

# **Mielenterveysasumispalveluiden muutos kriittisen realismin näkökulmasta**

Johanna Alasaari, Y2301964

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Lapin yliopisto

2025

## Sisällys

1 Johdanto.....	1
2 Asuminen palveluna .....	3
2.1 Mielensterveys.....	3
2.2 Asumispalvelu .....	4
3 Kriittinen realismi tutkimuksessa .....	8
3.1 Kriittinen realismi .....	8
3.2 Kausaalisuus .....	11
3.3 Dualistisuus.....	12
4 Tutkimuksen toteutus .....	14
4.1 Tutkimuksen tehtävä.....	14
4.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	15
4.3 Aineisto .....	15
4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	25
5 Tylsämielisistä mielisairaiksi .....	28
5.1 Mielisairauden tulkinta kulttuurista käsin.....	28
5.2 Hallinnan tarpeet ja kontrolli .....	29
6 Mielisairaanhuollosta mielensterveystyöhön .....	34
6.1 Arvot ja ajatukset murroksessa .....	34
6.2 Reformin aika .....	37
6.3 Mielisairaudesta mielensterveyteen .....	40
7 Nykyrakenteita kohti .....	44
7.1 Palvelut valtiolta kunnille .....	44
7.2 Uusien rakenteiden tarve .....	46
7.3 Managerialismi .....	47
8 Pohdinta.....	52
Lähteet .....	59

## Lapin yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden muutos kriittisen realismin näkökulmasta

Johanna Alasaari

Sosiaalityö

Pro gradu -tutkielma

62 sivua, 0 liitettä

2025

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli löytää teemoja, jotka ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden muutokseen ja kehitykseen Suomessa kriittisen realismin näkökulmasta. Tutkimus keskittyi joidenkin mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneiden rakenteellisten ja institutionaalisten tekijöiden tunnistamiseen. Tämä tapahtui rakentamalla ja luokittelemalla mielenterveysasumispalveluiden kehityskulusta löytyviä teemoja kronologisesti. Aineiston analyysi oli teoriaohjautuvaa ja aineistolähtöistä. Kriittisestä realismista tutkimuksessa hyödynnettiin kriittisen realismin kolmea alaa, joita ovat reaalinen, aktuaalinen ja empiirinen ala. Reaalilla alalla viitataan rakenteisiin sekä mekanismeihin, jotka ovat ihmismielestä riippumattomia. Tutkimuksessa näitä olivat yhteiskunnan fysikaaliset rakenteet, mutta myös ei fyysiset rakenteet kuten arvot, yhteisöt, palvelurakenteet ja oikeusjärjestys. Aktuaalisella alalla viitataan reaalisen alan laukaisemiin tapahtumiin kuten tapahtumiin mielenterveyskuntoutujien palveluvalikoimassa ja vaikutuksiin siinä, miten mielenterveyskuntoutujien asema yhteiskunnassa näkyy kielessä, lainsäädännössä sekä yhteiskuntapolitiikassa. Empiirisellä alalla viitataan havaintoihin ja kokemuksiin. Lisäksi tutkimuksessa tuotiin esiin kausaalisuuden käsite eli useiden samanaikaisesti vuorovaikuttavien tekijöiden muutosvoima sekä dualismi, jolla viitataan rakenteiden monikerroksisuuteen.

Sosiaalityötä tehdään vuorovaikutuksessa erilaisiin yhteisöihin ja ryhmiin kuuluvien ihmisten kanssa. Näin ihmisen elinympäristön kontekstiin kuuluvat myös muun muassa yhteisöt, yhteiskunnan rakenteet, politiikka, yhteiskunnallinen aika sekä valtiollinen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Ymmärtäessämme paremmin sitä, miksi palvelut ovat muodostuneet nykyisen kaltaisiksi, kykenemme sosiaalityössä paremmin palveluiden järjestämisen näkökulmasta, mutta myös sosiaalityön rakenteellisesta ja eettisestä näkökulmasta tarkastelemaan palveluihin muotoutuneita haastekohtia. Sosiaalityössä ja yhteiskuntapolitiikassa tutkimuksella on paikkansa muistuttamassa julkisen vallan käyttäjiä käytettävän vallan voimasta sekä haavoittuvassa asemassa olevan asiakkaan paikan jäsentymisestä yhteiskuntaan. Tutkimus myös muistuttaa sosiaalityön ammattilaisia siitä, miten monisyisiä muutokset palvelurakenteissa ovat.

Tutkimuksessa todettiin, että mielenterveyspalveluiden kehittymisen historiassa keskeinen rooli oli poikkeavuuden ymmärtämiseen ja hallitsemiseen liittyvillä teemoilla. Vaikutusta oli myös resursseilla, taloudellisilla näkökulmilla sekä narratiivilla, joka mielenterveyttä ja mielensairautta koskien on rakennettu.

Avainsanat: mielenterveys, psykiatriset potilaat, asumispalvelut, kehitys

Tutkielma ei sisällä muita kuin tekijän omia henkilötietoja.

## Kuvioluettelo

- |          |  |         |
|----------|--|---------|
| Kuvio 1. | Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 1700 – ja 1800-luvuilla.   | sivu 31 |
| Kuvio 2. | Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 1900-luvulla.              | sivu 35 |
| Kuvio 3. | Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 1900-luvulla. Toinen kuva. | sivu 38 |
| Kuvio 4. | Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 2000-luvulle tultaessa.    | sivu 42 |

## 1 Johdanto

Juhila (2018, 18) toteaa, että sosiaalityö on kytköksissä yhteiskunnalliseen aikaan, sosiaalipoliittisiin kysymyksiin ja hyvinvointivaltion painotuksiin. Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on löytää teemoja, jotka ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden muutokseen ja kehitykseen suomalaisessa yhteiskunnassa. Ymmärtäessämme paremmin sitä, miksi palvelut ovat muodostuneet nykyisen kaltaisiksi, kykenemme sosiaalityössä paremmin palveluiden järjestämisen näkökulmasta, mutta myös sosiaalityön rakenteellisesta näkökulmasta tarkastelemaan palveluihin mahdollisesti muotoutuneita haastekohtia. Toivottavasti katsaus pysäyttää sosiaalityön ammattilaisia pohtimaan oman työn rakenteellista merkitystä yhteiskunnallisesti vaikuttavan työn parissa. Viimeaikaisten mittavien sosiaali- ja terveysalan muutosten vuoksi kaikki sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä koskeva tutkimus on nyt ajankohtaista.

Tutkimuksessa etsitään ja esitetään tulkintaa sille, mikä on vaikuttanut mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen Suomessa kriittisen realismin näkökulmasta. Kriittinen realismi mahdollistaa ymmärryksen lisäämisen havaintomaailman sekä havaittavissa olevien tapahtumien takana sillä kriittisessä realismissa ajatellaan, että vaikka tulkinnat ja ymmärrys muuttuisivatkin, on olemassa tietoa, joka on pysyvää. Teorian avulla päästään siis itse tapahtumien taakse ja lähemmäs niitä teemoja, jotka omalta osaltaan ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi normit, kulttuuri ja politiikka. Tutkimuksessa ei käsitellä mielenterveyskuntoutujien kokemuksellista näkökulmaa vaan tutkimus keskittyy joidenkin mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneiden rakenteellisten ja institutionaalisten tekijöiden tunnistamiseen kirjallisuuskatsauksen kautta.

Mielenterveysasiakkaiden asumisen palveluita on tutkinut vuosituhanen alussa Markku Salo (2016; 2017; 2019), joka on tehnyt yhden ensimmäisistä tutkimuksista mielenterveysasumispalveluiden tilasta ja tutkinut aihetta Suomessa noin 30-vuoden ajan. Hän on käsitellyt aihetta myös yhdessä Mari Kallisen (2007) kanssa. Helén Ilpo (2007; 2011) on tutkinut mielenterveyspolitiikkaa ja mielenterveyden ja mielenterveyshoidon historiaan ovat perehtyneet puolestaan Petteri Pietikäinen (2013) sekä Tomi Bergström (2002). Tuoreimpina tutkimuksina asumispalvelututkimusta on tehnyt Jonna Tolonen, Erika Jääskeläinen, Virpi Leppänen ynnä muut (2022) sekä Erfan Jahangiri (2024) Muutoin

aiheeseen on johdatellut sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän kehityksestä kertova kirjallisuus, tutkimukset sekä lain, sosiaalityön ja yhteiskunnan kehitys sekä sosiaalipoliittinen historia. Myös psykiatrian kehitystä on tutkittu tässä katsauksessa aiheen tueksi. Tutkimuksessa on kyse laadullisesta kirjallisuuskatsauksesta, joka esittelee tuloksiaan kehitykselliseen aikajanaan sidotusti. Tutkimus pohjautuu aiemmin tehtyyn kandiditutkielmaan.

Tutkimuksen alussa avataan sitä, mitä tarkoitetaan asumisella palveluna mielenterveyskuntoutujien osalta ja valotetaan vielä, millaisia työkaluja kriittinen realismi sekä kausaalisuus antavat aihealueen tutkimiselle. Tämän jälkeen kuvataan tutkimuskysymyksen mukaisesti mielenterveysasumispalveluiden historiaa ja kehitystä. Tutkimuksessa keskitytään valottamaan historiaa 1800- ja 1900-luvun taitteesta aina uudelle vuosituhannelle saakka. Tämän jälkeen käsitellään tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta ja tutkimus päätetään pohdintaan sekä johtopäätöksiin.

## 2 Asuminen palveluna

### 2.1 Mielenterveys

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2013.)

Pulkkinen (2023) mukaan ihminen on yksilönä oman elämänsä toimija, joka rakentaa elämänsä niissä puitteissa, joita hänen ympäristönsä hänelle mahdollistaa. Tällaisia puitteita voivat olla kulttuuriset, yhteiskunnalliset ynnä muut elämään vaikuttavat struktuurit. Yksilön kasvuun, kehitykseen ja mahdollisuuksiin toimia vaikuttaa myös hänen perimänsä, sosiaalinen sekä psyykkinen kehityksensä, elämäkokemukset sekä hyvinvointinsa.

Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara sekä resurssi, joka on sidottu ympäröivään kulttuuriin ja siten yhteiskuntaan sekä yhteiskunnan rakenteisiin (Hämäläinen, Kanerva ym. 2017, 22,24; Pulkkinen 2023). Jotta ihminen kykenee toimimaan ympäristössään, hänen on kyettävä muun muassa sosiaalisiin struktuureihin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen -häneltä siis löytyy sosiaalista toimintakykyä. Lisäksi yksilöltä on löydettävä psykologista toimintakykyä, jotta hän kykenee toimimaan vastavuoroisesti ympäristön vaatimusten kanssa. (Pulkkinen, mt.) Hämäläisen ynnä muiden (mt., 20–21) mukaan mielenterveyttä tulee pitää ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona ja kykynä selviytyä sekä sopeutua. Mielenterveys toimintakykynä ilman merkittäviä haasteita on siis kykyä elää arkea ja sopeutua sekä selvitä ympäröivässä yhteisössä kulttuurisesti sovinnaisella tavalla. Mikäli nämä merkittävästi hankaloituvat, voidaan ajatella syntyneen mielenterveyden tuen tarpeita.

Duodecimin (2022) mukaan mielenterveyden häiriöstä ajatellaan olevan kyse, kun henkilön mieliala, tunteet, ajatukset tai käytös rajoittavat elämää huomattavasti, haittaavat toimintakykyä, ihmissuhteita tai aiheuttavat kärsimystä pidempiaikaisesti.

Jahangiri (2024, 29) mainitsee väitöskirjassaan, että suomalaisessa tutkimuksessa on aiemmin osoitettu vakavissa mielenterveyden häiriöissä tarve pitkäaikaiselle tuelle ja

asumispalveluille. Vakavilla mielenterveyden häiriöillä Jahangiri (2024, 29) viittaa skitsofreniaan ja muihin psykoottistasoisiin sairauksiin kuten vakavan masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikeimpiin muotoihin, joille yhteistä on sairauden pitkäaikainen ja pahenemissuuntautuva luonne. Tolonen ynnä muut (2022) kuvaavat tutkimuksessaan, että vakavista mielenterveyden häiriöistä toipumiselle ei ole asetettu standardoituja kriteereitä ja toipumista voidaan usein kuvata esimerkiksi sairauden oireiden lieventymisellä ja sosiaalisella tai toiminnallisella kyvykkyydellä.

Alanko ja Hellman (2017) ovat verranneet mielenterveyspalveluiden piirissä olevien kasvua viimeisen viidenkymmenen vuoden ajalta ja toteavat, että Kela -korvausten käyttö sekä psykoterapiaan että psykiatrisiin hankintaan on 1980-luvulta saakka noussut radikaalisti. Pelkästään Kela -korvausta psykoterapiaan saaneiden henkilöiden määrä on vertailuajankohtana yli kuusikymmenkertaistunut. Myös Mieli ry:n tilastot (2025) mielenterveyttä koskien kertovat mielenterveysongelmien kasvusta yhteiskunnassa. Työkyvyttömyyseläkkeistä noin 55 prosenttia myönnetään mielenterveysperusteisesti, mutta samaan aikaan mielenterveyden hoitoon ohjattava rahoitus terveydenhuollossa on pienentynyt koko 2000-luvun ajan.

Mielenterveyskuntoutujien palveluiden painopistettä on myös tuotu laitospalveluista kohti avopalveluita osana sosiaali- ja terveystalouden murrosta, jolla on tavoiteltu muun muassa tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Tämä on tarkoittanut laitospaikkojen purkua ja asiakkuuksien siirtymistä keveämpiin asumispalveluratkaisuihin sekä avopalveluihin. (Alanko & Hellman mt.) Mielenterveysasumisen palvelut olivat laitos- ja terveydenhuoltopainotteisia varsin pitkään, mutta siirtyivät sosiaalihuollon piiriin 1990-luvulla.

## 2.2 Asumispalvelu

Sekä asumispalveluiden että palveluasumisen käsitteissä vuorottelevat sanat palvelu ja asuminen. Asumisella viitataan sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301) asumiseen, jossa ihmisellä on hänen tarpeitaan vastaava asuinsija. Palveluilla puolestaan viitataan Badinellin (2016, 14) mukaan mekanismeihin, joissa tuotetaan aineettomia, hetkellisiä ja keskenään

erilaisia toimintoja, joilla voi olla aineetonta arvoa. Nämä mekanismit mahdollistavat nykyisenkaltaisen totutun elämän. Kaikkien palveluiden taustalla on ketju, joka sisältää asiantuntemusta tiedon tuottamisen, palvelun rakentamisen sen operoinnin ja tuottamisen sekä palvelun käyttäjien välillä. Nämä ketjut ovat muodostuneet nykyisen kaltaisiksi jonkinlaisella aikajanalla yrityksen ja erehdyksen kautta. (Badinelli 2016, 4,7)

Salo ja Kallinen (2007, 28) taas avaavat palveluasumisen ja asumispalveluiden käsitteiden välistä eroa siten, että palveluasumisella kiinnitetään katse niihin palveluihin, joiden tarkoituksena on ylläpitää inhimillisiä puitteita ja saavutettua itsenäisyyden tasoa. Ylläpidon käsitteen voi mieltää staattiseksi ja tiettyä saavutettua tasoa turvaavaksi perustoiminnaksi, jonka tavoitteet ovat käytäntöön nähden realistisia ja asiakasnäkökulmasta maltillisia. Asumispalveluilla puolestaan vastataan paremmin pyrkimykseen kuntouttaa ja tukea sekä edistää asiakkaan muutosprosessia (Salo & Kallinen mt., 28).

Kuntoutuksella viitataan sairauden tai vamman aiheuttamien ongelmien ratkaisuun, niiden minimointiin tai toimintakyvyn edistämiseen. Mielenterveystyössä keskitytäänkin nimenomaan sairauden aiheuttaman haitan tai toimintakyvyn aleneman kuntouttamiseen. Laajemmin tarkasteltaessa kuntoutukselliseen ajattelun liitetään ja siinä huomioidaan ongelmien lisäksi myös yksilön vahvuustekijöitä, ympäristön vaikutusta ja asiakkaan sosiaalisia verkostoja. Keskeistä onkin ylläpitää elämäntilannetta ja osallisuutta yhteiskuntaan. (Koskisuus 2004, 11; Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 302.)

Asumispalveluiden ja palveluasumisen termien ero tuntuu viittaavan ennen kaikkea asiakkaan saaman palvelun painopisteisiin ja siihen, onko palvelu toimintakykyä kuntouttavaa vai toimintakykyä ylläpitävää ja turvaavaa. Tässä tutkimuksessa ei oteta kantaa palvelun kuntouttavuuteen, joka olisi sidottava asiakkaan tarpeenmukaiseen palveluun ja tutkimuksessa käytetään siksi termiä asumispalvelu, viitaten sillä palveluun, jossa asiakkaalle tarjotaan hänen tarpeitaan vastaava asunto ja sinne tuotetut tarpeenmukaiset palvelut.

Suomessa mielenterveysasumispalveluita myönnetään sosiaalihuoltolain mukaan ja palvelut tuotetaan enenevässä määrin terveydenhuollon laitoksia sekä sairaalaosastoja keveämmässä asumispalveluyksiköissä. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2023-tilastoraportin (2024) mukaan mielenterveydellisistä syistä asumispalveluja sai vuoden 2023 lopussa 7 782 henkilöä, joista hieman yli puolet oli ympärivuorokautisen palvelun piirissä. 94 prosenttia näistä asiakkaista sai palvelua yksityisten asumispalvelutuottajien tarjoamana. Vuonna 2017

vastaava luku oli 7 806, josta ympärivuorokautisessa hoidossa olevien määrä ja yksityisen sektorin osuus palveluiden tuotannosta olivat lähes vuotta 2023 vastaavat (Tolonen ym. 2022).

Tolonen ynnä muut (mt.) mainitsevat mielenterveysasumispalveluiden kuntouttaviksi tehtäviksi hillitä psykiatrista oireilua, edistää sairastuneen integraatiota yhteisöihin, poistaa sosiaalisia esteitä osallisuudelle ja lisätä sairastuneen mahdollisuuksia merkitykselliseen elämään. Asumispalveluiden tärkeimmäksi ja yleisesti hyväksytyksi tehtäväksi Salo (2016) mainitsee asukkaiden kuntouttamisen, mutta tiedetään myös, että enemmistön asukkaista, palvelu on muuttunut varsin pitkäaikaiseksi. Esimerkiksi ympärivuorokautista asumispalvelua tarjotaan sosiaalihuoltolain mukaan asiakkaille, jotka ovat päivittäin ja vuorokauden ajasta riippumatta jatkuvan hoidon, huolenpidon tai vaativan ammatillisen hoidon tarpeessa (SHL). Jahangiri (2024, 36) kertoo, että Suomessa asumispalveluilla on merkittävä rooli erityisesti vakavien mielenterveysongelmien pitkäaikaishoidossa. Asiakkaat eivät pärjää vain asuttamisen palveluilla vaan tarvitsevat tuekseen myös sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista.

### 2.3 Laki asumispalvelun taustalla

Asumispalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa. Sosiaalihuoltolaille (SHL) pyritään turvaamaan kansalaisille muun muassa hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja osallisuutta, tarjoamaan tarpeenmukaiset sekä riittävät sosiaalipalvelut sekä vähentämään eriarvoisuutta. Lain 11 § määrää, että palveluita on järjestettävä muun muassa jokapäiväisestä elämästä selviämiseen, sosiaalisen syrjäytymisen estämiseksi, asumiseen liittyvään tuentarpeeseen, mielenterveysongelmasta tai muusta sairaudesta aiheutuvaan tuen tarpeeseen sekä muuhun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen. (SHL)

Sosiaalipalveluja voidaan koota 33 §:n mukaan muiden palvelujen yhteyteen, jos se on tarpeen esimerkiksi erityisosaamisen tai palvelujen laadun varmistamisen vuoksi. Tämän on tarpeellista muun muassa silloin, jos palvelu vaativana ja harvoin tarvittavana edellyttää toistettavuutta ja usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi

ja sen ylläpitämiseksi (SHL.) Näin toimitaan usein ikääntyneiden tai mielenterveyskutoitujen asumispalveluiden osalta ja heille osoitetaan varsinaisesti heille suunnattuja palveluita.

Sosiaalihuoltolaissa tunnistetaan useampia erilaisia asumispalvelun muotoja. Tuettua asumista voidaan tuottaa 21a §:n mukaan hyvinvointialueilla sekä kotiin vietävänä palveluna, mutta myös ostopalveluna asumispalveluyksikköön. Tuettua asumista järjestetään sosiaaliohjauksena henkilölle, joka tarvitsee apua tai tukea itsenäiseen asumiseen tai itsenäiseen asumiseen siirtymisessä. Laissa tunnistetaan myös 21b §:n mukainen yhteisöllinen palveluasuminen, jossa laskeneen toimintakyvyn vuoksi asiakkaalle mahdollistetaan sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa ja asiakkaan tarpeita vastaava asunto. Asiakkaan toimintakyky voi olla alentunut korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavaan syyn vuoksi. Lisäksi laki määrittelee 21 §c:n mukaisen ympärivuorokautisen palveluasumisen henkilölle, joka tarvitsee ympäri vuorokauden jatkuvaa hoitoa, huolenpitoa tai ammatillista hoitoa eikä tämän järjestäminen muulla tavoin ole mahdollista tai asiakkaan edun mukaista (SHL.)

Suurin muutos asumispalveluiden suhteen on ollut Salo mukaan se, että 1984 voimaantulleessa sosiaalihuoltolaissa päätöksenteko siirtyi psykiatrisen erikoissairaanhoidon lääkäreiltä kuntien sosiaaliviranomaisille ja asumispalvelut määriteltiin osaksi sosiaalipalveluita. Salo kuitenkin mainitsee myös, että päätöksenteko näyttää tosiasiallisesti siirtyneen kuntien sosiaaliviranomaisille vasta hankintalain voimaantulon jälkeen 2000-luvulla. (Salo 2016; Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 17§)

### 3 Kriittinen realismi tutkimuksessa

#### 3.1 Kriittinen realismi

Tutkimuksen tarkoituksena ei ole ainoastaan kuvata ja analysoida muutosta, syitä tai seurauksia asumispalveluiden kehityksessä, vaan tutkimusmenetelmä tarjoaa välineitä myös mahdollisten ongelmien tunnistamiseen sekä tarvittavien ratkaisujen kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa kriittistä realismia lähestytään realismin kolmen alan, kausaalisuuden sekä dualistisuuden käsitteiden läpi. Teoriana kriittinen realismi on näitä käsitteitä laajempi kokonaisuus, mutta tässä tutkimuksessa tarkoituksenmukaista on käsitellä aihetta edellä mainittujen käsitteiden kautta. Tutkimukseen on otettu mukaan myös Anthony Giddensin ajatuksia dualismista ja rakenteiden vuorovaikutuksesta. Näiden käsitteiden avulla on mahdollista tunnistaa ja analysoida taustalla vaikuttavia havaittavia ja ei havaittavia rakenteellisia mekanismeja, kuten markkinaistumista, normeja sekä erilaisia poliittisia ja taloudellisia tekijöitä.

