

KOKEMUSTA KUULEMASSA

Yhteistoiminnallinen haastattelu kokemusasiantuntijakoulutusprosessin kokemusten kartoittamiseksi Länsi –Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella

MIA KURTTI
Opinnäytetyö
Psykoterapeuttikouluttaja- koulutus (perheterapian
sovellus) 2015-2017
Open Dialogue UK
Lontoo, Iso-Britannia
Joulukuu 2017

1 JOHDANTO

“Persons with mental and psychosocial disabilities often face stigma and discrimination, as well as experience high levels of physical and sexual abuse, which can occur in a range of settings, including prisons, hospitals and homes. There is growing recognition within the international community that invisible disabilities, such as mental health is one of the most neglected yet essential development issues in achieving internationally agreed development goals.”

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/mental-health-and-development.html>

Tämä Yhdistyneiden Kansakuntien julkistama lausunto kuvaa osaa siitä todellisuudesta, jossa haavoittuvassa asemassa olevat ihmiset joutuvat elämään yhteiskunnassa. Tarve kehittämistyöhön, joka kykenee vaikuttamaan haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kohtaamiseen ja olosuhteisiin, on jatkuva.

Psykiatrian ja mielenterveyden käsitteiden alla toimimisella on yhteiskunnassa noin 200 vuotta vanha historia. Ihmisyden moninaisuutta on tulkittu ajassa ja kulttuurissa ominaisilla tavoilla ja tulkintatavasta riippuen erilaisuus on nähty lahjana tai uhkana ympäröivälle yhteisölle. Pietikäinen määrittelee kirjassaan Hulluuden historia (2013) seuraavasti: *”hulluksi todetaan tai luokitellaan ihminen, jonka käytös poikkeaa niin sanotusta keskivertokäyttäytymisestä enemmän kuin normaaliuden rajat sallivat”* (Pietikäinen 2013,13).

1800 – luvun aikana syntyi psykiatrian lääketieteellinen oppi, joka pyrki nimeämään mielisairauksia käyttämällä diagnostisia kriteereitä samalla tavoin, kuten diagnosoitiin somaattisia sairauksia. Voitiin todeta, että psykiatrit olivat keskeisiä hulluuden hallinnoijia. Kuitenkin lääketieteen hierarkiassa psykiatrit saatettiin nähdä ammattilaisina vailla selvää ammattitaitoprofiilia tai tieteellistä perustaa. Psykiatrit eivät kyenneet parantamaan ihmisiä, he eivät myöskään kyenneet selittämään ”mielisairauksien” syitä ja mekanismeja tieteellisesti tyydyttävällä tavalla. Yhteiskunnassa oli tuolloin, kuten nykyaikanakin, paljon ennakkoluuloja itsestä erilaisia kohtaan. Psykiatrit olivat osaltaan 1900- luvun alussa tukemassa ”mentaalihygienian”, kansantalouden tai geneettisen laadun nimissä

mielenterveyspotilaiden leimaamista perimältään ”alempiarvoisiksi” ja kansanterveydelle vahingollisiksi. Tämä rotuhygieenisiä piirteitä sisältänyt yhteiskuntapolitiikka sterilisaatiolakeineen ja muine ihmisoikeuksia rikkovine käytäntöineen langetti vuosikymmeniksi varjon psykiatrian ylle. (Pietikäinen 2013,13.)

Psykiatria, psykologia ja hoitotiede ovat pyrkineet kehittymään ja kehittämään henkisen kärsimyksen auttamisen menetelmiä. Kärsimystä pyritään ymmärtämään, hallitsemaan ja helpottamaan. Joskus ihmiset saavat apua, toisinaan itse hoitomenetelmät aiheuttavat lisää kärsimystä ihmiselle. Kehittämistyö vuosisatojen aikana ei ole kuitenkaan tuonut vastausta kysymykseen ”mikä aiheuttaa mielisairauden” tai ”miten mielisairaus parannetaan” (Pietikäinen 2013, 13). Tämä on yksi tekijä, joka on luonut mahdollisuuden lääketieteen ulkopuolella toimiville systeemeille olla kehittämässä käytäntöjä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Suomessa perustettiin Mielenterveysseuran edeltäjä Turvayhdistys vuonna 1897.

Lapinlahden sairaalan lääkärit ja muut aktiiviset auttamistyötä tekevät halusivat perustaa yhdistyksen, joka tukisi vähäosaisiksi katsottuja ihmisiä ja perheitä.

Perustamiskokoukseen osallistuvia puhutti sairaalasta kotiutuvien potilaiden sijoittuminen yhteiskuntaan, turvakotien perustaminen ja ennakoluulojen poistaminen. Asiat, joista puhutaan edelleen. Yhdistyksen perustamista kannatettiin yksimielisesti. (Mielenvikaisten auttajasta mielen hyvinvoinnin tukijaksi historiikki/Mielenterveysseura 2017, 5.)

”Turvayhdistys mielenvikaisia varten syntyi Suomen suuri- ruhtinaskunnassa 19.1.1897. Lapinlahden mielisairaalan avarakatseiset lääkärit ja muut valistuneet kansalaiset halusivat parantaa mielisairauksista kärsivien kurjia oloja ja lieventää ennakoluuloja.” (Mielenvikaisten auttajasta mielen hyvinvoinnin tukijaksi historiikki/Mielenterveysseura 2017, 2.)

1960- luvulla antipsykiatrinen liike sai maailmalla paljon kannatusta. Liike pyrki vastaamaan medikalisaation nimissä luotuihin epäinhimillisiksi koettuihin kokemuksiin korjaavalla tavalla. Skotlantilainen psykiatri R.D. Laing oli yksi liikkeen tärkeistä vaikuttajista. Antipsykiatrian radikaalein laita piti käsitystä normaalista yhteiskunnasta harhaisena ja sairaana aivopesulaitoksena. Mielisairautta Laing piti parantumisprosessina, jonka perheen ja psykiatrian väliintulo voi estää ja hän samaisti harhat uskonnollisiin kokemuksiin. Potilaan piti antaa parantua itsestään ja muiden piti lopettaa parantaminen.

Mielisairaus on terve reaktio sairaaseen yhteiskuntaan – tämä on kuuluisa Langin väittämä. Suomessa antipsykiatrian ääriäitä jäi vaatimattomaksi, mutta 1970- luvulla alettiin yhä enemmän kritisoida laitoshoidoa. (Mielenvikaisten auttajasta mielen hyvinvoinnin tukijaksi historiikki/Mielenterveysseura 2017, 23.)

Suomessa perustettiin ensimmäiset (psykiatriset) potilastoimikunnat 1965. Vuosina 1968-70 perustettiin potilasyhdistyksiä ympäri Suomen ja Mielenterveyden keskusliitto perustettiin vuonna 1971. MTKL on valtakunnallinen kansalaisjärjestö, joka valvoo ja ajaa mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien sekä heidän läheistensä etuja yhteiskunnassa, toimii asiantuntijana heitä koskevissa kysymyksissä ja kehittää tarvittavia palveluja. Toiminnan punainen lanka on vapaaehtoisuus, tasavertaisuus ja vertaistuki. (www.mtkl.fi.)

Toiminnassa yhdistetään kokemusasiantuntemus ja ammatillisuus. Vertaistuki potilasjärjestöissä on kannustamista ja tukemista, jossa olennaista on ”yhteinen kokemus ja asiantuntijuus kohtalotovereiden kesken ilman ’valkotakkisyndroomaa’”. (Jankko 2008, 13.)

Ihmisyttä on pyritty ymmärtämään aikojen saatossa siis monin eri tavoin ja käsittein. Tällä hetkellä käytäntöjä pyritään kehittämään tieteellisen tutkimuksen avulla, jotta saataisiin ”menetelmiä jotka ovat vaikuttavia eivätkä vahingoita potilaita”, psykiatri, Mielenterveysseuran kehitysjohtaja Kristian Wahlbeck sanoo Silverbergin (2017) mukaan. (Silverberg 2017, 20). Tieteellä on kuitenkin huomattavia haasteita sen pyrkiessä kategorisoimaan ihmisen kokemuksia etenkin lääketieteen kontekstissa.

Yksi tapa kehittää mielenterveyden asiakastyötä ja luoda uusia, tarkoituksenmukaisia käsitteitä ja käytäntöjä on kokemusasiantuntijatoiminta. Keskustelu kokemusasiantuntijuudesta on lisääntynyt sekä maailmalla että Suomessa viime vuosina, mutta sille ei löydy vakiintunutta eikä täsmällistä määritelmää. Kokemusasiantuntijuus määritellään usein erilaisten tehtävien ja roolien kautta, joita ovat esimerkiksi vertaisohjaajana, kokemuskouluttajana, -arvioijana ja kehittäjänä toimiminen. (Jankko 2008, 2.) Toisaalta se on liitetty palvelunkäyttäjien osallisuutta koskevaan keskusteluun, yksilön valinnanvapautta korostavaan työtapaan, konsumerismin periaatteisiin sekä lainsäädännöstä ja valtakunnallisista suosituksista lähteviin suosituksiin. (Rissanen 2015, 203.)

