

DISSERTATIONS IN
**HEALTH
SCIENCES**

MINNA LAITILA

*Asiakkaan osallisuus
mielenterveys- ja päihdetyössä
Fenomenografinen lähestymistapa*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Health Sciences



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

MINNA LAITILA

*Asiakkaan osallisuus
mielenterveys- ja päihdetyössä*

Fenomenografinen lähestymistapa

*Client involvement in mental health
and substance abuse work
A phenomenographic approach*

Esitetään Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnan luvalla
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden tohtorin arvoa varten
Itä-Suomen yliopistossa Tietotekninan auditoriossa,
perjantaina 12. marraskuuta 2010 klo 12

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Health Sciences

31

Hoitotieteen laitos
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Kuopio
2010

Kopijyvä Oy

Kuopio, 2010

Sarjan toimittajat:

Professori Veli-Matti Kosma, LT
Lääketieteen laitos, Patologia
Terveystieteiden tiedekunta

Professori Hannele Turunen, TtT
Hoitotieteen laitos
Terveystieteiden tiedekunta

Jakelu:

Itä-Suomen yliopiston kirjasto/Julkaisujen myynti

PL 1627, 70211 Kuopio

puh. +358 40 355 3430

<http://www.uef.fi/kirjasto>

ISBN 978-952-61-0223-8 (print)

ISBN 978-952-61-0224-5 (pdf)

ISSN 1798-5706 (print)

ISSN 1798-5714 (pdf)

ISSNL 1798-5706

- Tekijän osoite: Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
PL 1627
70211 KUOPIO
Tel: +358 40 355 2274
Fax: +358 17 162 632
- Ohjaajat: Professori Anna-Maija Pietilä, THT
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
- Dosentti Merja Nikkonen, THT
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
- Professori Vilma Hänninen, YTT
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta
Yhteiskuntatieteiden laitos
Itä-Suomen yliopisto
- Esitarkastajat: Professori (emerita) Sirpa Janhonen, THT
Terveystieteiden laitos
Oulun yliopisto
- Professori Anja Taanila, KT
Terveystieteiden laitos
Oulun yliopisto
- Vastaväittäjä: Professori Maritta Välimäki, TtT
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto

Laitila Minna. Client involvement in mental health and substance abuse work. A phenomenographic approach. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31. 2010. 211 pp.

ISBN 978-952-61-0223-8 (print)

ISBN 978-952-61-0224-5 (pdf)

ISSN 1798-5706 (print)

ISSN 1798-5714 (pdf)

ISSNL 1798-5706

ABSTRACT

Background and purpose: Service user involvement is a recognised value and goal within mental health and substance abuse work. According to previous studies, however, client involvement is still inadequately implemented. Client-orientation is closely connected to client involvement. The purpose of this study was to describe client involvement and client-orientation in mental health and substance abuse work from the viewpoint of clients and personnel. The objective of this study is in the gathering of information to develop mental health and substance abuse work by supporting service user involvement.

Material and methods: The study was conducted in three phases: 1) Clients with experience of mental health or substance misuse services were interviewed (n=27); 2) Professionals working in mental health or substance abuse services were interviewed (n=11) and; 3) The models of description representing client involvement and client-centredness were developed. A phenomenographic approach was applied for the data analysis. The data analysis resulted in the formation of subcategories and categories of description that describe the participants' conceptions of client involvement and client-orientation in mental health and substance abuse work.

Results: According to the results, client involvement meant accepting, noticing and using the service users' expertise. Involvement was realised in three ways: 1) involvement in one's own care and recovery; 2) involvement in development of services; and 3) involvement in service delivery. Many factors connected to society, organisational functions, personnel and clients were related to the possibilities and implementation of client involvement. According to the results, client-orientation was conceived in two different ways; either comprehensively as a way the professionals worked or in a narrow meaning as a way to set the goals for the client-professional relationship. Some clients expressed conceptions that client-orientation didn't exist in mental health and substance abuse work or that it was only rhetoric. Client-orientation could be implemented in three levels; in the organisational level, in the client-professional relationship, and in the level of an individual professional's actions. The professionals found that client-orientation had positive impact on the client-professional relationship, the client and the personnel.

Conclusions and implications for future research: Applying phenomenographic approach, new knowledge of client involvement, client-orientation and the ways they are realised in the context of mental health and substance abuse were revealed. Different forms of involvement are needed for different kinds of clients to be involved. Special attention should be paid to the enablement of involvement during involuntary care, and to the provision of adequate information and actual opportunities to choose and influence the outcomes. Client involvement can be supported by client-centered structures and actions. In the future, it is important to develop client involvement in mental health and substance misuse work, for example using participatory action research.

National Library of Medicine Classification: WM105; WM270

Medical Subject Headings (MeSH): Patient-Centered Care; Mental Health; Substance-Related Disorders

Laitila Minna. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31. 2010. 211 s.

ISBN 978-952-61-0223-8 (print)

ISBN 978-952-61-0224-5 (pdf)

ISSN 1798-5706 (print)

ISSN 1798-5714 (pdf)

ISSNL 1798-5706

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on tunnustettu arvo ja tavoite, mutta aikaisempien tutkimusten mukaan sen käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita. Asiakkaan osallisuuteen liittyy läheisesti käsite asiakaslähtöisyys. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä tukemalla palveluiden käyttäjien osallisuutta.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimus toteutui kolmessa vaiheessa: 1) Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden haastattelu (n=27), 2) työntekijöiden haastattelu (n=11) ja 3) kuvausmallien muodostaminen asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Aineisto analysoitiin soveltaen fenomenografista lähestymistapaa. Analyysin tuloksena muodostettiin alakategoriat ja kuvauskategoriat, jotka kuvaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä.

Tutkimustulokset: Asiakkaan osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Osallisuus toteutui kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Asiakkaiden osallisuuden mahdollisuuksiin ja käytännön toteutumiseen liittyivät monet seikat, jotka kuvasivat yhteiskunnan, organisaatioiden, työntekijöiden ja asiakkaiden toimintaa. Tähän tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ja työntekijöiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Esiin tuli myös asiakkaiden käsityksiä siitä, ettei asiakaslähtöisyys kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai että se oli pelkkää retoriikkaa. Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella eri tasolla: organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintana. Tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisellä työtavalla oli positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset: Tutkimuksessa tuotettiin fenomenografisen lähestymistavan avulla uutta tietoa asiakkaan osallisuudesta, asiakaslähtöisyydestä ja niiden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tarvitaan erilaisia osallisuuden muotoja, jotta erilaisilla asiakkailla olisi mahdollisuus olla osallisina. Erityistä huomiota tulee kiinnittää osallisuuden mahdollisuuksiin vastentahtoisessa hoidossa, riittävään tiedonsaantiin sekä aitojen valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksien olemassaoloon. Asiakkaan osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisellä rakenteilla ja toiminnalla. Jatkossa on tärkeää esimerkiksi osallistavan toimintatutkimuksen keinoin kehittää asiakkaiden osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä.

Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA): osallisuus; asiakaslähtöisyys; mielenterveystyö; päihdetyö; fenomenografia

Esipuhe

Tämä väitöskirjan tekeminen on ollut matka, jonka toteutumien ei olisi ollut mahdollista ilman usean eri ihmisen tukea. Minulla on ollut onni saada matkaleni mitä parhaimmat oppaat. Haluan erityisen lämpimästi kiittää pääohjaajaani professori, THT Anna-Maija Pietilää, jonka kannustava ja määrätietoinen ohjaus on luotsannut ja kannatellut minua kohti työn valmiiksi saattamista. Jokaisen puhelinkeskustelun ja tapaamisen jälkeen ajatukseni ovat selkiytyneet ja olen kokenut aidosti voimaantuneeni. Lisäksi haluan kiittää ohjaajaani dosentti, THT Merja Nikkosta hänen arvokkaista kommenteistaan ja ohjauksestaan koskien tutkimuksen metodia. Myös Merja Nikkosen mielenterveystyön ja -palveluiden tuntemus on ollut merkittävä. Professori, YTT Vilma Hännisen palaute fenomenografisesta lähestymistavasta on ollut tärkeä, mistä hänelle lämpimät kiitokset.

Työni esitarkastajalle professori (emerita), THT Sirpa Janhoselle ja professori, KT Anja Taanilalle haluan osoittaa parhaimmat kiitokseni. Heidän palautteensa ja kommenttinsa auttoivat minua erityisesti selkiyttämään tutkimukseni keskeisten käsitteiden määrittelyä ja jämäköyttämään tulosten esittämistä.

Työni alkuvaiheeseen liittyvästä yhteistyöstä kiitän dosentti, TtT Hannele Lukkarista ja professori, YTT Asko Suikkasta. Lähiesimieheni Seinäjoen Ammattikorkeakoulussa ovat suhtautuneet myönteisesti väitöskirjatyöhöni ja mahdollistaneet sen etenemisen opintovapain. Olen koko prosessin ajan saanut työskennellä Pohjanmaa-hankkeen moniammatillisessa ja tutkimusmyönteisessä työryhmässä. Haluan kiittää entisiä ja nykyisiä työtovereitani kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. Yliopettaja, YTT Timo Toikon kanssa käymäni keskustelut ovat olleet erityisen tärkeitä pohtiessani tutkimukseni tarkastelukulmaa. Ylilääkäri, LT Antero Lassilaa haluan kiittää hänen paneutumisestaan tutkimukseeni ja arvokkaista kommenteista työni loppuvaiheessa.

Väitöskirjan viimeistelyssä on ollut mukana monia taitavia ihmisiä. FM, kokemusasiantuntija Timo Kallioaho kiitän ruotsinkielisen yhteenvedon viimeistelystä. Serkkuni, TeM Anne Koski-Wood ja hänen puolisonsa, BA Marc Wood auttoivat minua englanninkielisen tiivistelmän laadinnassa. HuK Oona Ståhlström vastasi väitöskirjan kirjoitusasun tarkistamisesta. Lämpimät kiitokseni hallintosihteerille Maija Pellikalle, jonka ansiosta monet käytännön asiat ovat sujuneet kitkattomasti.

Ilman tutkimukseeni osallistuneita mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaita ja työntekijöitä ei tämä tutkimus olisi koskaan voinut toteutua. Haluan kiittää teitä panoksestanne ja siitä, että olitte valmiit jakamaan käsityksiänne kanssani.

Työtäni ovat taloudellisesti tukeneet Suomen Kulttuurirahaston Etelä-Pohjanmaa rahasto, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri sekä Ilmajoki-lehden stipendirahasto. Tästä haluan lausua parhaimmat kiitokseni.

Perheen ja ystävien tuki on ollut koko prosessin ajan korvaamatonta. Se on auttanut minua muistamaan, mikä loppujen lopuksi on tärkeintä. Kaikkein läheisimpiäni Jukkaa, Sannaa ja Ramia kiitän pitkämielisyydestä ja arjen sujuvuudesta. Perheen yhteinen aika ja lomamatkat ovat olleet arvokkaita irtautumisia niin työstä kuin tutkimuksen tekemisestä. Omistan tämän tutkimuksen teille.

Ilmajoella, lokakuussa 2010

Minna Laitila

Sisältö

1 Johdanto	1
2 Asiakkaan osallisuuden moniulotteisuus	7
2.1 Asiakkaan osallisuus.....	7
2.1.1 Asiakkaan osallisuuden määritelmä.....	7
2.1.2 Asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa	15
2.1.3 Asiakkaan osallisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä.....	21
2.2 Osallisuuden lähikäsitteitä	23
2.2.1 Asiakaslähtöisyys.....	23
2.2.2 Asiakkaan kokemusta ja toimintaa kuvaavia käsitteitä	31
3 Mielenterveys- ja päihdetyön toimintaympäristö	35
3.1 Mielenterveys- ja päihdetyön määrittelyä.....	35
3.2 Mielenterveys- ja päihdetyön kehitys 1980–2000 -luvulla	36
3.2.1 Suunnittelutaloudesta kohti kilpailutaloutta	36
3.2.2 Siirtymä puolittaismarkkinoille	39
3.2.3 Kohti osallistumista ja uusia haasteita.....	43
3.2.4 Mielenterveys- ja päihdetyö - yhdessä vai erikseen?.....	50
3.3 Terveyden ja mielenterveyden edistäminen	51
3.3.1 Terveys ja mielenterveys.....	51
3.3.2 Terveyden ja mielenterveyden edistäminen sekä ehkäisevä päihdetyö.....	53
4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	57
5 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	61
6 Metodiset valinnat	63
6.1 Fenomenografinen lähestymistapa.....	63
6.2 Tutkimukseen osallistujat.....	69
6.3 Aineiston keruu.....	70
6.3.1 Asiakashaastattelut	71
6.3.2 Työntekijähaastattelut.....	75
6.4 Aineiston analyysi.....	77

7 Tulokset	85
7.1 Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä	85
7.1.1 Osallisuus palveluiden käyttäjien asiantuntijuutena	85
7.1.2 Osallisuuden monet muodot mukanaolosta aktiiviseen toimijuuteen ..	88
7.1.3 Asiakaslähtöisyys: todellisuutta vai retoriikkaa	95
7.1.4 Asiakaslähtöisyyden monitasoisuus.....	98
7.2 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.....	109
7.2.1 Luvanantajasta pääosallistujaksi.....	109
7.2.2 Osallisuuden käytännöt: kysymyksiä vastuusta ja vallasta.....	113
7.2.3 Asiakaslähtöisyys toimintana ja työtapana	121
7.2.4 Asiakaslähtöiset käytännöt.....	126
7.3 Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä tuloksista	137
7.3.1 Asiakkaan osallisuus ja sen toteutuminen	138
7.3.2 Asiakaslähtöisyys ja sen toteutuminen.....	141
8 Pohdinta	145
8.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelua	145
8.1.1 Asiakkaan osallisuus.....	145
8.1.2 Asiakkaan osallisuuden toteutuminen	146
8.1.3 Asiakaslähtöisyys	153
8.1.4 Asiakaslähtöisyyden toteutuminen	155
8.1.5 Vastentahtoisuus	162
8.1.6 Riittävä tiedonsaanti	165
8.1.7 Asiakkaan osallisuus suhteessa palvelujärjestelmään.....	166
8.2 Eettiset kysymykset.....	171
8.3 Fenomenografisen lähestymistavan arviointia	175
8.4 Tutkimuksen luotettavuus	178
9 Johtopäätökset ja jatko- tutkimusehdotuksia	183
10 Brukarmedverkan inom mentalvårds- och missbruksarbete.	
Fenomenografisk ansats. Svensk sammanfattning	187
Lähteet	189
LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Asiakkaan osallisuutta ja osallistumista jäsentäviä luokituksia suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista.....	11
Taulukko 2. Palveluiden käyttäjien osallisuus erilaisissa sosiaalipolitiikan mal- leissa.....	17
Taulukko 3. Asiakslähtöisyyden määrittelyjä	28
Taulukko 4. Asiakkaan kokemusta ja toimintaa kuvaavien käsitteiden määritte- lyä.....	34
Taulukko 5. Haastatellut asiakkaat	73
Taulukko 6. Haastatellut työntekijät	76
Taulukko 7. Esimerkki merkityksellisten ilmausten erottamisesta ja niiden pel- kistämisestä merkitysyksiköiksi	79
Taulukko 8. Esimerkki alakategorioiden muodostamisesta.....	81
Taulukko 9. Asiakkaan osallisuutta ja sen toteutumista kuvaavien käsitysten suhde tämän tutkimuksen tulosten perusteella	140

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Osallisuuden holistinen malli.....	15
Kuvio 2. Sosiaalipalveluiden jaottelu palvelutarpeen ja oikeuksien perusteella ...	20
Kuvio 3. Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde asiantuntijalähtöisestä auktoriteettisuhteesta asiakaslähtöiseen valmentajasuhteeseen	30
Kuvio 4. Mielenterveyteen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät ja riskitekijät	53
Kuvio 5. Terveyden edistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma	54
Kuvio 6. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	60
Kuvio 7. Käsitteen saamat sisällöt fenomenografisessa lähestymistavassa.....	66
Kuvio 8. Fenomenografinen analyysimalli.....	68
Kuvio 9. Esimerkki merkitysyksikköjen ryhmittelystä.....	80
Kuvio 10. Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä kuvauskategoriaksi.....	82
Kuvio 11. Fenomenografinen analyysi tässä tutkimuksessa	83
Kuvio 12. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä.....	86
Kuvio 13. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakkaan osallisuuden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä	89
Kuvio 14. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä.....	95
Kuvio 15. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä.....	98
Kuvio 16. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä.....	110
Kuvio 17. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuuden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä	113
Kuvio 18. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyön toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä.....	122
Kuvio 19. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä.....	126
Kuvio 20. Asiakkaiden ja työntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä.....	138
Kuvio 21. Asiakkaiden ja työntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä.....	142

1 Johdanto

Mielenterveyden häiriöiden ja päihdesairauksien ehkäisy on merkittävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen haaste Suomessa (ETENE 2008). Vaikka mielenterveyden häiriöiden määrä ei tutkimusten mukaan ole Suomessa lisääntynyt, on mielenterveyspalveluiden kysyntä kasvanut (Harjajärvi ym. 2006; Wahlbeck 2007). Mielenterveyden ongelmat ovat suurimpia sairauspoissaolojen ja eläköitymisen syitä (Kaivosoja 2006; Välimäki ym. 2007), joten niiden hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn olisi kiinnitettävä yhä enemmän huomiota. Kansanterveydellisesti huomattavin mielenterveyden häiriö on masennus. WHO:n erään arvion mukaan masennus tulee nousemaan merkittävämmäksi yksittäiseksi terveyshaasteeksi vuoteen 2020 mennessä. (Bäckmand & Lönnqvist 2009.) Huomattava osa väestöstä sairastuu elämänsä aikana masennukseen. Se onkin merkittävin psykiatrinen työ- ja toimintakyvyttömyyden aiheuttaja. Suomalaisten sairauspoissaoloista neljännes johtuu mielenterveyden häiriöistä. Tähän suhteutettuna mielenterveys- ja päihdetyöhön ohjatut voimavarat ovat alhaiset ja riittämättömät. (Wahlbeck 2007.)

Mielenterveystyön yksi suurimpia haasteita on päästä eroon siihen liittyvästä leimaamisesta ja stigmasta, jotta alan arvostus ja siihen suunnatut voimavarat lisääntyisivät (Wahlbeck 2007). Mielenterveysbarometrin (2009) mukaan mielenterveyskuntoutujia ei pidetä yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä. Lisäksi erityisesti mielenterveysalan ammattilaiset olivat sitä mieltä, että mielenterveysongelmat leimaavat ihmisen. Ammattilaisten käsitykset olivat negatiivisempia kuin omaisten tai kuntoutujien käsitykset. Stigma ja sosiaalinen syrjäytyminen ovat yhtäältä mielenterveysongelmien riskitekijöitä ja toisaalta seurausta noista ongelmista, ja ne voivat olla merkittävä este avunhakemiselle ja toipumiselle (EU 2008).

Mielenterveyden ongelmien lisäksi toinen suuri huolenaihe on lisääntyvä päihteidenkäyttö. Alkoholien kokonaiskulutus lisääntyi 2000-luvun alussa muun muassa Euroopan unionin laajenemisen, alkoholiveron alentamisen ja tuontirajoitusten muutosten vaikutuksesta. Kulutuksen kasvu on johtanut alkoholin aiheuttamien terveysongelmien ja alkoholikuolemien määrän sekä sosiaalisten ongelmien lisääntymiseen. (Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaami-

seksi 2002; Kekki & Partanen 2008; Suomen alkoholiolot... 2009; Karlsson & Virtanen 2010.) Suomalaisten työikäisten miesten ja naisten yleisin kuolinsyy on alkoholin aiheuttama sairaus tai alkoholimyrkytys (Aalto & Seppä 2009).

On todennäköistä, että päihdepalvelujen kysyntä peruspalveluissa ja alkoholi-ongelmaisten hoidon tarve kasvavat tulevaisuudessa. Päihteiden sekakäyttö lisääntynee edelleen, jolloin päihdeongelman hoito vaikeutuu ja tulee aiempaa monimuotoisemmaksi. Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat usein niin sanotusti moniongelmaisia henkilöitä, joiden tarpeisiin vastaamiseksi tarvitaan yhä enemmän moniammatillista ja pitkäjänteistä verkostotyötä. (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002; ks. myös Partanen 2010.) Ottaen huomioon päihdeongelmien ja niiden hoidon yhteiskunnallisen merkityksen, on arvioitu, että tähän alueeseen liittyvä tutkimus on niukkaa (Saarnio 2009).

Tämän tutkimuksen pääkäsite on asiakkaan osallisuus. Asiakkaan osallisuutta korostetaan erilaisissa suunnitelmissa, strategioissa ja ohjelmissa. Se on sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnustettu arvo ja tavoite, mutta käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita (Anthony & Crawford 2000; Connor & Wilson 2006; Rantanen & Toikko 2006). Aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Ristaniemi 2005; Julkunen & Heikkilä 2007) on tuotu esiin käsitteiden ”asiakkaan osallisuus” ja ”asiakaslähtöisyys” määrittelymisen vaikeus. Kujala (2003) on todennut, että sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään käsitteitä asiakkaan osallisuus ja osallistuminen usein synonyymeinä, jotka kuvaavat asiakas- ja potilaslähtöisyyden toteutumista.

Kansalaisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa asioissa on ajankohtainen teema. Muun muassa Euroopan Unionin terveysstrategiassa (2007) yksi keskeinen teema on kansalaisten vaikutusvallan lisääminen. Strategiassa todetaan terveydenhuollon olevan kehittymässä yhä potilas- ja yksilökeskeisemmäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaasta ja potilaasta on tulossa aktiivinen toimija eikä vain toimien kohde. Euroopan Unionin terveysstrategiassa edellytetään, että terveyspolitiikan lähtökohdaksi on otettava kansalaisten ja potilaiden oikeudet, joihin kuuluu muun muassa mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon. (EU 2007.)

Laissa kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (2007/169) todetaan, että lain mukaisia järjestelyjä suunniteltaessa ja toteuttaessa on otettava huomioon muun muassa kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelmassa (KASTE) painotetaan muun muassa palveluiden tuottamista yhteistyössä sekä erityisesti vaikeimmassa asemassa olevien ihmisten osallisuuden lisäämistä (STM 2008).

Palveluiden käyttäjien osallisuudelle tulisi antaa enemmän mahdollisuuksia mielenterveys- ja päihdetyössä, sen suunnittelussa ja toteutuksessa (Kaivosoja 2006; Koponen ym. 2008). Täten voitaisiin osaltaan vähentää myös mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää leimaamista ja syrjintää. Osallisuus voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan hallinnantunteeseen ja itsetuntoon. Osallisuuskokemus voi tukea yhteiskuntaan integroitumista ja vähentää stigmatisoitumista. (Truman & Raine 2002.) Asiakkaiden osallisuuden kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on tarpeen monien asiakasryhmien kohdalla. Erityisen tärkeää se on kuitenkin niiden ryhmien kohdalla, joilla on puutteelliset vaikutusmahdollisuudet ja jotka usein joutuvat työttömyyden, toimeentulo-ongelmien ja sosiaalisen syrjäytymisen kohteiksi (Lester ym. 2006). Tällaisia ryhmiä ovat muun muassa mielenterveys- ja päihdekuntoutujat.

Valtakunnallisen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009) ensimmäisenä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen periaatteena ja painopisteenä on asiakkaan aseman vahvistaminen. Tavoitteena on, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujat olisivat tasavertaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiä, sairastumiseen liittyvä stigma vähenisi sekä mahdollisuudet osallistua palveluiden kehittämiseen ja arviointiin paranisivat (Moring 2010). Jotta asiakkaan asema vahvistuisi, suunnitelmassa tehdään ehdotuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan yhdenvertaisesta kohtelusta, niin sanotusta yhden oven periaatteesta, kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumisesta, tahdosta riippumattomasta hoidosta sekä toimeentuloturvan kehittämistä. Suunnitelmassa tähdennetään kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Tavoitteena on palveluiden käyttäjien osallistumisen avulla parantaa palvelujärjestelmän kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin. (STM 2009.) Mielenterveyspalveluita käyttäneillä henkilöillä on arvokasta kokemusta, jota tulisi hyödyntää päätöksenteossa, toimintoja suunniteltaessa ja niitä toimeenpantaessa (EU 2008).

Palveluiden käyttäjien osallisuuden korostamiselle voidaan nähdä olevan ainakin kolme syytä: halu tuottaa laadukkaita sekä asiakkaiden tarpeita ja toiveita vastaavia palveluja (Heikkilä & Julkunen 2003; Andreassen 2008); palveluiden käyttäjien oikeus olla mukana heitä koskevassa päätöksenteossa; sekä osallisuuden kokemuksen terapeuttinen ja voimaannuttava merkitys (Hickey & Kipping 1998; Heikkilä & Julkunen 2003). Palveluiden käyttäjillä on syvällistä, kokemusperäistä tietoa, jota voidaan käyttää palveluiden kehittämiseen (Robert ym. 2003), arviointiin (Truman & Raine 2001; Linhorst & Eckert 2002) ja laadun varmistukseen (Picker Institute Europe 2003; Sorsa ym. 2004; Weinstein 2006)

sekä työntekijöiden koulutuksessa (Picker Institute Europe 2004; Simpson 2006) ja tutkimustyössä (Smith ym. 2008; Rose ym. 2009). Sillä, että asiakas kokee kohtaamisessa työntekijän kanssa tulevana kuulluksi, on todettu olevan merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja tulokselliselle hoidolle (Ehrling 2009). Palveluiden käyttäjien osallisuuden avulla voidaan lisätä hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä hoitoon. Se nähdään keskeisenä osana hyvää hoitoa ja käytäntöä. (Anthony & Crawford 2000.)

Erosen ja tutkimusryhmän (2009) mukaan sosiaali- ja terveystalvueluissa asiakkaiden suorat osallistumismahdollisuudet vaikuttavat olevan vielä kehittyttömiä. Osallistumismahdollisuuksien kehittyminen edellyttää, että palvelujärjestelmässä arvostetaan palvelujen käyttäjien kokemuksia ja tietoa. Tämä taas edellyttää niin työntekijöiden kuin johdonkin uutta osaamista ja orientaatiota asiakkaan osallisuuteen. Arnkil kollegoineen (2000) on kuvannut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää sektorijakoiseksi, rationalisoiduksi sekä ongelma- ja asiantuntijakeskeiseksi. Heidän mielestään tarvitaan muutosta ongelmaakeskeisestä voimavarakeskeiseen palvelutoimintaan, sektorikeskeisestä verkostomaiseen organisointiin ja asiantuntijakeskeisestä dialogiseen palveluun. Kuosmanen (2009) on tutkinut henkilökohtaista vapautta psykiatrisessa hoidossa potilaiden osallisuuden näkökulmasta. Hän toteaa, että Suomessa palveluiden käyttäjien osallisuus mielenterveystyössä lienee jäänyt näennäiselle tasolle, johtuen osittain mielenterveystalvueluissa viime vuosikymmeninä tapahtuneista suurista muutoksista.

Myös hoitotyön osalta on todettu, että palveluiden käyttäjien osallisuutta korostavan filosofian ja käytännön toiminnan välillä vallitsee epätasapaino (Soffe ym. 2004; myös Lammers & Happell 2004). Psykiatrisessa hoitotyössä asiakkaan tulisi olla omassa hoidossaan aktiivinen toimija (Koivisto ym. 2007). Asiakasretoriikassa palveluiden käyttäjään kohdistuu myös ristiriitaisia odotuksia: Asiakkaan odotetaan olevan aktiivinen toimija ja ottavan vastuuta omasta tilanteestaan. Samaan aikaan hänen edellytetään mukautuvan viranomaiskäytäntöihin ja -toimenpiteisiin. Aktiivinen asiakas on subjekti ja oman elämänsä asiantuntija, mutta käytännön tilanteissa hän voikin olla vaativa ja hankala asiakas. (Kokko 2003; ks. Pohjola 1994.)

Goodwin ja Happell (2006) toteavat, että palveluiden käyttäjien osallisuuden toteutumista koskeva tutkimus on vähäistä ja eritoten sellaisen tutkimuksen, jossa käsiteltäisiin asiakkaiden itsensä näkemyksiä osallisuudesta. Heidän mukaansa mielenterveystalvueluita käyttävien asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipiteet ja asiantuntemus tulevat vain harvoin kuulluksi eikä tuota asiantuntemusta aina tunnisteta lainkaan. (Goodwin & Happell 2006.) Hoitotyön ja sen

tietoperustan kehittymisen kannalta on tärkeää, että asiakkaiden käsitykset esimerkiksi yksilöllisestä hoidosta, hoidon vaikuttavuudesta, tyytyväisyydestä hoitoon ja hoitoon sitoutumisesta otetaan huomioon (Suhonen ym. 2002). O'Donovan (2007) huomauttaa, että tarvitaan tutkimusta muun muassa siitä, miten sairaanhoitajat ja potilaat ymmärtävät potilaslähtöisen hoidon psykiatriassa hoitotyössä. Tarvitaan myös tutkimusta siitä, kuinka palveluiden käyttäjien osallisuutta voitaisiin kehittää (European committee for social cohesion 2004).

Palveluiden käyttäjien kokemukset ja mielipiteet jäävät usein marginaaliin tutkimuksessa ja käytännön toiminnassa (Beresford 2001). Jotta asiakkaiden osallisuus lisääntyisi, tulisi käyttää sellaisia menetelmiä, joiden avulla ne voitaisiin saada esiin (Connor & Wilson 2006). Osallistavilla menetelmillä, kuten ryhmä- ja syvähaastatteluilla, voidaan edistää palveluiden käyttäjien osallistumista palveluiden suunnitteluun ja toiminnan kehittämiseen (Campbell ym. 2007). Tarvitaan sellaisten mekanismien ja mallien kehittämistä, joilla voitaisiin tukea palveluiden käyttäjien osallisuutta (Lammers & Happell 2003). On tarve kehittää työmenetelmiä ja toimintamalleja, joiden avulla voidaan muun muassa turvata asiakkaiden omien voimavarojen vahvistumista sekä tukea heidän osallistumistaan itseään koskevaan päätöksentekoon (Pietilä ym. 2008).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää mielen-terveys- ja päihdetyötä vahvistamalla asiakkaiden osallisuutta. Tutkimuksen lähtökohtana on, että asiakkaan osallisuuteen liittyy läheisesti asiakaslähtöisyys. Mielen-terveys- ja päihdetyö voivat olla aidosti asiakaslähtöisiä vain, jos asiakas tai palveluiden käyttäjä kokee osallisuutta (Kujala 2003; Ristaniemi 2005). Käsite asiakkaan osallisuus kuvaa asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista, ja asiakaslähtöisyys vastaavasti organisaatioiden tai työntekijöiden toimintatapaa. Jotta pystyttäisiin kehittämään asiakkaan osallisuutta, on perusteltua tarkastella käsityksiä sekä asiakkaan osallisuudesta että asiakaslähtöisyydestä.

Luvussa kaksi kuvaan aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden valossa asiakkaan osallisuuden monimuotoisuutta ja siihen läheisesti liittyviä käsitteitä. Tarkastelen käsitettä asiakaslähtöisyys, joka kirjallisuudessa ymmärretään toiminnan arvona, päämääränä tai sisältönä. Asiakkaan kokemusta ja toimintaa kuvaavista käsitteistä tarkastelen voimaantumista, itsemääräämistä ja autonomiaa sekä sosiaalista inklusiota. Luvussa kolme pyrin luomaan kuvaa tämän tutkimuksen kontekstista eli suomalaisesta mielen-terveys- ja päihdetyöstä, sen kehityksestä erityisesti 1980-luvulta tähän päivään sekä tulevaisuuden haasteista. Tarkastelen mielen-terveys- ja päihdetyön sekä -palveluiden kehitystä nimenomaan asiakkaan ja palveluiden käyttäjän osallisuuden näkökulmasta.

Luvussa neljä esitän yhteenvedon tutkimukseni lähtökohdista. Luvussa viisi esittelen tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tutkimuksen metodiset valinnat, fenomenografinen lähestymistapa, tutkimukseen osallistujat, aineiston keruu ja analyysi kuvataan luvussa kuusi. Luku seitsemän sisältää tutkimuksen tulokset. Tutkimuksen tuloksia, eettisiä näkökohtia, fenomenografinen lähestymistavan soveltuvuutta ja tutkimuksen luotettavuutta tarkastelen luvussa kahdeksan. Koska tutkimukseni on aineistolähtöinen, fenomenografinen tutkimus, teoreettiset yhteydet aikaisempiin tutkimuksiin muodostetaan vasta tässä vaiheessa. Lopuksi luvussa yhdeksän esitän tutkimuksen tuloksien perusteella johtopäätökset ja kehittämisehdotukset sekä teen joitain ehdotuksia jatkotutkimukselle.

2 Asiakkaan osallisuuden moniulotteisuus

Tämän tutkimuksen pääkäsite on asiakkaan osallisuus. Connorin ja Wilsonin (2006; myös Minett 2002) tutkimuksen mukaan käytetty kieli ja terminologia olivat tärkeitä mielenterveyspalveluja käyttäneille henkilöille. Niiden avulla nimetään ja annetaan merkityksiä esimerkiksi ihmisten kokemuksille. Sanoilla potilas, asiakas, palveluiden käyttäjä tai selviytyjä (survivor) on erilainen merkitys, tausta ja historia (myös WHO 2008). Tästä huolimatta päädyin ratkaisuun, että viitatessani aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, käytän käsitteitä potilas, asiakas ja palveluiden käyttäjä pääsääntöisesti sen mukaan, mitä käsitettä alkuperäisessä tekstissä on käytetty. Käsitteitä asiakas ja palveluiden käyttäjä käytän tässä tutkimuksessa synonyymeinä toiston välttämiseksi enkä ota tutkimuksessani kantaa eri käsitteiden taustalla oleviin ideologisiin tai näkemyseroihin enkä käsitteiden keskinäiseen paremmuuteen (ks. Wallcraft & Nettle 2009). Käsitteillä tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat käyttäneet tai jotka edelleen tutkimusajankohtana käyttivät mielenterveys- tai päihdepalveluita tai molempia (ks. Diamond ym. 2003).

2.1 ASIAKKAAN OSALLISUUS

2.1.1 Asiakkaan osallisuuden määritelmä

Palveluiden käyttäjien ja asiakkaiden osallisuus on keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa, niin myös mielenterveys- ja päihdetyössä. Osallisuus on sekä keino tavoitteen saavuttamiseksi ("means to an end"; esimerkiksi laadukkaampien palvelujen saavuttamiseksi) että päämäärä itsessään ("end in itself") (Patterson ym. 2008). Osallisuuden taustalla voidaan nähdä yhtäältä konsumerismi ja markkinoiden eetos, jotka korostavat asiakkaan osallistumista sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksia. Konsumerismi korostaa palveluiden käyttäjien roolia asiakkaina, kuluttajina tai yhteistyötahoina (stakeholder), joiden mielipiteet tulee palveluissa ottaa huomioon. Tässä ajattelutavassa vallan ja vaikutusmahdollisuuksien epätasaista jakautumista eri tahojen (stakeholder) kesken

ei nähdä ongelmana. Palveluiden käyttäjät voivat osallistua päättäjien ja ammattilaisten ehdoilla. (Rush 2004; Dalrymple & Burke 2006; Hui & Stickley 2007; Julkunen & Heikkilä 2007.)

Toisaalta osallisuutta korostavan ajattelun taustalla on demokraattinen näkökulma, joka painottaa asiakkaiden äänen kuulemistä ja heidän valtaistumistaan (Hickey & Kipping 1998; Truman & Raine 2002; Hui & Stickley 2007; Hänninen ym. 2007). Erityisen merkittävä muutos palveluiden käyttäjien mahdollisuudessa osallistua esimerkiksi päätöksentekoon on ollut vammaisten henkilöiden ja mielenterveyskuntoutujien kohdalla (Cowden & Singh 2007). Demokraattisessa tai empowerment-mallissa pidetään tärkeänä vallan tasa-arvoisempaa jakautumista, kansalaisuutta, kansalaisoikeuksien toteutumista ja yhtäläisiä mahdollisuuksia. (Rush 2004.)

Heikkilä ja Julkunen (2003) viittaavat Dahlbergin ja Vedungin vuonna 2001 esittämiin käsityksiin ja kuvaavat kuusi erilaista näkökulmaa siitä, miksi palveluiden käyttäjien osallisuutta tulisi lisätä. Näitä ovat: 1) organisaation ja palveluiden laatu (palveluiden sopeutumisen näkökulma); 2) tehokkuus ja tavoitteiden saavuttaminen (tehokkuusnäkökulma); 3) palveluiden käyttäjien ja järjestäjien välisen vallan epätasapainon väheneminen (voimaantumisen näkökulma); 4) järjestelmän hyväksyttävyyden ja tuki (legimitaatio näkökulma); 5) osallisuus itsessään on positiivista ja lisää mukana olijoiden itseluottamusta (itseilmäisyyden näkökulma); sekä 6) demokratiaan opettaminen (kansalaisten opettamisen näkökulma).

Asiakkaan tai palveluiden käyttäjän osallisuus on hankalasti määriteltävä käsite (Cahill 1998; Rutter ym. 2004; Julkunen & Heikkilä 2007). Käsitteitä osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participation) käytetään välillä synonyymeinä (Kujala 2003). Sahlsten tutkijakollegoineen (2007) toteaa, että potilaiden osallistumista käsittelevissä hoitotieteellisissä tutkimuksissa käytetään epä johdonmukaisesti käsitteitä patient, client ja consumer sekä vastaavasti käsitteitä involvement, collaboration, partnership ja influence. Julkunen ja Heikkilän (2007) sekä Kujalan (2003) mukaan osallisuus on laajempi käsite kuin osallistuminen, ja se pitää sisällään oletuksen siitä, että palveluiden käyttäjän tai asiakkaan toiminnalla on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin. Vastaavasti asiakkaan osallistuminen voi olla ”mukana oloa” esimerkiksi tiedonantajan roolissa. Myös Thompson (2007) toteaa osallisuuden (involvement) ja osallistumisen (participation) eroavan siinä, kuinka paljon asiakas voi ottaa osaa päätöksen tekoon. Valtakunnallisen Osallisuushankkeen tuloksiin pohjautuvassa Valtioneuvoston selonteossa (2002) osallisuus määritellään laaja-alaisemmaksi käsitteeksi kuin osallistuminen. Osallisuus tarkoittaa kiinnittymistä yhteiskuntaan,

kokemusta jäsenyydestä, mahdollisuutta osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisössä ja yhteiskunnassa (Sirviö 2010). Kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintatavoitteiden ja terveyden ICF-luokituksessa osallistuminen (participation) määritellään laajasti osallistumisena elämän tilanteisiin (ICF 2004).

Cahill (1996) taas näkee potilaan osallisuuden (involvement) ja yhteistoiminnan (collaboration) samanarvoisina käsitteinä, jotka mahdollistavat potilaan osallistumisen (participation), mikä puolestaan on edellytys potilaan kumppanuudelle (partnership). Sahlstenin ja kollegojen (2007) tutkimuksen mukaan potilaan osallistuminen on sairaanhoitajan näkökulmasta vastavuoroinen prosessi, jota voidaan kuvata yhteisenä neuvotteluna. Sen perustana ovat vuorovaikutustaidot, terapeuttilinen ja voimavarakeskeinen lähestymistapa ja vaikutusmahdollisuudet.

Asiakkaan osallisuuden kokemukseen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, asiakkaan valinnan mahdollisuus sekä asiakkaan mielipiteiden arvostaminen (Sirviö 2010; Hansen ym. 2004; Hickey & Kipping 1998). Hoidon suunnittelussa asiakkaan osallisuus käsittää hoidon suunnittelun asiakkaan tarpeiden pohjalta, asiakkaan mielipiteiden arvostamisen ja riittävän tiedon antamisen asiakkaalle päätöksen teon perustaksi (Anthony & Crawford 2000).

Kujala (2003) on määritellyt asiakkaan osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteiksi, jolloin asiakaslähtöisyys kuvaa hoidon tai palvelun tavoitelluttavuutta ja osallisuus asiakkaan kokemusulottuvuutta. Hänen mukaansa osallisuus on autonomiaa, itsehoitoa ja persoonallista vaikuttamista omaan hoitoonsa. Aito asiakaslähtöisyys voi toteutua vain, jos asiakas kokee osallisuutta. (Kujala 1996.)

Taulukkoon 1 olen koonnut kirjallisuudesta erilaisia asiakkaan osallisuuden kuvauksia. Esittämäni luokitukset ovat lähteen mukaisesti kronologisessa järjestyksessä. Yhteistä erilaisille kuvauksille on se, että ne esittävät osallisuuden hierarkisena tai lineaarisena mallina tai jatkumona, jossa palveluiden käyttäjän osallisuus liikkuu ei-osallisuudesta tai tiedonantajan ja -saajan roolista palveluiden käyttäjien kontrolliin ja voimaantumiseen. Näiden yleisemmin osallisuutta kuvaavien mallien lisäksi olen kuvannut taulukossa 1 myös kolmen suomalaisen väitöskirjatutkimuksen (Lehto 2004b; Sirviö 2006; Valokivi 2008) tuloksena aikaansaadut jäsenyykset asiakkaan osallisuudesta.

Lehto (2004b) tutki vanhempien osallistumista lapsensa hoitamiseen lapsen ollessa sairaalassa. Tutkimuksen tuloksena hän tuotti substanttiivisen teorian vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Teorian ydinkategoriaksi muodostui jaettu mukanaolo. Sirviön (2006) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveyden edistämistä ja lapsiperheiden osallisuutta terveyden

edistämisen toimintaan perheiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta. Tulosten mukaan asiakkaan osallisuus terveyden edistämisessä ilmenee neljällä tasolla: mukanaolo, osatoimijuus, sitoutuminen ja vastuunotto. Valokivi (2008) tarkastelee omassa tutkimuksessaan asiakkaan asemassa olevan kansalaisen kansalaisuutta ja osallisuutta sosiaali- ja terveystalvueljärjestelmissä. Osallisuus muodostaa jatkumon, jonka toisessa päässä on kansalaisen vaativa ja aktiivinen toimintatapa ja toisessa päässä palvelujärjestelmien ulkopuolelle ajautunut ja niistä irtisanoutunut toimintatapa.

Tritter ja McCallumb (2006) ovat kritisoineet klassista Arnsteinin vuonna 1969 julkaisemaa kansalaisen osallistumisen tikapuu-mallia. Tuossa mallissa osallisuutta mitataan vain sillä, kuinka paljon kansalaisella on mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon. Jokainen tikapuu-mallin askelma kuvaa sitä valtaa, joka yksilöllä on vaikuttaa tehtäviin päätöksiin. Kirjoittajien mukaan Arnsteinin malli ei ota huomioon sitä, että tarvitaan erilaisia osallisuuden muotoja, jotta erilaisilla palveluiden käyttäjillä olisi mahdollisuus osallistua. Jos korostetaan vain kansalaiskontrollia osallisuuden korkeimpana muotona, on vaarana, että palvelut jatkossa määrittäisi "enemmistön tyrannia" ja vähemmistöjen tarpeet jäisivät huomiotta. Arnsteinin malli keskittyy valtaan ja vaikuttaa siltä, että se poissulkee mahdollisuuden esimerkiksi palveluiden käyttäjän ja työntekijän yhteiseen päätöksentekoon ja yhteistyöhön. Nykyajan monikulttuurisessa, kompleksisessa ja muuttuvassa yhteiskunnassa ei riitä enää yksiulotteinen osallisuuden määrittely. Tarvitaan mosaikkia, joka koostuu erilaisista osasista kuvaten yksittäisten palveluiden käyttäjien, yhteisöjen, vapaaehtoisjärjestöjen ja virallisen sektorin välistä kanssakäymistä. (Tritter ja McCallumb 2006.) Osallisuus voi toteutua yhtäaikaaisesti eri tasoilla ja siirtyä tasolta toiselle tilanteen, tarpeen tai ajankohdan mukaan (Smith ym. 2008).

Vielä kriittisemmän kannan palveluiden käyttäjien osallisuuden kuvauksiin ottaa Sticklely (2006) todetessaan, että nykyiset riittämättömät osallisuuden mallit tulisi eritoten mielenterveysystyössä siirtää historiaan. Hänen mukaansa ne edelleen vahvistavat olemassa olevia valtasuhteita ja (psykiatrisia) diskursseja. Saman on todennut myös Hodge (2005) tutkiessaan työntekijöiden ja palveluiden käyttäjien muodostamissa mielenterveysfoorumissa käytyjä keskusteluja. Keskusteluissa oli normatiivisia rajoja, jotka määrittivät, mitä asioita ja miten voitiin nostaa esille. Nämä organisaatioiden ja työntekijöiden asettamat rajat tekevät asiakkaiden osallistumisesta mekaanista ja jättävät huomiotta ne asiakkaan kokemukset ja mielipiteet, jotka eivät sovi asetettujen rajojen sisälle. Palveluiden käyttäjiä aidosti emansipoivat toimintatavat ovat sellaisia, jotka eivät ole psykiatrisen järjestelmän kontrollin piirissä. Tällaisina Sticklely (2006) pitää esi-

merkiksi palveluidenkäyttäjöhtoisia, virallisen palvelujärjestelmän ulkopuolisia projekteja.

