellessa *leimautumisteoreettinen suuntaus* nousee esille selittävänä mallina. 1960-luvulla syntynyt suuntaus poikkeaa perinteisistä kausaaliteorioista, joissa poikkeavuus nähdään ongelmana, johon yhteiskunnan on erilaisin toimenpitein puututtava. Leimautumisteorian mukaan poikkeavuus ei johda kontrolliin, vaan kontrolli aiheuttaa poikkeavuutta. (Laine 1991, 196–197.) Yksilöön lyöty leima toimii ikään kuin itseään toteuttavana ennusteena. Kun yhteiskunta kohtelee esimerkiksi mielenterveyden ongelmista kärsiviä poikkeavalla tavalla, yksilöt sisäistävät nämä oletukset ja alkavat toimia niiden mukaisesti.

Leimautumisteoriassa olennaista onkin juuri leimatun oma aktiivinen osallistuminen leimautumiseen. Poikkeavuus syntyy kahdensuuntaisessa vuorovaikutuksessa. Poikkeavaksi määriteltyyn ihmiseen kohdistetut säännönmukaiset tulkinnat ja toimenpiteet muuttavat yksilön minäkäsitystä ja arvomaailmaa. Ervin Goffman (1963) on käyttänyt tästä mekanismista termiä *sosiaalinen ura*. Ura alkaa yksilön tullessa tietoiseksi kantamastaan stigmasta ja sen vaikutuksista. Ura jatkuu yksilön kehittäessä niitä strategioita, joilla piilottaa ja rajoittaa sen vaikutusta. Ihminen siis pyrkii erilaisin keinoin selviytymään poikkeavan roolista. Juuri nämä ”normaalin” ja stigmatisoidun kohtaamiset ovat sosiaalisen elämän perusta ja niissä ilmenee ihmisen sosiaalisuuden erityisyys. Sosiaalisella uralla on Goffmanin teorian mukaan subjektiivinen mieli, joka motivoi henkilöä uralla etenemiseen normeineen ja rooliodotuksineen. (Goffman 2007, 125–130; Peräkylä 2001, 347–364.)

Moraalinen ura muodostuu taas puolestaan sen sosiaalisen järjestelmän sisäpuolella, jossa yksilö kulloinkin on. Tämä voi olla esimerkiksi hoitolaitos tai työpaikka. Näissä järjestelmissä Goffman katsoo yksilön minuuden kuuluvan sille sosiaalisen kontrollin mallille, jossa henkilö itse ja häntä ympäröivät ihmiset ovat. Moraalinen ura kehittyy, kun yksilö oppii ymmärtämään leimautumistilanteita ”nor-

maalien” näkökulmasta ja katsomaan itseään leimattuna. Huomattavaa on, miten moraalisen urankehittyminen voi vaihdella yksilön elämänvaiheesta leimaantumisen oppimisprosessin alkaessa. Mitä myöhemmässä elämänvaiheessa yksilö tulee tietoiseksi leimautumisesta, sen suurempia ongelmia se voi mahdollisesti aiheuttaa yksilön minäkuvalle ja -pystyvyydelle. (Goffman 2007, 127–154; Peräkylä 2001, 347–364.)

Leimautumisteorian yksi keskeisimmistä käsitteistä on *häpeäleima*. Jyrki Korkeila (2014) määrittelee häpeäleiman ”kaiken kattavaksi ihmisyksilön aliarvioimiseksi, jossa arvoa punnitaan vain sairauden valossa”. Häpeäleimaan kuuluvat ennakkoluulot ja negatiiviset asenteet, mustavalkoinen ajattelu ja syrjintä. Vieraskielinen vastine *stigma* juontaa antiikin Kreikasta. Silloin polttomerkein ja tatuoinnein merkattiin muun muassa rikolliset, orjat ja sairaat. Merkki osoitti merkityn epätoivoksi, saastuneeksi ja kertoi moraalisesta huonommuudesta ja alemmuudesta. (Heatherton ym. 2000, 31; Kaltiala-Heino ym. 2001, 563–570; Korkeila 2014, 31.)

Ei ole olemassa yhtä yhtenäistä stigmatologiaa, sillä stigma rakentuu kompleksisessa vuorovaikutuksessa sosiaalitieteiden, psykologian, lääketieteen, historian ja antropologian välillä. (Smith 2002, 317). Pääosin kuitenkin stigmatologia voidaan johtaa Ervin Goffmanista (1963) ja interaktionistisesta teorioista. Niissä painottuu stigmatisoinnissa sosiaalisen vuorovaikutuksen rooli ja ilmenemismuodoista leimautuminen ja stereotypiat. Nykyaikaisen stigman käsitteen juuret voidaankin paikantaa Goffmanin klassikoksi nousseeseen teokseen ”*Stigma*”. Stigma on yhteisön yksilöön lyömä merkki, joka määrittää kantajansa saastuneeksi ja siksi vähempiarvoiseksi kuin normaalit ihmiset. Stigman saaneet yksilöt ovat jollain tavalla viallisia ja vähemmän arvokkaita. Stigmatisoituminen liittyy vahvasti tuomitseminen, vähempiarvoisuus, sekä stereotyyppiset asenteet ja uskomukset, jotka ohjaavat vuorovaikutusta stigmatisoituneen henkilön kanssa. (Goffman 1963, 3; Heatherton ym. 2000 4–5; Kaltiala-Heino ym 2001, 563–570; Major & O’Brien 2005, 393–421.)

Goffman jakaa stigman synnyttävät ilmiöt ja tilanteet kolmeen luokkaan. Ensinnäkin ruumiillisuuteen liittyvät poikkeavuudet (*abominations of the body*), kuten fyysiset vammat tai erikoisuudet (esimerkiksi liikalihavuus, sokeus, ihosairaudet tai epämuodostumat) aiheuttavat kantajassaan stigman. Toiseksi stigma voi liittyä yksilön tahrautuneeseen maineeseen (*blemishes of individuals character*), joka voi syntyä mm. mielisairauksista, työttömyydestä tai fanaattisista uskomuksista. Kolmanneksi stigman saavat vähemmistöön kuuluvat (*tribal identities*) eli valtaväestöstä poikkeavan etnisen tai uskonnollisen taustan omaavat tai esimerkiksi homoseksuaalit. (Goffman 1963, 504–505; Heatherton ym. 2000, 7.)

Stigman rakenteellinen teoria puolestaan korostaa yhteisöjen ja yhteiskuntien piileviä asenteita ja toimintoja, jotka heikentävän leimatun täysvaltaista kansalaisuutta ja mahdollisuuksia toimia yhteisön jäsenenä. Tarkastelun kohteena on erityisesti lainsäädäntö ja masennuksesta kärsivien voimaantumisen. *Modifioitu leimautumisteoria* linkittää vuorovaikutuksellisen ja rakenteellisen stigmatteorian lähestymistavat toisiinsa. Stigma voidaan tulkita prosessiksi, johon liittyy leimautuminen, stereotyyppiä, statuksen menetys, syrjintä ja eristyneisyys. Lisäksi se korostaa syrjinnän ja alemman statuksen rakenteellisuutta ja sitä, että stigmatisointi edellyttää sosiaalista, taloudellista ja poliittista valta-asemaa. (Aspen-hankeryhmä 2011.)

Mielenterveysongelmiin liitettävä stigma voidaan jakaa kolmeen osaan: 1) julkinen, ulkopuolelta annettu stigma 2) henkilökohtainen stigma (ihmisten henkilökohtaiset näkemykset mielisairauksista yleisesti) ja 3) sisäinen stigma (yksilön kokemus omasta sairaudesta) (Wahlbeck & Aromaa 2011, 91). Leimautuminen vaikuttaa leimattuun monin eri tavoin. Yhtenä selkeimpänä ja haitallisimpana ilmiönä voidaan pitää leimattuun kohdistettavaa negatiivista suhtautumista ja syrjintää. Syrjintä vaikuttaa suoraan leimatun hyvinvointiin ja terveyteen, sosiaaliseen statukseen sekä mielenterveyteen. Leimatun sosiaalisen ryhmän jäseniä syrjitään työ- ja asuntomarkkinoilla, terveystaluuissa, oikeusjärjestelmässä ja jopa perheiden sisällä. (Major & O'Brien 2005, 396; Smith 2002, 317.)

Mielenterveyden häiriöihin liitetään paljon ennakkoluuloja ja oletuksia. Syitä mielenterveyden häiriöiden leimaavuuteen on haettu esimerkiksi niihin liitetystä arvaamattomasta käytöksestä. Mielenterveysongelmiin liitetään edelleen stereotyyppisesti väkivaltainen ja arvaamaton käytös, sekä kommunikointiongelmia (Smith 2002, 317). Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että leimautumista tapahtuu pitkälti huolimatta diagnoosin saaneiden käytöksestä (Korkeila 2014, 32). Leimautumisen syitä ei siis pystytä palauttamaan yksilön toimintaan, vaan leimautumisen mekanismit ovat laajemmat.

Rosenhanin (1973) klassikoksi noussut leimautumista koskeva tutkimus ”*On being sane in insane places*” kyseenalaistaa diagnostiikan ylivoimaisuuden ja nostaa esille mielenterveysongelmiin liittyvän leiman hyvin omintakeisella ja huomiota herättävällä tavalla. Kokeessa kahdeksan täysin terveä koehenkilöä ilmoittautui psykiatriseen päivystykseen valittaen valheellisesti kuuloharjoja. Koehenkilöiden päästyä osastohoitoon he käyttäytyivät siellä ollessaan täysin normaalisti. Pyynnöistään huolimatta heitä ei päästetty sairaalasta, vaan heitä pidettiin tahdonvastaisessa hoidossa keskimäärin 19 (7–58) päivää ja kaikille diagnosoitiin lähtiessä skitsofrenia. (Rosenhan 1973, 250–

258.) Tämä osoittaa hoitohenkilökunnan sokeuden täysin normaalille käytökselle, kun koehenkilöllä oli oletetusti skitsofrenia. Henkilökunta leimasi koehenkilöt sairaiksi ja tulkitsi heidän käytöstään diagnoosin kautta, sillä heillä oletettiin olevan skitsofrenia tai muu aistiharjoja selittävä mielen sairaus. Vaikka koehenkilöt käyttäytyivät normaalisti ja pyysivät päästä pois, skitsofrenian leima oli niin vahva, että heidän pyyntö evättiin ja käytös tulkittiin sairaudesta johtuvaksi. Kokeen paljastuttua eräs mielisairaala pyysi lähettämään uudestaan näyttelijöitä, osoittaakseen pystyvänsä paljastamaan heidät. Muutaman kuukauden kuluttua sairaala ilmoitti yleästi paljastaneensa jopa 41 näyttelijää. Rosenhan kertoi, ettei ollut lähettänyt yhtäkään. (Rosenhan 1973, 250–258; Ruscio 2015.)

Mielenterveyshäiriöihin liittyvää stigmatutkimusta on tehty Suomessa lähes viidenkymmenen vuoden ajan. Tutkimuksissa voidaan erottaa kolme keskeistä tutkimuslinjaa. Väestön keskuudessa vallitsevia asenteita mielenterveysongelmaisia kohtaan on tutkittu pisimpään. Yleensä nämä tutkimukset on toteutettu postikyselyillä tai puhelinhaastatteluilla. Tutkimuksilla on saatu tietoa leimaavien asenteiden esiintyvyydestä eri väestöryhmissä ja tietoa asenteisiin vaikuttavista tekijöistä. (Aromaa & Wahlbeck 2014, 147.)

Toinen tutkimuslinja, johon myös oma tutkimukseni paikantuu, on keskittynyt itse mielenterveyskuntoutujien kokemuksiin häpeästä ja syrjinnästä. Tutkimukset ovat voineet koskea esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten käyttämiä luokittelujärjestelmiä ja kieltä ja niiden vaikutusta palvelujen käyttäjien identiteettiin. Toisaalta on voitu myös kartoittaa sitä, kuinka moni mielenterveyspalvelujen käyttäjästä on kokenut leimaamista. Kolmannessa tutkimuslinjassa taas on selvitetty tiettyjen ryhmien kuten terveydenhuollon ammattiryhmien tai opiskelijoiden asenteita mielenterveyden häiriöistä kärsiviä kohtaan. (Aromaa & Wahlbeck 2014, 148.)

3.3 Häpeäleima ja masennus

On sanottu, että häpeäleima on mielenterveysongelmaisten toinen sairaus. Mielenterveysongelman oireiden lisäksi henkilöt joutuvat selviytymään sairaudesta johtuvasta stigmasta (Jorm & Reavley 2012; Wahlbeck & Aromaa 2011, 90). Oletus muiden negatiivisesta suhtautumisesta saattaa johtaa oireiden somatisointiin, väärin diagnooseihin ja hoidon enneaikaiseen lopettamiseen (esim. Barney ym. 2009). Häpeäleimalla on keskeinen vaikutus hoitoon hakeutumisessa. Stigma tutkitusti vähentää hoitoon hakeutumista ja aiheuttaa tämän lisäksi muita ongelmia mielenterveysongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa (esim. Aromaa 2011, 11–52; Barney ym. 2006, 51).

Mielenterveyden keskusliiton toteuttaman mielenterveysbarometrin mukaan suomalaisten asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat liikahtaneet hieman hyväksyvämpään suuntaan. Joka neljäs ei halua olla tekemisissä mielenterveyshäiriöistä kärsivien kanssa, joten parannettavaa on. Eri väestöryhmien tasolla on eroja, korkeasti koulutetut naiset suhtautuvat mielenterveysongelmaisiin myönteisimmin. Huomion arvoista on, että kuntoutujien leimautumiskokemukset ovat silti lisääntyneet. Myönteinen kehitys väestön asenteissa ei siis heijastu mielenterveysongelmista kärsivien arkeen, vaan päinvastoin leimautumiskokemukset ovat jopa lisääntyneet. (Mielenterveyden keskusliitto 2013, 1–2.)

Tutkimusten mukaan Suomessa vain harva vakavaan masennushäiriöön sairastuneista hakeutuu avun piiriin. Vain 34 prosenttia akuutista masennushäiriöstä kärsivästä on ammattiavun piirissä. Euroopassa ja Yhdysvalloissa arviolta jopa 52–74 prosenttia mielenterveyshäiriöistä kärsivistä ei saa hoitoa, alemmissa sosioekonomisissa luokissa luku on vielä suurempi. Kyse on siis globaalista ongelmasta. (Aromaa 2011, 11; Clement ym. 2014.) Hoitoon hakeutumiseen viivytelyllä ja välttelyllä on kauaskantoisia seurauksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle.

Mielenterveyden häiriöt jäävät usein diagnosoimatta ja hoitamatta terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa juuri niihin liittyvän leiman vuoksi. Pahimmillaan häpeäleiman voi johtaa salailuun ja eristäytymiseen. Myös diagnosointi saattaa vaikeutua häpeäleiman vuoksi. Itse häiriön oireiden erottaminen häpeäleimasta johtuvasta oireilusta saattaa olla hankalaa. (Korkeila 2014, 40.) Tutkimusten mukaan jopa 74 prosenttia masennuksista kärsivistä pyrkii salamaan tai peittämään mielenterveysongelmansa muilta (Aspen-hankeryhmä 2011).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkisti keväällä 2010 selvityksen, jonka mukaan mielenterveyskuntoutujat kuolevat keskimäärin jopa 15 vuotta (naiset 10 ja miehet 20) aiemmin kuin muu väestö. Ero ei selity ainoastaan itsemurhilla tai muilla riskitekijöillä (yksinäisyys, syrjäytyminen, epäterveelliset elämäntavat) vaan kyse on myös siitä, ketä hoidetaan. (Vuorela & Aalto 2014, 63.) Terveyspalveluissa voidaan havaita sekä tiedostamatonta että ehkä jopa tietoisista syrjintää mielenterveysongelmaisia kohtaan. Yksi keskeinen selitystekijä on se, että mielenterveyskuntoutujien fyysisissä sairauksissa yksinkertaisesti hoidetaan heikommin kuin muiden ihmisten. Heidän oireitaan vähätellään tai tulkitaan mielenterveysongelmasta johtuvaksi luulosairaudeksi. Heille ei tehdä tarvittavia tutkimuksia ja seuranta jää vajaaksi. Mielenterveysbarometrissa vuonna 2010 selvisi, että joka

neljäs mielenterveyspotilas ja -kuntoutuja ei ollut saanut asiallista apua fyysisiin vaivoihinsa. Heitä ei oltu otettu vakavasti eikä tutkittu riittävästi. (Vuorela & Aalto 2014, 63–64.)

Suomessa vuosittain toteutettavan Mielenterveysbarometrin mukaan mielenterveyskuntoutujista 39 prosenttia kokee joutuvansa leimatuksi sairauden vuoksi. Omaisista jopa 59 prosenttia on samaa mieltä. mielenterveysalan ammattilaisten mukaan tilanne on kuitenkin vielä pahempi, heistä 69 prosenttia koki, että mielenterveysongelmat leimaavat kuntoutujia. (Vastamäki & Kapanen 2017.)

Masennukseen yhdistettäviin leimaaviin uskomuksiin liittyy omia erityispiirteitään. Verrattuna esimerkiksi skitsofreniaan, masennushäiriöistä kärsiviä ei niinkään pidetä vaarallisina, vaan heitä sääli-tään ja halutaan auttaa. (Angermeyer & Matschinger 2003, 526–534.) Kuitenkin tutkimusten mukaan moni ajattelee masentuneiden olevan sosiaalisesti hankalia, heille on vaikea puhua ja he ovat arvaamattomia ja jopa uhkaavia. Monet näkevät myös lääkinnällisen hoidon turhana ja sitä hakevien ihmisten katsotaan olevan kiusallisia, epävarmoja, epäsosiaalisia tai kylmiä. (Barney ym. 2009.) Griffiths kumppaneineen (2006) selvitti masennukseen liittyvien leimaavia uskomuksia väestössä ja selvisi, että jopa 53 prosenttia uskoi, että useimmat ihmiset ajattelevat masennuksen olevan merkki henkilökohtaisesta heikkoudesta. 38 prosenttia vastaajista uskoivat taas muiden ajattelevan, että masennuksesta kärsivät ovat jollain tapaa vaarallisia. Masennuksesta kärsivien on myös tutkimuksissa todettu olevan huolissaan, että muut näkevät heidät laiskoina, heikkoina, kyvyttöminä ja huonompina (Barney ym. 2009).

EU:n rahoittama ASPEN-hanke (Anti Stigma Program European Network) on vuonna 2011 toteut-tanut laajan masennukseen liittyvää stigmatia ja syrjintää kartoittavan haastattelututkimuksen, jonka päätavoitteena oli arvioida masennuksesta kärsivien aikuisten kokeman ja ennakoiman syrjinnän luonnetta ja laajuutta. Tutkimukseen osallistui jokaisesta 18 EU-maasta standardoitua mittaristoa käyttäen vähintään 25 masennustilaa sairastanutta henkilöä, yhteensä 527 henkilöä. (Aspen-hanke-ryhmä 2011.)

Tutkimuksen mukaan masennus aiheutti koettua syrjintää monilla arkipäivän eri osa-alueilla. Erityi-sesti sosiaalisessa elämässä, ystävyys-suhteissa tai naapurustossa masennus aiheutti syrjinnän koke-muksia. Jopa 36 prosenttia vastanneista koki joutuneensa näissä suhteissa syrjityksi masennuksen vuoksi. Läheissuhteissa koettiin myös usein ongelmia; 33 prosenttia kertoivat pitävänsä avioliittoa ja / tai eroa haastavana asiana ja merkittävä osa 32 prosenttia raportoi syrjinnästä myös seurustelu-suhteissa. Työelämässä merkittävä osa koki haasteita masennuksen vuoksi. 27 prosenttia vastaajista

kertoi kokevansa syrjintää työnhaussa. Jos työpaikan oli kuitenkin onnistunut saamaan, jopa 32 prosenttia koki syrjintää sen säilyttämisessä. (Aspen-hankeryhmä 2011.)

Koetun syrjinnän lisäksi masennus estää ihmisiä elämästä täyttä elämää ennakoitun syrjinnän vuoksi. Tutkimukseen osallistuneista 44 prosenttia oli luopunut läheisestä henkilökohtaisesta ihmissuhteesta masennuksesta johtuen. Masennus vaikuttaa myös merkittävästi työn hakuun; jopa 42 prosenttia haastateltavista oli luopunut jonkin työn hakemisesta. 29 prosenttia vastaajista oli luopunut kurssille tai koulutukseen hakeutumisesta masennuksen vuoksi. Koettua ja ennakoitua syrjintää on selvästi havaittavissa kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa. Yleisintä koettu syrjintä oli kaikkien tulosten pohjalta henkilökohtaisissa ihmissuhteissa ja työympäristössä. (Aspen-hankeryhmä 2011.)

3.4 Häpeäleima työelämässä

Työllä on oletettu olevan positiivisia vaikutuksia mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutumisessa ja elämänhallinnassa. Silti monissa maissa mielenterveyskuntoutujien osallisuus ja integraatio työelämään on ongelmallista. Tähän on monia syitä. Jotkut syistä liittyvät yksilöön, jotkut yhteiskuntaan ja ympäristön asettamiin esteisiin. Yhtenä suurena esteenä mielenterveyskuntoutujien työllistymiseen pidetään stigmaa. Monet tutkimukset osoittavat, että joistain kulttuurien välisistä eroista huolimatta työnantajat yleisesti suhtautuvat epäillen mielenterveyskuntoutujan rekrytointiin. Usein huolet liittyvät uskomuksiin mielenterveysongelmista kärsivän henkilön rajallisiin kognitiivisiin kykyihin, tuotteliaisuuteen ja käsityksiin sitä, että mielenterveysongelmaiset olisivat epäluotettavia, jopa vaarallisia (joko itselleen, kollegoille tai asiakkaille) ja heidän käytöksensä olisi outoa ja huomioita herättävää. (Brouwers ym. 2015.)