Vuosikymmenien saatossa Länsi –Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrinen hoito on muuttunut paljon. Vielä 1970 – luvulla sairaalassa oli 160 vuodepaikkaa, kun niitä nyt on

22. Psykiatrasta hoitoa on kehitetty viimeisen 30 vuoden aikana useiden tutkimusten ja projektien kautta. 1980- luvulta lähtien ihmisten ja perheiden hoitoprosessin keskeisenä tapahtumana on ollut ns. hoitokokous, jossa pyritään dialogisuuteen siten, että ymmärrys tilanteesta voidaan synnyttää yhdessä osallistujien kesken (Aaltonen, Alakare & Seikkula 1999, 110). Tämä on suuri muutos edeltäviin käytäntöihin ja ammattilaisten asiantuntijuuteen perustuvaan paradigmaan nähden. Länsi- Pohjassa asiakkaiden ja heidän verkostoidensa palaute hoitohenkilökunnalle on ollut aina tärkeää ja oleellista ja täten voi sanoa, että hoitokulttuuria on luotu yhdessä palveluiden käyttäjien kanssa. Raha- automaattiyhdistys jakoi avustuksia 2000- luvulla kokemusasiantuntijakoulutusten aloittamiseen sairaanhoitopiireissä. Länsi- Pohjassa tämä toiminta olisi ollut luonteva jatko olemassa olevalle demokraattisuuteen pyrkivälle hoitokulttuurille, mutta sairaanhoitopiiri ei saanut tuolloin rahoitusta. 2014 työntekijät päättivät rakentaa ja järjestää koulutuskokonaisuuden kokemusasiantuntijuudesta kiinnostuneille asiakkaille. Tässä lopputyössäni haluan tutkia koulutuksesta saatuja kokemuksia, sillä kuten koko julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, myös Länsi-Pohjan psykiatrinen toiminta-alue on uusien haasteiden edessä ja toiminta tarvitsee jatkuvaa arviointia ja uusien käytäntöjen tutkimista.

2.1 Kokemusasiantuntijuus

Kokemusasiantuntijuuden lähtökohdat ovat niiden ihmisten kokemuksissa, jotka ovat olleet hoito- ja tukitoimenpiteiden kohteina erilaisten haasteiden kohdatessa. Kyseessä on voinut olla somaattinen sairaus, psykososiaaliset haasteet tai jokin muu tilanne, jossa yksilö tarvitsee ulkopuolista apua ja tukea. Kokemukset siitä, onko apu ja tuki ollut adekvaattia, eettistä ja/tai asianmukaista, on aktivoanut ihmisiä kertomaan julkisesti kokemuksistaan ja pyrkivän näin vaikuttamaan vallitseviin käytäntöihin. Sweeney (2009) kuvaa ”user movementin” lähtökohtia Englannissa seuraavasti; jo vuodelta 1620 on löytynyt dokumentti, jossa kerrotaan potilaiden protestoivan yhdessä vallitsevia epäinhimillisiä hoito- olosuhteita kohtaan. Kuitenkin vasta 1980- luvulla aktivoitui moderni palveluiden käyttäjien liikehdintä, joka alkoi ottaa aktiivisesti kantaa psykiatriseen ihmiskuvaan ja hoitokäytäntöihin. Tuolloin Englannissa oli tusinan verran aktiivisia potilasryhmiä, vuonna 2003 ryhmiä oli jo noin 300 ja niissä yhteensä noin 9000 jäsentä. (Sweeney 2009, 23.)

Kirjatuista historiankuvauksista voi lukea, että 1700- luvulla myös hoitohenkilökunta aktivoitui pohtimaan ja muuttamaan vallitsevia käytäntöjä isoissa ”hoitolaitoksissa”. Kuuluisin tarina lienee Ranskasta, jossa nykypsykiatrian isäksikin tituleerattu lääkäri

Philippe Pinel päätti vapauttaa potilaat kahleista Salpêtrieren sairaalassa Pariisiin ulkopuolella. (Pietikäinen 2013, 70.)

Potilaiden ja terveydenhuollon henkilökunnan perustamien yhdistysten lisäksi Suomessa toimii KoKoA ry – Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry. Ruotsiksi yhdistyksen nimi on KoKoA — Föreningen för Utbildade Erfarenhetsexperter rf, lyhennettynä KoKoA rf. Yhdistyksen kotipaikka on Helsinki ja se on kaksikielinen (suomi ja ruotsi). Yhdistys on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton. Yhdistyksen tarkoituksena on toimia kokemusasiantuntijuuden ja kokemustiedon edistäjänä ja edunvalvojana koko Suomessa. Yhdistyksen tavoitteena on poistaa sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaisiin kohdistuvia ennakkoluuloja ja tuoda jäsenistönsä kautta sosiaali- ja terveystalveluihin asiakkaan näkökulman ja osallisuuden. Tavoitteena on palvelujen kehittäminen yhteistyössä kaikkien toimijoiden kanssa. (www.kokemusasiantuntijat.fi) Myös kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma vuodelta 2009 painottaa kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä toimivampia palveluita kehitettäessä. (www.thl.fi)

Tätä toimintaansa varten yhdistys pitää jäsenistöään kokemusasiantuntijarekisteriä lain salliessa, järjestää juhlatilaisuuksia, tiedotustapahtumia, kursseja sekä seminaareja, tekee aloitteita ja ehdotuksia, sekä toimii muilla vastaavilla tavoilla yhdistyksen tarkoituksen edistämiseksi. Yhdistys on määritellyt roolin ”kokemusasiantuntija” seuraavasti:

- Kokemusasiantuntijoilla on omakohtaisia kokemuksia sairauksista ja pitkistäkin sairausjaksoista. Siitä syntyy kokemustietoa.
- He tietävät millaista on sairastua äkillisestikin, millaista on olla sairaana.
- He tietävät millaista on olla hoidossa ja myös kuntoutua.
- Kokemusasiantuntijat tietävät mikä heitä on toipumisessa auttanut, mitkä palvelut ovat auttaneet ja miksi ne ovat olleet niin tehokkaita. Ja mitkä kaikki asiat ovat vaikuttaneet heidän omaan kuntoutumiseensa ja mikä on mahdollisesti pitkittänyt sitä.
- He kääntävät omat, usein rankatkin kokemuksensa voimavaraksi ja auttavat muita saman kokeneita.
- Palvelut paranevat, kun niistä päättävät ja niitä suunnittelevat, voivat kokemusasiantuntijan avulla nähdä mitä sairastaminen todella aiheuttaa ihmisessä

kokonaisvaltaisesti. Usein vakava sairastaminen aiheuttaa palveluiden tarvetta yli sektorirajojen.

- Kokemusasiantuntija voi vastata henkilökunnan kysymyksiin, joihin akuutisti sairastunut ei osaa vielä vastata.
- He ovat valmiita puhumaan vaikeista asioista ja jakamaan henkilökohtaisia tarinoitaan.
- Myös omainen tai läheinen voi olla kokemusasiantuntija. Rakkaan sairaus vaikuttaa myös vieressä eläjän arkeen voimakkaasti. Hän voi toimia omaisten puolestapuhujana.
- Usein haluna ryhtyä kokemusasiantuntijaksi on vahva tahto vaikuttaa palveluiden parantamiseen, tasa-arvon synnyttämiseen ja tietoisuuden lisääntymiseen.
- Useilla yhdistyksillä ja järjestöillä on omia kokemusasiantuntijoita. He voivat olla samanaikaisesti myös KoKoA:n jäseniä ja lisätä siten työllistymismahdollisuuksiaan.

Millaisia työtehtäviä kokemusasiantuntijalla voi olla?

- ryhmänohjaajana ammattilaisen työparina
- vertaisohjaajana vertaisryhmässä
- kokemuskouluttajana oppilaitoksissa, koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa
- antamalla haastatteluja eri medioihin
- kehittäjänä ohjausryhmien, työryhmien tai johtoryhmien jäsenenä tai järjestöjen kehittämistehtävissä
- kokemusarvioijana osallistumalla palvelujen toimivuuden, laadun sekä ihmisoikeuksien toteutumisen arvioimiseen tutkimusryhmän jäsenenä.
- tukihenkilönä tai vertaisneuvojana

Miten kokemusasiantuntija työskentelee?

- Käytännön työssä kokemusasiantuntijat toimivat usein yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa.

- Asiakastyössä kokemusasiantuntija voi toimia ”tulkkina” hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä ja päinvastoin. Yhteistyö lisää molemminpuolista ymmärrystä, syventää tietoa ja parantaa palvelua.

(www.kokemusasiantuntijat.fi 1.10.2017)

Kokemusasiantuntijoiden toimintaan kuuluu palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin liittyviä tehtäviä. He osallistuvat kokemusasiantuntijan roolissa työryhmiin, erilaisten työyhteisöjen toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen, sekä palvelujen laadun ja saavutettavuuden kartoittamiseen. Yhtenä uutena toimintakenttänä on kokemustutkijana tai kokemusarvioijana toimiminen. (Soronen 2016, 19.) Tämä on tärkeä rooli, sillä mielenterveyttä käsittelevät tutkimukset ovat pääosin lääketieteellisistä lähtökohdista tehtyjä tutkimuksia (Beresford & Rose 2009, 11), joka voi luoda yksipuolisen kuvan ihmisyyden kokemiseen liittyvästä problematiikasta. Rissasen (2015) mukaan suomalaiset kokemusasiantuntijat pitävät erityisesti potilaan roolista luopumista tärkeänä. Siihen alistumisen sijaan on rakennettava toisenlaisia identiteettejä, kuten opiskelija, työntekijä, kokemusarvioija, vertainen tai ystävä. Rissasen mukaan kokemusasiantuntijoiden kanssa keskustellessa esiin ovat nousseet käsitteet kroonikko ja kuntoutuja. Kroonikko määrittyy ihmiseksi, jolla ei ole toivoa, joka on jämähtänyt paikoilleen, eikä ota vastuuta itsestään. Kuntoutuja-käsitteeseen liittyy toivo sekä vastuunottaminen itsestä ja omasta elämästä. Kokemusasiantuntijuus tuo asiakkuuteen ja kuntoutujan rooliin asiantuntijuuden tuoman arvostuksen. Näin se muuttaa potilaan ja kuntoutujan identiteettiä. On eri asia olla hoidettava potilas tai kuntoutuja kuin asiantuntija, jota kuunnellaan ja jonka asiantuntemusta arvostetaan. (Rissanen 2015,160.)