Taulukko 1. Asiakkaan osallisuutta ja osallistumista jäsentäviä luokituksia suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista

Lähde	Osallisuuden ja osallistumisen taso	Osallisuuden sisältö
Hickey & Kipping 1998	Tiedottaminen/selittäminen	Annetaan tietoa, ei osallistu päätöksentekoon Palveluiden käyttäjiltä kysytään mielipiteitä, mutta niitä ei välttämättä huomioida päätöksenteossa Valta jaetaan neuvotellen ja päätökset tehdään yhdessä palveluiden käyttäjien ja tuottajien kesken Valta on palveluiden käyttäjillä, jotka päättävät, ottavatko muita mukaan päätöksentekoon
	Konsultaatio	
	Kumppanuus	
Hostick 1998; Toikko 2006; Julkunen & Heikkilä 2007 (alkup. Arnstein 1969)	Palveluiden käyttäjien kontrolli	Ei osallisuutta Ei osallisuutta Näennäis-/ symbolinen osallistuminen: palveluiden käyttäjille annetaan tietoa Näennäis-/ symbolinen osallistuminen: palveluiden käyttäjät tiedon antajina Näennäis-/ symbolinen osallistuminen: palveluiden käyttäjä osallistuu työntekijän kanssa Asiakkuus kansalaisuutena: palveluiden käyttäjät on osallistettu palveluiden kehittämiseen Asiakkuus kansalaisuutena: valtaa on delegoitu palveluiden käyttäjille, palveluiden käyttäjät ovat itsenäisiä ja kykeneviä yksilöitä ja ryhmiä, jotka kehittävät palveluiden laatua Asiakkuus kansalaisuutena: Palveluiden käyttäjät johtavat ja määrittelevät palvelut
	Manipulaatio	
	Terapia	
	Tiedon antaminen	
	Konsultaatio	
Poulton 1999	Osallistuminen	Tiedon antaminen palveluiden käyttäjille Tähtää asenteiden ja käyttäytymisen muutokseen. Itsehoito Kysytään palveluiden käyttäjien mielipiteitä, mutta niitä ei välttämättä oteta huomioon Tyytyväisyyskyselyt, osallistuminen arviointiin Osallistuminen demokraattiseen päätöksentekoon, poliittinen vaikuttaminen Valta on aidosti jaettu palveluiden käyttäjien ja tuottajien kesken
	Kumppanuus	
	Delegointi	
	Johtaminen/hallinta	
	Informaatio	
Truman & Raine 2001	Terveyskasvatus	Näennäinen Annetaan tehtävät, kannustetaan osallistumaan Mielipiteitä kysytään Tehdään työtä yhdessä, mutta työntekijät päättävät prioriteetit ja heillä on vastuu Tieto jaetaan, luodaan uutta ymmärrystä ja työskennellään yhdessä työntekijän toimiessa fasilitaattorin Palveluiden käyttäjät asettavat omat tavoitteensa ja päättävät toimista, joilla niihin pyritään, ilman ulkopuolista fasilitaattoria
	Konsultaatio	
	Yhteistyö	
	Yhdessä oppiminen	
	Kollektiivinen toiminta	

Taulukko 1 jatkuu

Taulukko 1. Asiakkaan osallisuutta ja osallistumista jäsentäviä luokituksia suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista (jatkoa)

Lähde	Osallisuuden ja osallistumisen taso	Osallisuuden sisältö
Lehto 2004b	Kanssaoleva mukanaolo	Vanhempien paikallaolo sairaalassa. Vähän vuorovai- kutusta tai yhteistoimintaa lapsen, vanhemman ja sairaanhoitajan välillä
	Luovuttava mukanaolo	Päärooli joko vanhemmalla tai sairaanhoitajalla, toinen osapuoli vetäytynyt. Yksipuolista vuorovaikutusta, ei yhteistoimintaa
	Osallistuva mukanaolo	Aktiivinen ja omaehtoinen mukanaolo lapsen, van- hempien ja sairaanhoitajan välillä. Vuorovaikutus ja kommunikaatio tilannekohtaista
	Yhteistoimintaan perustuva mukanaolo	Lapsen, vanhemman ja sairaanhoitajan yhteistyötä, yhteistoimintaa ja yhdessä sopimista. Vastavuoroista välittämistä, herkkyyttä ja kommunikaatiota
Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005 (alkup. Koelen & Contu 2002)	Ei osallistumismahdollisuutta	Osallisia informoidaan niistä aktiviteeteista, jotka koskevat heitä
	Passiivinen osallistuminen	Osallisia informoidaan yleisemmin, esimerkiksi toimin- nasta tai kehittämissohjelmasta
	Tiedon jakaminen	Osallisia informoidaan ja heille annetaan mahdollisuus kysyä haluamista asioista
	Konsultaatio	Osallisten näkökulmia kuunnellaan ja ne huomioidaan, mikäli ne sopivat suunnitelmiin
	Toiminnallinen osallistuminen Interaktiivinen osallistuminen Omatoiminen aloitteenteko	Osalliset otetaan mukaan toimintojen kehittämiseen, mutta johto tekee lopulliset päätökset Osallisilla on täysi oikeus toimia tasavertaisina kump- paneina Osalliset tekevät itsenäisiä päätöksiä ja vahvistavat omia kontaktejaan
Sirviö 2006	Mukanaolo	Työntekijän tehtäväkeskeinen ja järjestelmälähtöinen toiminta korostuu. Asiakas passiivinen
	Osatoimijuus	Asiakas osoittaa aktiivisesti kiinnostusta. Asiakas myöntyy asiantuntijakeskeisyyteen
	Sitoutuminen	Asiakas arvostaa työntekijän ammattitaitoa ja luottaa tämän asiantuntijuuteen, jota tarvitsee oman asian- tuntijuuteensa ja vanhemmuutensa kehittämiseen
	Vastuunotto	Vanhempi on rohkeasti perheensä asiantuntija. Hän vastaa päätöksistään eikä näe työntekijän asiantunti- juudesta olevan hyötyä omalle asiantuntijuudelle tai perheen terveydelle
Thompson 2007	Ei osallisuutta	Päätösvallan jättäminen asiantuntijoille joko omasta tahdostaan tai tahtomattaan
	Tiedonantaminen/-saaminen Tiedonantaminen/dialogi	Asiakas antaa tietoa ammattilaisille ja saa heiltä tietoa Tyypillistä on vastavuoroisuus, vaihtoehtojen mietti- minen yhdessä
	Jaettu päätöksenteko	Asiakkaalla on mahdollisuus tietoon perustuviin valin- toihin, he saavat työntekijöiltä tarvitsemaansa ohjau- sta ja voivat jakaa mielipiteensä yhteistyössä työnteki- jöiden kanssa
	Autonominen päätöksenteko	Oman sairauden asiantuntijuus, itsehoito

Taulukko 1 jatkuu

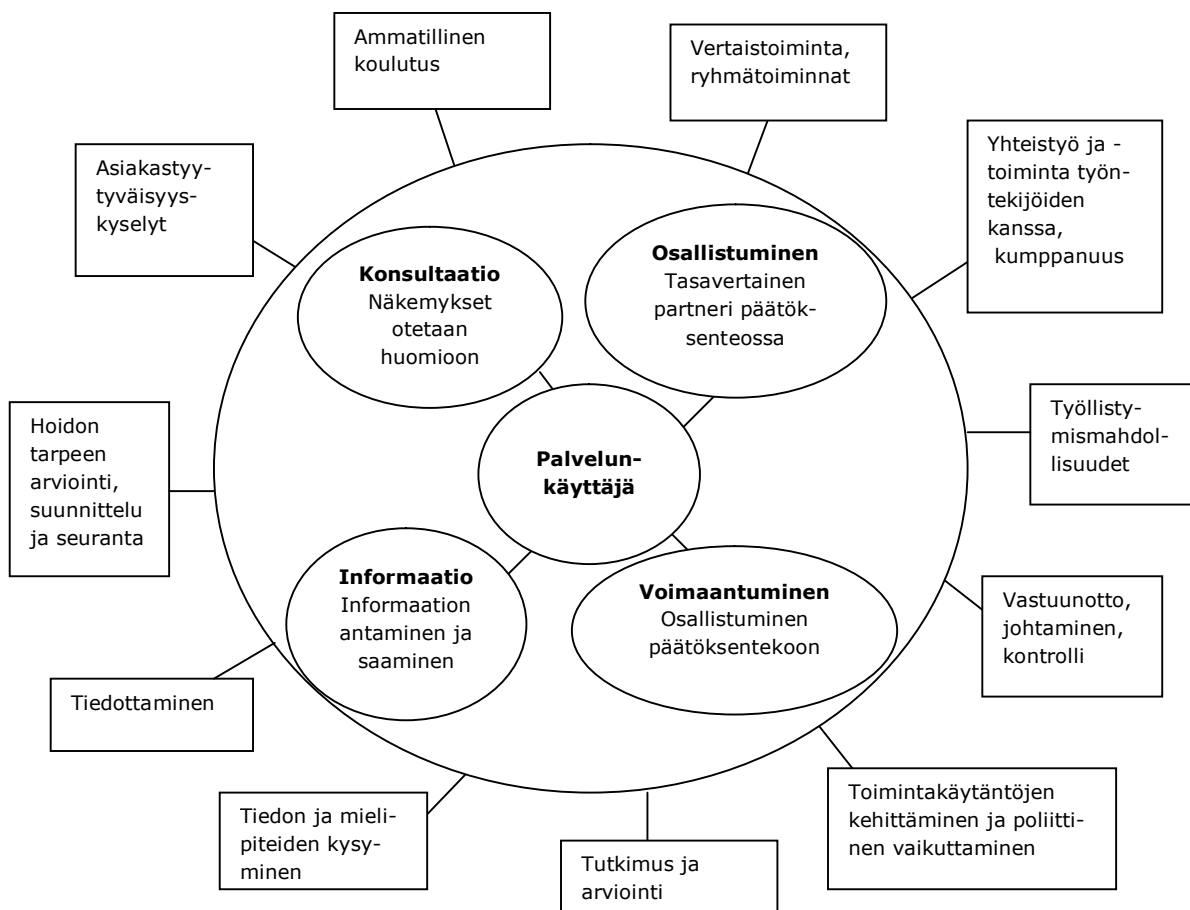
Taulukko 1. Asiakkaan osallisuutta ja osallistumista jäsentäviä luokituksia suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista (jatkoa)

Lähde	Osallisuuden ja osallistumisen taso	Osallisuuden sisältö
Bryant ym. 2008	<p>Informaation pyytämisen/saaminen</p> <p>Osallisuuden edistäminen/tukeminen</p> <p>Aktiviteetit, joissa ei päätös-oikeutta</p> <p>Aktiviteetit, joissa päätökset tehdään yhdessä</p> <p>Osallisuus on osa palveluiden arvoja ja käytänteitä</p>	<p>Potilasneuvostot, kyselyt, ehdotuslaatikot, valitukset</p> <p>Asiakkaiden omat ryhmätoiminnot, palveluiden käyttäjien tekemät arvioinnit, julkaisut</p> <p>Henkilökunnan koulutus, materiaalin valmistaminen</p> <p>Palveluiden käyttäjien edustus palveluiden suunnittelussa, henkilökuntakokouksissa, henkilöstön arvioinnissa ja rekrytoinnissa</p> <p>Osallisuus on sisältyvät visioon ja missioon, on osa asiakkaan oikeuksia</p>
Clark ym. 2008	<p>Ei osallisuutta</p> <p>Rajallinen osallisuus</p> <p>Lisääntyvä osallisuus</p> <p>Yhteistoiminta</p> <p>Kumppanuus</p>	<p>Palvelut ja hoitosuunnitelmat laaditaan ja toteutetaan ilman palveluiden käyttäjien mukana oloa</p> <p>Käyttäjien ryhmille annetaan rajallisesti tietoa ja heitä konsultoidaan satunnaisesti. Oman hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistutaan joskus.</p> <p>Käyttäjien ryhmiä konsultoidaan säännöllisesti. Valtaosa palveluiden käyttäjistä osallistuu omaan hoitosuunnitelmapalaveriinsa.</p> <p>Palveluiden käyttäjät osallistuvat oman hoitonsa suunnitteluun, henkilökunnan rekrytointiin, palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja päätöksentekoon.</p> <p>Palveluorganisaatiossa on tehty arvovalinta koskien palveluiden käyttäjien osallisuutta. Palveluiden käyttäjien kulut korvataan, heillä on mahdollisuus tavata toisiaan ja koulutusta ja tukea on tarjolla yhteistoiminnan kehittämiseksi.</p> <p>Palveluiden käyttäjät ja työntekijät työskentelevät yhdessä kaikilla palvelualueilla. Tärkeimmät päätökset tehdään yhdessä. Palveluiden käyttäjät osallistuvat palveluiden arviointiin, heillä on mahdollisuuksia työllistyä palveluihin.</p>
Valokivi 2008	<p>Irtisanoutuminen</p> <p>Ulkopuolisuus</p> <p>Vetäytyminen</p> <p>Alamaisuus</p> <p>Palveluiden käyttö</p> <p>Kumppanuus</p> <p>Vaatiminen</p>	<p>Voivat olla aktiivisia toimijoita ja oman elämänsä asiantuntijoita, mutta asettuvat palvelujärjestelmän näkökulmasta sen ulkopuolelle. Syynä esimerkiksi huono palvelukokemus.</p> <p>Kokemus palvelujärjestelmän (tai koko yhteiskunnan) ulkopuolelle jäämisestä</p> <p>Suhdetta palvelujärjestelmään kuvaavat negatiiviset kokemukset, voimattomuus, etäisyys ja välinpitämättömyys.</p> <p>Työntekijä aktiivinen asiakkaan elämäntilanteen tukemisessa. Asiakas jää vastaanottajan ja kohteen asemaan.</p> <p>Aktiivisuus liittyy avun tarpeen ilmaisemiseen. Asiakas informaation antajina, mutta vastuu työntekijällä.</p> <p>Asiakkaat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin</p> <p>Liittoutuminen ja yhdessä toiminen järjestelmän toimijoiden kanssa. Dialogisuus, hyvä vuorovaikutus ja molemminpuolinen kuuleminen.</p> <p>Aktiivinen kansalainen käyttää ääntään palvelujärjestelmässä. Asiakkaat ovat oikeuksistaan tietoisia ja oman elämäntilanteensa asiantuntijoita.</p>

Yllä kuvatut mallit perustuvat siis ajatukseen osallisuudesta hierarkiana tai jatkumona. Toisenlaisen tarkastelutavan tarjoaa Warren (2008), joka kuvaa osallisuutta neljänä samanarvoisena palveluiden käyttäjän ja organisaation välisenä suhteena (kuvio 1). Osallisuus voi olla osallistumista, voimaantumista, informaatiota tai konsultointia. Holistisen mallin keskiössä on palveluiden käyttäjä, eikä mallissa aseteta osallisuuden eri muotoja toisiinsa nähden hierarkkiseen järjestykseen. Mallissa pyritään ottamaan huomioon se, että erilaiset osallisuuden muodot voivat soveltua erilaisille palveluiden käyttäjille eri ajankohtina ja erilaisissa tilanteissa.

Toikko (2009a) on tarkastellut holistista palvelun käyttäjien osallisuuden mallia sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissä. Hänen mukaansa osallisuusinformaation antamisena voi olla esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden osallistumista ammatillisen koulutuksen suunnitteluun. Osallisuus konsultointina voi tarkoittaa asiakkaiden toimimista palveluiden arvioijina. Osallistuminen puolestaan tarkoittaa kumppanuutta, palveluiden käyttäjien tasavertaista osallistumista palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen. Voimaantuminen osallisuuden muotona viittaa palveluiden käyttäjien osallisuuteen ja osallistumiseen organisaatioiden päätöksentekoon.

Kuviossa 1 aiemmin kuvatut (taulukko 1) osallisuuden luokitukset on esitetty mukaillen Warrenin (2008) holistista osallisuuden mallia. Valtaosa luokitusten sisällöistä soveltuu kuvattavaksi holistisessa osallisuuden mallissa. Sen ulkopuolelle jäävät vain ne osallisuuden saamat sisällöt, jotka kuvaavat osattomuutta (Hostick 1998; Clark 2008), näennäistä osallisuutta (Truman & Raine 2001) sekä palvelujärjestelmän ulkopuolelle jäämistä tai jättäytymistä (Valokivi 2008). Vaikka asiakkaan osallisuuden kuvaaminen lineaarisena jatkumona helpottaa erilaisten osallisuuden tapojen hahmottamista, on tärkeää huomioida, etteivät ne ole toisiaan poissulkevia. Asiakas ja työntekijä voivat olla jatkumolla eri kohdissa eri asiakastilanteissa ja saman tilanteen aikanakin. Tarvitaan myös erilaisia osallisuuden ja osallistumisen muotoja, koska asiakkaat ja heidän elämäntilanteensa ja voimavaransa ovat erilaisia (ks. Thompson 2007).



Kuvio 1. Osallisuuden holistinen malli (mukaillen Warren 2008)

2.1.2 Asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Tritterin ja McCallumbin (2006) mukaan Pohjoismaissa sosiaali- ja terveystalve- luiden käyttäjien osallisuus toteutuu eritoten paikallisdemokratian kautta. Asi- akkaan ja potilaan oikeudet on turvattu laeilla ja valituskäytännöt takaavat, että hoidosta tai palvelusta on mahdollista valittaa. Pohjoismaissa toimii myös run- saasti erilaisia potilasjärjestöjä. Kirjoittajat toteavat, että verrattuna muihin Poh- joismaihin Suomessa osallisuus, myös potilasjärjestöjen kautta, on pääosin pas- siivista ja toteutuu suurimmalta osin vain paikallisvaalien välityksellä. Osallis- tuminen paikalliseen palveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen on vähäistä, ja

potilasjärjestöjen osallistuminen rajoittuu valtakunnallisestikin sosiaali- ja terveysministeriön koolle kutsumiin työryhmiin osallistumiseen. (Tritter & McCallumb 2006.)

Palveluiden käyttäjien osallisuuden tulisi olla muutakin kuin osallisuutta oman hoidon suunnitteluun (Connor & Wilson 2006). Koponen tutkijakollegoineen (2008) tuo esiin palveluiden käyttäjien ja heidän läheistensä osallistumisen tärkeyden mielenterveyspalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Toikko (2006) on todennut, etteivät asiakaslähtöiset toimintatavat ole aidosti osallistavia, jollei asiakasta nähdä myös kansalaisena, jolla on valtaa osallistua toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja viime kädessä myös johtamiseen ja hallintointiin. Hän myös kyseenalaistaa sitä, miten asiakaslähtöisyys näkyy käytännössä eli miten asiakkaat todellisuudessa osallistuvat palveluiden suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja kehittämiseen.

Osallisuus voi mielenterveys- ja päihdetyössä toteutua monella tasolla: paikallisilla ja valtakunnallisilla kampanjoilla (väestövaikuttaminen), osallistumalla palveluiden suunnitteluun, organisointiin ja johtamiseen sekä osallistumalla yksittäisen henkilön oman hoidon suunnitteluun. (Truman & Raine 2002; myös Picker Institute Europe 2003; Fischer & Neale 2008.) Peckin ja kumppaneiden (2002) mukaan osallisuus toteutuu neljällä eri tasolla. Ensimmäisenä tasona on vuorovaikutus palveluiden käyttäjien kesken (esim. vertaistuki) ja toisena vuorovaikutus palveluiden käyttäjien sekä ammattilaisten kesken. Kolmas taso viittaa vuorovaikutukseen paikallisten palveluiden tuottajien ja johtajien kanssa ja neljäs, laajin taso on osallistumista yleisemmin palveluiden suunnitteluun.

Evers (2003) tarkastelee palveluiden käyttäjien osallisuutta suhteessa sosiaalipalveluiden kehittämiseen. Hänen mukaansa käsite palvelujen käyttäjän osallisuus voi saada erilaisia merkityksiä riippuen siitä, missä viitekehyksessä sitä tarkastellaan. Evers erottaa viisi erilaista sosiaalipolitiikan mallia, joissa kussakin palveluiden käyttäjien osallisuus näyttäytyy eri tavalla (taulukko 2). Evers määrittelee sosiaalipolitiikan ja sosiaalipalvelut laajasti siten, että ne pitävät sisällään muun muassa terveys-, opetus- ja työvoimapalvelut.

Taulukko 2. *Palveluiden käyttäjien osallisuus erilaisissa sosiaalipolitiikan malleissa (Evers 2003; myös Hänninen ym. 2007; Julkunen & Heikkilä 2007)*¹

Hyvinvointi- valtiollinen (welfarism)	Professionalismi (professionalism)	Konsumerismi (consumerism)	Managerialismi (managerialism)	Osallistuminen (participationism)
<ul style="list-style-type: none"> - hierarkinen palvelujärjestelmä - yhtäläiset palvelut - yhtäläiset standardit - lautakunnat ja neuvostot - valtiollinen laadun tarkkailu - sosiaaliset oikeudet 	<ul style="list-style-type: none"> - palveluohjaus - koulutustason parantaminen - ammatillisen neuvonnan ja konsultaation kehittäminen - laadun valvonta - professionaalista omavalvontaa - julkisen palvelun eetos 	<ul style="list-style-type: none"> - kilpailu - yksilöllinen valinta - markkinatutkimus - palvelusetelit - kuluttajaorientaatio - kuluttajalobbaus - kuluttajan suoja 	<ul style="list-style-type: none"> - hallinnollisuus - tavoitteiden asettaminen - hallinnollisten ja taloudellisten asioiden vahvistaminen - valituskäytännöt 	<ul style="list-style-type: none"> - kollektiivinen oma-apu - vapaaehtoisuus - käyttäjälähtöisten ja yhteisöllisten palveluiden vahvistaminen - paikallisuuden vahvistaminen - tavoitteena palveluiden käyttäjien voimaantuminen - vastavuoroisuus ja dialogi - palveluiden käyttäjien kontrolliin lisääminen palveluiden suunnittelussa ja toimeenpanossa

Hyvinvointivaltiollinen malli viittaa ”vanhanaikaiseen” sosiaalipalveluiden järjestämisen tapaan, jossa pyritään palveluiden kattavuuteen ja yhtäläisyyteen. Tässä mallissa ei juuri ole sijaa palveluiden käyttäjien osallisuudelle. Hyvinvointivaltiomalliin liittyy kuitenkin myös positiivisia seikkoja: hierarkkiset ohjausmekanismit perustuvat edustukselliseen demokratiaan, jossa erilaisten lautakuntien ja neuvostojen jäsenet edustavat kaikkia kuntalaisia ja erilaisia intressiryhmiä. Perinteisesti näissä instituutioissa ei kuitenkaan ole ollut mukana palveluiden käyttäjien edustusta. Toinen hyvinvointivaltiolliseen malliin liittyvä palveluiden käyttäjien osallisuuden kannalta positiivinen seikka on, että se perustuu selkeille sosiaalisille oikeuksille (kuten oikeus työttömyysturvaan, oikeus terveydenhoitoon). (Evers 2003; Toikko 2006.)

¹ Käsitteiden käytön epäjohdonmukaisuutta ja yhteenkietoutuneisuutta sekä määrittelymisen vaikeutta kuvaa esimerkiksi se, että kyseessä olevassa taulukossa Eversin (2003) alkuperäisessä tekstissä sekä Julkunen ja Heikkilän (2007) artikkelissa puhutaan palveluiden käyttäjien osallisuuden (user involvement) eri muodoista. Kuitenkin Hännisen ym. (2007) suomennoksessa se on käännetty asiakaslähtöisyyden eri ajattelutavoiksi.

Professionalismiin liittyy julkisen palvelun eetos, joka yksinkertaistaen tarkoittaa sitä, ettei työtä tehdä pelkästään palkan tai toimeentulon vuoksi, vaan taustalla on halu auttaa tai palvella. Vahvojen professioiden edustajat voivat ymmärtää laadukkaan palvelun tarkoittavan laadukkaasti tehtyä työtä. Asiakkaiden puolesta työskennellään, ei heidän kanssaan. (Evers 2003.) Tässä pehmeässä paternalismissa motiivina on asiakkaan hyvä (Leino-Kilpi 2009). Palveluiden käyttäjien osallisuuden kannalta positiivisia puolia tässä mallissa on se, että ammatillisissa eettisissä ohjeissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi ammattilaisten kiinnostus neuvonnan ja konsultaation kehittämiseen mahdollistaa palveluiden käyttäjien tietojen ja taitojen kehittymisen. (Evers 2003; Toikko 2006.)

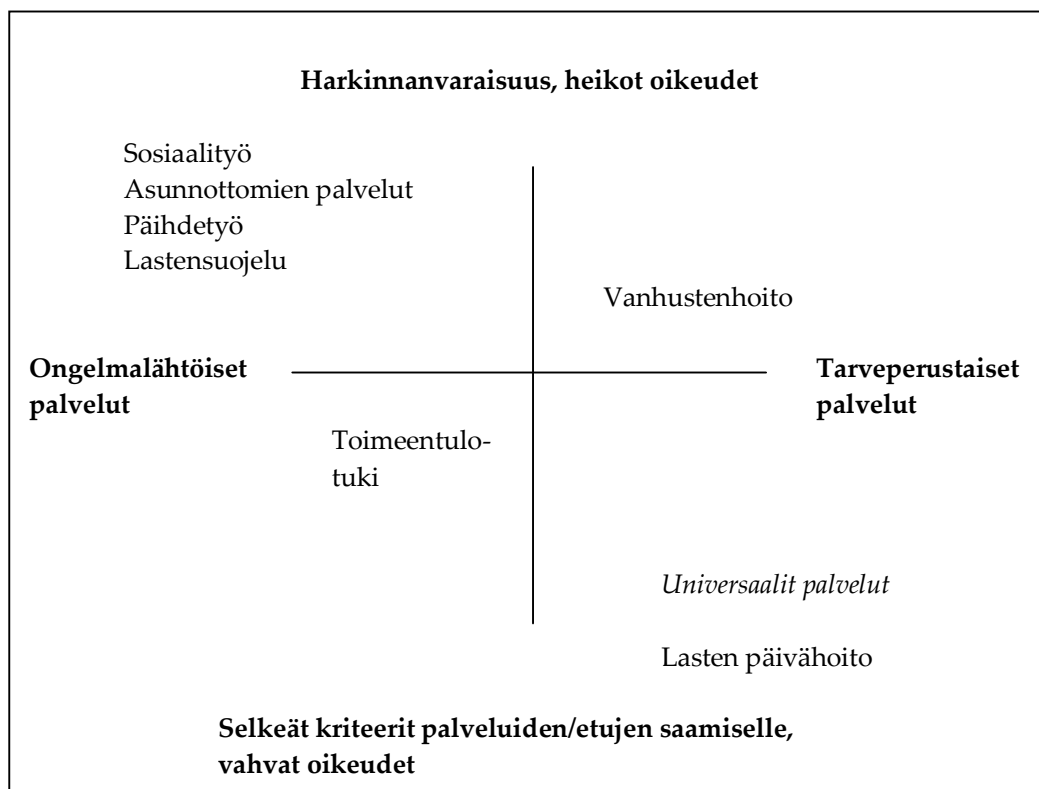
Konsumerismi lähtee ajatuksesta, että palveluiden käyttäjien valinnanmahdollisuus ja palveluntuottajien kilpailu takaavat asiakaskeskeisen toiminnan. Konsumerismia voidaan kuitenkin kritisoida siitä, että eri ryhmien mahdollisuudet valintaan ja kuluttamiseen ovat epätasa-arvoiset eikä kilpailu välttämättä johda lisääntyneisiin valinnanmahdollisuuksiin (myös Rajavaara 2008). Lisäksi aidon kuluttajan asemaa on vaikea saavuttaa eritoten, jos henkilö kuuluu johonkin ongelmaryhmään (esimerkiksi päihteiden käyttäjät) tai jos aitoa valinnanmahdollisuutta ei ole (esimerkiksi pitkäaikaisessa asumispalvelussa asuvat). Palveluiden käyttäjien osallisuutta voidaan parantaa turvaamalla asiakkaan asemaa esimerkiksi lainsäädännöllä sekä poistamalla niin taloudellisia (esimerkiksi palvelusetelit) kuin tiedollisia ja taidollisia esteitä kuluttajana toimimisen tieltä. (Evers 2003; Toikko 2006.)

Managerialismin mukaan julkiset palvelut ovat potentiaalista markkina-aluetta ja niiden toimintaa tulisi tehostaa. Mallia tulee ottaa yksityisen sektorin johtajuudesta (Niiranen 2002). Mielenkiinnon kohteena ei ole palveluiden käyttäjä, vaan palveluntuottaja, poliittinen johto ja kansalainen äänestäjänä ja veronmaksajana. Sosiaalipalvelut nähdään kaupallisina tuotteina, joille asetetaan standardoidut laatu- ja kustannusvaatimukset. (Evers 2003; Toikko 2006.) Työntekijöiltä vaaditaan tehokkuutta ja toiminnalta vaikuttavuutta. Managerialismi voi johtaa organisaatiolähtöiseen työskentelyyn, jossa erilaiset ohjeistukset ja taloudellinen valvonta lisääntyvät. (Juhila 2006.) Valituskäytännöt, palautteen antaminen ja tiedonsaanti siirtyvät [www-sivuille](#) ja ulkoistettuihin puhelinpalveluyrityksiin. Palveluiden käyttäjien näkökulmasta muutos voi olla positiivinen, jos se nopeuttaa ja helpottaa asiointia tai johtaa uusiin innovaatioihin. Negatiivinen muutos johtaa henkilökohtaisten kontaktien vähenemiseen. (Evers 2003; Toikko 2006.)

Osallistumisen mallissa tavoitellaan sitä, että ihmisten tulisi osallistua henkilökohtaisesti palveluiden tuottamiseen. Palveluiden käyttäjä nähdään paitsi yksittäisenä henkilönä myös kansalaisena (Niiranen 2002) ja yhteisönsä jäsenenä. Osallistumiselle on erilaisia foorumeja esimerkiksi järjestöjen kautta. Mallissa korostetaan yhteisöjen merkitystä, paikallisuutta ja erilaisia alueellisista tarpeista lähteviä toimintatapoja. Osallistumisen malli lupaa palvelun käyttäjälle vahvaa vaikuttamisen mahdollisuutta, mutta vaatii myös paljon. Malli edellyttää palvelun käyttäjältä halua ja kykyä osallistua palveluiden kehittämiseen ja tuottamiseen. Paikallisuuden ja palveluiden käyttäjien kontrolliin voi negatiivisena puolena liittyä edustuksellisen demokratian heikentyminen samalla kun erilaisten eturyhmien ja verkostojen valta voi kasvaa. (Evers 2003; Toikko 2006.)

Heikkilä ja Julkunen (2003; Julkunen & Heikkilä 2007) tarkastelevat palveluiden käyttäjän osallisuutta ja palvelujärjestelmää hieman toisella tavalla. Sosiaalipalveluita voidaan tarkastella kahden ulottuvuuden avulla: 1) ovatko palvelut ongelmalähtöisiä vai tarveperustaisia sekä 2) onko palveluiden saatavuus kriteeriperustaista vai harkinnanvaraista. *Tarveperustaisen* palvelun saamisen perusteena on nimensä mukaisesti asiakkaan tarve. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi ikääntyvien tai vammaisten henkilöiden palvelut. *Ongelmalähtöisten* palveluiden tarkoituksena on puuttua yksilön tai perheen tilanteeseen, joka on määritelty ongelmalliseksi. Taustalla on ajatus parantamisesta tai normalisoinnista. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi päihdeongelmaisten ja pitkäaikaistyöttömien henkilöiden sekä lastensuojeluperheiden saamat palvelut. *Harkinnanvaraisten* palvelujen saamisen perusteena on tarpeenarvointi, joka pääsääntöisesti on työntekijän (esimerkiksi lääkärin tai sosiaalityöntekijän) tekemä. Palveluiden saatavuuteen vaikuttavat myös käytettävissä olevat taloudelliset resurssit ja määrärahat, joten palveluiden kustannustehokkuus ja niillä saatavissa oleva hyöty tulee myös arvioida. *Kriteeriperustaiset* palvelut taas ovat kaikkien niiden saatavilla, jotka täyttävät määrätyt kriteerit. Tästä esimerkkinä ovat alle kouluikäisten subjektiivinen oikeus päivähöitoon tai oikeus laskennalliseen toimeentulotukeen. (Heikkilä & Julkunen 2003; Julkunen & Heikkilä 2007.)

Tämän jaottelun pohjalta voidaan kuvata nelikenttä (kuvio 2), jossa esimerkiksi päihdepalvelut sijoittuvat ongelmalähtöisiin ja harkinnanvaraisiin palveluihin. Palveluiden käyttäjän osallisuuden näkökulmasta tämä jako tarkoittaa sitä, että mitä enemmän on ammatillista tarveharkintaa palveluiden pääsemisessä ja toteuttamisessa, sitä heikommat ovat palveluiden käyttäjän oikeudet ja osallisuuden mahdollisuudet. Asiakkaat näissä palveluissa ovat usein köyhiä ja syrjäytyneitä henkilöitä, joiden ääni ja poliittinen vaikutusvalta on heikko. (Julkunen & Heikkilä 2007.)



Kuvio 2. Sosiaalipalveluiden jaottelu palvelutarpeen ja oikeuksien perusteella (Julkunen & Heikkilä 2007)

Kolmannen näkökulman palveluiden käyttäjän osallisuuden ja palvelujärjestelmän välisestä suhteesta tarjoavat alun perin taloustieteilijä Hirschmanin vuonna 1970 esittämät käsitteet exit, voice ja loyalty (Järvikoski ym. 2009). Myöhemmin malliin on liitetty myös neljäs käsite, neglect, mikä tarkoittaa organisaation hylkäämistä tai ohittamista (Rajavaara 2008). *Loyalty* kuvaa uskollisuutta järjestelmälle. Palveluiden käyttäjä on riippuvainen palvelusta eikä aitoa valitusmahdollisuutta tai valinnanvaraa ole. Niiranen (2002) kutsuu tätä asiakkuutta kohdeasiakkuudeksi, jossa asiakas on ammattilaisten toimenpiteiden kohde ja jossa asiakkaan ongelmat ja tarpeet määritellään ammattilaisten toimesta.

Voice-vaihtoehto tarkoittaa sitä, että asiakkaalla on mahdollisuus tulla kuuluksi: hän voi tehdä valituksia, antaa palautetta tai antaa kokemustietonsa palveluiden kehittämiseen. Suomessa tätä suuntausta on vahvistettu muun muassa lainsäädännön keinoin (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812). (Rajavaara 2008; Järvi-

koski ym. 2009.) Kolmas vaihtoehto *exit* viittaa palvelun käyttäjän mahdollisuu-
teen valita eri palveluiden välillä. Jolleivät palvelut miellytä, hän voi vetäytyä
palveluista tai vaihtaa ne toisiin. Taustalla on ajatus asiakkaasta kuluttajana.
(Rajavaara 2008.) Niiranen (2002) kutsuu tätä kuluttaja-asiakkuudeksi. Thomp-
sonin (2007) mukaan *exit*-vaihtoehto kuvaa osallisuutta konsumeristisesta ja
voice vastaavasti demokraattisesta näkökulmasta.

Sekä voice- että *exit*-vaihtoehtojen toteutuminen sosiaali- ja terveysterveis-
sa on haastavaa. Asiakkaalla on harvoin todellisia mahdollisuuksia kilpailuttaa
tai valita esimerkiksi päihdepalvelunsa tuottajaa. Ainakin se vaatii sekä palvelu-
järjestelmän tuntemusta että taloudellisia resursseja. On mahdollista, ettei kil-
pailevia palveluiden tuottajia edes ole tarjolla. Myös äänen käyttäminen ja erito-
ten tyytymättömyyden ilmaiseminen voi olla hankalaa, koska sosiaali- ja terve-
yspalveluiden käyttöön liittyy usein riippuvuus palvelujärjestelmästä ja siinä
toimivista ammattilaisista. (Rajavaara 2008; Järvikoski ym. 2009.)

2.1.3 Asiakkaan osallisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä

Osallisuutta voidaan edistää antamalla palveluiden käyttäjille tietoa päätöksen-
teon pohjaksi (Dalrymple & Burke 2006; Eldh ym. 2006; Goodwin & Happell
2008), kehittämällä dokumentointia käyttäjäystävällisempään suuntaan sekä
vaikuttamalla työntekijöiden arvoihin ja motivaatioon, jotta asiakkaan mielipi-
dettä ja osallisuutta arvostettaisiin entistä enemmän. (Anthony & Crawford
2000). Ajan antaminen päätöksen tekoa varten, mahdollisuus kysymyksiin sekä
turvallisuuden tunne lisäävät asiakkaiden osallisuutta. Osallisuuden perustana
tulisi olla niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin halu kuunnella, kommuni-
koida ja neuvotella toistensa kanssa. (Picker Institute Europe 2003; Fischer ym.
2007.) Työntekijöiden avoin ja selkeä kommunikointi edesauttaa asiakkaiden
osallisuutta (Goodwin & Happell 2007).

Organisaatioiden tasolla tarvitaan selkeää lainsäädäntöä ja rakenteita, jotka
tukevat palvelun käyttäjien osallisuutta (Dalrymple & Burke 2006; Julkunen &
Heikkilä 2007). Johdon tehtävänä on luoda edellytykset asiakkaiden osallisuudelle
(Eronen ym. 2009). Osallisuudesta, erilaisista lähentymistavoista ja mene-
telmistä on olemassa rohkaisevia kokemuksia eri maista. Tarvitaan näiden ko-
keilujen arviointia ja hyvien käytäntöjen levittämistä myös muiden toimijoiden
käyttöön. (Heikkilä & Julkunen 2003.)

Esteitä osallisuuden toteutumiselle ovat muun muassa biologiseen ihmiskä-
sitykseen perustuva hoitoideologia, luottamus siihen, että asiantuntijat tietävät
parhaiten ja työntekijöiden oma voimattomuus (disempowerment), joka estää
heitä kuulemasta palveluiden käyttäjien ääntä (Curtis & Harrison 2001). On

myös todettu, että työntekijät voivat kokea asiakkaan osallisuuden uhkana ammatilliselle autonomialleen ja ammattilaisen roolilleen (Truman & Raine 2002; Diamond ym. 2003; Heikkilä & Julkunen 2003; Soffe ym. 2004; Patterson 2008). Työntekijöillä voi edelleen olla paternalistisia mielipiteitä asiakkaiden kyvykkyydestä osallistua esimerkiksi hoidon tarpeen määrittelyyn (Truman & Raine 2002; Hansen ym. 2004) tai heidän asenteensa voivat muuten olla negatiivisia asiakkaiden osallisuutta kohtaan (Anthony & Crawford 2000; Lester ym. 2006; Fischer ym. 2008; Patterson 2008).

Organisaation tasolla rajalliset resurssit (Anthony & Crawford 2000; Crawford ym. 2003; Patterson 2008), kiire ja suuret asiakasmäärät (Goodwin & Happell 2008) sekä organisaatiokulttuuri voivat estää palveluiden käyttäjien osallisuuden toteutumista (Hickey & Kipping 1998; Heikkilä & Julkunen 2003; Carr 2007). Aukioloajat ja pitkät välimatkat voivat olla konkreettisina esteinä palveluiden käyttäjien osallisuudelle (Goodwin & Happell 2008). Palveluiden käyttäjien osallisuuden ja osallistumismahdollisuuksien turvaamiseksi tarvittaisiin pysyvä taloudellinen tukijärjestelmä (Pilgrim & Waldron 1998). Yhteiskunnan tasolla esteitä ovat yleiset asenteet mielenterveysongelmia ja palveluiden käyttäjiä kohtaan. Ne pitävät sisällään stereotypioita mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden kyvyttömyydestä tehdä päätöksiä sekä tietämättömyyttä ja pelkoja mielenterveyden ongelmia kohtaan. (Hickey & Kipping 1998.)

Kaikki asiakkaat eivät halua osallistua tai olla osallisina (Hickey & Kipping 1998; Picker Institute Europe 2003; Hansen ym. 2004), vaan heille riittävät asiantuntijoiden tarjoama apu ja palvelut (Vuokila-Oikkonen 2002). Osallisuuden ja osallistumisen velvoite voi aiheuttaa stressiä joillekin asiakkaille (Truman & Raine 2002) ja psyykinen sairaus voi vaikuttaa kykyyn tehdä päätöksiä (Hickey & Kipping 1998; Goodwin & Happell 2008). Kaikilla ei ole voimavaroja, kykyjä ja taitoja osallistua omaan hoitoonsa (Hallamaa 2008). On epäilty sitä, vastaavatko aktiivisesti osallistuvien palveluiden käyttäjien mielipiteet yleisemmin noita palveluita käyttävien asiakkaiden mielipiteitä (Crawford ym. 2003; Crawford & Rutter 2004; Weinstein 2006). Kriittisesti on myös todettu, että asiakkaan aktiivista toimijuutta ja osallisuutta korostava puhekäytäntö olisi toimintaa, jonka avulla ammattilaiset voivat välttää vastuuta samalla, kun tuota vastuuta yhä enemmän siirretään asiakkaalle itselleen (Aaltonen 2004). Lehto (2004a) tuo esiin myös sen, että hoidossa olemiseen liittyy olennaisesti oikeus olla hoidettavana. Potilaalla on oikeus ja mahdollisuus luovuttaa väliaikaisesti vastuu omasta elämästään muille, kun omat voimavarat eivät riitä.

Jotta asiakkaat voisivat osallistua ja kokea osallisuutta, tarvitaan erilaisia joustavia osallistumisen muotoja sekä tukirakenteita, jotka mahdollistavat kunkin omien voimavarojen löytämisen ja kehittämisen (Truman & Raine 2002). Kullakin palveluiden käyttäjällä tulisi olla mahdollisuus yksilöllisesti ja omista kyvyistään lähtien valita osallistumisen ja osallisuuden tapansa ja tasonsa (Lammers & Happell 2003). Hyvinvointiyhteiskunnan velvollisuus on pitää huolta niistä, joilla itsellään ei ole voimia tai mahdollisuutta siihen. Itsemääräämisoikeuden varjolla ei saa syrjäyttää tai hylätä sairastunutta ihmistä. Tämä koskee erityisesti mielenterveyden häiriöiden ja riippuvuusongelmien hoitoa. (ETENE 2004.)

2.2 OSALLISUUDEN LÄHIKÄSITTEITÄ

Käsittelen tässä alaluvussa lyhyesti joitakin palveluiden käyttäjän ja asiakkaan osallisuuteen läheisesti liittyviä käsitteitä. Näistä ensimmäisenä kuvaan käsitettä asiakaslähtöisyys ja sen jälkeen käsitteitä voimaantumisen, itsemäärääminen ja autonomia sekä sosiaalinen inkluusio. Ymmärrän asiakaslähtöisyyden organisaation tai työntekijän toiminnan arvoja, tavoitetta ja sisältöä kuvaavana käsitteenä, ja tarkastelen sitä omassa alaluvussaan (2.2.1). Käytän sanoja asiakas-, potilas-, kuntoutuja- ja ihmislähtöisyys rinnakkain sen mukaan, kuinka niitä alkuperäisessä lähteessä on käytetty. Asiakkaan osallisuus -käsite kuvaa asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista, ja toisessa alaluvussa (2.2.2) esittelen lyhyesti eräitä muita käsitteitä, jotka liittyvät asiakkaan kokemukseen ja toimintaan. Tarkoitukseni ei ole asettaa käsitteitä järjestykseen tai suhteeseen toistensa kanssa, vaan luoda lyhyt katsaus tämän tutkimuksen pääkäsitteen kannalta olennaisiin lähikäsitteisiin.

2.2.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on ollut yksi sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä periaatteita jo 1980-luvulta lähtien (Kiikkala 2000), joskin Hännisen ja kollegoiden (2007) mukaan asiakaskeskeinen näkökulma tuli sosiaalityöhön Yhdysvalloissa jo 1930-luvulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan valtakunnallisessa suosituksessa (1999) todetaan, että asiakaslähtöisyys on entistä hyväksyttävämpi julkisten ja yksityisten palveluiden kehittämistavoite ja yksi hallinnon uudistuksen perusajatuksia. Suosituksen mukaan asiakaslähtöisen toiminnan avulla asiakkaiden ja ammattilaisten välille syntyy aitoa, tasa-arvoista ja kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Sosiaali- ja terveydenhuollon

palvelut voidaan räätälöidä asiakkaan tarpeisiin ja ottaa huomioon myös hänen lähiyhteisönsä ja ympäristönsä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle...)

Potilaskeskeisellä toiminnalla voidaan nähdä kaksi tavoitetta: potilaan osallisuuden edistäminen ja hänen hoitonsa yksilöllisyys (Robinson ym 2008). Itsenäinen ja aktiivinen osallistuminen omaan hoitoon voi edesauttaa asiakkaalle relevanttien tavoitteiden asettelussa sekä motivoida ja rohkaista asiakasta toimiin noiden tavoitteiden saavuttamiseksi (Michie ym. 2003). Yksilöllinen, potilaslähtöinen hoito voi vaikuttaa positiivisesti potilaan uskallukseen ilmaista itseään rehellisesti, optimismiin, hyvinvoinnin kokemukseen ja luottamukseen henkilökuntaa kohtaan (Radwin ym. 2009). Asiakaslähtöinen toiminta voi parantaa hoidon tuloksellisuutta (Michie ym. 2003), lisätä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon (Sidani ym. 2006; Suhonen ym. 2009) ja hänen pystyvyyden tunnettaan sekä vähentää koettujen oireiden määrää (Little ym. 2001). Sen avulla on arvioitu voitavan parantaa hoitoon sitoutumista ja yleensä hoidon laatua, mikä voi edelleen myös vähentää terveydenhuollon kustannuksia (Robinson ym. 2008). Asiakas- tai potilaslähtöisellä hoidolla ei kuitenkaan ole kaikissa tutkimuksissa havaittu olevan vaikutusta esimerkiksi potilaiden käsityksiin hoidon laadusta ja hoitajien toiminnasta tai hoitotyytyväisyyteen (Wolf ym. 2008a).

Kriittisesti on myös todettu, että asiakaslähtöisyyden eetos on niin voimakas, etteivät työntekijät halua tunnustaa toimivansa mistään muusta lähtökohdasta käsin. Asiakaslähtöisestä toiminnasta on tullut itseisarvo, vaikka toiminnalta puuttuvat selkeästi määritellyt kriteerit, työnjako ja tavoitteet. (Ala-Kauhaluoma 2000.) Potilaslähtöisestä hoidon käsitteestä on olemassa teoreettista ja tutkimustietoa, mutta vähemmän on tutkimusta siitä, mitä potilaslähtöinen hoito on käytännössä ja kuinka se toteutuu (O'Donovan 2007). On myös kyseenalaistettu sitä, onko asiakaslähtöisyyden hyödyistä yksilölle tai organisaatiolle riittävän pitävää näyttöä (McCormack & McCance 2006). Asiakaslähtöisyyskäsitteen määrittäminen on haastavaa (Ristaniemi 2005; Julkunen & Heikkilä 2007; Hobbs 2009) ja asiakaslähtöisyydellä voidaan eri yhteyksissä tarkoittaa eri asioita (Mead & Bower 2000; Michie ym. 2003). Se on hyvin moniulotteinen käsite (Leplege ym. 2007), eikä ole yhteistä näkemystä siitä, miten se konkreettisesti ilmenee ja mitkä ovat sen kriteerit (Ala-Kauhaluoma 2000). Käsitteitä potilas-, asiakas-, ihmis- ja yksilökeskeisyys sekä -lähtöisyys käytetään toistensa synonyymeinä ja rinnakkain (Leplege ym. 2007; Hobbs 2009; myös Janhonen 1999). Tämä käsitteen määrittelyn epäselvyys vaikeuttaa esimerkiksi asiakaslähtöisyyskäsitteen operationalisointia (Hobbs 2009) ja siten sen toteutumisen arviointia ja tutkimusta (Robinson ym. 2008).

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen ei myöskään ole itsestään selvää, vaan asiakkaiden ja potilaiden oikeuksia ja niiden toteutumista on pitänyt tarkentaa ja varmistaa lainsäädännön avulla (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812) (Piirainen 1999). Asiakaslähtöinen mielenterveystyö voi olla käsitteenä tuttu, mutta käytännön toiminta on paljolti asiantuntijakeskeistä ja organisaatiolähtöistä (Pesonen 2006). Latvalan (1998) tutkimuksen mukaan hoitotyön auttamismenetelmistä 49 prosenttia kuului varmistaviin ja 37 prosenttia kasvattaviin auttamismenetelmiin. Vain 14 prosenttia kuului yhteistoiminnallisiin auttamismenetelmiin, jotka mahdollistaisivat potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön. Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen liittyviä ongelmia ovat muun muassa palveluiden standardimaisuus, asiakkaiden puutteelliset tiedot olemassa olevista mahdollisuuksista ja asiantuntijavalta (Piirainen 1999).

Raunio (2009) kuvaa asiakaslähtöisyyttä keinona toteuttaa eettisesti korkeatasoista sosiaalityötä. Se voidaan ymmärtää myös hyvän hoidon synonyymiksi (Ristaniemi 2005). Asiakaslähtöisen työtavan ytimenä on asiakkaan kuuleminen ja hänen kokemuksensa (Janhonen 1999; Sorsa ym. 2004). Toimintaan kuuluu se, että asiakkaiden omia käsityksiä ja toimintaa kunnioitetaan, asiakas saa itse vaikuttaa asioidensa käsittelyyn aikatauluun ja etenemiseen, asiakas saa osakseen asiallista kohtelua ja toiminta perustuu asiakkaan kanssa yhdessä tekemiseen (Raunio 2009). Työn eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yhdenvertaisuus, rehellisyys ja hoidon tai palveluiden jatkuvuus (Kokkola ym. 2002; Raunio 2009). Potilaslähtöisen hoitotyön keskiössä on yksilöllinen asiakas omine luonteenpiirteineen, tarpeineen, arvoineen ja mielipiteineen. Nämä ulottuvuudet tulee ottaa huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä. (Sidani ym. 2006.) Suhonen tutkijakollegoineen (2002) toteaa, että yksilöllinen hoito keskittyy nimenomaan yksilöön ja hänen erityisiin tarpeisiinsa ja on siksi potilaskeskeistä.

Ala-Kauhaluoman (2000) mukaan asiakaslähtöisyys voi syntyä vain työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksessa ja dialogissa, jossa asiakkaan oma näkemys tulee huomioiduksi. Asiakas on itse oman asiansa paras asiantuntija ja hänellä on mahdollisuus määrittää tarvitsemansa palvelut. Asiakaslähtöisyys ei siis ole asiakaskeskeisyyttä tai asiakasjohtoisuutta, jossa palvelut tai niiden sisällöt ohjautuisivat lähes yksinomaan asiakkaan suunnitelmien varassa (Piirainen 1999), vaan dialoginen (Mönkkönen 2007) ja yhteiselle neuvottelulle pohjautuva (McCormack 2003a) vuorovaikutussuhde. Potilaslähtöisen hoidon keskeinen prosessi on hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuva terapeutin sitoutuminen, jonka perustana on luottamuksen syntyminen (Hobbs 2009).

Terapeuttisella yhteistyösuhteella on havaittu olevan yhteys myös päihdehoidon onnistumiselle (Meier ym. 2005). Vastaavasti huonoihin hoitotuloksiin liittyvät muun muassa asiakkaan heikko sitoutuminen hoitosuhteeseen, työntekijän negatiiviset ja pessimistiset asenteet, vastakkainasettelu, keskittyminen oireisiin ja puutteisiin sekä asiakkaan riittämättömät mahdollisuudet itsemääräämiseen (Moos 2005).

Kujala (2003) määrittelee asiakaslähtöisyyden tavoiteulottuvuudeksi, jonka toteutuessa terveydenhuollon palvelut tuotetaan asiakkaiden odotusten ja tarpeiden mukaan ja siten kuin ne laissa (1992/785) on määritelty. Michie kollegoineen on (2003) tarkastellut potilaslähtöisyyden määrittelyä somaattista pitkäaikaisairautta sairastavien henkilöiden hoidossa. He toteavat, että aikaisemmista tutkimuksista on löydettävissä kaksi erilaista tapaa määritellä tämän käsitteen sisältö. Ensimmäinen pitää sisällään potilaan mielipiteiden ja käsitysten huomioiden ja jälkimmäinen laajemmin potilaan aktivoimisen oman hoitonsa ja sairautensa hallintaan.

Asiakaslähtöisyyttä voidaan siis määritellä monin eri tavoin. Eräitä näistä määritelmistä olen koonnut taulukkoon 3. McCormackin ja McCancen (2006) ihmiskeskeinen hoitotyön viitekehys koostuu neljästä osa-alueesta: edellytyksistä, hoitoympäristöstä, ihmiskeskeisistä prosesseista ja odotetuista tuloksista. Edellytykset liittyvät hoitajan ominaisuuksiin kuten ammatilliseen pätevyyteen, sosiaalisiin kykyihin, työhön sitoutumiseen ja itsetuntemukseen. Hoitoympäristöön liittyviä asioita ovat yhteisen päätöksenteon mahdollisuudet, henkilökunnan väliset suhteet, organisaation tuki ja mahdollisuus uudistumiseen ja kokeiluihin. Ihmiskeskeiset prosessit toteutuvat hoitajan ja potilaan kohtaamisessa. Näitä ovat esimerkiksi neuvottelu, tiedonjakaminen, läsnäolo ja hoitotoimenpiteet. Odotettuja tuloksia ovat tyytyväisyys ja sitoutuminen hoitoon, koettu hyvinvointi ja hoitoympäristön terapeuttisuus. (McCormack & McCance 2006.)

Suomalaisessa tutkimuksessa Ristaniemi (2005), Kujala (2003), Kokkola kumppaneineen (2002), Latvala (1998) ja Järvikoski (1994) ovat pyrkinet rakentamaan malleja asiakas-, potilas- tai kuntoutujälähtöiseen työskentelyyn. Ristaniemi (2005) on kehittänyt asiakaslähtöisen työskentelyn mallin psykiatriseen laituskuntoutukseen. Mallissa asiakaslähtöisyys nähdään prosessina, joka sisältää kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen, yhteistoiminnan ja jatkuvan arvioinnin. Asiakas kohdataan arvostaen ja yksilöllisesti, toiminta on tavoitteellista ja suuntaa tulevaisuuteen. Asiakaslähtöisyys on kuntoutujan osallisuutta päätöksentekoon, hänen asettamiensa tavoitteiden huomioimista ja niihin vastaamista moniammatillista osaamista hyödyntäen.

Yhteistyösuhteessa asiakkaalla on mahdollisuus kokea osallisuutta sillä edellytyksellä, että hänellä on riittävät tiedot vaikututtamismahdollisuuksien perustana. (Ristaniemi 2005.)

Kujala (2003) on tutkinut asiakaslähtöistä laadunhallinnan mallia perusterveydenhuollossa. Mallin perusajatuksena on, että hyvää hoidon laatua on hoitavan tahon toteuttama asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kokemus osallisuus omaan hoitoonsa. Kokkolan tutkijakollegoineen (2002) kehittämän mielenterveyttä edistävän toimintamallin mukaan asiakas voi olla yksi henkilö, perhe tai muu yhteisö. Asiakastyön tarkoituksena on edistää hyvää vointia, ehkäistä mielenterveyden häiriöitä, auttaa ja hoitaa tarvittaessa, tukea kuntoutuvia, lievittää kärsimystä ja luoda psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallista kasvua tukevia elinolosuhteita. Asiakaslähtöinen toiminta on perusteiltaan eettistä ja siinä hyödynnetään tieteellistä, persoonallista ja intuitiivista (hiljaista) tietoa. Työntekijä reflektoi omaa toimintaansa ja luopuu asiantuntijavallasta. Työ lähtee liikkeelle asiakkaan aloitteesta ja yhteistyön lähtökohtana on asiakkaan kokemus. Työskentely edellyttää työntekijälähtöistä ja inhimillistä johtamista, jossa asiakaslähtöisen työn ydin on johtamisen päämäärä. (Kokkola ym. 2002.)

Latvala (1998; 2002) on muodostanut potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin. Hän jakaa psykiatrisen hoitotyön kolmeen eri tyyppiin: autoritaariseen (varmistava), asiantuntijakeskeiseen (kasvattava) ja potilaslähtöiseen (yhteistoiminnallinen) hoitotyöhön. Potilaslähtöinen hoitotyö perustuu emansipatoriseen hoitotyön teoriaan, osallistavaan dialogiin ja motivoivaan konsultointiin. Se on joustavaa, yksilöllistä ja tapauskohtaista. (Latvala ym. 2004.) Potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää hoitajalta yhteistoiminnallisia hoitotaitoja, joilla voidaan tukea potilaan mahdollisuuksia muuttua riippuvaisesta, passiivisesta hoidon vastaanottajasta riippumattomaksi, vastuulliseksi osallistujaksi. Hoitotyön prosessi sisältää potilaan kyvykkyyden tukemisen, jolloin potilaan omat voimavarat on mahdollista löytää potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien välisen osallistuvan vuoropuhelun, jaetun vastuun ja konsultoivan ohjauksen avulla yhteistoiminnallisilla auttamismenetelmin. Potilaslähtöisen hoitotyön tulos on positiivinen, potilaan tavoitteiden mukainen muutos potilaan jokapäiväisessä elämässä ja se mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana. (Latvala 1998.)

Kuntoutujakeskeisessä mallissa lähtökohtana on, että asiakas on subjekti, asiantuntija, joka vastaa ratkaisuista ja prosessin eteenpäin viemisestä. Kuntoutustyöntekijä on asiakkaan yhteistyökumppani tai konsultti, joka tekee ehdotuksia, tukee päätöksenteossa ja kannustaa. Asiakkaan ja työntekijän suhde on

tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde, jossa huomio suunnataan kuntoutujan voimavaroihin. (Järvikoski 1994.)