Realismi on Niiniluodon (1999, 23–24) mukaan oppia todellisuudesta tai sen osista ja realismissa otetaan kantaa ontologisiin kysymyksiin, koska olemassa ajatellaan olevan ajatuksista riippumaton todellisuus. Kriittinen realismi juontaa juurensa muun muassa marxilaisten ajatusten sekä realistisen tieteenfilosofian jälkiaallokoille ja asettuu Kuuselan (2006, 9, 11, 14) mukaan vastakkain sosiaalitieteissä vallitsevan konstruktionismin kanssa. Kriittisen realismin ajatuksia on synnyttänyt esimerkiksi Roy Bhaskar (1978; 1979; 1986).

Realismissa ollaan Kuuselan (mt., 10–11) sanoin kiinnostuneita siitä, mitä on olemassa (ontologia) sekä siitä, miten tietoa on mahdollista saada (epistemologia). Realistit painottavat tutkimuskohteiden käsitteellistämistä, kerrostunutta ja keskenään vuorovaikutuksessa olevaa havaittavaa ja ei havaittavaa kolmitasoista todellisuuskäsitystä sekä teorian välttämättömyyttä ilmiöiden toimintamekanismien selittämiseksi. Kriittisen realismin työkaluin tutkimuksessa onkin pyritty havaitsemaan sekä nimeämään niitä vaikutusmekanismeja ja tekijöitä, jotka ovat keskenään voineet vaikuttaa mielenterveysasumispalveluiden syntyyn. Aineistoa läpikäydessä ei siksi olekaan kysytty ”Miksi?” tai etsitty suoria syy-seuraussuhteita vaan on keskitytty nostamaan esille tekijöitä,

jotka keskeisesti nousevat esiin mielenterveysasumispalveluiden kehityskaaressa. Tällaisia voivat olla tapahtumat esimerkiksi politiikassa, lainsäädännössä, kulttuurissa ja tieteessä.

Maailma koostuu kriittisessä realismissa kolmesta alasta, joista ensimmäinen on reaalinen. Reaalisessa viitataan rakenteisiin sekä voimiin tai mekanismeihin, jotka ovat olemassa ihmismielen havainnoista ja ymmärryksestä riippumatta. Nämä ovat riippumattomia siitä, miten niistä saatua tietoa käsitellään ja tulkitaan. (Archer 1998, 5, 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187.) Reaaliseen alaan voidaan tutkimuksessa liittää yhteiskunnan ei fyysisesti havaittavia, mutta kuitenkin olemassa olevia rakenteita kuten esimerkiksi arvoja, yhteisöjä, yhteiskunnan palvelurakenteita sekä oikeusjärjestystä. Näiden lisäksi reaalia sisältää myös fysikaaliset kappaleet ja ympäristön. (Archer mt., 41; Niiniluoto 1999, 23.) Toinen, aktuaalinen ala, muotoutuu tapahtumista, jotka ovat reaalisen alan laukaisemia ja niitä joko voidaan havaita tai ne voivat jäädä havaitsematta (Archer mt., 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala mt., 187). Aktuaalisen alan sisällöksi muotoutuvat tutkimuksessa muun muassa tapahtumat mielenterveyskuntoutujien palveluvalikoimassa ja vaikutukset siihen, miten mielenterveyskuntoutujien asema yhteiskunnassa näkyy kielessä, lainsäädännössä sekä yhteiskuntapolitiikassa. Empiirinen ala puolestaan sisältää havainnot ja kokemukset. (Archer mt., 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala mt., 187.)

Pekkarinen ja Tapola-Haapala (mt., 185, 187) ilmaisevat, että realismia on puolustaa niitä näkemyksiä, jotka tukevat ihmismielestä riippumatonta asioiden olemassaoloa ja tiedostaa, että tieto pysyy samana, vaikka tulkinnat sekä ymmärrys asioista voivatkin muuttua. Tutkimuksessa voidaan todeta, että vaikka mielenterveyttä ei erotettu esimerkiksi vammaisuudesta, ei se tarkoita, etteikö mielenterveyden ongelmia sekä sairauksia olisi ollut olemassa 1800-luvulla.

Kriittisessä realismissa myös ymmärretään, että sosiaalitieteissä tutkimuskohteet ovat sidoksissa ihmisten toimintaan ja ilmiöt sekä tutkimuskohteet ovat siten ihmisten tuottamia, mutta yhtä lailla todellisia. Tutkimuksellisesta näkökulmasta kriittisen realistinen katsantotapa antaa siis mahdollisuuden tutkia niitä mekanismeja, jotka ovat todella vaikuttaneet siihen, miten asumispalvelut ovat muotoutuneet mielenterveyspalveluiden kentälle. Kriittisen realismin keinoin pystytäänkin selittämään havainto- eli kokemusperäisen maailman ilmiöitä vedoten samalla ilmiöiden kausaalisuhteisiin sekä olemassa oleviin rakenteisiin (Töttö 2004, 232, 236). Esimerkkinä tällaisesta selitysmallista voi toimia vaikkapa se, että erilaisuus (reaalinen), joka on tosi ihmisten havainnoista

riippumatta, aiheutti yhteisöissä pelkoa (empiirinen). Erilaisuus sai siten pelon kautta aikaan muutosta yhteisöissä (aktuaalinen) eli tässä tapauksessa muun muassa liikehdintää erilaisuuden selittämiseksi ja ymmärtämiseksi. Näillä selitysmalleilla erilaisuutta pyrittiin hallitsemaan sekä ymmärtämään ja mielenterveyttä pyrittiin nimeämään sekä tutkimaan. Kausaalisuhteiden mukanaolo on tärkeää siksi, että varmaksi ei voida osoittaa tapahtumien ja lukuisten samanaikaisten vaikutusten järjestystä tai syy-seuraussuhdetta ja vaikutusmekanismien tiedetään olevan varsin monisyisiä. Jotta kykenemme ymmärtämään rakenteita ja muutosta aiheuttavia mekanismeja, on kyettävä tarkastelemaan asioita moniulotteisesti ja lisäksi käymään keskustelua empiirisen maailman sekä erilaisten teoreettisten viitekehysten välillä (Korteniemi 2005, 30–31).

Kriittisessä realismissa onkin mahdollista tutkimuksen näkökulmasta todeta, että ainoastaan empiirisen tiedon tuottaminen ei ole riittävää vaan mielekäästä on pyrkiä ymmärtämään myös kokemusmaailmasta irti olevaa reaalista sekä aktuaalista alaa. Pekkarisen ja Tapola-Haapalan (2009, 188) teoksessa kuitenkin todetaan, että myös ihmismielestä riippumattomista aiheista tuotettu tieto on ihmismielen tulkintaa ja siten rajallista. Tutkimuksen tarkoituksena ei olekaan osoittaa empiiristä kokemusta siitä, miten mielenterveyskuntoutujien palveluita on tuotettu ja kuntoutujien asemaa koettu läpi historian vaan tutkimus pyrkii tekemään näkyväksi reaalisen tason rakenteita ja luomaan keskustelua reaalisen sekä aktuaalisen tason välillä. Tämä tapahtuu pitkälti ymmärtämällä ja avaamalla tapahtumien ja ajan kausaalisia suhteita. Yllä mainitussa esimerkissä, jossa pelko erilaisuutta kohtaan sai aikaan vaikutuksia yhteisöissä, voidaan siis tehdä näkyväksi myös sitä, millaisia asenteita yhteisöissä oli vallallaan, millaisessa poliittisessa ja yhteiskunnallisessa ilmapiirissä elettiin, millaiset tutkimussuuntaukset psykiatriassa vallitsivat ja niin edelleen.

Kriittinen realismi tuo tutkimukseen ajatuksia myös sosiaalityön ulkopuolelta sillä kriittisen realismin mukaan sosiaalisen järjestelmän tapahtumille ja tapahtumien monikerroksiselle luonteelle on ominaista ennakoimattomuus. Avoimuus erilaisille selityksille on siksi tarpeen ja ajoittain tarvetta löytyy myös monitieteelliselle näkökulmalle (Pekkarinen & Tapola-Haapala mt., 188–189). Myös Bhaskarin (1986, 212–213) kertomana historian tuntemus on aina edellytys sosiaalisia rakenteita koskevan tiedon tuottamiselle.

Kriittinen realismi antaa siis metodologisen ja teoreettisen lähestymistavan mielenterveysasumispalveluiden muutoksen tutkimiselle ja mahdollistaa syvällisen analyysin palvelujärjestelmän kehittymistä koskien. Näin pystytään paremmin

ymmärtämään ja esille nostamaan palvelujärjestelmän kehittymiseen vaikuttaneita tekijöitä. Lisäksi kriittinen realismi tukee käytäntölähtöistä tutkimusta, jota voidaan käyttää apuna eettisesti kestävämpiä palvelumalleja kehitettäessä.

### 3.2 Kausaalisuus

Maaailma nähdään Korteniemen (2005, 19) sekä Archerin (1998, 5) mukaan realismissa muuttuvana järjestelmänä, jonka kokonaisuuden rakentumista luonnehtii useiden samanaikaisten tekijöiden toiminta, joista kaikkia emme kykene aistein havaitsemaan. Tällaisia voivat olla muun muassa yhteiskunnan normit, sosiaalinen järjestys, instituutiot ja niin edelleen, jotka vaikuttavat keskeisesti siihen, millaisia palveluita tuotetaan ja mitä yhteiskunnassa pidetään tärkeänä. Näiden mekanismien toiminnot reagoivat ja elävät suhteessa toisiinsa ja aiheuttavat näin syy-seuraussuhteita eli kausaalisuhteita. Nämä eivät ole Korteniemen (mt., 19–20) mukaan realistisessa arvioinnissa kuitenkaan lineaarisesti syy-seuraussuhdemallisia vaan pikemminkin vuorovaikutteisia, keskenään generatiivisia. Generatiivinen kausaalisuus on tapahtumien keskinäiseen riippuvuuteen perustuvaa synergistä vaikuttamista. Tapahtumia selitetään todellisuuden erilaisista kerroksista käsin niiden välisillä vuorovaikutteisilla suhteilla.

Mielenterveysasumispalveluiden kehitystä tarkastellessa on ollut keskeistä pureutua historiallisen ajallisesti etenevän tarinan lisäksi muun muassa myös vallitseviin normeihin, yhteiskunnan poliittisiin tapahtumiin sekä palvelurakenteissa tapahtuneisiin muutoksiin kuten myös psykiatrisen hoidon kehitykseen. Ei mikään tekijä yksistään vaan kaikki suhteessa toisiinsa ovat saaneet aikaan sen, että muutosta on tapahtunut mielenterveyden asumispalveluissa. Tällaiselle moniulotteiselle vaikutusmekanismien ja teemojen koostamiselle kriittisen realismin työkalut ovat hyvin toimivia. Tutkimuksessa on mahdollista analysoida yhteiskunnan rakenteita läpi leikaten esimerkiksi sitä, miksi tietynkaltaiset asumispalveluratkaisut ovat yleistyneet tai miksi laitospalveluita on ryhdytty purkamaan ja palvelut on ohjattu avopalvelupainotteisiksi. Keskenään samanaikaisesti ja keskenään vuorovaikutteisesti toimivia selitysmalleja pystytään kriittisen realismin työkaluin etsimään sekä rakenteiden, politiikan, talouden että normienkin saralta.

Kontekstilla taas kuvataan vallitsevia olosuhteita (Korteniemi 2005, 26). Kontekstia ei varsinaisesti pyritä tutkimuksessa käsittelemään tai tutkimaan, mutta esimerkiksi mielenterveyteen suhtautuminen ja yhteiskunnan ilmapiiri nousee usein esille asumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita kausaalisuhteita arvioidessa. Kontekstilla voidaan käsittää historiallista taustaa, kulttuurista ympäristöä, poliittista tilannetta ynnä muuta ja näiden teemojen kautta konteksti nousee tutkimuksessakin esille. Kontekstia kuvailemalla voidaan selittää tapahtumia ja tehdä niitä paremmin ymmärrettäviksi. (Eriksson & Koistinen 2005, 7.) Tutkimuksessa keskitytään hahmottamaan eritoten sitä, mitä yhteiskunnassa, psykiatriassa ja ajassa tapahtuu asumispalveluiden kehityskaaren muotoutuessa. Näiden keskinäisten toimijoiden asettaminen aikajanelle ja kulloiseenkin aikalaiseen ajatusmaailmaan auttaa hahmottamaan sitä, miten asumispalvelut ovat kehittyneet Suomessa. Tutkimuksen kontekstina voisi siis hyvin ajatella olevan yhteiskunta ja aikalaisuuteen sidottu mentaliteetti, tieto sekä ajatukset mielenterveyttä koskien.

### 3.3 Dualistisuus

Bhaskarin lisäksi dualistisesta rakenteesta yhteiskunnassa puhuu myös muun muassa Anthony Giddens, joka ilmaisee, että yksilön sosiaalinen tieto ympäristöstään on olennainen osa rakenteiden jatkuvuutta ja rakenteet ovat aina sekä rajoittavia että mahdollistavia (Giddens 1984, 26–25). Rakenteilla viitataan ennen kaikkea ei fyysisiin rakenteisiin. Giddens viittaa rakenteilla sosiaalisiin järjestelmiin eli tietoon ja sopimukseen siitä, miten asioiden kuuluu tapahtua. (Giddens mt., 17.) Esimerkiksi kielijärjestelmä toimii merkkikielenä havaittavissa olevasta (kuten yhteiskunnasta) ja siitä, mitä on tarpeen nimetä ja käsitellä sanoin. Kieli on siis aina sidottu aikaan ja paikkaan ja kuvastaa ihmisten kokemusmaailmaa ja -ympäristöä. Tämä merkkikieli ja totuttu yhteiskunta ovat olemassa ennen yksittäisen yksilön syntymää. Sekä kielijärjestelmä että yhteiskunta kuitenkin tarvitsevat olemassa ollakseen käyttäjän, eikä kieltä tai yhteiskuntaa olekaan olemassa ilman sitä käyttävää väestöä tai yksilöä. Näin ollen syntyy dualistinen kaksijakoinen rakenne, joka on samaan aikaan sekä elinehto itselleen että seurausta itsestään. (Bhaskar 1979, 44–45; Giddens mt., 25–26.) Tässä rakenteessa sekä tiedostamatta että tiedostaen tuotetaan jatkuvassa vuoropuhelussa ihmisten ja rakenteiden välillä uudelleen tätä rakennetta.

(Bhaskar 1979, 44–45.) Toteuttaessaan toimintaa ja toisintaessaan rakenteita, ihmiset toistavat myös olosuhteita (Giddens 1984, 26–27).

Tutkimuksessa dualistinen näkökulma on arvokas, koska tutkimuksessa käsitellään yhteiskunnan osa-alueen muutosta mielenterveyskuntoutujien osalta, ei yhteiskunnan osa-alueiden rakentumista tyhjästä. Muutos kytkeytyy aina johonkin aiempaan ja on sidoksissa samalla myös aikaan ja paikkaan. Muutos sitoutuu kontekstiin, joka on seurausta jo syntyneistä kulttuurisista, institutionaalisista rakenteista ynnä muista. Rakenteet ovat sekä rajoite että mahdollisuus. Syntyessään, ihminen ei koskaan pääse syntymään tyhjänä tauluna ja pysy sellaisena, vaan hän syntyy dynaamiseen kulttuuriseen ympäristöön, jota jo siellä elävät yksilöt, yhteisöt ja instituutiot ovat muokanneet ja johon he jatkuvasti toiminnallaan vaikuttavat. Dualismin kautta voidaan lähestyä yhteiskunnan rakentumista osana olemassa olevaa järjestelmää. Eritoten dualistisuus on merkittävä heikossa asemassa olevien kansalaisten roolia ja palveluita tutkittaessa. He kansalaisryhmänä ja heidän palvelunsa ovat kehittyneet vahvasti kytköksissä kulttuurisidonnaisiin näkemyksiin siitä, miten heidän roolinsa ja asemansa nähdään ulkoapäin. Kulttuurissa on näin toisinnettu ja tuotettu mielenterveyskuntoutujille ennalta määriteltyä roolia, johon he ovat joutuneet sopeutumaan.

## 4 Tutkimuksen toteutus

### 4.1 Tutkimuksen tehtävä

Tutkimuksen tarkoituksena on löytää teemoja, jotka ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden muutokseen ja kehitykseen Suomessa kriittisen realismin näkökulmasta. Tutkimuksessa kysytään siis, mitkä teemat ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen Suomessa kriittisen realismin näkökulmasta.

Työssä on päädytty rajaamaan katsaus koskemaan täysi-ikäisille tuotettavia mielenterveysasumispalveluita. Asumispalveluita tarjotaan sosiaalihuoltolain mukaisesti mielenterveysasiakkaiden ohella myös ikäihmisille sekä päihteitä käyttäville asiakkaille. Osittain asiakasryhmät ovat päällekkäisiä ja esimerkiksi mielenterveysasumispalveluiden piirissä saattaa olla asiakas, joka on myös iäkäs tai päihdeongelmainen tai molempia näitä. Tutkimuksessa käytetään termejä mielenterveysasiakas ja mielenterveyskuntoutuja läpi tutkimuksen, vaikka kyseiset termit ovatkin tulleet osaksi puhuttua ja kirjoitettua kieltä vasta myöhemmin. Esimerkiksi asiakas -sana on saapunut sanastoomme mielenterveyskuntoutujia koskien Alangon ja Hellmanin (2017) mukaan vasta 1990-luvulla.

Tutkimus koskee palvelun kehittymistä ja muutosta Suomessa ja siihen sisältyy yhteiskunnallinen, poikkitieteellinen ulottuvuus sillä muun muassa kulttuurilla ja esimerkiksi poliittisella ilmapiirillä on ollut merkittävä vaikutus palveluiden kehittymiseen sellaisiksi, millaisina ne nyt tunnetaan.

Narratiiviseen eli kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen kuuluu Vilkan (2023) mukaan pyrkimys selvittää tutkimuskohteen keskeisiä käsitteitä, niiden suhteita sekä sitä, mitä ilmiöstä tiedetään. Lisäksi pyritään kokoamaan epäyhtenäinen tieto ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. Katsaukseen on kuitenkin pyritty tuomaan joitain integratiivisen katsauksen piirteitä, jotka keskeisesti vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen kuten pyrkimys kriittisyyteen sekä järjestelmällisyyteen ja tutkimuksen kannalta olennaiset käsitteet on myös ennalta määritelty ja seulottu, kuten integratiiviselle tutkimukselle on Vilkan (mt.) mukaan ominaista.

## 4.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus perustuu Kangasniemen, Pietilän ynnä muiden (2013) mukaan tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan ja laadullisen vastauksen. Tutkimus koostuu useimmiten tutkimuskysymyksen muodostamisesta, aineiston valitsemisesta, kuvailun rakentamisesta ja tuotetun tuloksen tarkastelemisesta. Menetelmällä pyritään ymmärtämään ilmiötä ja kuvaamaan tätä.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on hahmottaa, mitä ilmiöstä tiedetään, mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet tai millaista vallitseva keskustelu ilmiöstä on (Burns & Grove 2005.) Rotherin (2007) sekä Kangasniemen ynnä muiden (mt.) mukaan kirjallisuuskatsaus sopii hyvin erityylisten tutkimusten menetelmäksi, myös hajanaisten ja pirstaleisten aiheiden tutkimiseen -erikseen he mainitsevat muun muassa tutkimuskohteen historiallisen kehityksen tarkastelun. Myös Green, Johnson ja Adams (2006) sekä Rhoades (2011) nostavat tutkimusmenetelmänä esiin kirjallisuuskatsauksen, kun luodaan aikaperspektiiviä tai kronologista tarinaa. Tutkimuksessa tulokset on esitetty mielenterveysasumispalveluiden kehityksen kronologista aikajanaa avaamalla ja nostamalla sieltä esiin mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin näkökulmasta jäsentäen.

Tutkimusmenetelmänä tulkinnat kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta vaihtelevat. Kangasniemen ynnä muiden (mt.) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tieteellisiä periaatteita noudattava itsenäinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on kuvata ilmiötä teoreettisesta tai kontekstuaalisesta näkökulmasta. Ilmiötä tulee kuvata Rotherin (mt.) ja Rhoadesin (mt.) mukaan rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti lähdeaineiston avulla.

## 4.3 Aineisto

Tutkimuksessa on kyse laadullisesta kirjallisuuskatsauksesta. Aiheesta on saatavilla hieman heikosti koottua tutkimustietoa ja valmiita aihetta sivuavia tutkimuksia löytyy varsin rajatusti. Salmisen (2023, 3–4) mukaan kirjallisuuskatsauksessa tehdään tutkimusta

tutkimuksesta. Tarkoituksena on koota tutkimusten tuloksia ja käyttää niitä perustana uudelle tutkimukselle. Kirjallisuuskatsauksessa tunnistetaan, arvioidaan kriittisesti ja referoidaan jo valmiina olevaa tutkimusaineistoa. Katsauksen avuin pystytäänkin käsittelemään laajasti aiempaa aineistoa ja tiivistämään jo tehtyä tutkimusta samalla uutta tietoa tuottaen.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys, ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman relevantti aineisto siihen vastaamiseksi (Rhoades 2011). Tässä tutkimuksessa pyritään pääasiassa 2000-luvulla tuotetusta aineistosta löytämään niitä tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen ja tiivistämään ne tähän tutkimukseen. Tutkimuskohteena on asumispalvelun muutos ja kehitys Suomessa, jonka vuoksi myös aineisto on rajattu pääasiassa asumispalveluita Suomessa käsitteleviin aineistoihin. Tutkimuksen teoriaa käsittelevä aineisto on osittain vanhempaa. Aineisto vastaa tarkoitustaan kuvaamalla mielenterveysasumispalveluiden kehitystä suomalaisessa yhteiskunnassa.