3 KOKEMUSASIAANTUNTIJAKOULUTUS

Kokemusasiantuntijana toimiseen liittyy lähes poikkeuksetta jonkinlainen koulutus, jota järjestävät monet eri toimijat. Koulutusta järjestävä kokemuskouluttajaverkosto on levittäytynyt ympäri Suomea ja siihen kuuluu paljon yhdistyksiä ja muita toimijoita. Moni kokemusasiantuntijakoulutus on toteutunut erilaisten kansallisten hankkeiden turvin (Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke Mielen Avain 2011-2015). Koulutusta ovat järjestäneet myös sairaanhoitopiirit. (Soronen 2016, 20.) Kansainvälisesti erilaisia koulutuksen malleja löytyy paljon. Koulutuksien teorian ja ajankäytön tematiikka

vaihtelevat paljon; toisissa koulutusohjelmissa korostetaan mielenterveyteen liittyvän lainsäädännön ja diagnostiikan oppimista, toisissa korostetaan ihmiskuvan tarkastelua ja erilaisten toimijuuksien omaksumista. Kaikella tiedolla on epäilemättä paikkansa ja painotukset koulutusohjelmissa liittyvät monesti kyseessä olevaan toimintaympäristöön.

Intentional Peer Support on organisaatio ja teoreettinen oppimisalusta ihmisten kanssa työskentelyyn. Sen juuret ovat sosiaalisessa konstruktivismissa, jossa korostetaan todellisuuden syntymistä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Organisaatio perustettiin 1990-luvulla sosiaalityöntekijä Shery Meadin toimesta. Hänellä oli kokemuksia psykiatrisista hoitojärjestelmistä sekä siitä, mitä psykiatrinen diagnoosi siihen aikaan merkitsi vanhemmuudelle ja asemalle yhteiskunnassa. IPS syntyi tarpeesta muuttaa käytäntöjä ja vaikuttaa yhteiskunnallisiin rakenteisiin. (www.intentionalpeersupport.org) IPS:n toimintaperiaatteita on kolme: ensimmäinen korostaa pidättäytymistä ”auttamisesta”, joka voi johtaa tilanteessa epäedulliseen valta-asetelmaan; toinen on auttaja ”oikeine” vastauksineen ja toinen vastaanottavassa asemassa oleva, jolla ei ole adekvaattia ymmärrystä omasta elämäntilanteestaan. Mead puhuu auttamisen käsitteen sijasta yhdessä oppimisesta, jolloin kaikki tilanteessa olevat voivat tarjota toisilleen uusia näkökulmia. Auttamisen käsitettä tarkastelemalla voi myös pohtia ongelmanratkaisumallia, joka Meadin mukaan voi myös estää ihmistä voimautumasta. Ongelmanratkaisun sijaan keskustellaan ja opitaan yhdessä niitä tapoja, joilla on oppinut antamaan merkityksiä elämässään tapahtuneille asioille. (www.psychologytoday.com/ Mead 2016.)

Toinen periaate koskee ihmissuhteiden dynamiikan tarkastelua. Meadin mukaan traditionaalinen hoitotaho keskittyy yksilöön tarkastellen asioita hänen tarpeistaan lähtöisin. IPS keskittyy (auttamistyössä) suhteisiin, joissa neuvotellaan kummankin osapuolen tarpeista ja näkökulmista. Tavoite on suhteessa, jota kumpikin osapuoli voi aidosti arvostaa ja pitää merkityksellisenä. (Mead 2016.)

Kolmannen periaatteen Mead kertoo koskevan toivoa ja pelkoa. Tämän periaatteen ytimessä on epä mukavuuden (discomfort) sietäminen. Tilanteessa huomio kohdistetaan mahdolliseen pelkoon (tunteena), koska pelko saa meidät reagoimaan kontrolloivasti tilanteissa. Jos tilannetta ja ihmistä ohjaa (tunteena) toivo, epävarmuuden voi omaksua johdattamaan keskustelijat yhteiseen ratkaisuun ja uusiin mahdollisuuksiin. (Mead 2016.)

Kari Soronen (2016) on selvittänyt Jyväskylän yliopistoon tekemässään pro gradu - tutkimuksessaan mielenterveyden kokemusasiantuntijoiden kokemuksia toiminnan henkilökohtaisista merkityksistä ja koetuista yhteiskunnallisista vaikutusmahdollisuuksista. Tutkimuksen mukaan kokemusasiantuntijat kokevat toimintansa mielekkääksi. He kertovat saavansa mielekästä sisältöä elämään ja tärkeitä sosiaalisia suhteita, sekä aitoja voimaantumisen kokemuksia pystyessään vaikuttamaan asioihin. Samalla kerrotaan koettavan riittämättömyyden tunnetta ja epävarmuutta lisääntyvän toiminnan ja tulevaisuuden haasteiden edessä. Koetaan, että kokemusasiantuntijana voidaan aidosti vaikuttaa mielenterveysongelmia kohtaan tunnettuihin negatiivisiin asenteisiin ja päästään myös vaikuttamaan tulevien mielenterveysalan ammattilaisten asenteisiin opiskeluvaiheessa. Omakohtaisiin kokemuksiin perustuvien tunteiden välittäminen mielenterveysongelmiin liittyen koetaan hyvin tärkeäksi. (Soronon 2016,2.)

Hollantilainen Wilma Boevink (2017) kuvaa väitöstutkimuksessaan palveluiden käyttäjien ("user movement") olevan Hollannissa hyvin aktiivisia, he tarjoavat vertaistukiryhmiä mielenterveyspotilaille sekä koulutusta mielenterveyden piirissä työskenteleville työntekijöille. Hän kuvaa motivaation tulevan siitä omasta kokemuksesta, että psykiatristen käytäntöjen tulee muuttua ja he ovat vakuuttuneita siitä, että palveluiden käyttäjät voivat toiminnallaan tuoda hoitokulttuuriin uutta näkökulmaa. Hän tutki myös kokemusasiantuntijoiden osallistumista asiakkaiden hoitoon; sen koettuja merkityksiä. Kokemusasiantuntijat osallistuivat hoitoprosessiin "tavanomaisen hoidon" rinnalla. Tulokset kertoivat tutkimukseen osallistujien lisääntyneestä "mielenterveyden itsetunnosta", vähentyneistä itsekuvatuista oireista, vähemmästä hoidon tarpeesta sekä vähentyneestä riskistä hoidolliseen laitostumiseen. (Boevink 2017,155.)

Mervi Ropponen (2011) on tutkinut Vaasan yliopistoon tehdyssä pro gradu- työssään, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat, ja miten niitä voidaan kehittää kokemusasiantuntijuuden avulla. Lisäksi tavoitteena oli kartoittaa jo olemassa olleen toiminnan kokemuksia ja -muotoja Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toiminta-alueelta. Tutkimuksessa nousi esiin, että ammattilaiset helposti ajattelevat tietävänsä palveluiden käyttäjien tarpeet paremmin kuin käyttäjät itse. Tutkimuksen analyysi tukee kuitenkin teoriaa, että ammatillinen apu ei pelkästään riitä. Osaamista voi olla monenlaista, ja niiden ei tarvitse kilpailla keskenään, jotta voimme parhaalla mahdollisella tavalla kyetä vastaamaan apua tarvitsevan henkilön tarpeisiin. Ropponen toteaa, asiakas- ja palvelukeskeisyyden tavoittelussa tulee pyrkiä yhä

parempaan palveluiden käyttäjien mukaan ottamiseen. Tutkimusaineiston mukaan toisaalta muutosten tuoma ahdistus ammattilaisille ymmärrettiin, mutta samalla toivottiin heille enemmän rohkeutta ja uskallusta. Ropponen pohtii asiaa ammattilaisten näkökulmasta: taustalla saattaa olla ajattelun joustamattomuutta ja jopa pelko omasta asemasta. Edelleen hän pohtii tutkimuksessaan ammatillisen itsetunnon merkitystä: mikäli se on kovin heikko, voidaan moninainen toiminta kokea jopa uhkana. (Ropponen 2011, 71-76.)

ITHACA- hankkeessa (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) vuosina 2008-2009 selvitettiin ihmisoikeuksien ja fyysisen terveydenhoidon toteutumista mielenterveys- ja päihdelaitoksissa sekä asumispalveluissa. Hankkeessa oli mukana 16 maata ja Suomen osuuden toteuttivat THL:n mielenterveysyksikkö ja Mielenterveyden keskusliiton YYA- kehittämishanke. Arviointiin osallistui yhdeksän kokemustutkijaa, kolme tutkimustyön ohjaajaa ja hankekoordinaattori. Kokemusarvioinnin keskeisenä tuloksena oli, että tutkittavien kuuden yksikön toiminnassa on merkittäviä eroja. Asiakkaiden, asukkaiden ja potilaiden itsenäistä elämää ja sosiaalista osallistumista rajoitetaan kohtuuttomasti. Ihmisoikeusloukkauksista tutkimuksessa korostuivat arkielämän rajoitukset, epäasiallinen kohtelu ja pakottava yhteisöllisyys (asukkaiden työvoiman käyttö yksiköissä ilman korvausta). Tutkimustulosten perusteella kokemusarvioitsijat laativat suosituksia, joissa tarkastellaan kuntoutumista tukevan hoidon ja kuntoutuksen edellytyksiä, ihmisoikeuksia kunnioittavaa hoitoa ja kuntoutusta sekä palveluiden käyttäjien yhteiskuntaan kiinnittymistä tuloksellisen hoidon ja kuntoutuksen seurauksena. (Salo 2010, 8.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä lopputyössä tutkin kokemuksia Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä toteutetusta kokemusasiatuntija – koulutuksesta sekä kouluttajien että koulutukseen osallistujien näkökulmasta. Sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella järjestettiin ensimmäinen kokemusasiatuntija – koulutus vuonna 2014. Koulutukseen osallistui 6 henkilöä ja ryhmää ohjasi kaksi sairaanhoitajaa, yksi psykologi sekä yksi kokemusasiatuntija – kouluttaja. Olen itse toiminut kokemusasiatuntijoiden työnohjaajana yhdessä kokemusasiatuntijakouluttajan kanssa syksystä 2015 lähtien.