Taulukko 3. Asiakslähtöisyyden määrittelyjä

Lähde	Asiakslähtöisyyden sisältö
Järvikoski 1994	Kuntoutujakeskeisessä mallissa asiakas on elämäänsä aktiivisesti suunnittele subjektiksi. Työntekijä on yhteistyökumppani ja suhde on vahvuuksiin perustuva tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde.
Latvala 1998; 2002; Latvala ym. 2004	Potilaslähtöinen hoitotyö perustuu emansipatoriseen hoitotyön teoriaan, osallistavaan dialogiin ja motivoivaan konsultointiin. Se on joustavaa, yksilöllistä ja tapauskohtaista,
Kiikkala 1999; 2000	Yhteistyötä korostava toimintamalli, jossa yhteistyön lähtökohtana asiakkaan ja potilaan asia, josta edetään kohti tulevaa. Asiakslähtöisyys ilmenee toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaasta, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä työntekijästä.
Piirainen 1999	Asiakslähtöisyys on osa jatkuvaa neuvottelujen, tulkintojen ja ratkaisujen tekemisen prosessia eli sopimuksellisuutta.
Ala-Kauhaluoma 2000	Tavoite siitä, että asiakas on palveluiden keskipisteessä, hän voi omalla toiminnallaan vaikuttaa asiansa etenemiseen ja häntä kohdellaan asiallisesti.
Mead & Bower 2000	Potilaslähtöisyys koostuu viidestä eri ulottuvuudesta: 1) sairaus nähdään biopsykososiaalisessa viitekehyksessä, 2) huomioidaan potilaan kokemus sairaudestaan, 3) potilasta kannustetaan osallisuuteen omassa hoidossaan, 4) terapeutin yhteistyö ja 5) työntekijän persoonalliset ominaisuudet.
Mönkkönen 2001; 2002; 2007	Dialoginen ja yhteistoiminnallinen vuorovaikutussuhde, jossa kommunikatio on vastavuoroista. Suhde ei ole asiantuntija- eikä asiakaskeskeinen.
Kokkola ym. 2002	Asiakslähtöisyys pohjautuu ihmisarvoon, ihmisen kunnioittamiseen, yhdenvertaisuuteen, rehellisyyteen ja hoidon tai palveluiden jatkuvuuteen. Asiakslähtöisellä toiminnalla on vahvasti eettinen luonne ja se toteutuu dialogisessa vuorovaikutussuhteessa.
Kujala 2003	Tavoiteulottuvuus, jonka toteutuessa terveydenhuollon palvelut tuotetaan asiakkaiden odotusten ja tarpeiden mukaan ja siten kuin ne laissa (1992/785) on määritelty.
Michie ym. 2003	Kaksi erilaista näkemystä: 1) Potilaan näkökulman ja mielipiteiden huomioiminen ja 2) Potilaan aktivoiminen hoitonsa ja sairautensa hallintaan.
Picker Institute 2004	Potilaslähtöisen hoito koostuu potilaan arvojen, mielipiteiden ja tarpeiden kunnioittamisesta, hoidon koordinoimisesta ja integroimisesta, tiedonantamisesta ja opettamisesta, fyysisen hyvinvoinnin, emotionaalisen tuen ja sosiaalisten suhteiden huomioimisesta sekä toimivista järjestelyistä ja palveluketjuista eri hoitopaikkojen välillä.

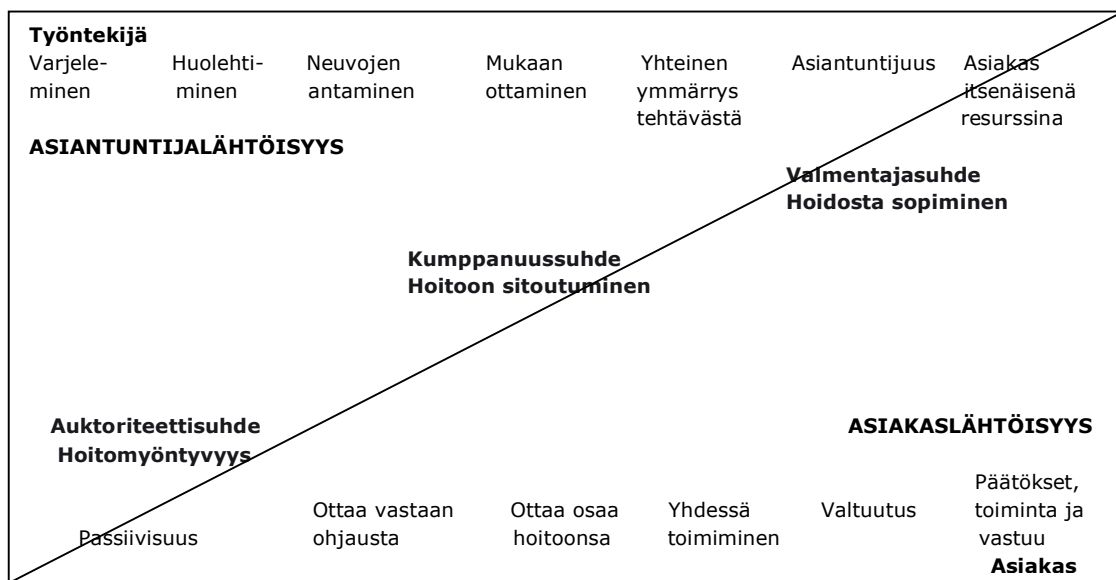
Taulukko 3 jatkuu

Taulukko 3. Asiakslähtöisyyden määrittelyjä (jatkoa)

Lähde	Asiakslähtöisyyden sisältö
Ristaniemi 2005	Asiakslähtöisyyden toteutuminen on prosessi, joka sisältää kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, yksilöllisten tavoitteinen asettamisen, yhteistoiminnan ja jatkuvan arvioinnin. Se on hyvää hoitoa ja keino päästä yhdessä asetettuihin tavoitteisiin.
Sidani ym. 2006	Potilaslähtöisen hoidon piirteitä ovat potilaan ymmärtäminen yksilönä omine luonteenpiirteineen, tarpeineen, arvoineen, uskomuksineen ja mielipiteineen sekä joustava ja mielekäs vastaaminen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin.
Leplege ym. 2007	Ihmislähtöisyydelle voidaan antaa neljä erilaista määritelmää 1) Huomio kiinnitetään henkilön yksilöllisiin piirteisiin ja elämään kokonaisuutena 2) Huomio kiinnitetään arkielämän toimintoihin ja henkilön ilmaisemiin ongelmiin 3) Henkilö nähdään oman elämänsä asiantuntija ja korostetaan osallistumista sekä voimaantumista 4) Ihmisen kunnioittaminen sairaudesta tai vammastaan huolimatta
Hobbs 2009	Potilaslähtöisen hoidon lähtökohta on potilaan haavoittuvuuden lievittäminen. Terapeuttinen sitoutuminen on prosessi, jonka avulla pyritään vähentämään tai poistamaan niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat uhkaa potilaan identiteetille.
Radwin ym. 2009	Potilaslähtöinen hoitotyö koostuu potilaiden tarpeisiin vastaamisesta, yksilöllisyydestä, koordinoinnista ja hoitajan asiantuntevuudesta.
Raunio 2009	Asiakkaiden omia käsityksiä ja toimintaa kunnioitetaan, asiakas saa itse vaikuttaa asioidensa käsittelyn aikatauluun ja etenemiseen, asiakas saa osakseen asiallista kohtelua ja toiminta perustuu asiakkaan kanssa yhdessä tekemiseen.

Leino-Kilpi (2009) on käyttänyt käsitettä liberalistinen hoitokäytäntö, jonka tavoitteena on tukea potilaan omia voimavaroja. Hoitokäytäntö on asiakslähtöinen ja vaatii työntekijältä kykyä ymmärtää terveyteen liittyviä merkityksiä sekä ihmisten erilaisia toimia ja tavoitteita terveyden saavuttamiseksi tai ylläpitämiseksi. Siinä painotetaan asiakkaan oikeutta saada tietoa, harkintaa ja omaa vastuuta toiminnastaan (Sirviö 2010). Routasalon ja tutkijaryhmän (2009) mukaan asiantuntijalähtöisyydestä tarvitaan siirtymistä kohti asiakkaiden omahoidon tukemista. Tällöin asiantuntijan rooli muuttuu auktoriteetista valmentajaksi ja yhteistyökumppaniksi. Samalla hoitomyyntyvyydestä siirrytään hoitoon sitoutumisen kautta kohti hoidosta sopimista. Kuviossa 3 kuvataan työntekijän ja asiakkaan välistä yhteistyösuhdetta. Auktoriteettisuhde on työntekijälähtöinen ja siinä asiakkaan rooli on passiivinen vastaanottaja. Työntekijä tekee päätökset,

joihin asiakkaan odotetaan myöntävän. Kumppanuussuhde on neuvotteleva ja siinä pyritään yhteiseen päätökseen, johon sitoudutaan. Asiakaslähtöisin yhteis-työsuhde on valmentajasuhde, jossa toimenpiteet räätälöidään asiakkaan tavoit-teisiin ja elämäntilanteeseen sopiviksi. Asiakas hyödyntää työntekijän ammatti-taitoa ja asiantuntemusta. (Leino-Kilpi 2009; Routasalo ym. 2009.)



Kuvio 3. Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde asiantuntijalähtöisestä auktoriteettisuhteesta asiakaslähtöiseen valmentajasuhteeseen (mukailten Leino-Kilpi 2009; Routasalo ym. 2009)

Kuviossa 3 esitetty asiakaslähtöinen valmentajasuhde tiivistää eri tutkijoiden näkemyksen asiakaslähtöisyydestä. Asiakaslähtöisen toiminnan perustana on asiakkaan yksilöllisyyden (Latvala 1998; 2002; Latvala ym. 2004; Sorsa ym. 2004; Ristaniemi 2005; Sidani ym. 2006; Robinson ym. 2008), asiantuntijuuden (Järvi-koski 1994; Ala-Kauhaluoman 2000) mielipiteiden, käsitysten (Michie ym. 2003), kokemuksen (Kokkola ym. 2002) sekä voimavarojen (Järvikoski 1994; Latvala ym. 2004; Routasalon ym. 2009) huomioiminen ja kunnioittaminen (Ristaniemi 2005; Raunio 2009).

Asiakaslähtöinen työ perustuu asiakkaan esittämään tarpeeseen (Kokkola ym. 2002) ja hänen kanssaan yhdessä tekemiseen (Raunio 2009) Tavoitteena on tukea asiakkaan omahoitoa (Routasalon ym. 2009) ja osallisuutta (Michie ym. 2003; Latvala ym. 2004; Ristaniemi 2005; Robinson ym. 2008). Asiakkaan ja työntekijän suhde on tasa-arvoinen, dialoginen vuorovaikutussuhde (Ala-

Kauhaluoma 2000; McCormack 2003a; Mönkkönen 2007), jossa työntekijä on asiakkaan yhteistyökumppani, konsultti tai valmentaja (Järvikoski 1994; Leino-Kilpi 2009; Routasalo ym. 2009).

2.2.2 Asiakkaan kokemusta ja toimintaa kuvaavia käsitteitä

Voimaantuminen

Masterson ja Owen (2006) toteavat, että voimaantuminen (empowerment) on käsite, jota käytetään laajasti eri tieteenaloilla. Käsite on niin suosittu, että sen on sanottu jo olevan merkityksetöntä retoriikkaa. Siitosen (1999) mukaan voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, voimaa ei voi antaa toiselle. Voimaantumiseen vaikuttavat kuitenkin ympäristön olosuhteet, joten tietysti ympäristössä voimaantuminen voi olla todennäköisempää kuin toisessa. Fitzsimons ja Fuller (2002) lisäävät, että voimaantuminen on paitsi prosessi myös lopputulos, asenne ja arvojärjestelmä. Voimaantuminen tapahtuu toimijuuden ja osallistumisen kautta (Linhorst & Eckert 2003; Antikainen-Juntunen 2005) ja sillä on yhteyttä ihmisen hyvinvointiin (Siitonen 1999; Fitzsimons & Fuller 2002).

Leino-Kilpi tutkijaryhmineen (1999) sekä Huuhka ja Suominen (2010) käyttävät empowerment-käsitteestä suomenkielistä käsitettä sisäinen hallinta. Kun henkilöllä on terveysongelma, voidaan sisäinen hallinta jakaa seitsemään sisältöalueeseen. Nämä ovat biologis-fysiologinen (oireiden hallinta), toiminnallinen (kyky toimia elämänhallintaa edistävästi), tiedollinen (riittävä tieto ja tiedonhankintakyvyt), sosiaalis-yhteisöllinen (kokemus yhteisön jäsenyydestä, hyväksymisestä), kokemuksellinen (myönteiset, minäkuva vahvistavat kokemukset), eettinen (kokemus arvostuksesta ja ainutlaatuisuudesta) sekä ekonominen (taloudellinen selviytyminen). (Leino-Kilpi ym. 1999; Leino-Kilpi 2009; Huuhka & Suominen 2010.)

Stigma, puutteelliset kognitiiviset kyvyt, lääkkeiden sivuvaikutukset, motivaation puute, organisaation hierarkkiset ja byrokraattiset rakenteet sekä henkilökunnan vastustus vähentävät mielenterveyskuntoutujien mahdollisuutta voimaantumiseen (Finfgeld 2004). Linhorst ja Eckert (2003) toteavat, että henkilöitä, joilla on vaikeita mielenterveyden ongelmia, voidaan auttaa voimaantumaan vaikuttamalla niin asiakkaan sisäisiin tekijöihin (oireiden hallinta, päätöksentekotaidot) kuin ulkoisiin ehtoihin (resurssit, kannustimet, päätöksentekorakenteet, valinnanmahdollisuudet, tukea antava organisaatio).

Voimaantumista voidaan tarkastella sekä yksilö- että yhteisötasolla. Yksilötasolla voimaantuminen voidaan nähdä joko psykologisena tai konsumeristisena mallina. Psykologisessa mallissa voimaantuminen on prosessi, jonka päämääränä on persoonallinen kasvu ja lisääntynyt itseluottamus. Konsumeristisessä mallissa keskiössä on oman elämän hallinta, itsehoito ja vallan uudelleen jako. (Ryles 1999; Masterson & Owen 2006.) Ihmisen sisäisiä tai psykologisia tekijöitä, jotka liittyvät voimaantumiseen, ovat muun muassa kontrollintunne, kyvykkyys, vastuullisuus, osallistuminen ja tulevaisuuteen suuntautuminen (Kosciulek 1999; Kosciulek & Merz 2001).

Voimaantumisen yhteisöllisen mallin perusajatuksena on, että ihmisillä on yhteisiä tarpeita, joihin voidaan vastata erilaisilla toimilla. Tavoitteena voi olla laajojen toimien avulla aikaansaada yhteiskunnan sosiaaliin ja taloudellisiin voimasuhteisiin rakenteellisia muutoksia. Toiminta voi olla myös pienimuotoista ”ruohonjuuritason” toimintaa. Parhaiten voimaantuminen toteutuu, jos pystytään vaikuttamaan kaikkiin yllä mainittuihin voimaantumisen tasoihin. (Masterson & Owen 2006; myös Clark & Krupa 2002.) Voimaantumiseen liittyviä sosiaalisia tai situationaalisia tekijöitä ovat mahdollisuus kontrolloida käytössä olevia resursseja, vuorovaikutus-, työ- ja järjestelykyvyt sekä kyky toimia erilaisissa yhteisöissä (Kosciulek 1999; Kosciulek & Merz 2001).

Itsemäärääminen ja autonomia

Itsemäärääminen on osa ihmisyyttä ja merkityksellinen ihmisen hyvinvoinnille (Välimäki 2004). Se on myös hoitotyön tärkeimpiä arvoja ja eettisiä periaatteita (Välimäki 1998; Hansen 2004). Autonomialla tai itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä sekä taitoa toimia niiden mukaisesti (Välimäki 2009). Itsemääräävä henkilö pystyy vaikuttamaan itseään koskeviin asioihin. Hoitotilanteissa se merkitsee potilaan oikeutta hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja tietoiseen suostumukseen, mutta myös oikeutta hoidosta kieltäytymiseen, vapaaseen mielipiteiden ilmaisuun tai oikeutta olla tekemättä päätöksiä. (Naukkarinen 2008.)

Välimäen (1998) tutkimustulosten mukaan psykiatriset potilaat kuvasivat itsemääräämisen toteutuvan kahdella eri tavalla. Joillekin itsemäärääminen oli toimijuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihin. Toisille itsemäärääminen toteutui suhteessa toisiin henkilöihin. Tämä vuorovaikutuksessa toteutuva itsemääräämisoikeus voi olla jaettua, rajoitettua tai se voi puuttua kokonaan. (Välimäki 1998; 2004.) Autonomia edellyttää, että ihmisellä on tiettyjä kykyjä eli kompetensseja. Ajattelun kompetenssi tarkoittaa realistista käsitystä todellisuudesta ja tiedon hankinnan, harkitsemisen sekä päätöksen teon kykyjä. Tahdon

kompetenssi on yksilön kyky pitää kiinni tehdyistä päätöksistä. Toiminnan kompetenssi viittaa kehon fyysisiin ja ajattelun toimintoihin. (Välimäki 2009.) Lisäksi itsemäärääminen edellyttää työntekijöiltä potilaan ja asiakkaan itsemääräämisen toteutumisen tukemista. Henkilökunta voi tukea antamalla tietoa, kuuntelemalla ja rohkaisemalla sekä edesauttamalla luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentumista. (Naukkarinen 2008.)

Se, etteivät työntekijät rohkaise ja mahdollista asiakkaan osallistumista, voi kertoa professionaalista paternalismista (Goodwin & Happell 2007). Paternalistinen hoitokäytäntö tarkoittaa toimimista toisen hyväksi kysymättä tämän omaa mielipidettä tai suostumusta asiaan. Paternalismi on jaettu oikeutettuun ja ei-oikeutettuun, heikkoon ja vahvaan sekä pehmeään ja kovaan paternalismiin. (Leino-Kilpi 2009.) Oikeutettuna päätöksentekoa asiakkaan puolesta voidaan pitää esimerkiksi silloin, kun epäillään hänen vaarantavan oman terveytensä tai muiden turvallisuuden. Itsemääräämisoikeuden ja liiallisen holhoavuuden, syyllistämisen ja pakottamisen rajankäynti on tärkeää niin yleensä sosiaali- ja terveydenhuollossa kuin myös terveyden edistämisessä sekä mielenterveys- ja päihdetyössä (Breeze 1998; Pietilä ym. 2010). Milloin on oikeus tai velvollisuus puuttua henkilön päihteiden käyttöön tai käyttäytymiseen? Milloin henkilöllä ei vaikkapa psyykkisen sairautensa vuoksi ole kompetensseja tehdä rationaalisia päätöksiä?

Itsemääräämisoikeus ei ole rajoittamaton tai absoluuttinen, koska päätökset ja toiminta vaikuttavat myös muihin ihmisiin. Itsemäärääminen hoitotilanteissa voidaan määritellä oikeutena osallisuuteen ja myötämääräämiseen niissä asioissa, jotka koskettavat ihmistä itseään. Emotionaalinen osallisuus tarkoittaa kokemusta siitä, että on tärkeä ja arvokas. Älyllinen osallisuus on kokemus kuuluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Sosiaalinen osallisuus tarkoittaa, että ihminen on osa sosiaalista kokonaisuutta ja että hän pystyy vaikuttamaan päätöksentekoon. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009.)

Itsemääräämisoikeuden varjolla ei voi siirtää henkilökunnan vastuuta asiakkaalle tai hylätä avun tarpeessa olevaa henkilöä (ETENE 2004; 2008; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009). Jos autonomia nähdään tärkeimpänä toimintaa ohjaavana arvona ja periaatteena, seuraukset voivat olla päinvastaiset kuin mitä tavoitellaan. Asiakkaat voivat kokea olevansa pakotettuja päätöksentekoon, mikä voi vähentää heidän voimaantumistaan ja itsemääräämistään. (Hansen 2004.)

Sosiaalinen inkluusio

Käsite inkluusio voidaan myös suomentaa osallisuudeksi. Järvikoski ja tutkijaryhmä (2009) määrittelevät inkluusion yhteiskuntateoreettiseksi käsitteeksi, joka

ilmiönä liittyy kansalaisuuteen. Käsite on syrjäytymisen tai syrjäyttämisen (ekskluusio) vastinpari ja määritellään usein sen kautta (Hayes ym. 2008). Inkluisio liittyy mahdollisuuteen ja resursseihin osallistua taloudelliseen, poliittiseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen toimintaan ja instituutioihin (Walker & Wigfield 2004; WHO 2008).

Sosiaalinen inkluisio ja osallistuminen kuvaavat yksilöiden ja yhteisöjen välistä suhdetta, yksilön mahdollisuutta omista lähtökohdistaan käsin kuulua ja ottaa osaa perheiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan arkeen. Käsitteet kuvaavat sekä toivottua lopputulosta että keinoja, joilla tuohon lopputulokseen on mahdollista päästä. Sosiaalisen inkluisioon ja osallistumisen keskeiset osa-alueet ovat kuuluminen (yhteiskuntaan), inkluisio (yhtäläiset mahdollisuudet päästä esimerkiksi työmarkkinoille, palveluihin, instituutioihin, sosiaalisiin verkostoihin), osallistuminen (yhteisöihin, päätöksentekoon), (erilaisuuden) hyväksyminen ja laillisuus (kansalais- ja poliittisten oikeuksien turvaaminen). (Bromell & Hyland 2007.)

Taulukossa 4 esitän yhteenvedon edellä käsiteltyjen asiakkaan kokemusta kuvaavien käsitteiden määritelmistä.

Taulukko 4. Asiakkaan kokemusta ja toimintaa kuvaavien käsitteiden määrittelyä

KÄSITE	MÄÄRITELMÄ	LÄHDE
Voimaantuminen (empowerment)	Ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, lopputulos, asenne ja arvojärjestelmä. Voimaantuminen tapahtuu toimijuuden ja osallistumisen kautta.	Siitonen 1999 Fitzsimons ja Fuller 2002 Linhorst & Eckert 2003 Antikainen-Juntunen 2005
Itsemäärääminen ja autonomia (self-determination, autonomy)	Hoitotyön tärkeimpiä arvoja ja eettisiä periaatteita. Autonomialla tai itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä sekä kykyä toimia niiden mukaisesti.	Välimäki 1998; 2009 Hansen 2004
Sosiaalinen inkluisio (social inclusion)	Yhteiskuntateoreettinen käsite, joka liittyy kansalaisuuteen. Käsite on syrjäytymisen tai syrjäyttämisen (ekskluusio) vastinpari. Inkluisio liittyy mahdollisuuteen osallistua taloudelliseen, poliittiseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen toimintaan ja instituutioihin.	Walker & Wigfield 2004 Hayes ym. 2008 Järvikoski ym. 2009

3 *Mielenterveys- ja päihdetyön toimintaympäristö*

3.1 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN MÄÄRITTELYÄ

Suomessa kunnat vastaavat lakisääteisten sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä. Kuntien ei tarvitse itse tuottaa kaikkia palveluita, vaan niiden tehtävänä on varmistaa, että kunnassa on tarjolla lakisääteisiä palveluja tarvetta vastaava määrä. Kuntien itsemääräämisoikeus palveluiden järjestämisen suhteen merkitsee myös hajautettua päätöksentekoa ja useita erilaisia tapoja järjestää palvelut. (Raunio 2007.)

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan

”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä”.

Lavikainen kollegoineen (2004) määrittelee mielenterveystyön pitävän sisällään mielenterveyden edistämisen, ongelmien ehkäisyn ja hoidon sekä kuolleisuuden ehkäisyn niin yksilö-, ryhmä-, yhteisö- kuin yhteiskunnallisellakin tasolla.

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Mielenterveyspalveluiden tulisi vastata sekä sisällöltään että laajuudeltaan alueella esiintyvään tarpeeseen. Lain mukaan avopalvelut ovat ensisijaisia, ja kaikkineen palvelujärjestelmän tulisi tukea oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Sairaanhoidopiirin kuntainliiton vastuulla ovat erikoissairaanhoidona annettavat mielenterveyspalvelut alueellaan. Lisäksi sairaanhoidopiirin tehtävänä on koordinoida alueellista yhteistyötä, arvioida mielenterveyspalveluiden tarvetta ja pyrkiä kehittämään näitä palveluita (Lassila 2006).

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laissa päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa sekä muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta.

Edelleen laissa (1986/41) todetaan kunnan velvollisuudeksi huolehtia siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palveluiden ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon vastuulle. Päihdehuollon palveluihin on oikeus henkilöllä, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Lisäksi perheellä ja läheisillä on mahdollisuus saada palveluita. Palveluiden järjestämisessä tulisi huomioida se, että tuetaan asiakkaiden oma-aloitteista palveluihin hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Hoito perustuu luottamuksellisuuteen ja toiminnassa ensisijaista on päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu.

Päihdetyö on käsitteenä laajempi kuin lain tarkoittama päihdehuolto. Päihdetyö on osa kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävä toimintaa ja se edellyttää monien toimijoiden ja hallinnonalojen yhteistyötä. Päihdetyö kattaa ehkäisevän päihdetyön sekä päihdehoitoon ja kuntoutukseen liittyvien päihdepalvelujen järjestämisen. Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. (Stakes 2007.) Päihdehoito voi vaihdella lyhytaikaisesta avohoidosta pitkäaikaiseen avo- tai laitoshoidon toteutettavaan hoitoon. Kuntoutus on käsitteenä laaja-alaisempi kuin hoito. Kuntoutus sisältää hoidon lisäksi myös muun, kuten yhteisöllisen ja sosiaalisen tuen sekä asiakkaan sosiaalis-taloudellisen ympäristön, kuten asumisen, työn, koulutuksen ja toimeentulon huomioimisen. (Päihdepalveluiden laatusuosituksen 2002.)

3.2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KEHITYS 1980–2000 -LUVUILLA

3.2.1 Suunnittelutaloudesta kohti kilpailutaloutta

Tarkasteltaessa mielenterveyspalveluita Suomi pysyi pitkään kansainvälisesti vertailtuna hyvin laitosvaltaisena maana (Hyvönen 2004). Suomessa oli noin 20 000 psykiatrista sairaansijaa 1980-luvun alussa (Arki mielisairaalassa 1995). Psykiatrisen sairaalajärjestelmän purkaminen mahdollistui vasta 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin pitkään sairastaneita, jopa vuosikymmeniä sairaalassa viettäneitä potilaita alettiin kuntouttaa ja heille tarjoutui mahdollisuus siirtyä sairaalasta niin sanottuihin puoliavoimiin hoitomuotoihin. Tähän olivat osaltaan vaikutta-

massa kehittynyt lääkehoito sekä erityisesti näille ihmisille kehitetty ja hyvin soveltuva portaittainen kuntoutus. (Lehtinen ym. 1989.) Hyvönen (2004) on todennut, että sairaalapaikkojen vähentämiseen tähtäävän rakennemuutoksen taustalla oli taloudellisten seikkojen lisäksi myös ideologiseen muutokseen perustava suuntaus. Pyrkimyksenä oli inhimillistä hoitoa ja tarjota psykiatrisille potilaille erilaisia vaihtoehtoja.

Vuonna 1983 terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnittelussa alettiin osoittaa erikseen uusia virkoja mielenterveystoimistojen kehittämiseen, mikä vauhditti avohoidon kehitystä. Valtioneuvosto edellytti vuosina 1983–1989, että vähintään 20 prosenttia erikoissairaanhoidon kehittämiseen tarkoitetuista uusista viroista tulee vuosittain ohjata psykiatrisen hoidon voimavarojen jälkeenjääneisyyden poistamiseen painottaen erityisesti avohoitoa. (Lehtinen ym. 1989.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista (ns. VALTAVA-lainsäädäntö) astui voimaan vuonna 1984 (Lehtinen ym. 1989). Mielenterveystyön komitean mietinnössä vuonna 1984 korostettiin väestövastuisen, aluepsykiatrisen hoitojärjestelmän kehittämistä ja sairaalapaikkojen vähentämistä. Tavoitteena oli vähentää sairaansijat alle kahteen tuhanta asukasta kohti vuoteen 2000 mennessä. Vuonna 1986 sosiaali- ja terveysministeriön Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma ytyi mielenterveystyön komitean esittämiin tavoitteisiin psykiatristen laitospaikkojen vähentämisestä ja avohoidon sekä puoliavointen hoitomuotojen ja asuntolatoiminnan lisäämisestä (Nikkonen 1996; Korkeila 1998).

Suomessa toteutettiin vuosina 1979–1982 ehkäisevän mielenterveystyön koulutus, jonka tarkoituksena oli selkiyttää ehkäisevän mielenterveystyön käsitteellistä perustaa. Tavoitteena oli, että kunnallisiin mielenterveyspalveluihin saataisiin moniammatillisia asiantuntijoita kehittämään ehkäisevää työtä. Koulutuksessa korostettiin rakentavaa mielenterveystyötä, jossa huomio kohdistuu ihmisen kehittyviin ympäristösuhteisiin elämän eri vaiheissa. (Leiman 2007; Koivu & Haatainen 2010.)

Vuosina 1981–1987 toteutettiin laaja skitsofreniaa sairastavien potilaiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelma (Ojanen 1995). Kehittämisohjelman tarkoituksena oli kymmenen vuoden aikana vähentää pitkäaikaisessa psykiatrisessa laitoshoidossa olevien skitsofreniapotilaiden määrää puoleen. Toisena tavoitteena oli edelleen kehittää aluepsykiatrista mallia. (Korkeila 1998.) Toinen merkittävä hanke oli itsemurhien ehkäisyprojekti vuosina 1986–1992. Hankkeen tavoitteena oli kehittää keinoja itsemurhien ehkäisyyn ja vähentää itsemurhien määrää viidenneksellä. (Upanne 2007.) Leiman (2007) on todennut, että skitsofrenia- ja itsemurhaprojektien myötä rakentavan mielenter-

veystyön näkökulma katosi suomalaisesta mielenterveystyöstä ja tilalle tulivat lääketieteellistä preventionäkökulmaa edustavat kansanterveysohjelmat. Näissä kohde määritellään häiriönäkökulmasta ja tavoitteena on prevelenssi- ja insidenssilukujen pieneneminen.

Myös päihdehuolto Suomessa on ollut laitosvaltaista. Päihdehuollossa avokuntoutusta alettiin kehittää kokeiluluonteisesti vasta 1950-luvulla. Ensimmäinen kunnallinen A-klinikka perustettiin vuonna 1974. Valtionapujärjestelmä tuki palvelujärjestelmän kasvua ja erityisesti laitospalveluiden määrä kasvoi 1980-luvun loppuun saakka. (Kaukonen 1994; 2005.) Tämän jälkeen laitosten ja laitospaikkojen lisääntyminen alettiin nähdä sekä toiminnallisena että taloudellisenä ongelmana.

Raittiustyötä oli jo vuosikymmeniä tehty kuntien ja järjestöjen yhteistyönä. Vuonna 1984 voimaan tullut raittiustyölaki (1982/828) vei raittiustyötä lähemmäs terveys- ja elämäntapavalistusta ja edellytti raittiustoimelta tiiviimpää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Samalla kuntien raittiustyön resurssit lisääntyivät. Raittiusjärjestöjen rahoitus siirtyi Raha-automaattiyhdistyksen vastuulle 1988, mikä vaikutti niiden toimintaan ja resursseihin. Vuonna 1987 astui voimaan päihdehuoltolaki (1986/41), joka muun muassa velvoitti kuntia ehkäisemään päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden syntymistä sekä valvomaan ja tiedottamaan ongelmakäyttöön liittyvistä seikoista. Raittiustyön lisäksi alettiin puhua ehkäisevästä päihdetyöstä 1980-luvun puolivälissä. Ehkäisevän päihdetyön ja päihdehuollon yhteistyö alkoi lisääntyä kuntatasolla 1980-luvun loppupuolella. Kunnissa tehtiin myös hallinnollisia ratkaisuja, joissa ehkäisevän päihdetyön ja päihdehuollon tehtäviä yhdistettiin samaan yksikköön. (Alavaikko 2001; Taarnala 2005; Risku 2008.)

Heikkilä ja Julkunen (2003) toteavat, ettei asiakkaisiin tai palveluiden käyttäjiin liittyvä kiinnostus hyvinvointipalveluissa ole uusi asia. Palveluiden käyttäjiin kohdistuvat tutkimukset 1970- ja 1980-luvuilla liittyivät hyvinvointivaltion toimintaan, asiakkaiden ja viranomaisten väliseen kanssakäymiseen sekä hallinnon ja toimintatapojen kehittämiseen. Tutkimuksissa korostui palvelujärjestelmän näkökulma palveluiden käyttäjän kokemusten jäädessä vähemmälle huomiolle. Asiakas ”löytyi”, kun ryhdyttiin kehittämään työn sisältöjä ja analysoimaan työn kohdetta (Pohjola 1997).

Voidaan kuvata, että 1980-luvun mielenterveys- ja päihdetyössä oli nähtävissä piirteitä sekä hyvinvointivaltion alkuaikojen (1940-luvulta lähtien) laitosparadigmasta että kuntoutusparadigmasta, joka alkoi kehittyä jo 1960-luvulla. Aspvik (2003) onkin todennut, ettei näiden kahden paradigman välillä ole ristiä. Laitosparadigmaan liittyy ajatus asiakkaasta passiivisena toimenpiteiden

objektina, jota voidaan kutsua hoidokiksi tai holhokiksi. (Vuorela 2005.) Kuntoutusparadigmalle leimallista on porrasteinen kuntoutusjärjestelmä, jonka lopullisena tavoitteena on kuntoutua tavalliseen yhteiskuntaan. Mallissa yhdistyivät tasa-arvoperiaate ja muusta yhteiskunnasta eristetyt palvelut. Palveluiden käyttäjällä oli niukasti valinnanvapautta ja käytännössä valinnanmahdollisuus rajoittui joko standardoidun palvelun käyttämiseen tai sen ulkopuolelle jäämiseen. Asiakas oli saaja tai suojatti. (Vuorela 2005; myös Aspvik 2003.)

Potilaan aktivoimiseen ja osallistumiseen tähtäävää ideologiaa oli nähtävissä esimerkiksi yhteisohoidossa 1980-luvulla (Välimäki 2004). Muun muassa Isohanni (1983) korosti psykiatristen potilaiden aktiivisuuden tukemista ja osallistumisen lisäämistä. Vuonna 1970 perustetun Sopimusvuori ry:n terapeuttisissa yhteisöissä pyrittiin antihierarkkisuuteen, avoimuuteen, sallivuuteen, osallistumiseen, vallanjakoon ja vastuuseen (Anttinen & Ojanen 1984). Erilaisissa sosiaalisen kuntoutuksen ohjelmissa korostettiin potilaan omaa vastuuta, tavoitteiden asettamista ja valintojen tekemistä (Ojanen & Sariola 1986).

Eversin (2003) tarkastelun mukaan tämä ajanjakso kuvaa hyvinvointivaltiollista ja professionaalista mallia. Mielensterveys- ja päihdetyössä sekä -palveluissa pyrittiin universaaleihin, standardoituihin ja tasalaatuisiin palveluihin. Palveluiden laatu ajateltiin saavutettavan valtiollisen valvonnan ja toisaalta ammattilaisten omavalvonnan avulla. Yksittäisen asiakkaan ääni ei ollut mielenkiinnon kohteena. Niirasen (2002) jaottelussa 1980-luvun mielensterveys- ja päihdetyön asiakas on kohdeasiakas, jonka rooliin kuuluu noudattaa annettuja ohjeita ja sitoutua työntekijän määrittämiin tavoitteisiin. Asiakkaan suhdetta palvelujärjestelmään kuvaavat käsitteet *loyalty*, *lojaalisuus* ja *riippuvuus* järjestelmästä, tai *exit* eli vetäytyminen palveluiden piiristä (Rajavaara 2008).

Kehitys kohti markkinoitumista ja suunnittelutaloudesta kohti kilpailutaloutta alkoi jo 1980-luvulla, ja kehitys kiihtyi 1990-luvulla. Näin asiakkuuteenkin alettiin liittää valinnanvapauden ja kuluttajuuden merkityksiä, mutta tällainen asiakkuuden määrittely ei välttämättä tarkoittanut potilas- tai palvelunkäyttäjäasiakasta. (Alasuutari & Lampinen 2006; Julkunen 2006.) Asiakkaan määrittelyyn tuli siis piirteitä kuluttaja-asiakkaasta (Niiranen 2002) ja palveluihin managerialistisia ja konsumeristisia ajattelutapoja (Evers 2003).

3.2.2 Siirtymä puolittaismarkkinoille

Vuonna 1994 tehdyn selvityksen mukaan (Arki mielisairaalassa 1995) valtaosa psykiatristen sairaaloiden potilaista oli tuolloin niin sanottuja pitkäaikaispotilaita eli heidän hoitonsa oli yhtäjaksoisesti kestänyt vähintään kolme kuukautta. Sairaalapotilaista lähes 40 prosenttia tuli hoitoon vastentahtoisesti. Tuorin

(1995) mukaan siirtyminen sairaalakeskeisyydestä avohoitokeskeisyyteen tapahtui ainakin vuoteen 1993 saakka hallitusti: ensin lisättiin avohoidon voimavaroja, jonka jälkeen vähennettiin psykiatrisia sairaansijoja. Lupaavasti alkanut psykiatrisen hoidon rakennemuutos kiihtyi 1990-luvun laman aikana. Psykiatristen sairaansijojen vähentämistä jatkettiin säästöjä tavoitellen (Nordling 2007). Julkisuudessa puhuttiin jopa psykiatristen potilaiden heitteillejätöstä (Salo 1996; Nikkonen 1998). Toisaalta tutkimukset (esim. Korkeila 1998) osoittavat, että Suomen julkinen psykiatrisen hoitojärjestelmä selvisi vaikeuksista huolimatta hyvin.

Yleissairaanhoidon ja psykiatrian väliseen yhteistyöhön velvoittava erikoissairaanhoidolaki (1989/1062) tuli voimaan vuonna 1991. Se yhdisti mielisairaanhoidopiirit ja keskussairaalapiirit sairaanhoitopiireiksi (Nordling & Ojanen 1990; Korkeila 1998). Osaltaan myös tämä integrointi heikensi mielenterveystyön asemaa ja asetti mielenterveyspalvelut marginaaliin suhteessa muuhun erikoissairaanhoidon (Eskola 2007a). Erikoissairaanhoidossa nopein supistaminen kohdistui nimenomaan psykiatriaan, jonka taloudellisia voimavaroja leikattiin vuosina 1990–1995 noin 25 prosenttia. Pääosin mielisairaaloista vähennettyjä voimavaroja ei suunnattu avohoidon kehittämiseen. (Kiikkala 1998; Taipale 1999.) Myös Kärkkäisen (2004) tutkimuksen mukaan sairaanhoitopiireissä leikattiin psykiatrian voimavaroja 1990-luvulla enemmän kuin somatiikan, mutta luotettavaa tietoa psykiatrian kokonaisresurssien menetyksestä ei ole saatavilla.

Arvioiden mukaan avohoidon resurssit eivät siis kasvaneet samassa suhteessa kuin laitoshoidon purettiin. Samalla henkilökuntamäärällä tuli hoitaa yhä enemmän ja huonompikuntoisia asiakkaita. (Kärkkäinen 2004; Harjajärvi ym. 2006.) Myös Skitsofreniaprojektin kymmenvuotisseuranta vuonna 1994 osoitti, etteivät suunnitelmat psykiatrisen avohoidon kehittämiseksi olleet toteutuneet (Salokangas ym. 2000). Vuoteen 1994 mennessä erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit kuitenkin lähes kaksinkertaistuivat vuosikymmenen vaihteen luvuista ja olivat kolminkertaiset vuoden 1980 käyntimäärin verrattuna. Avohoitopaikkojen määrä kaksinkertaistui vuodesta 1982 vuoteen 1992. (Korkeila 1998.) Avohoitokäynnit lisääntyivät 1990-luvun alussa, jonka jälkeen ne näyttivät taasoittuvan. Samaan aikaan psykiatrisia avohoitotyöryhmiä siirrettiin perusterveydenhuollon piiriin, joten ilmeisesti avohoitokäyntien määrä edelleen kasvoi. (Salokangas ym. 2000.)

Valtionosuusjärjestelmän uudistus 1990-luvun alussa mahdollisti sen, että kunnat saivat entistä vapaammin päättää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Yhdistettynä jo aikaisemmin mainittuun lamaan tämä sai aikaan erilaisia järjestelyjä myös psykiatrisen hoidon kentällä. Kuten edellä todettiin, esi-

merkiksi joissakin kunnissa psykiatrinen avohoito siirrettiin kokonaisuudessaan osaksi perusterveydenhuoltoa. Tavoitteena tällä oli yhteistyön parantamisen lisäksi myös erikoissairaanhoidon kustannuksista säästäminen. Kuntien erilaisien käytäntöjen on väitetty johtaneen palveluntarjonnan määrälliseen ja laadulliseen kirjavuuteen (Nikkonen 1996; 1998; Hyvönen 2004; STM 2004). Niin sanottujen puoliavointen hoitomuotojen järjestäminen on siirtynyt yksityisten palveluntuottajien tai yhdistysten vastuulle. Tällöin kunnat huolehtivat lakisääteisen velvollisuutensa palveluiden järjestämisestä ostamalla tarvitsemansa palvelut tuottajilta.

Valtionosuusjärjestelmän muutoksen jälkeen (vuonna 1993) myös sosiaalipalveluissa ryhdyttiin purkamaan muun muassa päihdehuollon kuntayhtymiä ja niitä muutettiin ostopalvelusuhteiksi (Kokko 2002). Taloudellinen lama vähensi kuntien halukkuutta laitosten käyttöön, mikä tarkoitti sitä, että laitostuntoutuksen kriteerejä kiristettiin ja kuntoutusjaksojen kestoa lyhennettiin (Kaukonen 1994). Laitokset ajautuivat kustannuskriisiin 1990-luvun alussa kuntien säästöjen takia (Kaukonen & Mäki 1996). Järjestöt ryhtyivät tuottamaan yhä suuremman osan päihdehuollon laitospalveluista ja kunnille jäi tilaajan ja maksajan rooli. 1990-luvun alussa päihdehuollon erityispalveluista noin kolmasosa tuotettiin järjestöpohjaisesti ja kymmenen vuotta myöhemmin jo yli puolet. (Kaukonen 2005.)

Laman ja valtionosuusuudistuksen myötä raittiustyön ja ehkäisevän päihdetyön resurssit ja asema heikkenivät (Risku 2008). 1990-luvun jälkipuoliskolla kunnallisen ehkäisevän päihdetyön koordinoitavastuu siirtyi Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (Stakes) perustetulle ehkäisevän päihdetyön ryhmälle. Järjestöjen työn koordinoinnista ryhtyi vastaamaan Terveystieteiden tutkimuskeskus Tekry ry. (Taarnala 2005.)

Päihde-ehtoisten asiointien määrä sosiaali- ja terveyspalveluissa kasvoi koko 1990-luvun ajan. Palveluiden käytössä korostui edelleen laitostaltaisuus eikä ympärivuorokautinen hoito ollut olennaisesti vähentynyt. Laitoshoitoa oli siirretty päihdehuollon kuntoutuslaitoksista sairaaloiden vuodeosastoille. Avopalveluiden käyttö lisääntyi päivätoimintojen määrän kasvaessa. Päihdetapauslaskentojen antaman kuvan perusteella valtaosa päihdeasiakkuuksista oli edelleen sosiaalitoimen ja päihdehuollon erityispalvelujen vastuulla. (Nuorvala ym. 2000.)

Kaukonen (2005) toteaa, että päihdehuollon laitostuntoutuksen kehityksessä oli sekä myönteisiä että kielteisiä puolia. Resurssien järkevän käytön ja asiakkaiden inhimillisen kohtelun kannalta pitkästä laitossijoituksista luopuminen oli myönteistä. Toisaalta kehitys on johtanut siihen, että yhä harvempi asiakas pää-

see laituskuntoutuksen piiriin. (Kaukonen 2005.) Erityisesti tämä valikoivuus on koskettanut kaikkein huono-osaisimpia päihteiden käyttäjiä, jotka eivät pysty säätelemään päihteiden käyttöään tai noudattamaan ennakoltasovittuja vastaanottoaikoja. Palvelujärjestelmä on jakautunut professionaaliseen yläkerrostumaan eli kuntouttavaan ja psykososiaaliseen työhön sekä alakerrostumaan, joka tarjoaa perusturvaa, puhtautta ja kontakteja. (Kaukonen 2000; Nuorvala ym. 2000)

Välimäen (2004) mukaan potilas- ja asiakaskeskeisyyden merkitys korostui Suomessa 1990-luvulla muun muassa eri ammattiryhmien eettisten normistojen kehittämisen ja lainsäädännön kautta. Mielenterveyslaissa (1990/1116) mainitaan, että mielenterveyspalvelut tulee järjestää ensisijaisesti avopalveluina. Niiden tulee myös tukea oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Merkittävä uudistus oli vuonna 1992 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Mielenterveyttä koskevat kysymykset, huoli mielenterveyspotilaiden asemasta ja palveluiden laadusta nousivat 1990-luvun lopulla julkiseen keskusteluun, mikä johti Mielekäs elämä -selvityksen laatimiseen (Hyvönen 2004).

Julkiselle sektorille pyrittiin soveltamaan yksityisen sektorin johtamistapaa 1990-luvulla muun muassa valtiosuusuudistuksen, managerialismin ja uuden julkisjohtamisen (new public management) avulla. Taustalla oli toive kustannusten hillinnästä ja toiminnan tehostamisesta (Kaukonen 2005). Siirryttiin kohti puolittaismarkkinoita, welfare mix - ja tilaaja-tuottaja -mallia (Niiranen 2002; Julkunen 2004), jossa palveluiden tuottamista säätelevät entistä enemmän markkinat ja kansalaistoiminta (Määttä & Kalliomaa-Puha 2006). Alasuutarin (2004) mukaan Suomen voimakas valtiokeskeisyys ja laaja julkinen sektori edesauttoivat muutosta kohti kilpailutaloutta. Muun muassa yksityisten sosiaalipalveluyritysten määrä kolminkertaistui 1990-luvulla (Kovalainen 2004). Eskola (2007a) on todennut potilas- ja omaisjärjestöjen kehittyneen nopeasti ja ottaneen lisääntyvää vastuuta mielenterveysongelmallisista. Järjestötyötä oli toki tehty aikaisemminkin: AA-toimintaa on ollut Suomessa vuodesta 1948 lähtien (www.aa.fi), vuonna 1965 perustettiin ensimmäiset potilastoimikunnat psykiatriin sairaaloihin ja vuonna 1971 Mielenterveyden keskusliitto (www.mtkl.fi). Ensimmäinen mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien omaisyhdistys perustettiin vuonna 1984 ja Omaisetsielenterveystyön tukena keskusliitto ry perustettiin vuonna 1991 Tampereella (www.omaisten.org).

Markkinoita ja valinnanvapautta korostava palvelujärjestelmä näkee palveluiden käyttäjän asiakkaana ja kuluttajana. Asiakkaan mielipiteet ja palaute ovat tärkeitä, jotta voitaisiin varmistaa palveluiden laatu, kehittää niitä ja kohdentaa

palvelut oikein. Palautetta kerätään erityisesti erilaisin asiakaskyselyin. (Pohjola 1997; Heikkilä & Julkunen 2003.) Asiakas on Niirasen (2002) jaottelussa kuluttaja-asiakas. Kuluttajuuteen liittyy valinnanmahdollisuus, mikä taas edellyttää sitä, että asiakkaalla on tietoa eri vaihtoehtoista ja kykyä vertailla niitä.

Eversin (2003) luokituksessa 1990-lukua kuvaavat managerialismi ja konsumerismi, vaikka hyvinvointivaltiollinen ja professionaalinen ajattelutapa sekä osallistumisen malli eritoten järjestöjen työn kautta olivat myös vaikuttamassa. Palveluiden käyttäjien asemaa turvattiin laeilla (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja myöhemmin laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812). Jollei palvelun käyttäjällä kuitenkaan ole tarvittavia tietoja ja taitoja, hän ei voi ”käyttää ääntään” (voice) eli antaa palautetta tai valittaa palveluista. Aina ei myöskään ole tarjolla vaihtoehtoisia palveluita tai mahdollisuuksia niiden käyttämiseen, joten exit-vaihtoehtokaan eli palvelun vaihtaminen toiseen ei ole käytettävissä. (Rajavaara 2008.) Tällöin vaihtoehdoksi jää lojalty, tyytyminen palveluihin, tai neglect, niiden ulkopuolelle jääminen.

3.2.3 Kohti osallistumista ja uusia haasteita

Mielenterveystyö

Vaikka psykiatrisia sairaalapaikkoja on Suomessa vähennetty, on hoitojärjestelmä edelleen kansainvälisesti arvioituna laitosvaltainen. Huolestuttavaa on lisäksi se, että tahdonvastaisen sairaalahoidon osuus on Suomessa eurooppalaisittain suuri. Avopalveluiden saatavuus on alhainen, mikä osaltaan selittää pakkohoidon suhteellisen suurta osuutta. Matalan kynnyksen toimipisteillä, etsivällä työllä sekä liikkuvilla työryhmillä voidaan parantaa varhaisen tuen ja hoidon saatavuutta sekä siten ehkäistä tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen syntymistä. (Wahlbeck & Pirkola 2008; ks. myös Moring 2010.)

Salokangas ja tutkijaryhmä (2000) ovat selvittäneet psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisen aiheuttamia seurauksia. Sekä Suomessa että kansainvälisesti hoitoajat psykiatrisissa sairaaloissa ovat lyhentyneet, mutta sairaalaan palaaminen on lisääntynyt. Näyttää siltä, että sairaalaan yhä uudelleen palaavia potilaita luonnehtii sosiaalinen vähäosaisuus, vajaakykyisyys sekä asunnottomuus. Sairaansijojen vähentäminen on tuonut esiin uuden potilassukupolven, jolla ei ole taustalla pitkää laitoshoidoa, mutta joka muuten on riippuvainen psykiatrisesta hoitojärjestelmästä ja sosiaaliturvasta. (Salokangas ym. 2000.)

Hoitoaikojen lyhentyessä ja palvelujärjestelmän muuttuessa avohoitopainotteisemmaksi omaisten vastuu sairastuneen läheisensä hyvinvoinnista ja arkipäivän elämästä on kasvanut ja omaisista on tullut tärkeä lisäresurssi ja voima-

vara viralliselle hoitojärjestelmälle (Nyman & Stengård 2001; Wahlbeck 2007). Useissa yhteyksissä on korostettu huomion kiinnittämistä omaisten jaksamisen tutkimiseen ja tukemiseen (Salokangas ym. 2000; Nyman & Stengård 2001; Jähi 2004; STM 2004; Stengård 2005).

Vaikka ehkäisevä työ ja ongelmien varhainen tunnistaminen ovat keskeisessä asemassa kaikissa ajankohtaisissa mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvissä valtakunnallisissa ohjelmissa ja hankkeissa (Bäckmand & Lönnqvist 2009), on mielenterveystyö edelleen painottunut häiriöiden hoitoon. Mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy ja psykososiaalinen kuntoutus ovat jääneet monissa kunnissa liian vähälle huomiolle (Wahlbeck 2007). Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveystyö toteutuvat pääosin julkisen sektorin ulkopuolella erilaisissa kokeiluissa ja kehittämishankkeissa (Koivu & Haatainen 2010; Nordling 2010). Markkinoistuminen ja tuotteistaminen asettavat omat haasteensa mielenterveyden edistämiseksi. Leimanin (2007) mukaan se vaatii työmenetelmien pukemista formaattimuotoon ja niiden vaikuttavuuden osoittamista. Lisäksi haasteena on se, kuinka nämä näyttöön perustuvat, ”pake-toidut” toimintaohjelmat saadaan soveltumaan yksilöiden moninaisiin tarpeisiin ja erilaisiin paikallisiin toimintaympäristöihin.

Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on vielä kesken, ja niin mielenterveystyön kuin mielenterveyspalvelujenkin kehittäminen tulee pysymään kuntien suurena haasteena myös jatkossa (Harjajärvi ym. 2006; Wahlbeck 2007). Mielenterveyspalvelujen saatavuus vaihtelee alueellisesti (Wahlbeck & Pirkola 2008) ja kuntien välillä on eroja palveluiden järjestämisen tavoissa ja palveluiden monimuotoisuudessa (Harjajärvi ym. 2006; myös Koponen ym. 2008). Mielenterveystyön kokonaisuuden johtaminen ei ole selkeää ja palvelujärjestelmää leimaa hajanaisuus ja koordinaation puute (Harjajärvi ym. 2006; Lassila 2006).