Kangasniemen, Pietilän ynnä muiden (2013) mukaan kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle tyypillisesti aineiston kokoamisessa keskeinen painoarvo on käytettävän aineiston sisällöllisellä valinnalla ja aineiston valinnan jatkuvalla reflektiolla suhteessa tutkimuskysymykseen. Tällöin sekä tutkimuskysymys että siihen vastaamaan valittu aineisto tarkentuvat tutkimusprosessin ajan.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan Greenen ynnä muiden (2006) mukaan käyttää myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita jos se on kysymyksenasettelun kannalta perusteltua. Tutkimuksessa käytetty aineisto onkin varsin heterogeeninen ja tutkimuskirjallisuuden sekä -artikkeleiden lisäksi on läpikäyty muun muassa poliittisia suunnitelmia ynnä muita. Aineistonhakuvaiheessa on tiedostettu, että jos aineisto ei ole tieteellisesti luotettavaa, haastaa se tutkimuksen tulosten suhteen. Tällöin erityistä huomioita kiinnitetään siihen, että lähteet keskustelevat keskenään. Kriittistä lukutaitoa vaaditaan myös mahdollisesti asenteellisten lähteiden suhteen. Tutkimusta suunniteltaessa on tutkittu myös mahdollisuuksia valmiisiin tutkimusaineistoihin, joista ei kuitenkaan ole ollut juurikaan hyötyä kyseessä olevan tutkimuksen teossa ja ne ovat rajautuneet pois tutkimuksessa käytettävästä aineistosta.

Myöhemmin kuvatussa aineiston hakuprosessissa on keskitytty valitsemaan ne käyttökelpoisiksi arvioidut aineistot, joissa käsitellään sisällöllisesti

mielenterveysasumispalveluita, mielenterveysasiakkaiden yhteiskunnallista asemaa tai mielenterveysasiakkaiden palvelurakenteiden kehitystä. Aineistojen luotettavuutta on lisännyt niiden vertaisarviointi, tieteellisesti arvostettu julkaisufoorumi tai tieteellistä aineistoa julkaiseva kustantaja sekä kirjoittajan referenssit. Aineisto on pääasiassa kotimaista ja vastaa tarkoitustaan kuvaamalla mielenterveysasumispalveluiden kehitystä suomalaisessa yhteiskunnassa. Kaikki aineisto on avoimesti saatavilla eikä vaadi erillisiä lupamenettelyitä. Osa aineistoista tosin löytyy vain rajatuista kirjastoista.

Tutkimuksen asiasanat on valikoitu YSO-asiasanakirjaston mukaisiksi ja tiedonhaku on tehty eri lähteistä seuraavilla hakusanoilla ja niitä yhdistelemällä. Mielenterveys (myös mm. mielenterveyskuntoutujat, mielenterveyspalvelut, psykiatriset potilaat, mielisairaalat), mental health (myös mm. patients in psychiatric rehabilitation, mental health services, psychiatric patients, mental hospitals), asumispalvelut (myös mm. tehostettu palveluasuminen, psykiatrinen hoito), housing services (myös mm. service housing with 24-hour assistance, psychiatric care).

Asiasanojen lisäksi hakukriteerinä on ollut kohdentaa haku ajalle 2000–2024. Laajan hakuajan perusteena on ollut sopivan materiaalin puuttuminen ja tutkimusten vähyyys aiheesta. Tässä vaiheessa ei ole rajattu vertaisarvioimattomia artikkeleita pois vaan haku on pyritty tekemään laajasti, jotta päästään käsiksi niihin hakutekijöihin, jotka mahdollisesti tuottavat tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä hakutuloksia. Myöhemmin haku on tehty myös vanhemmasta aineistosta. Tällöin on tarkemmin rajattu sisällöllisiä kriteereitä ja aineistoon on nostettu Nygårdin teos vuodelta 1998, joka historian tutkimuksen näkökulmasta käsittelee suhtautumista yhteiskunnan poikkeavaan väestöön. Teos on päädytty ottamaan mukaan tutkimukseen sen tuoman lisäarvon vuoksi. Se keskustelee historiallisesta näkökulmasta muun muassa sekä Salon että Helénin teoksien kanssa.

Tiedon ja aineistonhaku on tehty Finna -kirjastoista yllä mainituilla hakusanoilla. Näihin hakuihin pohjaten tiedonhaku on jatkettu myös Janus ja Journal.fi lähteistä, joista löytyy tieteellisiä artikkeleita ja lehtiä. Näissä hauissa käytetty termejä mielenterveys and asumispalvelut sekä mielenterveystyön kehitys. Tietoarkisto Ailasta on haettu valmiita aineistoja. Haku antoi hakutuloksia, mutta sopivia aineistoja ei jäänyt käytettäväksi. Saaduista hakutuloksista on pyritty valitsemaan ne luotettavaksi arvioidut aineistot, joissa käsitellään mielenterveysasumispalveluita, mielenterveysasiakkaiden yhteiskunnallista asemaa tai mielenterveysasiakkaiden palvelurakenteiden kehitystä.

Tiedonhaun toinen vaihe on koostunut sekä haun laajentamisesta että kohdentamisesta. Hakua on kohdennettu tekemällä manuaalista hakua löytyneiden lähteiden lähdeluetteloiden tai ehdotettujen uusien hakusanojen mukaan. Esimerkiksi uutena hakusanana hakukoneet ehdottivat ”mental health housing services development” hakusanaa.

Hakua on myös laajennettu muihin lähteisiin, kuten lausuntopalvelut.fi ja syötetty hakupalveluun mielenterveysasumispalvelu -hakusana, jonka myötä on löydetty muun muassa tutkimuksen teon aikana valmistuva Jahangirin väitöskirja (2024). Lausuntopalvelut.fi verkkosivuilta on käyty läpi materiaalia hakusanalla ”mielenterveys”. Lausuntopalveluista on löydetty laatusuosituksia, ehdotus mielenterveystyön kehittämiseksi, palvelukatsaus, mielenterveysstrategia ym. Näistäkin aineistoista on edelleen valittu ne luotettavaksi arvioidut aineistot, joissa käsitellään mielenterveysasumispalveluita, mielenterveysasiakkaiden yhteiskunnallista asemaa tai mielenterveysasiakkaiden palvelurakenteiden kehitystä.

Aineiston valinnassa tulee Kangasniemen, Pietilän ynnä muiden (2013) mukaan esiin kirjallisuuskatsauksen aineistolähtöinen ja aiheen ymmärtämiseen tähtäävä luonne. Tällä tarkoitetaan sitä, että aineiston valinta ja analyysi ovat aineistolähtöistä ja ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Kangasniemi ynnä muut (mt.) jatkavat vielä, että aineiston valinnassa kiinnitetään huomiota aineistojen rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Lopullisesta tutkimuksesta karsiutuikin pois lopulta valtava määrä lähteitä, eritoten valtaosa lainvalmisteluasiakirjoista sekä poliittisista ohjelmista. Aineiston valintaa ja karsimista helpotti aineistoista luotavat asiansanakokonaisuudet ja pienet tiivistelmät, joista lähteiden käsittelemiä aiheita oli mahdollista tarkistaa. Tässä vaiheessa karsintaa käyttöön jäi aineisto, joka oli tieteellisistä julkaisuista, peräisin tunnetuilta luotettavaa materiaalia julkaisevilta kustantamoilta tai tieteellistä materiaalia julkaisevilta kustantamoilta. Aineisto on esitetty taulukossa alla.

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetty aineisto

Tekijä	Vuosi	Teoksen nimi	Julkaistu
Alanko Anna & Hellman Matilda	2017	Service Users and Experts in Finnish Mental Health Care Planning: Three Phases of Expansion and Inclusion. Artikkel.	Sosiologia -lehti Journanal.fi

(jatkuu)

(Taulukko 1. jatkuu)

Bergström, Tomi	2002	Mieletön Häiriö: Psykiatrian Ongelma Ja Sen Ratkaisu. Kirja	Jyväskylä: PS-kustannus
Helén Ilpo	2007	Masennus massamitassa: epidemiologinen välineistö ja psykiatrian muodonmuutos. Artikkel.	Tiede & edistys
Helén, Ilpo (toim.)	2011	Reformin pirstaleet: Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Kirja.	Tampere: Vastapaino
Jahangiri, Erfan	2024	Assisted living for people with mental illness in Finland. Väitöskirja.	Tampere: Punamusta
Juhila, Kirsi (2018)	2018	Aika, paikka & sosiaalityö. Kirja.	Tampere: Vastapaino
Kettunen Terttu & Ihalainen Jarmo & Heikkinen Hannele	2002	Monimuotoinen sosiaaliturva. Kirja.	Helsinki: WSOY
Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirkko	2019	Sosiaalihuollon valtakunnallisen ohjauksen peruslinjat. Osio kirjassa.	Helsinki: Tietosanoma
Nygård, Toivo	1998	Erilaisten Historiaa: Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla Ja 1900-luvun Alussa. Kirja.	Jyväskylä: Atena
Pietikäinen, Petteri	2013	Hulluuden historia. Kirja.	Helsinki. Gaudeamus
Rautiainen Pauli & Taskinen Helena & Rissanen Helena	2020	Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen -virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Artikkel.	Tampere University Press
Saari, Juho toim.	2006	Suomen Malli: Murroksesta Menestykseen? Kirja.	Helsinki: Yliopistopaino
Salo, Markku & Kallinen, Mari	2007	Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Kirja.	Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto
Salo Markku	2016	Asumispalvelujen hankinnan kehykset. Yhteistoiminnallista mallia etsimässä. Artikkel.	Kuntoutus -lehti Journal.fi
Salo, Markku	2017	Hyvien käytäntöjen hautajaiset? Artikkel.	Kuntoutus -lehti Journal.fi
Salo, Markku	2019	Hullut mielenterveysmarkkinat. Kirja.	Tampere: Vastapaino

Aineiston läpikäymisen pohjana toimi aineiston luokittelu aineistoteemoihin, jotka jakautuivat neljään pääluokkaan: palvelut ja rakenteet yhteiskunnassa, mielenterveys ja mielenterveyspalvelut, ohjelmat ja politiikka sekä muut. Luokkien lisäksi aineiston

käsittelyä helpotettiin myös teoksia kuvaavilla asiasanoilla kuten rakenteet, tilaaja–tuottaja -malli, käytännöt ja reformit, ajallinen kehityskaari. Tutkimuksessa käytettäväksi teoksia valikoitui lopulta kuusitoista (16) kappaletta, joista kymmenen (10) oli kirjoja tai kokoelmateoksia ja viisi (5) artikkelia sekä yksi (1) väitöskirja.

Tutkimuskysymykseen vastaamisen osalta aineisto oli haasteellinen. Voisi sanoa, että haasteellisuus syntyi aineiston heterogeenisyydestä sekä rajallisuudesta, mutta myös tutkimuskysymys sekä tutkimusasetelma olivat itsessään haasteellisia. Valmista tutkimusta aiheesta on rajatusti ja aineistoa etsittäessä vaikutti siltä, että valtaosa aineistoista on keskittynyt myös spesifimpiin osa-alueisiin. Kokonaisvaltaisemman tarinan muodostaminen kronologiseen aikajärjestykseen oli siksi suuritöistä. Aineiston luonteen vuoksi kokonaisuutta on koostettu varsin pienistä palasista. Tukena tutkimuksen rungolle toimivat kuitenkin perusteokset, jotka käsittelivät sekä mielenterveysasumispalveluiden että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden kehityksen aikakaarta laajemmin. Tällaisia aineistoja tässä tutkimuksessa olivat muun muassa aiemmin mainittu historiantutkija Toivo Nygårdin (1998) teos, Anna Alangon ja Matilda Hellmanin (2017) artikkeli, Markku Salon ja Mari Kallisen (2007) sekä Markku Salon (2019) teokset.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Onwuegbuzieen ja Frelsins (2016) mukaan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessissa on ensin kartoitettu mitä aiheesta tiedetään ja avattu se, miten tieto on hankittu. Aineiston hankinnan jälkeen pyrkimyksenä on koostaa ja järjestää tietoa.

Varsin pian aineistoa luettaessa todettiin, että parhaiten aineiston jäsentäminen onnistuu aikajanallisesti kronologista tarinaa luomalla. Luokittelemalla havaittuja teemoja aikajanelle, yhtäläisyyksiä ja keskustelevuutta alkoi pian löytymään tutkimuksen eri lähteiden kesken. Tutkimuksessa tiedon järjestäminen on siis tapahtunut pääasiassa yhteiskunnallisen ja mielenterveysasumispalveluiden kehityksen avaamisena kronologiseen järjestykseen. Aikajanallisessa tarinassa esiin alkoi nousemaan eri lähteistä erilaisia tapahtumia ja ajanjaksoja, joiden myötä oli luonnollista pohtia, mikä näihin mahdollisesti on

vaikuttanut. Millaisessa ajassa, kontekstissa, sosiaalisessa ja poliittisessä ilmapiirissä tapahtumat ilmenivät?

Aikajanan luomisen jälkeen aikajanaa alettiin täyttämään tekijöillä, joilla on arveltu olevan merkitystä mielenterveysasumisen kehitykseen. Aineistosta on etsitty jatkumoa, eri lähteissä toistuvia asioita sekä tiettyjä pääteemoja avaavia asioita. Täyttämisen vaiheessa on tarkasteltu aiheita kriittisen realismin alojen (aktuaalinen, reaalinen, empiirinen) näkökulmista ja pyritty jo alustavasti käymään keskustelua siitä, miten vaikutukset sijoittuvat ja liikkuvat näiden alojen kesken.

Analyysivaiheessa kronologista aikajanaa luodessa aineistoa luettiin pääasiassa historiallisen analyysin kautta ja pyrittiin hahmottamaan selkeitä tapahtumia esimerkiksi politiikassa ja lainsäädännössä. Tämän lisäksi huomiota kiinnitettiin diskurssianalyysin keinoin siihen, millä tavoin mielenterveyskuntoutujia koskevat käsitykset sekä puhutavat ovat muuttuneet. Kolmantena analyysin näkökulmana käytettiin vielä rakenteellista analyysiä, jonka mukaisesti tutkimusaineistosta pyrittiin hahmottelemaan eri toimijoiden roolia mielenterveysasumispalveluiden järjestämiseen ja kehittymiseen. Kronologiseen aikajanaan alkoikin varsin nopeasti hahmottumaan tutkimuksen teon aikana seuraavalla tavalla nimetyt ajanjaksot: tylsämielisistä mielisairaksi, mielisairaanhuollosta mielenterveystyöhön sekä nykyrakenteita kohti. Varsin pian toisen ja kolmannen osion teemat alkoivat kuitenkin keskustelemaan keskenään siten, että näiden leikkauspinta oli suurelta osin yhteinen. Yhtäläisyyksiä löytyi epidemiologisen mielisairauden käsityksen laajetessa mielenterveyden käsitteeksi ja mielenterveyden muuntautuessa ja noustessa koko yhteiskunnan asiaksi. Tällöin tutkimuksen kannalta oli merkittävää luoda näiden ajanjaksojen alle uusia sisentäviä otsikoita tarkemman analyysin luomiseksi ja tutkimusasetelman hallinnan säilyttämiseksi. Tällaisia tutkimuksen työvaiheessa käytettyjä sisäotsikoita ja luokitteluita olivat muun muassa 60-luvun reformi, epidemiologia ja 70-luku, mielisairaudesta mielenterveyteen, palvelut kunnille ja 2000-luku.

Tiedon koostamisen ja järjestämisen jälkeen Onwuegbuz ja Frels (2016) suorittaisivat kirjallisuuskatsauksessa lähteiden ja tiedon poisvalintoja sekä valintoja, mutta tutkimuksessa karsimista ja valintaa on tehty osittain jo tiedonhaun vaiheessa, kuten Kangasniemi ynnä muut (2013) ilmaisevat olevan mahdollista. Heidän mukaansa aineiston valinta ja analyysi ovat aineistolähtöistä ja ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti. He mainitsevat myös, että

kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaku ja aineistot myös tarkentuvat koko tutkimuksenteon ajan.

Aineiston hankinnan alkuvaiheessa tutkimusaihetta kartoitettiin melko paljon käymällä läpi lakeja sekä lainvalmisteluasiakirjoja kuten myös poliittisia ohjelmia ynnä muita. Tässä vaiheessa koettiin, että aineistoa ei välttämättä olisi riittävästi. Tiedonhaun edetessä havaittiin kuitenkin, että näin ei ole. Kun aineistoa kootessa todettiin, että mielenterveysasumispalveluiden muutoksesta kertovaa kirjallisuutta sekä tieteellisiä artikkeleita alkoi löytymään riittävästi, päätettiin tutkimuksesta rajata pois lainvalmistelu- ja lakiaineistot, kehittämisohjelmat sekä mielenterveysasiakkaiden kohtelusta, mielenterveysasiakkaiden kokemuksista, lääketeollisuudesta ynnä muusta kertovia lähteitä. Tämä koettiin varsin onnistuneeksi rajaukseksi sekä tutkimuksen että tutkimuksen teon etenemisen kannalta. Tällä varmistettiin, että tutkimuksessa pystytään paremmin ja luotettavammin kuvaamaan mielenterveysasumisen kehityksen suuria linjoja ja kokonaisuutta.

Lakiasiakirjojen läpi käyminen osana tutkimusaineiston hakua vaikutti kuitenkin osaltaan tutkimuksen ohjautumista rakenteelliseen suuntaan ja rakenteellinen ote aiheeseen näkyy aineiston luokittelussa. Lainvalmisteluasiakirjojen ja lakien läpikäyminen antoi myös valmiuksia hahmottaa ennalta, mitä aiheita valituissa aineistoissa mahdollisesti kohdattaisiin. Yksityiskohtiakin luotuun tarinaan muodostu varsin paljon, mutta tutkimuskysymyksen mukaisessa asetelussa pysyttäessä, tutkimuksesta rajautui pois runsaasti tutkimuskysymyksen kannalta epävalidia asiaa.

Viimeisinä vaiheina tutkimusprosessissa Onwuegbuzin ja Frelsin (2016) mukaan analysoidaan tietoa ja luodaan kokoava yhteenveto. Tämän jälkeen päästään raportoimaan kirjallisuuskatsaukseen valittua ilmiötä, joka Rotherin (2007) mukaan tehdään teoreettisesta ja kontekstuaalisesta näkökulmasta rajatusti sekä jäsennellysti. Aikajanan luomisen ja täyttämisen jälkeen tutkimuksen tekoa on jatkettu analysoimalla tarkemmin kausaaleja mielenterveysasumiseen vaikuttaneita tekijöitä aktuaaliselle, reaalille ja empiiriselle alalle.

Reaalista alaa tarkastelemalla on voitu tunnistaa rakenteellisia ja yhteiskunnallisia mekanismeja, jotka ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen. Reaalilla alalla viitataan rakenteisiin sekä mekanismeihin, jotka ovat ihmismielestä ja tulkinnasta riippumattomia. Tutkimuksessa reaalisen alan tekijöitä ovat olleet yhteiskunnan

fysikaaliset rakenteet eli laitokset ja palvelukeskukset, mutta myös ei fyysiset rakenteet kuten arvot, politiikka, palveluiden markkinaistuminen, yhteisöt, palvelurakenteet ja oikeusjärjestys. Analyysissä on ollut mahdollista tarkastella, kuinka nämä tekijät ovat vaikuttaneet mielenterveysasumispalvelujen kehitykseen.

Aktuaalisella alalla päästään käsiksi mielenterveysasumispalveluiden käytännön toteutumiseen, kehitykseen ja muutoksiin. Aktuaalisen alan tekijät ovat reaalisen alan laukaisemia tapahtumia kuten lainsäädännön aikaansaamia vaikutuksia mielenterveyskuntoutujien palveluvalikoimassa ja organisaatioiden toiminnassa tai vaikutuksia siinä, miten mielenterveyskuntoutujien asema yhteiskunnassa näkyy kielessä, lainsäädännössä sekä yhteiskuntapolitiikassa. Aktuaalisen alan kautta päästään tarkastelemaan, miten erilaiset poliittiset toimet, palvelumallit ja vallitsevat normit ovat vaikuttaneet asumispalveluiden järjestämiseen.

Empiirisellä alalla viitataan puolestaan havaintoihin ja kokemuksiin. Tutkimuksessa ei käsitellä mielenterveyskuntoutujien kokemuksellista näkökulmaa, mutta empiirinen taso nousee analyysissä esille sen kautta, miten mielenterveyskuntoutujia on koettu yhteiskunnassa ja yhteisöissä. Empiirisellä alalla avataan yhteiskunnan asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan muun muassa sekä yhteisörakenteiden, palvelurakenteiden että sosiaalisten rakenteiden kautta. Näillä on vaikutusta siihen, millainen mielenterveyskuntoutujien asema on kunakin aikana ollut.

Tässä vaiheessa on havaittu, että vaikka alat itsessään ovat varsin vakaat, niille sijoitettavat asiat itsessään eivät ole. Myöhemmin tutkimuksessa esitetään esimerkki siitä, miten mielisairaalat voidaan ensin ajatella osaksi aktuaalista alaa, sillä mielisairaaloitten rakentamiselle syntyi tilausta reaalisen alan tapahtumien kautta. Mielisairaalat olivat siis seurausta reaalisten alan yhteiskunnallisista ajatuksista ja tarpeista. Ajan kuluessa mielisairaalat kuitenkin vakiintuivat osaksi yhteiskuntarakennetta ja tällöin ne voidaan huolelta lukea osaksi reaalista alaa, johon kuuluu sekä Archerin (1998, 41) että Niiniluodon (1999, 23) mukaan arvojen, ajatusten ja yhteisöjen lisäksi myös fyysiset tosiasialliset asiat.

Aineistoa läpikäydessä, aineiston karsimista tapahtui edelleen, mutta myös uusia lähteitä löytyi läpikäytävien aineistojen perusteella lumipallomenetelmän avuin. Tämän voi ajatella tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijä sillä aineistoon syvemmillä pyrittäessä, saadun datan määrä lisääntyi ja tieto syventyy. Toisaalta voidaan yhtä lailla ajatella, että samankaltainen data saattaa lähteä kumuloitumaan tutkimuksessa ja tutkimuksen

luotettavuus voi siten heikentyä. Tämän vuoksi lähteiden luotettavuuden arviointiin on edelleen kiinnitetty huomiota uusia lähteitä mukaan otettaessa.