4.1 Kokemusasiantuntijuus Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin kuuluu kuusi kuntaa; Tornio, Kemi, Keminmaa, Tervola, Ylitornio ja Simo. Sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueeseen kuuluvat lasten ja nuorten psykiatriset palvelut, yleissairaalapsykiatriset palvelut sekä aikuispsykiatrian polikliiniset palvelut Keroputaan sairaalassa ja Torniossa. Yli 18- vuotiaiden sairaalapaikkoja on 22. Työntekijöitä sairaanhoitopiirissä on noin sata.

Kolme sairaanhoitopiirin työntekijää osallistui Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kokemusasiantuntija- kouluttaja koulutukseen syksyllä 2013. Koulutuksessa oli työntekijöiden kokemuksen mukaan hyviä asioita mutta verrattuna dialogisuuteen pyrkivään kontekstiin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella, koulutuskonsepti tuntui jäykältä ja hierarkkiselta. Koulutus ei myöskään pitänyt sisällään lainkaan psykiatrista näkökulmaa vaan kokemusasiantuntijuutta tarkasteltiin somaattisen sairastamisen näkökulmasta. Tällöin työntekijöillä ja kokemusasiantuntija- kouluttajalla syntyi ajatus oman koulutuskonseptin rakentamisesta. Koulutuksessa olisi samoja elementtejä kuin Posken koulutuksessa mutta tilaa olisi keskustelulle enemmän. Koska selkeää työnkuvaa kokemusasiantuntijoille ei ole valtakunnallisesti vielä kehitetty, koulutuksen yksi tavoite oli kehittää ja miettiä yhdessä, mitä kokemusasiantuntijuus Länsi-Pohjan psykiatrian tulosalueella voisi olla.

Pohjana koulutuksen suunnittelussa oli Pohjois- Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (POSKE) kokoama Kokemusasiantuntijan käsikirja sekä Mielenterveyden keskusliiton Kokemuskouluttajan käsikirja. Merkittävässä osassa suunnittelussa oli myös kokemusasiantuntijakouluttajan kokemus valtakunnallisesta koulutuksesta sekä roolista vertaisena. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä on vierailut vuosien ajan eri alan ammattilaisia ja ulkomaalaisten kokemusasiantuntijoiden näkemykset ovat olleet rikastuttava ääni koulutusta suunnitellessa. (Savolainen 2015.)

Työntekijät keskustelivat ajatuksistaan työyhteisöissään ja kun koulutus päätettiin aloittaa, hakuprosessi käynnistettiin siten, että esite ryhmästä (liite 1) jaettiin jokaisen psykiatrian tulosalueen yksikön asiakasaulaan. Hakijat haastateltiin elo- syyskuussa 2014. Kaikki haastatellut 8 henkilöä valittiin ryhmään. Yksi henkilö jäi pois elämäntilanteen muutoksen vuoksi ennen koulutuksen alkua ja yksi henkilö jäi pois ensimmäisen tapaamisen jälkeen. Koulutukseen kuului 6 ryhmäläistä ja ohjaajina oli 3 sairaanhoitopiirin työntekijää ja yksi kokemusasiantuntijakouluttaja. Tapaamisia oli kaikkiaan 9 aikavälillä 18.09.2014 –

07.05.2015. Ryhmässä ei vaadittu sitoutumista ryhmän suorittamiseen eikä kokemusasiantuntijana toimimiseen jälkeinpäin. Tapaamisissa sovittiin suullisesti vaitiolovelvollisuudesta. (Savolainen 2015.)

Ennen koulutuksen alkamista, prosessi piti sisällään runsasta keskustelua koulutuksen tarpeellisuudesta ja lähtökohdista. Eräs pohdinnan kohta oli se, tarvitseeko kokemusasiantuntijoita kouluttaa; eivätkö ihmiset oman elämänsä asiantuntijoina osaa kertoa kokemuksestaan muutenkin? Tarvitseeko ihmisten käydä läpi omia elämäntarinoitaan koulutuksen aikana; onko tämä näkökulma toteutunut jo hoidossa ja onko se oleellista kokemusasiantuntijana toimimisessa? Mitä kokemusasiantuntijat voivat tehdä koulutuksen jälkeen sairaanhoitopiirin organisaatiossa, missä heidän kokemuksestaan on hyötyä? (Savolainen 2015.)

Keskustelujen jälkeen löytyi selkeitä määrittämiä koulutuksen tavoitteisiin: koulutuksessa on tarkoitus käydä läpi omia menneitä kokemuksia, jäsentää niitä ja saada kokemusta muille tarinan jakamisesta. Koulutuksen on tarkoitus valmistaa kokemusasiantuntijana toimimiseen, joten koulutuksessa läpikäydään tietoa kokemusasiantuntijana toimimisen mahdollisuuksista ja keskitytään omien vahvuuksien ja mielenkiinnon kohteiden löytämiseen. Koulutuksen rakenne oli kaksiosainen siten, että syksyllä keskityttiin ryhmäläisten tarinoiden jakamiseen ja keväällä valmiuksien rakentamiseen kokemusasiantuntijana toimimiseen. Koulutuksessa ei ollut diagnoosilähtöistä näkökulmaa tai teoriaosuutta psyykkisistä häiriöistä. Tämä oli tietoinen valinta. Koulutuksessa keskityttiin kokemusten jakamiseen ja merkitysten pohtimiseen; haluttiin välttää oirekuvausten mahdollisesti yksipuolista ja leimaavaa korostumista. Myös nähtiin tärkeänä se, että ihmisten ei tule ”tuotteistaa” tarinaansa vaan rakentaa yhdessä tunnepuolen valmiuksia, jotka voivat tukea ihmisiä heidän kertoessaan omaa tarinaansa erilaisissa tilaisuuksissa. (Savolainen 2015.) Kokemusasiantuntijatoiminta on Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella uutta ja työn tekemisen tutkiminen on hyvien ja toimivien käytäntöjen kehittymiseksi erittäin tärkeää. Huomioitavaa on myös se, että kokemusasiantuntijuus kypsyy ja kehittyy samalla tavalla kuin muukin asiantuntijuus. Se edellyttää kouluttautumista, opiskelemista, reflektoitua tiedontuottamisen tapaa, ajankohtaisten asioiden seuraamista, keskustelua, dialogia ja kokemusten jakamista toisten kuntoutujien, tutkijoiden ja palvelujen kehittäjien kanssa. (Jankko 2008, 76–87.)

4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi

Keskustelussa käytin runkona Tom Andersenin yhteistoiminnallista haastattelua. 1990-luvun alussa Tom Andersen ja hänen kollegansa Norjasta ja Ruotsista kehittivät tämän toiminnallisen haastattelurungon kehittäkseen ymmärrystään ja taitojaan toimiessaan terapeutteisessä viitekehyksessä. Asiakas ja hänen perheensä kutsuttiin paikalle puoli vuotta hoitoprosessin loppumisen jälkeen, jolloin käytiin keskustelu siitä, mikä oli ollut merkityksellistä prosessissa sekä asiakkaalle, verkostolle että hoitavalle tiimille.

Yhteistoiminnallisessa haastattelussa syntyvä keskustelu voi auttaa uuden ymmärryksen syntymisessä. Andersenin mukaan terapeutista työtä tekevä arvioi omaa tekemistään monilla eri tasoilla:

- a) rationaalinen tietäminen (rational knowing), joka kehittyy kirjallisuuden tutkimisella ja teoreetikoita kuulemalla --- Andersenin mukaan tämän tapainen tietäminen laajentaa henkilön kykyä käsittää ja tarkastella merkityksiä.
- b) Kokemuksellinen tietäminen (practical knowing), joka kehittyy tarkkailemalla muita klinikoita --- Andersenin mukaan tämä lisää ihmisen kykyä suhteessa puhumiseen ja toimimiseen joka johtaa lisääntyneeseen itsenäisyyteen omassa praktiikassa.
- c) Tietäminen, joka syntyy (ihmis) suhteissa (relational knowing), joissa ihminen voi löytää omaa suhdettaan toisiin siten, että siinä oleminen on hyödyllistä kaikille, jotka ottavat osaa siihen.
- d) Kehollinen tietäminen (bodily knowing), joka pitää sisällään kaikki ”mikrovastaukset”, joita aistimme ja vastaanotamme. Kehollinen tietäminen osallistuu tarkoituksenantamisen prosessiin ennen sanojen ja kielen antamaa analyysiä. (Andersen 1997, 126)

Valitsin tämän tutkimusmenetelmän, koska tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrä on pieni ja kyselytutkimus ei olisi tuonut kokemuksia koulutuksesta yhteiseen keskusteluun. Haastattelussa voidaan myös säädellä aineiston keruuta joustavasti ja vastaajia myötäillen (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1996,200). Kuten Andersenin ja työryhmänkin kokemuksissa, itse keskustelu haastattelussa synnyttää uutta ymmärrystä kokemuksen kautta. Sosiaalinen konstruktionismi tutkii merkitysten syntymistä kokemuksen ja kielen yhteydellä; Bergerin ja Luckmanin mukaan kieli saa alkunsa jokapäiväisessä elämässä ja viittaa ennen kaikkea todellisuuteen, joka koetaan täydessä

valvetilassa. Tätä todellisuutta hallitsevat joukko merkityksiä, jotka kohdistuvat tämänhetkisiin tai tuleviin toimiin. (Berger & Luckman 1966,49.)