Samalla kun psykiatristen sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt, on erilaisien mielenterveystyöntekijöille suunnattujen asumispalveluiden määrä lisääntynyt (Wahlbeck & Pirkola 2008). Asumispalveluiden laatuun ja niiden toiminnan kuntouttavuuteen tulisi kiinnittää huomiota (Nordling ym. 2008). Salo (1996) on kritisoinut laitoshoidon muuttumista avohoidoksi. Hän kyseenalaistaa sen, onko mitään todellista muutosta edes tapahtunut. Onko todellisuudessa käynyt niin, että psyykkisistä häiriöistä kärsivät on sairaalan sijaan laitostettu avohoitoon? Tällöin ei ole tapahtunut aitoa muutosta asenteissa kohti erilaisuuden sietämistä, yhteisvastuullisuutta, asiakkaan itsemääräämisoikeuden lisääntymistä tai valinnanvapautta. Myös Eskola (2007b) on ollut huolissaan osittain yksityistettyjen asumispalveluiden valvonnasta ja toiminnan sisällöstä. Hän kutsuu tätä ”heikosti valvotuksi uuslaitosjärjestelmäksi” ja ”osin privatisoiduksi

B-sairaalamalliksi” (Eskola 2007b, 34). Palvelujärjestelmän kehittämässä tulisi ottaa huomioon se, ettei pitkäaikaista laitoshoidoa korvattaisi toisella, vaan että mielenterveyspalveluita käyttävien henkilöiden sosiaalinen osallisuus samalla lisääntyisi (Wahlbeck & Pirkola 2008; ks. myös Karlsson & Wahlbeck 2010).

Päihdetyö

Tarkasteltaessa päihdetyön ja -palveluiden kehitystä 2000-luvun alkupuolella voidaan todeta, että päihdeistä alkoholi on edelleen hallitsevassa asemassa päihde-ehdoissa asioinneissa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Päihdetapauslaskennan perusteella päihde-ehdoissa asioinneissa yhdeksän kymmenestä asiakkaasta oli vuonna 2007 käyttänyt alkoholia (Nuorvala ym. 2008). Alkoholi on yleisin ja eniten kansanterveydellistä haittaa aiheuttava päihde Suomessa (Romppanen 2005). Vuonna 2009 alkoholia kulutettiin noin 10,2 litraa asukasta kohti (100 prosenttisena alkoholina) (THL 2009). Aikuisväestöstä 88 prosenttia ilmoittaa käyttävänsä alkoholia ja 6–12 prosenttia alkoholinkäyttäjistä arvioidaan olevan suurkuluttajia (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008). Juomatapatutkimuksen yhteydessä tehdyn huumeiden käyttöä koskeneen kyselyn mukaan huumeita oli käyttänyt elinaikanaan 9,8 prosenttia vastaajista ja viimeisen vuoden aikana 2,3 prosenttia. Vuodesta 1992 huumekokemusten yleisyys on karkeasti ottaen kaksinkertaistunut. Säännöllisiä huumeiden käyttäjiä Suomessa arvioidaan olevan noin 30 000, joista noin puolet (11 000–14 000) on amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjiä. (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002.)

Ehkäisevän päihdetyön toteutusta ja kehittämistä leimaavat erilaiset projektit (Alavaikko 2001). Valtakunnan tasolla ehkäisevää päihdetyötä ohjaavat määräaikaiset ohjelmat, kuten Alkoholiohjelma 2008–2011, Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta vuosille 2008–2011 ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ylläpitää ehkäisevän päihdetyön aluekehittäjäverkostoa, järjestää koulutusta ja ylläpitää Neuvoantavat -päihdetyön sivustoa. (Risku 2008.)

On esitetty, että päihdehuollon palvelurakennemuutos on jäänyt yleisissä tarkasteluissa vähällä huomiolla eikä palvelurakenteen kehittämiseksi ole löytynyt vastuun kantajaa. Akuuttipalveluiden saatavuus on vähentynyt ja laitoshoidtoa on tarjolla yhä harvemmalle (Kaukonen 2005). Avopalveluja ei ole lisätty samassa suhteessa kuin laitospalveluita on supistettu. Seurauksena on ollut terveyspalvelujen käytön ja sairaalahoitojen lisääntyminen. Päihdepalveluiden tarjonta maan eri osien välillä on jakautunut epätasaisesti, ja palveluiden saatavuudessa on suuria pulmia osassa Suomea. Päihdepalveluita tarvitsevat asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa riippuen siitä, missä he asuvat. (Kekki & Par-

tanen 2008.) Lisääntyvät päihdeongelmat ja niihin liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset haitat ovat kasvava huolenaihe. Vain osa haitoista kohdistuu itse alkoholin käyttäjään, ja päihdeongelmilla on usein laajojakin kerrannaisvaikutuksia lasten ja perheiden elämään sekä työelämään (Eronen ym. 2005; Suomen alkoholiolot... 2009).

Vaikuttaa myös siltä, että laitostuntoutuksen vähentäminen ja asiakkaiden valikoituminen ovat johtaneet siihen, että kaikkein huono-osaisimpien palveluita on vähennetty eniten (Leskinen 1999; Eronen ym. 2005). Päihde-ehdoisiin asiointeihin liittyvät kynnykset ovat korkeita avohoidossa, ja käytännöt hoitopääsyn ja ajanvarauksen suhteen ovat tiukentuneet entisestään. Vaarana on, että moniongelmaiset tai vaikeina koetut asiakkaat joutuvat syrjään päihdehuollon palvelujärjestelmästä niin sanottujen matalan kynnyksen yksiköiden vastuulle. Näillä taas ei välttämättä ole resursseja vastata asiakkaiden tarpeisiin. (Nuorvala ym. 2008; myös Julkunen 2006; Törmä 2009). Makkonen (2006) toteaa, että ennakkoon varattuihin keskusteluaikoihin sopeutumattomat, kyvyttömät tai haluttomat asiakkaat saattavat palvelujärjestelmässä leimautua motivoitumattomiksi ja ovat vaarassa jäädä ilman hoitoa. On muodostunut uusi asiakasryhmä, vaikeasti autettavat. Puhuminen vaikeista asiakkaista luo kuvaa siitä, että palvelujärjestelmä olisi oikea ja toimiva, mutta jotkut asiakkaat ovat väärä. (Juuhila 2006.)

Yhteisiä haasteita

Erään suuren haasteen sekä mielenterveys- että päihdepalveluille asettavat niin sanotut kaksoisdiagnosipotilaat, joille ei tällä hetkellä vaikuta olevan paikkaa hoito- ja palvelujärjestelmässä. Vuoden 2003 päihdetapauslaskennassa sosiaali- ja terveystaloudessa asioineista päihdeasiakkaista 37 prosentilla oli myös jokin mielenterveyden häiriö (Nuorvala & Metso 2004). Vuoden 2007 laskennassa vastaava luku oli 48 prosenttia (Nuorvala ym. 2008). Perinteisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaita on hoidettu erillisissä hoitopaikoissa, joko samanaikaisesti tai perättäisesti. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että yhtäaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoito olisi vaikuttavinta toteuttaa integroidusti. (Aalto 2007; 2008; Suojarvi 2009.)

Resurssiohjauksesta on 2000-luvulla siirrytty informaatio-ohjauksen aikakauden, jolloin sosiaali- ja terveystaloudellisten kehittämistä pyritään ohjaamaan erilaisten suositusten ja ohjeiden avulla. Laatusuosituksia on julkaistu esimerkiksi mielenterveyspalveluista (2001), päihdepalveluista (2002), ehkäisevästä päihdetyöstä (2006), terveyden edistämisestä (2006) ja mielenterveyskuntoutuksen asumispalveluista (2007). Lisäksi on laadittu joukko käypä hoito -suosituksia,

joista mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä ovat ainakin käypä hoito -suositukset depressiosta (2004/2009), alkoholiongelmaisen hoidosta (2005), huumeongelmaisen hoidosta (2006), skitsofreniasta (2001/2008), epävakaasta persoonallisuudesta (2008) sekä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (2008). Informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta on kritisoitu, koska vaikuttaa siltä, ettei kehittämissuosituksia ole viety käytäntöön. (Lassila 2006; Wahlbeck 2007; ks. myös Saari 2010.)

Toinen valtio-ohjauksen toteuttamismuoto on valtion projektirahoitus, jonka avulla pyritään ohjaamaan kehittämistyötä (Alavaikko 2006; Eskola 2007b). Projekti voidaan määritellä kertaluonteiseksi, määräaikaiseksi tehtäväksi, joka pyrkii yleensä luomaan uutta ja saamaan aikaan muutosta. Muutoksen oletetaan olevan jotain positiivista, muutosta parempaan ja kehittymistä. (Seppänen-Järvelä 2004.) Projektien määrän kasvu on ollut jopa niin runsasta, että voidaan puhua projektityhteiskunnasta (Rantala & Sulkunen 2006). Laajoja kehittämissuunnitelmia on syntynyt 2000-luvulla (Leiman 2007; Koivu & Haatainen 2010). Näitä ovat muun muassa Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo-hanke, Välittäjä 2009 -hanke sekä Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke. Parhaimmillaan kehittämissuunnitelmat tarjoavat kunnille ja toimijoille mahdollisuuden kehittää ja pilotoida jotain uutta toimintatapaa tai -mallia. Pahimmillaan ne johtavat projektien kaaokseen, jossa kuntien lakisäateistä toimintaa ylläpidetään määräaikaisten projektien avulla. On myös kyseenalaistettu sitä, saadaanko projekteilla aikaan pysyviä toimintatapojen tai resurssien muutoksia (Koivu & Haatainen 2010; Saari 2010). Tätä voidaan epäillä erityisesti hyvin lyhytkestoisissa hankkeissa. Kunnissa niin sanottua perustyötä tekevät henkilöt voivat kokea hankkeiden toteutumista, koska hankkeiden toteutuminen edellyttää yleensä myös heidän osallistumistaan ja panostaan projektin toimintaan (Seppänen-Järvelä 1999; 2004).

Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat siis valtion taholta velvoittava (puitelainsäädäntö ja erilaiset informaatio-ohjauksen muodot. Julkunen (2006) kuvaa tätä siirtymänä valtion vahvasta vastuusta kohti valtiota, joka yhtäältä luo kehyksiä hyvinvointimarkkinoille sekä toisaalta valvoo ja seuraa palveluntuotantoa. Lisäksi tuomiovallasta on tullut tärkeä taho, kun määritellään sitä, mikä on lakisäateisten palveluiden riittävä ja lainmukainen taso (Alavaikko 2006). Oikeudellistuminen tarkoittaa sitä, että oikeudellinen sääteily ja lainopilliset perustelut vahvistuvat. Kuntalaisilla on oikeus ja lähes velvollisuus vaikuttaa palveluihin ja valvoa niiden laatua. (Valokivi 2008.) Vahvimmissa asiakas on palveluasiakas, joka on edelleen myös kansalainen ja jäsen demokraattisessa järjestelmässä ja jonka kansalaisuutta palveluiden asiakkuus ei vähennä (Niira-

nen 2002). Oikeudellistumiskehitys merkitsee aktiivisten ja oikeuksistaan tiettoisten asiakkaiden oikeuksien vahvistumista, niiden, joilla on mahdollisuus käyttää voice- tai exit-vaihtoehtoa (Rajavaara 2008). Sen sijaan voidaan kysyä, kuinka käy hiljaisten ja toimintakyvyltään heikompien asiakkaiden oikeuksien (Valokivi 2008).

Palvelujärjestelmän muuttuminen managerialistiseen ja kaupalliseen suuntaan on tehnyt tilaa sopimuksellisuudelle. Sopimuksellisuus liittyy yksilöitymiseen, yksilön vastuuseen ja aktiiviseen toimijuuteen. Palvelun käyttäjästä tulee aktiivinen asiakas, jolta edellytetään vastuunottoa. Sopimuksellisuus edistää parhaimmillaan joustavuutta, yksilöllisyyttä, asiakkaan itsemääräämistä ja osallistumista. Se kuitenkin edellyttää sitä, että asiakkaalla on taitoja ja halua sekä mahdollisuus osallistua täysivaltaisena neuvotteluihin. (Määttä & Kalliomaa-Puha 2006; Määttä 2007.) Toisaalta sopimusmalli voi johtaa asiakkaan ja työntekijän välisen luottamuksen heikkenemiseen ja erilaisiin sopimusriitoihin (Juhila 2006). Jos sopimuksen toisena osapuolena on viranomainen ja julkinen organisaatio ja toisena yksittäinen asiakas, ovat sopimuksen vapaaehtoisuus ja neuvottelutilanteen tasavertaisuus kyseenalaisia. Kieltäytyminen sopimuksesta voisi käytännössä merkitä palveluiden ulkopuolelle jäämistä. (Valokivi 2008; myös Tuorila 2000.) Voidaan myös kysyä, miten käy niiden asiakkaiden, jotka eivät syystä tai toisesta pysty noudattamaan tehtyjä sopimuksia. Nähdäänkö heidät sopimusrikkureina eikä vaikeuksissa olevina ja apua tarvitsevinä ihmisinä? (Juhila 2006.)

Valokivi (2008) toteaa, että sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän ideaali on aktiivinen kansalainen, joka ei ole liian tai pitkäaikaisesti riippuvainen palvelujärjestelmästä. Tällainen asiakas kantaa itse ensisijaisesti vastuun itsestään ja lähiympäristöstään, mutta ei ole häiritsevällä tavalla aktiivinen. Universaali asiakkuus on häviämässä, ja vahvat ja toimintakykyiset asiakkaat saavat parhaiten äänensä kuuluville. Myös Juhila (2006) kuvaa esimerkkinä sosiaalipalveluiden asiakkaiden jakautumista niihin, jotka hallitsevat erilaiset etuudet ja valituskanavat, ja niihin, jotka syrjäytyvät myös näistä järjestelmistä.

Palvelujärjestelmä on monimutkaistunut ja se rakentuu useista eri toimijoista. Tällöin voi pahimmillaan käydä niin, että vastuu asiakkaan tarvitseman palvelukokonaisuuden rakentamisesta jää asiakkaan oman osaamisen ja aktiivisuuden tai omaisten varaan. (Eronen ym. 2009.) Pirstaleisesta ja monista eri palveluntuottajista koostuvasta järjestelmästä uhkaavat pudota eritoten ne asiakkaat, joilla on monta yhtäaikaista ongelmaa (Partanen 2010). Esimerkiksi kuntoutusjärjestelmän hajanaisuutta kuvaa se, että siinä on lukuisia erikoistuneita toimijoita, joiden toimintaa säädellään eri laeilla. Palvelujärjestelmän hajanaisuus voi

johtaa asiakkaiden valikoimiseen eli "luukuttamiseen" eri sektoreiden välillä tai ristiriitaisiin palveluihin ja pyrkimykseen. (Kokko 2003.)

Cowden ja Singh (2007) toteavat, että valtaosalla palveluiden käyttäjistä on vähän tai ei lainkaan mahdollisuutta vaikuttaa siihen, miten palveluita järjestetään, resursoidaan tai johdetaan. Selviytyminen monimutkaisessa järjestelmässä edellyttää itse järjestelmän ja sen toimintaehtojen tuntemusta. Asiakkaat tarvitsevat työntekijöiltä tietoa päätöksentekonsa ja toimintansa avuksi. (Kokko 2003.) Tuorila (2000) käyttää käsitettä potilaskuluttaja viitattaessaan yksityisten terveyspalveluiden asiakkaisiin. Potilaskuluttajana toimiminen edellyttää vähintään sitä, että henkilöllä on terveystoimintansa huolimatta voimavaroja ja resursseja sekä riittävästi tietoa muun muassa palvelujärjestelmästä ja omista oikeuksistaan. Työntekijän tehtävänä on tukea ja mahdollistaa myös heikommin äänensä kuuluviin saavien asiakkaiden osallisuutta (Niiranen 2002). Erään mallin tähän voi antaa kuntoutuksen tukiparadigma ja valtaistava toimintamalli (Karjalainen 2006), jossa asiakas on vahva kansalainen ja palveluiden täysivaltainen käyttäjä. Hänellä on kuitenkin mahdollisuus ammattilaisen apuun ja tukeen. Toimintatapa voidaan kuvata vaa'an avulla: jokaisella on oikeus saada tarvitsemansa tuki ja palvelut, jotta vaaka olisi tasa-painossa. (Aspvik 2003; Vuorela 2005.) Englanninkielinen käsite *advocacy*, asianajajuus, kuvaa tilannetta, jossa palvelun käyttäjällä on tarvittaessa mahdollisuus turvautua toisen henkilön apuun. Asianajajuuden periaatteina ovat asiakkaan voimaantuminen, autonomia, kansalaisuus ja inkluusio. (Dalrymple & Burke 2006.)

Suomalaisessa 2000-luvun alun palvelujärjestelmässä on piirteitä kaikista Eversin (2003) esittämistä ajattelutavoista. Palvelujärjestelmä on welfare mix, jossa on mukana sekä hyvinvointivaltiollisen palvelujärjestelmän että markkinoiden elementtejä. Asiakas on kansalainen, jolla on kohtalaisen vahvat oikeudet, sekä kuluttaja, joka voi tietyissä rajoissa valita palvelunsa ja valittaa niistä. Vaikka professiot ovat osittain haurastuneet ja tilalle on tullut verkostomaisen yhteistyön, moniammatillisuuden ja monitaitoisuuden arvostaminen (Määttä 2007), on ammatillisella osaamisella edelleen merkittävä asema (Julkunen 2004). Järjestelmässä on myös merkkejä osallistumisen mallista laajemmasta mielessä kuin vertaistuki ja järjestötoiminta. Valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 (STM 2009) nostaa yhdeksi keskeiseksi kehittämiskohteeksi asiakkaan aseman vahvistamisen muun muassa siten, että kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

3.2.4 Mielenterveys- ja päihdetyö - yhdessä vai erikseen?

Tarkastelen tässä tutkimuksessa rinnakkain mielenterveys- ja päihdetyötä. Tätä ratkaisua voisi lähestyä ainakin kolmesta eri näkökulmasta. Jos näkökulmani olisi *ilmiötarkastelu*, olisin kiinnostunut nimenomaan päihde- ja mielenterveysongelmasta sekä niiden ja hoitamisen erityispiirteistä. Tällöin voisi ratkaisua perustella muun muassa sillä, että vaikka mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat lähtökohtaisesti erillisiä ja erilaisia, on yhä useammalla henkilöllä yhtäaikainen mielenterveys- ja päihdeongelma (ks. esim. STM 2009). Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat myös toistensa riskitekijöitä: haitalliseen päihteiden käyttöön liittyviä mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa mieliala-, ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt sekä psykoottiset häiriöt (Pirkola & Sohlman 2005; Warsell 2010). Vuoden 2007 päihdetapauslaskennan mukaan 48 prosentilla päihteiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollossa asioineista henkilöistä oli myös päihteiden käytöstä riippumaton mielenterveyden häiriö (Nuorvala ym. 2008). Päihde- ja mielenterveysongelmille yhteistä on lisäksi se, että niihin liittyy usein leimautumista ympäristön taholta sekä henkilökohtaisella tasolla häpeää (self-stigma), heikkoa itsetuntoa ja huonommuuden kokemuksia (Corrigan ym. 2005; Rüsçh ym. 2005; Luoma ym. 2007; 2008; Alonso ym. 2009). Tautiluokituksen (ICD-10) tasolla mielenterveys- ja päihdeongelmat kuuluvat samaan ryhmään (Lönnqvist ym. 2006).

Toinen näkökulma voisi olla *palvelujärjestelmätarkastelu*. Mielenterveys- ja päihdetyön tarkastelemista yhdessä puoltaa valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (STM 2009), jossa käsitellään mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä ensimmäisen kerran yhtenä kokonaisuutena valtakunnallisella tasolla. Noin puolet niistä kunnista, jotka vastasivat kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutumista koskeneeseen kyselyyn ilmoitti, että niillä oli yhdistettyjä psykososiaalisten palveluiden tai mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksiköitä (Kokko ym. 2009). Edellä todettiin samanaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien määrän lisääntyneen, mutta näiden ongelmien hoito on perinteisesti ollut erillistä. Suuntaus vaikuttaa kuitenkin olevan kohti integroituja palveluja (Aalto 2007; Suojarvalmi 2009). Koska palvelujärjestelmän tasolla painotetaan mielenterveys- ja päihdekysymysten sekä muun muassa palvelujärjestelmän kehittämistä rinnakkain, olisi perusteltua tarkastella niitä myös tutkimuksessa vastaavalla tavalla. Rinnakkaistarkastelu mahdollistaisi myös vertailun: eroavatko asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä?

Tässä tutkimuksessa tarkastelukulma on kolmas vaihtoehto, *osallisuustarkastelu*. Tällä tarkoitan sitä, että tutkimuksen keskeinen kiinnostuksen kohde ja

pääkäsite on asiakkaan osallisuus. Se, minkä asiakasryhmän osallisuutta tai missä palvelujärjestelmässä sitä tutkitaan, ei ole keskeistä tässä tutkimuksessa. Esimerkiksi Valokivi (2008) on tutkinut asiakkaana olevan kansalaisen osallisuutta ja kansalaisuutta analysoimalla aineistoa, joka oli koottu vanhusasiakkailta ja lainriikkoja-asiakkailta. Osallisuudella ja asiakaslähtöisellä toiminnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia muun muassa hoitotulokseen, toipumiseen, elämänlaatuun ja hoitoon sitoutumiseen (aikaisempia tutkimuksia olen tarkemmin käsitellyt luvussa 2). Ratkaisuni tarkastella asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä juuri mielenterveys- ja päihdetyön kontekstissa juontaa juurensa omasta taustastani, koulutuksestani ja työkokemuksestani. Lisäksi minulla on viimeisten vuosien aikana ollut mahdollisuus työskennellä yhdessä valtakunnan mielenterveys- ja päihdetyön kärkihankkeessa, mikä on vaikuttanut omiin käsityksiini ja tehnyt mielenterveys- ja päihdetyön rinnakkaisen tarkastelun minulle luonnolliseksi.

3.3 TERVEYDEN JA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.3.1 Terveys ja mielenterveys

Terveyttä voidaan määritellä erilaisista lähtökohdista käsin. Maailman terveysjärjestö WHO (1986) on määritellyt terveyden täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Terveys voidaan nähdä ominaisuutena, toimintakykynä, tasapainona tai kykynä suoriutua (Pelto-Huikko ym. 2006). Se voidaan määritellä yhdeksi elämän laadulliseksi ulottuvuudeksi ja voimavaraksi (Kylmä ym. 2008). Lisäksi voidaan puhua kokemuksellisesta terveydestä eli yksilön omasta terveyden kokemuksesta. Ihminen voi kokea itsensä terveeksi, hyvinvoivaksi ja tarpeelliseksi, vaikka hänellä olisi pitkäaikainen sairaus. (Pietilä ym. 2010.) Mielenterveystyössä Jormfeldt (2007) on määritellyt terveyden autonomiaksi, sosiaalisesti osallisuudeksi ja ymmärrettävyydeksi. Biolääketieteellisessä terveystieteessä terveys on elimistön toimintojen virheetöntä sujumista sekä sairauden ja toimintakyvyn heikkenemisen puuttumista. Biopsykososiaalinen terveystieteellinen käsitys korostaa terveyden yhteyttä ihmisen elämäntilanteeseen sekä vuorovaikutukseen fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa. Psykologinen terveystieteellinen käsitys taas painottaa terveyden eri ulottuvuuksia eli hyvän olon kokemusta, toimintakykyä sekä turvallisuuden tunnetta. Yksilöä korostavassa terveystieteellisessä käsityksessä terveys nähdään sairauden puuttumisena. Yhteisöllinen terveystieteellinen käsitys käsittää terveyden yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Mielenterveys on tasapainotila yksilön ja hänen ympäristönsä välillä. Siihen vaikuttavat yksilölliset tekijät, kokemukset, sosiaaliset ja vuorovaikutustekijät. Lisäksi yhteiskunnan rakenteilla, resursseilla ja kulttuurisilla arvoilla on merkitystä. Mielenterveyttä voidaan tarkastella positiivisen ja negatiivisen mielenterveyden käsittein. Kun käytetään käsitettä positiivinen mielenterveys, tarkastellaan mielenterveyttä voimavarana. Negatiivinen mielenterveys vastaavasti käsittelee mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia sekä niiden oireita. (Lavikainen ym. 2006). Funktionaalisessa mielenterveyden mallissa mielenterveys määritellään menneisyyden ja nykyisyyden altistavien tekijöiden, henkilökohtaisten resurssien, laukaisevien tekijöiden, sosiaalisen kontekstin ja erilaisten mielenterveyden seurausten avulla. Mallin osatekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja mielenterveys nähdään prosessina tai tasapainotilana. (Sohlman 2004.) Positiivisen ja funktionaalisen mielenterveyden mallin (Sohlman ym. 2005) mukaisesti ymmärrän, ettei mielenterveys ole terveys - sairaus -jatkumo, vaan että jokaisella on positiivista mielenterveyttä, voimavaroja, riippumatta siitä, onko hänellä mielenterveyden häiriö tai päihderiippuvuusongelma.

Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät voidaan luokitella suojaaviin ja riskitekijöihin (kuvio 4). Suojaavat tekijät vahvistavat hyvää mielenterveyttä, elämäntähtäilyä ja auttavat selviytymään kriisitilanteista. Riskitekijät voivat heikentää terveyttä ja hyvinvointia tai lisätä alttiutta tai riskiä sairastua. Suojaavat ja riskitekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. (Kohti parempaa mielenterveyttä... 2006; Heiskanen ym. 2008.)

<p>Sisäisiä suojaavia tekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hyvä fyysinen terveys ja perimä - myönteiset varhaiset ihmissuhteet - riittävän hyvä itsetunto - hyväksytyksi tulemisen tunne - ongelmanratkaisutaidot - ristiriitojen käsittelytaidot - vuorovaikutustaidot - kyky luoda ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita - mahdollisuus toteuttaa itseään 	<p>Ulkoisia suojaavia tekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sosiaalinen tuki, ystävät - oikeus kotiin - koulutusmahdollisuudet - työ tai muu toimeentulo - työyhteisön ja esimiehen tuki - kuulluksi tuleminen ja vaikuttamismahdollisuudet - turvallinen elinympäristö - lähellä olevat ja helposti tavoitettavat yhteiskunnan auttamisjärjestelmät
<p>Sisäisiä riskitekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - biologiset tekijät, esim. kehityshäiriöt, sairaudet - itsetunnon haavoittuvuus - avuttomuuden tunne - huonot ihmissuhteet - seksuaaliset ongelmat - eristäytyneisyys, vieraantuneisuus 	<p>Ulkoisia riskitekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - erot ja menetykset - hyväksikäyttö, väkivalta ja kiusaaminen - työttömyys ja sen uhka - päihteet - syrjäytyminen, köyhyys, kodittomuus, leimautuminen - haitallinen elinympäristö

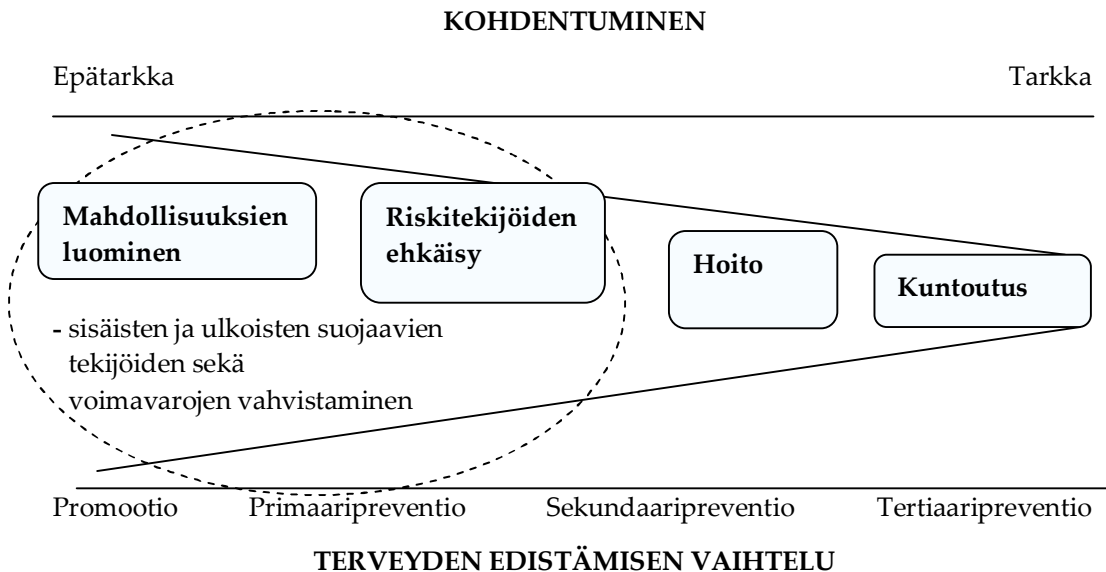
Kuvio 4. Mielenterveyteen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät ja riskitekijät (Heiskanen ym. 2008, 13)

3.3.2 Terveyden ja mielenterveyden edistäminen sekä ehkäisevä päihdetyö

Terveyden edistäminen on prosessi (WHO 1986), jonka tavoitteena on vahvistaa yksilön ja yhteisön voimavaroja sekä parantaa kansanterveydellisiä edellytyksiä (Pelto-Huikko ym. 2006). Terveyden edistämisen tavoitteena on tukea yksilöitä ja ryhmiä terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja valinnoissa (Kylmä ym. 2008). Pietilä (2010; ks. myös Seedhouse 2002) on määritellyt terveyden edistämisen arvotyöskentelyksi, jossa pyritään mahdollistamaan inhimillisen elämän toteutumista. Yksilö on omien terveysvalintojensa tekijä, mutta hän on myös sidoksissa oman ympäristönsä ja yhteiskuntansa mahdollisuuksiin. Tutkittaessa esimerkiksi perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä (Pietilä ym. 2009), niissä korostuvat yksilöllisten tarpeiden kokonaisvaltainen huomioiminen, voimavarojen vahvistaminen sekä asiakkaan itsemäärää-

mis- ja tiedonsaantioikeus. Svedbergin (2007) mukaan terveyden edistäminen mielenterveyspalveluissa toteutuu työntekijän ja asiakkaan yhteistyösuhteen, voimaantumisen, opetuksellisen ja käytännöllisen tuen avulla.

Ottawan asiakirjan (WHO 1986) mukaan terveyden edistämiseen kuuluvat terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, turvallisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan vahvistaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalveluiden uudistaminen. Terveyden edistämistä voidaan tarkastella mahdollisuuksien luomisen, muutokseen tähtäävän toiminnan sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpitämisen näkökulmasta.



Kuvio 5. Terveyden edistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma (mukaillen Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005)

Terveyden edistäminen sisältää promotiivisen ja preventiivisen lähestymistavan, joita ei aina voida selkeästi erottaa (kuvi 5). Promootio tarkoittaa vaikuttamista ennen ongelmien ja sairauksien syntyä sekä mahdollisuuksien luomista. Preventiivinen lähestymistapa tarkoittaa sairauksien kehittymisen ehkäisyä. Preventiivinen lähestymistapa jaetaan edelleen primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaaripreventio on sairauksia ehkäisevää ja niiden riskitekijöitä vähentävää toimintaa. Sekundaariprevention avulla pyritään estämään sairauden paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Tertiaariprevention tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää

olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. (Lavikainen ym. 2004; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Peltö-Huikko ym. 2006.)

Mielenterveyden edistäminen tarkoittaa pyrkimystä tukea ja aikaansaada yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia edistäviä olosuhteita (Lehtinen 2008; WHO 2008). Siinä painottuvat osallistuminen, voimaantuminen ja sektoreiden välinen yhteistyö. Mielenterveyden edistämistä ovat laajasti käsittäen kaikki toimet, jotka vahvistavat mielen terveyttä tai vähentävät sitä uhkaavia tekijöitä (Lehtonen & Lönnqvist 2006). Se voi kohdentua koko yhteiskuntaan, yhteisöihin, sosiaalisiin ryhmiin tai yksilöihin (Lavikainen ym. 2004; Heiskanen ym. 2006; Suomen Mielenterveysseura 2006). Mielenterveystyön primaari- ja sekundaaripreventio kohdistuvat niihin henkilöihin tai ryhmiin, joilla on riski sairastua tai uudelleen sairastua tai joilla on sairauden ensioireita. Prevention avulla pyritään yhtäältä vahvistamaan suojaavia tekijöitä ja toisaalta vähentämään riskitekijöitä. (Suomen Mielenterveysseura 2006; WHO 2008.) Primaaripreventio kohdistuu uusien tapausten ilmaantuvuuden vähentämiseen väestössä ja sekundaaripreventio häiriöiden yleisyyden ja keston vähentämiseen kehittämällä muun muassa häiriöiden varhaista tunnistamista ja hoitoa. Tertiaariprevention avulla pyritään lievittämään häiriöitä, ehkäisemään sairauden uusiutumista, vähentämään toimintakyvyn menetystä ja siten parantamaan elämänlaatua. (Lavikainen ym. 2004; Koivu & Haatainen 2010.)

Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Tähän pyritään edistämällä päihdettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä päihdeilmiön ymmärrystä ja hallintaa. Lisäksi ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on toteuttaa ja edistää perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista päihteisiin liittyvissä kysymyksissä. Ehkäisevän päihdetyön avulla pyritään vaikuttamaan päihkeitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja niiden riskitekijöihin sekä päihteiden käyttöön ja käyttötapoihin. Työtä toteutetaan yhteiskunnan, paikallisyhteisöjen, lähisuhteiden ja yksilöiden tasolla. Edelleen ehkäisevä päihdetyö voidaan jakaa yleiseen ehkäisyyn ja riskiehkäisyyn. Yleinen ehkäisy kohdistuu koko väestöön tai johonkin väestöryhmään, kun taas riskiehkäisyyn kohderyhmä määritellään sellaisen riskin perusteella, jonka toteutuminen on todennäköistä. (Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. 2006; Laatutähteä tavoittelemassa... 2006.)

4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Asiakkaan osallisuus on tämän tutkimuksen pääkäsite (kuvio 6). Sitä on määritelty aikaisemmissa tutkimuksissa sekä palvelun käyttäjän kokemuksena osallisuudesta että toimintana (osallistuminen). Asiakkaan osallisuuden määritelmistä ja sisällöstä ei kirjallisuudessa ole yksimielisyyttä. Asiakkaiden osallisuus on useissa malleissa kuvattu hierarkisena tai lineaarisena jatkumona (esim. Hickey & Kipping 1998; Hostick 1998; Poulton 1999; Truman & Raine 2001; Lehto 2004b; Sirviö 2006; Bryant ym. 2008; Clark ym. 2008; Valokivi 2008), jossa osallisuus vaihtelee osattomuudesta tai näennäisosallistumisesta osallisuuteen ja palveluiden käyttäjien kontrolliin. Tällainen kuvaaminen auttaa erilaisten osallisuuden tasojen ja tapojen hahmottamisessa, mutta on tärkeää huomioida, että ne eivät ole toisiaan poissulkevia. Osallisuuden tapa ja taso voi vaihdella eri asiakkaiden kohdalla, eri tilanteissa ja saman tilanteen kuluessakin.

Asiakkaan osallisuuden lähikäsitteitä ovat käsitteet asiakaslähtöisyys, voimaantuminen, itsemäärääminen ja autonomia sekä sosiaalinen inkluusio. Näistä tutkimukseni kannalta keskeisin on asiakaslähtöisyys-käsite, koska se läheisesti liittyy asiakkaan osallisuuteen. Asiakkaan osallisuus kuvaa asiakkaan ja palvelunkäyttäjän kokemusta sekä aitoa osallistumista. Asiakaslähtöisyys taas viittaa organisaation tai työntekijän toimintaan, sen arvoihin, tavoitteisiin ja sisältöön. Asiakaslähtöinen toiminta on keino tukea ja mahdollistaa asiakkaan osallisuutta (Routasalo ym. 2009). Mielenterveys- ja päihdetyö voivat olla aidosti asiakaslähtöisiä vain, jos asiakas tai palveluiden käyttäjä kokee osallisuutta (Kujala 2003).

Aikaisempien tutkimusten mukaan asiakkaan osallisuuteen vaikuttavat monet tekijät, jotka voivat joko edistää tai ehkäistä asiakkaan osallisuuden toteutumista. Nämä tekijät liittyvät yhteiskuntaan (Hickey & Kipping 1998), palvelujärjestelmään (Pilgrim & Waldron 1998; Anthony & Crawford 2000; Crawford ym. 2003; Patterson ym. 2008), työntekijöiden asenteisiin ja toimintaan (Anthony & Crawford 2000; Curtis & Harrison 2001; Truman & Raine 2002; Diamond ym. 2003; Heikkilä & Julkunen 2003; Hansen ym. 2004; Soffe ym. 2004; Lester ym. 2006; Fischer ym. 2008; Patterson ym. 2008) sekä palvelunkäyttäjään

(Hickey & Kipping 1998; Truman & Raine 2002; Picker Institute Europe 2003; Hansen ym. 2004; Goodwin & Happell 2008; Hallamaa 2008).

Palveluiden käyttäjien osallistumisen mahdollisuuksiin vaikuttavat myös sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen tapa ja siinä kulloinkin ilmenevät käsitykset asiakkaasta ja hänen roolistaan sekä järjestelmän tarjoamat mahdollisuudet osallistua. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön on kohdistunut monia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat valtion lainsäädäntö, informaatio-ohjaus (Lassila 2006; Wahlbeck 2007) ja osaltaan myös erilaisiin hankkeisiin jaettava rahoitus (Alavaikko 2006; Eskola 2007b). Palvelujärjestelmässä oikeudellistuminen (Alavaikko 2006) ja sopimuksellisuus (Määttä & Kalliomaa-Puha 2006; Määttä 2007) ovat saaneet yhä suuremman merkityksen. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakennemuutos on vielä kesken ja palveluiden järjestämistavoissa ja saatavuudessa on eroja kuntien välillä. (Kaukonen 2005; Harjajärvi ym. 2006; Wahlbeck 2007; Kekki & Partanen 2008; Nuorvala ym. 2008; Wahlbeck & Pirkola 2008). Edistävää ja ehkäisevää työtä sekä ongelmien varhaista tunnistamista korostetaan kaikissa ajankohtaisissa mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvissä valtakunnallisissa ohjelmissa ja hankkeissa (Bäckmand & Lönnqvist 2009). Käytännössä ne ovat kuitenkin jääneet kunnissa vähälle huomiolle (Wahlbeck 2007) ja toteutuvat pääosin erilaisissa julkisen sektorin ulkopuolisissa kehittämishankkeissa (Alavaikko 2001; Koivu & Haatainen 2010).

Vaikka Suomessa on myös mielenterveys- ja päihdetyössä siirrytty hyvinvointivaltiomallista kohti markkinoita ja welfare mix -mallia, on palvelujärjestelmässämme edelleen piirteitä kaikista Eversin (2003) kuvaamista malleista. Sosiaali- ja terveydenhuollon ideaaliasiakas on aktiivinen ja vastuullinen kansalainen (Valokivi 2008). Asiakkaalla on kohtalaisen vahvat oikeudet, ja kuluttajana hän voi tietyissä rajoissa valita palvelunsa ja valittaa niistä. Oikeuksien ja valinnan mahdollisuuksien toteutuminen kuitenkin edellyttää sitä, että asiakkaalla on riittävät tiedot, taitoja ja mahdollisuuksia sekä halua noiden mahdollisuuksien käyttämiseen (Määttä & Kalliomaa-Puha 2006; Cowden ja Singh 2007; Määttä 2007).

Määrittelen tässä tutkimuksessa terveyden toimintakyknä, voimavarana ja kyknä selviytyä (ks. Peltto-Huikko ym. 2006) ja mielenterveyden oleellisena osana terveyttä. Terveyden edistäminen on prosessi (WHO 1986) ja se käsittää sekä promotiivisen että preventiivisen lähestymistavan (Lavikainen ym. 2004; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Peltto-Huikko ym. 2006; Pietilä 2010). Mielenterveys- ja päihdetyö käsittävät mielenterveyden ja päihdeongelmien edistämisen, mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyn sekä hoidon ja kuntou-

tuksen (Lavikainen ym. 2004; Stakes 2007). Mielenterveyden edistäminen tarkoittaa pyrkimystä tukea ja aikaansaada yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia edistäviä olosuhteita (Lehtinen 2008; WHO 2008). Mielenterveyden edistämiseksi on keskeistä salutogeeninen eli terveyslähäinen lähestymistapa (Nordling 2010). Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. (Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit. 2006; Laatu-tähteä tavoittelemassa... 2006.)

Näkemyksistä, että mahdollisista mielenterveyden häiriöistä ja päihderiippuvuusongelmista huolimatta asiakkailla on myös positiivista mielenterveyttä ja voimavaroja, haastaa työntekijät pohtimaan omaa työtään. Mielenterveys- ja päihdetyön tulisi sisältää mielenterveyttä edistäviä ja positiivista mielenterveyttä eli asiakkaan voimavaroja tukevia ja vahvistavia toimia. (Sohlman ym. 2005.) Tämä tutkimus liittyy preventiivisen hoitotieteen alaan (Pietilä & Häggman-Laitila 2006), koska pyrin tutkimukseni avulla asiakkaiden osallisuuden kehittämiseen ja sitä kautta heidän elämänlaatussa ja voimavarojensa vahvistamiseen.

Tarkastelen tässä tutkimuksessa aikuisten (yli 18 vuotiaiden) mielenterveys- ja päihdetyötä, jonka osa mielenterveys- ja päihdehoitotyö on. Käsittelen rinnakkain mielenterveys- ja päihdetyötä. Tätä perustelen sillä, että kiinnostukseni kohde on nimenomaan osallisuus. Se, missä yhteydessä ilmiötä tutkitaan, on tämän tutkimuksen kannalta vähemmän merkityksellistä. Kuviossa 6 esitän yhteenvedon tutkimuksen lähtökohdista.

Tutkimuksen konteksti

**Toiminnan arvo,
tavoite ja sisältö**

**Palvelun käyttäjän
kokemus ja osallistuminen**

**Osallisuuteen
liittyviä tekijöitä**

- tieto
- työntekijöiden asenteet, arvot, motivaatio
- aika
- halu dialogiin
- selkeä lainsäädäntö ja rakenteet
- hyvät käytännöt
- erilaiset tavat osallistua
- tukirakenteet

Edistäviä tekijöitä

- tieto
- työntekijöiden asenteet, arvot, motivaatio
- aika
- halu dialogiin
- selkeä lainsäädäntö ja rakenteet
- hyvät käytännöt
- erilaiset tavat osallistua
- tukirakenteet

Estäviä tekijöitä

- työntekijöiden kielteiset asenteet ja toimintatavat
- paternalismi
- työntekijöiden voimattomuus
- rajalliset resurssit
- stigma, yleiset asenteet ja stereotyyppit
- asiakkaan halu, kyky ja motivaatio

**Osallisuuden
erilaiset mallit**

- osattomuudesta osallisuuteen

**Palvelujärjestelmän
erilaiset mallit**

- hyvinvointi-
valtiollinen
- professionaalinen
- konsumerismi
- managerialismi
- osallistuminen

Lähikäsitteitä:

- voimaantumisen
- itsemäärääminen ja autonomia
- sosiaalinen
inkluisio

ASIAKKAAN OSALLISUUS

Asiakaslähtöisyys

Terveyden edistäminen

Mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen

Kuvio 6. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

5 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena on muodostaa asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksistä kuvausmallit asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä sekä niiden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Näiden kuvausmallien pohjalta pyritään tunnistamaan kehittämiskohteita sekä tekemään ehdotuksia asiakkaiden osallisuuden kehittämiseen ja sitä kautta heidän elämänlaatussa ja voimavarojensa vahvistamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä tukemalla palveluiden käyttäjien osallisuutta.

Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia käsityksiä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkailla on asiakkaan osallisuudesta?
2. Miten mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaat kuvaavat asiakkaan osallisuuden toteutuvan?
3. Millaisia käsityksiä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkailla on asiakaslähtöisyydestä?
4. Miten mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaat kuvaavat asiakaslähtöisyyden toteutuvan?

Toisen vaiheen tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia käsityksiä mielenterveys- ja päihdetyöntekijöillä on asiakkaan osallisuudesta?
2. Miten mielenterveys- ja päihdetyöntekijät kuvaavat asiakkaan osallisuuden toteutuvan?
3. Millaisia käsityksiä mielenterveys- ja päihdetyöntekijöillä on asiakaslähtöisyydestä?
4. Miten mielenterveys- ja päihdetyöntekijät kuvaavat asiakaslähtöisyyden toteutuvan?

Kolmannessa vaiheessa yhdistän analyysin tuloksena aikaansaadut kuvauskategoriat ylätason kategorioiksi. Näin muodostetaan kuvausmallit asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä.

6 *Metodiset valinnat*

6.1 FENOMENOGRAFINEN LÄHESTYMISTAPA

Sovellan tässä tutkimuksessa fenomenografista lähestymistapaa. Pohdin myös muita mahdollisia tutkimusmenetelmiä miettiessäni, kuinka lähestyä mielen-terveys- ja päihdeasiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielen-terveys- ja päihdetyössä. Ilmiötä olisi voinut lähestyä muun muassa narratiivisen tutki- muksen keinoin tarkastelemalla esimerkiksi palveluiden käyttäjien kertomuksia kokemuksistaan palvelujärjestelmässä (ks. esim. Hänninen 1999; Korhonen & Paasivaara 2008). Diskurssianalyysin (ks. esim. Niemi ym. 2006) avulla olisin voinut tutkia niitä erilaisia puhumisen tapoja, joita käsitteisiin asiakkaan osalli- suus ja asiakaslähtöisyys mielen-terveys- ja päihdetyössä liittyy. Olin jo pro gra- du -työssäni (Laitila 2003) tutustunut sekä narratiivisiin aineistoihin että erito- ten Perttulan (1995) esittämään fenomenologiseen metodiin, joten pohdin myös fenomenologisen tutkimuksen mahdollisuuksia kiinnostukseni kohteena olevan ilmiön tutkimiseen (ks. esim. Lukkarinen 2003).

Päädyin kuitenkin fenomenografiaan, koska sen lähtökohtana on, että eri ta- hojen käsitykset kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä ovat samanarvoisia (Valkonen 2006). Täten se soveltuu hyvin tämän tutkimuksen lähtökohdaksi. Tutkimuksessa tarkastelen rinnakkain mielen-terveys- ja päihdepalveluiden käyttäjien ja työntekijöiden käsityksiä sekä tutkimuksen tuottamaa käsitystä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Fenomenografisen lähesty- mistavan avulla on mahdollista tutkia sekä esireflektiivistä kokemusta että kä- sitteellistä ajattelua (Niikko 2003). Tämän lähestymistavan avulla kuvaan käsi- tyksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä, en sitä, mitä asiakkaan osallisuus tai asiakaslähtöisyys on. Näin ollen haastateltavilla ei tarvitse olla kokemusta asiakasta osallistavasta tai asiakaslähtöisestä toiminnasta.

Fenomenografia on alun perin kasvatustieteen piirissä kehitetty laadullisen tutkimuksen työtapaa, jonka avulla voidaan tutkia ihmisten laadullisesti erilaisia käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä (Marton 1981; myös Simoila 1993; Järvinen & Järvinen 2004) ja niitä laadullisesti erilaisia tapoja, joilla ihmiset ymmärtävät tai kokevat jonkin ilmiön (Valkonen 2006). Lähestymistavan keskeinen kehittäjä on ruotsalainen Ference Marton, joka yhdessä tutkimusryhmän kanssa alkoi 1970-

luvulla Göteborgin yliopistossa tutkia yliopisto-opiskelijoiden erilaisia käsityksiä oppimisesta (Marton 1988). Vuonna 1981 Marton julkaisi artikkelin, jossa kuvattiin fenomenografian perusteita. Kiinnostus lähestymistavan kehittämiseen syntyi käytännön tarpeista käsin eikä sen taustalla ollut tiettyä filosofista suuntausta eikä teoriaa. Vasta 1990-luvulla alettiin laajemmin puhua teoreettisista perusteista. (Niikko 2003.) Larssonin (1986) mukaan fenomenografiset tutkimukset voidaan jakaa ainedidaktisiin, yleispedagogisiin, koulutusvaikutuksia käsitteleviin ja muihin kuin pedagogisiin tutkimuksiin. Fenomenografista tutkimusta on tehty erityisesti Pohjoismaissa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa (Huusko & Paloniemi 2006).

Fenomenografia tulee sanoista *phenomenon* ja *graph*. *Phenomenon* juontuu kreikan verbistä *fainesqai* (*fainesthai*), joka tarkoittaa ilmestyä, ilmitulemista. Substantiivi *fainemonon* tarkoittaa ilmiselvää, sitä, joka tuo itsensä ilmi. Verbi tulee sanasta *fainw* (*faino*), joka tarkoittaa valoon tuomista, valaisemista. *Graph* taas tulee kreikan verbistä *grafia* (*graphy*), joka tarkoittaa sanoin tai kuvin kuvaamista. Sananmukaisesti fenomenografia merkitsee siis esille tulevan, valoon tulevan tai näyttäytyvän ilmiön kuvausta. (Marton & Booth 1997; alkup. Kroksmark 1987.)

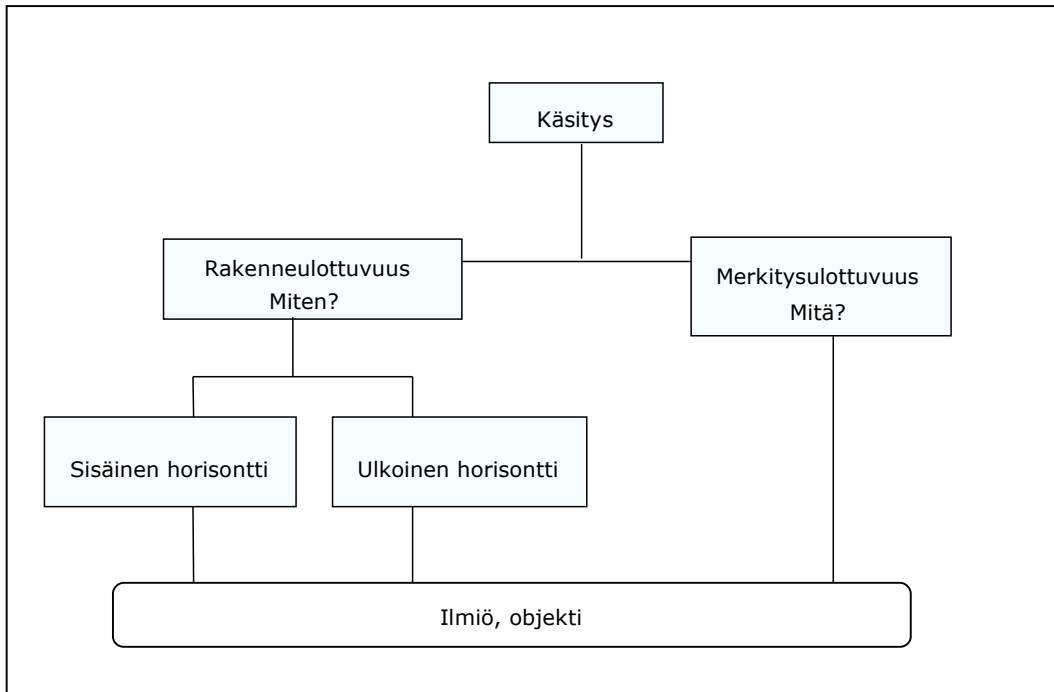
Kirjallisuudessa käytetään fenomenografiasta eri nimityksiä. Sitä on kuvattu tutkimusotteeksi (Marton 1981; Simoila 1993), lähestymistavaksi (Marton 1988; Uljens 1991; Marton & Booth 1997; Niikko 2003), analyysitekniikaksi (Simoila 1993), erikoistuneeksi tutkimusmuodoksi (Marton 1988) ja tutkimussuuntaukseksi (Hella 2003; Huusko & Paloniemi 2006). Marton ja Booth (1997) toteavat, ettei fenomenografia ole metodi, vaikka siinä on metodisia piirteitä. Se ei myöskään ole teoria, vaikka siitä on löydettävissä teoreettisia elementtejä. Se on lähestymistapa, jonka avulla voidaan tunnistaa, muotoilla ja tarttua tietynlaisiin tutkimusongelmiin. Käytän tässä tutkimuksessa fenomenografiasta käsitettä lähestymistapa Martonin ja Boothin (1997) analyysin perusteella. Myös suomalaisissa väitöskirjatutkimuksissa (mm. Kokko 2004; Pessa 2004; Hautala-Jylhä 2007) fenomenografia on määritelty lähestymistapana.