Ennakkoluulot voivat johtaa alistavaan suhtautumiseen, masennuksesta kärsivän katsotaan esimerkiksi olevan kykenemätön kantamaan vastuuta töistään. Yksilö voi myös leimata itseään, jolloin hän kohdistaa itseensä toisten kielteisiä käsityksiä jo ennen niiden ilmaisua. Tämä estää masennushäiriöstä kärsivää tavoittelemasta päämääriään ja elämästä täyttä elämää. Häpeäleima vie masentuneen itsetunnon, hän arvioi itsensä epäpäteväksi ja on aikaansaamaton. (Korkeila 2014, 38.)

Vammaisuuteen perustuva syrjintä on EU-lainsäädännössä kielletty. Neuvoston direktiivi 2000/78/EY kieltää vammaisuuteen perustuvan välittömän ja välillisen syrjinnän työssä. Tähän sisältyy rekrytointi, koulutus, ylentäminen, työehdot, palkkaus ja muun muassa irtisanominen. Jotta nämä tavoitteet olisivat saavutettavissa, EU velvoittaa vastuulliset tahot toteuttamaan *kohtuullisia mukautuksia*. Tämä koskee myös mielenterveyskuntoutujia. Kohtuullinen mukauttaminen tarkoittaa ”tarvittaessa yksittäistapauksessa toteutettavia tarpeellisia ja asianmukaisia muutoksia ja järjestelyjä, joilla ei aiheuteta suhteetonta tai kohtuutonta rasitetta ja joilla varmistetaan vammaisten henkilöiden mahdollisuus nauttia ja käyttää kaikkia ihmisoikeuksia ja perusvapauksia yhdenvertaisesti muiden kanssa.” (Aspe-hankeryhmä 2011.) Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi lyhennettyä työpäivää tai muita järjestelyitä masennuspotilaan työssä jaksamisen parantamiseksi.

Masennushäiriöistä kärsivien syrjintäkokemuksia työelämässä on tutkittu melko laajasti ympäri maailmaa. ASPEN-hankkeeseen liittynyt tutkimusryhmä kartoitti vuonna 2010 mielenterveyskuntoutujien työllistymiseen liittyviä lainsäädännöllisiä ja sosiaalisia esteitä ja ongelmia laajan kansainvälisen haastattelututkimuksen avulla. Yhteensä 35 maasta haastateltiin yli 800 masennusdiagnoosin saanutta työikäistä ja selvitettiin, kokivatko he syrjintää työnhaussa tai työpaikan säilyttämisessä, oliko kehittyneiden tai kehittymättömien maiden välillä eroa ja oliko syrjäytymisen kokemisella yhteyttä todelliseen työllisyystilanteeseen. (Brouwers ym. 2015.)

Kyseisen tutkimuksen mukaan jopa 62,5 prosenttia vastaajista raportoi joko ennakoidusta tai koetusta syrjinnästä työelämässä. Syrjintä on siis yleinen ongelma maailmanlaajuisesti. Saksassa toteutetun tutkimuksen mukaan jopa 81,5 prosenttia vastaajista raportoi oletetuista stigmakokemuksista työelämässä. Sisäinen stigma on useiden tutkimusten mukaan merkittävä ongelma masennushäiriöstä kärsiville työelämässä. Sisäisen stigma vaikuttaa yksilöiden itseluottamukseen ja minäpystyvyyteen ja estää heitä tavoittelemasta asioita. (Brouwers ym. 2015.)

Kanadassa toteutetun väestötutkimuksen mukaan yksi kolmesta työntekijästä ei kertoisi esimiehelleen mielenterveyden ongelmistaan. Suurimpana syynä ilmeni pelko oman uran vahingoittumisesta. Tämän vuoksi suurin osa apua kipeästi tarvitsevistä ei hakeutunut hoidon piiriin. Huomioitavaa oli, että parhaillaan masennushäiriöistä kärsivät olivat selkeästi vähemmän halukkaita kertomaan ongelmistaan esimiehelle. Sairauslomalta palanneet ovat toinen ryhmä, joka kyseisessä tutkimuksessa oli huolissaan esimiehen tai kollegoiden suhtautumisesta. Tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmien vuoksi sairauslomalta palaavat olivat huolissaan esimiehen odotuksista ja ennenaikaisesta eläkkeestä. (Dewa 2014, 175–184.)

Suomessa Mielen terveyden keskusliiton vuonna 2017 toteuttama mielen terveysbarometri osoittaa, että mielen terveysongelmaisiin suhtautuminen työelämässä ei ole täysin mutkatonta. Kyselyyn vastasi Mielen terveyden keskusliittoon kuuluvat kuntoutujat, omaiset sekä psykiatreja ja psykologeja. Mielen terveyskuntoutujista 73 prosenttia koki, että tieto työntekijän tai esimiehen mielen terveysongelmista voi johtaa työpaikan menettämiseen ja arvostuksen menettämiseen työyhteisössä. Kuntoutujista jopa 60 prosenttia ei kertoisi mielen terveysongelmistaan työpaikoilla, väestöstä hieman alle puolet ei kertoisi. Jopa 87 prosenttia työnantajista myös koki, että yksittäisen työntekijän mielen terveysongelmat vaikuttavat koko työyhteisöön. Vastaavasti työntekijöistä samaa mieltä oli 59 prosenttia. (Vastamäki & Kapanen 2017.)

Masennuksen vuoksi sairauslomalle jääneen työhön paluu on haasteellinen prosessi. Erityisesti toistuvista masennusjaksoista kärsivälle työhön paluun oikea ajankohta saattaa olla vaikea arvioida (Saari 2012, 43). Tutkimukset osittavat, että työhön paluu hankaloituu sairausloman pitkittyessä. Poissaolon jatkuessa yli puoli vuotta, työhön palaa enää vain 50 prosenttia masennusdiagnoosin saaneista. Vuoden sairauspoissaolon jälkeen luku tippuu neljännekseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 60.)

Häpeäleimaksi on kompleksinen ja äärimmäisen vaikea, eikä helppoa ratkaisua ole. Häpeäleima on este sekä mielen terveyspalveluiden ja hoidon kehittämiseksi ja ihmisten henkilökohtaiselle elämälleen asettamien tavoitteiden saavuttamiselle. Masennushäiriö tunnustetaan paremmin hoidettavaksi mielen terveyden ongelmaksi paremmin kuin esimerkiksi 50-luvulla. Silti sitä leimaavat vahvat stereotyyppit ja sosiaalisen eristämisen tarve. Tämä saattaa johtua siitä, että edelleen mielen terveyden häiriöt katsotaan yksilöllisiksi ominaisuuksiksi ja toisin kuin fyysisissä sairauksissa, heikkoudesta ja epäonnistumisesta johtuviksi. (Smith 2002, 319.) Stigmaa voidaan kuitenkin vähentää erilaisin keinoin. Yhtenä menetelmänä voidaan pitää normalisointia. Tietoisuutta ja näkyvyyttä lisäämällä voidaan hälventää masennuksen leimaavuutta. Myös yhtäläisten oikeuksien toteutumisen valvominen vähentää stigman vaikutuksia. Valvomalla yhtäläisten oikeuksien toteutumista esim. terveydenhuollon piirissä, työelämässä ja oikeuskäytänteissä helpottaa mielen terveysongelmien kanssa kamppailevia. Myös sosiaalisella medialla ja journalismilla on oma paikkansa stigman vähentämisessä. Monet järjestöt ja erilaiset tahot pyrkivät siis osaltaan vähentämään häpeäleiman vahingollisuutta mielen terveysongelmista kärsivien keskuudessa.

4 TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tutkimuskysymykset

Häpeäleima on todellinen ongelma, joka vaikeuttaa mielenterveysongelmista kärsivien elämää maailmanlaajuisesti. Erityisesti työelämässä esiintyvää häpeäleimaa on tutkittu melko paljon laajojen kyselytutkimusten avulla. Tämän tutkimuksen tarkoitus on kvalitatiivisen analyysin avulla päästä käsiksi työelämässä olevien masennuskuntoutujien kokemuksiin leimaantumisen, sen syistä ja seurauksista.

AMI-kuntoutus on Suomen mittakaavassa ainutlaatuinen, sillä se kohdistuu työelämässä oleviin masennusdiagnoosin saaneisiin henkilöihin. Aikaisemmat kuntoutuksen muodot on suunnattu jo työelämästä pudonneille henkilöille. Tämä antaa erittäin hyvän tilaisuuden tutkia masennuksen ja sen hoitoon liittyviä asenteita työpaikoilla ja kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisen mahdollisuuksia.

Onko masennukseen ja mielen häiriöihin sairastuva vaarassa joutua leimatuksi? Aiheuttaako masennus eriarvoista kohtelua esimerkiksi työpaikoilla? Kohdellaanko masentuneita ja kuntoutuksessa käyviä eri tavoin työpaikalla? Onko masennusdiagnoosista haittaa sen kantajalle vai ovatko he samassa asemassa työpaikalla muiden kanssa? Näitä asioita pohdin, kun sain Ami-hanketta koskevan haastatteluaineiston käteeni. Halusin tutkia masennusta koskevaa leimaa ja eriarvoistavia mekanismeja laadullisin menetelmin.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Millaisia haasteita ja vahvuuksia kuntoutujat kokivat työelämän ja kuntoutuksen yhdistämisessä?
- Kokivatko haastateltavat, että kuntoutukseen liittyi leimaantumisen kokemuksia työyhteisössä?
 - Miten kuntoutujat ottivat mielenterveyskuntoutuksen esiin työpaikoilla?
 - Miten kertomatta jättämistä perusteltiin?

- Millaisia työyhteisöön liittyviä tekijöitä leimautumiseen liittyi? Millä tavoin esimiesten tai työyhteisön rooli yleisesti nousi esiin?

Tutkin masennuskuntoutujien omaa subjektiivista kokemusta kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisestä sekä siihen mahdollisesti liittyvästä leimautumisen kokemuksesta työpaikalla. Kokemuksen tutkiminen asettaa omat haasteensa. Kyseessä on sekä äärimmäisen yksityinen, subjektiivinen kuvaus haastateltavien omasta kokemuksesta että yhteiskunnallisesta määrittelystä. Kokemukseen myös sisältyy useampi tekijä: sekä subjekti että kokemuksen kohde eli objekti. Näin kokemusta voidaan oikeastaan pitää merkityssuhteena. (Perttula & Latomaa 2011, 116–117.) Sen lisäksi tutkijan on otettava huomioon omat kokemukset ja ennakko-oletukset aiheesta, jotta pystytään mahdollisimman objektiiviseen kuvaukseen.

Kokemus on hyvin inhimillinen käsite. Kokemusten kuvaaminen, erittely ja tutkiminen ovat osa jokaisen ihmisen arkielämää. Inhimilliseen kokemukseen kuuluu esimerkiksi menneiden muistelu ja tulevaisuuden pohtiminen. Ihminen on tietävästi ainoa olento, joka pystyy tämänkaltaiseen kokemusten sanallistamiseen. Ajattelun avulla ihminen jäsentää ja ymmärtää kokemustaan, antaa sille merkityksiä ja välittää niitä toisille. Tässä tutkimuksessa käsitän kokemuksen tajunnallisena tapana merkityksellistää niitä todellisuuksia, joihin ihminen on suhteessa. Todellisuudella tässä kohtaa viitataan yksilön elämäntilanteeseen, niihin asioihin, joihin yksilö on elämässään suhteessa. Kokemus on sitä, mitä elämäntilanne yksilölle tarkoittaa. (Perttula & Latomaa 2011, 149.)

Tämä tutkimus edustaa laadullista tutkimussuunatausta ja pyrkii kuvaamaan ja tulkitsemaan haastateltavien todellisia, merkityksellisiä kokemuksia tutkimusaiheesta. Kokemuksen tutkimuksen kaksijakoisen luonteen vuoksi koen, että fenomenologis-hermeneuttinen tulkintatapa on tässä tutkimuksessa luontevin. Hermeneutiikalla tarkoitetaan yhteiskunnallisten ilmiöiden tulkitsemista ja ymmärtämistä analysoimalla niiden merkityksiä niihin osallistuville ihmisille ja heidän kulttuurilleen. Tutkimuksen kohteena on siis yksilön subjektiiviset merkityssisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 37.) Hermeneutiikan ongelma kulminoituu tulkinnan ja ymmärtämisen ympärille. Ihmiselle eli tutkijalle on luontaista, että hän pyrkii ymmärtämään maailmaa ja ilmiöitä oman kokemuksen kautta. Jotta tutkimuksen tavoite, eli toisen kokemuksen todellinen kuvaaminen olisi edes jollain tasolla mahdollista, on pyrittävä erottamaan omat kokemukset tutkittavan kokemuksista. (Varto 1992, 58.)

Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusperinteen yhtenä erityispiirteenä voidaan pitää sitä, että siinä ihminen on sekä tutkimuksen kohteena että tutkijana. Tällä tarkoitetaan sitä, että koska laadullisen tutkimuksen kohteena on elämismaailma, todellisuus, tutkija on aina joillain tavoin osa näitä merkityksiä. (esim. Tuomi & Sarajärvi 2018, 39–40; Varto 1992, 26.) Tämä on oleellinen huomio kaikessa sosiologisessa tutkimuksessa, mutta erityisesti kokemusta koskevassa tutkimuksessa. Tutkija ei koskaan pääse täysin ulkopuolelle tutkimuksensa kohteesta. Laadullinen tutkimus ei kuitenkaan pyri täysin objektiiviseen kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä, vaan tutkittavien näkökulman esiin nostamiseen mahdollisimman todenmukaisesti.

Kokemuksia tutkittaessa on myös otettava huomioon, että toisen ihmisen kokemuksen tavoittaminen on erityisen haastavaa. Voidaan kuitenkin puhua myös yhteisöllisestä kokemuksesta, esimerkiksi työyhteisön ilmapiiristä. Kaiken kaikkiaan kokemuksen empiirinen tutkiminen on moniulotteista ja sitä voidaan lähestyä monesta eri suunnasta ja kokemusten tutkiminen on yhteiskunnallisesti ja työelämän kannalta hyödyllistä.

Tällä tutkimuksella on vahva yhteiskunnallinen merkitys. Kuten teoriaosiossa on osoitettu, mielenterveyden häiriöt ovat suuri yhteiskunnallinen ongelma. Yksilöllisen kärsimyksen lisäksi taloudelliset menetykset ovat mittavat. Jotta voimme kehittää mielenterveyttä tukevia mekanismeja työpaikoilla ja valtiollisella tasolla, meidän on ymmärrettävä, mistä ongelmat kumpuavat ja millaisissa tilanteissa ne aiheuttavat eniten haittaa. Työntekijöiden oma kokemus masennuskuntoutuksen toivuudesta ja leimaavuudesta työpaikoilla onkin siksi äärettömän tärkeä ymmärtää, jotta voimme kehittää mahdollisimman kuntoutujaystävällisiä ja tehokkaita palveluita.

Aikaisempien tutkimusten ja teorioiden tarkastelu on osoittanut, että mielenterveyshäiriöihin liittyy edelleen erilaisia toiseuden kokemuksia, leimautumista, stigmaa ja häpeää. Mielenterveyshäiriöitä sairastaviin suhtaudutaan yhteiskunnassa edelleen eri tavalla, vaikka mystisyys on hälvennyt tiedon ja ymmärryksen lisääntyessä (esim. Aromaa ym. 2011; Barney ym. 2006; Lasalvia ym. 2012).

Vaikka joidenkin kyselytutkimusten mukaan suomalaisten suhtautuminen mielenterveyden häiriöistä kärsiviin on muuttunut viime vuosina positiivisempaan suuntaan, itse sairaat kokevat edelleen enenevässä määrin toiseutta ja hylkimistä (esim. Vastamäki & Kapanen, 2017). Siihen, mistä tämä ristiriita johtuu, en ota tässä tutkimuksessa kantaa. Tämä perusteella on kuitenkin äärimmäisen tärkeää tuoda esille mielenterveyskuntoutujien ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien oma ääni kuuluviin erilaisissa tutkimuksissa ja kyselyissä. Kelan järjestämä Aikuisten avomuotoinen mielenterveyskuntoutus on hyvä esimerkki mielenterveyden ja työkyvyn tukemisesta. Jotta voimme kehittää

tämän kaltaisia palveluja jatkossa, itse kuntoutujien omat näkemykset ja kokemukset ovat kullannarvoisia.

4.2 Tutkimuksen aineisto osana AMI-projektia

Tutkimukseni aineistona toimi Kansaneläkelaitoksen vuosina 2010–2014 toteuttaman Aikuisten avomuotoisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanke AMI:n kuntoutujien fokusryhmähaastatteluiden litteroitu aineisto. Hanke oli suunnattu työelämässä oleville aikuisille, joilla oli masennuksen vuoksi vaikeuksia selviytyä töistä.

AMI-kuntoutukseen osallistuneilta kuntoutujilta kerättiin kokemuksia kuntoutukseen osallistumisesta kurssin päätösvaiheessa. AMI-hankkeeseen liittyen arviointitutkimuksen toteutus on jaettu kahteen osaan. Ensimmäisessä Kelan tutkimusosaston toteuttamassa osatutkimuksessa arvioitiin mielenterveyskuntoutuksen tuloksellisuutta ja vaikutuksia kuntoutujan masennusoireiluun, yleiseen elämänhallintaan sekä työ- ja toimintakykyyn. Ryhmäpainoitteinen kuntoutusvaihe kesti noin puoli vuotta ja sitä seurasi noin puolen vuoden seuranta. (Tuulio-Henriksson 2015, 21–22)

Terveiden ja hyvinvointilaitoksen (THL) toteuttamassa toisessa osatutkimuksessa arvioitiin kuntoutusmallin rakenteellista toimivuutta, kuntoutuksessa tehtyä yhteistyötä sekä kuntoutusmallin sopevuutta Kelan vakiintuneeksi toiminnaksi. Tämä osatutkimus toteutettiin fokusryhmähaastatteluiden avulla. Jokaiselta kuudelta palveluntuottajalta haastateltiin yksi kuntoutusryhmä vuosina 2012–2013. Haastattelut toteutettiin kurssin päätösvaiheessa viimeisellä tapaamiskerralla ja kuntoutujille oli lähetetty palveluntuottajien kautta kutsu haastatteluun. (Tuulio-Henriksson 2015, 22.) Fokusryhmähaastatteluissa käytettiin etukäteen teemoittain jaoteltua kysymysrunkoa, mutta tutkijat toimivat ryhmäkeskustelussa lähinnä ohjaajan roolissa ja kannustivat ja rohkaisivat haastateltavia osallistumaan keskusteluun. Kysymysrunгон teemat olivat seuraavat:

- kokemukset kuntoutusajalta (kuntoutukseen ohjautuminen, kuntoutuksen rakenne, sisältö ja teemat sekä verkostotapaamiset)
- kuntoutuksen hyödyt ja vaikutukset omaan elämään ja arkeen
- kuntoutuksen kehittäminen (risut, ruusut, haasteet, kehittämissuhteet)

Kuntoutujien fokusryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 6 ryhmää eli 38 kuntoutujaa. Heistä 34 oli naisia ja miehiä 4. Haastattelutilanteissa kuntoutujia oli kulloinkin 4–8. Haastattelut kestivät 53

minuutista 1 tuntiin 20 minuuttiin. Haastateltavien tausta oli pääosin sosiaali- ja terveysalalla, it-alalla sekä kaupallisella alalla. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Jo haastatteluvaiheessa haastateltavilta pyydettiin lupa haastatteluiden nauhoittamiseen ja tallenteiden litterointivaiheessa tekstistä poistettiin haastateltaviin liittyvät tunnisteet, kuten nimet ja paikkakunnat. Kuntoutujat myös allekirjoittivat prosessiarviointia koskevan arviointitutkimuksen suostumuslomakkeen, jossa selvitetään tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja tulosten raportointitapa. Tutkimuksella oli Kelan tutkimuseettisen neuvottelukunnan puoltava lausunto. (Tuulio-Henriksson 2015, 50–52.)

Tutkielman aineistona toimivat siis valmiiksi litteroidut teemahaastattelut. Yhdeltä ryhmältä oli saatavilla ainoastaan muistinvarainen tiivistelmä haastattelusta ja jätin kyseisen ryhmän pois lopullisesta analyysistä. Näin lopulliseen tutkielman analyysiin sisältyi yhteensä 5 fokushaastatteluryhmää eli yhteensä 32 kuntoutujaa. Litteroituja sivuja aineistoon kerääntyi yhteensä 102 (+ 5 sivua muistinvaraista tiivistelmää, jota ei otettu mukaan lopulliseen analyysiin).

Tämän tutkielman kannalta oleelliset kysymykset koskevat kuntoutuksen hyötyä ja vaikutuksia omaan elämään ja arkeen. Tämän tutkimuksen tarkoitus on tuoda esille Kelan mielenterveyskuntoutukseen osallistuneiden kokemuksia leimaantumisen työpaikoilla. Tavoite on tuoda heidän äänensä kuuluviin AMI-kuntoutuksen onnistumista tarkastellessa.