Haasteena tässä tutkimusmenetelmässä on kokemusten hyödyntäminen ja kielelliseen asuun saattaminen tutkimusmielessä. Videointiin pyydettiin haastateltavilta suulliset luvat. Video on katsottu useaan otteeseen ja litteroitu. Aineistona on haastattelumateriaali, jota analysoidaan. Aineiston analyysi tapahtuu aineistolähtöistä analyysiä käyttäen. Aineistosta on jäsennetty merkityskokonaisuuksia, jotka kuvaavat tutkittavien kokemuksia. (Tuomi, Sarajärvi 2002,101-105.) Olen tutustunut myös diskurssianalyysin lähtökohtiin, sillä dialogisen työtavan todellisuus linkittyy mielessäni myös siihen, miten kielelliset sopimukset ohjaavat ajattelua ja toimintaa. (Jokinen, Juhila, Suoninen 1999.) Hirsjärven ym. mukaan diskurssianalyysin tutkimusperinne on peräisin ranskalaisen Michel Foucaultin tutkimusotteesta, joka mukaan diskurssianalyysissä on tarkoitus tutkia tiedon muodostumisen rakennetta ja rakentumista. Tutkimusta tehtäessä tekstistä etsitään samansukuisia kielikuvia ja puhetapoja. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1996,220-221.)

Keskustelin kokemusasiantuntijoiden kanssa haastattelun tekemisen mahdollisuudesta viisi kuukautta ennen haastattelun tekemistä. Puhuimme yhdessä mahdollisesta ajankohdasta eli keväästä 2017. Lähetin kutsun helmikuussa 2017 ja haastattelu tehtiin huhtikuussa 2017. Haastatteluun osallistui neljä ryhmänohjaajaa sekä kolme koulutukseen osallistujaa. Kaksi osallistujaa vastasi kysymyksiin sähköpostitse. Yksi koulutukseen osallistunut ei vastannut yhteydenottooni. Katsoessani nauhalta haastattelua, huomasin, että kamera ei ollut nauhoittanut koko keskustelua. Tällöin lähetin koulutukseen osallistuneille kutsun vastata kysymyksiin sähköpostitse. Kaksi kokemusasiantuntijaa vastasi kysymyksiin kirjallisesti haastattelun sijaan. Haastattelussa olleet eivät vastanneet kirjallisesti kysymyksiin. Puutteellisen nauhoitetun aineiston vuoksi käytän hyväkseni aineiston analyysissä ja tarkastelussa omia muistikuviani keskustelusta sekä muistiinpanojani. Olen tietoinen siitä, että kokemuksia on mahdollista välittää ohuesti ja ehkä vain satunnaisesti koettua välittäen mutta joskus se on riittävää keskustelun aikaansaamiseksi.

Käytin haastattelussa tämän tutkimuksen tarkoituksiin sopivaa itse muokkaamaani versiota Andersenin ym. kehittämästä haastattelurungosta. (Liite 2) Ennen haastattelun alkua keskustelimme yleisesti kokemusasiantuntija – toiminnan aloittamisen lähtökohdista ja näkemyksistä Länsi-pohjan sairaanhoitopiirissä. Sitten kävimme läpi haastattelun rakenteen, jossa haastattelin ensin kouluttajia ryhmäläisten kuunnellussa ja sitten

ryhmäläisiä kouluttajien kuunnellessa. Keskustelun tavoitteena oli luoda reflektiivinen tila, jossa kaikilla osallistujilla oli mahdollisuus pohtia ja arvioida kuulemaansa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Mitä asioita ryhmäläiset arvostivat toiminnassanne?

Ilmapiiri koettiin avoimena ja luottamuksellisena

”hyvää palautetta saanut siitä, että on puhunut suhteellisen avoimesti omista kokemuksista”

”Ohjaajat olivat mielestäni myös hyvin innostuneita koko koulutuksen ajan.”

”Avoimuutta ja aktiivista mukana oloa.”

Koulutuksen alussa oli tilanne, jossa yksi koulutukseen osallistujista poistui paikalta, eikä hän palannut ryhmään takaisin. Kokemus oli, että tilanne keskusteltiin rakentavasti ja avoimesti läpi muiden ryhmäläisten kanssa. Tämän koettiin myös luoneen avoimuutta ja luottamusta ryhmän sisällä. *”suhteellisen joustavasti ja avoimesti käsiteltiin”*

Koulutukseen osallistuminen ei sitouttanut ihmisiä automaattisesti työtehtäviin tulevaisuudessa

Koettiin, että kirjallisen sitouttamisen myötä avoimuus ja luottamus olisi voinut kärsiä. Vastavuoroisuus ja aito asiakaslähtöisyys koettiin tärkeänä.

”tietynlainen vapaus; tämä ei sitouta mihinkään” ”ei sitovia sääntöjä jatkotoimintaan.”

Koulutettavilla oli tilaa puhua omista ajatuksistaan ja kokemuksistaan

Kaikki ohjaajat koettiin kannustavina. Vastauksissa kerrottiin kokemuksesta, että he huomioivat kaikki tasapuolisesti ja tunnelma ryhmässä oli koko prosessin ajan aina lämmin ja turvallinen. Palautteen mukaan koskaan ei tuntunut siltä, etteikö olisi uskaltanut jotain sanoa ääneen. Ryhmäohjaajat ottivat kaikkien mielipiteet huomioon ja kaikki tulivat hyvin kuulluksi ryhmäprosessin aikana. Vastausten mukaan ohjaajat olivat myös hyvin innostuneita koko koulutuksen ajan. Ohjaajien koettiin olevan avoimia ja aktiivisesti mukana koko prosessin ajan.

”Sai puhua”

”Eniten arvostin sitä, miten lämpimästi ja avoimesti he kohtasivat meidät ja meidän tarinat.”

”Koskaan ei tuntunut siltä, etteikö olisi uskaltanut jotain sanoa ääneen.”

”Paljon puhuttiin, oltiin aktiivisia ja avoimia, joka oli koulutuksessa ensiarvoista.”

”Oltasko me onnistuttu antamaan tilaa meidän ryhmäläisille?” ”ryhmäläisten tarina ja jakaminen lähti kantamaan”

Kokemuksia yhteishengestä, joka ryhmässä näyttäytyi myös yhteisenä huumorina. *”... tuli meidän ryhmässä sellainen inside-vitsi.”* Ryhmäytymisen koettiin myös onnistuneen, huolimatta siitä, että ryhmäläiset olivat eri ikäisiä ja hyvinkin erilaisen kokemusmaailman eläneitä.

5.2 Mistä olisi pitänyt puhua mutta ei puhuttu?

Hyvinvointi

Miten voi suojella itseään, olisiko hyvinvoinnista pitänyt puhua enemmän, mitkä ovat omia voimavaroja ja mistä niitä voi ammentaa?

”Aika paljonhan me puhuttiin näistä, miten pystyy tai täytyy suojella itseänsä ja rajojen vetämisestä ---tässä ryhmässä oli poikkeuksellista, että siitä puhuttiin niin paljon.”

Keskustelussa tuli myös esille ajatus siitä, että olisiko teemana hyvinvointi ja jaksaminen ollut asia, jota olisi pitänyt vielä tarkentaa?

”ollaanko me käytetty siihen tarpeeksi aikaa?” ”mitä kaikkea se (asiakastilanteisiin osallistuminen) voi herättää tunnetasolla”

”ei haluttu puhua ittestä huolehtimisesta liikaa, jotta ei oltais paapovia”

Työtehtävien- ja roolien määrittely ja käytäntö

Asiakkaiden ja verkostojen hoidollisiin tapaamisiin eli hoitokokouksiin osallistumisesta ei puhuttu tarpeeksi; kuinka ”suojata” itseään hoitokokouksessa ollessa. *”hoitokokouksiin osallistumisestahan kaikilla on jokin kokemus – mutta kuitenkin vielä, että mitä se meinaa kun kokemusasiantuntijana menee siihen”*

Hallinnollisista tehtävistä sairaanhoitopiirin organisaatiossa ei puhuttu lainkaan, kuitenkin työtehtäviin on kuulunut hallinnollisiin työryhmiin osallistumista. Tätä ei tiedetty koulutuksen alussa. *”en minäkään tiedä, mitä hallinnollisissa ryhmässä tapahtuu”*

Oli myös kokemuksia, joissa koulutuksen teoreettinen sisältö koettiin riittävänä.

"En ainakaan keksi mitään. Mielestäni koulutuksessa tuli paljon asiaa ja informaatiota tuli riittävästi"

"Vaikea muistaa, joten siinä mielessä on hankala lisätä mitään."

"Aikataulutus oli vain välillä vähän ongelmallista, aika meinasi siis monesti loppua kesken, mutta siitä tuli meidän ryhmässä sellainen inside-vitsi."

5.3 Mitä ajattelette nyt jälkeenpäin: onko tämä ryhmä valmistanut

kokemusasiantuntijoitamme niihin työtehtäviin, joissa he ovat toimineet koulutuksen jälkeen?

Koulutuksen arveltiin antaneen ihmisille tietynlaisen "peruspohjan" kokemusasiantuntijan työn tekemiselle. *"En kokenut oloani epävarmaksi työtehtäviin mennessäni."* Itsensä suojaaminen käsitteenä on tullut tutuksi sekä mahdollisesti se, mikä työskentelyssä ja aihepiirissä kiinnostaa ja mikä ei. Koulutus tuki ja opetti työparityöskentelyä. *"ryhmän tarkoitus on ollut avata ja luoda väyliä, vaikea luoda valmiita käsikirjoituksia --- se on se oma persoona ja kokemus jonka kautta tätä työtä tehhään"*

Tässä yhteydessä tuotiin esille myös kokemusta avohoidon yksikön palautteesta, jossa kokemusasiantuntijat kävivät esittäytymässä. Siellä henkilökunta totesi kokemusasiantuntijuuden olevan todella tärkeää mielenterveyspuolen työn tekemisessä.