Fenomenografian kehityksen taustalla on hahmopsykologian piirteitä, erityisesti koskien luovan ajattelun ja laadullisten sisällöllisten erojen painottamista. Yhtäläisyyksiä on myös venäläiseen psykologian traditioon. (Gröhn 1993.) Lisäksi lähestymistavan kehittymisen taustalla ovat vaikuttaneet Piaget'n teoriat lapsen ajattelun kehityksestä (Häkkinen 1996). Fenomenografiseen lähestymistavan ja fenomenologian suhdetta on käsitelty paljon. Marton (1981) korostaa, että fenomenografia ja fenomenologia ovat lähtökohdiltaan erilaisia. Häkkinen (1996) toteaa, että fenomenografiaa on tarttunut joltain fenomenologiasta.

Lähestymistavan avulla pyritään siis kuvaamaan, analysoimaan, tulkitsemaan ja ymmärtämään ihmisten erilaisia käsityksiä maailmasta (Järvinen & Karttunen 1997). Kiinnostuksen kohteena on tutkittavien kokemuksen variaatio (Niikko 2003). Tutkimuksen tuloksena ovat laadullisesti erilaisia käsityksiä kuvaavat kuvauskategoriat (categories of description) (Marton 1988), jotka muodostetaan aineistosta aineistolähtöisen tulkinnan avulla. (Simoila 1993). Fenomenografiassa tutkimuksessa ei olla kiinnostuneita siitä, miksi ihmisillä on sellaisia käsityksiä kuin heillä on (Uljens 1993).

Fenomenografiassa käsitys ymmärretään suhteena yksilön ja ympäröivän maailman välillä (Uljens 1991; Häkkinen 1996). Käsitykset saavat laajemman ja syvemmän merkityksen kuin mielipiteet, käsitys on ymmärrystä tietyistä ilmiöistä sekä suhde yksilön ja ympäristön välillä (Huusko & Paloniemi 2006). Käsitys on ymmärtämistä ja näkemystä jostakin (Niikko 2003). Uudet käsitykset rakentuvat yksilön aikaisempien tietojen, kokemusten ja käsitysten pohjalle. Ne ovat kontekstisidonnaisia ja relationaalisia. Ensimmäinen tarkoittaa sitä, että ihmisen tapa jäsentää todellisuutta riippuu hänen subjektiivisista kokemuksistaan tietyssä kulttuurisessa ympäristössä. Relationaalisuus puolestaan viittaa fenomenografiseen todellisuuskäsitykseen: todellisuus saa merkityksensä vain yksilöllisen tulkinnan kautta, ilmiöiden kaikille yhteistä havainnoitavaa todellisuutta ei voida koskaan tavoittaa. (Häkkinen 1996.)

Käsityksissä ajatellaan lisäksi olevan kaksi toisiinsa kietoutunutta näkökulmaa: mikä- ja miten-näkökulmat. Mikä-näkökulma viittaa käsitykseen ajattelun kohteena ja kohteen sisältöön, joka voidaan ymmärtää eri tavoin (merkitysulottuvuus). Miten-näkökulma liittyy käsitykseen ajattelutoimintana ja koskee niitä ajatteluprosesseja, joiden avulla kohteesta luodaan merkityksiä (rakenneulottuvuus). Nämä kaksi ulottuvuutta ovat yhteenkietoutuneista: se, miten näemme ilmiön, määrittelee myös sitä, mitä näemme. (Uljens 1991; Niikko 2003; Marton & Pong 2005; Huusko & Paloniemi 2006.) Rakenneulottuvuus voidaan edelleen jakaa ulkoiseen horisonttiin, joka tarkoittaa objektin ja kontekstin välistä suhdetta, sekä sisäiseen horisonttiin, joka merkitsee objektin osia ja niiden suhteita kokonaisuuteen (Marton & Booth 1997; Niikko 2003). Marton ja Booth (1997) antavat tästä esimerkin. Jotta voisimme havaita peuran tummassa metsässä, meidän tulee erottaa peura tai sen ääriiviivat ympäristöstä (ulkoinen horisontti). Havaitaksemme sen peuraksi meidän täytyy erottaa sen osat, pää, jalat, ruumis, ja niiden suhde toisiinsa (sisäinen horisontti). Kuviossa 7 on kuvattu käsityksen saamat sisällöt fenomenografisessa lähestymistavassa.



Kuvio 7. Käsitteen saamat sisällöt fenomenografisessa lähestymistavassa (mukaillen Marton & Booth 1997)

Fenomenografian kehittyessä on yhä enemmän alettu kiinnittää huomiota rakennelottuvuuteen. Marton ja Pong (2005; myös Pang 2003) kutsuvat tätä kehitystä variaatioteoriaksi. Siinä mielenkiinnon kohde on siirtynyt ihmisten laadullisesti erilaisten käsitysten kuvaamisesta käsitysten sisäisten erojen kuvaamiseen.

Lähestymistavassa tehdään ero sen välille, miten asiat ovat (ensimmäisen asteen näkökulma) ja miten niiden käsitetään olevan (toisen asteen näkökulma). Ensimmäisen asteen näkökulmassa ollaan kiinnostuneita ilmiöstä sinänsä. Fenomenografisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on nimenomaan toisen asteen näkökulma: ne erilaiset tavat, joilla ihmiset kokevat, käsittävät ja käsitteellistävät ilmiöitä. Tämän toisen asteen näkökulman tutkiminen on tärkeää, koska ihmisten erilaiset tavat havaita, ymmärtää, tulkita ja käsitteellistää todellisuutta ovat itsessään arvokkaita tutkimuskohteita. (Marton 1981; Häkkinen 1996.)

Ontologisesti fenomenografiassa ajatellaan, ettei ole olemassa kahta eri maailmaa, todellista ja koettua. Ulkopuolisen todellisuuden olemassaolo myönnetään, mutta se saa merkityksen vasta ihmisten käsitysten kautta. (Paloste 2004; Huusko & Paloniemi 2006.) Ainoa todellisuus, jonka voimme tavoittaa, on se,

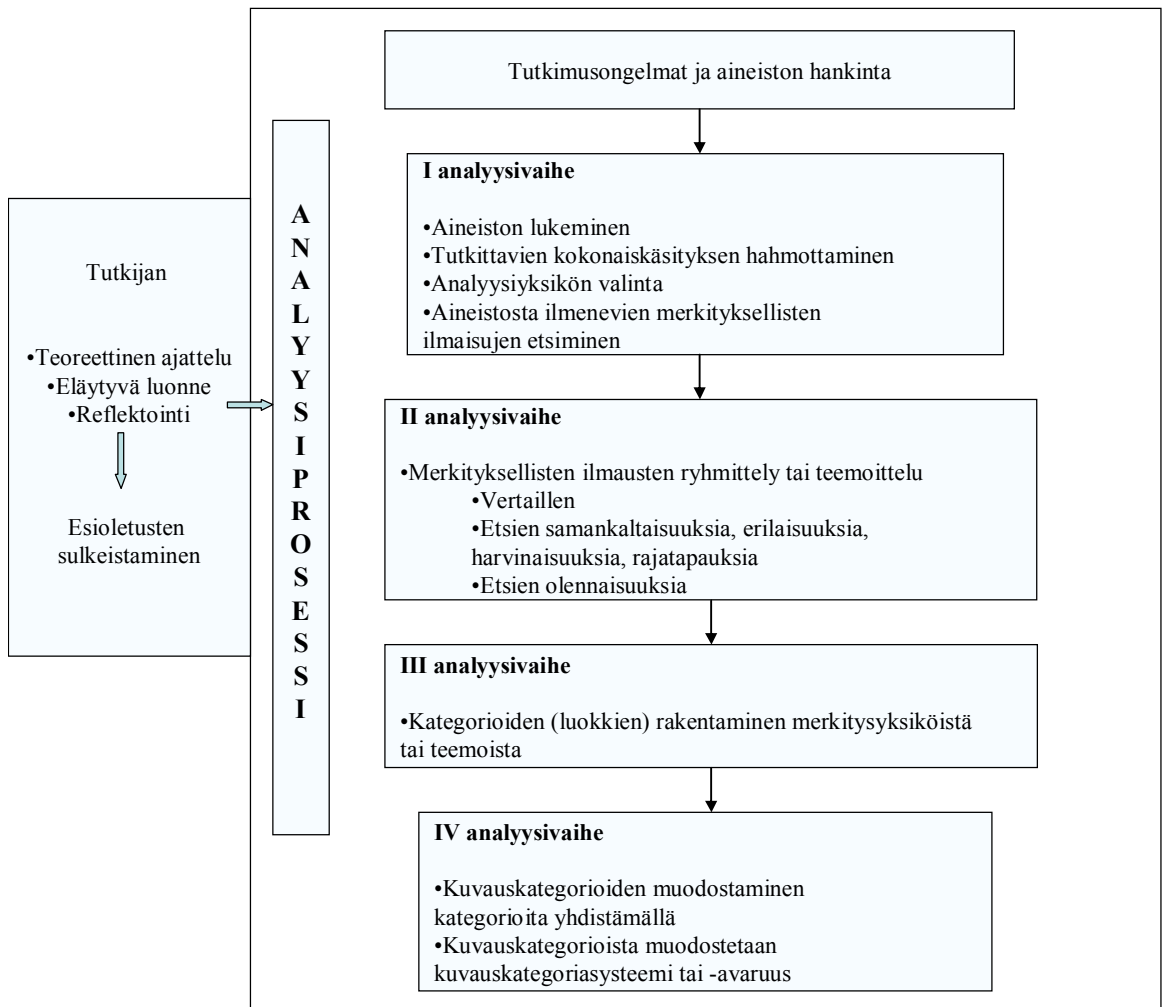
jonka koemme (Uljens 1991; 1996). Epistemologiset sitoumukset liittyvät myös nondualistiseen todellisuuskäsitykseen. Tieto on relationaalista, koska ei ole kysymys siitä, miten yksilö saa tietoa ulkomaailmasta, vaan siitä, miten ihmisen ja maailman välinen suhde muuttuu. Tieto on dynaamista, rajattua ja tilannesidonnaista. (Uljens 1993; Kokko 2004; Hautala-Jylhä 2007.)

Fenomenografinen tutkimus pohjautuu empiiriseen dataan. Tyypillisin aineistonhankintatapa on haastattelu, joskin muutakin materiaalia voidaan käyttää (Marton & Booth 1997). Haastatteluprosessi on dialoginen ja refleksiivinen. Erityistä huomiota kiinnitetään avauskysymysten laadintaan, mutta sen jälkeen haastattelu etenee haastateltavan vastausten suunnassa. (Larsson 1986; Niikko 2003.) Fenomenografista lähestymistapaa soveltavissa tutkimuksissa Ahonen (1996) erottaa neljä vaihetta: teoreettinen perehtyminen, ongelmanasettelu, aineiston hankinta ja tulkitseva analyysi.

Tutkimuksen tavoitteena on saada esiin mahdollisimman monia erilaisia tapoja käsittää kiinnostuksen kohteena oleva ilmiö, joten tutkimuksen osallistujien valintaan tulee kiinnittää huomiota (Larsson 1986). Lähestymistavassa aineiston analyysi ei ole kovin strukturoitu, koska analyysi perustuu aina aineistoon. Niikko (2003) esittää fenomenografisen tutkimuksen teon analyysimallin, jonka hän toteaa olevan yleinen lähestymistapaa soveltavissa tutkimuksissa.

Analyysi etenee seuraavien vaiheiden kautta (kuvio 8):

1. Aineiston litterointi ja aineistoon tutustuminen
2. Tutkimusongelmien kannalta merkityksellisten ilmaisujen valinta
3. Ilmaisujen ryhmittely vertailun avulla
4. Käsitryhmien (alakategorioiden) muodostaminen
5. Kuvauskategorioiden muodostaminen



Kuvio 8. Fenomenografinen analyysimalli (Niikko 2003, 55)

Sjöström ja Dahlgren (2002) toteavat, että fenomenografista lähestymistapaa tulisi soveltaa hoitotyön ja hoitotyön opetuksen tutkimukseen erityisesti kolmesta syystä: 1) jotta voitaisiin ymmärtää niitä tapoja, joilla hoitotyön opiskelijat käsittävät hoitotieteen keskeiset ilmiöt; 2) jotta ymmärrettäisiin potilaiden tapoja kokea sairautensa, sen syyt, oireet ja hoidon; sekä 3) koska tietoa siitä, miten potilaat kokevat tilansa voidaan käyttää hoitotyön koulutuksen kehittämiseen. Fenomenografista lähestymistapaa tarvitaan terveystieteellisessä tutkimuksessa, jotta saataisiin selville, mitä ihmiset ajattelevat ja miten he ymmärtävät ne ilmi-

öt, joita terveydenhuollossa kohtaavat potilaina, läheisinä tai työntekijöinä (Wenestam 2000.)

Hoitotieteen piirissä fenomenografista tutkimusta on tehty koskien muun muassa potilaiden kokemuksia sairaudestaan, potilasopetusta, hoitotyön opetusta ja kliinisen pätevyyden arviointia (Sjöström & Dahlgren 2002.) Pohjoismaissa on tutkittu esimerkiksi potilaiden käsityksiä itsemääräämisoikeudesta hoidossa (Nordgren ja Fridlund 2001), terveyden edistämisestä mielenterveystyössä (Svedberg ym. 2003; Svedberg 2007), asiakas-hoitaja -suhteesta (Hörnberg ym. 2004), terveyden ulottuvuuksista mielenterveystyössä (Jormfeldt 2007) sekä potilaiden käsityksiä hengellisyyden huomioimisesta mielenterveystyössä (Koslander ja Arvidsson 2007). Hoitajien kohdalla on tutkittu käsityksiä potilaan kohtaamisesta (Takman ja Severinsson 1999), terveyden edistämisen toteutumisesta mielenterveystyössä (Jormfeldt ym. 2003) sekä käsityksiä laadun varmistuksesta (Lundqvist & Axelsson 2007). Suomessa terveystieteellistä fenomenografista tutkimusta on tehty koskien terveydenhoitajan työtä (Simoila 1994), terveydenhuollon opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan arvo- ja arvostuskäsityksiä (Pihlainen 2000) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä ja asiantuntijuudesta (Hintsala 2001). Lisäksi on tutkittu mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä (Kokko 2004), terveydenhoitotyön viitekehystä (Pesso 2004) sekä potilaiden, työntekijöiden ja johdon käsityksiä psykiatrian jälkipoliklinikatoiminnasta (Hautala-Jylhä 2007).

6.2 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT

Tutkimuksen kontekstina on mielenterveys- ja päihdetyö siinä laajuudessa, jossa se laeissa määritellään (päihdehuoltolaki 1986/41; mielenterveyslaki 1990/1116). Rajoitun käsittelemään aikuisten (yli 18 vuotiaiden) mielenterveys- ja päihdetyötä. Tähän tutkimukseen osallistujat ovat aikuisia henkilöitä, joilla on henkilökohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdetyöstä tai molemmista joko palveluiden käyttäjinä tai työntekijöinä. Tavoitteena oli saada esiin erilaisia käsityksiä asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimukseen osallistujat valitsin harkinnanvaraisella otannalla. Keskeistä on tutkimukseen osallistujien rooli toimintaympäristössä sekä heillä oleva tieto tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa mukaan valitaan sellaisia henkilöitä, joilla arvellaan olevan tietämystä tai kokemuksia tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Alasuutarin (1995) mukaan

Strauss on nimittänyt tällaista tutkimuskohteiden valinnan strategiaa teoreettiseksi otannaksi.

Patton (2002) kutsuu tätä laadulliselle tutkimukselle tyypillistä aineiston hankintatapaa tarkoituksenmukaiseksi otannaksi, jonka hän edelleen jakaa 15 alakohtaan. Hänen jaottelunsa mukaan tämän tutkimuksen osallistujien valinnassa olen soveltanut maksimaalisen variaation, lumipallo- ja kriteeriotannan periaatteita. Maksimaalista variaatiota olen tavoitellut pyrkimällä valitsemaan tutkimukseen mukaan haastateltavia, joilla on kokemuksia erilaisista mielenterveys- ja päihdetyön toimintaympäristöistä, niin avo- kuin laitoshoidostakin. Mukana oli sekä miehiä että naisia, palveluiden käyttäjiä ja työntekijöitä, kaupungista ja maaseudulta. Nuorimmat haastateltavat olivat hieman yli 20-vuotiaita ja vanhimmat noin 60-vuotiaita.

Lumipallo-otantaa (Patton 2002) hyödynsin rekrytoidessani haastateltavia mukaan tutkimukseen. Jotta sain mukaan myös sellaisia palveluiden käyttäjiä, jotka eivät enää olleet intensiivisesti palveluiden piirissä, otin yhteyttä asiakasjärjestöihin ja vertaistukiryhmiin. Yhden jäsenen osallistuttua haastatteluun hän saattoi viedä viestiä eteenpäin ja suositella osallistumista myös muille. Nämä henkilöt ottivat minuun itse yhteyttä ja kertoivat halustaan osallistua tutkimukseen.

Kriteereihin perustuvaa otantaa (Patton 2002) käytin koko aineiston hankinnassa, mutta erityisesti valittaessa sairaalassa olevia haastateltavia. Kaikkia osallistujia koskevia kriteerejä olivat, että he olivat aikuisia (yli 18 vuotiaita), tietyn sairaanhoitopiirin alueelta ja heillä tuli olla kokemusta mielenterveys- tai päihdepalveluista joko palvelun käyttäjänä tai työntekijänä. Sairaalassa olevien palveluiden käyttäjien kohdalla kriteereinä olivat lisäksi ikä (18–65 vuotias) ja psyykkinen vointi.

6.3 AINEISTON KERUU

Vaikka fenomenografisen tutkimuksen avulla ei testata jo olemassa olevaa teoriaa eivätkä haastattelukysymykset tai analyysirunko perustu aikaisempaan tutkimukseen, on teorialla tärkeä merkitys tutkimusongelmien asettelussa ja haastatteluteemojen muotoilussa. Teoreettisen perehtyneisyyden avulla tutkija voi täsmentää ongelman asettelunsa, esittää haastattelussa relevantteja kysymyksiä ja tehdä aineiston analyysissä valideja erotteluja. Teoreettinen perehtyneisyys tekee tutkijasta tutkimusinstrumentin. (Ahonen 1996.) Fenomenografiassa aineisto hankitaan yleisimmin avoimilla haastatteluilla. Erityistä huomiota

kiinnitetään aloituskysymysten laadintaan. (Larsson 1986.) Tämän jälkeen haastattelu etenee haastateltavan vastausten suunnassa, ja syventävät kysymykset esitetään haastateltavien vastausten mukaisesti (Ahonen 1996; Niikko 2003).

Aikaisempien tutkimuksien ja kirjallisuuden eli oman teoreettisen perehtyneisyyteni perusteella laadin haastatteluteemat (liite 1). Mietin avauskysymykseni mahdollisimman avoimeksi, jotta en ohjaisi haastateltavia tiettyyn suuntaan. Haastattelutilanteissa huomasin, että asiakaslähtöisyys oli niin asiakkaille kuin työntekijöillekin tutumpi käsite kuin osallisuus. Asiakkaan osallisuus -käsitettä jouduin joissakin asiakashaastatteluissa avaamaan apukysymysten kautta. Kysyin esimerkiksi: "Oletko saanut osallistua hoitoosi" ja "Miten olet saanut osallistua?". Olin laatinut nämä apusanalistat aikaisempien tutkimusten pohjalta, ja turvauduin niihin, jos haastateltava koki keskustelun aloituksen vaikeana näin abstrakteista aiheista (Hirsjärvi & Hurme 2008). En kuitenkaan käyttänyt listaa tarkistuslistana siinä mielessä kuin Larsson (1986) tarkoittaa eli en ollut määritellyt etukäteen ilmiöistä tiettyjä oleellisia piirteitä, jotka tulisi haastatteluissa läpikäydä.

Keskustelu eteni haastateltavan lausumien ja esiin nostamien asioiden mukaan, tavoitteena, etteivät omat käsitykseni ilmiöistä olisi ohjanneet haastattelua, vaan että haastattelu toisi esiin haastateltavien tärkeinä pitämiä ja merkityksellisiä ulottuvuuksia (Niikko 2003). Olin haastatteluissa aktiivinen, mutta aktiivisuuteni tavoitteena oli haastateltavan tukeminen kysymyksin ja tarkennuspyynnöin hänen kertoessaan käsityksiään asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaan osallisuudesta (Kylmä 2008).

6.3.1 Asiakashaastattelut

Osan asiakashaastatteluihin osallistuneista tavoitin ottamalla yhteyttä tutkimusalueen mielenterveys- ja päihdetyön avohoidon yksikköjen henkilökuntaan ja potilasjärjestöihin. Yksiköissä ja yhdistyksissä työntekijät jakoivat edelleen tiedotteita tutkimuksestani asiakkailleen. Henkilöt, joita osallistuminen kiinnosti, ottivat esitteen ja sen jälkeen olivat suoraan yhteydessä minuun. Tämän jälkeen sovimme haastatteluajan ja -paikan.

Sairaalassa olevien palveluiden käyttäjien kohdalla otin ensin yhteyttä psykiatrian toiminta-alueen osastonhoitajiin tai päihdehoidon osalta yksikköjen vastaaviin ohjaajiin, jotka edelleen itse tai heidän valtuuttamansa työntekijät kartoittivat ne henkilöt, jotka olisivat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Henkilökunta arvioi heidän kykyään osallistua ja antaa tietoinen suostumus. Tämän jälkeen näille henkilöille annettiin esite ja tietoa tutkimuksesta, ja he saivat ilmoittaa kiinnostuksensa osallistua siihen. Osastolta tai yksiköstä otettiin

minuun yhteyttä ja sovimme tapaamisajankohdan. Kriteerit psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien henkilöiden osallistumiselle olivat, että henkilö on 18–65 vuotias, hoidossa haastatteluhetkellä aikuispsykiatrian osastolla ja että henkilön psyykkinen vointi mahdollistaa tietoisien suostumuksen antamisen ja haastatteluun osallistumisen. Laitoshoidossa olevien kohdalla yhteydenpidon minuun ja haastattelusta sopimisen hoiti käytännössä osaston tai yksikön yhdyshenkilö.

Tavatessani mahdolliset haastateltavat varmistin vielä heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Sairaala- tai avohoidossa olevien henkilöiden kohdalla korostin, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta heidän hoitoonsa ja että haastateltavilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu tai myöhemminkin kieltää sen käyttäminen tutkimuksessa. Muutama sairaalassa hoidossa oleva henkilö kieltäytyikin tässä vaiheessa. Ne henkilöt, jotka päättivät osallistua tutkimukseeni ja suostua haastateltaviksi, antoivat kirjallisen tietoon perustuvan suostumuksensa. Samalla he myös joko myönsivät tai kielsivät luvan haastattelun nauhoittamiseen (liite 2). Haastatteluun osallistuville annoin myös tiedon siitä, kuinka minuun saisi yhteyden, jos heillä on lisäkysymyksiä tai jos he haluavat perua osallistumisensa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevilta palveluiden käyttäjiltä pyysin luvan myös siihen, että heidän tuottamaansa haastatteluaineistoa voidaan lisäksi käyttää hyödyksi kehitettäessä paikkakunnan mielenterveyspalveluita.

Sairaalassa olevat palveluiden käyttäjät tapasin sairaalan osastolla, jonne meille järjestettiin rauhallinen paikka. Muutoin asiakashaastattelut tapahtuivat joko asiakkaan kotona tai minun toimistossani, sen mukaan miten asiakas halusi. Haastattelutilanteet olivat pääsääntöisesti rauhallisia ja kiireettömiä ja niiden ilmapiiri oli hyvä. Osaltaan tähän lienee vaikuttanut oma psykiatrisen sairaanhoidajan koulutukseni ja työkokemukseni. Yhdessä osastolla tapahtuneessa haastattelussa oli häiriötekijänä se, että viereisestä kansliasta kuului kohtalaisen selvästi puheensorina.

Haastattelun aluksi pyysin asiakkaita kertomaan itsestään ja palveluiden käytöstä sen, minkä he halusivat minulle kertoa. Tavoitteena oli luoda keskustelulle vapautunut ja luottamuksellinen ilmapiiri (ks. Arksey & Knight 1999; Taylor 2006; Hautala-Jylhä 2007). He saivat itse valita, kuinka paljon halusivat minulle itsestään ja taustastaan kertoa. Minulle jäi vaikutelma, että kaikki haastateltavat olivat halukkaita antamaan panoksensa ja kokivat vaikuttavansa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen (ks. Latvala 2001). Tässä tutkimuksessa haastatellut palveluiden käyttäjät ovat itse halutessaan kertoneet minulle taustastaan, sairaudestaan, ongelmastaan tai diagnoosistaan. Useat haastatellut ker-

toivat kokemuksiin mielenterveys- tai päihdepalveluista laajemmin kuin haastatteluteemani olisivat edellyttäneet.

Toteutin 27 asiakashaastattelua lokakuun 2008 ja tammikuun 2009 välillä, ja niiden kesto vaihteli vajaasta puolesta tunnista noin kahteen tuntiin (taulukko 5). Tein kaikki haastattelut itse. Haastatteluista nauhoitin neljää lukuun ottamatta kaikki. Haastattelua ei nauhoitettu kolmessa tapauksessa siksi, että haastateltava ei antanut siihen lupaa, yhdessä tapauksessa nauhuri ei toiminut haastattelutilanteessa. Näissä tapauksissa tein haastatteluista muistiinpanot, jotka täydensin haastattelutilanteen jälkeen. Litteroinnin suoritti Näkövammaisten keskusliiton kautta palkattu ulkopuolinen avustaja. Haastattelut litterointiin sanasta sanaan, mutta taukoja, huokauksia, päällepuhumista ja vastaavia ei aukikirjoitettu (Hirsjärvi & Hurme 2008). Asiakasaineisto koostui yhteensä 246 sivusta litteroitua tekstiä (fontti Times New Roman 12, riviväli 1).

Taulukko 5. Haastatellut asiakkaat (n=27)

Taustatiedot	n
Sukupuoli	
nainen	10
mies	17
Ikä	
alle 30 vuotta	5
31–50 vuotta	9
yli 50 vuotta	4
ei tietoa	9
Itse ilmoitettu palveluiden käyttö	
vain mielenterveyspalveluita	12
vain päihdepalveluita	4
sekä mielenterveys- että päihdepalveluita	11

Seuraava esimerkki on asiakashaastattelusta. ML tarkoittaa minua ja P palveluiden käyttäjää, () tarkoittaa kohtaa, jossa haastattelunauhoituksesta ei ole saanut selvää.

ML: Sitte tota mä kysyn sulta- tää nyt ei oo mikään heleppo kysymys, että mitä sun mielestä on asiakaslähtöisyys? Mitä se asiakaslähtöisyys sun mielestä on?

P: Tuota voiko niin sanoa tällasessa paikassa?

ML: Niin, mä en, mä en tiedä, että voiko?

P: Ku se tuntuu vähä, mä oon ymmärtäny joskus, että se on työterveys-huolto tai joku tällaanen. Mutta tota psykologiset jutut on vähä sellasiasia, että joskus jos pitää hoitoa olla, tai siis hoidon pitää niin ku vaikuttaa, niin - tää on mun mielipide, mutta tota eihän sitä aina voi olla niin ku, ei aina voi hoitaa nii, ett' on asiakaslähtönen. Tai siis moon aina, aina iteki sanonu tota aina terveyspalvelun mainostamisesta ja noista, että mitä niiss' luvataan ja näin, mutta mä nään sen, tai mun oma, oma mielipide on, että sairaala on sairaala ja no, sitte on tietysti noi yksityiset psykologit ja sairaalat, mutta mun mielestä se kuulostaa mainossanalta tää. Mutta tota kyllähän niinki voidahan hoitaa, mutta mutta mitä se sitte on käytännössä?

ML: Niin, siinä on, se onki se villakoiran ydin, että sitte se on...

P: Kato ku toiselle asiakkaalle voidaan sanoa johonakin asiassa "kyllä", ja toiselle asiakkaalle "ei". Niin, no - en mä, mä en kommentoi, se... ((nau-rahtaa))

ML: Mutta se, että sun mielestä on niin ku, se enemmänki liittyy tuonne tällasiin niin ku yksityisiin palveluihin.

P: Kyll' sitä justiinsa meinasin sanoa, että sehän on se mainossana, millä sitä mainostetaan. Sitte tota, mutta ne on taas ne yksityiset sellasiasia, että ne tarvihtoo aina niin hirveesti rahaa. Muuten ei saa mitään. Että se asiakaslähtöisyys on silloin aika nolla. Ja mä oon hyvin kritisoiu noita yksityisiä, koska tota mä en oo ikinä tykänny siitä, että terveydenhoito on bisnes. Se on vähä eriarvosta on se. No eihän, kyllähän asiakaslähtöisyys on hyvä asia, mutta tulisko sitä käytetty.

ML: Minkälaisia, jos tän nyt sanos vaikka pari vaikka semmosta teemaa, mitkä sun mielestä liittyy siihen asiakaslähtöisyyteen? Niin mitä se pitää sisällänsä?

P: No ehkä se on se tota henkilökohtaset tavoitteet, kun se on niin ku yks, mutta tota mä ymmärtäisin tuon, jos mun it-alalle pitää tuota erikois-tua, mutta mä en osaa oikein sanoa, mä oon vähä, mä oon huono sano-maan tuota itte ollu aina asiakas, niin kuinka, mitä se on niin ku terveydenhuollossa.

6.3.2 Työntekijähaastattelut

Työntekijähaastatteluja varten otin yhteyttä tutkimusalueen mielenterveys- ja päihdetyön avohoidon yksiköihin ja sairaalan psykiatrian toiminta-alueen osastonhoitajiin, ja tätä kautta tiedotin mahdollisuudesta osallistua työntekijähaastatteluun. Osallistumisesta kiinnostuneet ottivat suoraan minuun yhteyttä ja sovimme haastatteluajan ja -paikan. Työntekijöiden haastattelut tapahtuivat heidän työpaikoillaan, joko työhuoneessa tai kokoustilassa. Tutkimuksessa on haasteltavina mukana useiden eri ammattiryhmien edustajia, ei pelkästään hoitohenkilökuntaa. Perustelen tätä valintaa mielenterveys- ja päihdetyön laaja-alaisuudella ja moniammatillisuudella.

Työntekijähaastatteluiden ilmapiiri oli hyvä. Osan haastattelemistani työntekijöistä tunsin työni kautta. Keskustelun alussa pyysin heitä kertomaan koulutuksestaan ja työkokemuksestaan. Se, että olin itse työskennellyt mielenterveys- ja päihdetyössä ja tunsin mielenterveys- ja päihdeproblematiikkaa sekä eri toimintaympäristöjä helpotti luottamuksen ja yhteisen kielen löytymistä.

Myös työntekijähaastattelut suoritin itse. Työntekijähaastatteluissa käytin samoja avauskysymyksiä ja tarvittaessa apusanalista, jotka olivat käytössäni jo asiakashaastatteluja tehdessäni. Olin jo haastatellut palveluiden käyttäjät ja aloittanut tuon aineiston analyysin. Asiakasaineistossa tuli vahvasti esiin kaksi teemaa, jotka lisäsin työntekijähaastatteluihin. Nämä olivat asiakaslähtöisyys vastentahtoisessa hoidossa ja vertaistuen merkitys. Tein työntekijöiden haastatteluja 11 helmi-huhtikuussa 2009 (taulukko 6). Kaikki nämä haastattelut nauhoitettiin ja litteroinnin suoritti sama henkilö, joka litteroi palveluiden käyttäjienkin haastattelut. Myös ohjeet litterointia varten olivat samat. Tekstinä työntekijähaastattelujen aineisto koostuu 97 sivusta (Times New Roman 12, rivinväli 1).

Taulukko 6. Haastatellut työntekijät (N=11)

Taustatiedot	n
Sukupuoli	
nainen	8
mies	3
Työskentelypaikka	
avohoito (poliklinikka, järjestö)	7
laitoshoito	4
Koulutus	
terveydenhuoltoalan koulutus	8
sosiaalialan koulutus	3
Itse ilmoitettu ensisijainen asiakasryhmä	
mielenterveysasiakkaat	6
päihdeasiakkaat	5

Seuraava esimerkki on työntekijähaastattelusta. ML tarkoittaa minua ja T työntekijää, () tarkoittaa kohtaa, jossa haastattelunauhoituksesta ei ole saanut selvää.

ML: Mitä se asiakkaan osallisuus on mielenterveys- ja päihdetyössä?

T: Voi kauhee, siis mun mielestä se asiakkaan osallisuus ei kyllä näy yhtään ton pidemmälle ku se, ett' se voi osallistua siihen omaan hoitoonsa. Ett' tavallaan siihen että mitenkä ne palvelut järjestetään, tai mihin aikaan niitä on saatavilla, tai millä koulutuksella siell' on henkilökuntaa, tai tämmöseen kaikkeen semmoseen, mihinkä asiakaskin mun mielestä vois vaikuttaa, niin ei niiltä kukaan kysy, että mitä mieltä nyt ootte.

ML: Mutt' ett' se, että semmonen osallisuus siinä omassa hoidossa toteutuu suht koht hyvin?

T: Kyllä mun mielestä. Ja sitt' tavallaan se, että pääsis siitä vielä askeleen pidemmälle ne, joilla on semmosia ihmisiä, jotka haluais vaikuttaa, mutta tuota ei ne halua olla mitään valtuutettuja tai tämmösiä, mutta haluais vaikuttaa ja on pitkään käyny monenlaisissa palveluissa ja niill' on hirveesti tietoa ja käyttöä ja kokemusta, mutta se on kaikki heillä, ett' sitä ei osata hyödyntä.

ML: Mikä sun mielestä vois olla semmonen foorumi sitte, että saatas jotenki käytännössä?

T: Mä jotenki aattelin, että miten se, ett' jos ajattelee päihde- ja mielenterveyspalveluita, no siellähän tietään, ettei ihmiset lähe, ettei vaan mun naama tuu tutuks, ettei kukaan ((nauraa)) tiiä, että mä oon siellä käyny. Mutt' sitte joku, niin ku esim. terveyskeskus vois olla semmonen tavallaan, ett' puhuttas vaan terveyskeskuksen tarjoamista palveluista, ett' sinnehä jo vois sitten niitä ihmisiä lähteeki keskustelemaan, ja siellä vois sitte samalla puhua niistäkin päihde- ja mielenterveyspalveluista, ett' ku se ei ois vaan keskittyny niihin.

ML: Oisko se kuitenkin tämmönen keskustelufoorumi, oisko se parasta?

T: Kyllä mun mielestä semmonen keskustelu, kyllä. Ett' ei kaikki kumminkaa halua ehkä kirjottaa. Kyllä niitäki on, mutta sitä kirjallista ehkä on niin paljo (), että niit' ei kukaan lue kumminkaa. ((naurahtaa)) Keskustelussa ainakin osallistujille kyllä jää jotain mieleen.

ML: Mistä se johtuu, että sitä ei hyväksikäytetä sitä heidän asiantuntijuuttaan?

T: Siis sehä on hirveen pelottavaa, jos asiakkaat rupee mestaroimaan siellä, että sanoo, ett' on tylsää, ett' on 8 - 4, että eiks tää nyt vois olla vaikka 12 - 8, niin ku illallaki saatas palveluita, tai sitten ne sanoo, että ku ei tänne pääse, tai ku joutuu jonottaan, tai sitten ne sanoo, että toi asia on huonosti, että kun ne eivät yhtään ajattele, että tänki vois järjestää sillai, että tossaki säästäsitte, ku tuon mutkan jättäsitte tekemättä.

6.4 AINEISTON ANALYYSI

Sovelsin tässä tutkimuksessa Niikkon (2003) esittämiä fenomenografisen tutkimuksen vaiheita, jotka ovat: aineiston litterointi ja aineistoon tutustuminen, tutkimusongelmien kannalta merkityksellisten ilmaisujen valinta, ilmaisujen ryhmittely vertailun avulla, käsitysryhmien (alakategorioiden) muodostaminen ja kuvauskategorioiden muodostaminen.

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi eteni seuraavasti.

I vaihe

Ensimmäisessä vaiheessa ulkopuolinen avustaja kirjoitti haastattelut tekstiksi antamieni ohjeiden mukaan. Tarkistin itse kirjoitetun tekstin ja nauhoitusten vastaavuuden sekä tein tarvittavat korjaukset. Erityisen haastaviksi litteroituiksi osoittautuivat asiakashaastattelut, joissa puhuttiin vahvasti murreta. Luin ja kuuntelin haastattelut useita kertoja läpi saadakseni kokonaiskuvan aineistosta. Larssonin (1986) mukaan aineiston lukemista tulee jatkaa, kunnes se täyttää lähes kokonaan tutkijan ajatukset.

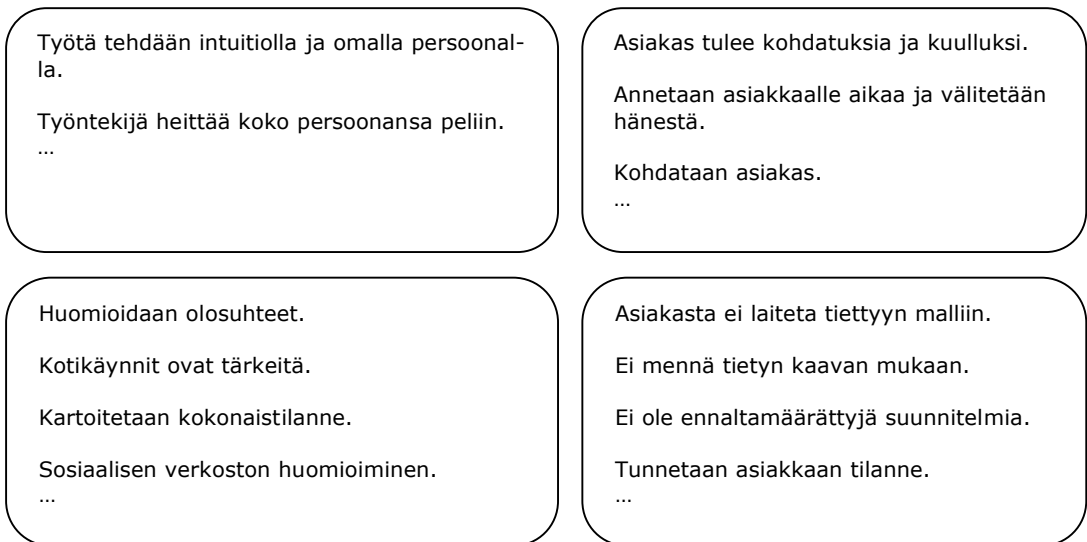
Analyysiyksikkönä oli yksi tai useampi sana tai lause. Etsin ja alleviivasin tekstistä tutkimusongelmien kannalta merkityksellisiä ja riittäviä ilmaisuja, jotka pelkistin merkitysyksiköiksi (taulukko 7). Tarkastelin ilmauksia suhteessa niiden kontekstiin eli haastatteluun kokonaisuutena. Näin pyrin tavoittamaan haastateltavan käsityksen ilmiöstä. Seuraavaksi pelkistin merkitykselliset ilmaisut merkitysyksiköiksi. Merkitysyksiköt nimesin yleiskielellä välttämättä teoreettisia käsitteitä. Samaa ilmiötä voidaan kuvata erilaisilla käsitteillä ja eri ilmiötä kielellisesti samantapaisilla ilmauksilla. Analyysin tarkoitus on saada esiin ilmiötä koskevat käsitykset ja ymmärrykset kielellisten ilmaisujen takaa. (Niikko 2003.)

Taulukko 7. Esimerkki merkityksellisten ilmausten erottamisesta ja niiden pelkistämisestä merkitysyksiköiksi

Alkuperäinen haastatteluaineisto	Merkitykselliset ilmaisut	Merkitysyksikkö
<p>T: [...] Mutta että tähän asti aika pitkälti sitten kuitenkin se on semmonen <u>intuutiolla, omalla persoonalla sitä tehty ja</u> mun mielestä ihan ensimmäisenä ainaki itte huomaan sen, että kunhan se <u>asiakas tulee kohdatuksi ja kuulluksi</u>, niin se on ensimmäinen asia sitä. Ett' se on asiakaslähöstä se toiminta, että se <u>ei tuu johonkin tiettyyn malliin, että sanotaan vaikka, että tässä on nyt sulle 10 kerran lyhytterapiaistunnot ja käydään tietyn kaavan mukaan, vaan se, että se saa kertoa sen asiansa</u> [...]</p>	<p><u>intuutiolla, omalla persoonalla tehdään työtä</u></p> <p><u>asiakas tulee kohdatuksi ja kuulluksi, niin se on ensimmäinen asia sitä</u></p> <p><u>ei laiteta johonkin tiettyyn malliin</u></p>	<p>Työtä tehdään intuitiolla ja omalla persoonalla.</p> <p>Asiakas tulee kohdatuksi ja kuulluksi.</p> <p>Asiakasta ei laiteta tiettyyn malliin.</p>
<p>P: [...]Mulle on <u>annettu oikeestaan aika paljon tilaa</u> sillälaililla, että ne tietää, että äänien kanssa siinä ei puhekaveri auta paljoo, että äänien kanssa on niin kyllä, on toimittu, mun mielestä mulla on auttanu se, että niin purkaa asioita ja mulla on tosiaan vielä toi, että niin kun <u>järkevää kohtelua se, ettei mennä liian lähelle</u> [...] <u>Tuoss' tuli yks lääke yhtäkkiä mun dosettiin ja siitä kukaan ei kertonu mitään mulle</u>. Että se oli pieni yllätys mulle siitä yhdestä lääkkeestä, mikä otettiin tässä, enkä mä kää, mä en voinu tota tiedonkulkua täällä, täällä () on vähä semmonen tiedonkukuhomma, <u>täällä ei tiedot kulje kovinkaa hyvin, että, tulee sitt' niitä yllätyksiä</u>. Mutta muuten on olluki, muuten ei oo tietysti ollu muuta, ku pieniä ongelmia. Ja omalla <u>aktiivisuudella todellaki saa aika paljo sitä tiedonkulkua kiinni otettua</u>, jos vaan <u>on reipas ja uskaltaa kysellä, kysellä kaiken aikaa</u>. [...]</p>	<p><u>annettu oikeestaan aika paljon tilaa</u></p> <p><u>järkevää kohtelua se, ettei mennä liian lähelle</u></p> <p><u>Tuoss' tuli yks lääke yhtäkkiä mun dosettiin ja siitä kukaan ei kertonu mitään mulle</u></p> <p><u>täällä ei tiedot kulje kovinkaa hyvin, että, tulee sitt' niitä yllätyksiä</u></p> <p><u>aktiivisuudella todellaki saa aika paljo sitä tiedonkulkua kiinni otettua</u></p> <p><u>on reipas ja uskaltaa kysellä, kysellä kaiken aikaa</u></p>	<p>Annetaan tarvittaessa tilaa.</p> <p>Ei tulla liian lähelle.</p> <p>Lääkemuuotos tuli yllätyksenä.</p> <p>Tieto ei kulje kovin hyvin.</p> <p>Omalla aktiivisuudella saa tietoa.</p> <p>Pitää olla reipas ja uskaltaa kysellä.</p>

II vaihe

Toisessa vaiheessa vertailin merkitysyksiköitä toisiinsa etsien samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia (kuvio 9). Palasin yhä uudelleen alkuperäiseen aineistoon ja siitä löytämiini merkityksellisiin ilmaisuihin varmistuakseni siitä, että olin tullut kinnut oikein haastateltavan puheen sen omassa kontekstissa. Tässä vaiheessa mietin myös niitä kriteerejä, joiden perusteella muodostin ryhmät ja määritin niiden väliset erot. Joihinkin ryhmiin merkitysyksikköjä tuli enemmän, joihinkin vain muutama. Fenomenografisessa analyysissä laadullisten erojen etsiminen on kiinnostavampaa kuin niiden määrän tai edustavuuden etsiminen (Niikko 2003). Analyysin tässä vaiheessa on tärkeää tutkijana tiedostaa omat ennakkokäsityksensä ja kokemuksensa sekä sulkeistaa ne (Marton & Booth 1997). Tässä vaiheessa käytin teoreettista perehtyneisyyttäni ilmiöihin pystyäkseeni ymmärtämään ja tulkitsemaan haastateltavien käsityksiä niistä (ks. Ahonen 1996).



Kuvio 9. Esimerkki merkitysyksikköjen ryhmittelystä

III vaihe

Analyysin tässä vaiheessa yhdistin merkitysyksiköiden muodostamat ryhmät alakategorioiksi (taulukko 8). Tätä vaihetta ei tarvittu kaikkiin tutkimuskysymyksiin vastattaessa. Asiakas- ja työntekijäaineiston analyysissä muodostin suoraan kuvauskategoriat, jotka kuvaavat käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Näin siirryin suoraan vaiheeseen neljä. Asiakkaan osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden toteutumista kuvaavista merkitysyksiköistä

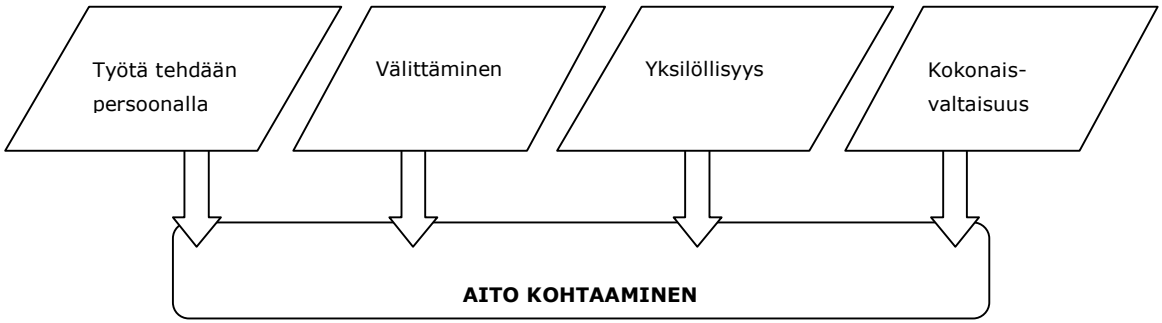
muodostin sekä asiakas- että työntekijäaineistosta ensin alakategoriat, jotka yhdistin kuvauskategorioiksi.

Taulukko 8. Esimerkki alakategorioiden muodostamisesta

Merkitysyksiköt ryhmiteltynä	Alakategoria
Työtä tehdään intuitiolla ja omalla persoonalla. Työntekijä heittää koko persoonansa peliin. ...	Työtä tehdään persoonalla
Huomioidaan olosuhteet. Kotikäynnit ovat tärkeitä. Kartoitetaan kokonaistilanne. Sosiaalisen verkoston huomioiminen. ...	Kokonaisvaltaisuus
Asiakas tulee kohdatuksia ja kuulluksi. Annetaan asiakkaalle aikaa ja välitetään hänestä. Kohdataan asiakas. ...	Välittäminen
Asiakasta ei laiteta tiettyyn malliin. Ei mennä tietyn kaavan mukaan. Ei ole ennaltamäärättyjä suunnitelmia. Tunnetaan asiakkaan tilanne. ...	Yksilöllisyys

IV vaihe

Neljännessä vaiheessa yhdistin alakategoriat edelleen kuvauskategorioiksi (kuvio 10). Sekä kolmannessa että neljännessä analyysivaiheessa vertailin kategorioiden sisällä olevia merkitysyksiköjä keskenään sekä suhteessa toisten alakategorioiden ja kuvauskategorioiden sisältämiin merkitysyksiköihin. Kategoriat eivät saa mennä limittäin toistensa kanssa ja niiden tulee olla loogisessa suhteessa toisiinsa. Kukin kuvauskategoria kertoo jotain erilaista tavasta kokea ilmiö (Niikko 2003). Ne ovat vastaus tutkimusongelmiin. Tutkimukseni tuloksena syntyneet alakategoriat ja kategoriat ovat horisontaalisessa suhteessa toisiinsa, koska ne ovat samanarvoisia.



Kuvio 10. Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä kuvauskategoriaksi

Fenomenografisessa tutkimuksessa kuvauskategoriat voidaan edelleen yhdistää ylätason kategorioiksi, jotka muodostavat kuvausmallin tutkittavasta ilmiöstä ja siihen liittyvistä käsityksistä (Ahonen 1996). Tätä kuvausmallia voidaan kutsua myös kuvauskategoriasysteemiksi tai tulosavaruudeksi (Niikko 2003). Kategorioiden yhdistäminen yleensä parantaa tutkimuksen tasoa (Ahonen 1996; Hautala-Jylhä 2007). Yhdistin lopuksi analyysin tuloksena laatimani kuvauskategoriat ylätason kategorioiksi, jotka muodostavat tämän tutkimuksen tuloksena syntyneet kuvausmallit asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielen-terveys- ja päihdetyössä.

Kuviossa 11 on esitettyä yhteenveto fenomenografisen lähestymistavan mukaisesta analyysistä tässä tutkimuksessa.

I vaihe:

Haastattelut kirjoitettiin tekstiksi. Tarkistin kirjoitetun tekstin ja haastattelun vastaavuuden. Luin haastatteluja useaan kertaan saadakseni yleiskuvan aineistosta.

Erotin ja alleviivasin tutkimusongelmien kannalta merkitykselliset ja riittävät ilmaisut.

Pelkistin merkitykselliset ilmaisut merkitysyksiköiksi.

Asiakashaastattelut n=27
Työntekijähaastattelut n=11

T: [...] se on semmonen intuutiolla, omalla persoonalla sitä tehty ja mun mielestä ihan ensimmäisenä ainaki itte huomaan sen, että kunhan se asiakas tulee kohdatuks ja kuulluksi, niin se on ensimmäinen asia sitä. Ett' se on asiakaslähöstä se toiminta, että se ei tuu johonkin tiettyyn malliin, että sanotaan vaikka, että tässä on ny sulle 10 kerran lyhytterapiaistunnot ja käydään tietyn kaavan mukaan, vaan se, että se saa kertoa sen asiansa. [...]

Merkitykselliset ilmaisut	Merkitysyksikkö
<u>intuutiolla, omalla persoonalla tehdään työtä</u> <u>asiakas tulee kohdatuksi ja kuulluksi, niin se on ensimmäinen asia sitä</u> <u>ei laiteta johonkin tiettyyn malliin</u>	Työtä tehdään intuitiolla ja omalla persoonalla. Asiakas tulee kohdatuksi ja kuulluksi. Asiakasta ei laiteta tiettyyn malliin.

II vaihe:

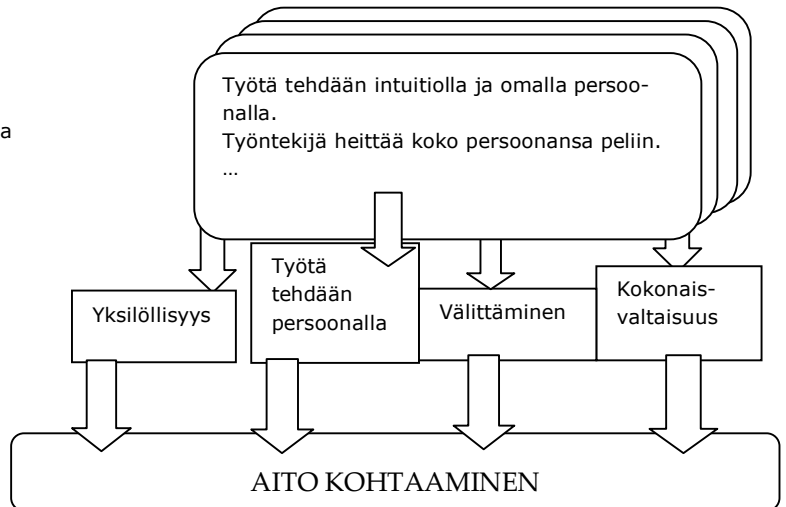
Vertailin merkitysyksiköitä toisiinsa etsien samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia.

III vaihe:

Yhdistin merkitysyksiköt alakategorioiksi.

IV vaihe:

Yhdistin alakategoriat kuvauskategorioiksi ja ne edelleen ylätasoon kategorioiksi.