4.3 Analyysimenetelmänä teoriaohjaava sisällönanalyysi

Tutkielman tutkimuskysymyksiin vastataan teemoittelun ja teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on aina todellisen elämän kuvaaminen, tutkittavien näkökulmaa tavoitellen. Tämän näkemyksen mukaan todellisuus on dynaaminen, subjektiivinen, muuttuva ja altis vuorovaikutukselle. Laadullisessa tutkimuksessa tätä monimuotoisuutta pyritään tarkastelemaan mahdollisimman holistisesti. (Hirsjärvi ym. 1997, 161.) Tutkimuksessa tarkasteltavana oleva ilmiö ja tutkimuskysymykset kytkeytyvät jo olemassa olevaan ja aikaisemmin esitettyyn teoreettiseen viitekehukseen. Tämä teoreettinen viitekehys luo lähtökohtia sille todellisuudelle jota tutkielman empiirinen aineisto joko selittää tai kyseenalaistaa. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä toimivat diagnostinen kulttuuri, mielenterveys ja masennus kulttuurisidonnaisena käsitteenä, sekä masennuksen leimaavuus. Haastatteluaineistoa tulkittiin näiden teoriakokonaisuuksien esiyymmärrykseen nojaten ja löytää siitä tutkimuskysymyksiini vastaavia teemoja laadullisten tutkimusmenetelmien avulla.

Tutkimuksen aineisto muodostui olemassa olevista teksteistä ja sen tavoitteena oli näiden tekstien tulkinta, joten laadullinen tutkimusmenetelmä on perusteltua. Laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin on mahdollista lisätä ymmärrystä masennuskuntoutuksen ja työelämän yhdistämisestä ja leimautumisen kokemuksista työelämässä.

Aineiston analyysi rakentui tutkimuskysymysten ympärille ja kolmivaiheisen sisällönanalyysin avulla tuotettiin käsiteellinen tulkinta ja näkemys tutkittavana olevasta ilmiöstä eli masennuskuntoutuksen mahdollisesta leimaavuudesta työyhteisössä aikaisemmin esitetyn teoreettisen viitekehyyksen sisällä. Näin ollen aineiston tarkastelu tapahtui sen omilla ehdoilla, mutta luokittelu toteutettiin olemassa olevan teorian valossa. Sisällönanalyysia voidaan pitää laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä. Se voidaan nähdä joko yksittäisenä metodina tai väljempänä teoreettisena kehyksenä tutkimukselle. Sisällön analyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–107.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi toimii yksittäisenä metodina ja fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote kuvaa laajempaa tutkimusperinnettä, johon tutkimus paikantuu.

Sisällönanalyysiä kuvaavia aineistomenettelytapoja voidaan katsoa olevan kaikkiaan kolme. Karkeasti jaottelu tehdään teorialähtöisen ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin välille, mutta kolmas; *teoriaohjaava sisällönanalyysi* pyrkii yhdistämään kahta edellistä. Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi pyrkii testaamaan tai vahvistamaan jo olemassa olevaa teoriaa empiirisen aineiston avulla. Tässä analyysiä ohjaa jokin valmis teema ja se pohjautuu aikaisempaan teoriaan. Jos tutkittavasta ilmiöstä ei juurikaan ole olemassa aikaisempaa teoreettista tietoa, käytetään usein aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus ja aineistosta etsitään tutkimuskysymysten kannalta oleellimmat ilmaukset ja ne pelkistetään. Teoriaohjaava eli abduktiivinen sisällönanalyysi on taas tavallaan näiden kahden menettelytavan välimuoto, jossa analyysissä lähdetään liikkeelle aineiston ehdoilla, mutta lopulta aineiston ilmaisut liitetään osaksi olemassa olevaa teoreettista viitekehystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–119.) Teoriasta haetaan siis tukea ja vahvistusta aineistosta tehdyille havainnoille, mutta ei suoraan testata jo olemassa olevaa teoriaa vaan ennemminkin pyritään löytämään uusia ajatusuria jo olemassa oleville kyseisestä aiheesta.

Tässä tutkimuksessa analyysi toteutui teoriaohjaavan analyysin avulla. Teoriaohjaava analyysi etenee lähtökohtaisesti kuten aineistolähtöinen analyysi eli aineiston ehdoilla. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettiset käsitteet nousevat suoraan aineistosta, kun teoriaohjaavassa analyysissä taas ne tuodaan valmiina, ilmiöstä ”jo tiedettynä”, mutta aineiston ehdoilla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133.)

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen: 1) aineiston *reduointi* eli *pelkistäminen* 2) aineiston *klusterointi* eli *ryhmittely* tai *luokittelu* ja 3) aineiston *abstrahointi* eli *teoreettisten käsitteiden luominen*. Tämän kolmivaiheisen aineiston läpikäymisen avulla aineistosta muodostetaan lopulta yhtenäinen ja hallittu kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.) Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt karkeasti noudattelemaan tätä kolmivaiheista prosessia aineiston analyysissä. Sisällönanalyysi on toteutettu mallin mukaisesti vaiheittain tutkittavan ilmiön ja tutkimuskysymysten puitteissa.

Pelkistämässä eli redusoinnissa aineisto pelkistetään, jotta tutkimukselle epäolennainen aines jää pois. Se voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista useisiin osiin. Tässä kohtaa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 10; 2018, 114.) Tässä tutkimuksessa pelkistäminen tapahtui etsimällä aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavia kuvailuja, jotka alleviivasin erivärisillä kynillä. Muut osiot jätin huomioimatta. Tämä vaati aineiston huolellista läpikäyntiä, sillä kaikki kyseiseen tutkimuskysymykseen viittaavat puheet oli löydettävä ja nostettava esiin. Olin analyysin tässä vaiheessa lukenut aineiston jo neljästi. Ensimmäisellä kerralla vain silmäillen ja aineistoon tutustuen. Toisella kerralla aloitin klusteroinnin alleviivaamalla tutkimuskysymyksiä koskevia puheenvuoroja. Pyrin huomioimaan kaikki tutkimuskysymyksiin viittaavat puheenvuorot ja alleviivasin ne värikoodeittain.

Ensin alleviivasin kokonaiset lauseet ja tekstipätkät, jotka käsitelivät kyseistä tutkimustehtävää. Tämän jälkeen kirjasin kyseisen tekstipätkän keskeisimmän sisällön muutamalla sanalla marginaaliin. Esimerkiksi työpäivien ja kuntoutuksen yhdistämistä koskevan puheen kohdalla syntyi ilmauksia ”pitkät päivät” tai ”hankala irrottautua töistä”. Näin alkuperäisilmaisujen pelkistetyt ilmaisut nousivat tekstistä selkeästi esiin ja tämä helpotti analyysin seuraavaa osiota eli luokittelua.

Aineiston klusterointi eli ryhmittely tai luokittelu tässä tutkimuksessa tapahtui etsimällä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Klusteroinnissa samaa asiaa ilmaisevat käsitteet ryhmitellään ja yhdiste-

tään luokiksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Luokittelu on olennainen osa analyysia ja se luo pohjan tai kehyksen aineiston myöhemmälle tulkinnalle. Luokat voidaankin ymmärtää käsitteellisiksi työkaluiksi, joiden avulla voidaan kehittää teoriaa. Niiden avulla voidaan myös nimetä abstraktilla tasolla suuresta aineistosta keskeiset ja tärkeät piirteet. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 147.) Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön piirre, käsitys tai ominaisuus. Luokittelun myötä aineisto tiivistyy ja klusteroinnin avulla luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle ja alustavalle kuvaukselle tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Tässä tutkimuksessa aineiston luokittelu jakautui kahteen osioon tutkimuskysymysten perusteella. Työelämän ja kuntoutuksen yhdistämistä koskevassa kysymyksessä lähdin liikkeelle pelkistettyjen ilmauksien jakamisesta ensin negatiivisiin ja positiivisiin ilmauksiin. Tämä jako oli melko luonnollinen, sillä tutkimuskysymyksen mukaisesti tehtävänä on löytää haasteita ja vahvuuksia työelämän ja kuntoutuksen yhdistämisestä. Kaikissa ryhmissä nousi esiin sekä negatiivista että positiivista puhetta kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisestä. Kaikissa ryhmissä ei kuitenkaan noussut esille selkeää kallistumista kumpaankaan suuntaan, kun tarkastelin kommenttien määrällistä jakautumista negatiivisiin ja positiivisiin arvioihin.

Ensin keräsin kaikki negatiivissävytteiset kommentit yhteen kaikista ryhmistä omaksi tiedostokseen. Seuraavaksi tein saman positiivissävytteisille kommentteille. Tässä kohtaa pystyin myös alustavasti hahmottamaan näiden välistä tasapainoa ja määrällistä eroavaisuutta. Luokitteluvaiheessa työn ja kuntoutuksen samanaikaisuudesta vaikutti aiheutuvan enemmän positiivisia seuraamuksia kuin haittoja. En kuitenkaan lähtenyt analysoimaan määrällisiä eroja tämän yksityiskohtaisemmin.

Leimautumista koskevan kysymyksen osalta luokittelu tapahtui aluksi etsimällä eroavaisuuksia puheessa, jossa haastateltavat kertoivat tavoista puhua kuntoutuksesta työpaikoilla. Pelkistetyistä ilmauksista etsin eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä sen perusteella, miten haastateltavat olivat kertoneet kuntoutuksesta työpaikalla, jos olivat ollenkaan. Erotin ensin omaksi luokakseen kertomatta jättäneet ja asiasta kertoneet. Sen jälkeen hain eroavaisuuksia näiden kahden alaluokan sisällä ja nimesin luokat niiden ominaisuuksien perusteella. Näin syntyi kolme luokkaa 1) *avoin puhetapa* 2) *puoliavoim puhetapa* ja 3) *välttelevä puhetapa*. Nämä luokat kuvaavat haastateltavien tapaa puhua kuntoutuksesta työyhteisölleen.

Ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Teoreettisten käsitteiden muodostus alkaa tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottelulla. Klusteroinnin voidaan katsoa olevan jo osa abstrahointiprosessia. Aineiston alkuperäisistä kielellisistä ilmauksista edetään uusiin teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Aineiston yhdistelyn vaiheessa pyritään löytämään luokkien esiintymisen välille joitakin säännönmukaisuuksia, samankaltaisuuksia tai poikkeavia tapauksia. Nämä luokat voidaan nimetä joko luomalla itse uusia ilmiötä kuvaavia teoreettisia käsitteitä tai käyttämällä jo olemassa olevia. Tutkijan oma ajattelutyö ja ymmärrys on tässä kohtaa tärkeää. Löydetty yhteydet pitäisi pystyä ymmärtämään empiirisen ilmiön lisäksi myös teoreettisesta näkökulmasta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 150.)

Analyysissäni abstrahointi sulautui vahvasti osaksi luokittelua. Tutkimuskysymysten kannalta oleelliset teemat luokiteltiin ensin niiden ominaisuuksien perusteella. Nimeämisen jälkeen avaan luokkien merkityksiä tarkemmin ja perustelen nimeämiset tällä tavoin. Esimerkiksi työyhteisön roolia koskevassa tutkimuskysymyksessä teoreettisena taustana on työpaikan sosiaalisen pääoman merkitys masennuksen leimaavuudelle, toisin sanoen työyhteisösuhteiden laadun merkitys masennukselle. Tutkimukset osoittavat, että huono työilmapiiri, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja heikko sosiaalinen pääoma työpaikalla lisäävät masennuksen riskiä ja samalla leimautumisen riskiä. Tätä teoriataustaa vasten hahmotin aineistosta nousevat kolme erilaista työyhteisön tapaa toimia ja vaikuttaa leimautuvuuteen; 1) *Työyhteisö leimautumista vastaan* 2) *Työyhteisö hiljaisena hyväksyjänä* 3) *Työyhteisö leimautumista synnyttävänä tekijänä*.

Sisällönanalyysi perustuu tutkijan omaan tulkintaan ja päättelyyn. Analyysi etenee empiirisestä aineistosta kohti ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja tulkintaa. Abstrahoinnin voidaan katsoa olevan prosessi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteestaan. Uutta teoriaa muodostettaessa käsitteitä ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon. Empiirinen aineisto liitetään näin osaksi teoreettisia käsitteitä. Johtopäätöksiä tehdessä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat itse tutkittaville merkitsevät eli hän pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmasta käsin analyysin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.)

4.4 Aineiston sekä menetelmien luotettavuus ja rajallisuus

Yksi keskeisimmistä tieteellisen menetelmän vaatimuksista on sen luotettavuuden arviointi. Tätä on hyvä tarkastella tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tutkijan on aina oleellista tiedostaa oma objektiivisuutensa. Tutkijan tulee tarkastella, suodattuuko tutkimuksen toteutus ja tulkinta tutkijan omien kehysten läpi. Puolueettomuuden tarkasteleminen on osa luotettavuuden arviointia tutkimusta tehdessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Laadullinen tutkimus ei kuitenkaan pyri täysin objektiiviseen kuvaukseen, vaan mahdollisimman aitoon ja todenmukaiseen ilmaisuun tutkittavasta ilmiöstä. Olen analyysissäni ottanut huomioon oman asemani tutkijana ja osana tutkittavana olevaa ilmiötä.

Teemahaastattelun luotettavuuden arvioinnin yhtenä piirteenä on se, miten hyvin tutkija pystyy muodostamaan teoreettista viitekehystä vastaavia muuttujia ja kuinka hyvin tutkittavien maailman kuva pystytään niiden avulla tavoittamaan. Siksi näiden muuttujien tulisi vastata mahdollisimman hyvin todellisuutta. (Hirsjärvi & Hurme 1980, 142–144.)

Tutkimuksen objektiivisuuden vaatimuksen vuoksi tutkija usein pyrkii ”häivyttämään” itsensä aineistosta ja pyrkii päästämään lukijan suoraan kosketukseen aineiston kanssa, ilman välikäsiä. Ihan-teellinen tavoite on siis ”puhdas deskriptio” tai puhdas kuvaus, jossa ”aineisto puhuu puolestaan” ja tulokset nousevat haastateltavan aidosta ja objektiivisesti tarkastellusta puheesta. Tämä on kuitenkin käytännössä mahdotonta, sillä tutkija on tehnyt omia valintojaan jo tutkimusta suunnitellessa. Muun muassa tutkijan omat asenteet ja ennako-odotukset vaikuttavat valittuun näkökulmaan ja esille nostettaviin asioihin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 145–146.) Erityisesti leimaavuuden yleisyys oli vahva ennako-oletus, joka minun oli tutkimusta tehdessäni tietoisesti häivyttävä. Koska nykyään puhutaan paljon masennuksen ja mielenterveysongelmien leimaavuudesta ja eriarvoistavasta stig-masta, oletukseni oli, että aineistosta nousee esille leimaavuutta korostavia tekijöitä. Jotta pystyin lukemaan aineistoa analyttisesti ja mahdollisimman objektiivisesti, tämä ennako-oletus oli hylät-tävä ja tietoisesti neutralisoitava.

Kun pelkästään omien ennako-oletuksien ja asenteiden häivyttäminen tai edes tunnistaminen ana-lyysivaiheessa on haastavaa, toisen tutkijan mielenliikkeitä ei voi edes arvailla. Siksi toisen henki-lön litteroima aineistoa ei voi pitää täysin objektiivisena tai puhtaana kuvauksena henkilöiden pu-heesta, vaan sen sisältämät oletukset ja puutteet on tunnustettava. Aineiston litterointivaiheen voi-

daan katsoa jo osaksi analyysia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141–142.) Puolueettomuutta on kuitenkin tässä tutkielmassa noudatettu siten, että analyysi rakentui aineiston ehdoilla haastateltavien puheeseen pohjautuen. On otettava huomioon, että en tunne haastatteluiden toteuttajia, enkä tiedä, ovatko haastattelijat itse litteroineet aineistonsa. Tässä aineistossa myös kaikki nonverbaalinen kommunikointi jää analyysin ulkopuolelle, sillä sitä ei ole litteroidussa aineistossa tuotu esille millään tavoin.

Analyysia osittain hankaloitti litteroidun aineiston paikoitellen epäselvät merkinnät. Kaikkien ryhmien kohdalla ei ole pystynyt tulkitsemaan, kuka haastateltavista oli puheenvuorossa eli esimerkiksi oliko puhuja mies vai nainen. Olen ottanut tämän puutteen huomioon analyysissani. En ole tehnyt olettamuksia puhujan sukupuolesta tai asemasta, jos sitä ei selkeästi ole tuotu esille. Olen muutenkin analyysissä pyrkinyt aktiivisesti tuomaan esille yleistä, en yksittäisten haastateltavien näkökulmaa. Olen lähtenyt yksittäisen haastateltavan puheesta ja pyrkinyt tekemään niistä yleistyksiä koskien useampaa ryhmää. Siksi yksittäisen kuntoutujan sukupuoli tai ammatti ei vaikuta analyysin luotettavuuteen.

Teknisten ongelmien vuoksi erään ryhmän haastattelu ei tallentunut nauhalle ollenkaan. Tämän vuoksi sain yhdeltä ryhmältä vain muistinvaraisen tiivistelmän haastattelusta. Tämä oli melkoinen pettymys erityisesti aineiston niukkuuden vuoksi, mutta myös koska tiivistelmän mukaan tutkimukseni kannalta kiinnostavaa keskustelua oli kyseisessä ryhmässä käyty melko vilkkaasti. En käytä kyseisen ryhmän haastattelua, mutta tulen viittaamaan siihen yleisellä tasolla. Lopullinen aineiston analyysi koskee siis ainoastaan viiden ryhmän haastatteluja.

Aikaisempien tutkimustulosten kunnioittaminen ja huomioon ottaminen tutkimusta tehdessä kuuluu myös hyvään tieteelliseen käytäntöön. Puutteellinen viittaaminen aikaisempiin teorioihin tai tutkimustuloksiin saattaa johtaa harhaanjohtavaan raportointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.) Tämän tutkimuksen kannalta aikaisemmat teoriat ja tutkimukset ovat isossa roolissa ja niihin on viitattu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Olen käyttänyt teorialähtöistä lähestymistapaa aineiston analyysissä ja siksi ilmiöön kytkeytyvät aikaisemmat tutkimukset on otettu laajasti huomioon.

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan ennemminkin antamaan teoreettisesti mielekäs kuvaus ja tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Jotta tämä olisi mahdollista, tutkielman aineiston on oltava riittävän monimuotoinen. On siis hyvä arvioida kuinka

monimuotoista otosta haastateltavat edustavat. Laadullisen tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden valinnassa on oleellista, että he tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja haastateltavien valinta on siksi tässä suhteessa harkittua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.) Tässä tutkielmassa aineisto koostuu Kelan ryhmäpainotteiseen mielenterveyskuntoutukseen osallistuneista työsäkävistä naisista ja miehistä. Naiset olivat aineistossa yliedustettuina, mutta tässä tutkielmassa ei tarkastella sukupuolten välisiä eroja leimautumiskokemusten suhteen vaan niitä pohditaan yleisellä tasolla. Näin ollen voidaan katsoa, että valittu kohderyhmä on tähän laadulliseen tutkimukseen so-
piva.

5 KUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSET KUNTOUTUKSEN JA TYÖELÄMÄN YHDISTÄMISESTÄ JA KUNTOUTUKSEN LEIMA-AVUUDESTA

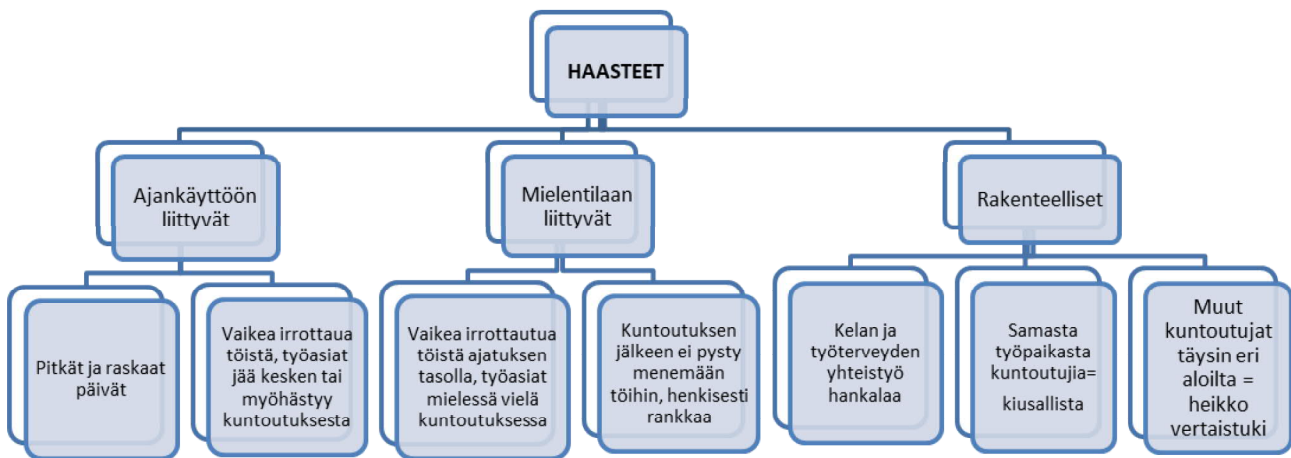
5.1 Työn ja kuntoutuksen yhteensovittaminen: haasteita ja vahvuuksia

Kuten aikaisemmin mainittu, AMI-kuntoutus on Suomen mittakaavassa ainutlaatuinen, sillä se on ensimmäinen työkykyä tukeva kuntoutusohjelma, joka on toteutettu, kun kuntoutujat ovat aktiivisesti työelämässä. Tämä antaa otollisen mahdollisuuden tarkastella ja kehittää työkykyä tukevia mekanismeja työpaikoilla. Masentunut ihminen voi olla pitkäänkin työkykyinen, vaikka ei voi hyvin. Voidaankin ajatella, että kun ihminen joutuu sairauslomalle, sammutetaan jo syttynyttä tulipaloa, toisin sanoen on jo liian myöhäistä. Masennuksen aikainen havaitseminen ja työkykyä tukevat ja ylläpitävät toimet ovat sekä työntekijän, työnantajan että koko yhteiskunnan näkökulmasta arvokkaita kehittämisen kohteita.