Kehittäjäasiakkuus

Keskustelussa tuli esille kokemuksia siitä, että kehittäjäasiakkaan työnkuvaa ja näkökulmaa olisi voinut määritellä ja avata enemmän. *"just tää kehittäjäasiakasnäkökulma, me oltas varmaan paremmin voitu ryhmän aikana avata sitä että,missä kohti nää kehittäjäasiakkaat vois niinku olla hyödyllisiä tai jotenki sitä ois voinu tehdä konkreettisemmaksi...musta tuntuu, että se on jotenki jääny hämäräksi tai vieraaksi asiaksi"*. Toisaalta keskustelussa tuli esille myös lähtökohtia toimintaan; koulutuksen alussa kouluttajille ja organisaatiolle oli vielä epäselvää, mitä ovat ne roolit ja työtehtävät, joihin kokemusasiantuntijoita organisaatiossa käytetään. Koulutuksen yksi tehtävä oli synnyttää ja pohtia näitä asioita yhdessä. *"mutta eihän me ees tietty, että tulee pyyntö olla mukana hallinnollisissa ryhmissä"*.

"Mutta onko myös niin, että eteen voi tulla tehtäviä, joita lähtiessä ei hoksaa? Se voi herättää isoja tunteita. Kyse on prosessista, ryhmäläiset ja vetäjät. Tärkeintä on, että

ihminen tutustuu tarinaansa, oppii reagoimaan muiden tarinaan ja oppii ottamaan vastaan muiden reagointia omaan tarinaan.”

”Kyllä osittain, mutta en mielestäni päässyt riittävästi tutustumaan sellaisiin asioihin, joihin olisin halunnut. Ehkä minulla oli liiankin suuret toiveet koulutuksen suhteen, enkä osaa oikein eritellä, mitä olisi pitänyt käsitellä. Olen erittäin ankara ja kriittinen itseänikin kohtaan, joten siinä mielessä on turhaa arvostella. Kaiken kaikkiaan koulutus oli myönteinen prosessi.”

5.4 Oliko prosessissa vaikeita hetkiä?

Elämäntarinoiden jakaminen

Koulutukseen kuuluva oman tarinan jakaminen sekä siihen liittyvien tuskallisten muistojen aktivoituminen prosessin aikana tuntui vaikealle. Luottamuksen syntyminen ryhmässä helpotti asioiden jakamista prosessin edetessä.

”Vaikeaa oli myös se, kun koulutuksen aikana käytiin sitä omaa tarinaa kokoajan läpi, niin välillä nousi mieleen niin voimakkaasti niitä vanhoja tunteita ja kokemuksia, että tuntui kuin olisi elänyt ne uudestaan läpi.”

”Alussa oli vaikeaa, kun piti pohtia omaa sairastumista ja kertoa siitä.”

”Ja tietysti olihan se välillä vähän vaikeaa, kuulla kuinka rankkoja kokemuksia toisilla on.”

”Myös muiden vaikeat kokemukset koskettivat, mutta nämä myös yhdessä ”hitsasivat” meidät yhteen.”

”Meille tapahtuneet kokemukset ja niihin liittyvät keskustelut herättivät luottamuksen keskuuteemme.”

Tasa-arvo

Koulutuksen ohjaajien roolien tasa-arvo nousi keskustelussa esille. Kaikkia koulutuksen ohjaajia ei huomioitu sairaanhoitopiirin organisaation taholta koulutuksen päätöstilaisuudessa.

”kaikki muut ryhmäläiset ja ohjaajat saivat ruusun paitti mie. Se oli aika kova paikka, sitten ymmärsin, että oli toinen jalka toisella ja toinen jalka toisella niin sitten ei tullu noteerattua...”

”silloin tästä ei puhuttu... mekin oltiin ihan mykistyneitä”

Vastauksissa tähän kysymykseen näyttäytyi myös tarinoiden vaikuttavuus ja toisaalta myös käytännön asiat.

"En tiedä vaikeita mutta koskettavia, se oli itelle matka jonka sai jakaa. Jos jokin tarina vaikutti voimakkaasti, niistä puhuttiin."

"Vaikeaa oli yhteisen ajan löytyminen."

"Ajoittain oli pitkästyminen, kun jatkailtiin asioita vähän turhaakin"

5.5 Kun mietitte itseänne työntekijänä, sitä miten te olette ihmisten kanssa, oliko tämä tyypillistä sinua vai oliko tässä jotain erityistä?

Rehellisyys

Keskustelussa tuli ilmi, että koulutuksen ohjaajat kokivat olleensa "omia itsejään" prosessin aikana.

"Emmie ainakaan, omine tunteineni, näytän iloni ja herkkyteni."

"Jokin prosessissa oli, että herkisti kuuntelemaan ..liittyen siihen, että ihmisten kokemukset tulee käyttöön."

"Kait sitä oli oma ittensä..se oli hyvä matka."

5.6 Mitä opitte tästä prosessista?

Luottamus prosessiin ja muihin ihmisiin

Keskustelussa tuli ilmi se, kuinka vaikuttuneita prosessiin osallistuneet olivat ryhmässä jakamisen voimasta. Kaikilla oli kokemus hoidollisuuden merkityksestä prosessissa, sekä koulutukseen osallistujilla, että ohjaajilla. Kokemusten jakaminen oli koulutus- kontekstissa erilaista ja uutta.

"Vertaistuen ja jakamisen voima yllätti, en ois uskonu, että siinä oli voimaannuttavaa niin paljon."

"Luottamaan ryhmään. Yhteisöllisyyden merkitys oli suurin oppi."

"Ajattelin, että onhan omia tarinoita kerrottu hoitohenkilökunnalle, ehkä jotain myös läheisille. Mutta kuinka koskettava on jakaa vielä tarinansa. Että omia kokemuksia ei voi puhua niin, että siitä tulee helppoa."

”opin luottamaan ryhmään tuntemattomia ihmisiä”

Itsetuntemus

Prosessissa ihmisten kokemukset määrittyivät uudella tavalla. Omat kokemukset saivat uutta arvoa *”Minulla on tietoa ja kokemusta asioista, joista on apua.”*

”Pääsin tavallaan yli siitä häpeästä, jota koin kokemiani asioita kohtaan.”

”Eniten varmaan opin itsestäni tässä prosessissa”

5.7 Haluatteko kommentoida vielä jotain?

Keskustelussa ja kirjallisissa vastauksissa todettiin, että ihmisyyden kyky ja tarve tukea ja rohkaista toisiaan on vaikuttavaa. Prosessin aikana syntyi myös käsitys, että *”ammattilaisten”* roolilla ei ole niin suurta merkitystä kuin he alun perin itse ajattelivat. *”ihmisten kyky luontaisesti tukea toisiaan, meidän ei tarvinnut paimentaa.”*

Ryhmään osallistuminen koettiin niin voimakkaana kokemuksena, että uusiin ryhmiin sitoutuminen on tuntunut tarkoituksettomalta koulutus prosessin loppumisen jälkeen.

” Oli niin vaikuttavaa, että ehkä siksikään en osaa lähteä mukaan uusiin ryhmiin.”

Keskustelussa puhuttiin myös vierailuista eri yksiköissä psykiatrian tulosalueella; kokemusasiantuntijat kävivät esittäytymässä koulutusprosessin aikana eri yksiköissä ja kertomassa mahdollisista yhteistyön muodoista. Kokemus oli, että palautetta näistä keskusteluista saatiin vähän.

”Välillä ois voinu antaa palautetta, harvoin saatiin palautetta, huonotki asiat pitäis saada koska niistä kasvaa. Ajattelin, toimiiko tämä kokemusasiantuntijuus, onko siitä hyötyä.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Haastattelussa ja kirjallisissa vastauksissa tuli esille paljon erilaisia kokemuksia ja näkökulmia koulutusprosessista. Haastateltavat kokivat, että haastattelutilanteen keskustelu toi heille esille paljon uusia näkökulmia yhdessä koettuun. Aineistosta nousi esille useissa vastauksissa se, että koulutusprosessissa olleet ihmiset pystyivät rakentamaan luottamuksellisen ilmapiirin tapaamisiin. Luottamus nähdään monesti pohjana onnistuneisiin ryhmäprosesseihin, koska se voi auttaa ihmisiä sitoutumaan ja luomaan dialogisuutta. Vaikka kyseessä oli koulutusprosessi, joka perinteisessä mielessä

johtaa yleensä koulutusta vastaaviin työtehtäviin, vastauksissa näyttäytyi tärkeänä vapaus tulevaisuuteen sijoittuvista sitoumuksista. Tämä kuvastaa mielestäni yhdessä luomisen mallia, jossa kukaan ei asetu valta-asemaan määritellen osallistujien vastuita tai velvollisuuksia. Tässä kohdassa mietin dialogisuuteen joskus liittyvää oletusta valtasuhteiden poissaolosta. Jos valta ymmärretään alistamiseksi ja tukahduttamiseksi, niin dialogisuuden voidaan uskoa sulkevan pois kaikki valtasuhteet. (Alhanen, Soini, Kangas 2015, 2.) Länsi-Pohjan psykiatrisen hoitotyön yksi lähtökohdista on toiminnan ja päätöksenteon läpinäkyvyys; valtaa käytettäessä se tehdään läpinäkyväksi esimerkiksi työparityöskentelyn tuomien mahdollisuuksien avulla.

Koulutuksen yhtenä tavoitteena oli mahdollistaa ihmisille oman tarinan kertominen mahdollisimman vapaasti. Tuloksien perusteella tämä mahdollistui suurilta osin. Toisaalta tuotiin esille myös ajankäyttöön liittyneitä ongelmia ja siitä johtuneet haasteet kuulluksi tulemiselle. Kokemus oli, että keskustelu jäi joskus liian lyhyeksi ajankäytön suunnitelmallisuuden vuoksi. Jos kutsuu ihmisiä jakamaan tarinaansa, on tärkeä kyetä suunnittelemaan ajankäyttö siten, että se keskeytyksettä olisi mahdollista. Tämä voi olla ryhmäprosesseissa monesti haaste ryhmädynamiikan eloisuuden vuoksi.