Kuvio 11. Fenomenografinen analyysi tässä tutkimuksessa

7 Tulokset

Tässä luvussa esitän tutkimukseni tulokset kategorioina. Kunkin kuvaus- ja alakategorian esittelyn yhteydessä on suora lainaus aineistosta. Niiden avulla lukija voi arvioida kategorioiden aitoutta. Joissain kohdin olen erityisesti joutunut pohtimaan kategorioiden erottamisen ja luomisen vaikeuksia ja näissä kohdissa olen myös kirjoittanut sen kategorian kuvauksen yhteyteen. (Ks. Ahonen 1996.) Olen pyrkinyt nimeämään kategoriat niiden sisältöä mielestäni hyvin kuvaavilla sitaateilla aineistosta silloin, kun se on ollut mahdollista.

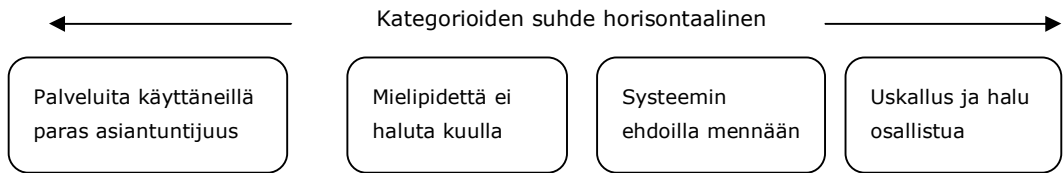
Lainauksissa ML tarkoittaa minua, P merkitsee palveluiden käyttäjää ja T työntekijää. Hakasuluilla [] olen merkinnyt sitä, että lainauksesta on jätetty pois jotain kategorian muodostamiselle merkityksentä tekstiä. Samoin ole merkinnyt ne kohdat, josta olen jättänyt tunnistamisen välttämiseksi pois esimerkiksi henkilöiden tai paikkojen nimiä. Hakasulkuihin olen lisännyt joitain selventäviä kommentteja, nämä lisäykset olen merkinnyt nimikirjaimillani ML. Sulkumerkit () kuvaavat nauhoituksissa olleita kohtia, joissa oli mahdotonta saada selvää haastateltavan sanoista.

7.1 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN ASIAKKAIDEN KÄSITYKSET ASIAKKAAN OSALLISUUDESTA JA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ

Tässä alaluvussa kuvaan ala- ja kuvauskategorioina tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta (7.1.1) ja sen toteutumisesta (7.1.2) mielenterveys- ja päihdetyössä. Tämän jälkeen esitän ne kategoriat, jotka kuvaavat käsityksiä asiakaslähtöisyydestä (7.1.3) ja sen toteutumisesta (7.1.4).

7.1.1 Osallisuus palveluiden käyttäjien asiantuntijuutena

Palveluiden käyttäjien haastattelujen analyysin perusteella muodostin neljä horisontaalista kuvauskategoriaa, jotka kuvaavat heidän käsityksiään asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuvauskategoriat ovat: Palveluita käyttäneillä paras asiantuntijuus, Mielipidettä ei haluta kuulla, Systemin ehdoilla mennään sekä Uskallus ja halu osallistua. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä

Palveluita käyttäneillä paras asiantuntijuus

Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden käsitysten mukaan palveluiden käyttäjien osallisuus ja osallistuminen toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen on tarpeellista, jotta saataisiin aikaan muutoksia ja parannuksia mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Monissa haastatteluissa tuotiin esiin sitä, että palveluiden käyttäjillä on paras asiantuntijuus palveluiden sisällöstä. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että suunnittelutyö ilman asiakkaita on aivan turhaa. Jos asioita pohditaan ilman kokemuksellista asiantuntijuutta, saadaan usein aikaan vain merkityksetöntä paperia. Toiset suhtautuivat palveluiden käyttäjien mukaan ottamiseen niin, että se olisi hyväksi tai suotavaa. Ilman kokemusta palveluiden käytöstä on vaikeaa tietää, mitä ja mihin suuntaan mielenterveys- ja päihdetyötä tulisi kehittää. Haastatelluissa kävi ilmi, että monilla palveluiden käyttäjillä olisi sanottavaa ja mielipiteitä esimerkiksi hoidon järjestämisestä, mutta he eivät saa ääntään kuuluviin.

P: [...] Se oli tuota kyllä, kyllä me kuule, voiraan niitä kokouspalakkeita nostaa ja, ja kato, sinne pannaan vaikka 10 miljoonaa euroa, niin tulos on + - 0. Tulo ois pirunmoinen nippu, jota nyt tekstiä kuule, mikä pölyttyy Suomen arkistoss, ja siinä se on se homma. Niin kyllä se tällasess käy. Totta kai se on tärkeää seki, en mä sitä sanonu, mutta tuot siinä pitää olla nimenomaan ne, joita se asia koskee, mutta niillä on kuitenkin se - tää on sellanen tauti, ett' sitä ei niin kukaan käsitä muu, paitsi joka niin ku sairastaa sitä. Sitä ei käsitä kukaan. Mä oon huomannu sen, vaikka kuinka mä yritän kuule, puhua sille kaverille, niin ei, ei se, me ollaan eri aaltopituurella koko aijan. [...]

No siin on, katos, se, ett' ei, ei, kato, me ollaan eri aaltopituurella. Se virkamies tai joku suunnittelu on tuossa ja minoon tuoss. Ja kato, sill' ei oo mitään kokemusta tästä. Ja se, se ei niin ku, se ei voi ollenkaan tietää,

minkämoinen alkoholisti on, ja minkämoinen sen elämä on olu, ja miten se on toipunu alkoholisti. me ollaan aivan erilaisia ihmisiä.

Mielipidettä ei haluta kuulla

Vaikka palveluiden käyttäjillä olisi asiantuntemusta, jota pitäisi hyödyntää mielenterveys- ja päihdetyössä ja niiden kehittämisessä, haastattelemieni asiakkaiden käsitysten mukaan asiakkaiden osallisuus ei aina toteudu. Haastateltavat kertoivat käsityksiään siitä, ettei asiakkaiden mielipiteitä ja kokemuksia välttämättä haluta kuulla. Palveluiden käyttäjien kuuleminen vaatii aikaa ja luopumista siitä ajatuksesta, että asiantuntijat tietävät kaiken. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin ja heidän kykynsä osallistua ja sanoa mielipiteensä liittyy palveluiden käyttäjien käsitysten perusteella kielteisiä asenteita, ennakkoluuloja ja tiedon puutetta. Osin kysymys on myös vallanjaosta: ne, jotka valtaa käyttävät, eivät halua siitä luopua.

P: Päätäjät haluaa päättää, niin kun ne itte tahtoo. Että miksi kysyä niiltä, joilla se ongelma on. Me päätetään teirän puolesta. [...]

Helpompi päättää, ku ei loppuviimeks tiedä, mikä se ongelma on. Tai se ongelman sisin tai ydin, tai mikskä sitä sanotaan. Että vois olla kenties vaikeempi päättää, jos asianomaiset itte sais äänensä kuuluville. Että vois kenties ollaki, ett' herrajumala, onks tää näin vaikee juttu. ((naurah-taa))

Systemin ehdoilla mennään

Palveluiden käyttäjät toivat haastatteluissa esiin käsityksiään siitä, että asiakkaan osallisuutta ja osallistumisen mahdollisuuksia määrittävät mielenterveys- ja päihdetyön toimintaympäristö ja organisaatioiden kulttuuri. Niin avohoidossa kuin laitoksissakin tietyt säännöt ja toimintatavat luovat raamit, joihin tulee sopeutua. Eräässä haastattelussa todettiin, ettei termi vaikuttaminen kuulu lainkaan sairaalasanastoon. Erityisen paljon sääntöjä vaikuttaa olevan sairaalahoidossa. Aina ei ollut asiakkaille selvää, mihin nuo säännöt ja toimintakäytännöt perustuivat tai mikä oli niiden merkitys. Osa haastateltavista kertoi osallisuuden kokemuksen ja osallistumisen olevan mahdollista hoitopaikkojen raamien sisällä.

ML: Ehkä tää voi olla tavallaan nyt se vaikea kysymys, niin tota ootko sä saanu itte ny esimerkiks osallistuu siihen sun omaan hoitoon?

P: No jonkun verran, joo. Totta kai sitä nyt on sen verran saanu itte vaikuttaa, että on voinu kysyä, että olisko mahdollista saada lähetettä osastolle ja tähän tyyliin. Mutta sitte kaikki hoitoajat ja semmoset, nii neki määräytyy kyllä aika pitkälle sen mukaan, että minkälainen osaston lääkäri on, että oon huomannu, että lääkäreillä saattaa olla tietty tyyli, että esimerkiks [osaston numero ML] oli viimeks semmonen, että diagnoosista riippumatta ja niin ku tilasta riippumatta niin lähes jokaisen hoitoaika oli kolme viikkoa. Ja se oli kyll semmonen vähä huono juttu. Niin, ja tota tollasia tulee sitte vastaan.

Uskallus ja halu osallistua

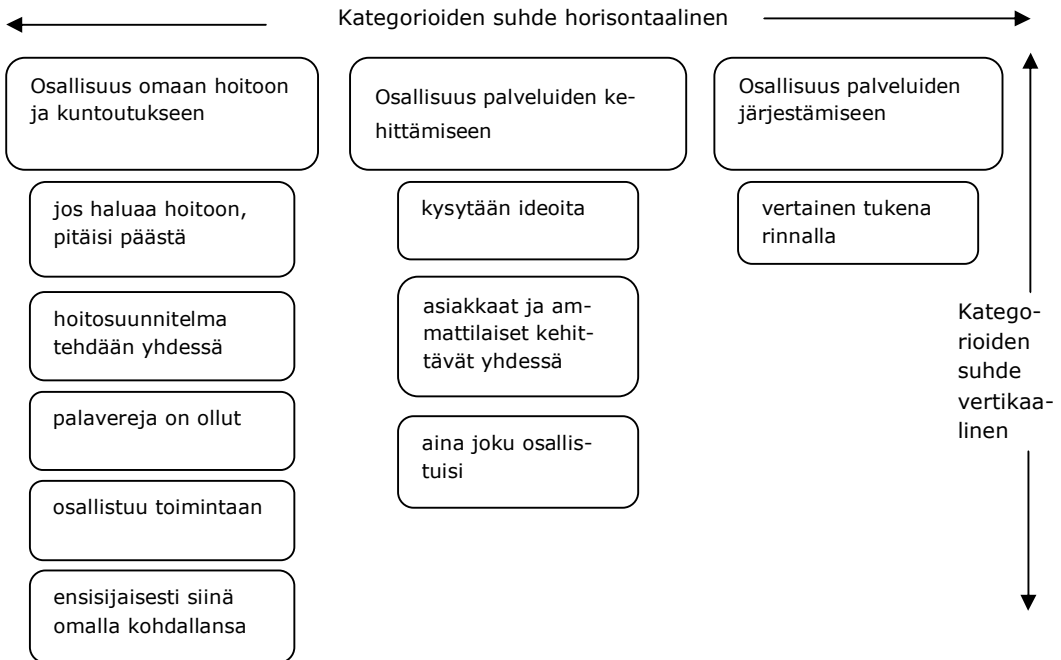
Haastatteluissa esitettiin käsityksiä siitä, kuinka asiakkaiden uskallus ja halu olla osallisina ja osallistua vaihtelee. Mielensterveys- ja päihdeongelmiin liittyy edelleen häpeää ja stigmaa, minkä vuoksi ei haluta osallistua esimerkiksi vertaistapaamisiin. Kaikki eivät jaksa tai halua osallistua, tai he voivat olla arkoja kertomaan mielipiteitään. Oma psyykinen ja fyysinen vointi, lääkitys ja kuntoutumisen vaihe vaikuttavat haluun ja kykyyn osallistua. Suomalaiseen kulttuuriin ei välttämättä kuulu aktiivinen osallistuminen ja omien mielipiteiden julkittaminen, ja sama arkuus näkyy myös mielensterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjien osallistumisessa. Osa haastatelluista ei nähnyt tarpeellisena palveluiden käyttäjien mielipiteiden kuulemista. Heidän mielestään oli hyvä kääntyä asiantuntijoiden puoleen ja luottaa heihin.

P: Jokainen asia on niin kun yksilöasia, mutta kun on lääkityksessä, ett' on monet lääkkeet, niin sellainen ei kyllä jaksa osallistua mihinkään, eikä niin kun osaa sanoa, kun sillä on hyvin vaikeaa. Mutta on näitä, joill' on pieni lääkitys. Kun ei niitäkään huomioida, niin sellaisilla mielestäni olisi halukkuutta keskusteluun, ja vertaistoimintaankin, jolla on yhtä, kahta kevyttä lääkettä, ja näitähän on paljon. Niin kyllä - sanotaan, että 50 % heistä olis sellaisia, joilla olis halukkuus varmasti toimia. ja katsoa, kuntouttaa itteään.

7.1.2 Osallisuuden monet muodot mukanaolosta aktiiviseen toimijuuteen

Asiakkaan osallisuuden toteutumista mielensterveys- ja päihdetyössä kuvaa kolme hierarkkisesti samanarvoista kuvauskategoriaa, jotka jakautuvat yhdeksään alakategoriaan. Kukin kuvauskategoria sisältää erilaisen käsityksen siitä, minkälaisessa toiminnassa asiakkaan osallisuus voi toteutua. Kuvauskategoriat

ovat: Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, Osallisuus kehittämiseen sekä Osallisuus palveluiden järjestämiseen. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Mielensterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakkaan osallisuuden toteutumisesta mielensterveys- ja päihdetyön käytännössä

Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen

Kuvauskategoriassa esitän ne käsitykset, joita haastateltavat liittivät osallisuuden ja osallistumiseen suhteessa omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon koettiin tärkeänä hoidon ja kuntoutuksen kaikissa vaiheissa.

Jos haluaa hoitoon, pitäisi päästä

Haastatteluissa tuotiin voimakkaasti esiin käsityksiä siitä, että asiakkaan mieltä tulisi kuulla hoidon aloittamisesta päätettäessä. Jos ihminen haluaa apua, pitäisi hänelle antaa mahdollisuus siihen. Esteenä hoitoon pääsemiselle eivät saisi olla organisaatioiden erilaiset lähetekäytännöt tai se, ettei kotikunnalla ole varaa esimerkiksi päihdelaitoskuntoutukseen. Oma motivoituminen nähtiin ensiarvoisen tärkeänä, jotta hoito tai kuntoutus onnistuisi. Joissakin haastatteluissa kuvattiin, kuinka asiakas oli pakottanut lääkärin tekemään lähetteen

psykiatriselle osastolle tai kuinka asiakas maksoi itse päihdekuntoutuslaitoksen intervallijaksot, koska kotikunnalta ei enää saanut maksusitousta. Haastattelussa kerrottiin myös päinvastaisista tilanteista, jolloin asiakas oli päättänyt, ettei mene tarjottuun tai suunniteltuun hoitoon.

P: Ja jos se haluaa lähteä niin ku johki hoitoon, niin kyllä siinä pitäs niin ku laittaa pyörät kulukemaan ja yrittää sitä rahotusta, jos sen saa. Jos se kerta, se ihmine on itte halukas siihen, ettei [...] enää rupee linkaamaan niin ku, että no okei, mitähän tuoki ny sinne menöö, että senhän nyt arvaa, aivan turhaa niin ku. Mutta jos ihminen on itte valamis, niin kyllä siihen [...] sillai pitää panostaa ja yrittää sitä sitten ratkaasua.

Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä

Osallisuus oman hoidon suunnitteluun kuvattiin käsityksinä siitä, että asiakas on mukana, tulee kuulluksi ja pystyy vaikuttamaan laadittaessa hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa, päätettäessä hoitoajan pituudesta, jatkohoidosta tai käyntien tiheydestä. Kaikki haastattelemani asiakkaat eivät tienneet, onko heille laadittu hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa tai mikä oli suunniteltu hoitoaika. Joskus suunnitelmia muutettiin ilman, että asiakas tiesi niistä: hoitoaika saatiin jatkaa tai lääkedosettiin "ilmestyi" uusi lääke. Aina osallisuus ei toteudu siitä syystä, että henkilö on esimerkiksi tahdon vastaisessa psykiatrisessa hoidossa tai ei itse koe olevansa avun tarpeessa.

ML: Joo. Onko sulle tehty tällöinen jonkinlainen tällöinen hoito-, tai kuntoutussuunnitelma?

P: Joo. Mä lähdän nyt jatkohoitoon, niin siitä.

ML: Joo, oisiks sä halunnu, tai saiks sä olla mukana siinä suunnitelman laadinnassa?

P: Mä päätin paikan.

ML: Joo, ett' sä sait olla siinä ihan, ihan tasavertasena mukana.

P: Niin, tai mä sen päätin. Mulle laitettiin siell' tommonen kansio, että kato siellä joku, mikä on... Tai mä olisin halunnu [paikkakunnalle ML], ett' mä oisin saanu nyttten varmistuksen, että mun mielenterveysdiagnoosin, että mikä vaivaa päässä. Se oli liian kallis paikka. Sitt' seuraava vaihtoehto oli sitte tänne.

Palavereja on ollut

Asiakkaiden käsitysten mukaan osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen voi tarkoittaa osallistumista erilaisiin hoitoneuvotteluihin, -keskusteluihin ja -palavereihin. Parhaimmillaan yhteiset neuvottelut mahdollistavat tasavertaisen mielipiteiden vaihtamisen ja yhteisen päätöksenteon. Haastateltavat kuvasivat myös tilanteita, joissa neuvottelun tarkoitus tai sen jälkeiset toimenpiteet olivat jääneet heille epäselviksi. Tällöin asiakkaalla voi olla mahdollisuus olla läsnä keskustelussa, mutta hänen mielipiteensä ja äänensä eivät välttämättä tule kuuluksi eikä hänellä ole todellista vaikutusmahdollisuutta tai päätösvaltaa.

P: [...], niin kyllähän sitä hoitajan kanssa vähän oli niin kun keskusteluhetkiä, mutta tuntui, että ne asiat jäivät siihen, mitä siinä puhuttiin, että niille ei tehty mitään, mitä olis halunnu, niin kun kuntoutusta, hakea kuntoutukseen johonki muualle kuin sairaalamiljööseen. Niin ei.

Osallistuu toimintaan

Monissa avohoidon yksiköissä ja sairaalan osastoilla on järjestetty erilaista ryhmämuotoista toimintaa, johon on mahdollista osallistua. Osallisuus käsitetään osallistumisena siihen toimintaan, mitä mielenterveys- tai päihdetyön yksikössä on tarjolla. Osallistuminen erilaisiin toimintoihin voi lisätä rohkeutta toimia toisten ihmisten kanssa, antaa mahdollisuuksia itsensä toteuttamiseen tai liikuntaan sekä tuoda sisältöä ja vaihtelua muuten ehkä yksitoikkoiseen arkeen.

P: Se oli sitte semmonen, kato, ku siellä sai osallistua, vaikka mä en ekana ajattelin, että mä en halua, mä en uskalla, ku mä oon niin, vaikka mä en höpötän, mä oon tosi arka, niin mä en menin joka paikkaan mihin pyydettiin mutta muutaman kerran aina piti pyytää () mä en menin. Ja mä en sanoin, että mihinkä kaikkiin laulukuoroon, piirustuskerhoon, käsityöpiiriin, ja jumppaan, kuntosalille, kaikkiin mä en lähin. Niin sitten mä en huomasi, että tämä auttaa.

Ensisijaisesti siinä omalla kohdallansa

Haastattelemieni palveluiden käyttäjien käsitysten mukaan osallisuus ja osallistuminen toteutuvat ensisijaisesti kunkin omalla kohdalla, omassa hoidossa ja kuntoutuksessa. Osallisuus ja osallistuminen eivät ole itseisarvo, vaan niiden tulee palvella asiakkaan omaa hyvinvointia ja selviytymistä.

P: Kato, se että mä yleensä niin ku tähän tutkimukseen lähdin, [...] niin mun piti miettiä sitä hetken aikaa ja tuota itse asiassa mä mietin sitä ihan niin kun aivan henkilökohtaselta kannalta niin tätä juttuu niin, että palveleeks tämä juttu mun henkilökohtasta kasvua, kehitystä, uusien asioiden oppimista ja tuota mun jokapäiväistä selviytymistä ja onks siinä olemassa uhkia, onks siinä olemassa mahdollisuuksia. Ja lopuks sitte laitettiin vähä juttuja niin ku vaakakuppiin, ja sitte tehtiin päätös. Ja tää oli sen koko jutun tausta. Ja sitt' mä päädyin siihen ratkasuun, ett' mä lähdin.

[...]niin toisaalta mä täytän sitä tyhjiötä, mikä jää, kun alkoholinkäyttö jää pois. Ja, ja tuota niin toisaalta mä teen jotakin sellasta, mikä on mulle mielekästä ja missä mulla on niin ku kokemusta ja osaamista.

Osallisuus palveluiden kehittämiseen

Tässä kuvauskategoriassa esittelen ne asiakashaastatteluissa esiin tulleet käsitteet, jotka kuvaavat asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämässä. Palveluiden käyttäjien mielipiteitä ja kokemuksia voidaan haastatteluvien mukaan hyödyntää erilaisin tavoin.

Kysytään ideoita

Asiakkaiden käsitysten perusteella palveluiden käyttäjät voivat osallistua kehittämistyöhön siten, että heidän mielipiteitään ja ideoitaan kartoitetaan. Tämä voi tapahtua esimerkiksi erilaisten kyselyjen avulla tai siten, että palveluita käyttäneille tarjotaan mahdollisuus jakaa kokemuksiaan ja mielipiteitään. Useat haastattelemani palveluiden käyttäjät toivat esiin omaa valmiuttaan vastata kyselyihin ja siten osallistua mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen.

ML: Mitä se käytännössä vois olla [osallistuminen ML]?

P: No mielipiteiden kysymistä, että, ja siitä pitäis osata seuloa ne, mitkä osaa sitä, ajatella sit' asiaa.

Asiakkaat ja ammattilaiset kehittävät yhdessä

Osa vastaajista esitti käsityksiä siitä, että palveluiden käyttäjät voisivat osallistua mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen ammattilaisten rinnalla. Yhteinen kehittäminen voi olla esimerkiksi asiakkaan ja työntekijän yhteistä toiminnan tai kehittämisprojektin suunnittelua. Asiakkailta oleva kokemustieto on tärkeää, jotta toimintoja voitaisiin kehittää tarkoituksenmukaisesti.

P: Kyllähän niin ku siinä suunnitteluvaiheessa mun mielestä siellä pitäis olla niin ku, jos ajatellaan joku projekti. [...] Että, ja kyllä niitä pitäis ottaa mun mielestä niin ku suunnitteluvaiheess' jo niin ku niitäki mukaa, että tulis niin ku sieltäki se mielipide, ettei vaan päättäjät niin ku päätä, että näin tehään ja tää on hyvä idea ja... Eihän se välttämättä yhtää oo hyvä idea. Sitte sinne tullaan, ja sitt' siellä ollaan sormi suussa, että apua, kuinkas täss' ny näin kävi.

Aina joku osallistuisi

Haastatellut suhtautuivat varovaisen optimistisesti osallistumisen mahdollisuuksiin ja osallistumisaktiivisuuteen. Heidän käsitystensä mukaan ylhäältä alaspäin saneleminen on vähentymässä ja asiakkaiden mielipiteistä ja kokemuksista ollaan yhä enemmän kiinnostuneita. Vaikka osa palveluiden käyttäjistä ei halua, jaksa tai ole kiinnostunut osallistumisesta, haastatelluilla oli käsitys, että aina löytyisi joku, joka haluaisi osallistua. Palveluiden käyttäjien osallisuutta voitaisiin lisätä ottamalla kehittämistyöhön mukaan erilaisia yhdistyksiä ja potilasjärjestöjä.

P: Se on kai niin alussa vasta tämmönen toiminta, että jos se vaa yleistyy, ja kyllähän se yleistyy, niin sitä enemmän aletaan kysyä, koska on niin vähän aikaa, ku ihmiset survottiin laitoksiin. Ja, että tuota kaikkihan pikkuhiljaa kehittyi sitte ajan kanssa ja kyllä mielenterveyskuntoutujia-kin paljo varmaan on vielä, ku on kaikenlaista, monenlaista kokemusta alalta ja sanomistaki, jos... Että tavallaan potilaan ehdoillahan tässä pitäis toimia loppujen lopuksi, että niin paljo ku vaan pystytään. Semmonen ylhäältä päin saneleminen nii se tavallaan monessa muussaki asiassa on jo taakse jäänyttä.

Osallisuus palveluiden järjestämiseen

Tämän kuvauskategorian muodostaa vain yksi alakategoria. Kuvauskategoria on lähellä edellisessä kappaleessa esiteltyä alakategoriaa Asiakkaat ja ammattilaiset kehittävät yhdessä. Halusin kuitenkin erottaa selkeästi palvelujärjestelmän kehittämiseen osallistumista kuvaavat käsitykset palveluiden tuottamiseen liittyvistä käsityksistä.

Vertainen tukena rinnalla

Osa haastatelluista palveluiden käyttäjistä toimi jo haastatteluajankohtana aktiivisesti esimerkiksi potilasjärjestössä tai vertaistukiryhmässä. Toiset kertoivat toiveistaan ja haaveistaan siitä, kuinka voisivat käyttää hyväksi itsellään olevaa kokemusta ja auttaa toisia, joilla on samankaltaisia ongelmia. Haastatellut esitivät monenlaisia käsityksiä niistä keinoista ja kanavista, joiden kautta he voisivat toimia ja auttaa. Näitä olivat esimerkiksi toimiminen vertaisryhmän ohjaajana yhdessä työntekijän kanssa, internetyhteisössä tai potilasjärjestössä toimiminen taikka oman asumispalveluyksikön perustaminen.

ML: [...] Mitenkä sä itte haluaisit osallistua? Haluaisiksa olla jotenki aktiivinen?

P: Haluaisin. Mä justii [työntekijälle ML] sitä puhuin, ku mää tiistaina kävin sen tykönä, ett' tota sanoin sitä, että mä, täss' nyt [...] tän kolome vuotta, nii jotenki on tullu niin ku semmonen, ett' mä haluaisin olla juopojen kanssa tekemisissä, ja niin ku auttaa, että ku mulla on sitä käytännökokemusta ja näin, nii tota haluaisin auttaa ja olla jotenki mukana jossakin.

ML: Joo, hyvä, että niin ku, ett' joko vertaistukena tai sitte ihan ammatillisena tukena.

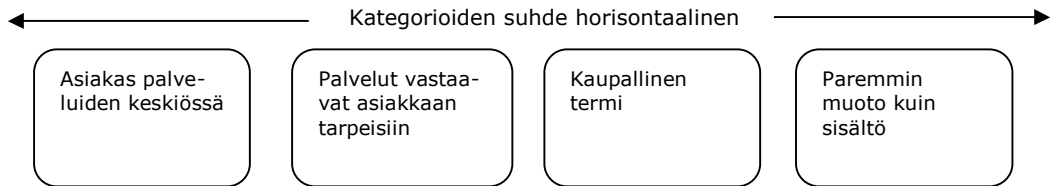
P: Nii, joo. Että mua on hirveesti niin ku ruvennu kiinnostaa. Mä käyn tuolla netissä, siellä [...] sivuilla kattelemassa niitä kirjoituksia ja... ((naurahtaa)) Ja, ja nii, välillä vähän kommentoinkin sinne ja... Nii, sillee, että kyllä mua kiinnostais ja kyllä mua ny kiinnostaa ihan hirveesti se.

ML: Joo. Ja eihän se varmaan sitte, jos se on, niin ku tuntuu, että sulla niin ku ittellä rupee olemaan sillälaila niin ku oma elämä jotenki kasassa ja niin ku siis niin ku voimia riittäis nyt sitten johonki muuhunkin, kuin siihen, että saat niin...

P: Nii, ja ku mä justiin [työntekijälle ML] sitä sanoin, että nyt ku tää tuli tää kolome vuotta täyteen, niin mä mietin, oikein mietin tätä aikaa, niin jotenki tuntuu, että tota nyt mä oon niin ku saavuttanu sen tasasen tyylin. Että tähän asti se on ollu semmosta, se on ollu sitä jokapäivästä tais-telua ja sitä, että se on ollu sitä, ett' mun täytyy olla juomatta, mutta nyt se on niin ku, että mä oon juomatta, että se ei oo sillälaila pakonomasta. ((naurahtaa)) Vaan että se on, rupee oleen jo elämäntapa.

7.1.3 Asiakaslähtöisyys: todellisuutta vai retoriikkaa

Analyysin tuloksena nimesin neljä horisontaalista kuvauskategoriaa, jotka kuvaavat palveluiden käyttäjien käsityksiä asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuvauskategoriat ovat: Asiakas palveluiden keskiössä, Palvelut vastaavat asiakkaan tarpeisiin, Kaupallinen termi sekä Paremmin muoto kuin sisältö (kuvio 14).



Kuvio 14. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä

Asiakas palveluiden keskiössä

Tässä kuvauskategoriassa asiakaslähtöisyys käsitetään toimintana, joka perustuu asiakkaan omaan haluun saada palveluita. Palveluita suunniteltaessa asiakas on etusijalla ja palvelut rakennetaan hänen ympärilleen. Palveluiden käyttäjä on kuluttaja, joka tarvitessaan palveluja hakee niitä ja palvelut rakennetaan hänen tarpeidensa pohjalta.

ML: [...] niin mitä se sun mielestä se asiakaslähtöinen hoito on?

P: Niin, tarkotaksää nyt nimenomaan asiakkaiden, ihmisen...?

ML: Tai niin ku päihdetyössä tai aattelee, että, nii, nii?

P: Kyllähän se aina asiakkaasta lähtee. Asiakas hilaa itensä sinne, sinne saadakseen sitä hoitoa, eihän se, se nyt ainaki on asiakaslähtöstä, mutta mitä muuta sillä voitais sitten tarkoittaa, niin...?

Palvelut vastaavat asiakkaan tarpeisiin

Toisten käsitysten mukaan asiakaslähtöisyys kuvataan palveluna, joka vastaa asiakkaan esittämiin tarpeisiin. Pohdin pitkään edellisen kuvauskategorian (Asiakas palveluiden keskiössä) ja tämän kuvauskategorian yhdistämistä. Päädyn kuitenkin pitämään ne erillään. Edellisessä kuvauskategoriassa korostuvat käsitykset asiakkaan aktiivisuudesta palveluiden hakemisessa ja niiden suunnit-

telussa. Tässä kategoriassa käsitykset kuvaavat sitä, kuinka asiakkaan toiveita ja yksilöllisiä tarpeita tulisi kuulla palveluita suunniteltaessa. Asiakkaan rooli ei ole yhtä aktiivinen kuin edellisessä kuvauskategoriassa. Asiakaslähtöisyys on ”potilaan turva” ja takaa sen, että asiakasta kohdellaan hyvin ja että hän saa olla mukana suunnittelemassa omaa hoitoaan.

ML: [...] niin mitä se sun mielestä se asiakaslähtöisyys on?

P: Asiakaslähtöisyys?

ML: Nii, ihan mitä se sulle tuo mieleen.

P: Asiakas... Tuota tuota oisko se vähä niin ku, että siinä otetaan sen asiakkaan toivomuksetki huomioon ja tollasta. Eihän mulla oikein mitään muuta sanomista oo. Ja asiallista muuten, ei siinä mitään muuta oo.

Kaupallinen termi

Osa haastatelluista palveluiden käyttäjistä esitti käsityksensä, ettei käsite asiakaslähtöisyys kuulu tai voi kuulua mielenterveys- tai päihdetyöhön. Se on käsite, joka liittyy kaupan alaan tai markkinoihin, ei hyvinvointi- tai hoitopalveluihin. Asiakas tarvitsee hoitoa eikä sitä aina ole mahdollista järjestää asiakaslähtöisesti.

ML: Mitä se asiakaslähtöisyys sun mielestä on?

P: Tuota voiko niin sanoa tällasessa paikassa [psykiatrinen osasto ML]?

ML: Niin, mä en, mä en tiedä, että voiko?

P: Ku se tuntuu vähä, mä ymmärrän, että työterveyshuolto tai joku tällainen. Mutta tota psykologiset jutut on vähä sellasiasia, että joskus jos pitää hoitoa olla, tai siis hoidon pitää niin ku vaikuttaa, niin - tää on mun mielipide, mutta tota eihän sitä aina voi olla niin ku, ei aina voi hoitaa nii, ett' on asiakaslähtöinen. Tai siis moon aina [...] iteki sanonu terveyspalvelun mainostamisesta ja noista, että mitä niiss' luvataan ja näin, mutta mä nään sen, tai mun oma, oma mielipide on, että sairaala on sairaala ja no, sitte on tietysti noi yksityiset psykologit ja sairaalat, mutta mun mielestä se kuulostaa mainossanalta tää. Mutta tota kyllähän niinki voidahan hoitaa, mutta mutta mitä se sitte on käytännössä? [...]

ML: Mutta se, että sun mielestä on niin ku, se enemmänki liittyy tuonne tällasiin niin ku yksityisiin palveluihin.

P: Kyll' sitä justiinsa meinasin sanoa, että sehän on se mainossana, millä sitä mainostetaan. Sitte tota, mutta ne on taas ne yksityiset sellaisia, että ne tarvihtoo aina niin hirveesti rahaa. Muuten ei saa mitään. Että se asiakaslähtöisyys on silloin aika nolla. Ja mä oon hyvin kritisoiu noita yksityisiä, koska tota mä en oo ikinä tykänny siitä, että terveydenhoito on bisnes. Se on vähä eriarvosta on se. No eihän, kyllähän asiakaslähtöisyys on hyvä asia, mutta tulisko sitä käytettyy.

Paremmen muoto kuin sisältö

Haastatteluissa tuotiin esiin käsityksiä siitä, että asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä on osin vain retoriikkaa. On olemassa rakenteita, kuten hoitosuunnitelmapalaverit, joiden sanotaan mahdollistavan asiakaslähtöisyyden toteutumisen. Käytännössä asiakkaan mahdollisuudet tulla kuulluksi eivät kuitenkaan aina toteudu, vaan esimerkiksi päätöksiä tehdään ilman asiakasta.

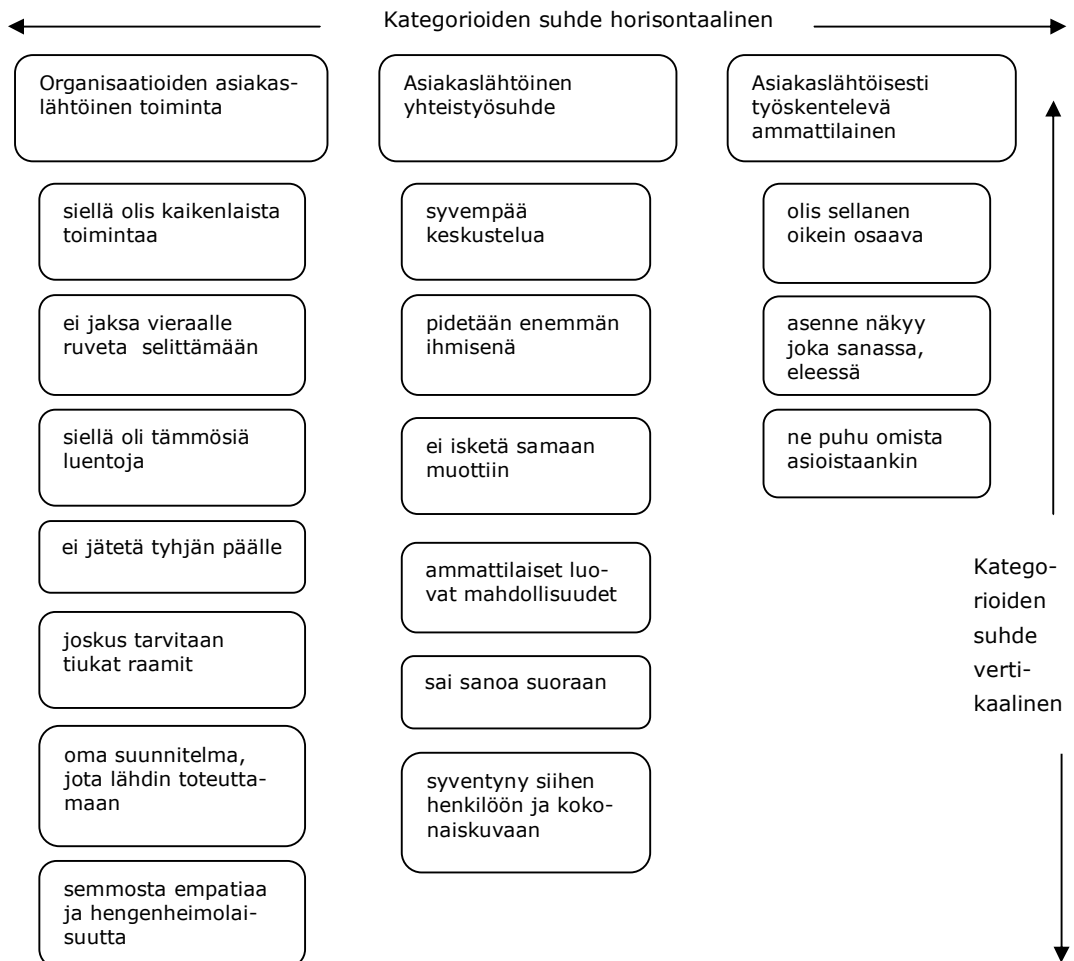
P: No tuota se on periaatteessa niin siellä [mielenterveyspalveluissa ML] on olemassa järjestelmä. Esimerkiks että hoitosuunnitelma laaditaan, istutaan virallinen istunto siinä, ett' jossa on mukana sitten periaatteessa niin – periaatteessa - on mukana lääkäri, potilas, sosiaalityöntekijä, psykologi ja sitten mahdollisesti se omahoitaja. Ja tietenki potilas. Ja siis periaatteessahan täähän on h[...]n hieno idea, mutta tää on pikemminki muoto kuin sisältö. Elikä tuota niin kuinka se potilas tulee kuulluksi siinä tilanteessa, ja mä sanoisin, että aika huonosti omien kokemusteni perusteella. Aika huonosti.

Esimerkiks mulle on käynny sillä tavalla, että hoitosuunnitelma pyritään laatimaan tietysti mahdollisimman nopeesti, niin ku se kuuluuki laatia, että täytyy (). Mutta mä olin ollu osastolla [osaston nimi ML] hoidettavana viikon. Ja sitten viikon jälkeen oli tää hoitosuunnitelmakokous. Ja lääkäritilanne oli se, että lääkäriä osastolla ei ollu, ja siihen ei voi vaikuttaa. [Lääkäriin nimi ML] kävi sitten tuuraamassa siinä. [Lääkäriin nimi ML] tapas mun viis minuuttii, ja kirjasi mun papereihin, että hoitoaika kaks viikkoo. Mä olin tavannu sen hoitojakson alussa, elikä niin lähestulkoon viikkoa ennemmin, ennen ku oli hoitosuunnitelmakokous. Sitt' se ei ollu edes itse paikalla tässä hoitosuunnitelmakokouksessa, vaan sitä edusti siellä sairaanhoitaja. Ja tältä sairaanhoitajalta valitettavasti sitten lipsahti, että papereissa on näin. Mä sitte vaan niin ku kysyin, että miksi ihmees-

sä te niin ku raahaatte mut sitte tänne hoitosuunnitelmakokoukseen. Että jos hoitoaika on määritelty kahdeks viikoks, niin tää on ihan turhaa.

7.1.4 Asiakslähtöisyyden monitasoisuus

Asiakslähtöisyyden toteutumista mielenterveys- ja päihdetyössä kuvaa kolme horisontaalista kuvauskategoriaa, jotka jakautuvat edelleen 16 alakategoriaan. Kuvauskategoriat ovat: Organisaatioiden asiakslähtöinen toiminta, Asiakslähtöinen yhteistyösuhde ja Asiakslähtöisesti työskentelevä ammattilainen. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden käsitykset asiakslähtöisyyden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä

Organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta

Kuvauskategoria sisältää ne käsitykset, jotka kuvaavat mielenterveys- ja päihdetyön organisaatioiden asiakaslähtöistä toimintaa. Kuvauskategoria koostuu seitsemästä alakategoriasta.

Siellä olis kaikenlaista toimintaa

Asiakkaiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisesti toimivassa organisaatiossa tulisi olla mahdollisuus mielekkääseen toimintaan. Toiminta voi pitää sisällään esimerkiksi keskusteluja, erilaista ryhmätoimintaa tai muita aktiviteetteja. Eräessä haastattelussa kuvattiin unelma siitä, että psykiatriset hoitolaitokset olisivat joskus tulevaisuudessa kylpylälaitoksia, joissa olisi mahdollisuus monenlaiseen toimintaan. Haastateltujen käsityksissä mielekäs toiminta nähtiin paitsi ajankuluna, myös mahdollisuutena olla ja tehdä yhdessä muiden kanssa, oppia uusia taitoja tai harjoittaa liikuntaa. Ympäristöt, joissa tarjolla on vain ”lääkkeet ja ruoka”, mutta ei mielekästä toimintaa, eivät palveluiden käyttäjien mukaan tue heidän hyvinvointiaan tai kuntoutumistaan. Toisaalta toimintaan tai ryhmiin osallistumiseen liittyvä liiallinen pakottaminen koettiin myös pahanä.

P: [...] Että en mä tiedä, ei se [...] sairaalahoitokaa, ei se oikeastaan, en mä tiedä, ei se ollu niin ku oikein sitä... Siell' oli kumminki omahoitaja. No, sen kanssa nyt joskus jutteliki ja sitt' se saatto olla monta päivää vapaalla. Ja sitte sä et jutellu oikeestaan kenenkää kans, sitt' sä vaan olit siellä ja tabuja syötettiin sulle ja ruoan sai ja sitt' se oliki melekein sellasta makaamista siellä vaa, että ei siellä [...] ollu - että joskus mä niin ku massennuin entistä enemmän vaan niin ku, että en mä tierä. Ei se, ei se ollu sitt' loppujen lopuksi hyvä niin ku jälkehen päin ajateltuna, että ei ne sairaala keikat ollukaa loppujen, siis en mä niistä saanu mitään. Ett' ehkä se ny oli vaan, että mä lepäsin siellä, että sitte olin sen verran hyvässä kunnoss' taas sitte, että sitt' sai taas ryypätä. Ett' olin päässy niin ku taas sen ylitte, että olin sitte jo paremmass' kunnossa, ku oli syöty ja levätty ja hetken aikaa pysty oleen kuivilla niin ku. Siviilissä sitte se alako, taas se sama rumba alako.

Ei jaksa vieraalle ruveta selittämään

Palveluiden käyttäjien käsityksissä korostui henkilökunnan pysyvyyden merkitys. Jos henkilökunta vaihtui, tarkoitti se sitä, että työskentelysuhde täytyi ”aloittaa alusta”, samoin luottamuksen rakentaminen. Osa asiakkaista ei esi-

merkiksi halunnut käydä sijaisen vastaanotolla ”oman” työntekijän loma-aikana. Tuttu työntekijä osaa lukea asioita rivienkin välistä ja hänelle voi puhua avoimesti myös negatiivista asioista. Erityisesti haastatteluissa kuvattiin käsitteitä siitä, että lääkärit vaihtuivat usein eivätkä lääkärit tunne asiakasta tai hänen taustojaan.

P: [...] Ja sitte seki totta kai, että jos se on vieras ihminen, niin, ja kun ne vaihtuu niin tosi usein, ett' sitte, mitä mä laskin joskus, vuos sitt' mä tein listan siitä, että kuinka monen kanssa olin käyny samat asiat, keskustellu läpitte, niin siihen tuli kaksyitä ihmistä jo. Niin, niin onhan se nyt pieni ihminen, niin ja kaikki on uutta ja samalla tavalla on omassaki päässä asiat sekasi, niin sitte tommonen vaihtuvuus, niin sitte aivan ((naurah-taa)) aivan turhautti silloin jo, että...

Siellä oli tämmösiä luentoja

Käsitykset riittävän ja ymmärrettävän tiedonsaannin tärkeydestä asiakaslähtöisessä toiminnassa tulivat esiin asiakkaiden haastatteluissa. Palveluiden käyttäjät kaipasivat perusteluja tehdyille päätöksille ja ratkaisuille sekä luentoja ja teoria-tietoa sairaudesta, oireista ja lääkityksestä. Tietoa ei aina saanut työntekijöiltä siinä muodossa, että sen olisi ymmärtänyt. Tiedonsaaminen saattoi olla oman aktiivisuuden varassa. Jos oli itse utelias ja rohkea, sai kyselemällä tai esimerkiksi internetin avulla haluamaansa tietoa.

P: [...] Tuoss' tuli yks lääke yhtäkkiä mun dosettiin ja siitä kukaan ei ker-tonu mitään mulle. Että se oli pieni yllätys mulle siitä yhdestä lääkkees-tä, mikä otettiin täss, enkä mäköö, mä en voinu tota tiedonkulkua täällä, täällä () on vähä semmonen tiedonkulkuhomma, täällä ei tiedot kulje kovinkaa hyvin, että, tulee sitt' niitä yllätyksiä. Mutta muuten on olluki, muuten ei oo tietysti ollu muuta, ku pieniä ongelmia. Ja omalla aktiivi-suudella todellaki saa aika paljo sitä tiedonkulkua kiinni otettua, jos vaan on reipas ja uskaltaa kysellä, kysellä kaiken aikaa.

Ei jätetä tyhjän päälle

Asiakkaiden käsitysten perusteella hoitosuunnitelman laatiminen on tärkeää. Suunnitelman laatimisen yhteydessä tulisi miettiä ja sopia myös jatkohoito sekä mahdollinen seuranta, jottei asiakas koe jäävänsä tyhjän päälle. Esimerkiksi laitoshoidon päättyessä olisi hyvä, että aika avohoidon yksikköön olisi sovittu ja asiakkaalla tiedossa. Lisäksi pitäisi olla jokin taho tai suunnitelma sen varalta,

jos tukea tarvittaisiinkin suunnitelmista poiketen aikaisemmin tai enemmän tai jos asiakas ei saavukaan sovitusti jatkohoitopaikkaan.

P: [...] Mutt' toisaalta siit' ei oo sitten p[...] ja hyötyä, jos se tarkoittaa käytännössä sitten sen [laitosjakson ML] jälkeen tyhjän päälle jäämistä, jos aika tulee niin kun puolentoista kuukauden päähän [avohoitoyksikköön ML], niin ei se voi niin kun, siis se ei onnistu ikinä. Siis se, että - väärin sanoo, että ikinä, mutta voi melkein niin kun ennakoida sen, ett' tää ei tuu onnistumaan, koska siinä vaiheessa se tarttis [laitoshoidosta ML] lähtiessään, pitäs olla jotain muutakin kuin [avohoitoa ML]. Se tarttis jatkuvaa tukea. Ja kuka sitä jatkuvaa tukea niin kun tarjoo virallisissa organisaatioissa tänä päivänä? Ei kukaan, ei kukaan. Se tarkoittas päivittäistä tukea.

Joskus tarvitaan tiukat raamit

Palveluiden käyttäjät kuvasivat käsityksiään perustellusta rajoittamisesta, turvallisten rajojen asettamisesta osana asiakaslähtöistä toimintaa. Joskus tarvitaan sinnikästä motivointia ja "mukaan vetämistä". Erityisesti laitoshoidossa voi oma motivaatio esimerkiksi ryhmätoimintoihin osallistumiseen olla puutteellinen ja tällöin tarvitaan selkeitä - ja joskus myös velvoittavia - rakenteita ja toimia oman motivaation tueksi. Rajoituksia, sääntöjä ja puolesta toimimista tarvitaan asiakkaiden käsitysten mukaan myös silloin, jos asiakkaan oma vointi tai kyvyt eivät riitä. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, jos asiakas yrittää vahingoittaa tavalla tai toisella itseään. Rajoittaminen, jota ei koeta tai ymmärretä perustelluksi, koetaan itsemääräämisoikeutta loukkaavana ja "vankilana".

P: Se nyt monesti on vaan sillain, ett' tarttee vaan joku niin ku tiukat raamit sille olemiselle ja niin ku ett' täälläki sillai ny vaikka, ett' on niin ku kellotarkkaan säännöt ja kaikki. Ett' täytyy olla siihen mennessä hampaat pesty ja niin kun tällai täytyy olla, tällai niin kun, että näin syödään ja niin kun kaikki on niin kun näin, niin sitä vaan niin kun jotkut tarttee. Eikä sitä pystytä millään avohoidolla korvaamaan.

Oma suunnitelma, jota lähdin toteuttamaan

Organisaation asiakaslähtöinen toiminta on asiakkaiden käsitysten perusteella joustavaa, joten se mahdollistaa varhaisen tuen, riittävän hoitoajan ja asiakkaan valinnanmahdollisuuden. Palveluiden käyttäjät kuvasivat kokevansa huonoa omaatuntoa palveluiden "tarpeettomasta" käytöstä ja kokivat vievänsä aikaa

sellaisilta henkilöiltä, jotka kipeämmin tarvitsivat apua. Palvelujärjestelmän kuvattiin pyrkivän ensisijaisesti vastaamaan akuutteihin tilanteisiin, mutta usein silloinkin esimerkiksi vastaanottoajat olivat asiakkaan näkökulmasta liian pitkän ajan päässä. Palvelujärjestelmää saattoivat luonnehtia myös jäykät toimintamallit ja valinnanmahdollisuuksien puute.

P: [...] Ett' sehän se on, että kun ei oo työntekijöitä ja, että sekin on, mul-laki on vähä niin kun huono omatunto, ((naurahtaa)) ku mä käyn [työntekijän nimi ML], ku mä aattelen, että joku toinen tarttis sen ajan paremmin ku minä. ((naurahtaa))

Nii. Ett' siit on se yks hyvä esimerkki, ku systeri tossa romahti ja tota noin nii oli valmis myöntämään, että hän tarvii apua ja niin ku sillä tuli burn outti. [...] Niin, niin sitte ku se vihdoon ja viimein sen myönsi, että tarvii apua, ettei pärjää yksin. [avohoitoyksiköstä ML] ilmoitettiin, että lääkäri on lomalla ja tulee sillon ja sillon. Ja soittikohan se sitte työterveyteen. Ja siellä ei otettu kuuleviin korviin sitä. Sitte se vaan oli niin ku, ett' no, p[...]t, olkoon. Ja minä sitte rupesin soitteleen ja soittelin sinne työterveyteen. Ja aikani soittelin ja sain sille sieltä sitte yhren ihmisen, joka soitti mun systerille ja rupes rullaamaan se asia sillä sitte. Ja, mutta niin ku se, että siinä vaiheessa, ku ihminen myöntää, että tarvii apua, niin sitä ei saa.

Semmosta empatiaa ja hengenheimolaisuutta

Asiakkaat toivat haastatteluisa vahvasti esille käsityksiään niin sanotun kokemusasiantuntijuuden ja sen hyödyntämisen tarpeellisuudesta. Osa haastatelluista kertoi, että vertaistuki ja -ryhmät olivat olleet paras heidän saamansa apu. Vertaistuki tarjosi tasavertaista hengenheimolaisuutta, ymmärrystä ja empatiaa, ja toisten onnistumistarinat koettiin motivoivina. Jos työntekijöillä oli kokemustietoa mielenterveys- tai päihdeongelmista, se saattoi syventää heidän ymmärrystään myös asiakkaiden ongelmista.

P: [...] ja sitten niin ku loppuaikana, joskus 2002 niin sitä vertaistukiryhmää, jonka koki niin kun parhaaksi anniksi siinä niin kun ittensä selvittämisessä ja realisoimisessa niin ku asioitaan. Vertaistuki on sitä parasta tukea, että on toisia, jotka kokee samoin. [...]

ML: Että sä et koe, että se ei sun mielestä niin ku ollu missään nimessä asiakaslähtöstä sillon. [kertonut kokemuksistaan lääkärin ja hoitajan vastaanotoista mielenterveyspalveluissa ML]

P: Ei, ehdottomasti ei.

ML: Mistä se johtuu?

P: Se johtuu siitä, että näillä hoitavilla ei oo niin kun sitä näkemystä ja kokemusta, mitä masentunut loppujen lopuksi tuntee sisällisesti, että se hän on tunnepohjaista ja tällaisista sosiaalisista tekijöistä johtuva aika pitkälle - sanotaan - minun mielestäni 90-prosenttisesti. [...]