Kirjallisuuskatsaus perustuu Kangasniemen ynnä muiden (2013) mukaan tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan ja laadullisen vastauksen. Tutkimus koostuu useimmiten tutkimuskysymyksen muodostamisesta, aineiston valitsemisesta, kuvailun rakentamisesta ja tuotetun tuloksen tarkastelemisesta. Menetelmällä pyritään ymmärtämään ilmiötä ja kuvaamaan tätä. Sekä aineiston valinta että aineiston analysointi ovat aineistolähtöisiä ja tapahtuvat siis toistensa kanssa samanaikaisesti. Aineiston valinnassa on kiinnitetty huomio aineiston rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen: Miten se täsmentää, jäsentää, kritisoi tai avaa tutkimuskysymystä? Mikä aineiston näkökulma ja abstraktiotaso on? Miten se suhteutuu muuhun valittuun aineistoon? Aineiston riittävyden määrää kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksen laajuus. Merkittävintä aineiston sopivuudessa on, että asiaa voidaan aineiston avulla tarkastella ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti suhteessa tutkittavaan kysymykseen. (Kangasniemi ym. mt.)

Tutkimuksessa aineisto on antanut mahdollisuuden kuvata mielenterveysasumispalveluiden kehitystä ennen kaikkea kronologisesti. Ajallisen kehityskaaren lisäksi aineistosta nousee esiin rakenteellinen näkökulma, mutta toisaalta aineisto nostaa hyvin keskeisesti esille myös mielenterveysasumispalveluiden kehittymiseen liittyvää kontekstia. Kontekstilla kuvataan Kortesian (2005, 26) mukaan vallitsevia olosuhteita. Kontekstia ei varsinaisesti pyritä tutkimuksessa käsittelemään tai tutkimaan, mutta esimerkiksi mielenterveyteen suhtautuminen ja yhteiskunnan ilmapiiri nousee keskeisesti esiin asumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita kausaalisuhteita arvioidessa ja kriittisen realismin reaalista alaa avatessa. Kontekstilla voidaan käsittää historiallista taustaa, kulttuurista ympäristöä, poliittista tilannetta ynnä muuta. Kontekstia kuvailemalla voidaan selittää tapahtumia ja tehdä niitä paremmin ymmärrettäviksi.

Analyysissä on tutkimusaiheen kokonaisvaltaisuuden vuoksi hyödynnetty niin historiallisen analyysin, rakenteellisen analyysin kuin diskurssianalyysinkin piirteitä. Historiallinen analyysi korostaa poliittisia päätöksiä ja lainsäädännön muutoksia mielenterveysasumispalveluiden toteuttamisessa ja rakenteellisen analyysin kautta keskitytään eri toimijoiden kuten julkisen sekä yksityisen sektorin ja järjestöjen rooliin palveluiden kehittymisen osalta. Diskurssianalyysi puolestaan tutkii

mielenterveyskuntoutujiin liittyviä käsityksiä sekä ilmaisu- ja puhetapoja sekä niiden muutoksia.

#### 4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksien haasteena on se, että kirjallisuuskatsauksista käytetty käsitteistö on keskenään ristiriitaista sekä vakiintumatonta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa kannattaakin kiinnittää huomiota muun muassa tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluihin sekä prosessin johdonmukaisuuteen. Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsausta taas voidaan perustella muun muassa näyttöön perustuvan toiminnan lisääntymisellä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Pyrkimällä läpinäkyvyyteen ja kuvaamalla menetelmäosaa on merkitystä kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioimisessa (Rhoades 2011). Tutkimuksen määritellyt metodit myös vähentävät ennakkoluuloihin nojautuvaa todistelua sekä tutkijan intuitiivista analyysiä (Salminen 2023, 1–2). Tutkimuksen aineiston hankintaa sekä valintaa onkin kuvattu tutkimuksen luvussa 4. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa on ohjannut tutkimuskysymys ja tarkoituksena on ollut löytää mahdollisimman relevantti aineisto siihen vastaamiseksi (Rhoades mt.) Tutkimuksen aineisto on vastannut tarkoitustaan kuvaamalla mielenterveysasumispalveluiden kehitystä suomalaisessa yhteiskunnassa.

Aiheesta on ollut saatavilla heikosti koottua tutkimustietoa ja myös valmiita aihetta sivuavia tutkimuksia löytyy rajatusti. Siksi aineistoa on haettu monitasoisesti lumipallomenetelmällä kirjallisuudesta, tieteellisistä julkaisuista ynnä muista lähteistä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan Greenen ynnä muiden (2006) mukaan käyttääkin myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita jos se on kysymyksenasettelun kannalta perusteltua.

Tutkimuksessa käytetty aineisto on varsin heterogeeninen, vaikka aineistosta karsiutuikin pois lainvalmisteluaineistot, poliittisia ohjelmia koskevat aineistot ynnä muut. Kangasniemen ynnä muiden (mt.) mukaan kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle tyypillisesti aineiston kokoamisessa keskeinen painoarvo on käytettävän aineiston sisällöllisellä valinnalla ja aineiston valinnan jatkuvalla reflektiolla suhteessa tutkimuskysymyksen. Aineistonvalinnan edetessä tutkimuksen aineistoksi valikoitui lopulta teoksia, jotka ovat tieteellisiltä valideja. Aineistoa on julkaistu tieteellistä materiaalia tuottavilta kustantamoilta.

Jos kustantamo ei ole ollut tieteellinen, on arvioitu kirjoittajan referenssejä kuten hänen asiantuntijuuttaan, julkaisuhistoriaansa ynnä muuta. Aineistossa mukana on yksi selkeästi vanhempi teos (Nygård 1998), jonka mukaanotto oli kuitenkin perusteltua lähteen keskusteltua hyvin muun aineiston kanssa. Lisäksi teoksen mukaanottoa perusteltiin sen historiantutkimuksellisella näkökulmalla. Lisäksi aineiston luotettavuutta voidaan kyseenalaistaa, sillä mukana on useampi teos Markku Salolta. Kaksi kirjallista teosta, joista toinen (Salo & Kallinen 2007) on kirjoitettu yhteistyössä Mari Kallisen kanssa sekä 2019 kirjoitettu kirjallinen teos (Salo 2019). Tämän lisäksi aineistossa on mukana Salon (2016 & 2017) kaksi artikkelia.

Tutkimuksen aikajänne on varsin laaja ja aiheesta on siksi haastavaa tuottaa pro gradu - tasoisessa tutkimuksessa tieteellisesti korkeatasoista tutkimusta. Aihetta on lähestyttävä tutkimuksellisten resurssien rajoissa varsin laveasti, kun taas tiiviimpää ajanjaksoa tutkiessa voitaisiin saada spesifimpiä ja keskenään vertailukelpoisempia tutkimustuloksia. Tällöin myös aineisto toimisi tiiviimmässä synergiassa keskenään läpi tutkimuksen, kun tässä tutkimuksessa osa aineistosta kosketti rajatusti tiettyä aikakautta tai teemaa. Tutkimuksessa kuitenkin toivottiin voivan osoittaa muutosta laajalla aikakaudella ja siihen tutkimus kykeni hyvin. Muutosta pystyttiin näyttämään niin palvelurakenteissa, tieteessä, politiikassa kuin mielenterveyteen suhtautumisessakin.

Eettiset kysymykset liittyvät Kangasniemen ym. (2013) mukaan kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ennen kaikkea tutkimuskysymyksen muotoiluun ja aiheen käsittelyyn sekä tutkimusetiikkaan. Tutkimuksen kysymyksenasettelussa on pyritty lähestymään mielenterveysasiakkaita tutkimuksen kohdetyhmänä sensitiivisesti ja kuvattu nykytietämystä aiheesta poikkitieteellisesti. Tutkimustuloksissa nousee esiin mielenterveysasiakkaiden monenlainen ja epäsensitiivinenkin kohtaaminen. Tutkimustuloksissa on myös avattu näitä epäsensitiivisiä tapoja määrittää poikkeavuutta ja nimitykset on tuotu tutkimuksessa julki sellaisina kuin ne lähdekirjallisuudessa on ilmaistu.

Tutkimustuloksissa normeista poikkeavuus nousi keskeisesti useassa kohdassa esille. Kun käsitellään jotain, joka poikkeaa normeista, tulee myös ensin tiedostaa, mitä pidetään normin mukaisena. Tutkimuksen pohdinnassa nostetaankin esiin näkökulmia siitä, miten valtaa käytetään yhteiskunnassa muun muassa tulkintojen, tilanteiden määrittelyn ja nimeämisen kautta. Kielelliseen ilmaisuun ja määrittelemiseen liittyy Fookin (2002, 46, 52) mukaan arvottamisen ja vallankäytön mahdollisuudet. Se, miten ja mistä puhumme, määrittää

puhuttavan objektin ulkopuolelta sitä, mistä puhumme. Valta ilmenee näin sosiaalisen vuorovaikutuksen ja olemassa olevien yhteiskunnallisten rakenteiden kautta. Tämäkin tutkimus toisintaa yhteiskuntamme kielirakenteita sekä normeja eikä siten ole vapaa vallankäytön riskeistä ja mahdollisuuksista.

Tutkimuksessa on tiedostettu myös tutkimustulosten näkökulmasta, että eri aikoina historiaa mielenterveysasiakkaita on ymmärretty ja tunnistettu eri tavalla. Nykymittarein poikkeavuuden nimeämisen tavat ovat eittämättä vaillinaisia ja epäsensitiivisiä. Monenkirjainen nimeämiskäytäntö voi vaikuttaa myös tutkimuksen tuloksiin, jos kohderyhmän sisällöstä ei voida olla täysin varmoja. Tarkempaa tietoa ei välttämättä ole tarjolla siitä, ketä itseasiassa tarkoitetaan, kun 1800-luvulla puhutaan poikkeavista. Samaan ryhmään, kun niputetaan nykytietämyksen valossa usealla tavalla normista poikkeavia. Tiedossa on, että mielenterveysasiakkaiden ohella asutettiin ainakin muun muassa kehityshäiriöisiä, vammaisia, dementikkoja ynnä muita. Toisaalta tiedossa on myös, että heille on ollut tarjolla samaa kohtelua ja palveluita, jonka vuoksi tutkimuksellisesti suurta virhettä ei tulosten suhteen kuitenkaan tapahtune.

## 5 Tylsämielisyistä mielisairaiksi

### 5.1 Mielisairauden tulkinta kulttuurista käsin

Realismia on puolustaa niitä näkemyksiä, jotka tukevat ihmismielestä riippumatonta asioiden olemassaoloa ja tiedostaa, että tieto pysyy samana, mutta tulkinnat sekä ymmärrys asioista voivat muuttua. Kriittisen realismin kausaalisuus ja generatiiviset vaikutukset näkyvät hyvin kielellisen ilmaisun keinoissa. Kieli on aktuaalialan pyrkimys käsitteellistää ja tulkita reaalista alaa eli kielellä tavoitellaan puhuen tai kirjoittamalla sitä, mikä on todellista. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 185, 187.) Toisaalta puhutun tai kirjoitetun voi tulkita olevan aina myös tulkintaa ja siten osa empiiristä alaa, sillä kieli suodattuu kokijan ja puhujan kautta viimeistään silloin, kun viesti tavoittaa kuulijan. Puhuttu kieli ilmentää yhteiskunnan asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan ja siten myös vaikuttaa mielenterveyskuntoutujien asemaan ja siihen, miten he itse asemansa kokevat.

Psyykkisiä ja sosiaalisia haasteita sekä poikkeamia on sekä Bergströmin (2002) että Pietikäisen (2013, 109–113) mukaan selitetty kulttuurisesti sopivilla ja kulttuurille ominaisilla keinoilla. Pitkään mielenterveyden aiheuttamat oireet ovat saaneet uskonnollisia, filosofisia ja hengellisiä piirteitä ja tulkintoja, mutta 1700- ja 1800-luvuilla vastuuta näiden piirteiden selittämisestä alkoi yhä enemmän ottamaan lääketiede ja luonnontieteet. Jo tutkimuksen varhaisimman ajanjakson lähtöasetelmassa 1700- ja 1800-luvuilla mielenterveysasiakkaiden aseman tarkastelu kriittisen realismin näkökulmasta nostaa esiin esimerkiksi reaalisen alan arvot sekä normit ja reaalisen alan aktuaalisella alalla aikaansaamia vaikutuksia. Lisäksi tulkittavissa on myös empiirinen ala ja se, miten mielenterveysasiakkaat ovat kokeneet asemansa ja miten heitä on koettu yhteiskunnassa ja yhteisöissä.

Kriittisessä realismissa keskeistä on miksi -kysymysten ja suorien syy-seuraussuhteiden sijaan arvioida erilaisia mekanismeja, jotka voivat aikaansaada tai estää muutosta (Archer 1998, 18; Pekkarinen & Tapola-Haapala mt., 194). Sekä Nygård (1998), Salo (2019) että Pietikäinenkin (mt.) käsittelevät teoksissaan runsaasti sitä, miten poikkeavia ja poikkeuksellisuutta on ollut tarpeen kyetä nimeämään ja hallitsemaan yhteiskunnan struktuurein. Tähän hallinnan tarpeeseen on usein liittynyt tarve osoittaa normien ja

odotusten ulkopuolelle sijoittuvaa olemisen tapaa. Reaalimaailmassa toimintaamme ohjaavat siis arvot. Se, mitä pidetään arvokkaana ja mitä arvostetaan, vaikuttaa kulttuuriin ja kulttuurista sekä yhteisöistä nousevat tarpeet luoda järjestystä ja säännönmukaisuuksia. Vallitseva arvomaailma vaikuttaa siis kausaalisti kriittisen realismin mukaan siihen, millaisessa oikeusjärjestyksessä elämme ja millaisia palveluita yhteiskunta ja aktuaalimaailma on ohjattu tuottamaan.

1800-luvun lopulla taloudellinen sekä sivistyksellinen eheytyminen nostivat selkeämmin esille luokkavastakohtaisuuksia Suomessa, jonka myötä fyysisesti, sosiaalisesti ja henkisesti erikaltaisten ihmisten ajateltiin aiheuttavan valtaväestöön nähden ongelmia. Nämä ongelmat ovat saattaneet liittyä elämisen erilaisuuteen, ja yhteiskunnan on ollut tarpeen löytää näille ongelmille ratkaisuita. Yhteiskunnassa on myös näin ollut mahdollista ilmentää normia toivotusta sekä hyväksyttävästä osoittamalla tästä normista poikkeavia projisoimalla heihin epätoivotut, epäonnistumisesta kielivät ja ongelmalliseksi katsotut piirteet. (Bergström 2002; Nygård 1998, 11, 16.) Tulkinta ”hulluudesta” onkin ollut usein sidottu aikaan ja aikakauteen. Mielisairautta ymmärrettiin tylsämielisyysenä eikä mielisairauksia juurikaan osattu erottaa esimerkiksi kehitysvammaisuudesta. Mikäli ”tylsämielisistä” oli jonkin kaltaista hyötyä yhteisölle esimerkiksi työn tekemisen suhteen, heidän annettiin pitkälti jatkaa elämistä yhteisössä. He toimivat kuitenkin varoittavana esimerkkinä muille ja usein ajateltiin, että vajavaisuus oli rangaistus omista tai vanhempien teoista. (Pietiläinen 2013, 12.) Bergströmin (mt.) mukaan varhaisimmat psykiatrian diagnostiset työkalut luokittelivat ihmisiä nimenomaan yleisluontoisten kuvailujen perusteella, jotka usein myös perustuivat ennako-oletuksiin.

Mielenterveysasumispalveluiden kehityksen juurien voi näin todeta löytyvät poikkeavuuden hallitsemisen tarpeista. Ajalle ominaisesti sekä poikkeavuus itsessään sekä sen tulkintakeinot on synnytetty sen aikaiselle kulttuurille ominaisin keinoin.

## 5.2 Hallinnan tarpeet ja kontrolli

Mielenterveyden ja mielisairauden määrittely oli varsin epätarkkaa ja mielisairaalat olivat lääkärijohtoisia laitoksia, jonne eri tavoin normittomasti käyttäytyviä ihmisiä asutettiin

(Bergström 2002; Helén ym. 2011, 25). Nygård (1998, 16–21) kertoo, että yhteiskunta käsitteli ongelmalliseksi katsomaansa väestöä työlaitosten, vankiloiden, köyhäinhuoltolakien ja sairaaloiden avuin ja kirkolla oli valtion ohella merkittävä rooli yhteisöjen ohjaamisessa. Kontrollin ja mielisairaalaan sulkemisen tarve liittyi eritoten vaarallisten yksilöiden sulkemiseen yhteiskunnasta, mutta myös köyhäinhoidollisiin tehtäviin, sillä mielisairaaloihin asutettiin runsain mitoin myös köyhiä, sairaita sekä dementikkoja. (Helén ym. mt., 25–26; Pietikäinen 2013, 240).

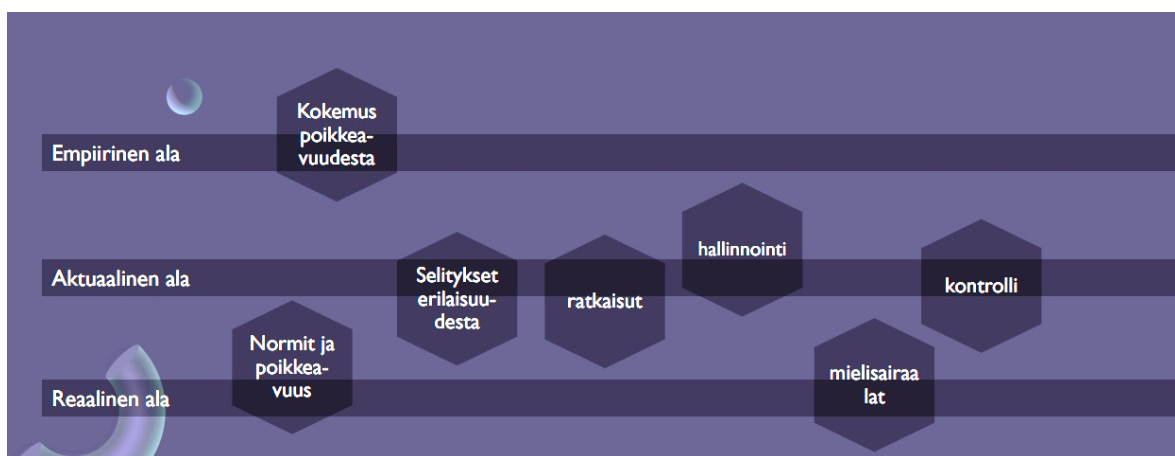
Suomen ensimmäinen sairaalalaitos Seilin sairaala hoisi muun muassa lepraan sairastavia kansalaisia 1600-luvulta alkaen, kunnes se muutettiin mielisairaalaksi 1771 (Jahangiri 2024, 24). Salon ja Kallisen (2007, 7) mukaan *”sairaalakeskeinen järjestelmä tarjosi leipää, katon päälle ja palkatonta toimintaa valtion hyväksi. Ei ollut huolta eikä toivoa tulevaisuudesta”*. Salo (2019, 16) mainitseekin, että *”houkuttelemattomuuden periaatteesta”* ja siitä, että joutilaisuuteen ei tuhlata varoja muodostui ainakin Englannissa taloudellinen ja hallinnollinen perusta sille, miten erilaisuutta ja *”hulluutta”* hallinnoitiin. Saman periaatteen heijastuksia on havaittavissa myös suomalaisen mielenterveysasumisen historiassa. Hallinta toteutui ennen kaikkea reaalisen alan keinoin laitosten ja kirkollisten instanssien fyysisissä hoteissa. Tavan kansalaisten ei tarvinnut juurikaan osallistua poikkeavuuden nimeämiseen tai tästä huolehtimiseen. Normittomuus, poikkeavuus, erilaisuus ja hulluus siirrettiin syrjään normaaliksi katsotun väestön elinpiiristä ja empiirisestä kokemusmaailmasta.

1800- luvun lopun ja 1900- luvun alun kehityskulussa on nähtävillä erityisen selkeänä reaalialan muutos ajatustavoissa, joka aikaansaa kriittiselle realismille ominaisesti (Archer 1998, 5, 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187) tapahtumia aktuaalialalla eli yhteiskunnan tuottamassa tiedossa, palveluissa sekä rakenteissa. Mielisairautta nimittäin miellettiin 1800- luvun lopulla jo enemmän riskiksi yhteiskuntarauhalle ja myös mielen sairauksien toteaminen lisääntyi käsi kädessä hoitokeinojen edistymisen kanssa. Tämän myötä asukasmääriin suhteutettavien mielisairaudesta kärsivien lukeman runsas nousu selittyikin 1900-luvulle tultaessa. (Nygård mt., 95–96.)

Arvostettu psykiatri Martti Kaila arvioi, että 1930- ja 1940-lukujen taitteessa suomalaisesta väestöstä vajaan yhden prosentin olisi ajateltu kärsivän mielisairauksista. Varsinaisen laskennan *”mielenvikaisista”* Suomessa teki vuonna 1905 asetettu köyhäinhoitokomitea. Tähän aikaan suurin osa mielisairauksista diagnosoitiin kuitenkin skitsofreniaksi. (Helén

2007.) Reaaliosalla alalla viitataan tosiasioihin, jotka ovat olemassa ihmismielen havainnoista tai ymmärryksestä riippumatta. Nämä ovat riippumattomia ja tosia siitä huolimatta, miten niistä saatua tietoa käsitellään ja tulkitaan ajan saatossa. (Archer 1998, 5, 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187.) Tieto siis pysyy samana ja on olemassa olevaa, mutta ihmisten ja yhteisöjen tulkinnat sekä ymmärrys asioista voivat muuttua. Vaikka luokittelun tarpeet tunnistettiin mielenterveyden osalta jo selkeästi, diagnostiikka ei ollut vielä kehittynyttä. Bergströmin (2002) mukaan diagnostiikka nojasi identiteettiin ja seksuaalisuuteen liittyviin ”oirekuviin” vielä pitkään 1900-luvulla ja nykyisin tunnettu skitsofrenia diagnosoitiin usein nuoruusajan dementiaksi. Diagnostiikka pohjautui edelleen normista poikkeavan käytöksen tunnistamiseen ja osoittamiseen (Bergström mt.). Objektina ja reaaliosana olemassa olevana asiana mielenterveyden haasteet oli siis yhteiskunnassa tiedostettu, mutta näiden tulkitsemiselle ei ollut vielä riittäviä työkaluja tai osaamista.