Tuloksissa näyttäytyi huoli siitä, että hyvinvoinnista ei olisi puhuttu tarpeeksi. Kuvattiin etukäteistunnelmaa siitä, että ryhmään ei haluta ”holhoavaa” ilmapiiriä asetelmasta, että toiset huolehtivat toisista. Tämä saa edelleen pohtimaan ryhmässä olemisen dynamiikkaa ja tarkoitusta. Milloin kuntoutusryhmät ovat koulutuksellisia ja milloin koulutusryhmät kuntoutuksellisia, entä mihin asettuu hoidollisuus ja terapeuttisuus ja kuinka tärkeää on kaikenlaisissa ryhmäprosesseissa määritellä ryhmän prosessin tarkoitus? Voi myös miettiä milloin liika määrittäminen sulkee dialogia ja estää uuden luomista ja synnyttämistä? Keskustelussa tuotiin esille myös näkökulmaa hyvinvoinnista puhumisen riittävydestä. Toisaalta pohdittiin, että keskustelua olisi saanut olla enemmän, toisaalta koettiin, että hyvinvoinnin teemoista oli puhuttu runsaasti. Pohdin, kuinka paljon luottamuksellinen ilmapiiri loi ihmisille kannattelun tunteen prosessin aikana, joka itsessään loi hyvinvointia ja mahdollisuuksia itsensä suojaamiseen?

Pohdinta hoitokokouksien käytännöistä oli mielestäni merkityksellistä, reflektiiviseen tilaan asettuminen terapeuttisessa keskustelussa voi olla vaikeaa, toisaalta voi miettiä, onko se kokemusasiantuntijan työnkuvaan liittyvä työote? Tämä pohdinta liittyy myös tuloksissa esiin tulleeseen näkemykseen työtehtävien määrittelyn puutteesta. Tätä tutkimusta tehdessäni minulle selkiytyi Suomessa toteutettujen koulutusten projektiluonteisuus. Niissä

sairaanhoidopiireissä, joissa kokemusasiantuntijakoulutusta on toteutettu, on saatu hankkeelle ulkopuolinen rahoitus ja sitä kautta myös työntekijä/työntekijöitä toteuttamaan uutta toimintaa. Länsi-Pohjassa koulutus toteutettiin työntekijöiden oman perustyön ohessa. Hanketoissa taustaselvitykset ovat olennainen osa projektin etenemistä ja niissä olosuhteissa sille on varattu oma aikansa. Myös Länsi-Pohjassa tehtiin taustatyötä, mutta pohdin, kuinka paljon ajankäytölliset rajoitteet vaikuttivat siihen, että kokemusasiantuntijoiden työtehtävien eri mahdollisuuksia ei määritelty eri yksiköiden ja organisaation johdon kanssa ennen koulutuksen aloittamista. Henkilökohtaisesti kuitenkin kannatan dialogissa synnytettyä yhteistä ja uutta ymmärrystä, jossa pitää kylläkin sietää enemmän epävarmuutta kuin valmiissa rakenteissa. Nimenomaan epävarmuus voi olla joskus haaste ja kääntyä turvattomuuden tunteeksi, mikäli itse prosessista ja siinä ilmenevistä ilmiöistä ei puhuta riittävästi.

Kokemusasiantuntijat ovat toimineet koulutuksen jälkeen asiantuntijoina psykiatrian tulosalueen yhteistoiminta- ja johtoryhmissä. Voi miettiä, kuinka paljon heitä on perehdytetty organisaation toimintaan ja ryhmien toiminnalliseen tarkoitukseen. Organisaatiolla on vastuu dialogisuuden ja osallistamisen luomisesta.

Haastatteluun osallistujat kuvasivat itsetuntemuksen ja luottamuksen prosessiin ja ihmisiin lisääntyneen. Tämä on etu työskenneltäessä reflektiivisellä työotteella ihmisten elämäntilanteiden kriisikohdissa. Dialogisuudessa korostuu läsnäolo ja tilanteisiin osallistuvan on hyvä kyetä sietämään omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Jokaisen ihmisen tulee uskoa, että hänen elämällään on tarkoitus. Ihmisen tulee uskoa, että hänellä on toimijuus omassa elämässään. Täytyy löytyä uskoa siihen, että hän voi itse muuttaa asioita parempaan ja hänen elämällään on vaikutusta niihin ihmisiin hänen ympärillään, joihin hän voi liittyä ja joita hän rakastaa. Ihmisen tulee uskoa, että hänellä ja hänen elämällään on merkitystä. (Hart 2017,4.) Merkityksellinen ryhmäprosessi voi olla ihmisen elämässä käänteentekevä kokemus, sekä voimaannuttavaan että jopa vahingoittavaan suuntaan. Kun kutsutaan ihmisiä jakamaan vaikeita kokemuksia, on taitoa kyetä osaltaan suojata ja tukea tätä tilaa. Kokemus siitä, että oma tarina otettiin vastaan ja ryhmä kannatteli kaikkia, oli vaikuttava. Vaikka koulutukseen osallistujat olivat niitä, jotka jakoivat tarinoitaan, voi todeta prosessin olleen myös ohjaajille merkityksellinen. Kuten van der Kolk (2014) kuvaa, kukaan ei vartu täysin ihanteellisissa olosuhteissa- mitä ne tarkkaan ottaen olisivatkaan? Ihmisyyden kokemukset voivat olla hyvin samanlaisia jokaisen ainutlaatuisuutta kuitenkin unohtamatta.

Vaikeana hetkenä prosessissa näyttäytyi koettu organisaation osoittama arvostus tai arvostuksen puute kouluttajia kohtaan. Keskustelussa ilmeni, että tilanne koulutuksen valmistujaisissa oli hämmentävä kaikille. Tässä kohtaa pohdin Rissasen (2015) mietteitä kokemusasiantuntijuuden mahdollisuuksista; *”Toisaalta kokemusasiantuntija voi jäädä ”maskotiksi”, jolloin häntä ei kuunnella, eikä kokemustiedolla ole vaikutusta. Käsitettä ”tokenismi” voidaan käyttää tilanteissa, jolloin kuntoutujat tai kokemusasiantuntijat näyttävät osallistuvan, mutta heidän rooliaan voi kuvata ”edustusvaimoksi”.* Tämä näkökulma on itselleni hyödyllinen pohtiessani omaa rooliani ja osallistumistani organisaation toimintaan. Kuinka paljon osaltani luon dialogia ja olen kiinnostunut muista ja heidän näkökulmistaan? Työyhteisöissä voi olla urautuneita ajatusmalleja (auttamis/terapia/hoito) - työn rooleista ja työn tekemisen vaatimuksista. Tuomas Vesteristä (2017) siteeraten; *”Siitä miten asiat ovat, ei voida kuitenkaan päätellä suoraan, miten niiden olisi hyvä olla.”* (Vesterinen 2017)

Vaikeiksi hetkiksi kuvattiin myös oman tarinan kertomista ja lähinnä siihen valmistautumista. Omien tuskallisten kokemusten eläväksi tuleminen jakamisen kautta oli haastavaa mutta jakamisen kokemus koettiin voimaannuttavana. Kuten haastateltavat kertoivat, ryhmä kantoi. Kuulluksi ja nähdyksi tuleminen kokemus voi olla arvokkainta, mitä toiselle ihmiselle voi tarjota.

On esitetty, että ihminen tulee todeksi vuorovaikutuksessa ja kielellisessä kohtaamisessa. Sosiaalisen konstruktionismin mukaan todellisuus rakentuu uudelleen joka hetki ja on osiensa summa. Länsi- Pohjassa avoimen dialogin hoitomallin kehittäminen alkoi 1980-luvun poliittisessa, kulttuurisessa sekä hoidollisessa kontekstissa. Eri ihmiset kohtasivat kukin oman historiansa kera ja synnyttivät yhdessä jotain uutta. Tämä vaatii dialogisuutta ja halua olla yhdessä luomassa, ymmärtämässä sekä toimimassa. Jos ajatellaan, että dialogi perustuu ihmisten avoimuuteen ja keskinäiseen luottamukseen, voi ajatella myös, että sitä ei voi pakottaa eikä tuoda ulkoa käsin työyhteisön toimintatavaksi. Dialogia voi siis edistää vain dialogisesti. (Alhanen ym. 2015, 4.)

Alkaessani tekemään tätä lopputyötä, halusin tehdä kirjallisuuskatsauksen kokemusasiantuntijakoulutuksen malleista maailmalla ja Suomessa. Kutsuin koulutukseen osallistuneet keskustelemaan koulutuksesta yhteistoiminnallisen haastattelun muodossa, koska Andersenin kehittämä malli oli itselleni tuttu oman kliinisen työni kautta. Kirjallisesta työstä tuli kuitenkin laadullinen tutkimus, koska halusin hyödyntää yhteistoiminnallisen haastattelun materiaalin. Tiesin, että Eija - Liisa Rautiainen (2010) on käyttänyt

yhteistoiminnallista haastattelua menetelmänä tutkimuksessa, siten myös minä uskaltauduin kokeilemaan haastattelun soveltuvuutta tutkimuksen tekemisessä mutta vielä enemmän uskaltamiseni koski omia rajojani kirjallisten töiden tekijänä sekä ilmiöiden tutkijana. Prosessi on ollut haastava ja mielenkiintoinen ja tuonut välillä tuskallisestikin tietoisuuteeni psykiatriseen toimintakenttään liittyvät eettiset ja moraaliset kysymykset. Toisaalta olen ollut äärimmäisen vaikuttunut niistä monista palvelusektorit leikkaavista hyvistä käytännöistä, joita maailmalla ja Suomessa on pyritty vuosien aikana kehittämään. Juuri eettis- moraaliset kysymykset saivat minut aikoinaan kouluttautumaan tälle alalle. Mielenterveyslaki antaa mahdollisuuden puuttua ihmisen itsemääräämisoikeuteen ja koskemattomuuteen tavoilla, joka asettaa työntekijän miettimään eettisiä ja moraalisia lähtökohtia toiminnoilleen. Toivon osaltani olevani mukana keskustelussa, joka pohtii organisaation vastuuta moraalisia päätöksiä tehtäessä. Tässä tutkimusprosessissa olen kokenut tieteen tekemisen säännöt hieman rajoittavana mielen luonteelleni, joka pyrkii laajenemaan yli reunojen, mutta toivottavasti kykenin käsittelemään tutkittavaa aihetta adekvaatisti ja sille arvoa antaen.