ML: Että se johtuu siitä, että ei niin kun, että niin kun sekä lääkäreillä ja hoitajilla puuttuu se semmonen omakohtanen kokemustieto siitä asiasta.

P: Kyllä, kyllä, kokemustieto. Koska näitä asioita ei lueta mistään kirjoissa, eikä opiskella mistään kirjoista, vaan kyllä siihen tarvitaan niin kun kokemusta, jolloin siihen asiaan päästään niin ku sisälle.

Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde

Toisessa palveluiden käyttäjien käsityksiä mielenterveys- ja päihdetyön asiakaslähtöisyyden toteutumisesta jäsentävässä kuvauskategoriassa esitän ne käsitykset, jotka liittyvät asiakkaan ja työntekijän väliseen yhteistyösuhteeseen. Tämä kuvauskategoria koostuu seitsemästä alakategoriasta.

Syvempää keskustelua

Haastatellut asiakkaat kuvasivat käsityksiään siitä, kuinka keskustelut työntekijän kanssa saattavat heikoimmillaan olla kuulumisten vaihtoa ja avohoito reseptien uusimista, verikokeiden ja lääkehoidon seuranta. Osastohoidossa nimetty omahoitaja saattoi joskus olla ainoa, jonka kanssa asiakas voi keskustella. Kun omahoitaja oli esimerkiksi vapaapäivillä, asiakas saattoi kokea, ettei kenelläkään muulla työntekijällä ollut aikaa, kiinnostusta tai velvollisuutta keskustella hänen kanssaan. Asiakkaiden käsitysten mukaan asiakaslähtöinen yhteistyösuhde on tavoitteellista ja aitoa vuorovaikutusta, jossa paneudutaan syvällisesti asiakkaan asioihin ja ongelmiin.

P: No tota mull' oli ennen [paikkakunta ML] semmone oikein hyvä terapiasuhde. Se sattuu olemaan sairaanhoitaja, niin ku sama, joka oli osastolla niin kanssa tuolla avopuolella myöskin jo, niin se oli tosi hyvä sillai.

Mutt' tuolla missä mä nyt käyn, niin ei niinkään oo niin kovin, me ei olla nähtykään niin kauheen mont' kertaa, niin ei oo jotenki silleen tutustunu niin hyvin, ku tuntuu, ett' se on vähän tällasta vaan niin ku kuulumisten kertomista, tollast vaan niin ku höpöttelyä. Ett' en mä nyt siinä oo niin hirveesti perillä asioist, niin tota, ja...

ML: Joo, minkälaista sä toivoisit sen olevan? Mistä sä toivoisit, että te puhuisitte siellä, niillä käynneillä, ku sä vertaat siihen, mistä te puhuitte siellä [paikkakunnan nimi ML] esimerkiksi, ku se tuntu susta niin ku hyvältä?

P: No kyllä me tietysti puhuttiin kaikesta, mitä mulle kuuluu ja näin, mutt' sitte kans niitä, että, että mikkä on nyt sellasia, jotka rassaa, tai on jotain sellasii ongelmii, tai mikä vaivaa ja näin.

Pidetään enemmän ihmisenä

Palveluiden käyttäjien käsitysten perusteella asiakaslähtöinen yhteistyösuhde edellyttää sitä, että asiakas ja työntekijä ovat tilanteessa tasa-arvoisia, aikuisia ihmisiä. Keskeisiä asioita ovat tasa-arvoinen kohtelu, ihmisarvon kunnioittaminen ja kohtelu aikuisena ihmisenä. Tasa-arvoisuus liittyy myös eri asiakkaiden kohteluun: sopimusten ja sääntöjen tulisi koskea yhtäläisesti kaikkia ja esimerkiksi myös hiljaisempien asiakkaiden pitäisi tulla yhtäläillä huomioiduksi.

P: Nii, että asenteet on kyllä onneksi muuttunu parempaan suuntaan, ja hoitajien asenteet jollaki tavalla. Että jollaki tavalla ne on muuttunu parempaan päin, että miten sen vois sanoa, että tuota ei enää pidetä niin lapsenomaisesti, ku mitä silloin pidettiin. Siin' on tapahtunu vähä edistymistä.

ML: Joo, tarkottaako se sitä, että otetaan sitten jotenki niin ku tosissaan, tai enemmän mukaan, tai...?

P: Joo, kyllä niin ku poretään enemmän ihmisenä.

Ei isketä samaan muottiin

Asiakaslähtöistä yhteistyösuhdetta kuvasi käsitykset joustavuudesta ja henkilökohtaisuudesta. Vaikka toisaalta painotetaan tasavertaisen kohtelun merkitystä (vrt. edellinen alakategoria), arvostavat palveluiden käyttäjät haastattelujen perusteella yksilöllistä kohtaamista ja kunkin oman henkilökohtaisen tilanteen

huomioimista. Yksilöllisyys tarkoitti asiakkaiden käsityksissä sitä, että "saa itse selittää, millainen on".

P: Mulle on annettu oikeestaan aika paljon tilaa sillälaillla, että ne tietää, että äänien kanssa siinä ei puhekaveri auta paljoo, että äänien kanssa on niin kyllä, on toimittu. Mun mielestä mulla on auttanu se, että niin purkaa asioita ja mulla on tosiaan vielä toi, että niin kun järkevää kohtelua se, ettei mennä liian lähelle; tullaan vaan kysymään yksinkertasia kysymyksiä, eikä tehä liian, liian suuria johtopäätöksiä. Niin moon saanu täällä niin hoitohenkilökunnalta paljon tilaa sillä tavalla, että he on tullu vaan niin ku - hieman kyselly vaan kuulumisia, mutta he eivät ole ottaneet liian niin ku tiukkaa otetta minussa. Ett' se on just sopivan löysä ote mun mielestä ollu henkilökunnalla, että se muutos lähtee susta ittestäs periaatteessa ja - että en minä nyt osaa sanoa sillälaillla, miten ois voinu muuten tehä.

Ammattilaiset luovat mahdollisuudet

Asiakaslähtöiselle yhteistyösuhteelle on haastatteluun osallistuneiden käsitysten mukaan ominaista vastavuoroisuus, jossa asiakas kokee myös voivansa antaa jotain työntekijälle. Haastatteluissa tätä kuvattiin esimerkiksi läheisenä ja tiiviinä yhteistyösuhteena. Suhteessa työntekijä kertoo erilaisista mahdollisuuksista ja vaihtoehdoista, motivoi, tukee ja tarvittaessa realisoi. Yhteistyösuhde työntekijään tai hoitopaikkaan saattaa olla lähtökohta kuntoutumiselle, mutta monet haastatelluista toivat kuitenkin esiin käsityksensä siitä, että viimekädessä päätökset esimerkiksi päihteiden käytön lopettamisesta tai lääkahoitoon sitoutumisesta tekee asiakas itse.

P: [...] Että kaiken kaikkiaan ku mä ajattelen sitä asiaa, että tämä oli lähtökohta paranemiselle, ja tätä kautta se alko se paraneminen, että, mutta sen lopullisen päätöksen kumminkin teki ite, että... Ja sitte se oli, se oli - mä en tiedä, mitä siinä tapahtu sillon, ku oli se, minulla oli se isompi palaveri sillon helmikuussa, ku mä olin juonu, ku mä sillälaillla, ku ihmiset oli hirveen ystävällisiä ja yks sano, että voit soittaa, että he auttaa ja, ja anto mulle semmosia ideoita, että mitä teet, mitä sun kannattaa tehä. Esimerkiks ne sano, että heille voit soittaa justiin näin, että kirjota vaikka lapulle ylös - tai mä en tiiä keksinkö mä tän ite sillon, että mä tein semmosen korttitaulun ittelle, se on tänäki päivänä seinällä, jossa on, että muista, ja siin' on henkilöiden nimet, että kun tekee mieli juoda, niin ai-

na soita, soita ennen kö meet kauppaan ja yritä keksiä jotain sen tilalle. Ja ehkä se idea tuli niiltä, ja se on toiminu mun kohalla, ja myöski se idea, että ala pitää päiväkirjaa. Ja mä nyt pidin siihen asti, ku mä tähän muutin, niin päiväkirjaa, mutta nyt mä oon sen sitte lopettanu, että ei oo enää tarvetta sillälaililla, mutta mää pidin joka päivä päiväkirjaa.

Että se jotenki se ihmisten ystävällisyys kosketti silloin niin, että, että tuli semmonen, että voi jestas, että, että nyt täytyy tsempata, ja tuli joku semmonen, lokshti silloin. Silloin lokshti joku paikalleen, että oli heti se halu, että nyt mä vaan, nyt mä en enää juo. Ett se oli, ja se, että oli niin ku, monelta taholta oli siinä palaverissa. Ku mä olin töissä' täällä ja ollu tekemisiss' niitten ihmisten kanssa, niin sen takia niitä oli niin monta siinä palaverissa, että mää koin sen, ett' se oli hyvä juttu, että oli monelta taholta siinä vain.

Sai sanoa suoraan

Asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen liittyvät käsitykset turvallisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Turvallisessa suhteessa asiakas voi luottaa työntekijään myös silloin, kun asiat eivät suju suunnitellusti tai niistä ei olla yhtä mieltä. Sekä asiakkaalla että työntekijällä on mahdollisuus olla rehellinen, voidaan antaa palautetta ja myös kyseenalaistaa tehtyjä ratkaisuja.

P: [...] Siellä [laitoshoitoyksikkö ML] sitte ihmeteltiin maailman menoa ja kaikkia juttuja ja siellä oli jotenki niin ku kauheen mukava se henkilökunta. Ja ne oli niin ku sellasia, ett' niille sai niin ku sanoo päin naamaa, ettei niille tarvinnu miettiä, että voiskohan tuolle ny sanoa näin. Ku on sellasiaki paikkoja, ettei niin ku, pitää niin ku miettiä, että voisko niin ku sanoo sille suoraan, mitä sä ajattelet, vai pitääks sun vähä niin ku sanoa se asia niin ku hienosti.

Syventyny siihen henkilöön ja kokonaiskuvaan

Palveluiden käyttäjät kuvasivat haastatteluissa käsityksiään siitä, kuinka tärkeää oli, että mielenterveys- ja päihdetyössä huomioitiin ihminen kokonaisuutena. Tämä tarkoitti käytännössä esimerkiksi sitä, että psyykkisen voinnin ja lääkeshoidon lisäksi otettiin huomioon fyysinen terveys, taloudellinen tilanne tai asumiseen liittyvät asiat. Taloudellisten asioiden kuten toimeentulotuen tai eläkkeen järjestelyyn oli saatu apua. Sosiaalisen ympäristön ja perheen huomiominen tuli myös esiin. Osa haastatelluista koki tärkeänä sen, että perhe tai

läheiset olivat mukana hoidossa ja kuntoutuksessa. Osa taas koki, että riitti, kun lähipiiri tietää, missä mennään tai ymmärtävät sairauden vakavuuden. Perhetapaamisten tai vastaavien järjestäminen voitiin kokea turhaan huolestuttavan tai rasittavan esimerkiksi lapsia.

P: [...] Eihän näe mitään aineellista oo, mitä mä koen, se on nyt nimenomaan tähän henkiselle puolelle. Ja tietysti sillä tavalla mull' oli vähän aineellistakin, että [työntekijän nimi ML] mulle järjesti heti sitten siinä alakuvaiheess' niit lääkärintarkastuksia, joku tällasia joskus toki on siinä, ett katottiin sitten nää verenkuvat ja kaikki siinä. Kaikki nää maksa-arvot ynnä muut.

Asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen

Mielenterveys- ja päihdetyön asiakaslähtöisyyden toteutumista kuvaavan kolmannen kuvauskategorian olen nimennyt Asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen. Tässä kategoriassa esitän palveluiden käyttäjien käsityksiä siitä, millainen on mielenterveys- ja päihdetyötä tekevä, asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattihenkilö. Tämä kuvauskategoria koostuu kolmesta alakategoriasta.

Olis sellanen oikein osaava

Haastateltujen asiakkaiden käsitysten mukaan työntekijällä odotetaan olevan koulutuksensa ja kokemuksensa tuomaa osaamista ja ammattitaitoa. Jos työntekijällä ei olekaan sitä osaamista, jota asiakas odotti, asiakas kokee itsensä pettyneeksi. Erityisesti tuli esiin käsityksiä siitä, että päihteistä ja niihin liittyvistä kysymyksistä tarvittaisiin lisää tietoa.

P: No totta kai siihen vaikuttaa se, että onko ihminen asiantunteva ((naurahtaa)) vai ei. Ett' koska no kyllä mä nyt ymmärrän, että ku ei oo ihmisiä, ketä laittaa hommiin, niin totta kai silloin pitää laittaa se, kenet vaan saa, eikä kauheesti niin ku oo, mistä valita. Että nytki on ollu siellä paljon sijaisia tällasiss hommissa, jotka niin ku täysin poikkeaa siitä, että on se mikä on siellä. Ja - no kyllä sen sitte huomaaki, että ne on vaan niin ku aivan eri hommissa, eikä niin ku tiedä, kuinka toimia ja kuinka niin ku edetä siinä tapaamisess' sitten. Että sitt' se jää niin ku osittain omilleki harteille siinä, että pitää niin ku jotenki, että ku toinen ei tiedä, että mitäs nyt, niin pitää jotenki yrittää niin ku iteki viedä sitä eteen päin.

Asenne näkyy joka sanassa, eleessä

Palveluiden käyttäjät toivat esiin käsityksensä sen, että asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintaa luonnehtii aito välittäminen. Palveluiden käyttäjät kertoivat käsityksiään siitä, kuinka tärkeää on, että työntekijä on aidosti kiinnostunut asiakkaista ja heidän asioistaan. Tämä empaattinen asennoituminen näkyy haastattelujen mukaan muun muassa siinä, kuinka asiakkaille puhutaan, miten heitä kohdellaan, tullaanko tapaamisiin ajoissa tai ollaanko niissä aidosti läsnä.

P: [...] Hyvin paljon semmosia hoitajia, jotka niin ku - no hyvä, jos tervehtii, tai ylipäättänsä yhtään mitään, tai edes vaivautuu muistamaan nimeä tai mitään. Nii, ja sitte taas on [...] siitä ääripäitä, että kyselee ja on kiinnostunuki niin ku, vaikka ei olisi mitään omahoitajaa tai mitään, että tavallaan ei olisi mitään velvotteita niin ku kommunikoida mun kanssa välttämättä yhtään mitään niin ku siis periaatteessa. Ku siinä käy niin, että ihmiset käsittää sen niin eri tavalla, että joku kokee sen niin ku tavallaan, no ei välttämättä se tuu, ehkä se on niillä niin luonnossa, että ei ne aattele sitä ees velvollisuutena, että kyselee vähä kaikilta, ja on niin ku kaikkien asioista kiinnostunu ja sitte taas jotkut on niin, että jaa, että nämä ja nämä ihmiset mulla niin ku, että mä oon niitten omahoitaja, ja sillan mun ei tartte välittää kenestäkää muista muuta ku suurin piirtein kattoa, että ne käy syömässä oikeaan aikaan, tai jotain niin ku vastaavaa. ((naurahtaa)) [...]

No sillan ku on paremmassa kunnossa, niin se ei niin paljo haittaa, mutta sitte jos on enemmän vaikka masentunu, tai enemmänki sitten, sillan tommosilla niin ku asioilla on paljo enemmän merkitystä. Että voi olla, että jos se vaikka, no jos nyt sattuu, ett' on vaikka iltavuorossa, vaikka just sattuu olemaan semmosia ihmisiä, jotka nyt on vaikka kaikki sellasia, että ne ei niin, että kukaan ei oo omahoitaja eikä [...] tavallaan tunne mitään vastuuta musta, niin kyll' se sillai, niin sitten on monesti vaan ollu sillai, että, että jos on ollu paha olo vaikka tai on, että vois jolleki puhua muuten vaan, tai ett' jos mä kestan huomiseen tän mun asiani kanssa, niin mä oon sitte. Niin sitte ku omahoitaja tulee taas vuoroon, niin voi sitte jutella.

Ne puhu omista asioistaankin

Asiakslähtöistä ammattilaista kuvaavat käsitykset työntekijästä myös ihmisenä. Haastatellut puhuivat käsityksistään siitä, kuinka työntekijä oli ollut heille myös lähimmäinen, ystävä, toinen ihminen. Tämä pitää sisällään ystävällisyyttä, inhimillisyyttä ja joskus myös koskettamista siten, että työntekijä halasi asiakasta. Ihmisenä oleminen on myös huumoria, yhteistä nauramista ja sitä, että aina ei puhuta vain asiaa. Työntekijä lähimmäisenä saattaa kertoa asiakkaalle myös omia henkilökohtaisia asioitaan ja kokemuksiaan.

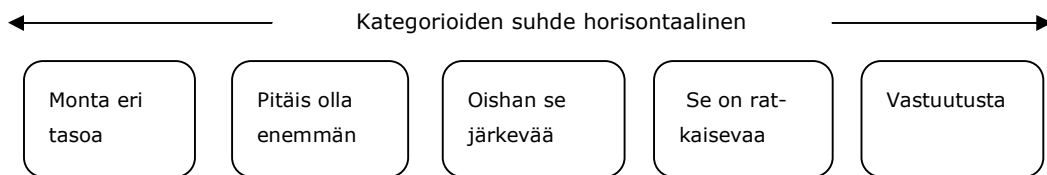
P: No jotenkin niin ku, tai määhä haluan ajatella, että meistä tuli tosi hyvät ystävät, että [työntekijän nimi ML] puhu niin ku omista asioistansaki mulle sitte sillälailailla, että meill' oli tosi semmonen läheinen ja tiivis se ns. työsuhde, että tota mä oon kaikille sitä hehkuttanu, että [työntekijän nimi ML] oli ja on semmonen ihminen, ett' se kyllä, se on niin ku ihminen oikeessa työssä.

7.2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖNTEKIJÖIDEN KÄSITYKSET ASIAKKAAN OSALLISUUDESTA JA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ

Tässä alaluvussa kuvaan tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta (7.2.1) ja sen toteutumisesta (7.2.2) sekä vastaavasti asiakslähtöisyydestä (7.2.3) ja sen toteutumisesta (7.2.4). Käsitykset esitän samoin kuin aikaisemmassa alaluvussa ala- ja kuvauskategorioina.

7.2.1 Luvanantajasta pääosallistujaksi

Tässä alaluvussa kuvaan työntekijähaastatteluiden analyysin pohjalta muodostamani kuvauskategoriat työntekijöiden käsityksistä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Kukin kuvauskategoria tuo esiin laadullisesti erilaisen käsityksen ilmiöstä. Muodostin viisi horisontaalista kuvauskategoriaa, jotka nimesin: Monta eri tasoa, Pitäis olla enemmän, Oishan se järkevää, Se on ratkaisevaa ja Vastuutusta. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä

Monta eri tasoa

Työntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaan osallisuudella on monta eri tasoa. Monissa haastatteluissa tuotiin esiin osallisuus ja osallistuminen omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Lisäksi kuvattiin osallistumista esimerkiksi erilaisiin toimintoihin sekä asiakaspalautteen keräämiseen.

T: Siin' on sitt' justinsa se, ku siinä on monta eri tasoa - mää nään sen niin, että ne ovat hoidossa -siitä nyt olikin vähän puhetta, ett' saa ite niitä omia tavoitteita ja otetaan niitä omia tarpeita jälleen kokonaisvaltasesti huomioon, mutt' ett' toki se täytyy lähteä se osallisuuden kehittäminen siitäki, jos ihmisellä nyt on joku akuutti tilanne mielenterveyden tai päihteiden kans, niin eihän me kyllä voidakaan alottaa kauheesti kehittää yhteiskuntaa, vaan että silloin se kehittäminen alkaa just tapahtua siihen omaan hoitoonsa, se että tulee oikeesti kuulluksi, eikä vaan leimaudu siihen, että meilä on samat lääkkeet kaikille ja noin sitte vaan. Mutt sitte jatkossa, jos on jonkunmoinen balanssi, niin että siihen justiin, että voimistettais sitten kertomaan niitä, ett' ihan oikeesti sun kertomus on yhtä oikea ku sen ammattilaisen. Hän tuo niitä kokemuksia sieltä, että miten on itte kokenu, [...] niitä ihan subjektiivisella mutta asiallisella tavalla, ja sitten myöse se, että se ei riitä, että vaan purnataan.

Pitäis olla enemmän

Haastatellut työntekijät kertoivat käsityksinään, että asiakkaan osallisuus on tällä hetkellä puutteellista. Kuvauskategoria kuvaa siis työntekijöiden käsitystä asiakkaan osallisuuden määrästä. Näiden käsitysten mukaan erilaisille palveluiden käyttäjille pitäisi olla tarjolla enemmän erilaisia mahdollisuuksia osallistua ja olla osallisina. Osallisuudelle ei tahdo löytyä mielenterveys- ja päihdetyössä sekä -palveluissa aikaa eikä työntekijöillä ole välttämättä osaamista osallisuuden mahdollistamiseksi ja tukemiseksi.

ML: Mitä se asiakkaan osallisuus on mielenterveys- ja päihdetyössä?

T: Voi kauhee, siis mun mielestä se asiakkaan osallisuus ei kyllä näy yhtään ton pidemmälle ku se, ett' se voi osallistua siihen omaan hoitoonsa. Ett' tavallaan siihen, että mitenkä ne palvelut järjestetään, tai mihin aikaan niitä on saatavilla, tai millä koulutuksella siell' on henkilökuntaa, tai tämmöseen kaikkeen semmoseen, mihinkä asiakaskin mun mielestä vois vaikuttaa, niin ei niiltä kukaan kysy, että mitä mieltä nyt ootte.

Oishan se järkevää

Asiakkaan osallisuutta ja osallistumista kuvattiin käsityksissä järkevänä toimintana. Esimerkiksi toimintoja kehitettäessä tai uusia suunniteltaessa olisi tarpeen ottaa palveluiden käyttäjät mukaan suunnitteluun tai kysyä heiltä mielipiteitä niistä. Asiakkaiden osallisuuden ja osallistumisen avulla voidaan hoitoa kehittää kokonaisvaltaiseksi ja yksilölliseksi. Tämä kuvauskategoria kuvaa laadullista käsitystä asiakkaan osallisuudesta.

ML: Mitä se asiakkaan osallisuus on?

T: Itse asiakkaan osallisuus on, sen pitäs olla sillä tavalla toimivaa, että kun esim. vaikka ajatellaan tuota [hoitoyksikön nimi ML] kehittämistä, niin oishan se järkevää, että sitten jossain vaiheessa ottaa asiakkaat mukaan. Että me ollaan ajateltu näin, miltä tämä teistä kuulostaa? Ett' sitä, ett' se ois parhaimmillaan, niin ...

Se on ratkaisevaa

Myös tämä kuvauskategoria sisältää käsityksen asiakkaan osallisuuden laadullisesta ulottuvuudesta. Asiakkaan osallisuus oli työntekijöiden käsitysten mukaan ratkaisevan tärkeä tekijä mielenterveys- ja päihdetyössä. Asiakas on yhteistyön "pääosallistuja" ja "oman elämänsä kingi", jonka ehdoilla työssä edetään. Jos asiakas ei halua olla osallinen tai osallistua, lähtökohdat hoitamiselle ovat huonot, koska "kenenkään puolesta ei voi tehdä asioita". Osallisuuden kautta asiakas voi kokea tulevansa kuulluksi, olevansa arvostettu, kunnioitettu, täysivaltainen ihminen.

ML: [...] niin mitä sulle tulee mieleen siitä, tai mikä sun käsitys on tämmösestä mielenterveyskuntoutujan tai mielenterveysasiakkaan osallisuudesta yleensä, mitä se osallisuus on?

T: Osallisuus on sitä, että ei oo muitten ohjailtavana eikä vietävissä, vaan että otetaan ja arvostetaan ja kunnioitetaan sitä ihmistä ihmisenä ja hänen mielipiteitään, ajatuksiaan ja tekemisiään. Otetaan sillälailla täysvaltasena ihmisenä se. Annetaan mahdollisuus osallistua. Kyllä se vaatii siltä kuntoutujaltaki tosi paljon, ett' hän rohkenee osallistua, ett' niin ku sanotaan se varmaan yleisemminkin, ku vaan tällä osastolla ois, että on paljon kuntoutujia, jotka mielellään siirtäis sen vastuun jolleki muulle, että sano sä ja tee sä ja huolehi sä ja hoida sä, niin osallisuus on sitä, että saa jostaki sellasta itsetuntoa ja rohkeutta, ett' uskaltaa osallistua. Omaan itteään koskeviss' päätöksiss' ja laajemmin, jos ajattelee yhteiskunnassa, niin ett' yrittää vaikuttaa niihin asioihin...

Vastuutusta

Tämä kuvauskategoria eroaa edellisistä siten, että siinä esitetään ne käsitykset, jotka liittyvät asiakkaan osallisuuteen työntekijöiden toiminnan sisältönä. Asiakkaan osallisuus tarkoittaa näiden käsitysten perusteella sitä, että asiakkaille tarjotaan sellaista hoitoa ja palvelua, jonka he kokevat omimmakseen ja johon he ovat valmiita sitoutumaan. Työskentelyssä asiakas tietää, missä ja milloin hänen asioitaan käsitellään ja häneltä pyydetään tähän lupa. Asiakkaan osallisuuteen kuuluu myös se, että asiakasta vastuutetaan eli hänelle annetaan ja häneltä edellytetään vastuuta omasta hoidostaan ja kuntoutuksestaan.

ML: Mitä asiakkaan osallisuus tuo sulle mieleen tällasessa asiakastyössä? Mitä on asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä?

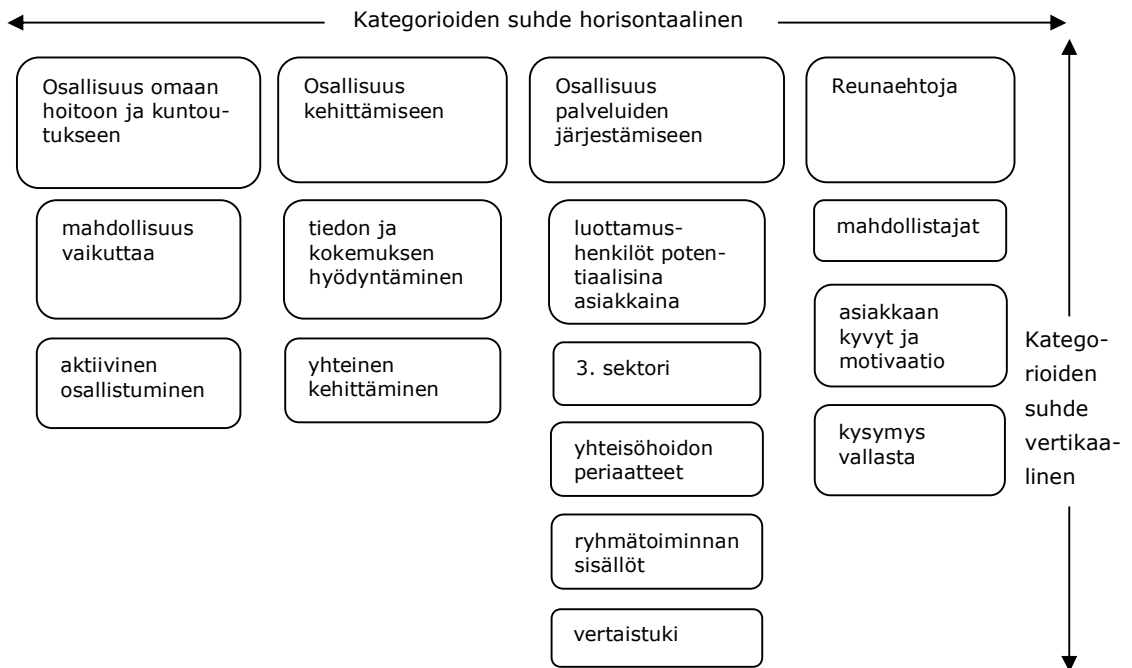
T: Siis siinä asiakkaan omassa kuntoutuksessa?

ML: Niin, tietysti omassa kuntoutuksessaan, mutta ihan voihan se olla laajemminkin, mutta vaikka nyt ihan ensiksi omassa kuntoutuksessa ja hoidossa, mitä se osallisuus on?

T: Se on mun mielestä sitä, että asiakas on paikalla ja se tietää, että hänen asioistaan puhutaan jossain muualla. Sanotaan, ett' nyt tästä on puhuttu työryhmässä, ja jos joku omainen soittaa, että sun asioista on soittanu tällanen henkilö. [...] Se asiakas on tietonen aina, että koskaan selän takana ei puhuta. Se on se osallisuus siinä, että se asiakas on siinä osallisena ja päätöksenteossa ja kaikissa semmosissa.

7.2.2 Osallisuuden käytännöt: kysymyksiä vastuusta ja vallasta

Tässä alaluvussa kuvaan työntekijähaastatteluiden analyysin tuloksena muodostamani kuvauskategoriat työntekijöiden käsityksistä siitä, miten asiakkaan osallisuus toteutuu mielenterveys- ja päihdetyössä. Muodostin neljä kuvauskategoriaa ja 12 alakategoriaa (kuvio 17). Kuvauskategoriat ovat: Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, Osallisuus kehittämiseen, Osallisuus palveluiden järjestämiseen, ja Reunaehtoja.



Kuvio 17. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuuden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä

Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen

Tämä kuvauskategoria sisältää työntekijöiden käsitykset siitä, että asiakkaan osallisuus on osallisuutta hänen omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Muodostin kaksi alakategoriaa, joissa osallisuuden ja osallistumisen toteutuminen on laadullisesti erilaista.

Mahdollisuus vaikuttaa

Työntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa on mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa. Asiakkaille tarjotaan mahdollisuutta olla mukana ja vaikuttaa muun muassa hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun. Hoitoyksikössä on tarjolla ryhmiä ja mahdollisuus keskusteluihin. Yhteistyötä tehdään myös perheen ja läheisten kanssa.

T: Se on tietysti siinä, sehän menee sillä tavalla, että jos rupee uus hoitosuhde, niin usein se on sillä tavalla, ett' ensin on joku selvittelykäynti ja tutustutaan ja kartotetaan tilannetta, niin siinä sitten kun tehdään tätä pohdintaa, ett' miten tästä edetään, niin siinähan tietysti sitten pyritään antamaan potilaalle mahdollisuus vaikuttaa siihen. Ett' siellä on taas sitten se, ett' jokainen tekee sen vähä omalla tyylillään sitte myös. [...]

Aktiivinen osallistuminen

Toisaalta työntekijät toivat esiin käsityksiä siitä, että asiakkaan rooli osallisena omassa hoidossaan ja kuntoutuksessaan voi olla myös aktiivisempi. Mahdollisuuksia osallistua ei ole vain tarjolla, vaan asiakas käyttää niitä ja on mahdollisimman täysivaltaisena ja tasa-arvoisena osallistujana mukana kaikissa hänen hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyvissä asioissa.

ML: [...] se asiakkaan osallisuus, sä äsken sanoitkin, että se on varmaan sitä vastuun kantoa, ett' se potilas itte on mukana siinä, niin mitenkä sä näät, että mitenkä teillä toteutuu käytännössä tommonen asiakkaan osallisuus?

T: No se on, että toisten potilaitten kohdalla se toteutuu ihan hyvin, toisten taas huonommin, ja se on kyllä valitettavasti vähä semmonen diagnoosi jos potilaalla, missä kunnossa ja voimissa hän on siinä sairautensa yhteydess. Että sanotaan, että depressiopotilas, joka on jo toipumassa, niin hänhän hyvin tarttuu asioihin ja on osallisena itse ja kantaa vastuuta ja osallistuu sovittuihin ryhmiin ja osallistuu sovittuihin keskusteluihin ja itse soittelee sosiaalityöntekijälle vaikka aikoja ja on aktiivinen hoitonsa järjestelyissä, mutt' sitte taas ihminen, joka on syvässä depressiossa, niin hän ei kykene yleensä. Hän on vaan ja makaa, niin siinähan se ei tahdo toteutua. [...]

Osallisuus palveluiden kehittämiseen

Tässä kuvauskategoriassa esitän mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsityksiä koskien asiakkaan osallisuutta kehittämistyössä. Kuvauskategoria muodostuu kahdesta alakategoriasta, jotka kuvaavat kahta laadullisesti erilaista asiakkaan osallisuuden toteutumistapaa kehittämisesssä.

Tiedon ja kokemuksen hyödyntäminen

Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisesssä voi työntekijöiden käsitysten mukaan toteutua siten, että palveluiden käyttäjät otetaan mukaan kehittämistyöhön. Heidän mielipiteitään kuullaan ja kokemuksellista tietoa ja ideoita hyödynnetään kehittämisesssä. Käytännössä tämä voi tapahtua esimerkiksi järjestämällä erilaisia yhteisiä tilaisuuksia tai keskustelufoorumia, joissa palveluita käyttäneet voivat kertoa kokemuksiaan. Asiakkaat nähdään kehittämistyössä voimavarana.

T: [...] Ja sitt' tavallaan se, että pääsis siitä vielä askeleen pidemmälle. Ne, joilla on, semmosia ihmisiä on, jotka haluais vaikuttaa, mutta ei ne halua olla mitään valtuutettuja tai tämmösiä, mutta haluais vaikuttaa ja on pitkään käyny monenlaisissa palveluissa ja niill' on hirveesti tietoa ja käyttäjäkokemusta, mutta se on kaikki heillä, ett' sitä ei osata hyödyntää.

ML: Mikä sun mielestä vois olla semmonen foorumi sitte, että sitä saatas jotenki käyttöön?

T: Mä jotenki aattelin, että miten se, ett' jos ajattelee päihde- ja mielenterveyspalveluita, no siellähän tietään, ettei ihmiset lähe, ettei vaan mun naama tuu tutuks, ettei kukaan ((nauraa)) tiiä, että mä oon siellä käyny. Mutt' sitte joku, niin ku esim. terveyskeskus vois olla semmonen tavallaan, ett' puhuttas vaan terveyskeskuksen tarjoamista palveluista, ett' sinnehä jo vois sitten niitä ihmisiä lähteeki keskustelemaan, ja siellä vois sitte samalla puhua niistäkin päihde- ja mielenterveyspalveluista, ett' ku se ei ois vaan keskittyny niihin.

ML: Oisko se kuitenkin tämmönen keskustelufoorumi, oisko se parasta?

T: Kyllä mun mielestä semmonen keskustelu, kyllä. Ettei monikaan halua ehkä kirjottaa. Kyllä niitäki on, mutta sitä kirjallista ehkä on niin paljon () että niit' ei kukaan lue kumminkaa. ((naurahtaa)) Keskustelussa ainakin osallistujille jää jotain mieleen.

Yhteinen kehittäminen

Haastatteluissa työntekijät kuvasivat käsityksiään, joissa asiakkaan osallisuus kehittämistyössä liittyi asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiseen kehittämiseen. Työntekijöillä ja asiakkailta voi olla yhteisiä kehittämisprojekteja tai yhteisiä koulutuspäiviä. Yhteisen kehittämistyön ansiosta voidaan aikaansaada muutoksia toimintakäytännöissä. Yhteinen kehittäminen tarkoitti käsitysten perusteella myös sitä, että palveluiden käyttäjät toimivat tasa-arvoisina asiantuntijoina esimerkiksi ammatillisten oppilaitosten suuntaan. Työntekijä voi kertoa opiskelijoille ammatillisesta mielenterveys- tai päihdetyöstä, asiakas on kokemuksellinen asiantuntija.

T: [...] että mä oon tarjonnut näitä meidän kokemusasiantuntijoita, et' ne tulis, että aina kun halutaan [yksikön nimi ML] esittelyä tai päihdejuu-
tuista, niin mä oon halukas ottaa sinne meidän kokemusasiantuntijan
mukaan. Mä voin puhua tästä ammatillisesta puolesta vähän, mutta kyl-
lä opiskelijatki tykkää enemmän, kun ne kuulee näitä kuntoutujia. Mut'
että harvemmin ainakaan semmoseen on suostuttu, että pelkästään tääl-
tä kuntoutujat tulis. Vieläki siinä tulee tää nyt () että tää ammatillisuus
on ylempänä, ja tuo kokemusasiantuntijuus on alempana.

Osallisuus palveluiden järjestämiseen

Tässä kuvauskategoriassa esitän ne työntekijöiden käsitykset, jotka liittyivät palveluiden käyttäjien osallisuuteen ja osallistumiseen mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen. Työntekijähaastatteluiden analyysin tuloksena muodostin viisi erilaista alakategoriaa, jotka kuvaavat erilaisia osallisuuden toteutumistapoja.

Luottamushenkilöt potentiaalisina asiakkaina

Työntekijät kertoivat käsityksinään, että asiakkaiden osallisuus ja osallistuminen toteutuvat edustuksellisen demokratian avulla. Muun muassa sairaanhoitopiirejä johtavat vaaleilla valitut edustajat, joita myös palveluiden käyttäjät ovat olleet kuntalaisina ja kansalaisina valitsemassa. Lisäksi on mahdollista, että osalla edustajista on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytöstä.

T: [...] Meidän sairaanhoitopiirit on kuitenkin jo, ja terveyskeskukset myös, niin on tää kunnallisten vaaleilla valittujen henkilöiden johtamia.

Siellä käyttää valtaa ihmisten valitsevat edustajat, jotka ovat myös potilaita.

ML: Ainakin potentiaalista.

T: Potentiaalisia potilaita nyt ainaki ja niitä on niin paljon, että on todennäköistä, että osa jo sairastaakin. ((naurahtaa)) Ovat palveluiden käyttäjiä. Elikä kyllä myös valtaa käyttävät muut kuin työntekijät ja virkamiehet.

3. sektori

Työntekijöiden käsitysten perusteella palveluiden käyttäjillä on mahdollisuus osallistua mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseen erilaisten järjestöjen kautta. Niin sanotun kolmannen sektorin panosta voidaan käyttää palveluiden kehittämisessä, mutta myös tukemassa kuntoutumista ja virallisen palvelujärjestelmän toimintaa.

T: No siitä mulla on semmosia ajatuksia, että se ois mahdottoman hyvä, ett' tämmöset ihmiset olis näissä erilaisissa tukijutuissa ja näissä, jotka tekee sitä kolmannen sektorin työtä ja ovat mukana siellä. Ja sieltähän löytyy se asiantuntijuus sitten, mitä se on, ja mitä tää hoito on, mitä siinä pitäis olla, ja mitä siinä ei oo, tai ei saisi olla, tai muuta. Ett' sieltähän se löytyy sitten se. Ett' jos aatellaan tämmösiä hoidon kehittämisiä ja muita, niin nää ois arvokkaita kokemuksia. Se voi löytyä sieltä kaikista kroonistuneimmaltakin potilaalta, näähän on kaikista haastavampia. Jokka ei oo vuosien varrella kumminkaa tilanne tullu kuntoon, niin sieltä vois löytyä hyviä ajatuksia joskus. Siinä mielessä se ois kyllä aivan äärettömän hyvä mahdollisuus.

Yhteishoidon periaatteet

Osa haastattelemistani työntekijöistä työskenteli paikoissa, joissa noudatettiin yhteishoidon periaatteita. Näissä yksiköissä kokoontui säännöllisesti yhteisökokous tai yhteisöpalaveri, joka mahdollisti asiakkaiden osallisuuden ja osallistumisen yksikön asioista keskustelemiseen. Työntekijöiden käsitykset siitä, kuinka paljon yhteisökokouksella oli päätösvaltaa yksikön asioihin, vaihtelivat. Toisissa paikoissa yhteisökokous teki päätöksiä, toisissa sen rooli oli keskustelleva ja palautetta antava.

T: [...] meill' on joka aamu täällä tää yhteisöpalaveri, ja meillä aina tämä yhteisö päättää, en minä päättä, mitä täällä tehdään ja tapahtuu, ett' on toki sellaset säännöt, että päihteettömyys ja muuta [...] mutta se, että täällä oikeasti ihmiset saa vastuuuta ja päättää. Ja sitten nää tekemiset ja semmoset ja työnjaot ja nää, niin että he kokee tämän omaksi paikakseen ja omaksi asiakseen.

Ryhmätoiminnan sisällöt

Monissa mielenterveys- ja päihdetyön yksiköissä on erilaista ryhmätoimintaa, jonka sisältöihin, sääntöjen määrittämiseen ja järjestämiseen asiakkaat osallistuvat. Haastatteluun osallistuneiden työntekijöiden käsitysten mukaan osallisuus voi olla ryhmätoiminnan suunnittelua, ryhmien sisällöistä päättämistä sekä ryhmien vetämistä joko yksin tai yhdessä työntekijöiden kanssa.

T: [...] ryhmässä, mutta esimerkiksi siinä, niin ne naiset saa itte päättää, mitä ne haluaa. Toki tietysti me otettiin jotaki vinkkejä siitä, että minkälaista esimerkiksi, ihan niinku sanottiin, että meillä on semmonen hyvän olon teema, että 10 kertaa kokoonnutaan ja millälaila voi hyvää oloa tukee. Mutt' sitten ne naiset saa itte tehdä säännöt siihen ryhmään; kuinka se ryhmä toimii, ja mitä ne haluaa siellä, että pidetään. Ja välillähän heillä oli itselläänki vetovastuita, että joku ohjas askartelua tai tämmöstä.

Vertaistuki

Työntekijähaastatteluissa tuotiin esiin käsityksiä siitä, kuinka tärkeää vertaistuki on asiakkaiden kuntoutumiselle. Vertaistuki ja -ryhmät mahdollistavat kokemusten ja onnistumisten jakamisen sekä toisilta oppimisen. Työntekijöiden käsitysten mukaan vertaistuellalla on voimaannuttava merkitys asiakkaille.

T: [...] Ja meillä on tarkoituksena voimaannuttaa, jos meidän asiakaskunnassa löytyy päihteistä irtipäässyt henkilö, niin tällaseen ryhmään kerrtoon. Ja meillä on nyt jo tällä hetkellä sitä sellasta vertaisryhmätoimintaa, joka on hirveen tärkeä, ku tosiaan nää jättää niin isoja paloja - nyt puhutaan päihdepuolen jutuista, niin aikaa elämään, sitten päihteidensä käytöltä vapautuu aivan mahottomasti aikaa. Ja jos tilanne on se, että ollaan vaikka eläkkeellä syystä tai toisesta, niin se on vielä konkreettimpää, jos ei oo sitä työelämää taikka mitään verkostoo enää, että kaikki on palanu. Niin tää vertaisuus on hirveen suuri voimavara ja noste myös sen ihmisen toipumiselle, elikä sitä kannattaa hyödyntää. Mutta

myös sillälaillla, että - jotenki ite tässä työssä aattelee, että puolueettomuus on hirveen tärkeätä, että joka on yhelle sopiva konsti, nii ei oo välttämättä toiselle, ett' se on hirveen tärkeätä, ja se mahdollistaa myös ihmisen osallistumista, kun ei oo vaan joku tietty suunta tai ajatus, minkä puolesta hehkutetaan. Vaan jokaisella on se oma kokemus, ja se on hänen kohallaan ollu tärkeä, että hän on sillä pärjänny, ja se hyödyntäminen on kyllä tärkeätä.

Reunaehdoja

Tämän kuvauskategorian sisältönä ovat ne seikat, jotka haastattelemieni työntekijöiden käsitysten mukaan vaikuttavat asiakkaiden mahdollisuuksiin osallistua ja olla osallisina mielenterveys- ja päihdetyössä. Olen erottanut kolme erilaista alakategoriaa, joista kukin kuvaa laadullisesti erilaista osallisuuteen vaikuttavaa asiaa.

Mahdollistajat

Työntekijät kertoivat käsityksiään siitä, kuinka mielenterveys- ja päihdetyö oli muuttunut vuosien ja vuosikymmenten kuluessa. Verrattuna esimerkiksi 1980-lukuun oli mielenterveystyötä ohjaavaa lainsäädäntöä muutettu niin, että itsemääräämisoikeuden rajoittamista ja tahdonvastaista hoitoa säädellään tarkemmin. Työntekijöiden koulutuksen tason koettiin parantuneen ja "uusien" työntekijöiden asenne asiakkaiden osallisuutta kohtaan oli erilainen ja positiivisempi kuin "vanhojen" työntekijöiden. Työntekijöiden rooli on käsitysten perusteella tärkeä yhtäältä osallisuuden mahdollistajana ja toisaalta asiakkaiden kannustajana osallistumaan. Jotta asiakkaiden osallisuus olisi mahdollista, tarvitaan myös rakenteellisia mahdollisuuksia ja resursseja. Näitä ovat esimerkiksi asianmukaiset tilat vertaisryhmien kokoontumista varten tai vaikkapa taloudelliset mahdollisuudet järjestää yhteistä virkistystoimintaa.

ML: Kuinka sä sitte näet, kuinka se toteutuu se osallisuus käytännössä sekä teillä täällä, että ihan laajemminkin?

T: No sekin on asia, joka on parantunu vuosikymmentenkin mittaan. Ja se on hyvin kuitenkin yksilöllinen, elikä se on semmonen kehittyvä juttu, jos hienosti sanoo, niin se on niin kun prosessi. [...] Ja siinä jotenkin musta tuntuu, että meidänki, jotka on mielenterveysalantyössä, niin pitäis kyllä siinä jotenki vaan koettaa kannustaa.

Asiakkaan kyvyt ja motivaatio

Toinen asiakkaan osallisuuteen vaikuttava asia oli haastateltavien käsitysten mukaan asiakkaan oma motivaatio ja kyky olla osallisena ja osallistua. Työntekijät kertoivat, kuinka esimerkiksi asiakkaan koulutustaso tai sosiaaliset taidot voivat vaikuttaa siihen, miten hyvin hän ymmärtää viranomaisten kieltä tai tulee itse ymmärretyksi viranomaisverkostossa. Osallisuuteen vaikuttaa myös se, onko asiakkaalla uskallusta ja rohkeutta tuoda esiin omia toiveitaan ja mielipiteitään. Myös palveluiden käyttäjien asenne vaikuttaa, osa asiakkaista haluaa siirtää vastuun työntekijälle, osa odottaa kaiken tietävää ammattilaista. Taitojen ja motivaation lisäksi merkittävä seikka on asiakkaan oma vointi. Työntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaan osallisuus eritoten laajemmin kuin omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyen edellyttää tiettyä tasapainoa omassa voinnissa, riittävän kauan kestänyttä raittiutta tai sairauden ja sen oireiden riittävän hyvää hallintaa.

T: [...]Mutta mä sanosin näin, että kyllähän kai semmoen potilas aina paremmassa asemassa on, jolla on parempi koulutus pohja, joka toimii. No sanotaan nyt esim. meillä oli esim. potilaana sairaanhoitaja tai lääkäri, niin kyllä kai he ovat paljo paremmassa asemassa siinä, ku joku maatalouslomittaja, koska se, että hoitaja tai lääkäripotilas osaa todella puhua oikeat asiat ja aika usein osaa kiinnittää oikeisiin asioihin huomiota, tai pitää puolensa. Ja totta kai jos me tiedetään, että nyt tässä istuu potilaana hoitaja, tai tässä istuu lääkäri potilaana, tai tässä on toimitusjohtaja potilaana, on ekonomi tässä näin, pankinjohtaja, niin se on jännä juttu muuten, että kyll' mä väittäisin, että sen tiimin jäsenet pitäis videokuvata oikein, ku se... Ehkä se asenne on vähän kurja, erilainen ja oisko se näin, että sen potilaan sanaan luotetaan ehkä jollakinlailla paremmin. Mutta tottahan siinä näkyy se koulutus pohja yleensä ja siinä näkyy myös se verbaalinen kyky puhua ja tuoda itseensä paremmin ulos. Mutt' onhan siinä tietenki ne hänen vaatimuksensa saanu tulla myös, että sanoisin näin, että jos puhutaan tiimissä osallisuudesta ja siitä miten saa äänensä kuuluviin, niin kyll' se kai niin on, että mitä parempi koulutus pohja potilaalla on ja parempi älykkyys ja parempi verbaalinen lahjakkuus tulee paremmin kuulluksi. No tietysti riippuu sitten myöskin sairauden tilasta, että vaikka nyt olis minkälainen oppia saanu, jos esimerkiksi lähes psykoottistasosessa depressiossa, mitä selitin alussa, niin on se sinänsä aika vähän keskusteltu. Mutt' jos mä puhun meidän keskivertotiimistä yleensä,

meillä tiimissä olevat ihmiset on aina hyvin co-operoivia vaan, jotenkin näin se mun mielestä on.

Kysymys vallasta

Kolmas alakategoria, jonka muodostin työntekijöiden käsityksistä asiakkaan osallisuuden reunaehdoista, liittyy kysymykseen vallasta. Työntekijät toivat esiin käsityksiään siitä, että osallisuus tarkoittaa myös vallan jakamista asiakkaiden kanssa. Asiantuntijuuteen liittyy arvovaltaa ja vallankäyttöä, josta voi olla vaikea luopua. Asiakkaiden lisääntynyt osallisuus voi tarkoittaa myös sitä, että oma ja organisaation toiminta pitää asettaa alttiiksi arvioinnille eikä palautetta aina ole helppo ottaa vastaan. Kysymykseen vallasta liittyy myös vallan tasapaino: on tärkeää, ettei vaaka kallistu liikaa toiseen suuntaan, jolloin työntekijöitä vietäisiin kuin ”pässejä narussa”.

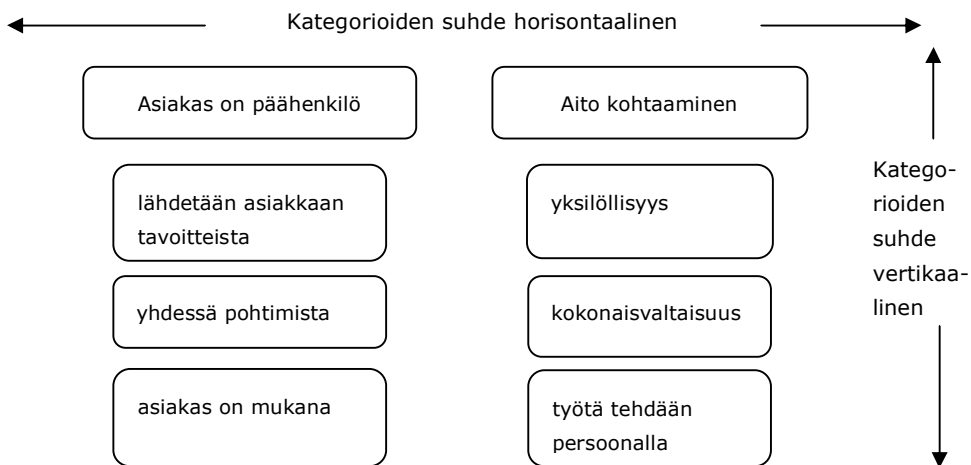
T: Siis sehä on hirveen pelottaa, jos asiakkaat rupee mestaroimaan siellä, että sanoo, ett' on tylsää, ett' on 8 - 4, että eiks tää nyt vois olla vaikka 12 - 8, niin ku illallaki saatas palveluita. Tai sitten ne sanoo, että ku ei tänne pääse, tai ku joutuu jonottaan, tai sitten ne sanoo, että toi asia on huonosti, että kun ne eivät yhtään ajattele, että tänki vois järjestää sillai, että tosaki säästäsitte, ku tuon mutkan jättäsitte tekemättä.

ML: Onko niillä jonku oman tämmösen asiantuntija-aseman tai jonkun muun menettämisen pelkoa, tai mitä se on?

T: Joo, kyllä. Ja sitten, että ei suomalainen kulttuuri oo ollenkaan semmonen, että jos joku esittää jotakin vaihtoehtosta ja sanoo, että mun mielestä ton asian vois tehdä noinkin, niin toinenhan kuulee sen sillai, että sä teit ton asian huonosti. Ei se kuule sitä, ett' se toinen sanoo, että mun mielestä tuon asian vois tehdä tuollaki ((naurahtaa)) tavalla. Se ottaa sen heti itteensä, että ei tääll' oo totuttu semmoseen kriittiseen keskusteluun tavallaan.