Diagnostiikan lisäksi samaan aikaan myös lääkäreiden määrä sekä lääketieteen arvostus kasvoi suomalaisessa yhteiskunnassa ja terveyden valvonta alkoi siirtymään hiljalleen kirkollisilta ja valtiollisilta elimiltä lääketieteen hallintaan (Nygård 1998, 29; Laaksonen ym 2020, 27). Mielisairaanhoidon vastuu siirtyivät 1889 valtiolta kunnille, jotka rakensivat mielisairaanhoidoa varten laitoksia ja sairaaloita. Tämä kehityssuunta oli voimakasta aina 1920-luvulta 1970-luvulle saakka. (Jahangri 2024, 24). Tutkimusaineisto kertoo laajasti voimakkaasta laitosten rakentamisen aikakaudesta 1800 – luvun lopussa ja 1900-luvun alussa. Laitosten määrä liki kaksinkertaistui entisestä ja sairaansijojen määrä oli huipussaan noin 1970- luvulla (Helén 2011, 12; Nygård mt., 95–96; Salo 2019, 19).



Kuvio 1. Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 1700 – ja 1800-luvuilla.

Mielenterveyden voidaan tulkita kiinnittäneen entistä enemmän huomiota ilmiönä ja tulleen siten myös yhteiskunnassa näkyvämmäksi. Tämän vuoksi tämä empiirisellä alalla koettu ilmiö vaati myös enenevissä määrin nimeämistä, tarkentamista sekä selittämistä. Generatiiviset kausaalivaikutukset näkyivät mielenterveysasumisen näkökulmasta, kuten yllä mainittu, muun muassa mielen sairauksien toteamisen määrissä, lääkäreiden määrän kasvussa, mielisairaansijojen enenemisessä sekä lääketieteen arvostuksen lisääntymisessä ja diagnostiikassa. Tarkoituksenmukaista ei ole pyrkiä osoittamaan ehdottomasti sitä, mikä tekijä on ollut olemassa ensin ja mikä tekijöistä on mahdollisesti seurausta toisesta. Tutkimuksen kannalta keskeisempää on tunnistaa niitä tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet mielenterveysasumisen kehitykseen yhdessä generatiivisesti. Ajanjakso oli tapahtumarikasta ja se, että mielenterveyden ilmiö laajeni näkyvämmäksi osaksi reaalista elämisen kenttää ja empiiristä kokemusmaailmaa aikaansai sen, että kehitystä alalla tapahtui runsaasti (aktuaalit vaikutukset).

Niiniluotoa (1999, 23) ja Archeria (1998, 41) mukaillen yksi selkeä aktuaalisen alan ilmentymä oli myös yllä mainittu laitosten rakentaminen, jotka yhteiskuntaan vakiintumisensa jälkeen asettuivat kuitenkin osaksi reaalista alaa fyysisen olemassaolon luonteensa vuoksi. Tutkimuksessa laitosten rakentaminen tulkitaan niiden rakentamisen aikana aktuaalisen alan tapahtumaksi sillä ne ovat selkeästi seurausta reaalisen alan tapahtumista. Vasta, kun ne vakiintuvat yhteiskuntaan ja osaksi yhteiskunnan toimintoja, ne tulkitaan osaksi reaalista alaa ja yhteiskunnan fyysisissä rakenteita. Näin ollen osa kriittisen realismin aloista on ikään kuin muuttuvia ja sama tulkinnan kohde esimerkiksi mielisairaalat voi olla eri aikoina eri tavoin tulkittavissa. Tällainen tulkinta viittaa tutkimuksessa myös siihen, että reaalinen ala aikaansaa aktuaalisen alan muutoksia. Aktuaalisella alalla ilmetessä tekijälle on siis keskeistä se, että se on reaalisen alan aikaansaama ja vaikutusta jostain. Tällöin ei ole luonnollista ajatella, että vanhoja vakiintuneita asioita käsitettäisiin osana aktuaalista alaa liian pitkään. Aktuaalinen ala on alati muutoksille altis ja käy jatkuvaa vuoropuhelua reaalisen alan keskustelun, arvojen ynnä muiden kanssa. Kun asiat vakiintuvat olemaan olemassa, niistä tulee osa reaalista alaa.

Edellä esitetty näkemys tukee myös Bhaskarin (1979, 44–45) kriittisessä realismissa esittämää ajatusta yhteiskunnan rakenteiden dualistisuudesta. Yhteiskunnan rakenteet ovat jo olemassa, kun yhteiskuntaan syntyy uusia yksilöitä. Ajan kuluessa eteenpäin ja ihmisten

tempautuessa mukaan yhteiskunnalliseen elämään, jotain täytyy siis tapahtua, jotta mikään voisi koskaan muuttua. Ihmiset syntyvät valmiiseen yhteiskuntaan, jota ei ole käytännössä olemassa elleivät ihmiset toimi yhteiskunnan rakenteissa totutulla ja tarkoitetulla tavalla. Rakenteet olisivat ikään kuin turhia ja ”eivät olemassa” elleivät ihmiset toisinnassa tee näitä rakenteita todeksi toiminnallaan. Näin ollen syntyy dualistinen kaksijakoinen vuorovaikutuksellinen rakenne, joka on sekä ehto itselleen että seurausta itsestään. Tässä rakenteessa sekä tiedostamatta että tiedostaen tuotetaan jatkuvassa vuoropuhelussa ihmisten ja rakenteiden välillä uudelleen tätä rakennetta. Kun rakennetta toisinnetaan, toisinnus on myös aina mahdollisuus muutokselle. Toisinnus tapahtuu käsin reaaliselta alalta (muun muassa arvot, yhteisöt, ajatukset) ja tuottaa väliaikaisen lopputuotteen aktuaaliselle alalle (tapahtumat vaikutukset ynnä muut), josta toisintajat eli ihmiset sekä yhteisöt voivat arvioida lopputuotetta ja joko hyväksyä tämän, jolloin lopputuote (vaikutus) vakiintuu ja valuu stabiilimmaksi osaksi reaalista alaa. Vastaavasti lopputuotteeseen (vaikutukseen) voidaan kohdistaa empiiristä muutospainetta ja ottaa se uudelleen työstettäväksi, jolloin mahdollistetaan muutos. Näin yhteiskunta hiljalleen muuttuu sekä arvoiltaan, asenteiltaan että rakenteiltaan.

Kontrolli ja tarve poikkeavuuden kontrolliin ovat myös osaltaan keskeisiä tutkimustuloksia sen suhteen, mikä on vaikuttanut mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen Suomessa. Se, että mielisairaus sai ilmiönä huomiota 1900-luvulla, tarkoitti sitä, että huomio kiinnittyi eritoten poikkeavuuteen ja poikkeavuutta koettiin tarpeen kontrolloida. Vaikka alkeellista diagnostiikkaa jo harjoitettiin, se pohjautui vielä pitkälti normista poikkeavan käytöksen tunnistamiseen ja osoittamiseen. Lääketieteellä ei siis ollut erityisen voimakasta vaikutusta mielenterveyden nimeämiseen tai jos olikin, lääketieteen voisi katsoa aineiston perusteella pohjautuvan pitkälti siihen, miten mielenterveyttä oli kulttuurisesti sopivaa nimetä. Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneiden teemojen osalta kontrolli ja tarve poikkeavuuden kontrolliin nousevat siis edelleen esiin eritoten kulttuuristen tekijöiden ja normien kautta, vaikka lääketiede alkeellisen diagnostiikan myötä hieman vahvistaakin vaikutustaan.

## 6 Mielisairaanhoidosta mielenterveystyöhön

### 6.1 Arvot ja ajatukset murroksessa

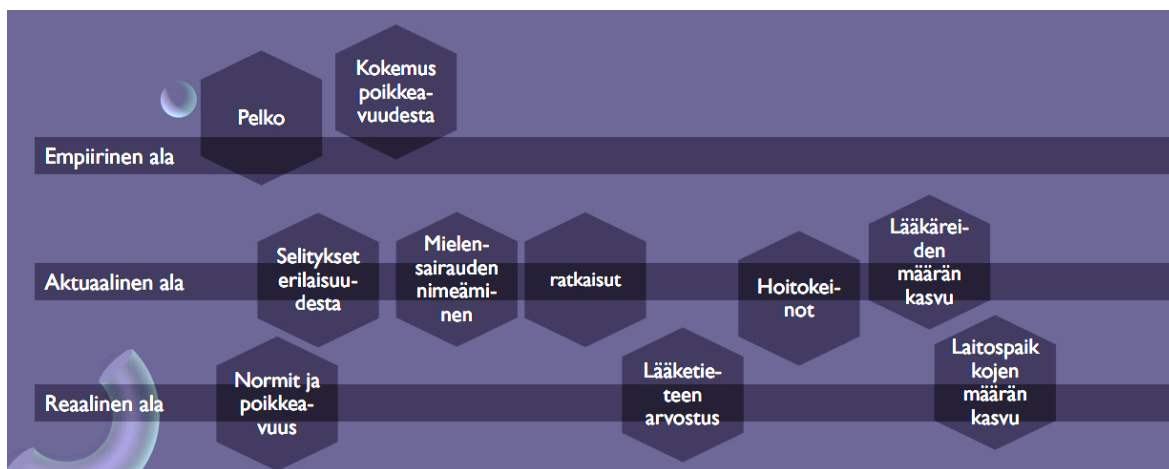
Lait ja niiden tarkoitus kohdistuivat pitkälti järjestyksen ylläpitoon sekä myöhemmin kansallisen yhtenäisyyden vaalimiseen eikä ennen 1940-lukua juuri puhuttu uudenlaisen sosiaalisen turvan periaatteista (Kettunen ym. 2002, 18–19). Ennen 1960 -lukuakin mielenterveyshoito keskittyi Pietiläisen (2013, 240–241) mukaan lähinnä laitospäivähoitoon ihmisten säilyttämiseen ja pyrkimykseen rauhoittaa ja parhaassa tapauksessa myös kotiuttaa muutoin ehkä levottomia, äänekkäitä ja aggressiivisia potilaita. Aiemmin havaitun tutkimustuloksen mukaisesti tarve kontrolloida normista poikkeavaa sävytti edelleen mielenterveysasiakkaiden arkea. Myös reaalisen ajan arvomaailma ja ajatukset mielenterveyttä ja normista poikkeavaa koskien olivat pitkälti muuttumattomia aiempaan nähden.

Yksi julkisen vallan keskeisistä tehtävistä on vähentää liiketoimintakustannuksia sekä tehostaa markkinoiden kustannustehokkuutta (Saari 2006, 78). Reaalisen alan arvotekijät, kuten tiukka talouskuri ja lainsäädäntö, näkyivätkin aktuaalialalla uusien palvelurakenteiden syntymisenä (Niinisalo 1999, 23; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187). Naisten töissä käynnin myötä oli tullut tarpeelliseksi kehittää palveluita kuten päivähoitoa ja vanhustenhoitoa. Myös kaupungistuminen ja sen mukanaan tuomat sosiaaliset riskit aikaansaivat paineen vastata ihmisten tarpeisiin laajemmalla palveluvalikoimalla kuin maatalousmaisessa yhteiskunnassa oli totuttu. Toisaalta tarpeen oli myös yhteiskunnallisesta ja teollisesta näkökulmasta turvata työvoiman saanti. (Kettunen ym. mt., 16–17; Saari mt., 229.) Yhteiskunnan sosiaalinen rakenne (reaalinen ala) lähtikin kehittymään voimakkaasti kaupungistumisen myötä.

Lääkehoito kehittyi maailmalla harppauksen 1950- ja 1960- luvun mielenterveyshoidossa ja toi lobotomian, insuliinishokkihoidon ynnä muiden nykyisin epäeettisten keinojen ohelle ensimmäisiä toimivia ”täsmälääkkeitä”. Näiden myötä lääkekehitys psykiatriassa vauhdittui ja psykiatrian alan valtasi optimistisempi vire niin tautiluokitusten, diagnostiikan kuin lääkehoidonkin osalta. (Alanko & Hellman 2017; Bergström 2002; Pietikäinen 2013, 236) Uusi sosiaalipsykiatrinen ajattelutapa myös kritisoi epäinhimillistä laitoshoidomallia ja puhui

mielenterveystyön ja hoitojärjestelmien kehittämisen ja uudistamisen puolesta. Tähän yhteiskunnallisesti vaikuttavaan puheeseen liittyivät Suomessa yhtä lailla terveysviranomaiset kuin psykiatritkin. Uutena suuntana oli saada edesautettua potilaiden toipumista ja palauttaa heitä osaksi yhteiskuntaa. (Helén ym. 2011, 13–14.) Myös Alanko ja Hellman (2017) puhuvat teoksessaan 1960-luvun tasa-arvoliikkeestä ja ymmärryksestä sosiaaliseen tasa-arvoon, jonka myötä oli mielekäästä keskustella kriittisesti mielenterveyskuntoutujien kontrolloinnin sijasta rakenteista ja mielenterveyskuntoutujien tahdonvapaudesta. Samassa yhteydessä alettiin puhumaan myös palveluiden käyttäjistä (Alanko & Hellman mt.).

Tätä uutta ajatusmallia oli kuitenkin Suomessa ainakin Salon (2017) mukaan hankala ymmärtää ja alkujaan 1960-luvulla Italiassa alkanut mielenterveyskuntoutujien reformi jalkautui Suomeen vasta reilusti Italiaa myöhemmin. Italiassakin toimintamalleja luonnollisestikin kehitettiin vielä 1970- ja 1980-luvuilla (Salo. mt.), mutta Suomeen ajatus iskostui kunnolla vasta 2000-luvulla, jolloin palveluiden käyttäjien asiat nostettiin poliittiseen keskusteluun MIELI-työryhmän (2009) ohjelman yhteydessä.



Kuvio 2. Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 1900-luvulla.

Tieteen eli lääketieteen ja psykiatrian kehityksen voi katsoa vaikuttaneen entistä enemmän mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen. Myös kulttuuri sekä normit olivat edelleen keskeisiä tekijöitä, mutta nämä olivat myös murroksessa aiempaan nähden ja kulttuurinen näkökulma mielenterveyteen oli muuttumassa. Kriittisen realismin näkökulmasta reaalialan

normien, lääketieteen sekä palveluiden kehityksen sekä yhteiskunnan rakenteiden liikkeelle panema aktuaalialan keskustelu oli kiivasta. Lääketiede oli murroksessa, palvelurakenteisiin kohdistui painetta ja ehkä ensimmäistä kertaa laajassa mittakaavassa yhteisöt huomioivat myös mielenterveyskuntoutujien empiirisiä kokemuksia ja tunteita. Yhteiskunnassa tapahtui paljon ja eri tahojen tarpeet, toiveet ja normit vuorottelivat keskusteluissa. Kieli on aktuaalialan pyrkimys käsitteellistää ja tulkita reaalista alaa, tavoitella puhuen tai kirjoittamalla sitä, mikä on todellista (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 185, 187). Tällä aktuaalialalla virinneellä keskustelulla saatiin aikaan muutoksia empiirisen alan kokemuksiin siitä, miten mielenterveyttä tulisi aiheena lähestyä ja mitä, mielenterveyshoidon tulisi todellisuudessa olla.

Bergströmin (2002) esittämä kritiikki mielenterveystyön ja psykiatrian osalta liittyykin juuri pyrkimykseen käsitteellistää ja hallita teemoja, jotka asetetaan yhteiskunnassa normittomiksi tai valtavirrasta poikkeaviksi. Hän tarkastelee kriittisesti niitä tekijöitä, jotka olemme yhteiskunnassa psykiatrian saralla hyväksyneet todeksi ja osaksi reaalista alaa. Kritiikki koskettaa eritoten lääketieteen diagnostiikkaa, tieteellistä näyttöä ja lääkehoitoa sekä sitä, millaisen tarinan olemme historiassa kirjoittaneet ja tahtoneet mielenterveydestä kertoa. Hän kysyy, onko mielenterveyttä ylipäättään mahdollista lähestyä lääketieteen kautta sen ollessa niin moniulotteinen kokonaisuus. Myös Alanko ja Hellman (2017) peräänkuuluttavat psykiatrian medikalisaation ja asiantuntijalähtöisen narratiivin uudelleen arviointia. Rautiainen ynnä muut (2020, 16) viittaavatkin samaan yhteiskuntapoliittiseen tarinan kerronnan ajatukseen ja kielelliseen kamppailuun, jossa aiemmat ajatusmallit istuvat sitkeästi uudistuksia tehdessä ja kiistaa syntyy siitä, kuka määrittää termit ja käsitteet, joita käytetään. Lääkehoito pääsi kehittymään varsin oirepohjaiseksi lääketieteellisuuden muun muassa tukiessa voimakkaasti psykiatrista tutkimusta (Alanko & Hellman mt.; Bergström mt.).

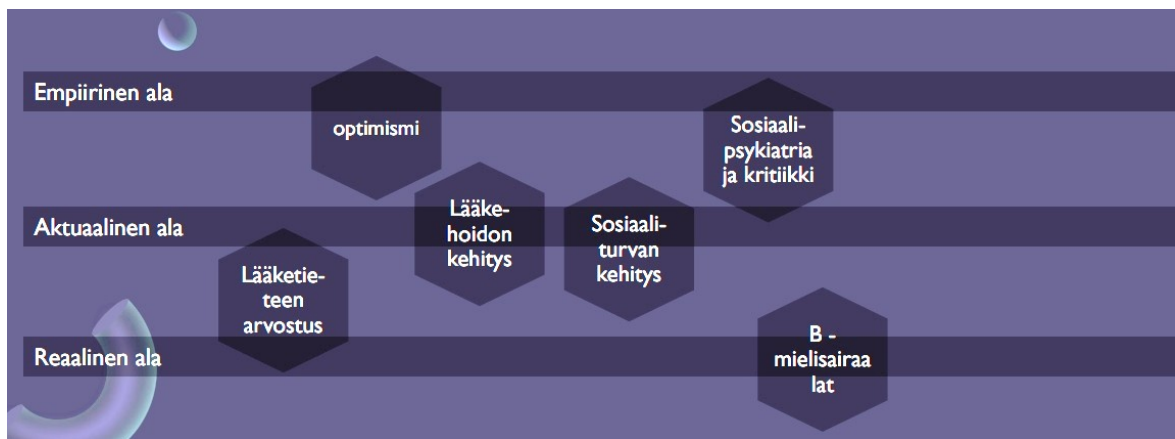
1960-luvulla muutokset näyttävät tutkimuksen mukaan selkeästi kuitenkin kääntyneen mielenterveysasiakkaiden kontrolloinnin sijasta vaillinaisiin rakenteisiin, joihin kohdistettiin kritiikkiä ja jopa mielenterveysasiakkaista käytetty nimitys muuttui ja antoi asiakkaille aktiivisemmän roolin palveluiden käyttäjinä. Alankon ja Hellmanin (mt.) mukaan keskeistä poliittisessa diskurssissa olikin 1960-luvulta aina 1980-luvulle sekä toimijuus että hoitoon hakeutumisen vapaaehtoisuus.

Ajalle on ominaista tulkinta kausaalisuudesta ja siitä, miten realismi on muuttuva järjestelmä, jonka kokonaisuuden rakentumista luonnehtii useiden samanaikaisten toisiinsa vaikuttavien tekijöiden toiminta, joista kaikki eivät ole aina havaittavissa (Korteniemi 2005, 19). Aiemmin mainittua edistyksellistä ajattelusuuntaa vastustivat Salon (2019, 19–20) mukaan suomalaiset ammattiyhdistysliikkeet ja 1952 mielisairaslain seurauksena Suomeen ehdittiinkin vielä rakentamaan kroonikoita ja pitkäaikaissairaita varten B-sairaalaverkosto, joka kasvatti entisestään sairaaloiden ja potilaiden määrää. Muutos oli suuresti uudesta yhteiskunnallisesta edistyksellisestä keskustelusta poikkeava. Se, että kaikesta mielenterveyshoidon reformikeskustelusta huolimatta yhteiskunnassa toteutettiin kehityssuuntaan poikkeavia toimia, voidaan tulkita kertovan siitä, että reaalilla alalla käytiin kuitenkin vielä riittävän voimakasta keskustelua mielisairaalaverkoston puolesta tämän rakentamiseksi. Mikäli näin ei olisi ollut, aktuaalisella alalla ei olisi ehkä nähty B-mielisairaalaverkoston rakentumista.

## 6.2 Reformin aika

Sairaaloiden myöhempi alasajo perustui Salon ja Kallisen (2007, 7) mukaan sosiaalivakuutusjärjestelmän käyttöönottoon ja mielenterveyskuntoutujien eläkeläistämiseen, jolloin kemiallinen pakkohoito korvasi laitoksen seinät ja muurit. Sosiaalivakuutusjärjestelmää laajennettiin 1950- ja 1960-luvuilla, jolloin palveluissa korostuivat Suomessa edelleen kontrolli sekä kuntien järjestäjärooli. Kuntien rooli korostui entisestään 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain myötä. (Lähteinen & Marjamäki 2019, 132; Rautiainen ym. 2020, 18.) Sekä mielisairaaloiden osakseen saama kritiikki, sosiaalipsykiatrisen ajattelusuunnan herääminen, että hyvinvointivaltion rakentuminen aikaansaivat rakennetulle mielisairaalahjärjestelmälle epäotollisen ilmapiirin, jonka myötä Suomessa alettiin viimein puhumaan vahvemmin uudenlaisen edistyksellisemmän mielenterveystyön puolesta. 1970-luvulla luvulla oltiin kiinnostuneita kehittämään psykiatrista terveydenhuoltoa uuteen suuntaan ja 1980-luvulla toiminut mielenterveystyön komitea vaikutti suuresti jo 1990-luvun mielenterveyslakiin. (Helén ym. 2011, 15–16; Salo mt., 20.)