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni on: **Millaisia haasteita ja vahvuuksia kuntoutujat kokivat työelämän ja kuntoutuksen yhdistämisessä?** Olen kiinnostunut nimenomaan niistä hyödyistä ja haasteista, joista kuntoutujat raportoivat johtuvan kuntoutuksen ja työssäkäynnin samanaikaisuudesta. Tarkastelen siis ensin niitä tilanteita, joissa korostuva kuntoutuksen ja työelämän yhdenaikaisuus. Onko työpäivien ja kuntoutuksen yhteensovittaminen ollut hankalaa ja mitkä asiat siihen ovat vaikuttaneet? Onko kuntoutus vaatinut haastateltavilta erityistä joustoa? Entä onko työyhteisö joutunut joustamaan kuntoutuksen vuoksi? Millaisia työhön liittyviä vahvuuksia (uusia toimintatapoja, ajatusmalleja, käytännön vinkkejä) kuntoutuksesta on mahdollisesti pystytty siirtämään työelämään? Aineistosta ilmeni, että työpaikan järjestelyillä, samoin kuin kuntoutujien ja työnantajien suhtautumisella on vaikutusta kuntoutujan kokemuksiin.

Kuntoutujat kokivat kuntoutuksen ja työelämän yhteensovittamisen sekä haasteelliseksi että hyödylliseksi. Lähes jokaisessa ryhmässä nousi esiin sekä haasteita että kuntoutusta ja työelämää tukevia elementtejä. Lähdin aluksi erittelemään haasteita ja vahvuuksia aihealueittain. En erotellut ryhmiä tässä kohtaa, vaan etsin ryhmien välisiä yhtäläisyyksiä, sillä halusin löytää erilaisia teemoja kuntoutuksen ja työelämän yhdenaikaisuuden haasteista ja hyödyistä yleisellä tasolla. Olen analyysiini liittänyt otteita haastatteluista kursivoidulla tekstillä elävöittämään ja konkretisoimaan tekstiä.

Aluksi lähdin karkeasti jaottelemaan haastateltavien havainnot haasteiksi ja vahvuuksiksi. Tämän jälkeen luokittelin haasteet ja vahvuudet erikseen niiden ominaisuuksien perusteella. Haasteiden kohdalla havaitsin kolme teemaa: **ajankäyttöön liittyvät haasteet, mielentilaan liittyvät haasteet ja kuntoutuksen rakenteelliset haasteet** (ks. kuvio 2). Kaikki ryhmät eivät raportoineet kaikista haasteista, mutta kaikki ryhmät kokivat joitain haasteita työelämän ja kuntoutuksen yhdistämisessä. Seuraavaksi avaan näitä tarkemmin.



Kuvio 2. Työelämän ja AMI-kuntoutuksen samanaikaisuudesta johtuvat haasteet teemoittain.

Ajankäyttöön liittyvät haasteet nousivat esiin yhtenä teemana. Nimensä mukaisesti tämän teeman haasteet liittyivät kuntoutujien ajankäyttöön työpäivän ja kuntoutustapaamisten yhdistämisessä. Työpäivän ja kuntoutuksen yhdistäminen tarkoitti joillekin kuntoutujille todella pitkää päivää ja tämä koettiin raskaaksi sekä fyysisesti että henkisesti. Työpaikan järjestelyistä riippuen jotkut pitivät kuntoutustapaamiset kokonaisen työpäivän päätteeksi, lyhennetyn työpäivän jälkeen tai kesken työpäivän työajalla. Työpaikan järjestelyt vaikuttivat paljon kuntoutujien kokemuksiin työajan ja kuntoutuksen yhdistämisen sujuvuudesta.

Työajan jälkeen iltaisin pidetyt kuntoutustapaamiset koettiin raskaiksi, mutta työajalla tapaamisiin irrottautuminen taas koettiin osittain haasteelliseksi. Jotkut kuntoutujat kokivat, että kokonaan erillinen kuntoutuspäivä esimerkiksi viikonloppuisin olisi voinut olla toimivampi, toiset eivät halunneet luopua vapaapäivistä vaan kokivat, että tapaamisten nitominen työpäivään aiheutti vähiten stressiä.

Pitkän työpäivän lisäksi ajomatkoihin kului usein aikaa ja tämä koettiin myös kuormittavana. Jotkut kuntoutujat raportoivat uupumusta pitkien päivien vuoksi ja kokivat kuntoutuksen raskaana juuri työpäivän päätteeksi. Kokonaisen työpäivän jälkeen joillain ryhmillä alkoi kuntoutustapaamiset klo 17 ja tapaamiset kestivät normaalisti noin kolme tuntia. Tästä voidaan päätellä, että kuntoutujien päivät venyivät todella pitkiksi ja saattoivat vaikuttaa vielä seuraavan päivän työkykyynkin, jos esimerkiksi yöunet jäivät lyhyeksi. Usein tapaamiset olivat keskellä viikkoa, joten tapaamisen jälkeen oli normaali työpäivä.

”Se palautuminen, mullakin melkein tunnin matka vielä kotiin. Siinä yhdeksän pintaan kotona, niin kuitenkin seuraavana aamuna taas täytyy skarppina lähteä.”

Kuntoutujilta, joilla oli lyhennetty työaika tai muunlainen järjestely, ilmoittivat lähes poikkeuksetta, että olisivat jättäneet kuntoutuksen väliin, jos tapaamiset olisivat olleet työpäivän päälle.

”Jos työpäivän jälkeen pitäis sitten vielä. Ja sitte vielä se, että kodin tämmöset ja elämäntilanteet muutenki. Ei ois kyllä mahdollista. Tää kurssi ois ehdottomasti jääny väliin.”

Lisäksi, että tapaamiset koettiin raskaiksi päivän pituuden vuoksi, tapaamiseen irrottautuminen työpaikoilta koettiin haasteelliseksi. Työaikana tai työpäivän jälkeen pidetyt tapaamiset kuormittivat kuntoutujia, koska työtehtävät saattoivat jäädä kesken ja kiire häiritsi. Tämä vaati työtehtävien priorisointia tai kokonaan pois jättämistä joissain tapauksissa. Näitä tilanteita haastateltavat kuvasivat epämiellyttäväiksi ja stressiä aiheuttaviksi, melko negatiiviseen sävyyn.

”Ja just sitte tää ku oli aamupäivän töissä ja iltapäiväks tuli tänne niin se kauhee, monta kertaa ylipäättään se töistä irrottautuminen. Murphys laki on se, että just ku pitää lähteä, ni tulee heti joku hoidettava asia.”

”Tuntuu, että maanantait on aika hektisiä päiviä, että mullakin kalenteri aina yleensä (täynnä), et sit tarvii tietty jättää jotain pois.”

Mielentilaan liittyvillä haasteilla kuvaan kuntoutujan henkilökohtaiseen jaksamiseen, asennoitumiseen tai suoritustasoon liittyviä haasteita, jotka ilmenevät joko työpaikalla kuntoutuksen vuoksi tai vastavuoroisesti kuntoutustapaamisissa työpaikasta johtuen. Mielentilalla en tarkoita pelkästään pirteyttä tai väsymystä, vaan yleisemmin kuntoutujan kokemusta omasta pystyvyydestä joko työpaikalla tai kuntoutuksessa. Tässä kohtaa on otettava huomioon kuntoutujien erilaiset työtaustat ja erityisesti työnantajan järjestelyjen vaikutus.

Eri teemat limittyvät haastateltavien puheessa helposti ja esimerkiksi työnantajan suhtautumisella voi olla moninaisia vaikutuksia ajankäyttöön ja mielentilaan liittyviin haasteisiin. Erityisesti töistä irrottautuminen osoittautui haasteeksi, jonka voi haastateltavan reaktioiden perusteella sijoittaa joko ajankäyttöön- tai mielentilaan liittyviin haasteisiin.

Useassa ryhmässä kuntoutajat kokivat, että suoraan työpaikalta siirtyminen kuntoutusryhmään oli henkisesti hankalaa. He kokivat, että työasiat seurasivat kuntoutukseen ja häiritsivät siksi kuntoutukseen keskittymistä. Työasiat pyörivät edelleen mielessä, vaikka olisi jo pitänyt keskittyä itseensä ja masennusta koskeviin ajatuksiin. Kuntoutustyö vaatii kuntoutujalta keskittymistä ja joskus suurienkin tunteiden läpikäyntiä ja tämä saattaa olla hankalaa, jos työasiat ovat vahvasti läsnä. Eräs haastateltava ilmaisi asian melko kuvaavasti:

” Kun tuolta hulapaloosta tulee, niin yhtäkkiä pitäis se koko ajatushomma, semmosia hyvin syvällisiä itseä kokoavaa näkökulmaa, niin se on niinku aika tempu”

Kelan tarjoama ryhmämuotoinen masennuskuntoutuksen työskentelymuotoina käytettiin asiantuntijoiden tai ohjaajien alustuksia ja alustusten teemoihin liittyviä toiminnallisia, liikunnallisia, taiteellisia tai muita itseilmaisua vahvistavaa terapeuttisia harjoituksia. Tämän lisäksi kurssilla pidettiin päiväkirjaa ja tehtiin erilaisia välitehtäviä. (Tuulio-Henriksson ym. 2015, 19.) Myös kurssin ryhmämuotoisuus toimi osaltaan terapeuttisena elementtinä vuorovaikutustaitojen harjoittelun ja vertaistuen muodossa. Tämä kaikki vaatii kuntoutujalta aitoa keskittymistä aiheeseen ja henkisiä voimavaroja käsitellä itselle kipeitä tai kuormittavia asioita. Siksi onkin selvää, että työasioiden painaminen mielessä saattaa merkittävästi haitata kuntoutujan edistymistä.

Vastavuoroisesti kipeiden asioiden käsittely kuntoutustapaamisessa tai kuntoutuksesta aiheutunut stressi tai huoli osoittautui joillekin kuntoutujille niin raskaaksi, että työnteko häiriintyi. Kuntoutukseen meneminen saatettiin kokea stressaavana erilaisten syiden vuoksi. Leimautumisen pelko voidaan katsoa yhdeksi syyksi kuntoutuksen kuormittavuudelle. Kuntoutuksessa käymisestä ei välttämättä kerrottu työpaikalla avoimesti ja tämä aiheutti erityisjärjestelyjä, jotka mahdollisesti kuormittivat kuntoutujia. Kuntoutuksessa käsiteltävät asiat saattoivat tuntua raskailta ja viedä voimat. Jotkut kuntoutujista kertoivat, että eivät yksinkertaisesti jaksaneet seuraavana päivänä mennä töihin tai ainakin kokivat sen hyvin raskaana.

”Ja sitte mulle ainaki kävi välillä mä en jaksanut mennä seuraavana päivänä töihin, et mä vaan soitin. Soitin et nyt mä oon niin loppu, et mä en pysty tulemaan.”

On ymmärrettävää, että joskus vuosienkin ajan vaivannut masennus ja sen kuntoutus vaativat kuntoutujalta valtavia henkisiä (ja fyysisiä) voimavaroja. Useammassa ryhmässä masennuksen syyt paikannettiin työpaikalle ja onkin luonnollista, että tulehtunut työilmapiiri tai muut ongelmat työpaikalla haittaavat töihin paluuta kuntoutuksen jälkeen. Koska monet mainitsivat työuupumuksen ja hankalat työolot masennuksen alkulähteenä, voidaan olettaa, että masennuskuntoutuksesta kertomiseen liittyy erityisiä haasteita juuri työpaikoilla.

Kolmas teema kuntoutuksen ja työelämän yhdistämiseen liittyvistä haasteista liittyy itse **kuntoutuksen tai työpaikan rakenteellisiin ongelmiin tai yhteistyön haasteisiin**. Tämä teema kattaa esimerkiksi työterveydenhuollon ja kuntoutustahon väliset ongelmat ja kuntoutuksen järjestämiseen ja itse kuntoutusryhmään liittyvät haasteet.

Yhtenä kuntoutujia kuormittavana tekijänä ilmeni eri tahojen yhteistyön tahmeus, jossa ”kaikilla oli asiasta eri näkemys, eri säännöt ja eri päivät”. Jotkut kuntoutujat kertoivat työterveyden olleen melko tietämätön AMI-kuntoutuksesta ja toisinaan tämä aiheutti ylimääräistä työtä kuntoutujalle esimerkiksi erilaisten paperitöiden vuoksi.

Toinen rakenteellinen haaste liittyi kuntoutusryhmien muodostamiseen ja ryhmämuotoisuuteen. Joissain kuntoutusryhmissä kuntoutujat olivat kaikki saman työnantajan alaisuudessa tai muuten toisilleen tuttuja entuudestaan. Tämä aiheutti joidenkin kuntoutujien keskuudessa kiusaantumista. Osa kuntoutujista kertoi, että kauhistui huomattavasti, että ryhmässä oli tuttuja nimiä. Tämä saattoi johtua esimerkiksi paikkakunnan pienyydestä. Pienellä paikkakunnalla kaikki tietävät toisensa ja

mielenterveyskuntoutuksessa käyminen tuttujen ihmisten kanssa mietitytti osaa kuntoutujista. Missään ryhmässä ei kuitenkaan raportoitu, että joku olisi peruuttanut kurssin tämän haasteen vuoksi.

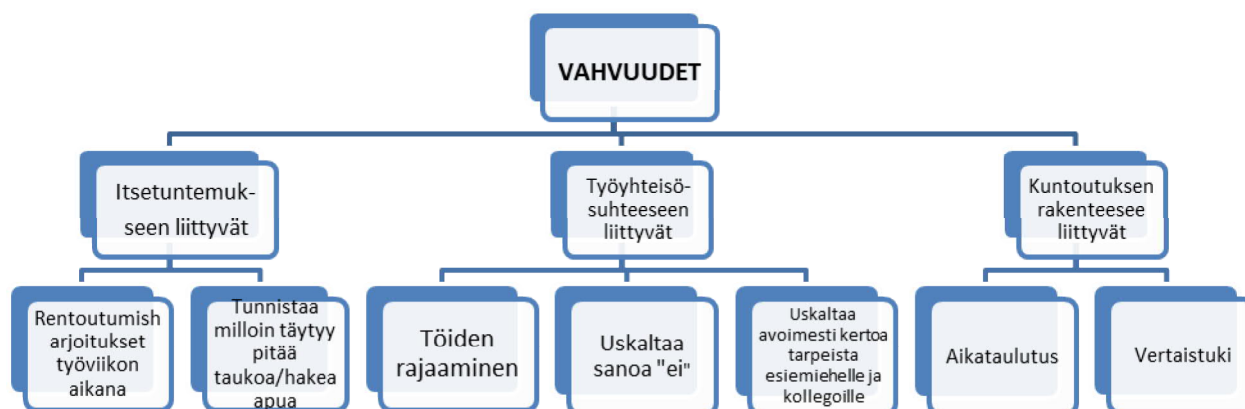
”Olihan se aluksi aika järkytys kaikille, kun tajuttiin että täällä on niin monta samasta tai saman työnantajan palveluksessa olevia. Se oli vähän kauheaa, et kuitenkin suuri osa vielä samassa talossa töissä. Et hyvänen aika siellä sit nähdään käytävillä, et mitä tapahtuu.”

Järkytys-sana kuvaa melko vahvaa reaktiota. Vahva reaktio viittaa vahvaan affektioon (esimerkiksi häpeä) ja tämä puolestaan kertoo kuntoutujan suhtautumisesta kuntoutukseen. Voidaan olettaa, että asiaan neutraalisti, avoimesti tai positiivisesti suhtautuva henkilö ei reagoisi tällä tavoin huomatesaan samassa kuntoutusryhmässä olevan tuttuja henkilöitä. Kuntoutuja puhuu myös huolesta, miten suhtautua muihin kuntoutujiin työpaikalla, kuntoutusryhmän ulkopuolella. Tästä voidaan olettaa, että kuntoutuksesta puhumista työpaikalla ei pidetä erityisen hyvänä asiana. Kuntoutujat ikään kuin ovat salaliitossa, muiden kollegoiden ulkopuolella tämän kuntoutuksen vuoksi. Kuntoutuksesta ei haluta puhua, eikä muiden kollegoiden haluta tietävän kuntoutuksessa käymisestä.

Vastavuoroisesti ilmeni, että ryhmissä, joissa kuntoutujat olivat täysin eri aloilta, vertaistuki jäi joissain tilanteissa pintapuoliseksi tai kokonaan uupumaan. Joissain ryhmissä koettiin, että henkilöt, jotka olivat täysin eri työaloilta, eivät pystyneet ymmärtämään toisiaan välttämättä kovin hyvin. Eräässä ryhmässä kaksi kuntoutujaa olivat jättäneet kuntoutuksen kesken juuri tästä ilmenneestä syystä.

Kaikki kuntoutujat tiesivät etukäteen kuntoutuksen luonteen ja olivat valmistautuneet ryhmätapaamiisiin, mutta eivät tieneet ketä muut kuntoutujat ovat. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ryhmämuotoisuus ja vertaistuki ovat tehokkaita terapiamuotoja, mutta soveltuvat vain tietynlaisten ongelmien hoitoon. Ryhmämuotoisuus ei myöskään sovi kaikille, esimerkiksi kovasta sosiaalisesta ahdistuksesta kärsivän voi ymmärrettävästi olla vaikea osallistua ryhmämuotoisiin terapioihin.

Kaikissa ryhmissä nousi esille myös kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisestä kumpuavia vahvuuksia. Kuten haasteiden, myös vahvuuksien kohdalla työpaikan järjestelyt vaikuttivat selkeästi kuntoutujien kokemuksiin kuntoutuksen toimivuudesta. Vahvuuksien kohdalla esiin nousi kolme teemaa. Näitä olivat **itsetuntemukseen, työyhteisösuhteeseen sekä kuntoutuksen rakenteeseen liittyvät vahvuudet** (ks. Kuvio 3).



Kuvio 3. Työelämän ja Ami-kuntoutuksen yhdistämisestä seuranneet vahvuudet teemoittain

Työyhteisösuhteeseen liittyvät vahvuudet nousivat yhtenä selkeimpänä ryhmänä esiin. Tällä tarkoitan kuntoutujan kokemusta omasta työyhteisösuhteestaan, sen toimivuudesta tai kuormittavuudesta. Kuvaan tällä teemalla nimenomaan kuntoutujan omaa henkilökohtaista kokemusta työpaikan ilmapiiristä, töiden jakautumisesta kollegoiden kesken tai työyhteisön kommunikoinnin sujuvuudesta. Työyhteisösuhteeseen liittyy paljon muitakin aspekteja, mutta tässä analyysissä tuon esille kuntoutuksen positiivisia vaikutuksia kuntoutujan omaan viihtyvyyteen tai pärjäämiseen työpaikalla nimenomaan työyhteisöllisestä näkökulmasta.

Osa kuntoutujista kertoo masennusoireiden puhjenneen työssä ilmenneiden ongelmien vuoksi. Tämä oli yleistä erityisesti sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien naisten keskuudessa. Sosiaali- ja terveysalan resurssipulat ja muut ongelmat ovat aika ajoin esillä runsaastikin yhteiskunnallisessa keskustelussa, joten tämä ei ole kovin yllättävä havainto. Omien vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys, kiire ja epävarmuus ovat tekijöitä, jotka lisäävät työuupumuksen ja masennuksen riskiä.

Työilmapiiristä kertoo paljon se, että moni haastateltava koki kuntoutuksen hyödyksi sen, että uskalsi sanoa työpaikalla ”ei”. Tämä ei tietenkään aina välttämättä liity kollegoiden väliseen dynamiikkaan, vaan esimerkiksi ylhäältäpäin annettuihin määräyksiin. Useat haastateltavat kertoivat, miten kuntoutuksen myötä he ovat uskaltaneet kieltäytyä esimerkiksi tietyistä annetuista työtehtävistä, kun tuntevat olevansa ylikuormittuneita. He myös kertoivat, että kuntoutus on antanut heille vahvuutta olla

ottamatta muiden työntekijöiden tehtäviä tai murheita omille niskoilleen. Sen sijaan he pyrkivät nykyisin keskittymään selkeämmin omaan jaksamiseen ja pystymiseen ja uskaltavat avoimemmin kertoa omista tuntemuksista esimerkiksi esimiehelle tai työterveyteen.

”Oppinu pitämään puoliaan, osaa sanoa ei.”