Mikäli ihmisyyteen liittyvät kriisit ja kysymykset tulevat säilymään tulevaisuudessa lääketieteellisten selitysmallien alla, terveydenhuollon organisaatioiden tulee mielestäni muuttua. Henkisen hyvinvoinnin ja psyykkisen terveyden indikaattoreiden määrittämisen mahdottomuus on luonut tilanteen, jossa toimivien ja inhimillisten hoitokäytäntöjen luominen voi olla hyvin haastavaa. Kokemusasiantuntijuus tuo uusia näkökulmia siihen, kuinka yhteiskunta voi rakentaa toimivia järjestelmiä ihmisten kohtaamiseen. Omakohtaisuus luo sitoutumista ja asiantuntijuutta kontekstiin, jossa sitä ei julkisesti ole ollut. Huomattavaa on mielestäni kuitenkin myös se, että lähestulkoon kaikilla julkisen palvelun sektoreilla, joissa kokemusasiantuntijakoulutusta on järjestetty, aloite toimintaan on tullut mielenterveystyön ammattilaisilta. Olen ollut Isossa-Britanniassa keskusteluissa, joissa kokemusasiantuntijoiden ja hoitavien tahojen yhteistyötä on pidetty mahdottomana ratkaisemattomien ristiriitojen vuoksi. Siellä kokemusasiantuntijuus on saanut alkunsa potilaiden etujen ajamisesta ja ihmisten tukemisesta heidän ollessaan jopa vakavasti traumatisoituneita psykiatrisen hoidon seurauksena. Kokemusasiantuntijoiden meneminen sisään ”systeemiin” on voitu kokea kokemuksellisuuden ja sen tuoman erityisyyden hylkäämiseenä. Kuitenkin Isossa- Britanniassa on tällä hetkellä kansainvälisesti katsottuna erittäin vaikutusvaltainen kokemusasiantuntijuus, joka toimii sekä yksityisellä- että julkisella sektorilla ja on aktiivisesti laatimassa hoitosuosituksia eri mielenterveysfoorumeissa.

Daniel N. Stern (2004, 7) puhuu Kairoksesta, tilasta, jossa ihmisen koettu ja tunnettu kohtaavat tavalla, joka sisäisesti vaatii toimintaa. Kairosta on kuvattu myös uudenlaisen todellisuuden tasoksi, jossa syntyy uutta ja ennen kokematon. Ehkä terveydenhuollon organisaatioissa voi syntyä jotain ennen kokematon kokemusasiantuntijuuden avulla.

Kiitän lämpimästi ja nöyryydellä kaikkia ensimmäiseen Länsi-Pohjan kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuneita henkilöitä siitä, että olen saanut toimia työnohjaajan roolissa kanssanne sekä sain osallistua prosessiinne tämän yhteistoiminnallisen haastattelun muodossa.

KOKEMUSASIAANTUNTIJAKSI VALMISTAVA RYHMÄ

Oletko miettinyt, että kokemuksestasi sairastumisesta ja toipumisesta voisi olla hyötyä muille?
Oletko kiinnostunut jakamaan tätä kokemusta toisille?
Haluaisitko, että kokemustasi hoidosta hyödynnettäisiin sairaanhoitopiirin palveluiden kehittämisessä?

Ryhmän tarkoitus ja tapaamisten sisältö:

Aloitamme LPKS:ssa kokemusasiantuntijaksi valmistavan ryhmän 18.9. Ryhmän tarkoitus on tuoda yhteen ihmisiä, jotka haluavat jakaa ja kääntää hyödyksi kokemustaan psyykkisestä sairastumisesta tai kriisistä, hoidosta ja toipumisesta eli toimia kokemusasiantuntijoina. Ryhmässä työestetään kokemusta sairastumisesta, toipumisesta ja hoidosta ja ideoidaan, mitä kokemuksen kääntäminen hyödyksi käytännössä voisi tarkoittaa ja mitä kokemusasiantuntijana haluaisi tehdä. Lisäksi käydään läpi vuorovaikutukseen ja omien rajojen pitämiseen liittyviä asioita. Osa sisällöstä ideoidaan osallistujien kiinnostuksen kohteiden pohjalta ja osallistujien omat ideat ja kokemukset ovat ryhmän kokoontumisten sisällöissä keskeisellä sijalla.

Aikataulu ja osallistujat:

Ryhmä kokoontuu kolmen viikon välein yhteensä seitsemän kertaa. Osallistujiksi toivotaan kaiken ikäisiä ja osallistujia tulee olemaan alle kymmenen. Ennen ryhmää pidetään alustavat alkuhaastattelut . Edellytyksenä ryhmään osallistumiselle on, että omasta kriisistä on kulunut riittävästi aikaa.

Yhteystiedot ja kysymykset:

Kysymyksiä ryhmästä voi esittää ryhmän ohjaajille. Kiinnostuksestaan ryhmään osallistumiseen voi kertoa hoitavalle työryhmälleen (jos sellainen on) tai olla suoraan yhteydessä ryhmän ohjaajiin:

LIITE 2

Haastattelurunko

- 1) Mitkä ovat sellaisia asioita, joita arvionne mukaan ryhmäläiset arvostivat teidän toiminnassanne?
- 2) Onko jotain, mistä olisi pitänyt puhua, tai jonka olisi pitänyt sisältyä koulutukseen mutta ei sisältynyt?
- 3) Mitä ajattelette nyt jälkeenpäin; onko tämä koulutus valmistanut meidän kokemusasiantuntijoitamme niihin työtehtäviin, joissa he ovat toimineet koulutuksen jälkeen?
- 4) Kun mietitte prosessia nyt jälkeenpäin, oliko siellä teidän mielestänne vaikeita hetkiä?
- 5) Kun mietitte itseänne työntekijänä, sitä miten te olette ihmisten kanssa, oliko tämä tyyppillistä ”sinua” vai oliko tässä jotain erityistä?
- 6) Mitä opitte tästä prosessista?
- 7) Haluatteko kommentoida vielä jotain?

Lähteet:

Alhanen, K., Soini, T. & Kangas, M. (2015) Dialoginen johtaminen ja vallankäyttö. Artikkelin verkkoversio: www.aretai.org 23.02.2017

Aaltonen, J., Alakare, B., Seikkula, J. (1999) Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan - kahden vuoden seuranta tutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa Haarakangas, K., Seikkula, J. (toim) Psykoosi- Uuteen hoitokäytäntöön. Kirjoittajat ja Kirjayhtymä Oy. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Andersen, Tom (1997). Researching client-therapist relationships: a collaborative study for informing therapy. Journal of Systemic Therapies, Vol. 16, No. 2, 1997

Beresford, Peter & Rose, Diana (2009). What is research? Teoksessa Sweeney, Angela; Beresford, Peter; Faulkner, Alice; Nettle, Mary & Rose, Diana (toim.) This is Survivor Research. Herefordshire: PCCS BOOKS Ltd,

Boevink, Wilma (2017). Planting a tree On Recovery, Empowerment and Experiential Expertise. Trimbos Instituut, Netherlands institute of Mental Health and addiction.

Hart, A. (2017) When we lose hope: experiences from Hearing Voices groups. PSYCHOSIS, 2017. Routledge Taylor & Francis Group

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (1997) Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Jankko, Terhi (2008) Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksestä kuntoutujiin ja omaisten ryhmäkeskusteluissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1999) Diskurssianalyysi liikkeessä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mielenvikaisten auttajasta mielen hyvinvoinnin tukijaksi historiikki/Mielenterveysseura 2017 12.8.2017

Pietikäinen, Petteri (2013) Hulluuden historia. 2.painos. Gaudeamus Helsinki University Press

Rautiainen, E. (2010) Co-construction and Collaboration in Couple Therapy for Depression. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 396. University of Jyväskylä, Kuopio University Hospital. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Rissanen, Päivi (2015). Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Research reports 88/2015. Kuntoutussäätiö. Unigrafia Oy.

Salo, Markku (2010) Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina: ITHACA -hankkeen Suomen raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Raportti 22. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Savolainen, R. (2015) Kirjallinen raportti Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä tehdystä kokemusasiantuntijakoulutuksesta.

Sweeney, Angela (2009) So What is Survivor Research? Teoksessa Sweeney, Angela; Beresford, Peter; Faulkner, Alice; Nettle, Mary & Rose, Diana (toim.) This is Survivor Research. Herefordshire: PCCS BOOKS Ltd, 22-23

Silfverberg, A. (2017) Long Play 57: Rajaseutu. Long Play Media Oy. ISBN 978-952-6686-61-5.20.

Soronen, K. (2016) Mielenterveyden kokemusasiantuntijat- Fenomenologinen tutkimus toisen asteen kokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Sosiologian pro gradu –tutkielma.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Tammi.

Stern, Daniel N. (2004) The present moment in psychotherapy and everyday life. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. W.W. Norton & Company, Inc. N.Y.

van der Kolk, Bessel (2014) Jäljet kehossa- Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla. Viisas Elämä 2017. Tallinna Raamatutrukikoja OU.

Vesterinen, Tuomas (2017) Onko normaalia olla mielisairas? www.antroblogi.fi julkaistu 17.01.2017

www.un.org/development/desa/disabilities/issues/mental-health-and-development.html
12.8.2017

www.mtkl.fi 23.10.2017

www.kokemusasiantuntijat.fi 12.8.2017

www.ips.org 23.10.2017

www.psychologytoday.com 23.10.2017

www.thl.fi 23.10.2017