Tutkimuksessa tätä vaihetta tulkitaan siten, että reaalisen alan laukaisema muutos oli otollinen mielisairaalarjestelmän uudistamiseen, mutta lisäksi vaadittiin myös riittävä määrä empiirisen alan kokemuksellisuutta ja aktuaalisen alan yhteiskunnallista keskustelua, jotta muutos saattoi todella realisoitua aktuaaliselle alalle (Archer 1998, 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187). Aiemmin mainittiin myös, että reaalialalla tuli olla riittävästi yhteiskunnallista mielenterveysreformia jarruttavaa arvopohjaa sekä keskustelua, jotta B-mielisairaaverkosto saattoi rakentua vastoin yleistä kehityssuuntaa. Vasta tilanteen ja keskustelupaineen kääntyessä, aika oli muutoksille otollinen. Mielenterveysasumispalveluiden kehitystä arvioitaessa kulttuurin ja lääketieteen sekä psykiatrian kehityksen ja muutospaineen myötä mukaan tulivat nyt voimakkaammin myös palvelurakenteet sekä sosiaalipolitiikka.



Kuvio 3. Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 1900-luvulla. Toinen kuva.

Mielenterveyskuntoutujien asumiskuntoutuksen ensimmäistä vaihetta elettiin 1960-luvulta 1990-luvulle, jolloin toiminta tosin näyttäytyi paljolti psykiatrisen hoidon jälkihuoltona (Salo 2007, 17–22). Näinä vuosikymmeninä elettiin aikaa, jolloin reaalinen ala ja muuttuva yhteiskunnallinen keskustelu sekä normit saivat mielenterveysasumisen näkökulmasta aikaan runsaasti muutoksia yhteiskunnan aktuaalisella tasolla (Archer mt., 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala mt., 187). 1960-luvulla keskusteltiin kaikkien kansalaisten oikeudesta sosiaaliturvaan ja nähtiin tärkeänä parantaa kansalaisten kulutusmahdollisuuksia. Sosiaaliturvaa ja hyvinvointivaltiota kehitettiinkin voimakkaasti aina 1990-luvulle saakka. (Kettunen ym. 2002, 20.) Tavanomaista on, että reaalialan muutokset aikaansaavat

vaikutuksia aktuaalialalla ja kuten aiemmin tutkimuksessa on todettu, nämä muutokset kuitenkin vakiintuvat aikanaan osaksi reaaliajaa.

Sairaansijojen määrä väheni, jopa puolittui tätä edeltäen 1970-luvun lopulta 1980-luvulle (Alanko & Hellman 2017; Salo 2019, 20; Jahangiri 2024, 25–26). Palvelurakenteiden muutos kohdistui voimakkaasti laitospalveluista avopalveluita kohti ja suuri osa laitoshoidosta siirtyi yleissairaaloiden psykiatrisille osastoille ja avohoitoon 1970- ja 1980-luvuilla (Alanko & Hellman mt.; Helén ym. 2011, 12, 28; Salo & Kallinen 2007, 15). Kehittämispaine avopalveluiden suhteen oli tällöin suurimmillaan (Jahangiri mt., 29) vaikka valtiollinen ohjaus edelleen korostuikin sosiaaliturvaetusjärjestelmien rakentamisen yhteydessä (Lähteinen ja Marjamäki 2019, 217, 131).

1900-luvulle ominaista on tutkimuksen tulkinnan mukaan hyvinvointivaltion voimakas kehityskausi ja sen myötä myös runsas vuoropuhelu reaalisen sekä aktuaalisen että empiirisen alan välillä kuten myös tapahtumarikkaus asumispalveluiden generatiivisessa kausaalissa kehitysilmapiirissäkin (Korteniemi 2005, 19–20). Kuten aiemmin mainittiin, yhteiskunnassa elettiin potentiaalista aikaa muutoksille, mutta vaadittiin samalla riittävä määrä kritiikkiä, optimismia sekä yhteiskunnallista keskustelua, jotta muutokset realisoituivat aktuaalialan tasolle ja osaksi yhteiskuntaa. Alangon ja Hellmanin (mt.) mukaan mielenterveyspolitiikan kehitys on ollut Suomessa saman suuntaista kuin muissakin länsimaissa samoine vaiheineen sairaalapaikkojen purusta avopalveluiden painopisteen laajentamisiin. Tutkimuksessa voidaan siis päätellä, että reaalisen alan paineen (yhteiskunnallisen keskustelun) tulee joissakin tapauksissa olla varsin suuri ennen kuin vaikutukset (muutos) näkyvät todella aktuaalisella alalla.

Sosiaalipsykiatrisen ajatussuunnan vallattua keskustelupohjaa, myös laajemman yleisön empiirinen kokemus niin asiakkaan kuin myös mielenterveysasiakkaan oikeuksista, on saanut enemmän kannatusta. Yhteiskunnalliset muutokset ovat usein hitaita ja käyvät läpi moniportaiset vaiheet muuntuakseen ideoista ja ajatuksista laeiksi, palveluiksi ja konkretioiksi. Laajemman yleisön osallistuttua keskusteluun empiiriseltä alalta käsin, muutospaine kasvoi reaalialalla niin suureksi, että mielenterveysasiakkaiden palveluiden vaikutukset alkoivat viimein näkymään aktuaalisella alalla. 1970-luvulla mielenterveyssyistä hakeuduttiin Alangon ja Hellmanin (mt.) mukaan entistä enemmän sairaalahoitoon myös ilman pakkoa, vapaaehtoisesti. Tällöin mielenterveysasiakkaan

aseman parantaminen nousi yhtäaikaaisesti ajankohtaiseksi muiden terveydenhuollon potilaiden kanssa.

### 6.3 Mielisairaudesta mielenterveyteen

Mielenterveyden epidemiologia löi läpi Suomessa 1970 -luvulla, jolloin lääketieteellisiä artikkeleita sekä monografioita julkaistiin runsaasti. Tämä lienee seurausta Kansaneläkelaitoksen laajoista työikäisen väestön sairastavuutta ja kuntoutustarvetta tarkastelevista tutkimuksista. Määrittäessään kohdettaan, epidemiologisena näkökulmana korostui toimintakyvyn vajuus tai heikkeneminen. Myös psykiatrian kielessä toistuivat yhä useammin sanavalinnat häiriötila ja sairastavuus. (Helén 2007.) Helénin (mt.) lisäksi Alanko ja Hellman (2017) nostavat esiin aikakautta 1970- luvulta alkaen, jolloin mielenterveystyön kohde laajeni. Näkökulman laajennus näkyi puheen kääntymisenä mielisairauksista ja sairastuneista koko väestön mielenterveyden edistämiseen. Puhuttiin uudella tavalla mielenterveyden häiriöistä (Helén mt.) ja psykiatrasta perusterveydenhuoltoon tarjottiin kaikille kansalaisille (Alanko & Hellman mt.). Mielenterveystyön käsite 1984 sinetöikin mielenterveystyön koko väestölle osana perusterveydenhuoltoon tarjottavana palveluna (Alanko & Hellman mt.). Mielenterveydestä tuli väestöilmiö. Voidaan ajatella, että konteksti, johon mielenterveys nyt asetettiin, muutti keskustelua mielenterveydestä pysyvästi. 1800- ja 1900-luvuilla mielenterveys oli asetettu poikkeavuuden kontekstiin, kun se nyt nostettiin kaikkien yhteisöjen ja yksilöiden yhteiseksi asiaksi.

Kriittinen realismi lähestyy jälleen puhuttua ja kirjoitettua kieltä aktuaalialan pyrkimyksenä jäsentää reaalista alaa (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 185, 187). Tämä pyrkimys on samalla vaikutusta reaalisen alan tapahtumista ja käyttöömme on syntynyt sellaisia sanoja, joiden olemme kokeneet tarkoituksenmukaisesti vastaavan kokemustamme reaalialan tapahtumista ja ilmiöistä. Käsi kädessä mielisairaus sanan muunnuttua mielenterveyden häiriöksi ja mielenterveystyöksi, on hellitetty otetta kontollista ja kääntynyt kohti hoivaa ja terveyden edistämisen teemoja. Sekä sanat sairaus että kontrolli viittaavat passiiviseen kohteena oloon, kun taas sanat terveys ja häiriö ottavat kohteestaan kevyemmän otteen. Tällöin kohteen on mahdollista olla aktiivinen ja tehdä itse toimia vaikuttaakseen terveyteensä sekä työskennellä pienemmäksi häiriötä, joka häntä koskettaa.

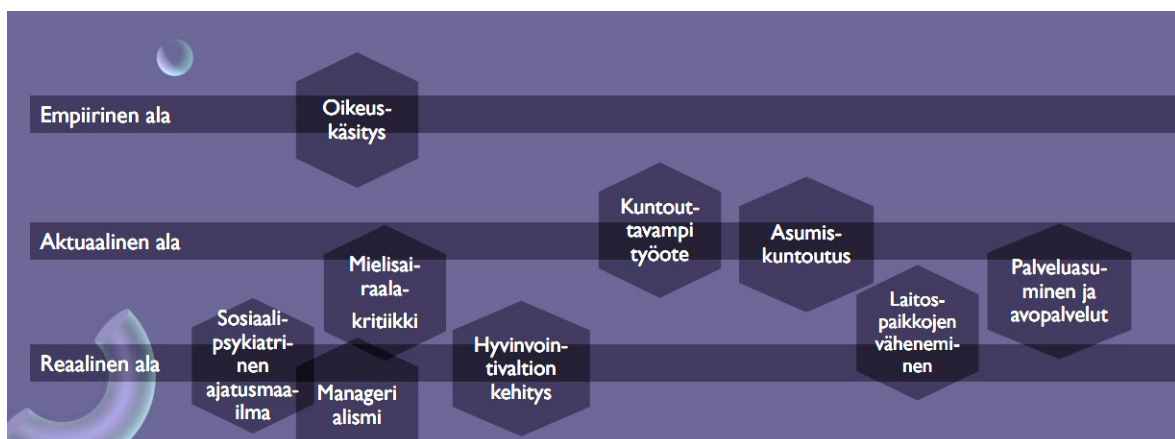
Ymmärrys psyykkisistä sairauksista ja ongelmista oli kasvanut, psykiatristen instituutioiden määrä oli lisääntynyt ja huolenpidon elementti oli astunut kuvaan psykiatrisien asiakkaiden hoidossa (Helén 2007). Lisäksi lääkeperhaiset hoitomallit yleistyivät ja varsin tavanomaista oli, että spesifi psykiatrinen ammattituntemus jäi aliarvostetuksi. Puhuttiin psykiatrisaatiosta. Esimerkiksi masennuksen hoito tapahtui jo 1990-luvulla perusterveydenhuollosta ja pääosin lääkepainotteisesti (Alanko & Hellman 2017; Bergström 2002; Helén mt.). Bergström (mt.) kiinnittääkin huomiota esimerkiksi lääkehoidon arvioimiseen liittyviin haasteisiin psykiatrisen lääkehoidon siirryttyä osaksi perusterveydenhuoltoa. Hänen mukaansa lääkehoidon arviointi sekä lääkehoidon tarpeellisuuden, vähentämisen tai lopettamisen arviointiin ei ole perusterveydenhuollossa aina mahdollisuuksia tai rohkeutta. Eritoten niissä tilanteissa, joissa lääkitys on alun alkaen psykiatrin määräämä, mutta jatkoseuranta tapahtuu syystä tai toisesta perusterveydenhuollossa. Ennen 2000 -luvulle siirtymistä kehitettiin myös runsaasti avopalveluiden ja laitospalveluiden väliin sijoitettavia palvelumalleja kuten palveluasumista (Kettunen ym. 2002, 22).

Näinä mielenterveystyön suunnan kehittymisen vuosikymmeninä toisistaan eriäviä ajatuksia ja hoidon painopisteitä omaavat yhteiskunnallisrakenteellinen mielenterveystyö sekä lääketieteellinen psykiatria kamppailivat asemastaan mielenterveystyön kentällä. Lääketieteellisen psykiatrian arvostaminen yhteiskunnallisrakenteellisen mielenterveystyön ohi aikaansai sen, että mielenterveystyötä ja mielenterveyden hoitoon liittyviä rakenteita käsiteltiin hyvin lääketiedepohjaisesti. Avopalvelut jäivät tällöin kehittymättä toivotulla tavalla, ja palvelujärjestelmän silloisen muutoksen arvioidaan epäonnistuneen. Julkisista palveluista löytyi asuntoloita, kuntoutuskoteja ynnä muita. (Helén ym. 2011, 22–24, 43.) Nämä verkostot olivat pitkälti sairaaloiden sekä mielisairaanhoitopiirien hallinnoimia ja niillä pyrittiin edesauttamaan kuntoutujan siirtymistä kohti itsenäistä elämää.

Aineistosta nousee tätä ajanjaksoa kaksi kriittistä kuvaa. Toisaalta kritiikkiä kohdistetaan psykiatrisaatioon eli mielenterveyden yleislääketieteellistymiseen ja siihen, että mielenterveyden teemoja hoidettiin yleislääketieteissä ja psykiatrista osaamista aliarvostettiin. Toisaalta saman aikakauden kritiikkiä syntyy myös liiasta lääketieteellistymisestä ja siitä, että avopalveluiden kehitys oli vajaata. Reaalialan muutospotentiaali (arvot ja keskustelu) olisi kaiketi ollut voimakkaampaa, jos lääketieteellinen psykiatria ja yhteiskuntarakenteellinen mielenterveystyö olisivat yhdistäneet muutosvoimaansa. Bhaskar (1978, 242; 1979, 11–17) jäsentää tieteen ja tiedon

kognitiivista luonnetta intrasiivisen, transitiivisen sekä metakriittisen ulottuvuuksien kautta, joista kaksi ensimmäistä ovat tutkimuksen ja eripuraisen kehityksen näkökulmasta kiinnostavia. Intrasiivisellä ulottuvuudella viitataan ihmisistä riippumattomana toimiviin rakenteisiin sekä mekanismeihin ja transitiivisellä ulottuvuudella viitataan tulkintoihin näistä. Transitiivisen ulottuvuuden kautta voidaan siis selittää, miksi tulokset samasta teemasta voivat erota toisistaan merkittävästikin.

Asumispalvelut vastasivat tarpeeseen kahden pääasiallisen toimijan, avopalveluiden sekä sairaalapalveluiden, välimaastossa itsenäisenä julkisesta rahoituksesta riippumattomana toimijana. Merkittävimpiä asumispalveluiden kehittäjätahoja olivat sosiaalipsykiatriset yhdistykset, joille oli ominaista joustava virkavaltaisuutta välttävä toiminta, vertaistuellinen ja yhteisöllinen tuki, sosiaalinen vuorovaikutus sekä asumiskuntouttamisen portaittaisuus. Samaan aikaan 1990-luvulla mielenterveyskuntoutujien asuminen ja asumisen palvelut siirtyivät sosiaalihuollon hoidettavaksi ja sosiaalihuoltolailla ohjattiin asumispalveluita sekä asumisen että asunnon järjestämisestä. (Salo 2019, 20–21; 2007, 17–22.) Asuttamisen mahdollistamisen lisäksi nähtiin tarpeen kehittää palveluita myös huolenpidon ja kuntouttamisen osalta (Jahangiri 2024. 37).



Kuvio 4. Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita teemoja kriittisen realismin aloilla 2000-luvulle tultaessa.

Nähtävillä on, että palvelujärjestelmän ohjaututtua holhouksesta kohti kuntoutusta, sanasto on myös laajennut mielenterveysasiakkaista käytettävien termien osalta. Salon ja Kallisen (2007) mukaan aiemmin puhuttiin ”hulluista” tai ”kroonikoista” ja oli tavanomaista, että

heidät oli irrotettu yhteisöistä laitoksiin tarkoituksena tarjota heille elämiselle ja hengissä pysymiselle välttämättömät resurssit (Salo & Kallinen 2007, 14). Sittenkin laissa on erotettu hyvin erivahvuisten palveluiden tarvitsijoita ja kuntoutujat on osin kyetty integroimaan osaksi yhteiskuntaa. Kriittisen realismin kausaalisuus ja generatiiviset vaikutukset näkyvätkin erityisen hyvin pohdittaessa kielellistä ilmaisuun. Kriittinen realismi ymmärtää Pekkarisen ynnä muiden (2009, 191–192) mukaan, että erilaiset tulkinnat sekä tarpeet määrittellä tilanteita esimerkiksi sosiaalityössä ovat todennäköisiä ja myös automaattisesti vallankäyttöä. Näin ollen pelkästään kielelliseen ilmaisuun ja määrittelemiseen liittyy kriittisen realismin näkökulmasta sekä arvottamisen että vallankäytön aspektit. Se, miten ja mistä puhumme, määrittää puhuttavan objektin ulkopuolelta sitä, mistä puhumme. Valta ilmenee näin sosiaalisen vuorovaikutuksen ja olemassa olevien yhteiskunnallisten rakenteiden kautta (Fook 2002, 46, 52). Tämänkaltainen keskustelun objektille annettava toimijuus tai mahdollisuus aktiivisuuteen, annettiin myös uusien käyttöön otettavien asiakasystävällisempien sanojen ”häiriö” ja ”terveys” (vrt sairaus) myötä, joihin kappaleen alussa on viitattu.

Ajanjaksolle oli ominaista se, että mielenterveysasumisen kehitykseen alkoi entistä enemmän vaikuttamaan myös sosiaalipolitiikka sekä lait. Mielenterveyskuntoutujat lunastivat paikkansa yhteiskunnassa siinä määrin, että heidän palveluitaan turvattiin lakeihin kirjaamalla ja vastuu heidän asumisen palveluiden järjestämisestä nimettiin konkreettisesti. Kulttuuriset tekijät olivat edelleen keskeisiä, mutta aiempaa enemmän sellaisella painotuksella, joka turvasi ja huomioi mielenterveyskuntoutujien asemaa eristämisen sijaan.

## 7 Nykyrakenteita kohti

### 7.1 Palvelut valtiolta kunnille

Saloa ja Kallista (2007, 23–24; 2019, 21–23, 317) sekä Laaksosta, Laitista ynnä muita (2020, 28–31) mukailten lähivuosisikymmenten historiassa on nähtävillä tiettyjä rakenteellisia muutoksia, jotka ovat vaikuttaneet keskeisesti mielenterveysasumispalveluiden nykymallin syntymiseen. Valtionosuusjärjestelmän muutoksen vuonna 1993 sekä julkisten hankintojen kilpailuttamisen 1992 myötä päädyttiin tilanteeseen, jossa kunnat ovat valtion sijasta vastuussa lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä joko omalla tai ostopalvelutuotannolla. Mikäli kunnilla ei ollut omaa palvelutuotantoa, palvelu kilpailutettiin hankintalain mukaisesti ja ostettiin ulkopuolelta. Erikoissairaanhoidon muutoksen seurauksena 1980-luvulla mielisairaanhuoltopiirit lakkautettiin ja toiminnot siirtyivät osin kunnille ja osin vuonna 1991 perustetuille sairaanhoitopiireille. Tällöin palvelut hajosivat hallitsemattomaksi kentäksi eri toimijoiden kuten yhdistysten, yritysten ja sairaanhoitopiirien hallinnoimaa palveluvalikoimaa. Palveluiden järjestämisvastuun ja valtionosuuksien pienentymisten myötä myös alueelliset erot palveluissa alkoivat suurentua ja palveluiden sekä hyvinvoinnin kasvattamisen sijaan palveluita alettiin karsimaan. Lisäksi mielenterveystyön hallinto hajautui.

Tämän lisäksi vuoden 1995 kuntalaissa määritettiin uusiksi kunnan ja valtion suhteet sekä kunnan tehtävät. Kunnilla oli hankintalain suoma vapaus järjestää palvelut haluamallaan tavalla, joka näkyi myöhemmin enenevänä markkinaohjauksena, liikelaitoksien perustamisena, tilaaja–tuottaja -mallin hyödyntämisenä sekä ostopalveluiden hankkimisena. (Rautiainen ym., 2020, 19, 25.)

Muutoksen katsotaan näkyneen negatiivisella tavalla siinä, että perustasoisia palveluita ei ole kyetty tuottamaan ennaltaehkäisevään tai kuntouttavaan työhön vaan sekä raha että hoidontarve ovat näkyneet erikoissairaanhoidon puolella. Reaalialan muutos varojen ohjaamisessa sekä palveluiden järjestämisvastuussa sai aikaan aktuaaleja muutoksia, joista osa oli nähtävillä heti, mutta esimerkiksi aluekohtainen epätasapaino palveluiden suhteen lienee yksi niistä muutoksista, josta tultiin täysin tietoisiksi vasta muutoksen ollessa käynnissä. Samaan aikaan Saari (2006, 238–239) nimittäin mainitsee, että toisaalta jo 1970-

ja 1980-luvuilla kiinnitettiin huomiota myös siihen, että palveluita pyrittiin mahdollistamaan sinnekin, missä niille ei nähty tarvetta ja julkisten menojen hillitsemiseksi oli jo tehty aloitteita. (Alanko & Hellman 2017.) Haasteeksi koitui lopulta 1990-luvun lama ja edeltävä mielisairaalapaikkojen alasajo, jotka yhdessä suistivat mielenterveyshoidon tilanteeseen, jossa palveluita ei kyetty järjestämään tarkoituksenmukaisesti niitä tarvitseville. Avohoitoväylät täyttyivät yhä haastavammin sairaista sekä oireilevista asiakkaista, ja resursseista oli pulaa niin avopalveluissa kuin sairaaloissakin. (Alanko & Hellman mt.) Muutos oli osin ennakoimaton ja yhteisvaikutusta sekä lamasta ja laitospaikkojen purusta. Reaalisen alan rakenteet (kehittymättömät avohoitomallit ym.) olivat riittämättömiä vastaamaan tilanteeseen eikä aktuaaliselle alallekaan kyetty resurssipulan vuoksi rakentamaan toimintoja vastaamaan enentyneeseen palveluiden tarpeeseen. 1990-luvun aikainen palvelurakenne tosin olisi saattanut olla riittämätön ilman lamaa ja sen mukanaan tuomaa stressitestiäkin. Laitospaikkojen purku ja avopalveluiden kehittäminen samassa suhteessa eivät onnistuneet.