”Ainakin sitä itensä puolensa pitämistä työyhteisössä ja tosiaan tunnistaa nää omat, milloin on huonompi olo, että osaa mennä työterveyteen ja sitte esimiehellekki voi sanoo. Miltä mikin asia tuntuu. Minkä ennen saatoin nieleksiä. Että nyt niinku uskaltaa paremmin sannoo.”

Useammassa puheenvuorossa nousi esille sanat ”taistelu” tai ”kestäminen” tai vastaava kuvaus kuntoutujien puhuessa työpaikastaan. Nämä puhuvat karua kieltä haastateltavien työilmapiiristä. Ne vahvuudet, jotka nousivat haastateltavien puheessa työyhteisösuhteeseen liittyen ovat siis kuntoutujien omasta näkökulmasta positiivisia, mutta eivät välttämättä koko työyhteisön. Moni haastateltava koki lisääntyneen itsekkyyden ja omien tarpeiden tunnistamisen voimannuttavana ja työn tekoa helpottavana asiana. Tämä ei kuitenkaan välttämättä tarkoita, että työyhteisö alkaisi voida kokonaisuudessa paremmin.

”Kyl mä olen jotain voimaa saanu taistella tuolla töissä.”

”Mä vielä haluisin lisätä, että meillä työpaikka voi huonosti. Niin tuota, että tietenkkin oon sen verran saanut täältä, että pystyy olemaan siellä, vaikka siellä onki huono olla, kaikkien.”

Toisaalta omien voimavarojen ja rajojen tunnistaminen on joissain tapauksissa helpottanut kollegoiden välistä kommunikaatiota. Omien työtehtävien rajaaminen ja selkeä oman jaksamisen ilmaisu on joillain työpaikoilla herättänyt ihailua ja kunnioitusta kuntoutujien mukaan. Se, että uskaltaa tuoda esille oman pystymättömyytensä, ei välttämättä tarkoita heikkoutta, vaan tervettä itsetuntoa ja minäkäsitystä. Tämän voi tulkita helpottavan sekä kuntoutujan-, että kollegoiden työskentelyä. Pinnan ja jaksamisen venyttäminen tuli esille monessa puheenvuorossa ja se on pidemmän päälle vahingollista

mielenterveydelle. Tästä toimintatavasta luopuminen auttaa saavuttamaan molemminpuolista kunnioitusta. Kollegoiden kuntoutujaa kohtaan osoittama kunnioitus nousikin joissain tapauksissa omien rajojen asettamisesta ja niiden ilmaisusta, eikä loputtomasta joustamisesta.

”Et toiset kunnioittaa sitä, et sulla on ne (rajat) ja ihailee sitä enemmän et sä pystyt sanomaan mikä sulle on se riittävä, missä ne sun rajat menee. Et ennen ajatteli silleen, et se on vaan ihailtavaa, et ne ihailee, et mä teen niinku kaikkien muittenki hommat ja sit mä niinku sen lisäksi mä voin vielä jotain tehdä.”

Varmuus ja rohkeus puhua omista tunteistaan ja omasta jaksamisestaan työpaikalla kumpuaa oletettavasti kasvaneesta itsetuntemuksesta ja mahdollisesti lisääntyneestä itseluottamuksesta. **Itsetuntemukseen liittyvät hyödyt** olen eritellyt omaksi teemakseen, sillä koin tarpeelliseksi erottaa muut itsetuntemuksen kehittymiseen liittyvät hyödyt työyhteisösuhteisiin liittyvistä hyödyistä. Tällä tarkoitan esimerkiksi itsevarmuuden lisääntymistä, omien voimavarojen tunnistamista ja työhön suhtautumista. Kuten aikaisemmin todettu kuntoutuksesta on mitä luultavammin hyötyä yksilön itsetunnolle ja -tuntemukselle ja tämä saattaa vaikuttaa positiivisesti hänen yksityiselämäänsä. En kuitenkaan ole tässä analyysissä kiinnostunut näistä vaikutuksista, vaan haluan tuoda esille, millaisia vahvuuksia kuntoutus on tuonut haastateltaville työelämässä itsetuntemuksen suhteen.

”Varmaan just nimenomaan se rajaaminen ja se opettelu ja sen hyväksyminen, että tavallaan ei tarvi murehtia niistä kaikista muista, vaan riittää että ite pystyy yksittäisen tehtävän hoitaa.

Kuntoutuksessa käytetyt menetelmät on suunniteltu nimenomaan tukemaan kuntoutujien työssäkäyntiä ja siihen on sisällytetty harjoitteita, joita kuntoutujat voivat itse suorittaa omalla ajallaan. Yhtenä menetelmänä mainittiin rentoutusharjoitukset. Niiden hyödyt työpaikalla tulivat joissain haastatte- luissa myös esille. Kuntoutujat kertoivat tunnistavansa esimerkiksi omat voimavaransa ja erilaiset hälytysmerkit tulevasta uupumuksesta entistä herkemmin ja kykenivät näin ennaltaehkäisemään stressiä ja työuupumusta. Erilaisten rentoutusharjoitusten esimerkiksi hengitysharjoitteiden tekeminen työpäivän tai -viikon aikana auttoi kuntoutujia.

Kolmanneksi vahvuuksia koskevaksi teemaksi nousi itse **kuntoutuksen toteutukseen eli rakenteellisiin seikkoihin** liittyvät tekijät. Näitä olivat kuntoutuksen aikataulutus ja kuntoutuksen organisoin-

nin ryhmämuotoisuus. Ryhmämuotoisessa terapiassa muilla kuntoutujilla on merkittävä rooli vertaistuen muodossa. Kuten aikaisemmin esitetty, ryhmämuotoisuus saattoi osaltaan tuoda myös haasteita. Enemmistö kuntoutujista kuitenkin koki ryhmämuotoisuuden eduksi ja kertoi, miten iso vaikutus muiden kuntoutujien kokemuksilla on ollut omien ongelmien käsittelyssä. Täysin ulkopuolisen ja objektiivisen henkilön näkökulma tiettyyn asiaan on mitä luultavammin avartava kokemus ja haastaa kuntoutujan katsomaan asioita uudesta kulmasta.

Vertaistuen merkitys nousi esille monessa ryhmässä. Kaikkia kuntoutujia yhdisti se, että he olivat työelämässä. Eräässä ryhmässä tulikin esille, miten tärkeäksi koettiin, että kaikki kuntoutujat olivat työelämässä. Monet kokivat ongelmien kumpuavan työpaikalta ja siksi työ ja siellä ilmenevät ongelmat olivat merkittävässä osassa monen ryhmän kuntoutusprosessia. Kuten haasteiden kohdalla huomattiin, sama työnantaja tai tuttuus saatettiin kokea kiusaannuttavana kuntoutusryhmässä. Samoissa ryhmissä kuitenkin koettiin myös, että samanlainen tausta helpotti kuntoutujien välistä kommunikointia.

”No kyllähän se kertoo paljon, että kyllä sieltä lähtee paljon ongelmia (töistä). Et se on sillä lailla ollut, et kun tietää muut ja ymmärtää sen ensinnäkin koko alan ja tietää työnantajan minkälainen toimintatapa sillä on, et sen puoleen on hyvä, et on niin paljon samasta.”

Vastavuoroisesti täysin eri aloilta olevat kuntoutujat kokivat heterogeenisen työtaustan olleen rikkaus ja etu kuntoutuksen kannalta. Oman työpaikan tilanne saattaa vaikuttaa lohduttomalta, mutta muiden tilanteen huomaaminen ja sen havaitseminen, ettei ongelma ole pelkästään omassa alassa tai työpaikassa saattaa lohduttaa. Joidenkin haastateltavien mukaan täysin vieraiden ihmisten kanssa on helpompi puhua henkilökohtaisista ja joskus arkaluontoisistakin aiheista. Työkavereiden kesken kyseisistä aiheista puhuminen tuntui näissä ryhmissä hankalalta ajatukselta ja se saattaisi aiheuttaa ”kyräilyä”.

”Ja sitten jotenki, kun täällä jutellaan sitten aivan eri ihmisten kanssa on niinku helpompi jutella niistä asioista. Se vois mennä sellaiseksi kyräilyksi, jos siellä sen oman työporukan kanssa juttelis.”

”-tässä ryhmässä oon tullu kertoneeksi hyvin paljon sellaisia asioita, mutta oon minä siitä huolimatta rajannu, että en minä työkavereille tällaisia kerro. – Ne on ihan eri jutut, joita työpaikalla puhutaan, jos puhutaan.”

Tavallaan tässä kohtaa ei enää korosteta vertaistuen merkitystä sinänsä, vaan tulkitsen tämänkaltaisen lähestymistavan ennemminkin helpotukseksi siitä, ettei kuntoutusryhmässä ole tuttuja ja kuntoutujat siksi kokevat pystyvänsä puhumaan vapaammin, mahdollisesti ilman pelkoa leimaantumisesta. Kuntoutujat kokevat kuntoutuksen hyödyksi sen, että muut kuntoutujat ovat vieraita ja kokevat saavansa vertaistukea, koska pystyvät puhumaan vapautuneemmin.

Kuntoutuksen rakenteeseen liittyvä toinen hyöty koski kuntoutuksen ajoitusta. Vaikka työviikon yhteyteen sijoitetut kuntoutustapaamiset tuntuivat monen kuntoutujan mielestä raskailta, siitä löytyi myös hyviä puolia. Jotkut kokivat tärkeäksi, että kuntoutus sijoittua työpäivän yhteyteen tai jälkeen, sillä heillä ongelmat koskivat juuri työpaikkaa tai kumpusivat sieltä. Näin kuntoutus tuli symbolisesti osaksi työpaikkaa ja töitä ja tämä koettiin tärkeäksi.

Vaikka töistä irrottautuminen sekä henkisesti että fyysisesti tuotti joskus haasteita, se oli myös osalle välttämätöntä. Erityisesti keskellä viikkoa pidetyt kuntoutustapaamiset antoivat kuntoutujalle mahdollisuuden irrottautua töistä ja levähtää. Vaikka kuntoutus itsessään oli henkisesti rankkaa, kuntoutujat kokivat sen tauoksi töistä ja siellä vellovista ongelmista.

”Et sitten tietää, että siellä (kuntoutuksessa) sitten ainakin voi vähän puhalttaa.”

”Jos sä ajattelet että työpäivän jälkeen ei jaksa, ja sä kokoajan käsittelet niitä ja sit täällä voit käsitellä niitä et jos on ihan, päivä ollu ihan, tääl saa purkaa sen.”

Työpäivän aikana tapahtuneet asiat ja negatiiviset tunteet oli helppo purkaa heti työpäivän päätteeksi tai kesken työpäivän tapahtuneissa tapaamisissa ja tämä koettiin myös vahvuudeksi kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisessä. Työviikon lomaan aikataulutettu kuntoutus antoi jatkuvuuden tunnetta ja tämä koettiin paremmaksi ratkaisuksi kuin esimerkiksi erillinen kuntoutusviikko.

Kuntoutuksen koettuihin haasteisiin ja hyötyihin vaikuttivat monet seikat. Erityisen kiinnostavana teemana nousi esille kuntoutuksen ryhmämuotoisuus. Ryhmämuotoisuus koettiin pääosin vahvuudeksi, olihan avomuotoisuus ollut kuntoutujilla tiedossa jo ennen kuntoutukseen hakeutumista ja voidaan olettaa, että kuntoutujat kokivat sen itselle mielekkääksi. Silti ryhmämuotoisuus aiheutti myös paljon stressiä ja epävarmuutta kuntoutujissa, erityisesti kuntoutuksen alkuvaiheessa. Muiden kuntoutujien profiilit huolestuttivat, oliko ryhmässä jotain tuttuja ja miten siihen tulisi suhtautua? Jotkut kuntoutujat ilmaisivat olevansa ”järkyttyneitä”, kun huomasivat muiden kuntoutujien olevan samasta työpaikasta. Tämä kaikki viestii erityislaatuista suhtautumisesta mielenterveyskuntoutukseen. Kuntoutujia on selkeästi huolestuttanut muiden ihmisten suhtautuminen mielenterveyskuntoutuksessa käymiseen. Tämä voidaan osaltaan tulkita häpeäleiman peloksi. Seuraavassa analyysiosiossa avaan tarkemmin häpeäleiman merkitystä kuntoutujille.

5.2 Leimaako masennuskuntoutus?

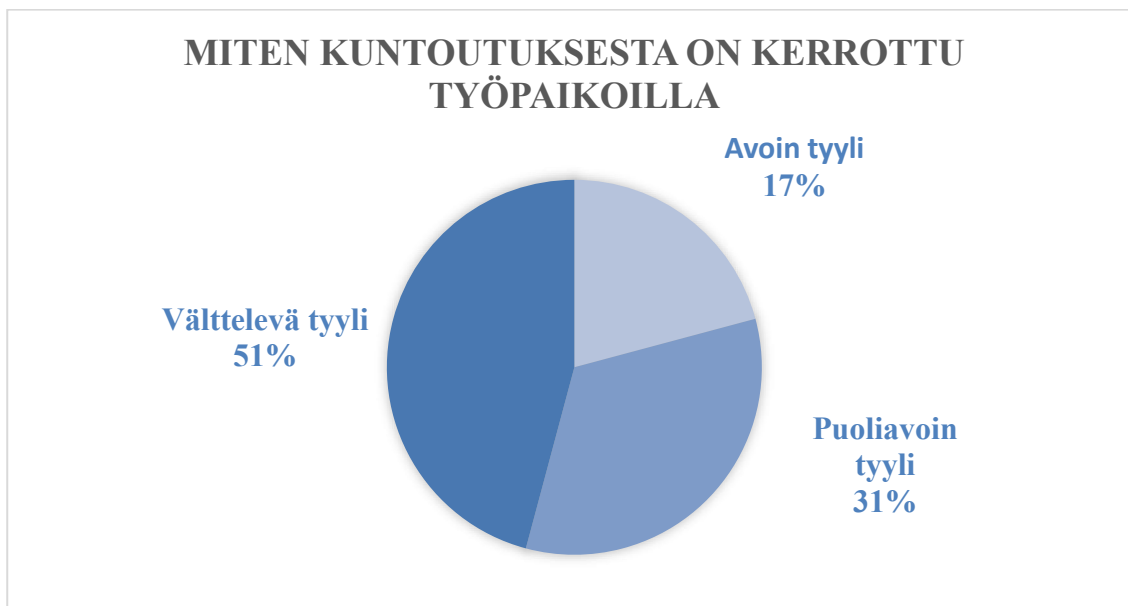
5.2.1 *Kolme tapaa kertoa kuntoutuksesta*

Seuraavaksi lähdin selvittämään, **liittyikö masennukseen tai kuntoutuksessa käymiseen leimautumisen kokemuksia haastateltavien työpaikoilla**. Tämä kysymys jakautuu vielä kolmeen lisäkysymykseen. Niistä ensimmäinen käsitteli sitä, ovatko haastateltavat kertoneet kuntoutuksessa käymisestä työyhteisölleen vai eivät. Jättämättä kertomisen voidaan katsoa epäsuorasti viittaavan leimautumisen pelkoon tai negatiivisiin asenteisiin kuntoutusta kohtaan. Toiseksi kysyin, millaisia perusteluja haastateltavat ovat antaneet kertomatta jättämiselle. Millaisia syitä haastateltavat kertovat omalle toiminnalleen, miten he selittävät omaa päätöstään? Liittyvätkö valinnat omaan itseen vai tehtiinkö valinta muiden oletetun reaktion perusteella? Voidaan myös pohtia, onko päätös ollut tiedostettu vai tiedostamaton ja mitä se viestii puhujan asenteista tai näkemyksistä työyhteisön tai vielä laajemmin yhteiskunnan asenteista. Kolmanneksi pohdin esimiehen ja työyhteisön roolia leimautumisen kokemuksissa.

Lähdin ensimmäisenä tarkastelemaan, miten haastattelijat ovat kertoneet mielenterveyskuntoutuksessa käymisestä työpaikoilla. Tämä osoittautui hyvin mielenkiintoiseksi kysymykseksi ja aiheutti

vaihtelevia reaktioita haastateltavissa. Joissain ryhmissä haastattelijat olivat kysyneet aiheesta suoraan, joidenkin ryhmien kohdalla asia nousi esiin toisenlaisten kysymysten kautta. Aineistosta nousi esille kolme tyyliä kertoa kuntoutuksesta: **1) Avoin tyyli** **2) Puoliavoin tyyli** ja **3) Välttelevä tyyli**.

Koska kyseessä oli puolistrukturoitu ryhmähaastattelu, kaikki haastateltavat eivät luonnollisesti vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Vapaamuotoisen keskustelun tavoin osa kuntoutujista vastasi vain osaan kysymyksistä ja näin ollen kaikkien haastateltavien puheessa ei otettu kantaa kuntoutuksen leimaamiseen tai työelämän ja kuntoutuksen yhdistämiseen. Haastattelussa 29 eri kuntoutujaa kertoi puhetyylistään. Kaikkien kuntoutujien suhtautumista tai toimintaa ei siis voida tämän haastatteluaineiston perusteella analysoida, mutta aineisto on riittävän laaja laadullisessa tutkimuksessa. Suurin osa kuntoutujista kuitenkin kertoi suhtautumisestaan kuntoutuksesta kertomiseen työpaikalla.



Kuvio 4. Puhetyylien jakaumat. (n=29)

Avoin tyyli kuvaa puhetapaa, jossa haastateltavat ovat ottaneet mielenterveyskuntoutuksessa käymisen avoimesti ja oma-aloitteisesti esille työpaikoilla. Haastateltavat ovat ilmaisseet käyvänsä mielenterveyskuntoutuksessa ja kertoneet kollegoilleen tilanteestaan. Avointa tyyliä noudattavien haastateltavien puheessa on erityisesti noussut esille avoimuuden tärkeys työyhteisön suhtautumisen vuoksi ja kollegoiden positiivinen suhtautuminen kuntoutukseen.

Haastateltavat perustelivat avointa puhetapaansa eri tavoin. Avoimuuden tärkeyttä perusteltiin muun muassa reiluudella ja sillä, että kollegoiden on helpompi suhtautua tilanteeseen, kun he tietävät masennuksesta ja kuntoutuksesta. Tällä ikään kuin halutaan estää kiusalliset tilanteet työpaikoilla ja suojellaan itseä mahdollisilta negatiivisilta reaktioilta esimerkiksi poissaoloihin tai poikkeavaan käytökseen.

”Mie oon kyl kertonu,-, koska mun mielestä se on parempi työkavereidenki tietää jos on joku tällänen, koska sit ne osaa suhtautua.”

Eräs haastateltava kertoi puhuneensa avoimesti kuntoutuksesta, koska koki, että se helpottaa kollegoiden suhtautumista häneen itseensä ja toimintaan työpaikalla. Tulkitsen puhujan viittaavan ”joku tällainen”-ilmaisulla masennukseen ja sen hoitoon eli tässä tapauksessa kuntoutukseen. Haastateltava olettaa, että työkavereiden tietäessä hänen tilanteestaan, heidän on helpompi suhtautua haastateltavaan. Suhtautumisella viitataan toisinaan myös sietämiseen, joten siksi toteamuksella on tavallaan negatiivinen pohjavire. Puhuja ikään kuin olettaa työkavereiden näkevän hänen olemisen tai toiminnan mahdollisesti poikkeavana, johon on suhtauduttava tietyllä tavalla. Jotta suhtautuminen olisi positiivista, puhuja haluaa kertoa avoimesti tilanteestaan ja suojella näin itseään negatiivisilta reaktioilta. Avoimuus perustuu siis tässä tapauksessa ennaltaehkäisyyn ja muiden reaktioiden ennakointiin.

Avoimuutta perusteltiin myös masennusoireiden yleisyydellä työyhteisössä. Koska masennuksen katsottiin olevan melko tavallista työyhteisössä, siitä puhuminen kollegoiden kanssa tuntui haastateltavista luonnolliselta ja normaalilta. Tämä nousi esille varsinkin sosiaali- ja terveysalalla toimivien haastateltavien keskuudessa. Eräskin opettaja viittasi puheessaan ”ammattitautiin” ja kertoi, että moni hänen työpaikallaan on käynyt jonkinlaisessa kuntoutuksessa tai ollut sairaslomalla masennuksen tai uupumuksen vuoksi. Työyhteisössä, jossa koetaan paljon masennusta tai uupumusta, aiheesta puhuminen saattaa olla helpompaa. Kollegoiden aikaisemmat kokemukset ja esimerkit ikään kuin oikeuttavat kuntoutuksesta avoimesti puhumisen työpaikoilla.

”...et ihan sanonu sen ääneen, et se on ihan luonnollista että potee masennusta, että mä en oo kokenu mitään häpee. Mut meijän koulussa aika moni ollut masennuksen takia sairaslomalla, et se on aika semmonen yleinen opettajan tauti”

Työilmapiirillä on myös merkittävä vaikutus siihen, millaisen puhetyylin haastateltavat ovat valinneet. Kollegoiden positiivinen suhtautuminen ja kannustus on ollut myös merkittävässä roolissa haastateltavien halussa kertoa kuntoutuksesta. Positiiviset kommentit rohkeudesta ovat toimineet kannustimena haastateltaville avoimuuden suhteen. Tämä viestii työpaikan rakentavasta ja tasa-arvoisesta ilmapiiristä, joka mahdollistaa avoimen keskustelun. Onkin luonnollista olettaa, että terveessä ja avoimuuteen kannustavassa työilmapiirissä työntekijät käyttävät enemmän avointa puhetyyliä.

”Mie oon huomannu sen, että ne ketkä tietää (kuntoutuksesta) ne arvostaa ja sitä et on itte lähteny auttamaan itseään. Ja pitävät mua niinku rohkeena. Että yhtään ei oo tullu sellaista että ois negatiivista tavallaan - ”

”-niin oon sitte saanu hyvää positiivista palautetta työkavereilta, kun oon kuitenkin kertonut avoimesti missä oon käyny että se on taas näkyny naamasta että on tehny hyvää.”

Avointa puhetyyliä käyttäneet kuntoutujat raportoivat poikkeuksetta työnantajan tai kollegoiden suhtautuneen kannustavasti tai positiivisesti. Kukaan ei ilmaissut, että olisi kertonut avoimesti ja joutuneensa siitä johtuen eriarvoiseen asemaan tai saanut negatiivista palautetta. Kenellekään avoimen puhetyylin valinneilla ei siis haastattelun perusteella ole syntynyt leimaa masennuskuntoutuksessa käymisen takia tai siitä kertomisesta johtuen. Tämä kertoo sekä tasapainoisesta työilmapiiristä että avoimesta ja positiivisesta dialogista kollegoiden ja esimiehen kesken. Se, johtuuko avoin tyyli jo valmiiksi avoimesta ja suotuisasta asenteesta mielenterveyskuntoutujia kohtaan työpaikoilla, ei kuitenkaan aineistosta selviä.

Puoliavoin puhetyyli kuvaa taas tapauksia, joissa kuntoutujat ovat kertoneet käyvänsä kuntoutuksessa vain osalle työyhteisössä tai käyttäneet kiertoilmaisua. Yleisimmin kuntoutuksesta on kerrottu lähimmille työkavereille tai esimiehelle, joskus ”pakon sanelemana”. Tämä tarkoittaa, että haastateltavat ovat ”joutuneet” kertomaan kuntoutuksessa käymisestä, sillä työpaikan järjestelyt vaativat sen. Esimerkiksi esimiehen tai hr-puolen pitää tietää, jotta poissaolot selittyvät jotenkin.

”En minäkää sillai hirveesti oo... mulla on lähin työkaveri siinä, joka tietää, että käyn. Pakostikin, koska hän tekee minun työt sillä aikaa. Ja esimies tietysti.”

Puoliavointa tyyliä käyttäneet ovat myös tietoisesti välttäneet mielenterveyskuntoutus-sanan käyttöä kertoessaan kuntoutuksesta työpaikalla. Sen sijaan kuntoutuksessa käymisestä on käytetty erilaisia kiertoilmaisuja, kuten *koulutus*, *Kela-ryhmä*, *työkykyä ylläpitävä kuntoutus tai keskustelukerho*. Mielenterveys-sana koettiin melko vahvana ja leimaavana, eikä sitä ei haluttu yleisesti käyttää.

”Määkin oon terapiasta puhunu ja vähän työssä jaksamista ja tämmöstä. En mää kellekään oo sanonu, että mä kävisin mielenterveyskuntoutuksessa.”

”En minä oo sillee (kuntoutuksen) sisältöä käyny avaamaan. Muutama läheinen kollega tietää sisällöstä. En minä oo sillai salannukkaan. Sillai vain ilmoitusluontoisena asiana, että lähen Kelan ryhmään”

Useammassa puheenvuorossa korostuu haastateltavien haluttomuus tuoda kuntoutusta itse aktiivisesti esille työyhteisössä. Kuntoutuksesta puhuminen koetaan vaivaannuttavana ja sen sisältö pyritään esittämään kaunistellen. Kertominen tapahtuu, koska kollegat ovat olleet asiasta kiinnostuneita tai tilanne on vaatinut selittämistä. Itse kertominen näyttäytyy näissä puheenvuoroissa lähinnä epämiellyttävänä pakkona ja kollegat utelijoina. Kollegoille kerrotaan, koska he kyselevät aiheesta. Puheenvuorojen sävy on kuitenkin negatiivinen ja kollegoiden kiinnostus näyttäytyy ennemminkin uteluna, kuin aitona kiinnostuksena tai lämpimänä huolehtimisena.

”En oo sillai salannutkaan, mut ei oo tullu luontevasti puhuttua. Jos jotain, niin se on sitten mielenterveyttä ja työkykyä ylläpitävää kuntoutusta. Sanonu ihan sitten näin. Jos joku on sitä kysynyt”

”-tää kuitenkin on vähän semmonen juttu, ettei tää kuitenkaan oo semmonen kahvipöytäkeskustelun juttu. Että esimiehet tietää ja parille työkaverille oon sanonu. Et osa on ihmetelly, että mihin sie lähet. Mikä se sellanen kuntoutus on. No se on vaan semmonen kuntoutus.”

Kahvipöytäkeskustelulla viitataan kevyisiin ja arkipäiväisiin aiheisiin, joita voidaan jakaa sekä tuttu- jen että tuntemattomien kanssa. Mielenterveyskuntoutus ei haastateltavien mukaan lukeudu näihin. Näin ollen vaikuttaa, että masennuskuntoutuksessa käyminen on arkaluontoista, mutta kuntoutus ylipäätään hyväksyttävää. Kuntoutuksesta kerrotaan, mutta ei haluta avata sen sisältöä sen tarkemmin

kollegoille. Voidaan pohtia, johtuuko se häpeästä tai leimaavuuden pelosta. Moni kuntoutuja halusi puheessaan korostaa, ettei varsinaisesti häpeä masennuskuntoutuksessa käymistä. Asia tavallaan sivuutettiin olankohautuksella; asia ei hävetä, mutta ei siitä silti haluta kenellekään kertoa. Analyysini kannalta tämä ”mutta” on todella merkityksellinen. Jos masennuskuntoutus ei hävetä, miksi siitä ei puhuta työpaikalla kollegoille suoraan? Entä kenelle haastateltavat perustelevat häpeämättömyyttään; itselleen, muille haastateltaville vai ehkä tutkijoille? Nämä ovat kysymyksiä, joihin tällä aineistolla ei pysty suoraan vastaamaan, mutta jotka olisivat äärimmäisen kiinnostavia esimerkiksi jatkotutkimuksen kannalta.

Välittelevän puhetyylin valinheet eivät halunneet tuoda kuntoutuksessa käymistä esille työpaikalla ollenkaan. He eivät puhuneet kuntoutuksesta tai masennuksesta kollegoiden tai esimiehen kanssa millään tavoin. Kertomatta jättämisen voidaan epäsuorasti katsoa viittaavan pelkoon leimautumisesta tai ainakin osittain negatiivisesta suhtautumisesta kuntoutukseen.

Jotkut kertoivat käytännön syiden olevan syynä kertomatta jättämiselle; esimiestä ei näe koskaan tai hän vaihtuu usein, ja työyhteisö on muutenkin niin hajanainen. Työn luonne, esimerkiksi etäpäivien yleisyys ja matkustelu toimivat selityksinä kertomatta jättämiselle. Koska työyhteisö ei tuntunut läheiseltä, eikä työn järjestelyt ole vaatineet kertomista haastateltavat eivät kokeneet tarpeelliseksi kertoa kuntoutuksesta. Näissä tilanteissa perustelut liittyivät siis työyhteisön, työaikojen tai työnkuvan rakenteellisiin seikkoihin. Eräässä ryhmässä haastattelijan kysyessä, johtuuko kertomatta jättäminen mahdollisesti negatiivisten reaktioiden pelosta esimiehen suunnalta, kuntoutuja kielsi vahvasti:

”Ei, ei se vaan ole tullut puheeksi. Ja mä en näe esimiestä juuri koskaan. Ja ei ole ollu niinku tarvetta sanoa”

Tämän sanomisen tarpeen voi tulkita monella tavalla. Voidaan joko katsoa, että työnkuvaan kuuluvasta tai työn rakenteellisista seikoista johtuen ei ole ollut tarvetta kertoa kuntoutuksessa käymisestä. Kuntoutus on pystytty esimerkiksi hoitamaan etäpäivien ansioista ilman näkyviä poissaoloja tai kuntoutuksen järjestäminen ei muuten ole vaatinut esimiehen tai työyhteisön mukaan ottamista. Toisaalta sanomisen tarpeella voidaan tarkoittaa niin sanotusti avautumisen tai kertomisen tarvetta, haastateltavan omaa henkilökohtaista tarvetta keventää taakkaa jakamalla tieto kuntoutuksesta.

Jotkut haastateltavat toivat selkeästi esille työyhteisön mahdolliset negatiiviset reaktiot syynä kertomatta jättämiselle. Erityisesti ryhmässä, jossa haastateltavat olivat samasta yrityksestä, kehkeytyi paljon puhetta mielenterveysongelmien ja sairauslomien leimaavuudesta. Masennuksen tai muiden mielenterveyden häiriöiden takia sairauslomalle joutuva työntekijä saa työyhteisössä helposti ”hullun leiman”. Tämä aiheutti selän takana irvailua, vieroksuvia katseita ja juoruamista. Kyseinen käytös on hyvin leimaavaa, ulossulkevaa ja hankaloittaa varmasti mielenterveysongelmista kärsivien työntekoa kyseisessä yrityksessä. Tämänkaltaisen negatiivinen ja jopa myrkyllinen työympäristö ei kannusta avoimeen dialogiin kollegoiden kesken ja siksi välttävän puhetyylin omaksuminen kyseisessä tilanteessa on luontevaa.

”Meidän tiimissä ainakin saa helposti hullun leiman. -niin ne supattaa, että katsokaa, et tossa menee se Pekka, kun on ollut sillä burnout-lomalla. Et lapsellista. Et mä en ainakaan halua, ei se niille kuulu et missä mä olen. Et mä olen koulutuksessa. Et ei sit tarvi supattaa sit mun selän takana.”

”Niin ei siinä mun terveydestä tai ainakaan mielenterveydestä niin en halua keskustella mun esimiehen kanssa”

Kuten aikaisemmin on osoitettu, huono työilmapiiri, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki töissä altistaa työuupumukselle ja masennukselle. Samalla tavoin vastaavat elementit saattavat hankaloittaa masennuksesta kuntoutumista ja hidastaa tervehtymisprosessia. Kun kuntoutukseen johtaneet syyt kumpuavat työpaikalta, on ongelmien ratkaisemiseksi tehtävä muutoksia kuntoutuja ajatusmallien lisäksi itse työyhteisössä. Sulkeutuneella ja varautuneella asenteella työyhteisön tuki jää hyvin pieneksi ja muutokset työpaikalla hankaloituvat. Välttelevä tyyli toimii siten suoja-kanismina kollegoiden negatiivisille reaktioille. Samalla se kuitenkin hankaloittaa ja hidastaa kuntoutujien edistymistä.

5.2.2 ”En mä sillai niinku häpeä, mutta” – perustelut kertomatta jättämiselle

Analyysissäni havaitsin kolme puhetapaa, joilla haastattelijat kertovat kuntoutuksessa käymisestä työpaikallaan. Kuntoutujat kertoivat joko avoimesti kuntoutuksessa käymisestä, eivät kertoneet lainkaan tai kertoivat kuntoutuksesta, mutta vain osalle työyhteisössä ja usein kiertoilmaisuin eli puolia-

voimesti. Näiden puhetapojen lisäksi on kiinnostavaa tutkia, minkälaisia selityksiä kuntoutujat käyttävät perustellessaan puhetyylin valintaa. Näiden perustelujen avaaminen valottaa syvemmin haastateltavien suhtautumista kuntoutukseen.

Erityisen kiinnostavaa tutkimuskysymykseni kannalta on hahmottaa, millaisia perusteluja kuntoutujat antavat kertomatta jättämiselle. Tässä kohtaa tarkastelen myös puoliavoimen puhetyylin valinnoita ja etsin selityksiä sille, miksi kuntoutujat eivät halunneet tai pystyneet kertomaan kuntoutuksessa käymisestä suoraan ja avoimesti kollegoilleen. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan perustelleet puhetyylinsä valintaa. Aiheen arkaluontoisuuden vuoksi, myös kiertoilmaisut on otettava huomioon.

Kuntoutujista 82 prosenttia (n=24) käytti joko välttelevää tai puoliavoiminta puhetyyliä. Tämä jo itsessään kertoo aiheen arkaluontoisuudesta ja mahdollisista kommunikoinnin hankaluuksista työpaikoilla. Perusteluita kertomatta jättämiselle löytyi sekä itsestä, että muista. Osa perusteluista liittyi mahdollisiin negatiivisiin seurauksiin, toisin sanoen häpeäleiman pelkoon ja osa syistä oli näennäisesti neutraaleja, rakenteellisia syitä. Analyysin perusteella kertomatta jättämisen syyt pystyttiin jakamaan **työyhteisösuhteisiin liittyviin syihin ja rakenteellisiin syihin.**

Työyhteisösuhteeseen liittyvät syyt kuvaavat perusteluja, joissa kuntoutujat ovat jättäneet kertomatta kuntoutuksessa käymisestä joko jo työpaikalla ilmenneiden tai mahdollisesti tulevien ongelmien vuoksi. Tähän ryhmään liitetyt perustelut kuvaavat kuntoutujan omaa yksityistä kokemusta ja voidaan katsoa henkilökohtaiseksi syyksi olla kertomatta kuntoutuksesta. Haastateltavat, jotka eivät ole kertoneet masennuskuntoutuksesta ovat mahdollisesti huolissaan kollegoiden suhtautumisesta ja ensisijaisesti olettavat reaktioiden olevan negatiivisia. Toisaalta kuntoutujat ovat jo saattaneet kokea tai nähdä negatiivista suhtautumista mielenterveyden tukemiseen työpaikoilla. Arvostelu saattaa tulla esimieheltä tai kollegoilta. Kyse ei välttämättä ole suoranaisestä kiusaamisesta tai syrjimisestä, mutta kuntoutujat kokevat masennuskuntoutuksesta kertomisen aiheuttavan heille enemmän haittaa kuin hyötyä. Kyse voi olla häpeän tunteesta, arvostuksen laskusta tai pelosta joutua pilkan ja väheksynnän kohteeksi.

”En mä oo ainakaan kertonu, koska tämä on mun vapaa-aikaa. Enkä mä tie, mitä siellä (työpaikalla) millanen suhina olis alkanu jos.”

”-kun täällä (kuntoutuksessa) jutellaan sitten aivan eri ihmisten kanssa, on niinku helpompi jutella niistä asioista. Se vois mennä sellaiseksi kyräilyksi, jos siellä sen oman työporukan kanssa juttelis.”

Osa perusteluista liittyi työyhteisön rakenteeseen, erityisesti suureen kokoon, mutta myös kuntoutujien henkilökohtaisiin syihin. Suuri työyhteisö toimi tavallaan ensimmäisenä, neutraalina perusteluna olla kertomatta kuntoutuksesta. Puheenvuoron jatkuessa perustelut kääntyvät kuitenkin henkilökohtaiseksi. Haastateltavat ikään kuin pehmittävät henkilökohtaisia, häpeäleiman pelkoon liittyviä syitä ensin rakenteellisilla syillä.

”Meilläkin niin iso työyhteisö. - Et ei sitä, jotakin haluaa pitää itelläänkin eikä jakaa kaikkee. En minä sillai niinku häpeä, mutta ei minun tarvi siellä julistaa, että lähen pääkuppia parantaa.”

”No mul on hirveen iso työyhteisö ja tota sit mä oon aika, aika uus tulokas tuolla koulussa ja tota et varmaan semmonen, semmonen häpeäköhän sitä sitten. Ei ole varma niistä muitten asenteista oikein et miten ne suhtautuu.”

Esimiehelle kertominen oli suuressa osassa työyhteisöistä lähes pakollista kuntoutuksen järjestymisen vuoksi. Työajalla pidetyt kuntoutustapaamiset vaativat järjestelyjä, joita saattoi olla mahdoton tehdä ilman esimiehen hyväksyntää tai apua. Esimiehelle kertominen ei siis läheskään kaikissa tapauksissa ollut välttämättä vapaaehtoista. Jotkut jopa ilmaisivat, että joutuivat pakostakin kertomaan esimiehelle tai kollegoille ja se tuntui epämukavalta. Esimiestaitoja ja luottamuksellisuutta epäiltiin joissain ryhmissä, eikä kuntoutuksessa käymisestä haluttu kertoa edes esimiehelle.

”Kaikki tieto, en mä usko, et jokainen esimies välttämättä osaa pitää sitä informaatiota (tieto kuntoutuksessa käymisestä). Et kyl mul ainakin on huonoja kokemuksia siinä suhteessa.”

”Jotenkin se ei ei, niin se asia ole kuitenkaan sen (pomon) asia, et sit jos mä haluan sen kans puhua niin se on sitten.”

Rakenteelliset syyt katson työyhteisösuhteisiin nähden vastakkaisiksi syiksi. Rakenteelliset syyt ovat ainakin päällisin puolin neutraaleja, ei-henkilökohtaisia syitä olla kertomatta kuntoutuksesta. Syyt liittyvät työn luonteeseen ja esimerkiksi työyhteisön kokoon. Useasti vaihtuvat esimiehet, etäiset välit kollegoihin ja etätyöpäivien yleisyys selittivät haastattelijoiden mukaan syitä olla kertomatta kuntoutuksesta.

”-se työnteko on kuitenkin semmosta, et tullaan ja mennään ja tullaan on palaverissa, jos-sain ja pidetään etäpäiviä.”

Jotkut haastateltavista antoivat ymmärtää, että käytännön syyt olivat etusijalla, kun he päättivät olla kertomatta kuntoutuksesta. Kuntoutuksesta kertomisesta saattaisi seurata lisätöitä tai selvityksiä työpaikalle ja tätä haluttiin välttää. Siksi jotkut olivat päättäneet olla kertomatta kuntoutuksesta kenellekään työyhteisössä. Tämä tarkoitti myös esimiestä ja hr-puolen henkilöstöä. Haastateltavat olivat järjestäneet esimerkiksi niin, että kävivät kuntoutuksessa omalla ajallaan tai etäpäivinä, eivätkä laittaneet terapiakäynnistä kuntoutus-merkintää työajan seurantaan.

”Et ei tuu sit niitä sähköposteja, että et ole vielä lähettänyt sitä todistusta, et olet ollu täällä (kuntoutuksessa)”

Puhtaasti rakenteellisia syitä ilmeni analyysissäni vähemmän kuin henkilökohtaiseksi laskettavia syitä. Henkilökohtaisia tai osittain henkilökohtaisia syitä esitettiin aineistossa enemmän ja tämän voidaan katsoa puhuvan leimautumisen pelosta työpaikoilla. Kuntoutuksesta ei haluta kertoa työyhteisölle, sillä pelättiin muiden reaktioita ja mielipiteitä. Tämä huomio tukee aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, miten mielenterveysongelmista kärsivät eivät halua kertoa ongelmistaan työpaikoilla, sillä he olettavat sen vaikeuttavan työrullalla etenemistä. Erityisesti sairauden aktiivisessa vaiheessa ongelmista ei haluttu puhua kollegoille tai esimiehelle.

5.2.3 Esimiehen ja työyhteisön rooli leimautumisen kokemuksissa

Vaikka leimautumisen kokemus voidaan katsoa yksilön subjektiiviseksi tunteeksi tai ymmärrykseksi, on työyhteisöllä suuri merkitys tämän kokemuksen luomisessa. Työyhteisön ja esimiehen roolin tutkiminen leimautumisen kokemuksissa on äärimmäisen tärkeää, jotta voidaan suunnitella leimautumista vähentäviä käytäntöjä työpaikoilla.

Itse aineisto antoi vaihtelevasti tietoa haastateltavien taustoista. Osa kuntoutujista kertoi ammattinsa, mutta kaikkien kohdalla ammatti tai ala ei tullut selväksi. Tämä hankaloitti osaltaan analyysin tekoa, kun keskiössä on työpaikka ja työyhteisön vaikutus.

Työyhteisön rooli näyttäytyi aluksi lähinnä masennuksen aiheuttajana ja ongelmien alkulähteenä. Näin olikin monessa ryhmässä. Työpaikan ongelmat kuten, kiristynyt työtahti, vajaat työntekijäresurssit ja epäonnistunut kommunikointi oli monelle kuntoutujalle aiheuttanut työuupumuksen ja sitä kautta johtanut masennusdiagnoosiin. Joillain työpaikoilla puhuttiin jopa ”ammattitaudista”, masennus oli hyvin yleistä työyhteisössä ja johtui pääosin työelämän ongelmista.

Yksityiskohtaisemman tarkastelun jälkeen esimiehen ja työyhteisön roolit alkoivat hahmottua kuitenkin monipuolisemmin. Masennuskuntoutujien leimautumista koskevat kokemukset vaihtelivat paljon riippuen siitä, millaista puhetyyliä he olivat käyttäneet ja millainen työyhteisö ja -tehtävät olivat. Lopulta aineistosta erottui kolme työyhteisöroolia, jotka kuvaavat esimiehen ja työyhteisön roolia kuntoutujien leimautumiskokemuksissa:

- 1) Työyhteisö leimautumista vastaan
- 2) Työyhteisö hiljaisena hyväksyjänä
- 3) Työyhteisö leimautumista synnyttävänä tekijänä

Työyhteisö leimautumista vastaan kuvaa työyhteisön roolin positiiviseksi kuntoutujan näkökulmasta. Työyhteisö on kannustava, positiivinen ja haastateltava on kertonut avoimesti kuntoutuksessa käymisestä työpaikalla. Kertomisesta on seurannut usein positiivisia kommentteja ja se on johtanut jopa uusiin mahdollisuuksiin työpaikalla. Kertomisesta on seurannut kollegoiden arvostusta ja sosiaalisen pääoman kasvua. Tämä osaltaan parantaa kuntoutujan mahdollisuuksia kuntoutua ja edesauttaa työssä jaksamista. Tällöin työyhteisö toimii eteenpäin työntävänä voimana ja toiminnallaan vähentää leimautumisen kokemuksia.