Voisi ajatella, että reaalisen alan muutospaine ylitti tänä aikana muutoksen kynnyksen suurestikin, mutta muutospotentiaalin ollessa vajaa, aktuaalialalla näkyvät vaikutukset eivät olleet riittäviä. Poliitikassa keskustelunavauksia tehtiinkin jälleen mielenterveydestä koko kansan ja yhteiskunnan asiana. Lähestyminen mielenterveyteen kääntyi rakenteelliseksi ja mielenterveyttä käsiteltiinkin muun muassa syrjäseutujen, työelämän kuin köyhyydenkin teemojen ohessa. Yhteiskunnassa nostettiin esiin vaade humanismista, huolenpidosta ja kohtaamisesta. Vapaaehtoistyöhön sekä yksityisiin resursseihin kiinnitettiin huomiota ja mielenterveys oli kaikkien vastuulla. (Alanko & Hellman mt.)

Yhteiskunnallisessa ajattelutavassa ja politiikassa oli Saaren (2006, 250) mukaan nähtävillä ajattelutavan ja keskustelukulttuurin muutos eritoten vuosina 1999–2007, jolloin Lipposen toisen hallituksen hallitusohjelmassa linjattiin keskeiseksi painopisteeksi köyhyyden, syrjäytymisen ja huono-osaisuuden ongelmien kasautumisen ehkäisy ja vähentäminen. Euroopan unionissa myös aloitettiin 1999 yhteistyö sosiaalisen suojelun alueella köyhyyteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyen. Perustuslain (11.6.1999/731) 19 § myös sääti kansalaisten oikeudesta sosiaaliturvaan. Hänellä, joka ei pysty hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään tuloon ja huolenpitoon. Lakiin perustuen jokaiselle turvattiin riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

## 7.2 Uusien rakenteiden tarve

Juhila (2018, 234–235) mainitsee, että 2000-luvun alusta yhteiskunnallisessa keskustelussa on ollut vahvasti läsnä sosiaali- ja terveydenhuollon kentän uudistaminen. Tässä keskustelussa on painottunut tarve suuremmille organisaatioille sekä terveys- ja sosiaalitoimintojen integraatio tehokkaan palvelujärjestelmän edellytyksenä. 2010-luvulla perustettiin useiden kuntien yhteisiä terveys- ja sosiaalipalvelukeskuksia tai peruspalvelukeskuksia, joiden myötä sosiaalityö jalkautui ja samalla hajaantui osaksi useita eri toimintoja totutun sosiaalitoimiston sijaan. Sosiaalipolitiikassa keskityttiinkin 2000-luvulla Saaren (2006, 246–247) mukaan luomaan palveluketjuja vastalääkkeeksi suurille organisaatioille ja palveluiden pirstaleisuudelle. Nämä ovat mahdollistaneet asiakkaan asteittaisen siirtymisen palvelusta toiseen palvelutarpeen vaativuuden muuttuessa. Näin asiakkaan palvelutarpeen ja palveluverkon kustannustehokkuus kulkevat käsi kädessä. Palveluiden näkökulmasta tämä on tarkoittanut avopalveluiden kehittämistä ja keskittämistä edelleen avohoitoon. Tutkimuksessa tämän käsitetään mielenterveysasumispalveluissa optimitalanteessa tarkoittavan sitä, että asiakkaan on mahdollista joustavammin siirtyä tuen portailta seuraaville palvelutarpeensa mukaisesti ja samanaikaisesti hänen palvelustaan aiheutuu kuluja vain hänen todellisen palvelutarpeensa ja tuotettujen palveluiden verran. Reaalialan muutoksilla palveluihin on siis saatu osin haluttuja aktuaalitason muutoksia kustannusten näkökulmasta.

Palveluverkkojen ohella pirstaleisuus liittyy vahvasti myös sosiaalipolitiikkaan, joka koskettaa mielenterveysasumisen asiakkaita. Heidän palvelutarpeensa on usein kompleksinen ja sosiaalipoliittiset keskustelufoorumit jakaantuvat usealle eri hallinnon alalle. Saaren (mt., 234–236) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö vastaa lapsuuden, sairauden sekä terveyden teemoista, kun taas ympäristöministeriö vastaa asumisen teemoista ja sääntelystä vaikkakin myös sosiaali- ja terveysministeriö käy näissä teemoissa keskustelua esimerkiksi asunnottomuuteen, asuinympäristöihin ja asumistukiin liittyen. Työministeriö puolestaan astuu kuvaan, kun keskustellaan työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisesta sekä työttömyydestä, maa- ja metsätalousministeriö silloin, kun keskustellaan elintarviketuesta ja oikeusministeriö, kun keskustellaan ylivelkaantumisesta ja niin edelleen. Tämän lisäksi

mielenterveysasiakkaita koskevat tulonsiirrot ja palvelut kuuluvat eri hallinnollisille rakenteille.

Tutkimuksen teon aikana jo toteutuneen sosiaali- ja terveyspalveluiden (sote) -uudistuksen tarve on syntynyt, kun kuntapohjaisella rahoituksen ja palveluiden järjestämisen mallilla ei ole pystytty takaamaan alueellisesti ja väestöryhmittäin yhdenvertaisia ja riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita (Rautiainen ym., 2020, 21). Uudistuksen myötä palveluiden järjestämisen vastuu siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä uusille hyvinvointialueille vuonna 2023. Sote -uudistusta aloitettiin työstämään jo 2000-luvun alussa ja vaikka uudistus saatiin läpi vasta 2020-luvulla, kukin tällä välin toiminut hallitus on osaltaan uudistanut sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelukokonaisuutta. Rautiainen ynnä muut mainitsevat, että kun sote-uudistus kaatui vielä keväällä 2019, se ei kaatunut taaksepäin vaan eteenpäin. (Rautiainen ym., mt., 17.) Tämänkaltaisessa eri hallitusten työstämissä suurissa muutostyökokonaisuuksissa näkyy hyvin se, miten muutoksen työstäminen on hidasta silloinkin, kun siihen on erityinen syy ja toive sekä tarve. Vaikka muutos on ollut aktiivisesti työstettävänä, kaikkien noin 20-vuoden aikana toimivien hallitusten aikana yhteiskunnassa on kuitenkin vielä toisinnettu vanhaa dualistista rakennetta. Muutos on itseään synnyttävää ja muutos kiihdyttää muutosta, mutta vanhojen perinteikkäiden rakenteiden uusintaminen on hidasta sillä vanhojen palvelurakenteiden lisäksi muutosta jarruttaa myös totuttu normihistoria.

Myös diagnostiikassa on tapahtunut 2000-luvulla Bergströmin (2002) mukaan poisliik ehdintää sairas–terve -tyylisestä rakenteesta. Mielenterveyden ja mielensairauden ymmärtämisessä on menty kohti dimensionaalista ihmisten kokemusten, ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen malleja, jotka tietyn vakavuusasteen jälkeen voidaan nähdä psykiatrista hoitoa vaativina lääketieteellisinä ongelmina (Bergström mt.).

### 7.3 Managerialismi

Anttonen ja Meagher (2013, 16–18) tunnistavat julkisten palveluiden tuotantotavan muutoksen ja yritysmaailman oppien saapumisen julkisen sektorin toimintatapoihin. Sosiaalipalveluita tuottavat monituottajamallin mukaisesti julkisen sektorin ohella enenevässä määrin järjestö- ja yritystoimijat, vaikka palveluiden järjestämismvastuu on

edelleen julkisella sektorilla. Vaikutusmekanismien arviointi sen suhteen, onko talousjohtoinen julkisten palveluiden järjestäminen osa yhteiskuntatotuuttamme ja siten reaaliajaa, on haastavaa ja vaatisi kriittiselle realismille ominaisesti (Korteniemi 2005 30–31) varsin monialaista ja -tieteellistä tulkintaa. Aktuaaleiden palveluiden talousjohtooselle tuottamiselle vastapainona toimii joka tapauksessa sosiaalityön etiikka. Näiden vastavoimien kausaalisuhteissa sosiaalityö toimii riippumatta siitä, onko talousjohtoisuus syy eli toimintaa synnyttävä totuus ja realiteetti vaiko seurausta eli aktuaalialan tapahtuma (Archer 1998, 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187).

Aiemmin mainittujen lisäksi keskustelua julkisista palveluista ja mielenterveysasumisesta leimaa aktuaalialan ja yhteiskunnallisen yhteisen empiirisen kokemuksen mukaan talouskuri, laatu ja tehokkuus. Juhilan (2018, 237) mukaan yksi sosiaalityön tavoitteista onkin ollut kokonaisvaltaisen palvelun sekä palvelupolkujen luominen ja oikea-aikainen ihmisen tarpeiden kohtaaminen. Lähtinen ja Marjamäki (2019, 131) vahvistavat, että sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuskeskustelua määrittää tarve kustannusten hallintaan, mutta samalla myös palveluiden yhtäläinen turvaaminen yhteiskunnan eri puolilla. Pyrkimys kustannustehokkuuteen ja pyrkimys rakentaa palveluita vastaamaan palvelutarvetta eli palveluiden asteittaisuus on kuitenkin tutkimuksen näkemyksen mukaan myös moninaistanut palveluiden valikoimaa mielenterveyskuntoutujille. Sen sijaan, että he kaikki saisivat samaa, heille voidaan tarjota paremmin heidän palvelutarpeeseensa sopivaa palvelua.

Kritiikkiä kuitenkin kohdistuu muun muassa psykiatrian vanhakantaisiin ammattirooleihin sekä kritiikittömään narratiiviin ja resurssipulaan. Lääkärillä ei ole mahdollisuutta perehtyä asiakkaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen, vaan psykiatriassa on ajaututtu tilanteeseen, jossa pyritään korjaamaan monimutkaisia tilanteita yksinkertaisin ratkaisuin. Lääkäreiden työpanos kuluu resurssipulan vuoksi lääkityksestä sekä diagnostiikasta huolehtimiseen, kun taas hoitajilla ei ole mahdollisuutta laajasta asiakkaan tuntemuksesta huolimatta hoitaa tällaista osa-aluetta. Muun muassa vanhakantaiset työroolit sekä psykiatrian puuttuva sisäinen kriittisyys ovat Bergströmin (2002) mukaan osa psykiatrian nykyistä haastetta. (Bergström mt.)

Juhila (mt., 229) arvioi, että nykyisessä tilaaja-tuottajamallisessa toimintakentässä, jossa julkinen sektori kilpailuttaa palveluita asiakkailleen, sosiaalityö toimii monimutkaisessa ja muutoksille alttiissa ympäristössä, jossa sosiaalityöntekijä toimii sekä palvelun tilaajan,

palvelun maksajan, että laadunvalvojan rooleissa. Yhtä lailla hän perustelee palvelutarvetta julkiselle organisaatiolle. Nämä tilaaja-tuottajamallin haasteet näkyvät myös nykyisin mielenterveyskuntoutujille tarjottavissa asumispalveluissa. Kriittisesti arvioituna nykyiset reaalisen toimintakentän rakenteet eli esimerkiksi lainsäädäntö ja tiukka talouskuri näkyvät rakenteiden toteutumisenä aktuaalimaailman palveluissa.

Siitä, millainen määrä asumispalveluyksiköitä Suomessa toimii, on haastavaa löytää tietoa sillä kuten mainittu, palvelukenttä on kovin pirstaloitunut ja asumispalvelua tuottavat yksityiset yritykset, yhdistykset sekä julkinen taho omana palvelunaan. Viimeisimpänä suurena tapahtumana nykyaikaa kohti tultaessa mielenterveysasumisen kentällä kuten koko sosiaali- ja terveysalallakin, on siirrytty hyvinvointialueille, jotka ovat korvanneet aiemmat kuntayhtymät, peruspalveluyhtymät ynnä muut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa paraikaa psykiatristen hoidon laitospaikkaselvitystä, jossa selvitetään myös, mitä avopalveluissa tapahtuu ja pystytäänkö avopalveluiden resurssilla vastaamaan mielenterveysasiakkaiden kanssa kohdattaviin haasteisiin.

Juhila (2018, 230–231) viittaa muun muassa sosiaalityöntekijöiden muuttuneeseen rooliin ja mukautuneisiin työtapoihin julkisorganisaatioissa. Sosiaalityöntekijän työnkuvaan liittyy yrittäjämäinen pyrkimys tuotteistaa palveluita, mitattavissa olevat tulokset, kustannustehokkuus sekä pyrkimys tulostavoitteisiin. Myös tämä näkemys toistaa mielenterveysasumispalveluiden kentän markkinavoimaista asetelmaa. Aktuaalitasolla reaalialan lait, normit sekä tarpeet saavat aikaan myös sen, että yksityiset yritykset tarjoavat sosiaalipalveluita yhteiskunnan heikoimmassa asemassa oleville huolehtien samalla toiminnan taloudellisesta tuotosta yritykselleen. Asiakkaan etu on nostettu esille sosiaalihuoltolaissa, mutta yhä useammalla sosiaali- ja terveysalan toimijalla sekä asiakkaista tai läheisellä tuntuu olevan empiirinen kokemus tai ennakkokäsitys siitä, että yksilön etu jää herkästi markkinavoimien ja byrokratian puristuksiin.

Hallitusohjelmissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä ja uudistamista koskevissa materiaaleissa onkin ollut jo jonkin aikaa nähtävillä keskustelunavausta myös kansalaisten vastuuttamisesta, valinnanvapaudesta ja itsenäisestä päätöksenteosta. Kuluttajamaisesti palveluita käyttävän kansalaisen ajatellaan kykenevän tekemään itseään koskevia vastuullisia päätöksiä, eikä hänen kuuluisi olla pitkäaikaisesti riippuvainen palveluista ja etuuksista. (Juhila mt., 222–226.) Heillä, joiden lähtökohtainen kyky toimijuuteen on heikompi, vaadittavan osallisuuden ja tehtävän työn määrä on luonnollisesti

suurempi (Alanko & Hellman 2017). Tällöin sosiaalityön rooli palveluohjaavana toimijana korostuu. Asiakkuuksista erityisesti he, jotka eivät ole kyenneet roolin odotusten mukaisesti toimimaan ja tekemään elämässään oikeita valintoja, tarvitsevat enenevässä määrin ohjausta ja tukea. Tällöin asiakkaat ovat samalla pakotettuja asettautumaan rooliin, jossa he sitoutuvat muutostyöskentelyyn tai -tavoitteisiin. Sitoutumattomuus saattaa tarkoittaa palveluiden epäämistä. (Juhila 2018, 222–226.) Tässä keskustelussa korostuu jälleen kriittisen realismin näkökulmasta myös aihepiirin empiirinen ala ja se, miten mielenterveyskuntoutujien kokemuksiin ja havaintomaailmaan lopulta suhtaudutaan ja se, mikä heidän oma kokemusmaailmansa on. Aiemmin tutkimuksessa käsiteltiin myös yhteiskunnan ja julkisten instanssien otteen voimakkuutta mielenterveysasiakkaasta. Liikkeelle lähdettiin voimakkaasta kontrollista ja ajatuksesta, että mielenterveysasiakkaalla oli vain hyvin vähän valtaa ja toimijuutta. Myöhemmin toimijuutta annettiin lisää kuvaamalla asiakkaita nimellä kuntoutuja ja heidän haasteitaan mielensairauden sijasta mielenterveyden vajeina tai haasteina. 2000-luvulla palveluiden käyttäjät myös otettiin osaksi palveluiden kehittämistä ja puhuttiin kokemusasiantuntijuudesta (Alanko & Hellman mt.). Näin ollen mielenterveysasiakkaille annettiin toimijuuden lisäksi myös asiantuntijarooli ja katse kiinnittyi rakenteiden sijasta jälleen takaisin asiakkaaseen sekä ihmiseen -empiiriseen alaan.



## 8 Pohdinta

Tutkimuksessa todetaan, että mielenterveyspalveluiden kehittymisen historiassa oleellinen rooli on ollut sillä, miten yhteiskunnassa on ymmärretty poikkeavuutta ja miten poikkeavuutta on koettu tarpeen yhteiskunnassa hallita. Toinen merkittävä taustatekijä vaikuttaa lähemmäs nykyaikaa tultaessa olleen resurssit ja taloudelliset näkökulmat julkisia palveluita tuottaessa. Kolmanneksi mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen liittyväksi teemaksi on validia nostaa vielä mielenterveyden tai mielensairauden narratiivi, jonka voidaan ajatella olevan myös keskeisesti osa poikkeavuuden kontrollia. Mielensairautta tai mielenterveyttä luokiteltaessa ja määriteltäessä on lähdetty luomaan polkua diagnostiikan sekä tutkimuksen ja hoidon lääkkeistymisen osalta. Tämän reaalisen alan narratiivin kriittisen tarkastelun vähyys herätti kysymyksiä useammassa aineistossa, sillä sen ajatellaan vaikuttaneen merkittävästi nykysuuntaiseen psykiatriaan ja mielenterveystyöhön. Keskeistä tutkimustuloksia tarkasteltaessa on ollut myös mielenterveysasumispalveluiden kehittymisen emergenssin luonteen ymmärtäminen. Emergenssillä viitataan useampien yksinkertaisten toimijoiden yhteisvaikutukseen, jolloin saadaan aikaan kokonaisuus, joka on jotain monimutkaisempaa ja ennakoimattomampaa kuin alkuperäiset osatekijänsä. Mielenterveysasumispalveluiden kehitystä tarkasteltaessa voidaan todeta, että tiede, normit, politiikka, talous ja lainsäädäntö ovat kukin vaikuttaneet asumispalveluiden kehitykseen osaltaan. Kunkin painopiste eri aikoina ja se, miten osatekijät muodostavat osiensa summan, on kuitenkin vaihdellut. Samalla ilmiön emergenttiys myös vahvistaa ajatusta generatiivisesta kausaalisuudesta. Ilmiö on enemmän kuin osiensa summa ja sitä on mahdotonta palauttaa osatekijöihinsä.

Valtavirrasta ja normaalina pidetystä elämänvirrasta syrjään joutuminen on ongelmana erityisesti yhteiskunnan huono-osaisimmilla, joita Juhilan (2018, 211–213) mukaan myös mielenterveyskuntoutujat ovat. Kuulumattomuus hyväosaiseen ja normaalina pidettyyn valtavirtaan kuvaa mielenterveyskuntoutujien asemaa aina 1800-luvulta alkaen, jolloin ulossulkeminen on ollut aktiivista yhteiskunnasta eriyttämistä. 2000-luvulla kuulumattomuuden tunne syntyy puolestaan yhteiskunnan ei-mahdollistavista ja ulossulkevista kulttuurisista tekijöistä, rakenteista, ihanteista ja stigmoista, joilla määritetään tavoiteltavaa ihannetta ja asemoidaan kunkin paikka yhteiskunnan sosiaalisessa järjestelmässä.

Kriittinen realismi ymmärtää Pekkarisen ynnä muiden (2009, 191–192) mukaan, että erilaiset tulkinnat sekä tarpeet määritellä tilanteita esimerkiksi sosiaalityössä ovat

todennäköisiä ja myös automaattisesti vallankäyttöä. Näin ollen pelkästään kielelliseen ilmaisuun ja määrittelemiseen liittyy kriittisen realismin näkökulmasta sekä arvottamisen että vallankäytön teemat. Se, miten ja mistä puhumme, määrittää puhuttavan objektin ulkopuolelta sitä, mistä puhumme. Valta ilmenee näin sosiaalisen vuorovaikutuksen ja olemassa olevien yhteiskunnallisten rakenteiden kautta (Fook 2002, 46, 52). Helén (2011, 25) puolestaan tiivistävää ymmärrettävästi sen, että mielenterveystyö on mielisairaanhoidon, yhteiskunnallisen kontrollin sekä henkilökohtaisen elämänhallinnan yhdistelmä, joka näyttäytyy ajatustavoissa, tiedossa, käytännöissä ja instituutioissa. Tässä ajatuksessa kytkeytyy myös hyvin palveluiden kehitykseen vaikuttaneet kausaalisuhteet historian ajankohdasta riippumatta.

Sosiaalipoliittikka keskeisesti vaikuttaa yhteiskunnan sekä palveluiden kehitykseen ja on mahdotonta tarkastella palvelujärjestelmän syntymistä tarkastelematta samalla sitä, mitä sosiaalipoliitikassa on tapahtunut historiassa. Sosiaalipoliitikalla tarkoitetaan julkisen vallan järjestelmiä, joilla pyritään vähentämään sosiaalisten riskien vaikutusta kotitalouksiin resurssien uudelleenjaon sekä yhteiskunnallisen sääntelyn kautta (Saari 2006, 228). Juhila (2018, 16–18) toteaa, että sosiaalityö on kytköksissä yhteiskunnalliseen aikaan, sosiaalipoliittisiin kysymyksiin ja hyvinvointivaltion painotuksiin. Sosiaalityö paikantuu osin prosesseihin ja erilaisiin institutionaalsiin ympäristöihin, joissa asiakkaita kohdataan ja joissa asiakkaat saavat tarvitsemiaan palveluita.

Näistä syistä tutkimukselle on paikkansa sosiaalityön kentällä muistuttamaan julkisen vallan käyttäjiä käytettävän vallan voimasta sekä haavoittuvassa asemassa olevan asiakkaan paikan jäsentymisestä yhteiskuntaan. Tutkimus myös muistuttaa sosiaalityön ammattilaisia siitä, miten monisyisiä muutokset palvelurakenteissa ovat ja avaa muutosprosessien rakenteellista luonnetta ja struktuuria. Mielenterveyspalveluiden kehityksessä liikutaankin tutkimuksen näkemyksen mukaan sekä sosiaalipoliittisella, yhteiskunnan rakenteisilla, että normatiivisella tasolla. Lisäksi palveluiden kehityskulkuun vaikutuksia on ollut myös muun muassa lääketieteen kehityksellä. Mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneet kausaaliset suhteet ovat olleet nähtävillä pitkälti näiden tasojen vuorovaikutuksessa.

Kriittinen realismi antaa hyvän työkalun arvioida vaikuttimia empiirisen kokemusmaailman ja aktuaalisen havaittavissa olevan maailman taustalla sillä Pekkarisen ja Tapola-Haapalan (2009, 192) sekä Archerin (1998, 16–18) mukaan kaikkia käsityksiä ja tietoa tulee kriittisen

realismin mukaan perustella. Tutkielmassa tutkitaan kriittisen realismin näkökulmasta sitä, millaisissa kausaalisuhteissa mielenterveysasumispalvelut ovat kehittyneet Suomessa.