”Mulla varmaan on sillai, että mulla näky naamasta, että mulla oli niin paha olla siellä töissä ennen tätä ja kun sitten rupesin käymään täällä niin oon sitte saanu hyvää positiivista palautetta työkavereilta kun oon kuitenkin kertonu avoimesti missä oon käyny –”

*”Ja pitävät mua niinku rohkeana. Ettei oo yhtään oo tullu sellaista että ois negatiivista taval-
laan ja sit mut on valittu työpaikan työhyvinvointiryhmään ja nimenomaan just sen takia-”*

Työyhteisö hiljaisena hyväksyjänä kuvaa työyhteisön roolin hyvin etäiseksi. Hiljaisen hyväksyjän roolissa esimieheltä tai työyhteisöltä ei tullut kuntoutuksessa käymiseen tai poissaoloihin minkäänlaista kommenttia tai reaktiota. Esimies ja työyhteisö voi suhtautua masennuskuntoutuksessa käymiseen välinpitämättömästi joko tarkoituksella tai huomaamatta. Huomioimattomuus voi liittyä kuntoutujan yksityisyyden kunnioittamiseen ja häveliäisyyteen. Halutaan säästää kuntoutuja nolostumiselta. Suomalaiseen kulttuuriin kuuluu etäisyys ja yksityisyyden kunnioittaminen, joten tämä toimii mielestäni yhtenä hyvänä selitystekijänä. Yksikään ryhmän kuntoutujista ei maininnut suoraan kaivaneensa työyhteisöltä tai esimieheltä enemmän huomioita kuntoutuksen suhteen.

”Eikä sitä sillai sit niinku tai oisin varmaan tai kerroinki sit mikä on se juttu kun syksyllä aloitin (kuntoutus). Et pistin, et tämmönen on ollut, eikä se (pomo) ole kyseltyt.”

”Ei, ihan hyvin se (pomo) suhtautu. Olisin mä varmaan kertonutkin, jos se olis kyseltyt jotain, mut ei se sit kyselty mitään.”

Esimiehen etäisyys ja välinpitämättömyys masennuskuntoutusta kohtaan näyttäytyy tässä puheenvuorossa osittain jopa hyvänä asiana. Hyvin suhtautuminen on yhtä kuin kyselemättömyys. Kuntoutuja olisi voinut ehkä kertoakin enemmän, jos esimies olisi ollut kiinnostunut, mutta näin ei käynyt. Tämä kertoo osittain halusta kertoa kuntoutuksesta ja osittain helpotuksesta, kun niin ei tarvinnutkaan tehdä.

”En ole sanonut mitään eikä hän (pomo) ole kysynyt, mitä teen. Siellä on paikka kuntoutus, et ainoa sitten et palkanlaskentaan lähettää sen todistuksen. Et ei mulla sen enempää sitten ollut mitään puhetta.”

Palkanlaskentaan ja esimiehelle on iotässä tilanteessa tullut tieto, että työntekijä käy kuntoutuksessa. Tämä ei kuitenkaan ole aiheuttanut mitään toimenpiteitä tai johtanut keskusteluun esimiehen tai henkilöstöpuolen kanssa. Tämänkaltainen toimintatapa ei varsinaisesti kannusta avoimeen dialogiin mielenterveyskuntoutuksen merkityksestä työpaikalla. Toisaalta sen ei myöskään voida katsoa eriarvoistavan kuntoutuksessa käyviä tai aiheuttavan leimautumista.

Työyhteisö leimautumista synnyttävänä tekijänä kuvaa työyhteisön roolin hyvin ongelmalliseksi kuntoutujan kannalta. Työyhteisöltä saatu vähäinen sosiaalinen tuki, vähättely, jopa työpaikkakiusaamiseksi laskettava käytös aiheuttivat haastateltavissa leimautumisen pelkoa. Usean haastateltavan kohdalla masennusdiagnoosi oli kehittynyt työuupumuksesta ja vaikeiden työ olojen seurauksesta. Haastateltavat paikansivat pahanolon lähteen työpaikalle, hankaliin tai etäisiin esimiehiin, vajaisiin työntekijäresursseihin ja jatkuvaan kiireeseen. Nämä tekijät eivät kuitenkaan yksinään aiheuta kuntoutujalle leimautumisen kokemuksia. Leimautumisen kokemus syntyy työyhteisön aktiivisesta negatiivisesta suhtautumisesta mielenterveysongelmiin tai -kuntoutukseen.

”Meidän tiimissä saa ainakin helposti hullun leiman. – ne supattaa, että katsokaa, tossa menee se Pekka, kun on ollut sillä burnout-lomalla. Et lapsellista. En mä ainakaan halua, ei se niille kuulu et missä mä olen. Et mä olen koulutuksessa. Et ei sit tarvi supattaa sit mun selän takana.”

”Nimenomaan liittynyt työhön, jos taustalla on työuupumus. Se on lähtökohta, minkä takia tänne on päästy -. Mulle se on nimenomaan liittynyt työhön.”

Työyhteisön ongelmat heijastuvat usein työntekijöiden henkilökohtaiseen elämään. Niin tässäkin aineistossa tuli esille. Ongelmat työpaikoilla ovat johtaneet masennusdiagnoosiin. Työpaikan ongelmat ovat siis mielenterveysongelmien lähtökohta, mutta aiheuttaako itse mielenterveyskuntoutus eriarvoista kohtelua ja leimautumista työpaikoilla, sitä oletusta aineisto ei varsinaisesti tue. Vain yhdessä tapauksessa haastateltava ilmaisi suoraan työyhteisön leimaavan mielenterveysongelmista kärsiviä työntekijöitä.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Mielenterveys ja sen ongelmat ovat olleet yhteiskunnallisen keskustelun keskiössä viime vuosina. Erityisesti masennus ja sen valtavat ja moniulotteiset yhteiskunnalliset vaikutukset ovat puhuttaneet niin asiantuntijoita kuin mediaakin. Masennushäiriöt on nostettu merkittäväksi haasteeksi suomalaisten työikäisten hyvinvoinnille. Niiden yleistymisen syitä ja seurauksia on pohdittu ja toivottu parempaa ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Mielenterveyskuntoutusta kehitetään jatkuvasti Suomessa ja häpeäleimaan liittyviä ongelmia pyritään ratkaisemaan erilaisin kampanjoin ja asetuksin. Siksi oman tutkimukseni ajankohtaisuus ja yhteiskunnallinen merkitys on helposti perusteltavissa. Me tarvitsemme lisää tietoa työelämän ja mielenterveyskuntoutuksen yhteistyön toimivuudesta ja itse kuntoutujien kokemuksista. Mielenterveysongelmiin liittyvä häpeäleima on todellinen maailmanlaajuinen ongelma ja eikä sen ratkaisu tule olemaan yksinkertainen tehtävä.

Olen tutkimuksessani tarkastellut Kelan avomuotoiseen mielenterveyskuntoutukseen kehittämishankkeeseen osallistuneiden työikäisten kokemuksia mielenterveyskuntoutuksen leimaavuudesta työpaikoilla. Tutkimukseni päätutkimuskysymys oli: leimaako mielenterveyskuntoutus? Lisäksi olen hahmottanut kuntoutuksen ja työelämän yhteensovittamisen haasteita ja vahvuuksia. Aineistona toimi kehittämishankkeen loppupuolella toteutetut puolistrukturoidut ryhmähaastattelut ja niiden litteroitu aineisto. Tutkimuskysymyksiin vastattiin teemoittelun ja teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla.

Tutkimus jakautui kahteen osioon. Ensimmäisessä osiossa tarkasteltiin kuntoutuksen ja työelämän yhteensovittamista. Olin kiinnostunut millaisia vahvuuksia tai ongelmia mielenterveyskuntoutuksen ja työelämän samanaikaisuudesta seurasi. Toinen osio käsitteli kuntoutujien kokemuksia leimautumisesta työpaikoilla. Tähän kysymykseen vastattiin kolmen alakysymyksen avulla. Ensin tarkasteltiin, kertoivatko haastateltavat kuntoutuksessa käymisestä esimiehilleen tai kollegoilleen. Seuraavaksi analysoitiin kertomatta jättämisen perusteluja. Kolmanneksi avattiin vielä työyhteisön ja esimiehen roolia leimautumisen kokemuksissa.

Mielenterveyskuntoutuksen ja työelämän yhdistämisessä on aineiston mukaan sekä haastavia että toisiaan tukevia elementtejä. Erityisesti työpaikan järjestelyillä on suuri merkitys siihen, miten kuntoutajat kokivat yhdistämisen toimivan. Lyhennetty työpäivä tai kuntoutus työajalla oli kuntoutujien jakamisen kannalta paras toteutusmuoto, mutta tähänkin liittyi erinäisiä ongelmia.

Työelämän ja kuntoutuksen samanaikaisuudesta johtuvat hyödyt jakautuivat laadullisesti kolmeen ryhmään. Näitä olivat itsetuntemukseen-, työyhteisösuhteeseen- ja kuntoutuksen rakenteeseen liittyvät hyödyt. Eniten kuntoutujat raportoivat työyhteisösuhteeseen liittyvistä hyödyistä. Erityisesti oman haastateltavat kertoivat uskaltavansa sanoa työpaikalla useammin ja rohkeammin ”ei”. Tällä he kuvasivat oman itsevarmuuden ja ammatti-identiteetin vahvistumista. Liiallinen kiltteys kuvattiin näissä puheenvuoroissa haitalliseksi ominaisuudeksi ja useammalla kuntoutujalla masennusdiagnoosi oli juuri liian kuormittavasta työstä johtuvaa. Kuntoutus oli antanut heille työkaluja tunnistaa omaa jaksamista ja varmuutta kieltäytyä liian kuormittavista työtehtävistä.

Kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisestä nousseet haasteet pystyttiin analyysin avulla jakamaan kolmeen ryhmään: ajankäyttöön- ja mielentilaan liittyvät haasteet sekä rakenteelliset haasteet. Suurimmat haasteet kuntoutuksen ja työelämän yhdistämisestä nousivat esille kuntoutujien jaksamisessa ja erityisesti ryhmämuotoisuudesta. Fyysinen ja henkinen jaksaminen oli kovilla työelämän ja kuntoutuksen yhdistämisessä. Toisinaan pitkät työpäivät verottivat kuntoutukseen sitoutumista ja itseensä panostamista. Toisaalta joskus kuntoutujat kokivat olevansa terapiakäynnin jälkeen niin uupuneita, etteivät päässeet töihin seuraavana päivänä. Vaikka moni piti vertaistukea tärkeänä elementtinä terapiassa, ei muiden ihmisten läsnäolo terapiakäynneissä ollut täysin mutkatonta. Rakenteellisista haasteista juuri ryhmämuotoisuus nousi useimmiten esille kuntoutujien puheessa. Useat haastateltavat kertoivat kokeneensa ahdistusta ja jännitystä ennen terapian alkua. Heitä huolestutti, että ryhmässä olisi tuttuja. Mielenterveyskuntoutuksessa ei haluttu tavata tuttuja työpaikalta tai samalta paikakunnalta. Kun joissain ryhmässä havahduttiin siihen, että kuntoutujat olivat saman työnantajan palveluksessa, tilannetta kuvattiin ”järkyttäväksi”. Alun shokin ja yhteisten pelisääntöjen sopimisen jälkeen ryhmässä pystyttiin toimimaan avoimesti ja vertaistuki toimi hyvin.

Tämä pelko ja hämmennys tuttuihin törmäämisestä mielenterveyskuntoutuksessa käydessä tukee oletusta masennuskuntoutuksen leimaavuudesta. Samanlaista jännitystä ja epäluuloisuutta tuskin olisi havaittu fyysisen vamman kuntoutuksessa. Kuten eräässä ryhmässä tuotiin esille, somaattisten sairauksien kuntoutukseen suhtaudutaan yhteiskunnassa edelleen eri tavalla kuin mielenterveyskuntoutukseen. Tämä havainto myös tukee aikaisempien tutkimusten tuloksia (esim. Clement ym. 2015 11–12.) ja vahvistaa, että mielenterveyskuntoutuksen ympärillä on edelleen häpeäleimaa. Tämä häpeäleima vaikuttaa sekä kuntoutukseen hakeutumiseen, että siihen sitoutumiseen ja kuntoutuksen tehokkuuteen (esim. Aromaa ym. 2011).

Kuntoutuksen leimaavuutta avattiin kolmen alakysymyksen avulla. Kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksen leimaavuudesta selitettiin ensin tarkastelemalla, ovatko he kertoneet kuntoutuksessa käymisestä työpaikalla. Kertomisen tai kertomatta jättämisen voidaan katsoa selittävän merkittävästi kuntoutujien kokemuksia mielenterveyskuntoutuksesta. Kertomatta jättämisen olen tulkinut leimaantumisen peloksi tai ainakin negatiiviseksi suhtautumiseksi mielenterveyskuntoutusta kohtaan. Koska aihe on arkaluontoinen, harva haastateltava puhui leimaavuudesta suoraan, mutta toiminnan voidaan katsoa myös selittävän kuntoutujien kokemuksia.

Tutkimuksessa ilmeni, että kuntoutujat suhtautuivat kuntoutuksesta kertomiseen eri tavoin. Aineistosta nousi esiin kolme puhetyyliä, joita he käyttivät työpakoilla: avoin-, puoliavoin ja välttelevä puhetyyli. Jotkut kuntoutujista siis kertoivat avoimesti kuntoutuksesta käymisestä työyhteisölleen, jotkut ilmaisivat asian kiertoilmaisun tai vain pienelle piirille ja osa piti kuntoutuksessa käymisen täysin salassa esimieheltä ja kollegoilta.

Merkittävä huomio tutkimuksen kannalta oli, että vain harva kuntoutuja puhui suoraan mielenterveyskuntoutuksen leimaavuudesta. Vaikka enemmistö (82 prosenttia) ei kertonut kuntoutuksesta käymisestä työyhteisölleen tai kertoi vain pakosta tai kiertoilmaisuin, harva perusteli sen johtuvan leimaantumisen pelosta. Jotkut haastateltavista korostivat, etteivät häpeä kuntoutuksessa käymistä, mutta kollegat saattaisivat nolostua tai muut ihmiset saattavat kyllä hävetä mielenterveysongelmiaan. Tämä tukee jälleen aikaisempia tutkimuksia masennushäiriöstä kärsivien negatiivisista oletuksista muiden ihmisten suhtautumisesta masennukseen tai sen hoitoon. (esim. Barney ym. 2009.) Kuntoutujat ikään kuin tiedostavat mielenterveysongelmien häpeäleiman yleisyyden, mutta kieltävät sen koskevan juuri heitä. Kuten luvussa 3.4 selvitetään, häpeäleima hankaloittaa uralla etenemistä ja asettaa häpeäleiman kantajat eriarvoiseen asemaan (esim. Brouwers 2015; Korkeila 2014). Haastateltavat eivät halua asettua eriarvoiseen asemaan ja aktiivisesti kieltävät häpeävänsä masennusta, jotta häpeäleima ei koskettaisi heitä. Näin he osaltaan kuitenkin vahvistavat käsitystä häpeäleiman ongelmallisuudesta työpaikalla.

Osa haastateltavista kuitenkin kertoi avoimesti kuntoutuksessa käymisestä. Poikkeuksetta nämä tapaukset keräsivät työpaikoilla positiivisia kommentteja. Kun tarkasteltiin lähemmin avoimen puhetyylin käyttäneitä kuntoutujia, selvisi, että avoimen tyylin perustelut liittyivät joko masennuksen yleisyyteen työpaikoilla tai negatiivisten tilanteiden ennaltaehkäisyyn. Jos kollegat ovat myös sairastuneet masennukseen ja se on yleisesti tiedossa, saattaa olla helpompi puhua avoimesti omasta tilanteestaan. Jotkut myös halusivat kertoa sairaudestaan reiluuden nimissä. Kollegoille oli hyvä kertoa,

jotta he osaisivat suhtautua masennuskuntoutujaan ja tämän käytökseen. Aineistosta ei ilmennyt tilanteita, joissa työntekijä olisi avoimesti kertonut kuntoutuksesta ja joutunut tämän vuoksi eriarvoiseen asemaan. Voidaan kuitenkin olettaa, että avointa puhetyyliä käyttivät henkilöt, joilla oli jo valmiiksi avoin ja luottavainen työilmapiiri ja jossa masennus oli yleistä. Jos työilmapiiri oli negatiivinen tai etäinen, kuntoutuksesta ei kerrottu vapaaehtoisesti. Toisaalta kuntoutujat välttelivät kertomista myös tilanteissa, joissa kollegat olivat kuntoutuksesta kiinnostuneita ja halusivat tietää enemmän.

Toinen alakysymys koski kertomatta jättämisen syitä. Nämä perustelut selvittivät lisää kuntoutujien näkemyksiä kuntoutuksen leimaavuudesta. Välttelevää tai puoliavointa puhetyyliä käyttäneiden perusteluja tarkasteltaessa selvisi, että kertomatta jättämiselle annetut syyt jakautuivat laadultaan vielä kahteen ryhmään. Kuntoutujat olivat jättäneet kertomatta kuntoutuksessa käymisestä joko työyhteisösuhteeseen tai rakenteellisiin seikkoihin nojaavista syistä. Analyysissani olen tulkinut ensimmäisen henkilökohtaisiksi- ja rakenteelliset syyt neutraaleiksi syiksi olla kertomatta kuntoutuksesta. Useammassa tilanteessa kuntoutujat käyttivät perusteluina ensin neutraaleja, rakenteellisia syitä. Näitä saattoi olla työpaikan suuri koko tai uusi työpaikka. Puheenvuoron edetessä syyt kuitenkin kääntyivät henkilökohtaisiksi, kuten häpeäksi tai työyhteisön reaktion peloksi. Kuntoutujat ikään kuin pehmittivät henkilökohtaista syytä ensin näennäisen neutraalilla syyllä. Tämä vahvistaa aikaisempaa huomiota siitä, että kuntoutujat ovat haluttomia myöntämään kuntoutukseen liittyvää häpeää, se jopa kielletään. Kuntoutuksesta ei silti kerrota avoimesti ja perustelut paljastavat mielenterveyskuntoutukseen liittyvän edelleen negatiivisia pelkoja ja oletuksia.

Kolmas alakysymys avaa työyhteisön ja esimiehen rooleja leimautumiskokemuksissa työpaikoilla. Kuten luvussa 3.4 osoitetaan, työilmapiiri ja sosiaaliset käytännöt työpaikoilla vaikuttavat suuresti työntekijöiden hyvinvointiin ja sitä kautta työkykyyn. Tutkimukset ovat osoittaneet, että muun muassa kiire, huono johtaminen, kommunikointiongelmät työyhteisössä, työn vaatimukset sekä vähäiset hallintamahdollisuudet lisäävät riskiä sairastua masennukseen. (Oksanen ym. 2008, 26.) Tämän lisäksi masennukseen sairastuneiden työkyky, hoitoon hakeutuminen ja töihin palaaminen sairausloman jälkeen riippuu paljon työyhteisöstä ja töiden käytänteistä. Vaikka masennus työikäisten keskuudessa yksi yleisimmistä työkyvyttömyyttä aiheuttavista sairauksista maailmanlaajuisesti, siihen liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot istuvat tiukassa. (esim. Barney ym. 2009; Dewa 2014.)

Aineistosta selvisi, että kuntoutujien työpaikoilla suhtauduttiin kuntoutuksessa käymiseen useimmiten melko välinpitämättömästi. Työyhteisön ja esimiehen roolin leimautumiskokemuksissa hahmot-

tuu kolmen eri roolin kautta: 1) työyhteisö toimii leimautumista vastaan 2) työyhteisö hiljaisena hyväksyjänä ja sivustakatsojana ja 3) työyhteisö leimautumista synnyttävässä roolissa. Useimmiten työyhteisö tai esimiehet eivät ottaneet millään tavoin kantaa kuntoutuksessa käymiseen. Kuntoutujat kertoivat ilmoittaneensa kuntoutuksessa käymisestä esimiehelle tai hr-puolelle (usein käytännön pakosta), mutta ilmoitus ei johtanut minkäänlaisiin toimenpiteisiin.

Osalle kuntoutujista tämän kaltainen, välinpitämätön menettely sopi. Jotkut kuntoutujat luonnehtivat esimiehen suhtautuneen kuntoutukseen ”hyvin”. Kun asiaa kyseltiin lisää, selvisi, ettei pomo tai henkilöstöpuoli ollut kysellyt kuntoutuksesta mitään. ”Hyvin” suhtautuminen tarkoitti siis täyttä huomiomattomuutta. Jotkut kuntoutujista taas arvioivat esimiehensä suhtautuvan kuntoutukseen ymmärtäväisesti, jos he kertoisivat asiasta. Kuntoutujat tekivät kuitenkin päätöksen olla kertomatta ja tämä on kiinnostava huomio analyysini kannalta.

Koska enemmistö haastateltavista oli jättänyt kertomatta tai kertonut kuntoutuksesta kierrellen ja kaudistellen, voidaan olettaa, että masennuskuntoutuksessa käyminen aiheuttaa kuntoutujalle pelkoa leimautuvuudesta. Aineistosta ei voida kuitenkaan suoraan päätellä, että kuntoutus itsessään leimaisi kuntoutujia. Haastateltavat eivät myöskään suoraan ilmaisseet, että kuntoutuksessa käyminen olisi hankaloittanut kuntoutujien työssäkäyntiä häpeäleiman vuoksi tai että heitä olisi kohdeltu eriarvoisesti kuntoutuksessa käymisen takia.

Itse kuntoutuksessa käymisen ei siis voida katsoa eriarvoistavan työntekijöitä leimautuvuuden vuoksi. Päinvastoin ne, jotka ovat kuntoutuksesta kertoneet, ovat saaneet positiivista palautetta ja kannustusta työpaikoilla. Silti enemmistö haastateltavista ei kertonut kuntoutuksesta ja tähän sisältyy oletus, että he katsovat kuntoutuksen aiheuttavan negatiivisia seurauksia työyhteisössä.

Tulokset tukevat vahvasti aikaisempia käsityksiä mielenterveyden häiriöiden ongelmallisuudesta työelämässä. Itse häiriöön liittyvien oireiden, kuten kognitiivisen jäykkyyden, väsymyksen ja sosiaalisen uupumuksen lisäksi masentuneet joutuvat kamppailemaan vallalla olevia negatiivisia asenteita ja ennako-oletuksia vastaan. Aineistosta ilmeni, että suurella osalla kuntoutujista ongelmat kumpusivat juuri työpaikalta. Tästä huolimatta työpaikan tuki tai erityisjärjestelyt jäivät näissä tapauksissa suhteellisen olemattomiksi. Kuten luvussa 2.1 todetaan, on tavallista, että työuupumus tai burn out diagnosoidaan masennukseksi. Tämä johtuu osaltaan diagnostisesta kulttuurista ja medikalisaation vaikutuksesta. Jotta jotain ongelmaa voidaan lääketieteellisesti (tässä tapauksessa psykoterapialla) hoitaa,

on sille ensin oltava lääketieteellinen diagnoosi. Nykyiset lääketieteen ylivertaisuutta korostavat selitysmallit ja hoitomuodot vaativat masennusdiagnoosin, eivätkä juurikaan kiinnitä huomiota masennuksen syihin. Tämä ajatusmalli sysää vastuun suurilta osin yksilölle ja työpaikan vastuu jää hyvin vähäiseksi. Tämänkaltainen yhteiskunnallinen näkemys saattaa osaltaan vaikuttaa siihen, miksei työpaikoilla olla ryhdytty muutoksiin työntekijöiden jäätyä sairauslomalle. Mielenterveyden häiriöt katsotaan edelleen yksilöllisiksi, aivoihin paikantuvaksi sairaudeksi, joiden hoitoon käytetään lääketieteellisiä interventioita. (esim. Conrad 2007; Zola 1972.)

Huomioimattomuudesta ei voida kuitenkaan yksinomaan syyttää esimiestä tai työpaikkoja. Monet kuntoutujista tekivät valinnan jättää kertomatta ongelmistaan työpaikoilla. Kuitenkin pitkittyneet ja toistuvat sairauslomat ja ilmoitus kuntoutuksessa käymisestä antoi useamman kuntoutujan kohdalla mahdollisuuden työpaikan reagointiin. Työpaikoille on olemassa monia erilaisia mahdollisuuksia puuttua ja vähentää sairauspoissaoloja. Erilaiset kehityskeskustelut, työpaikan yhteiset toimintamallit (kuten varhaisen puuttumisen malli) ja kolmikantaneuvottelut auttavat havaitsemaan ja ehkäisemään poissaoloja. Jotkut kuntoutujista kertoivat olleensa keskustelemassa poissaoloista esimiehen kanssa, mutta edes näissä tilanteissa ei kysytty poissaolojen syytä.

Analyysissäni on huomioitava muutama seikka. Ensinnäkin epäsuoriinkin vihjeisiin oli kiinnitettävä huomiota aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Mielenterveysongelmat ovat vaikeasti käsiteltävä aihe ja siihen liittyy ristiriitaisia tunteita tai oletuksia ja pelkoja. Aroista asioista puhuminen vieraalle tutkijalle voi olla hankalaa. Myös muiden kuntoutujien läsnäolo on saattanut vaikuttaa haastateltavien puhehalukkuuteen. Muiden haastateltavien mielipiteet ja puhuvat ovat saattaneet vaikuttaa yksittäisten haastateltavien puheeseen. Kertomisen tilanne vaikuttaa kertomisen tapoihin. Vain muutama kuntoutuja ilmaisi suoraan, ettei kerro koska, usko silloin tulevansa leimautuneeksi. Olen kuitenkin katsonut, että epäsuorat vihjaukset ja kertomaatta jättäminen henkilökohtaisine perusteluineen voidaan tulkita osaltaan myös leimautuvuuden peloksi.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat vahvasti aikaisempia käsityksiä mielenterveysongelmien leimaavuudesta. Useat kansainväliset ja suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet mielenterveyden häiriöiden ongelmallisuuden työelämässä. (katso esim. Brouwers ym. 2016, Dewa 2014, Rikala 2013.) Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että mielenterveyden ongelmista kärsivät eivät halua kertoa ongelmistaan työpaikalla, välttelevät hoitoon hakeutumista ja pelkäävät työpaikan menettämistä leimautumisen vuoksi (esim. Dewa 2014; Vastamäki & Kapanen 2017). AMI-kuntoutukseen osallistuneista suurin osa (82 prosenttia) ei kertonut mielenterveyden ongelmista eikä kuntoutuksessa käymisestä.

Tämä osoittaa, että mielenterveysongelmien leimaavuus ulottuu aina sen hoitoon asti. Erityisesti huomionarvoista tässä tutkimuksessa on, että kuntoutujat kielsivät melko aktiivisesti mielenterveyskuntoutuksen leimaavuuden työpaikoilla, mutta jättivät silti kertomatta siitä kollegoilleen. Useissa muissa leimaavuutta koskevilla tutkimuksilla haastateltavat ovat tunnistaneeet leimaavuuden ja katsooneet sen koskevan itseään. Näin he ovat aktiivisesti ottaneet leimaavuuden osaksi identiteettiään ja leimautumisteorian mukaisesti lähteneet kehittämään erilaisia strategioita sen kanssa selviämiseen (katso esim. Heikkilä 2005.) AMI-kuntoutukseen osallistuneet eivät olleet ottaneet leimatun identiteettiä itselleen ja kokivat sen ongelmana muille, eivät itselleen. Jotkut myönsivät masennuskuntoutuksen leimaavan, mutta silloinkin kyse oli ”muista” ei itsestä. Kuntoutuksesta ei kerrottu, koska ”muut” saattavat kokea sen kiusallisena, ei siksi, että itse joutuisi leimatuksi tai syrjinnän kohteeksi. Tämän voidaan katsoa olevan myös tietynlainen strategia. Masennuksen leimaavuus ulkoistetaan täysin, sen ongelmallisuus tiedostetaan, mutta sen ei katsota koskevan juuri itseä. Näin kuntoutuja tavallaan säilyttää hallinnan tunteen oman sairautensa ja sen seurauksien kanssa.

Kuten luvussa 4.1 todettiin, kokemuksen tutkimuksessa on omat haasteensa. Erityisesti oman kokemusmaailman eriyttäminen haastateltavien puheesta tulee ottaa huomioon. Laadullisten tutkimusmenetelmien käytössä on myös omat vaikeutensa. Tutkija itse ei koskaan pääse eroon tutkittavasta ilmiöstä eikä täysin objektiivinen analyysi aiheesta ole mahdollista. Silti laadullinen tutkimus ja erityisesti haastattelututkimus oli tässä kohtaa perusteltua, sillä sen avulla kuntoutujalle annetaan oma ääni. Itse haastatteluaineisto ei koskenut juuri masennuskuntoutuksen leimaavuutta. Ehkä siksi kuntoutujat eivät niin aktiivisesti tuoneet esille kokemuksiaan leimaavuudesta ja puheessa leimaavuuden kokemukset saatettiin sivuuttaa, koska niitä ei pidetty tärkeänä. Aineisto oli kuitenkin otollinen aiheen tutkimiseen, koska kuntoutujat olivat haastattelun aikaan aktiivisesti työelämässä ja kävivät samanaikaisesti mielenterveyskuntoutuksessa.

Näin arkaluonteisen aiheen avaaminen ryhmämuotoisessa terapiassa voi myös olla joillekin hankalaa. Siksi jatkotutkimuksia ajatellen yksilöhaastattelut voisivat tuoda lisää syvyyttä keskusteluun. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, poikkeako puhetaivat ryhmäkeskustelun ja yksilöhaastatteluiden välillä toisistaan. Jatkotutkimuksen kannalta olisi myös mielenkiintoista tietää enemmän haastateltavien taustoista, jotta erilaisia leimaavuuteen liittyviä mekanismeja voidaan ymmärtää. Erityisesti sukupuolten väliset erot ja työnkuva ovat aiheita, joita voisi tutkia laajemminkin leimautumisteoreettisesta näkökulmasta. Se tiedetään, että naiset kokevat työuupumusta ja masennusta enemmän kuin miehet (mm. Rikala 2013; Pensola & Gould 2009) ja työn laadulla ja työasemalla on yhteys masennuksen

ilmaantuvuuteen (Pensola & Gould 2009). Sosiologisesti kiinnostavaa olisi tutkia, koskevatko nämä samat mekanismit myös leimaantumista tai sen kokemusta?

LÄHTEET

- Aaltonen, T. Lind, J. (2008): *Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuraava Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002–2004*. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95. Helsinki.
- Ahola, K. Virtanen, M. Pirkola, S. Suvisaari, J. (2010): *Työ ja mielenterveys*. Teoksessa Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Angermeyer, M. Matschinger, H. (2003): *Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2003) 38: 526
- Aromaa, A. Koskinen, S. (toim.) (2002): *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B/2002. Kansanterveyslaitos. Helsinki.
- Aromaa, E. Wahlbeck, K. (2014): *Mielenterveydenongelmiin liittyvä tutkimus Suomessa*. Teoksessa: Korkeila ym. (toim.): Irti häpeäleistä. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Aromaa, E. (2011): *Attitudes Towards People with Mental Disorders in a General Population in Finland*. Juvenes print Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Aromaa, E. Tolvanen, A. Tuulari, J. Wahlbeck, K. (2011): *Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland*. *BMC Psychiatry* 2011, 11:52. saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079625/pdf/1471-244X-11-52.pdf> [viitattu 23.10.2018]
- ASPEN-hankeryhmä (2011): *ASPEN -hanke*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki
- Barney, L. Griffiths, K. Jorm, A. Christensen, H. (2006): *Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (40)2006, 51–54
- Barney, L. Griffiths, K. Christensen, H. Jorm, A. (2009): *Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma*. *BMC Public Health* (9)2009.
- Brinkmann, S. (2016): *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. Routledge. Lontoo.
- Brouwers, E. Mathijssen, J. Van Bortel, T. the ASPEN/INDIGO Study Group (2016): *Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries* *BMJ Open* (6)2016. Saatavilla: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e009961> [viitattu 01.07.2018]
- Clement, S. Schauman, O. Graham, T. Maggioni, F. Evans-Lacko, N. Bezborodovs, C. Morgan, N. Rusch, J. Brown, J.S. Thornicroft, G. (2015): *What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies*. *Psychological Medicine* (45)2015, 11–27.
- Conrad, P. (2007): *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The John Hopkins University Press. Baltimore.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Saatavilla: www.kaypahoito.fi [viitattu 15.09.2018]
- Dewa, CS. (2014): *Worker Attitudes towards Mental health Problems and Disclosure*. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, (5)2014, 175– 186.
- Economou, M. Bergiannaki, J. Peppou, L. Karayanni, I. Skalkotos, G. Patelakis, A. Souliotis, K. & Stefanis, C. (2016): *Attitudes towards depression, psychiatric medication and help-seeking intentions amid financial crisis: Findings from Athens area*. *International Journal of Social Psychiatry*. (63)2016 243– 251.

- Eläketurvakeskus (2018): *Työkyvyttömyyseläkettä sairausrahapäiväkauden jälkeen*. Eläketurvakeskus. Helsinki. Elektroninen viite: <https://www.etk.fi/elakejarjestelmat/elaketurva/tyoelake-etuudet/tyokyvyttomyyselake/> [viitattu 01.08.2018]
- Goffman, E. (1963): *Stigma. Notes to the Management of Spoiled Identity*. Peguin Books. New York.
- Goffman, E. (2007): *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Routledge. New York.
- Gould, R. Grönlund, H. Korpiluoma, R. Nyman, H. & Tuominen, K. (2007) *Miksi masennus vie eläkkeelle? Työttömyysasian neuvottelukunta*. Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Helsinki.
- Gould, R. Ilmarinen, J. Järvisalo, J & Koskinen, S. (toim.) (2006) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Hakapaino Oy. Helsinki.
- Heatherton, T. Kleck, R. Hebl, M. Hull, J. toim. (2000) *The Social Psychology of Stigma*. The Guilford press. New York
- Heikkilä, P. (2005): *Leimatut puhuvat: Akateemisesti koulutettujen mielenterveyskuntoutujien leimautumista koskevan puheen diskurssianalyttinen tulkinta*. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Helen, I. (2011): *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino: Tampere.
- Hirsjärvi, S. Hurme, H. (1980): *Teemahaastattelu*. Gaudeamus. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. (1997): *Tutki ja kirjoita*. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. Hurme, H. (2008): *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus. Helsinki.
- Honkonen T, Lindström K, Kivimäki M, (2003): *Psykososiaalinen työkuormitus mielenterveyden häiriöiden etiologiassa*. Duodecim (119)2003, 1327– 33.
- Horwitz, A. Wakefield, J. (2007): *The Loss of Sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press. Oxford.
- Isometsä, E. (2017): *Depressiiviset häiriöt*. Teoksessa: Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (toim) Psykiatria. 12. uudistettu painos, 253–293. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Jorm, A. & Reavley, N. (2012): *Depression and stigma: from attitudes to discrimination*. Population Mental Health Group, Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, Melbourne. Saatavilla: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61457-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61457-3) [viitattu 18.10.2018]
- Järvisalo A. & Härkäpää K. (2011): *Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. WSOY. Helsinki.
- Järvisalo, J. Andersson, B. Boedeker, W. Houtman, I. (2005): *Mental disorders as major challenge in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden*. Kela. Helsinki.
- Kansaneläkelaitos (KELA) (2009): *Mielenterveyden häiriöt tavallisin peruste Kelan kuntoutukselle*. Tilastot. Saatavilla: <http://www.kela.fi/ajankohtaista-tilastot> [viitattu 10.07.2018]
- Kohn, R. Saxena, S. Levav, I. & Saraceno, B (2004): *The treatment gap in mental health care*. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:853–866
- Korkeila, J. (2014): *Mitä häpeäleima on?* Teoksessa: Korkeila ym (toim.): Irti häpeäleimasta. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

- Koskinen, S. Martelin, T. Sainio, P. Gould, R. (2010): *Työkyky ja terveys*. Teoksessa: Aromaa, A. Koskinen, S (toim.) Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Loppuraportti työsuojelurahastolle. 11/2011. Työsuojelurahasto. Helsinki.
- Lasalvia, A. Zoppi, S. Van Bortel, T. Bonetto, C. Cristofalo, D. Wahlbeck, K. Backle, SV. Van Audenhove, C. van Weeghel, J. Reneses, B. Germanavicius, A. Economou, M. Lanfredi, M. Ando, S. Sartorius, N. Lopez-Ibor, JJ. Thornicroft, G. ASPEN/INDIGO Study Group. (2012): *Global patterns of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey*. Department of Public health and Community Medicine, Section of Psychiatry, University of Verona. Verona. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23083627> [Viitattu 18.10.2018]
- Major, B. O'Brien, L. (2005): *The Social Psychology of Stigma*. Annual Review of Psychology. 56(2005) 393–421.
- Mielenterveyden keskusliitto (2013): *Suomalaisten asenteissa mielenterveyskuntoutujia kohtaan liikeyhdys hyväksyväm-pään suuntaan*. Mielenterveysbarometrin 2013 tiedote. Saatavilla: <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Baro-metri+2013+yhteenveto.pdf>. [viitattu 05.05.2017]
- Niiniluoto, I. (2003): *Ihminen medikalisaation pihdeissä*. Duodecim (119)2003, 1857–1862. Duodecim. Helsinki.
- Oksanen, T. Vahtera, J. Kouvonen, A. Virtanen, M. Linna, A. Elovainio, M. Pentti, J. Kivimäki, M (2008): *Sosiaalinen pääoma työelämän muutoksissa: Vaikutukset mielenterveyteen ja depression ilmaantuvuuteen?* Työterveyslaitos.
- Partio, T. (2018): *Kelan kuntoutuspsykoterapiassa olevien määrä on kaksinkertaistunut 2010-luvulla*. Tilastokatsaus. Kela. Helsinki. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231801/Kelan_kuntoutuspsykoterapi-assa_olevien_maara_on_kaksinkertaistunut_2010-luvulla.pdf?sequence=3 [viitattu 01.09.2018]
- Pensola, T. Gould, R. (2009): *Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet*. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:7. Eläketurvakeskus. Helsinki.
- Peräkylä, A. (2001): *Erving Goffman: Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet*. Teoksessa Hänninen, V. Partanen, J. & Ylijoki, O (toim): *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä* 347– 364. Vastapaino. Tampere.
- Pirkola S. Sohlman B. toim (2005): *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Stakes. Helsinki. Saatavilla: <https://core.ac.uk/download/pdf/12357642.pdf> [viitattu 05.05.2017]
- Rauhala, L. (1997): *Sairauden käsite ns. mielenterveysongelmissa*. Niin & Näin. Filosofinen aikakauslehti (2/1997), 38–40.
- Rauhala, L. (1998): *Ihmisen ainutlaatuisuus*. Yliopistopaino. Helsinki
- Riikonen, E. & Nummelin, T. & Järvikoski, A. (1996): *Mielenterveyskuntoutuksen kehitystarpeet*. Stakesin aiheita 16/1996. Stakes. Helsinki.
- Rikala, S. (2013): *Työssä uupuvat naiset ja masennus*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere
- Rissanen, M. Kaseva, E. (2014): *Menetetyn työpanoksen kustannus*. Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto, Toimintapolitiikkayksikkö, Strateginen suunnittelu-ryhmä. Saatavilla: <http://stm.fi/documents/1271139/1332445/Mene-tetyn+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+%282%29+%282%29.pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33> [viitattu 10.09.2017]
- Ruscio, J. (2015): *Rosenhan pseudopatients Study*. The Encyclopedia of Clinical psychology. John Wiley & Sons, Inc.
- Siegrist, J. (1996): *Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions*. Journal of Occupational Health Psychology (1) 1996, 27–41
- Smith, M. (2002): *Stigma*. Advances in Psychiatric Treatment (8) 2002, 317–325.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011): *Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Suomen mielenterveysseura ry (1998): *Mielenterveyskuntoutus- haaste yhteistyölle*. Suomen mielenterveysseura. Helsinki.
- Tiainen, R. Oivo, M. Puumalainen, J. Korkeamäki, J. (2011): *Tukea masennuksen jälkeiseen työhön paluuseen*. Työhön paluu -projektin loppuraportti ja arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 42/2011. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Tuulio-Henriksson, A. Heino, P. Tolkka, T. Autti-Rämö, I. (2014): *Kelan työ- ja opiskelukykyä tukeva psykoterapia toteutuu eri kestoisina*. Kuntoutus-lehti 3/2014. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Tuulio-Henriksson, A. Appelqvist-Schmidlechner, K. Salmelainen, U. (2015): *AMI-kuntoutus. Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville masennuskuntoutujille*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 138. Kela. Helsinki.
- Tuulio-Henriksson, A. Blomberg, J. (2018): *Mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet vuosina 2005-2017*. Työpapereita 136/2018. Kela. Helsinki. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201803226111> [viitattu 01.08.2017]
- Tuomi, J. Sarajärvi, A. (2009): *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi. Helsinki.
- Vastamäki, J. Kapanen, H. (2017): *Mielenterveysbarometri 2017*. Mielenterveyden keskusliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Vuorela, M. (2008): *Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvitys kuntoutustuella ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työllistymisestä ja työelämään paluun edistämisestä*. Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki.
- Vuorela, M. & Aalto, I. (2014): *Häpeäleima tekee elämästä raskaan*. Teoksessa Korkeila ym. (toim): Irti häpeäleistä. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Vuorivirta, P. (2008) *Sairas vai työkyvytön?* Kelan Sanomat (4) 2008.
- Wahlbeck, K. Aromaa, E. (2011): *Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review*. *Psychiatria Fennica* (42) 2011, 87–109.
- WHO (2017): *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. Saatavilla: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> [viitattu 01.06.2017]
- Zola, I. K. (1972): *Medicine as institution of social control*. *The Sociological Review* 20:4, 487–504.