Tieto pysyy kriittisen realismin mukaan samana ja tosiasiat ovat olemassa riippumatta siitä, miten ihmiset tulkitsevat ja havainnoivat tietoa. Tulkinnat sekä ymmärrys asioista voivat muuttua ja se on varsin tavanomaista ja inhimillistä. (Archer 1998, 5, 41; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187.) Vaikka luokittelun tarpeita tunnistettiin mielenterveyden osalta jo kaukaa historiassa, nykyaikana on helppoa tuomita virheelliset sata vuotta vanhat diagnosoimismenetelmät sekä tietämättömyys ja oppimattomuus. Nykyaikana koetaan, että päätöksiä tehdään paremman tiedon varassa. Olemme ”tietäviä”. Eritoten Bergström (2002) sekä Alanko ja Hellman (2017) nostivat esille mielenterveydestä ja mielisairaudesta luodun narratiivin kritiikkittömyyden ristiriitaisuutta. Tiedetäänkö oikeasti vai oletetaan jotain tiedettävän? Kuka on määritellyt, millaista tarinaa mielenterveydestä ja poikkeavuudesta on kerrottu?

Nykytietämyksen varjossa voidaan kaiketi sanoa, että päätöksiä tehdään ja yhteiskunnan rakenteita luodaan vailla parempaa tietoa. Toimimme parhaan saamamme tiedon mukaan ja järjestämme palveluita niihin tarpeisiin, joita ymmärrämme olevan olemassa. Tiedon kritiikki on kuitenkin validia myös mielenterveysasiakkaiden palveluiden, hoitomuotojen sekä psykiatrian osalta sillä tiedon luonteeseen liittyy toisinnettavuus. Tiedon on kestettävä myös muuttuvassa ympäristössä tai sitä täytyy muuttaa. Tieto on reaalisen alan dualistinen yhteiskuntarakente, jota toisinnetaan ja hitaasti muutetaan. Tosiasia ei voida kuitenkaan tietää, onko tavoitettu oikea tieto vai onko tiedosta saavutettu aikakauden näkökulmasta paras mahdollinen tulkinta. Varmempaa on siis ilmaista, että tieto on osa reaalista alaa ja yhteiskunnassa toisinnetaan rakenteita, jotka ovat tulkintoja ja havaintoja tiedosta. Nämä tulkinnat ja havainnot muuttuvat hitaasti yhteiskunnan kehittyessä ja ajan kuluessa. Se, mikä on ollut edistyksellistä 1900-luvun alussa, ei ole sitä enää 2000-luvulla.

Historiallisen kehityksen tarkasteluun kirjallisuuskatsaus sopi erityisen hyvin. Tutkimuksessa aineisto on antanut mahdollisuuden kuvata mielenterveysasumispalveluiden kehitystä ennen kaikkea kronologisesti. Ajallisen kehityskaaren lisäksi aineistosta nousee esiin rakenteellinen näkökulma, mutta toisaalta aineisto nostaa hyvin keskeisesti esille myös mielenterveysasumispalveluiden kehittymiseen liittyvää kontekstia. Esimerkiksi mielenterveyteen suhtautuminen ja yhteiskunnan ilmapiiri nousee keskeisesti esiin asumispalveluiden kehitykseen vaikuttaneita kausaalisuhteita arvioidessa ja kriittisen

realismin reaalista alaa avatessa. Aineiston suhteen suurin haaste tutkimuksessa oli se, että tutkittavan aihealueen ja tutkimuskysymyksen ollessa laajat, yhden tutkimuksen tai teoksen on miltei mahdoton vastata koko ajalliseen kehityskaareen. Tämän vuoksi vain muutama perusteos kuvasi hyvin laajempaa aikakautta, kun muut aineistot antoivat tarkempia kuvauksia tietyille aikakausille tai tiettyjä teemoja koskien. Sopivan aineiston löytyminen oli myös suuritöinen prosessi.

Tutkimuksen myötä on ollut syytä pohtia eroja kriittisen realismin reaaliossa, aktuaalisessa ja empiirisessä alassa. Tutkimuksen teon aikana huomattiinkin, että vähäisellä kokemuksella kriittisestä realismista, mielenterveysasumisen kehityksen teemoja on miltei mahdoton sijoittaa varmasti jollekin kriittisen realismin kolmesta tasosta. Jos pohditaan esimerkiksi lääkehoidon kehitystä kriittisen realismin näkökulmasta, voidaan todeta, että lääkeaineiden kemialliset vaikuttimet ovat olleet olemassa riippumatta siitä, ovatko ne olleet ihmisten tietoisuudessa. Lääkeaineiden kemia kuuluu siis reaaliseen alaan, mutta siinä vaiheessa, kun puhutaan lääkehoidon ja lääkeaineiden kehittymisestä, ovat ne osa aktuaalista alaa. Ilmiö, joka kohdattiin tutkimusta tehdessä toistuvasti, olikin uusien rakenteiden syntyminen yhteiskuntaan ja vakiintuminen osaksi yhteiskuntajärjestystä ja sen rakenteita. Muun muassa hyvinvointivaltion kehityttyä (yhteiskunnan rakenteet) ja mielisairaalakritiikin (normit) voimistuessa nämä reaalisen alan teemat saivat aikaan aktuaalisen alan tapahtumia. Nämä tapahtumat olivat laitospaikkojen väheneminen sekä avohoitopaikkojen eli asumispalvelun paikkojen määrän kasvu. Silloin, kun muutos on tuore ja juuri tapahtumassa, voidaan tulkita, että yhteiskunnan rakenteellinen muutos tapahtuu reaalisen alan liikkeelle laittamana aktuaalisella alalla, mutta kun muutos valmistuu, ”vakiintuu ja painuu” se osaksi reaalista alaa, joka sisältää fyysiset kappaleet, arvot, normit ja rakenteet ym. Tämän ilmiön vuoksi kriittisen realismin käyttö teoriana on ollut sekä erityisen antoisaa, mutta myös äärimmäisen haastavaa.

Kriittinen realismi kasvatti itseään teoriana läpi tutkimuksen teon. Teoria on lähtökohtaisesti haastava ja laaja, jonka vuoksi siitä hyödynnettiin tutkimusta varten vain niitä työkaluja, joiden koettiin olevan tutkimuksen kannalta hyödyllisiä. Näitä olivat realismin kolme tasoa reaalinen, aktuaalinen ja empiirinen, jotka auttoivat osaltaan rakenteistamaan ja luokittelemaan mielenterveysasumisen kehityshistorian taitekohtia ja kehitykseen vaikuttaneita teemoja. Aloille asetettaessa tekijöistä tuli näkyvämpiä ja todempia. Lisäksi dualistinen yhteiskuntarakente oli avuksi muutosten hahmottamisessa ja muutokseen vaikuttavien tekijöiden kausaalisuus helpotti samanaikaisten muutostekijöiden hallintaa.

Syy-seuraussuhteiden osoittaminen varmaksi on tämän kaltaisessa tutkimuksessa miltei mahdotonta, jonka vuoksi kausaalisuus ja usean samanaikaisen vaikuttimen käsittely oli luonnollista. Kausaalisuus toi rakenteena myös rauhaa tutkimuksen tekemiselle ja poisti suurelta osin painetta siitä, että syy-seuraussuhteiden osoittamisen olisi tullut olla tarkkaa. Erityisen haastavaa se olisi ollut tässä tutkimuksessa, jossa käsiteltävä ajanjakso on laaja ja ote kuhunkin aikakauteen tämän myötä laava.

Vaaditaan eettistä pohdintaa tiedostaa nykykuotoisten tulostavoitteellisten ja managerialististen työtapojen haasteet suhteessa heikompiosaisena pidettyyn asiakuntaan. Sosiaalityössä työskennellään näköalapaikalla kausaalisuhteiden sisässä niiden tapahtuessa ja ollessa olemassa ympärillämme. Sosiaalityössä pyritään sanoittamaan näkyviksi niitä tekijöitä, jotka sekä haastavat että edesauttavat asiakkaiden ongelmien lievittymistä myös mielenterveysasumispalveluissa. Juhila (2018, 232) kiinnittää huomiota siihen, että vaarana on niin sanottujen tuloksia tuottamattomien asiakassuhteiden osalta se, että he jäävät vaille tarvitsemaansa aikaa sillä mielekkäämpää voi olla toimia suhteessa niihin asiakkaisiin, joiden osalta saavutetaan haluttuja tavoitteita ja tulosvaateita. Nykyrakenteet ja nykyinen markkinavetoinen toimintamalli synnyttävät eettisen ongelman, jossa pyrkimys tulostavoitteisiin ei saa ohittaa sosiaalityölle asetettua perimmäistä työn sisältöä. Tämän huomioimisessa sosiaalityöntekijällä itsellään, mutta myös julkisilla organisaatioilla on merkittävä rooli. Dilemma näkyy erityisen hyvin viimesijaisina tarjottavissa palveluissa kuten mielenterveysasumispalveluissa sillä näissä palveluissa on asiakkaana runsaasti ”staattisia” asiakkuuksia, joiden tavoitteena on pystyä asumaan riittävällä tuella palveluasumisen piirissä ja pysyä mahdollisuuksien mukaan poissa psykiatrisilta osastoilta ja laitoksista. Heidän osaltaan ei siis saavuteta palvelun keventämisen seurauksena saatavia suoria taloudellisia tuloksia vaan heidän palvelunsa voi olla varsin pitkäaikaista.

Vaikuttaa siltä, että sosiaalityö toimii vuosikymmenestä riippumatta tilanteissa, joissa se joutuu mukautumaan ja selviämään ajan hengen ja yhteiskunnan rakenteiden luomista ongelmista. Ruohonjuuritason asiakastyön lisäksi sosiaalityö paikantuu käymään yhteiskunnallista keskustelua ja vaikuttamaan yhteiskunnan vallitseviin rakenteisiin - olivatpa ne sitten globaaleja, yhteiskuntaan liittyviä tai järjestelmistä kumpuavia tai jos ne tuottavat yksilötason ongelmia tai estävät näiden lieventymistä (Juhila mt., 245). Sosiaalihuoltolain 7 § (1301/2014) huomioi myös osaltaan sosiaalityön vaatimuksia. Sosiaalityön tulee lain mukaan tuottaa tietoa asiakkaidensa tarpeista sekä niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä sosiaalihuollon palveluiden vaikutuksista; sosiaalityön

tulee antaa toimenpide-ehdotuksia ja tehdä tavoitteellisia toimia sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi; sosiaalityön tulee tuoda asiantuntemustaan osaksi muiden toimialojen suunnittelua sekä tehdä yhteistyötä yksityisten ja järjestötoimijoiden kanssa palvelu- ja tukivalikoiman kehittämiseksi. (SHL.) Sosiaalityö toisin sanoen osallistuu heikompiensaisten kansalaisten narratiivin kirjoittamiseen, oikaisuun ja uudelleenkirjoittamiseen.

Tutkimuksessa todetaan, että mielenterveyspalveluiden kehittymisen historiassa oleellinen rooli on ollut sillä, miten yhteiskunnassa on ymmärretty poikkeavuutta ja miten poikkeavuutta on koettu tarpeen yhteiskunnassa hallita. Toinen merkittävä taustatekijä vaikuttaa lähemmäs nykyaikaa tultaessa olleen resurssit ja taloudelliset näkökulmat julkisia palveluita tuottaessa. Kolmanneksi mielenterveysasumispalveluiden kehitykseen liittyväksi teemaksi on nostettava vielä mielenterveydestä tai mielensairaudesta luotu narratiivi. Tämän reaalisen alan narratiivin kriittisen tarkastelun vähyys herätti kysymyksiä useammassa aineistossa, sillä sen nähdään vaikuttaneen merkittävästi nykymuotoisiin mielenterveyspalveluihin. Mielenterveydestä ja mielensairaudesta luotua narratiivia voidaan tulkita myös kontrollin välineeksi.

Keskeistä tutkimustuloksia tarkasteltaessa on ollut myös mielenterveysasumispalveluiden kehittymisen emergenssin luonteen ymmärtäminen. Emergenssillä viitataan useampien yksinkertaisten toimijoiden yhteisvaikutukseen, jolloin saadaan aikaan osiensa summaan nähden jotain monimutkaisempaa ja ennakoimattomampaa. Mielenterveysasumispalveluiden kehitystä tarkasteltaessa voidaan todeta, että tiede, normit, politiikka, talous ja lainsäädäntö ovat kukin vaikuttaneet asumispalveluiden kehitykseen osaltaan. Kunkin painopiste ja se, miten osatekijät muodostavat osiensa summan, on kuitenkin vaihdellut eri aikakausina.

Tutkimustapa sekä teoria sopivat hyvin tutkimuksen sisältöön ja tutkimuskysymykseen. Kriittisen realismin työkaluin mielenterveysasumispalveluun vaikuttavia tekijöitä pystyttiin arvioimaan kohtalaisen monialaisesti. Tutkimuksessa nousi esiin muun muassa sosiaalipolitiikkaan, yhteiskunnan rakenteisiin ja normeihin sekä myös lääketieteen ja psykiatrian kehitykseen liittyviä tekijöitä ja tutkimus saavutti tarkoituksensa kohtalaisen hyvin.

Sote -uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelut ovat uuden edessä ja palveluketjujen sekä asiakaslähtöisten palvelumallien kehittäminen on paraikaa vireillä eri hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueilla on erityisen suuri paine saada palvelut pyörimään ja

resurssipula vaivaa jo suurinta osaa hyvinvointialueista. Rakenteellinen muutos on kuitenkin aina mahdollisuus tarkastella aiempia rakenteita ja niiden toimivuutta uusin silmin sekä kriittisesti. Nyt rakennettavat palvelut ja rakenteet toimivat pohjana palveluille pitkän aikaa, jonka vuoksi toiveissa on, että työ tehdään huolella. Vuonna 2023 toimintansa aloittaneet hyvinvointialueet tuovat mukanaan myös toimintoiheen ja rakenne- sekä lakimuutoksineen uusia tutkimustarpeita. Mielenterveysasumispalveluiden suhteen mielenkiintoisia tutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi mielenterveyspalveluiden avopalvelupainotteisuus, asumispalveluiden järjestämiseen ja tilaamiseen liittyvät tutkimuskohteet sekä asiakkaiden palvelupolkujen muotoilu hyvinvointialueilla. Lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa paraikaa psykiatrisen hoidon laitospaikkaselvitystä, jossa selvitetään, mitä avopalveluissa tapahtuu ja pystytäänkö avopalveluilla vastaamaan mielenterveysasiakkaiden haasteisiin. Tämä raportti valmistuessaan varmasti synnyttää myös tarpeita jatkotutkimukselle.

## Lähteet

- Alanko, Anna & Hellman, Matilda (2017) Service Users and Experts in Finnish Mental Health Care Planning: Three Phases of Expansion and Inclusion. *Sociologia* 54(4), 361–376. Saatavilla osoitteessa: <https://journal.fi/sociologia/article/view/124325>. (Viitattu 12.11.2024).
- Anttonen, Anneli & Meagher, Gabrielle (2013) Mapping Marketisation: Concepts and Goals. Teoksessa Anttonen, Anneli & Meagher, Gabrielle (toim) *Marketisation in Nordic eldercare: A Research report on legislation, oversight, extent and consequences*. *Stockholm Studies in Social Work* 30. Tukholma: Stockholm University, 13-22.
- Archer, Margaret Scotford (1998) *Critical realism: essential readings*. London; New York: Routledge.
- Badinelli, Ralph D. (2016) *Service systems and innovations in business and society collection: Modeling Service Systems*. New York: Business Expert Press.
- Bergström, Tomi (2002) *Mieletön Häiriö: Psykiatrian Ongelma Ja Sen Ratkaisu*. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja.
- Bhaskar, Roy (1978) *A Realist Theory of Science*. Sussex: The Harvester Press.
- Bhaskar, Roy (1979) *The Possibility of Naturalism. A Philosophical Critique of The Contemporary Human Sciences*. Sussex: The Harvester Press.
- Bhaskar, Roy (1986) *Scientific Realism and Human Emancipation*. London: Verso.
- Burns, Nancy & Grove, Susan K. (2005) *The practice of nursing research. Conduct, critique, and utilization*. 5 ed. Elsevier Saunders, St. Louis.
- Duodecim (2022) Mielenterveyden häiriöitä. *Lääkärikirja Duodecim*. 12.5.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313> (Viitattu 15.4.2024).
- Eriksson, Päivi & Koistinen, Katri (2005) *Monenlainen tapaustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskus. Julkaisuja 4. Kerava: Savion kirjapaino Oy.
- Fook, Jan (2002) *Social work: Critical theory and practice*. London: Sage.
- Giddens, Anthony (1984) *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Green, Bart N & Johnson, Claire D & Adams, Alan (2006) Writing narrative literature review for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Trade* 5 (3), 101–117.
- Heikkinen-Peltonen, Riitta & Innamaa, Marja & Virta, Marjut (2014) *Mieli Ja Terveys*. 4p. Helsinki: Edita.
- Helén, Ilpo (2007) Masennus massamittassa: epidemiologinen välineistö ja psykiatrian muodonmuutos. *Tiede & edistys* 32(2). <https://doi.org/10.51809/te.104883>. (Viitattu 12.11.2024).

- Helén, Ilpo (toim.) (2011) Reformin pirstaleet: Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino.
- Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja (2017) Mielenterveyshoitotyö. 5p. Helsinki: SanomaPro.
- Jahangiri, Erfan (2024) Assisted living for people with mental illness in Finland. University of Oulu. Tampere: Punamusta. Saatavilla osoitteessa: <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/52576/nbnfioulu-202409185955.pdf?sequence=1>. (Viitattu 12.11.2024).
- Juhila, Kirsi (2018) Aika, paikka & sosiaalityö. Tampere: Vastapaino.
- Kangasniemi, Mari & Pietilä, Anna-Maija & Utriainen, Kati & Jääskeläinen, Petri & Ahonen, Sanna-Mari & Liikanen, Eeva (2013) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013 (4) 291–301.
- Kettunen Terttu & Ihalainen Jarmo & Heikkinen Hannele (2002) Monimuotoinen sosiaaliturva. Helsinki: WSOY.
- Korteniemi, Pertti (2005) Realismi ja realismin sovellus. Teoksessa Julkunen, Ilse & Lindqvist, Tuija & Kainulainen, Sakari (toim.): Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet (2005) Helsinki: Stakes. 17–33.
- Koskisu, Jari (2004) Eri Teitä Perille: Mitä Mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kuusela, Pekka (2006) Realismi, kriittinen realismi ja sosiaalityöt. Teoksessa Realismin haaste sosiaalityöissä. Kuusela, Pekka & Niiranen, Vuokko (toim.) UNIPress Ab.
- Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirkko (2019) Sosiaalihuollon valtakunnallisen ohjauksen peruslinjat. Teoksessa Sosiaalityön käsikirja 4p. Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) Helsinki: Tietosanoma.
- Mieli 2009 -työryhmä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavilla osoitteessa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=ysiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3> (Viitattu 12.3.2025).
- Mieli ry. Tilastotietoa mielenterveydestä. Saatavilla osoitteessa: <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/> (Viitattu 30.4.2025).
- Niiniluoto, Ilkka (1999) *Critical Scientific Realism*. New York: Oxford University Press.
- Nygård, Toivo (1998) *Erialaisten Historiaa: Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla Ja 1900-luvun Alussa*. Jyväskylä: Atena.
- Onwuegbuzie, Anthony & Frels, Rebecca (2016) 7 steps to a comprehensive literature review. A multimodal and cultural approach. Sage Publ.
- Pekkarinen, Elina & Tapola-Haapala, Maria (2009) Kriittinen realismi sosiaalityössä - tiedontuotannosta emansipaatioon. Teoksessa *Sosiaalityö ja teoria*. Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Juva: PS-Kustannus.

- Pietikäinen, Petteri (2013) Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus.
- Pulkkinen, Lea (2023) Ihmisen psykologinen kehitys 10p. Ahonen, Timo & Ruoppila, Isto (toim.) Jyväskylä: PS -kustannus.
- Rautiainen, Pauli & Taskinen, Helena & Rissanen, Helena (2020) Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen -virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Hujala, Anneli & Helena, Taskinen (2020) Uudistuva Sosiaali- Ja Terveystalouden. Tampere. Tampere University Press.
- Rhoades, Ellen (2011) Literature reviews. *The Volta Review* 111 (3), 353–368.
- Rother, Edna (2007) Systematic literature review x narrative review. Editorial. *Acta Paul Enferm* 20 (2), vii.
- Saari, Juho toim. (2006) Suomen Malli: Murroksesta Menestykseen? Helsinki: Yliopistopaino.
- Salminen, Ari (2023) Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja joihinkin hallintotieteellisiin sovelluksiin. 2p. Vaasan yliopiston raportteja 40. Vaasan yliopisto. Saatavilla osoitteessa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-081-8> (Viitattu 25.3.2025).
- Salo, Markku & Kallinen, Mari (2007) Yhteisasumisesta Yhteiskuntaan?: Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Salo, Markku (2016) Asumispalvelujen hankinnan kehitykset. Yhteistoiminnallista mallia etsimässä. *Kuntoutus* 39(4), 17–28. Saatavilla osoitteessa: <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/112984>. (Viitattu 12.11.2024).
- Salo, Markku (2017) Hyvien käytäntöjen hautajaiset? *Kuntoutus* 40(2), 61–65. Saatavilla osoitteesta <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/112400>
- Salo, Markku (2019) Hullut mielenterveysmarkkinat. Tampere: Vastapaino.
- Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2023 (2024) Tilastoraportti 2/2024, 15.05.2024. Suomen virallinen tilasto, Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. THL. Saatavilla osoitteessa: <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut> (Viitattu 1.11.2024).
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014).
- Tolonen, Jonna & Jääskeläinen, Erika & Leppänen, Virpi & Haapea, Marianne & Miettunen, Jouko & Moilanen, Kristiina (2022) The impact of psychiatric rehabilitation: a study of outcomes of persons with severe mental disorders. *Psychiatria Fennica* (53), 204–219. Saatavilla osoitteessa: [https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria\\_Fennica-2022-Tolonen.pdf](https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria_Fennica-2022-Tolonen.pdf) (Viitattu 24.3.2025).
- Töttö, Pertti (2004) Syvällistä ja pinnallista: Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilka, Hanna (2023) Kirjallisuuskatsaus Metodina, Opinnäytetyön Osana Ja Tekstilajina. Helsinki: Art House.

WHO (2013) Mental Health. Saatavilla osoitteessa: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1) (Viitattu 6.5.2024).