7.2.3 Asiakaslähtöisyys toimintana ja työtapana

Työntekijähaastatteluissa kuvattiin runsaasti käsityksiä asiakaslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Muodostin haastatteluissa esiin tulleista käsityksistä kaksi kuvauskategoriaa ja seitsemän alakategoriaa, jotka kuvaavat työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Kuvauskategoriat ovat Asiakas on päähenkilö ja Aito kohtaaminen.(Kuvio 18.)



Kuvio 18. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyön toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä

Asiakas on päähenkilö

Tämä kuvauskategoria sisältää työntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä toimintana, joka liittyy eritoten hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. Jaoin kuvauskategorian edelleen kolmeen alakategoriaan, joissa kussakin asiakkaan rooli on kuvattu erilaisena.

Lähdetään liikkeelle asiakkaan tavoitteista

Työntekijöiden käsitysten mukaan asiakas, hänen käsityksensä ongelmistaan, avun tarpeestaan ja tavoitteistaan ovat työskentelyn perustana. Liikkeelle lähdetään asiakkaalle tärkeistä asioista ja hänen näkemyksistään. Keskeistä on se, mitä asiakas odottaa työntekijöiltä ja organisaatiolta sekä mihin hän kokee tarvitsevansa tukea. Työntekijä tarjoaa apuaan ja tukeaan asiakkaalle.

T: [...]jett' kyllä me mietitään asiakkaan kanssa, että mikä se olis - elikä se tavote, ett' mitä se asiakas haluaa, ja sen mukaan sitte aletaan työskentelemään, ett' vaikka se olis yks kaljapullo vähemmän viikossa, niin sitten me pyritään siihen, että siitä mun mielestä kyll' pitkälti lähtee se, että lähetään siitä asiakkaan tavoitteesta. [...] - mutt' ett' mennään sen asiakkaan asettamien tavoitteiden mukaan, eikä niin kun - mä en ainakaan itte laita oikeestaan mihinkään mitään sellasta omaa tavoitetta, että mun tavoite olis sitte sen ja sen asiakkaan kanssa se, vaan mihin se asiakas on valmis ja mitä se tosiaan haluaa [...] ja näin, että, mutt' ett' se on mun

mielestä asiakaslähdistä, kun asiakas itte sanelee, että mitkä on ne hänen ongelmat, mihin hän tarvii apua ja mitä hän ottaa tavoitteeks päihteidenkäytön suhteen

Yhdessä pohtimista

Asiakaslähtöisyys on työntekijöiden käsitysten perusteella myös asiakkaan ja työntekijän yhdessä pohtimista ja neuvottelua. Päätöksistä keskustellaan ja yritetään löytää yhteinen ratkaisu, vaikkei asioista aina ollakaan samaa mieltä. Yhdessä pohtiminen ei tarkoita asiakkaan "sanelua" siitä, mitä hän haluaa ja toivoo, mutta se ei myöskään tarkoita asiakkaan toiveiden tai tavoitteiden si-vuuttamista taikka aliarvioimista. Parhaiten yhteinen neuvottelu ja päätöksenteko toteutuvat silloin, jos asiakas on itse hakeutunut palveluiden piiriin.

T: Ja asiakaslähtöisyys ei oo tokikaa sitä, että jos se kuntoutuja sanoo, että hän haluaa nyt täältä kaupungin keskustasta oman asunnon ja niitä ja näitä palveluita, että sitte tällasia toiveita toteutetaan ihan suit-sait-sukkelaan, siitä vaan, mutta että ei niitä saa kyllä lyntätä alaskaan.

Asiakas on mukana

Haastatteluihin osallistuneet työntekijät toivat esiin käsityksiään myös siitä, että asiakaslähtöisyys on toimintaa, jossa asiakas on mukana. Asiakas on mukana esimerkiksi hoito- tai kuntoutussuunnitelmatilanteissa ja palavereissa. Hän saa vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hänen mielipiteensä otetaan huomioon mahdollisuuksien mukaan. Verrattuna kahteen edelliseen alakategoriaan nämä käsitykset antavat kuvan, jossa palvelunkäyttäjän rooli on vähemmän aktiivinen ja vastaavasti työntekijän rooli on aktiivisempi.

T: [...] Jotenkin mä nään sen sillälaililla, että asiakas pitää ottaa asioihin mukaan. Asiakas tai potilas, meillä sanotaan täällä potilaaksi - potilas pitää olla itse hoidossa täysin aktiivisesti mukana, elikä meillä ei oo täällä tilannetta, jossa esim. hoitosuunnitelmaa tehtäisi ilman potilasta. Toki on tilanteita, joissa neuvonpitoja käydään, jollonka ei oo potilasta läsnä, mutta kaikkeen hoitoon ja suunnitteluun on asiakas itse, potilas ((nau-rahtaa)) vaikuttamassa.

Aito kohtaaminen

Tämä kuvauskategoria sisältää työntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä työntekijöiden tapana tehdä työtä. Jaoin kuvauskategorian neljään alakategori-

aan, joista kukin kuvaa laadullisesti erilaisen sisällön työntekijän tavalle tehdä työtä.

Yksilöllisyys

Yksilöllisyys tarkoittaa käsityksiä sitä, ettei asiakasta yritetä laittaa tiettyyn malliin eikä asiakassuhde mene tietyn, ennaltalaaditun kaavan mukaan. Yksilöllisessä tavassa tehdä työtä tärkeää on asiakas omassa tilanteessaan, omine ongelmineen. Huomion keskipisteenä ei ole ongelma, esimerkiksi päihderiippuvuus tai mielialahäiriö, vaan ihminen, jolla tuo ongelma on.

T: [...] kyll' mulla on ainaki se lähtökohta, että me ei tehä mitään päätöksiä, että no nii, tolla asiakkaalla nyt on tommonen keskivaikee päihdeongelma, että se ((naurahtaa)) tarvii tätä ja tätä, vaan että me nyt kuunnellaan sitä asiakasta, ett' miks se on tullu sinne ja mitä se ajattelee omasta tilanteestaan ja mitä se toivois, minkälaista apua ja kuvitteleeks se, ett' mä vois in auttaa sitä jotenki, vai haluaaks se jotain muuta palvelua, haluaaks se keskustella yleensä naistyöntekijän kans esimerkiks.

Kokonaisvaltaisuus

Työntekijöiden käsitysten mukaan kokonaisvaltaisuus osana asiakaslähtöisyyttä tarkoittaa sitä, että huomioidaan asiakkaan tilanne kokonaisuutena, josta mielenterveys- ja päihdeongelma on vain yksi osa. Kokonaistilanteen selvittäminen voi vaatia elämäolosuhteiden (asuminen, toimeentulo, työ) ja sosiaalisen verkoston, perheen ja läheisten mukaan ottamista. Työkäytäntöinä kokonaisvaltaiseen selvittämiseen käytetään muun muassa kotikäyntejä ja verkostotyötä.

T: [...] Ja pitää huomioida ne muut olosuhteet, koska asiakas siinä vaiheessa, ku tulee jonkun avun piiriin, niin kierto on täällä kummassakin näissä asioissa, että hän ei pysty rehellisesti vastaamaan, elikä hänellä on tarvis peitellä, elikä se tarttee siinäkin sitä aikaa. Että mielellään myös () sinne kotiin päin, elikä ne kotikäynnit on ehtottoman tärkeitä, koska sieltä vasta se sellainen ymmärtämys, mitä se on. Vastaanotolla ollaan vastaanotolla ja asiat on ehkä kaunisteltu ja ehkä liioteltuja myös toiste päin. Mutta se että se ihmisen kokonaistilanne kartotetaan kunnolla. Ja varmaan se yhteistyö eri toimialojen kanssa paljastuu, koska ihmisellä on sillon monasti kontakteja sinne, tänne ja tuonne ja tarve myös estää omasta halustaan, että pyrkii lokeroittamaan itsensä tuonne. Mutt' ett' sen kokonaiskuvan saamiseksi sitten on ehkä tärkeitä, että on isompi

rinki siinä tietosena toistensa toiminnasta ja että pystyy auttamaan sitä ihmistä, että koska mielenterveyspuolella sairauksiin sitte taas monasti kuuluu se, ett' ei sitä sairaudentuntoo oo ollenkaan ja totuus on jotaki ihan muuta, mitä sieltä huulien kautta tulee. Että ihan asumisolosta lähtien elintavoissa, raha-asioissa, kaikessa. Ihan ruoka-asioissa ja kaikessa voi tulla ihan väärä kuva, jos vaan yhdellä kerralla kuuntelee työhuoneessa ja haastattelee, tai jotaki. Että siellä on niin monenlaisia. Kyllä se asiakaslähtöisyys mun mielestä antaa asiakkaalle aikaa ja välittää ihan tosisaan siitä, että se tilanne kartotetaan niin monellailla.

Välittäminen

Nimesin välittämiseksi tämän alakategorian, joka sisältää työntekijöiden käsityksiä siitä, että asiakaslähtöisyyteen kuuluu asiakkaan aito kohtaaminen ja hänelle ajan antaminen. Suhtautuminen asiakkaaseen näkyy jo ensi kontaktissa, siinä kuinka asiakas otetaan vastaan ja kuinka hän tulee kuulluksi. Eräs haastatettava toivoi, että asiakas kokisi hoitopaikan ilmapiirin ja työntekijöiden asenteen työhönsä positiivisena. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu myös se, että asiakas otetaan vakavasti ja häneen uskotaan.

T7: Kyll' se mun mielestä on ensisijaisesti sitä, että kuunnellaan sitä asiakasta, elikä otetaan se asiakas sillä tavalla vakavasti, ett' hän tietää ne ongelmansa, tuntee itsensä, tietää ne omat vajavaisuutensa ja puutteensa ja vahvuutensa, että tehään sen asiakkaan kans töitä sillä tavalla yhteistyössä eikä sillai, että työntekijä tietää ja työntekijä sanoo ja on viisas ja fiksu ja filmaattinen, vaan siis, että ihan oikeesti kuulee, mitä sillä asiakkaalla on sanottavana ja mitä se toivoo ja haluaa ja mitä tarpeita sillä on.

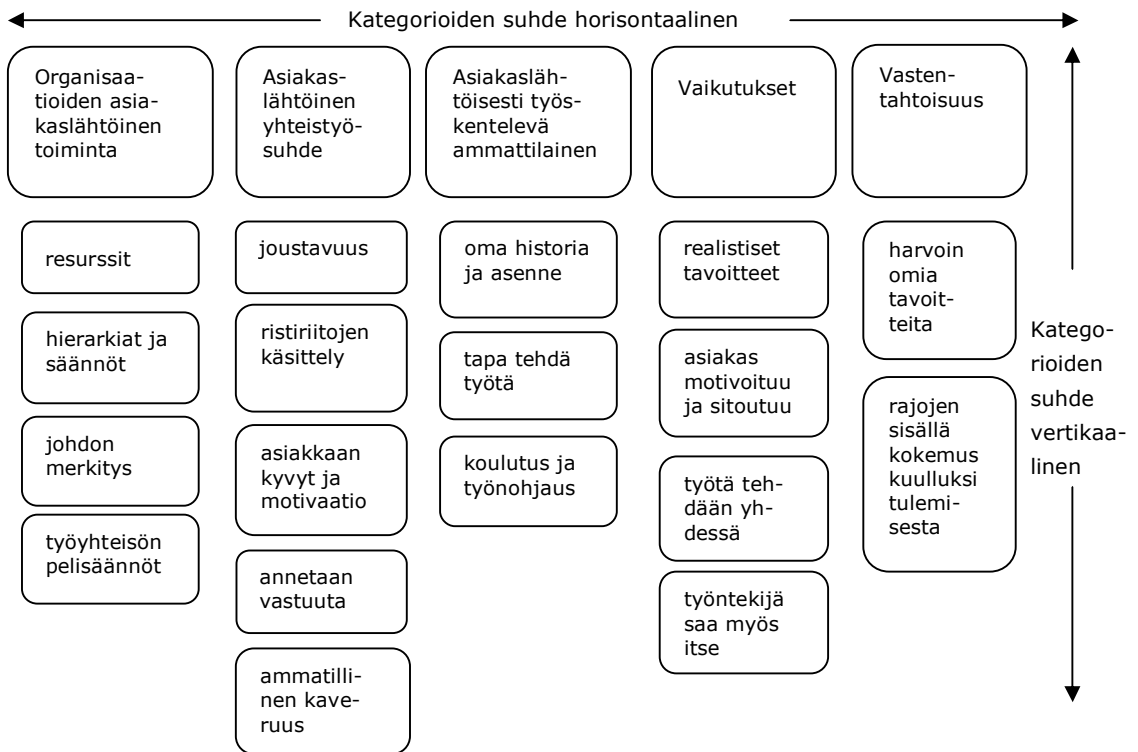
Työtä tehdään persoonalla

Haastatteluissa työntekijät toivat esiin käsityksiään siitä, että asiakaslähtöisyys on myös sitä, että työntekijä "heittäytyy" mukaan yhteistyösuhteeseen ja tekee työtä omalla persoonallaan. Haastatteluissa todettiin tämän olevan osittain jo klisee, mutta pitävän kuitenkin paikkansa. Työn tekemiseen persoonalla liittyy myös haasteita, jotka saattavat vaikuttaa asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Näihin palaan alaluvussa 7.2.4.

T: [...] Mutta että tähän asti aika pitkälti sitten kuitenkin se on semmonen intuitiolla, omalla persoonalla sitä tehty [...]

7.2.4 Asiakaslähtöiset käytännöt

Tässä luvussa kuvaan mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden haastattelujen analyysin tuloksena muodostamani kuvauskategoriat työntekijöiden käsityksistä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Muodostin viisi kuvauskategoriaa, jotka jakautuvat kahdeksaantoista alakategoriaan. Kuvauskategoriat nimesin Organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta, Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde, Asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen, Vaikutukset ja Vastentahtoisuus. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä

Organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta

Organisaatioiden tasolla asiakaslähtöisyyden toteutumiseen mielenterveys- ja päihdetyössä ovat yhteydessä monet seikat. Nämä työntekijöiden käsitykset kuvaan neljässä alakategoriassa.

Resurssit

Asiakaslähtöisen toiminnan toteutumista vaikeuttavat työntekijöiden käsitysten mukaan työssä oleva kiire ja liian vähäiset henkilöstöresurssit. Avopalveluissa asiakkaita on liian monta päivässä, minkä vuoksi asiakaskäynteihin ei ehdi riittävästi valmistautua ja vastaanottoajat ovat lyhyitä. Vähäiset henkilökuntaresurssit eivät aina mahdollista esimerkiksi sitä, että asiakas voisi valita tai vaihtaa työntekijää, jollei vuorovaikutus syystä tai toisesta toimi.

T: [...] Mutt' se että pitäs olla aikaa miettiä sitä. Esimiehelle sanoin tänä aamuna, että meill' on vaatimuksena liian monta asiakasta päivää kohtaan. Se, ett' kerkeis valmistelemaan aina sen asiakkaan käynnin, niin siitä sais esimerkiks tämmösen terapeuttisen otteen siihen, että pystyis selkeesti käyttään näitä menetelmiä ja nimenomaan taas sen asiakkaan tarpeista miettiä se, että mitä menetelmiä vois käyttää ja millä tavalla edetäs siinä.

Hierarkiat ja säännöt

Organisaatioiden toimintaa kuvattiin usein joustamattomana. Työntekijöiden käsitysten perusteella toimintaa määrittävät monenlaiset, muun muassa taloudelliset, reunaehdot. Esimerkiksi jatkohoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon myös maksajan eli yleensä asiakkaan kotikunnan ohjeet ja taloudellinen tilanne. Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat monet säädökset ja lait, jotka toiminnassa tulee ottaa huomioon. Erityisesti sairaalaorganisaatiota kuvattiin käsityksissä autoritaariseksi ja hierarkkiseksi, mikä vaikeutti asiakaslähtöisen toiminnan toteuttamista. Vaikka joustavuutta ei löydy organisaatiosta ja rakenteista, työntekijöiden käsitysten mukaan työntekijätasolla voi kuitenkin toimia joustavammin.

ML: Mitäs jos aattelet teidän osastolta tai yleensä mielenterveystyötä tai psykiatrasta sairaalahoitoon, miten haluatkin, niin mitkä on sellasia toisaalta asioita, mitkä edistää sitä asiakaslähtöistä tulosta, ja mitkä estää?

T: No, mikä sitä estää, niin kyllä sairaalamaailmass' on niin hirveesti kaiken maailman sääntöjä ja lait ja asetukset ja kaiken maailman jutut, määrittelyt, ja jotenki henkilökuntaakin, niin hirveen monet jutut tavaltaan sitoo ja pidättelee, että kaikki semmonen tuntuu jotenkin ahtaalta, kun aattelee aitoa asiakaslähtöisyyttä, että kyllä mä ainakin koen sellasta vähä ristiriitasta oloa. [...] minkä mä itse oon huomannu, niin se on jo-

tenki kauheen ristiriitasta yrittää tavallaan rakentaa sitä yhteisöllisyyttä, kun niin hirveen monet määräykset ja pykälät ja muut yrittää ohjata sel-laseen - tää on niin autoritäärinen ja hierarkinen paikka tämä sairaala-maailma. Ja yhteisöhoitoss' puhutaan niin paljo siitä, kuinka yhteisö keskenään vois ratkasta asioita ja tehdä suunnitelmia ja toteuttaa niitä, mutta ei se sairaalassa siellä ole. Ja me tehdään se, mitä pystytään ((nau-rahtaa)) ja yritetään olla välillä kyselemättäki kauheesti mitään, että niin kauan on sallittua, kun ei oo erikseen kielletty, ja sillä periaatteella ku mennään [...]

Johton merkitys

Johtamisella ja lähiesimiehellä oli työntekijöiden käsitysten mukaan suuri mer-kitys asiakaslähtöisen toiminnan toteutumiseksi. Esimiehen oma asenne asiak-kaita ja asiakaslähtöistä työskentelyä kohtaan ohjaa myös työntekijöiden asen-teita ja työskentelyä. Parhaimmillaan esimies tukee ja mahdollistaa työntekijöi-den joustavamman ja vapaamman tavan tehdä työtä.

T: [...] Ja johto on kuitenkin tärkeässä asemassa kaikissaki organisaati-oissa ohjaamassa toimintaa, ja jos johto ohjaa sitt' siihen, että mehän teh-dään päätökset näin, haluuk ne potilaat sitä, tai ei. Meillä tehdään näin, ja heitä siirrellään näin tai näin. Niin sehän olis jo aivan mahdoton tilan-ne. [...]

Työyhteisön pelisäännöt

Organisaation tasolla asiakaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttavat työnteki-jöiden haastatteluissa esittämien käsitysten mukaan myös työyhteisön toiminta, ilmapiiri ja yhteiset pelisäännöt. Työyhteisö vaikuttaa työntekijöiden omaan hyvinvointiin ja työssäjaksamiseen ja siten myös heidän tapaansa tehdä työtä asiakkaiden kanssa.

T: [...] No ensinnäki mejän työyhteisö, se on, että varmaan ihan sem-monen, että meillä jotenkin natsaa yhteen, ja meill' on heleppoo ja että meill' on se huumori sitte yks semmonen, jolla puretaan ja näin, että tää-hä on monellalaillla kyllä hauskaa. [...] Tuki vaikuttaa, koska justiin tässä heijastuu sitte kaikki se, ett' jos työntekijä ei voi hyvin siellä työpaikal-laan, tai on epävarmuutta, mitä voi tai saa tehdä, koska näissä asioissa joutuu koko ajan pähkylöimään sitä, että pitää huomioida sekin, ettei ta-

vallaan vastaa liian hyvin tai palavele liika hyvin, ettei taas tee väärin toista yhteistyötahoo kohtaan. [...]

Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde

Tässä kuvauskategoriassa kuvaan mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsityksiä siitä, millainen on asiakaslähtöinen työntekijän ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde. Kuvauskategoria sisältää viisi alakategoriaa, jotka kukin kuvaavat laadullisesti erilaisen puolen yhteistyösuhteesta.

Joustavuus

Edellisessä kuvauskategoriassa kuvattiin käsityksiä siitä, kuinka mielenterveys- ja päihdetyön organisaatiot ovat hierarkkisia ja joustamattomia sekä monien sääntöjen, ohjeiden ja lakien määrittelemiä. Työntekijät kertoivat käsityksiään siitä, että työntekijän ja asiakkaan välisessä yhteistyösuhteessa on kuitenkin tärkeää joustavuus, jotta toiminta voisi olla asiakaslähtöistä. Joustavuus tarkoittaa esimerkiksi nopeaa reagointia asiakkaan avun ja tuen tarpeeseen ja vastaanotolle pääsyä kohtuullisessa ajassa. Se voi käsitysten mukaan tarkoittaa myös sitä, ettei asiakastapaamisen tarvitse olla perinteinen vastaanotto, vaan tapamisella voidaan mennä yhdessä kävelyille, kahville tai asioimaan.

T: [...] Jos mä aattelen ihan tätä meidän omaa organisaatiota, niin jos meillä nyt tarkoittaa asiakaslähtöisyys esimerkiksi sitä, että me asiakkaan kanssa hoidetaan niitä asioita muuallaki, taikka tämmöstä, että pidetään verkostopalavereita ja käydään tutustumassa, niin kyllä esimies antaa hirveen hyvän tuen kyllä siihen, että on vapaat kädet toteuttaa sitä, että mikä se asiakkaan tarve on, niin siihen saa vastata.

ML: Ettei tartte istua täällä hiljaa.

T: Ei tartte istua, että jos asiakkaast' tuntuu, että pitäis saada vähä liikuntaa, niin me voidaan mennä tohon rantaan käveleen se tunti, ja keskustella siinä samalla, tai voidaan mennä kahvilaan. [...]

Ammatillinen kaveruus

Ammatillinen kaveruus viittaa käsityksiin siitä, että työntekijän ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde on kahden tasa-arvoisen ihmisen suhde. Työntekijä on ammattilainen ja ammatillinen, mutta kuitenkin inhimillinen. Suhdetta kuvaavat välittäminen, ymmärtäminen ja peruskunnioitus asiakasta kohtaan. Yhteistyö on voimavara lähtöistä ja rohkaisevaa, ei moralisoivaa tai syyttävää.

T: Musta tuntus varsin kamalalta, että jos mulla olisi ongelma tai haaste elämässä, jonkinnäkönen haaste, ja mä tulisin siitä keskustelemaan jonkun ihmisen kanssa, joka sanois mulle, ett' kuule, mä tiedän paremmin kuin sinä, ett' mä voin kyllä nyt sulle sanoo, että tee näin ja näin. Niin on se inhottavaa. Ja mitä minä siitä saan? En yhtään mitään. Se on minusta jotenkin ihmisen mitätöimistä, ihmisen arvokkuuden hukkaamista ja kaikkea sitä inhimillisyyttä, mitä pitää olla siinä, kun ihminen tulee häntänsä kans toisen luo.

Ristiriitojen käsittely

Asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen kuuluu työntekijöiden käsitysten mukaan myös vaikeiden asioiden ja ristiriitojen käsittely. Asiakkailta saattaa olla epärealistisia käsityksiä omista kyvyistään, mahdollisuuksistaan tai voinnistaan. Yhteistyösuhteessa pitää pystyä tarvittaessa realisoimaan asiakasta ja joskus myös rajoittamaan hänen toimintaansa ja oikeuksiaan. Jos asiakas ei itse ymmärrä olevansa avun ja hoidon tarpeessa, hoitamatta jättäminen voi tarkoittaa heitteille jättämistä.

T: [...] meidän tehtävä on tavallaan puhua niistä asioista, niin kun ne on. Puhutaan siitä, kuinka paljon sä oikeesti juot ja kuinka paljon sitä menee ja mitä muutosta pitäis tulla jne. Niin sekinhän tekee, ett' ne ei oo kauheen miellyttäviä asiakkaille tavallaan siis semmoset, että tommonen kielteinen, varsinkin jos ei itte koe olevansa päihdeongelmainen. Ett' ei oo mitään helppoa aina silloin. [...]

Annetaan vastuuta

Neljäs asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen liittyvä ulottuvuus liittyy valtaan ja vastuuseen suhteessa. Työntekijöiden käsitysten mukaan on tärkeää, että asiakasta myös "päästetään irti" eli yhteistyö-, hoito- tai kuntoutussuhteella on selkeä päätös. Työntekijä ei saisi liikaa kannatella asiakasta, tehdä hänen puolestaan päätöksiä ja toimia hänen puolestaan. Asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus vastuuseen ja itsenäiseen päätöksentekoon.

ML: Ymmärsinkö oikein, teillä tämä työ täällä on asiakaslähtöistä, ainaki pyritte asiakaslähtöisyyteen?

T: Kyllä, kyllä mä ainaki siis omalta kohdaltani oon - mä joskus tässä työkavereitten kans oon puhunu semmosestaki asiasta, että ei lähettäs paapomaan liikaa, ei ruvetas tekemään asioita puolesta. Muutenhan siinä ei ois asiakkaalla mahdollisuutta tehdä niitä omia ratkaisuja. Sillon ku kattoo, että hoito toimii, elikä nyt on kaikki kunnossa, niin tuota hoito päättyy siihen, ja siitä se taas lähtee kokeilemaan omiaan, että ei jää semmosia häntiä roikkumaan, mistä ei koskaan voija luopua, niin ei tehdä, mitätöidään ihminen sillä lailla. ((naurahtaa)) Ei pärjää. Se on mun mielestä semmonen yks tärke juttu sillälaila, että on tavallaan keinot katkasta se, ja nähdä sitte, jättää sitte taas asiakkaalle itelleen se vastuu hoitaa omia asioitaan. [...]

Asiakkaan kyvyt ja motivaatio

Asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen vaikuttavat myös asiakkaiden omat kyvyt, voimavarat ja motivaatio. Työntekijät korostivat käsityksiään siitä, että vastuu avun vastaanottamisesta on lopulta asiakkaalla itsellään. Asiakkaan kiinnostus omaa itseään kohtaan, itsetunto ja kyky asettaa omia tavoitteita yhteistyösuhteelle ovat merkittäviä. Kaikilla asiakkaila ei varsinkaan toipumisen tai kuntoutumisen alkuvaiheessa ole voimavaroja miettiä omia tavoitteitaan.

T: [...] Ja monta kertaa se kaikkein vaikein kohta tässä kuntoutuksessa on saada jotenki se ihminen ylipäättänsä motivoitumaankaan tulevaisuuden suunnitelmissa. Ett' tyypillinen kuntoutuja on sellanen, joka meille tulee, nuori aikuinen, joka sanoo, että hän ei osaa mitään, hän ei oo kiinnostunu mistään, hän ei oo koskaan osannukaa mitään, häntä ei tosiaan kiinnosta mikään, ja tulevaisuutta ei tuu ajateltuakaan, eikä sinne päinkään, että kunhan tämä päivä tästä menee. Niin se suurin työ on yrittää saada se ihminen kiinnostumaan siitä omasta ittestään ja elämästänsä ja ajattelemaan niitä, ett' jos hän oikeesti onki hyvä ja, ja mitä sitte tulevaisuus tuokaan.

Asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen

Kolmas asiakaslähtöisyyden toteutumista kuvaava kuvauskategoria pitää sisällään työntekijöiden käsitykset siitä, millainen on asiakaslähtöisesti työskentelevä mielenterveys- ja päihdetyön ammattilainen. Kuvauskategoria sisältää kolme alakategoriaa.

Oma historia ja asenne

Haastatteluaiaineisto sisälsi runsaasti kuvauksia käsityksistä siitä, miten työntekijän oma asenne mielenterveys- ja päihdeongelmiin sekä niiden vuoksi apua hakeviin ihmisiin vaikuttaa siihen, kuinka hän työssään suhtautui ja kohtasi asiakkaita. Asiantuntijakeskeiseen asennoitumiseen kuuluu asiakkaan näkeminen toiminnan kohteena sekä työntekijän oikeassa olemisen tarve. Asiakaskeskeistä asennetta kuvattiin ”normaalina” ja asiakkaaseen luottavana suhtautumisena. Erityisesti päihteiden ongelmakäyttöön ja käyttäjiin kuvattiin liittyvän negatiivisia asenteita ja ennakkokäsityksiä. Työntekijät pohtivat muun muassa sitä, oliko kyseessä itse aiheutettu sairaus vai ei. Työntekijöiden asenteisiin vaikuttavat lisäksi koulutus, työpaikan kulttuuri ja perinteet.

T: [...] Mutt' sitte tietysti kyllä se varmaan on kaikki omasta historiasta on kiinni, on hoitajien historiasta kiinni, että - tai lääkärien. () Mä luulen, että siinä on ainakin jotakin syytä. Että mikä se on se itellä se asenne, ja miten paljon luotetaan asiakkaaseen ja () ajatellaanko, siit' ei tuu mittään, jos en mä oo tässä mukana. Että se oma rooli nousee siitä - korvaamattomaksi.

Tapa tehdä työtä

Työntekijät kuvasivat käsityksinään asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen tapaa tehdä työtään innostuneeksi ja sitoutuneeksi. Sitä luonnehtii vilpittön halu tehdä työtä, pyrkimys asiakkaan parhaaseen ja työnilo. Vaarana nähtiin kyynistyminen ja ”leipääntyminen”, jolloin esimerkiksi vastaanottotyöstä saattoi tulla vain kuulumisten vaihtoa. Haastateltujen henkilöiden käsitysten mukaan työntekijän tulisi välttää liiallista ohjailua ja neuvontaa sekä väärää vallan käyttöä ja manipulointia.

T: [...] Tää on sellasta työtä, josta tykkää, tai ei tykkää. Niin mä en usko, että tätä kukaa teköö silleen, että se on mun työpaikkani ja mä saan sieltä palakan. Siis että jos mulla ei ois tätä työpaikkaa, niin mä varmaan tekisin tätä jossaki, ja oon tehnyki vapaaehtosta työtä, mutt' että se joku täällä, että sen haluaa kuitenkin tehdä. Mää uskon aika paljon, että kyllä meillä nyt tosissaan sen potilaan parasta kyllä kokeillaan silleen. [...]

Koulutus ja työnohjaus

Nämä käsitykset liittyvät myös aiemmin kuvattuun organisaation asiakaslähtöiseen toimintaan ja sen tarjoamiin mahdollisuuksiin ja resursseihin asiakasläh-

töisyyden toteuttamiseen. Halusin kuitenkin nostaa myös erikseen esille käsitykset yksittäisen työntekijän koulutuksen ja kouluttautumisen sekä työnohjauksen merkityksestä asiakaslähtöiselle työskentelytavalle. Haastatellut kuvasivat käsityksiään koulutuksen merkityksestä sekä yleisesti että erityisesti uusien menetelmien ja ideoiden tuojana. Työnohjaus niin yksilö- kuin koko työyhteisötasollakin koettiin tärkeänä keinona tarkastella omaa toimintaa.

T: Joo, jos mä nyt yritän ensin miettiä sitä, mikä on edistänyt sitä, niin mä näkisin, että kyllä semmonen yhteiskunnassa tapahtunut yleinen asennemuutos ja myös mielisairaalan sisällä tapahtunut asennemuutos, ihmisten koulutus, sillä koulutuksella on erittäin tärkeä merkitys kuitenkin, että työntekijät on saanut koulutusta, eli sitten se koulutus, uusien sukupolvien tulo työelämään; täytyy kyllä muistaa, että esim. minkälainen suomalaisessa yhteiskunnassa oli vanha mielisairaala olemassa; A-sairaala, B-sairaala. B-sairaala oli joka toisessa kunnassa lähes ympäri Suomea, Euroopan tiheimpiä mielisairaalaverkostoja. Niin myös työntekijöitten sukupolvi on vaihtunut, ja mä korostan sitä koulutusta, työnohjausta, psykiatrien sairauksien ymmärtämistä ja yleensä sen ihmisen fiiliksen kunnioittaminen. Ei mielisairaus sinänsä saa viedä ihmistä jotenki huonompaan kuntoon, eikä oikeestaan - nyt mä sanon, että oikeestaan, koska seki meillä kyllä ontuu. Ei päihdeongelmakaan sais tehdä siitä ihmisestä huonompaa, että se olis jotenki alempiarvonen ihminen. Siinä on tekemistä kyllä.

Vaikutukset

Haastattelussa tuli esiin työntekijöiden käsityksiä siitä, mitä vaikutusta tai merkitystä asiakaslähtöisellä toiminnalla on mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuvaan nuo käsitykset tässä kuvauskategoriassa, joka jakaantuu edelleen neljään alakategoriaan.

Realistiset tavoitteet

Työntekijöiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisen toiminnan ja työskentelytavan ansiosta yhteistyösuhteen, hoidon tai kuntoutuksen tavoitteet pystytään asettamaan realistisimmiksi, mikä vaikuttaa positiivisesti tavoitteiden saavuttamiseen. Kun asiakas otetaan huomioon ja mukaan tavoitteen asetteluun, hoidosta ja kuntoutuksesta tulee ”omannäköistä”.

ML: Mitä hyötyä sen asiakkaan ja sen hoitosuhteen kannalta on sun mielestä tästä asiakaslähtöisyydestä?

T: Mun mielestä siinä voi olla se isoin hyöty oikeestaan, että siitä tulee sen asiakkaan omannäköstä hoitoo, että ne realiteetit on semmosia, mikä on mahdollisuus saaha siinä hoitosuhteessa myös sille asiakkaalle itelleen, ettei siihen ylittämistä tai alittamista. Mun mielestä siinä se on se suurin

ML: Tavotteet on kohdallaan.

T: Niin, tavallaan on ne tavotteet siinä kohdallaan. Ja jos joku tavote on sen verran matalalla, tai ei oo keritty löytämään sitä, että se osais tehdä enemmän ja tämmösiä, niitä voi silläläilla miettiä. [...]

Asiakas motivoituu ja sitoutuu

Työntekijät toivat esiin käsityksiä, joiden mukaan asiakas motivoituu ja sitoutuu hoitoon ja kuntoutukseen paremmin silloin, kun toiminta on asiakaslähtöistä. Asiakas uskaltaa luottaa työntekijään, tämä voi näkyä esimerkiksi rehellisyyden lisääntymisenä koskien esimerkiksi alkoholin tai lääkkeiden käyttöä. Avoimuus lisääntyy ja asiakas uskaltaa antaa työntekijälle tai organisaatiolle palautetta. Haastatteluissa kuvattiin myös käsityksiä siitä, että asiakkaiden tyytyväisyys lisääntyy. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys leviää "puskaradion" avulla, mikä saattaa aikaansaada yksikölle tietynlaisen maineen ja joko edesauttaa uusien asiakkaiden sinne hakeutumista tai ehkäistä sitä.

T: No siitä seuraa ensinnäkin se, että asiakkaat sitoutuu. Ne sitoutuu paremmin siihen, kun on itte saanu ne omat tavoitteet asetettua. Ja sitte siin' ei tuu sitä auktoriteettivastaisuutta, että toinen määrittää, ja toinen on objekti, millekää tehdään. Elikä nää on hirveen paljon. Ja sitt' vielä tulee myös se luottamus, että ku siinä epäonnistutaan, niin pystytään sanomaan ja tuumitaan, mitään ei tarvi työntekijältä peittää. [...]

Työtä tehdään yhdessä

Asiakaslähtöisellä toiminnalla ja työskentelytavalla oli käsitysten perusteella vaikutusta myös työntekijöihin. Vaikka toisaalta asiakaslähtöisen työskentelyn koettiin vievän paljon aikaa, se myös helpotti työtä. Työtä tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakaslähtöinen työskentelytapa edesauttaa työntekijän omaa jaksamista ja vähentää stressiä. Haastateltavat totesivat käsityksensä asiakkaan

kohtaamisen olevan helpompaa, koska sai olla tavallinen ihminen, ei jalustalle nostettu "oraakkeli" tai "pyhä päihdehoitaja".

T: No en mä tiedä, siis en mä uskalla sitä sanoa, että hoitotulokset ois parempia, mutta oma stressi, siis se oma jaksaminen on parempaa, rajautuu paremmin se, ett' mikä on oikeesti mun vastuulla ja mun mahdollisuuksien rajoissa. Ei ota potilaan vastuuta itselleen. Se elää omaa elämänsä. Minä en voi hänen elämänsä elää. Minä en voi olla asiantuntija hänen arjessaan. [...]

Työntekijä saa myös itse

Työntekijät kertoivat käsityksiin myös siitä, että asiakaslähtöisesti työskennellessä myös työntekijä voi kokea saavansa yhteistyösuhteesta jotain itselleen. Työntekijät kuvasivat omaa jaksamistaan tukevan ja työtänsä motivoivan, kun näkee asiakkaissa tapahtuvan pieniä muutoksia. Asiakkaita kuvattiin mainioiksi persoonallisuuksiksi, herkiksi ja ihaniksi ihmisiksi.

T: [...] he on herkkiä ihmisiä, ne on hyväsydämiä ihmisiä, niitten kans on aivan ihana keskustella, ja ne tykkää keskustelusta, ja ehkä saadaan asiakkaalta niin paljon sitä semmosta hyvää, ett' varmasti se on siis monelle semmonen, millä jaksaa, että... Ja tulee semmonen hyvä terapiasuhde ja hyvä työntekijä-asiakassuhde asiakkaisiin, niin kyllä siitä työntekijäki saa paljon itteensä. [...]

Vastentahtoisuus

Työntekijähaastatteluissa kysyin haastatelluilta heidän käsitystään siitä, mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys vastentahtoisessa hoidossa. Työntekijät työskentelivät erilaisissa organisaatioissa ja yksiköissä eikä vastentahtoisuudella tarkoitettu pelkästään mielenterveyslain (1990/1116) mukaista tahdonvastaista psykiatrista hoitoa. Vastentahtoisuus saattoi yksiköstä riippuen tarkoittaa esimerkiksi ajokikyseurantaa, työpaikan hoitoonohjausta päihdeongelman vuoksi, erilaisia sopimuksia ja sitoumuksia (vapaaehtoista pakkoa), joita hoito- ja kuntoutusyksiköissä asiakkaiden kanssa tehtiin. Asiakaslähtöisyyden toteutumista kuvaa kaksi alakategoriaa.

Harvoin omia tavoitteita

Yhtäältä työntekijät esittivät käsityksiään siitä, ettei vastentahtoisessa tai pakottavassa hoidossa juurikaan voi asiakaslähtöisyys toteutua. Tämä käsitys liittyy

näkemykseen asiakaslähtöisyydestä tavoitteiden asettamisena (ks. alaluku 7.2.3 ja kuvauskategoria Asiakas on päähenkilö). Vastentahtoisessa hoidossa ihmisellä harvoin on omia tavoitteita, joita hoidossa tai kuntoutuksessa voitaisiin lähteä toteuttamaan.

T: Nyt ei mulle tuu yhtäkkiä mitään mieleen, mitä siitä vois olla... En tiä. Se on hyvin harva ensinnäkin noista [asiakasryhmä ML], jotka kokee itsellään olevansa ylipäättään mitään ongelmaan, tai mihkä haluaa apua. Ett' toki siinä vaiheessa jos niin kun saa siitä jonku herätyksen, [...] että pitää tulla tänne, niin toki se siinä vaiheessa muuttuu asiakaslähtöseks, että kun asiakas haluaa itte sitä puolta. Mutt' ett' kyllä toi [toimintatapa ML], niin kyllä se on semmonen pakkopulla, se on niin asiakkaalle kun työntekijöillekin, että se on nyt tehtävä, mikä on määrätty, ja ei siinä pysty hirveesti asiakkaalta kysymään, miten sä haluaisit, että tätä, tai toki tietysti voi kysyä, mutt' että harvoin sieltä mitään vastausta tulee, että...

Rajojen sisällä kokemus kuulluksi tulemisesta

Toisaalta esiin tuli käsityksiä siitä, että asiakaslähtöinen toiminta voi toteutua myös vastentahtoisessa hoito- ja kuntoutussuhteessa. Tällöin keskeistä on pyrkimys yhteiseen ymmärrykseen asiakkaan ja henkilökunnan välillä neuvotellen, selittäen ja keskustellen. Mahdollisten rajoitusten sisällä tulisi mahdollistaa asiakkaan mielipiteiden huomioiminen ja kokemus kuulluksi tulemisesta. Tärkeänä nähtiin se, ettei päätöksiä ja ratkaisuja tehdä asiakkaan selän takana. Asiakkaan tulisi saada olla läsnä tilanteessa, vaikkei hän voisikaan esimerkiksi psykiatrisessa tahdonvastaisessa hoidossa vaikuttaa tehtäviin ratkaisuihin. Harvoin vastentahtoisuus tai pakko kuitenkaan käsittää kaikki hoito- tai kuntoutussuhteen osa-alueet. Pääsääntöisesti asiakkaalle on mahdollisuus myös tehdä valintoja ja päätöksiä. Ellei kysymys ole mielenterveyslain mukaisesta tahdonvastaisesta hoidosta, on asiakkaalla viime kädessä oikeus lähteä yhteistyösuhteesta. Asiakaslähtöisyys käsitettiin asenteeksi ja tavaksi tehdä työtä (vrt. 7.2.3 Aito kohtaaminen).

T: [...] mun näkemyksen mukaan tilanteessa, missä on vähän kyse eriävistä mielipiteistä, niin voidaan kuitenkin rakentavalla tavalla tuoda ne asiat, että asiakas on koko ajan siinä läsnä ja kuulee ne asiat, jollonka minusta se on jo sitä asiakaslähtöisyyttä. Että sitä asiaa ei kerro jossaki muualla nurkan takana. Vaikka hän on eri mieltä, vaikka hän kokee, että häntä kohdellaan tässä väärin, niin minusta se on se, että hän on koko

ajan siinä kontaktissa, hänelle koko ajan selitetään tää asia, ymmärsipä hän sen tai ei. Mä miellän sen näin. Että sitten jos tilanteet ja päätökset tehtäisiin suljettujen ovien sisällä muualla ilman, että potilas on siinä läsnä, niin silloin musta ei oo asiakaslähtöisyyttä. Mutta se että näinhän ei koskaan ole, että aina oltaisiin samaa mieltä. Ja kuten sanoin, että aina meillä on kaikki hoito vapaaehtoista, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että meiltä voi oikeestaan öiseenkin aikaan lähteä pihalle. Toki silloin allekirjoitetaan, että on omalla vastuulla lähtenyt täältä pois, mutta sitten käytännössä on tätä kuntouttavaa pakkoa, jota sillälaililla käytetään, elikä kun hoitoon tullaan, niin hoitontulovaiheessa jo selitetään, että täällä sitoudutaan erilaisiin ryhmiin, joissa hoidollisin perustein pitää, tai on syytä käydä. [...]

7.3 YHTENVETO TUTKIMUKSEN KESKEISISTÄ TULOKSISTA

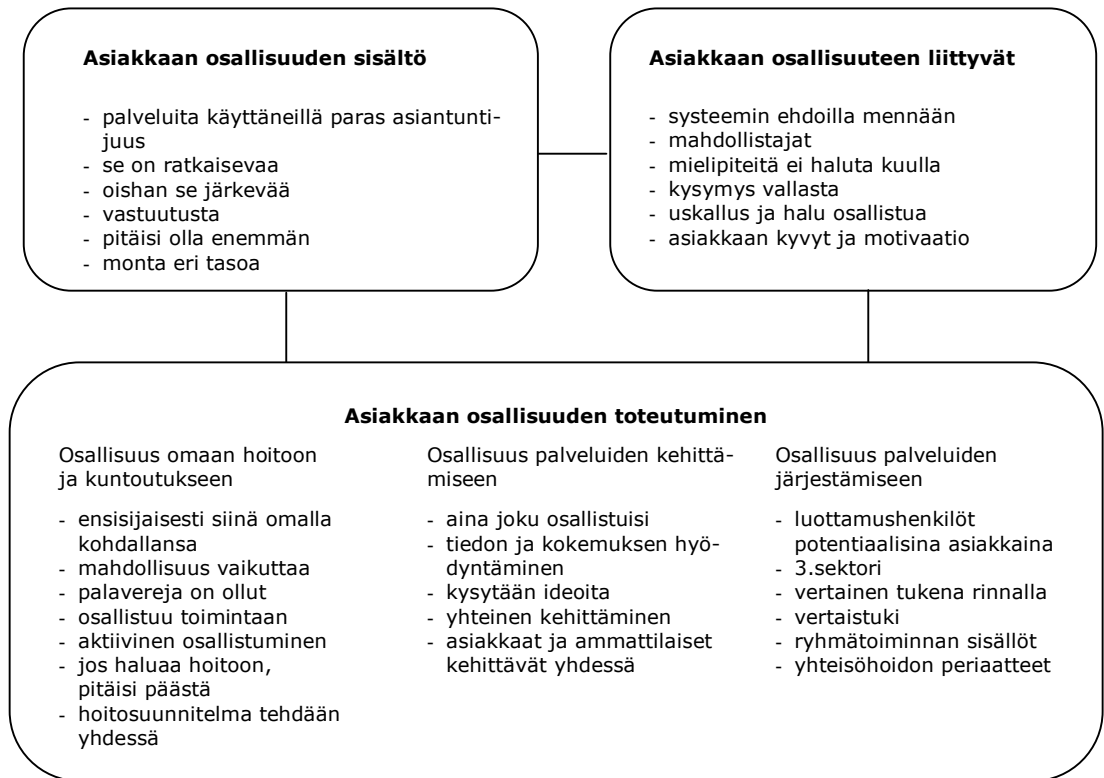
Esitän tässä luvussa tutkimuksen tuloksista yhteenvedon, joka Ahosen (1996) mukaan muodostaa tutkijan oman selitysmallin tutkittavalle ilmiölle. Tästä tutkimustulosten yhteenvedosta on käytetty kirjallisuudessa erilaisia käsitteitä, kuten ylemmän tason (Ahonen 1996) ja ylätason (Kokko 2004) kategoriat, integroidut kategoriat (Hautala-Jylhä 2007), kuvauskategoriat (Valkonen 2006), kuvauskehikko (Salonen 2007) ja kuvausmalli (Koskinen 2009). Käytän itse käsitettä kuvausmalli. Olen yhdistänyt analyysin tuloksena aikaansaamani alakategoriat ja kuvauskategoriat (luvut 7.1 ja 7.2) ylätason kategorioiksi, jotka muodostavat tämän tutkimuksen tuloksiin pohjautuvan kuvausmallin asiakkaan osallisuudesta (kuvio 20) ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä (kuvio 21). Asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluissa tuli esiin yhteneviä käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä sekä niiden käytännön toteutumisesta. Käsityksissä oli myös eroja, jotka on syytä nostaa esiin.

Yhteenvedossa olen pyrkinyt kuvaamaan sekä käsitysten merkitysulottuvuutta (mikä) että niiden rakenneulottuvuutta (miten). Mikä-näkökulma viittaa niihin erilaisiin sisältöihin, joita käsitteet asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys saavat tämän tutkimuksen tuloksissa. Miten-näkökulma tarkoittaa tässä tutkimuksessa käsityksiä siitä, miten asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys toteutuvat mielenterveys- ja päihdetyössä. Se kuvaa siis yhtäältä sitä, miten tällainen toiminta voidaan erottaa jostain toisenlaisesta, esimerkiksi asiantuntijalähtöisestä

toiminnasta (ulkoinen horisontti). Toisaalta se kuvaa osallisuuden ja asiakasläh-
töisen toiminnan elementtejä ja niiden suhdetta toisiinsa (sisäinen horisontti).

7.3.1 Asiakkaan osallisuus ja sen toteutuminen

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan *asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihde-
työssä tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyödyntämistä, huomioimista ja
hyödyntämistä* (kuvio 20). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä
voitiin nähdä joko ratkaisevan tärkeänä tai järkevänä ja suotavana toimintata-
pana. Se voi tarkoittaa myös sitä, että asiakas saa itselleen mielekkäänä koke-
maansa palvelua, tietää ja antaa luvan asioidensa käsittelyyn sekä kantaa osal-
taan vastuun omasta hoidostaan. Vaikka asiakkaiden osallisuus koettiin tärkeä-
nä ja tarkoituksenmukaisen toiminnan edellytyksenä, sen käytännön toteutu-
minen oli puutteellista.



Kuvio 20. Asiakkaiden ja työntekijöiden käsitykset asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä

Osallisuus voi toteutua monella eri tasolla. Tähän tutkimukseen osallistuneiden palveluiden käyttäjien ja työntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaiden osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä toteutui kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen; 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen; sekä 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen.

Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen oli asiakkaiden käsitysten mukaan ensisijaista, vasta sen toteutuessa ja omien voimavarojen salliessa voi osallisuus toteutua laajemmin. Osallisuus ei kuitenkaan ollut itseisarvo, vaan sen tuli edistää asiakkaan hyvinvointia ja kuntoutumista. Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen voi toteutua kahdella eri tavalla. Ensimmäistä tapaa luonnehti vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuus, mahdollisuus osallistua erilaisiin palavereihin ja hoidon suunnitteluun sekä yksikössä tarjolla olevaan toimintaan. Jälkimmäistä osallisuuden toteutumisen tapaa kuvasi aktiivinen osallistuminen. Asiakas käyttää olemassa olevia mahdollisuuksia ja osallistuu hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Osallisuus palveluiden kehittämiseen saattoi toteutua hyödyntämällä asiakkailla olevaa kokemustietoa esimerkiksi kyselyiden ja keskustelufoorumien kautta. Toisaalta osallisuus mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen voi tarkoittaa myös asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiskehittämistä, kuten yhteisiä kehittämisprojekteja ja -päiviä. Palveluiden käyttäjät voisivat myös toimia asiantuntijoina sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Asiakkaiden käsitysten perusteella palveluiden käyttäjien keskuudesta löytyisi aina niitä, jotka olisivat halukkaita lähtemään mukaan kehittämistyöhön. Osallisuutta voitaisiin lisätä ottamalla mukaan kehittämistyöhön 3. sektorin toimijoita ja eritoten potilasjärjestöjä.

Osallisuus palveluiden järjestämiseen toteutui monin eri tavoin. Eritoten työntekijäaineistossa osallisuus näyttäytyi moniulotteisena. Edustuksellisen demokratian kautta asiakkaat olivat mukana niin kuntalaisina, kansalaisina ja äänes-täjinä kuin myös luottamushenkilöinä. Osallisuus voi toteutua myös järjestöjen toiminnan kautta, vertaistuen eri muodoissa, yhteishoidon periaatteissa sekä ryhmätoimintojen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tämän tutkimuksen tuloksena ei syntynyt lineaarista tai hierarkkista asiakkaan osallisuuden mallia. Osaltaan tutkimuksen lähestymistapa selittänee sitä, että tuloksena oli kolme laadullisesti erilaista käsitystä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Taulukossa 9 olen Peckiiä ja kumppaneita (2002) mukailten tarkastellut tämän tutkimuksen luomaa kuvaa asiakkaan osallisuuden saamien sisältöjen ja niiden toteutumisen suhteesta. Osallisuuden sisältö, jossa korostuvat asiakkaan oma sitoutuminen, vastuunotto omasta hoidostaan ja työntekijöiden valtuutus toimintaan, liittyy vain osallisuuden toteutumiseen

asiakkaan omassa hoidossa ja kuntoutuksessa. Asiakkaan sitoutuminen ja vastuu voivat sisältyä niin aktiiviseen osallisuuteen kuin osallistumisen mahdollisuuteenkin. Palveluiden järjestämisen tasolla vertaistuen eri muodot, yhteishoidon periaatteet sekä ryhmätoimintojen suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen voivat pitää sisällään sekä käsityksen osallisuudesta ratkaisevan tärkeänä että suotavana asiana. Haastatteluissa tätä kuvattiin muun muassa siten, että yhteisön oikeudet ja velvollisuudet saattoivat vaihdella eri yksiköissä. Joissain yksiköissä yhteisökokous oli päätösvaltaa käyttävä elin, toisissa sen rooli oli lähinnä keskustella ja lausua mielipiteitä, mutta päätökset tehtiin muualla.

Taulukko 9. Asiakkaan osallisuutta ja sen toteutumista kuvaavien käsitysten suhde tämän tutkimuksen tulosten perusteella (mukaillen Peck ym. 2002)

Käsitykset asiakkaan osallisuuden toteutumisesta	Käsitykset asiakkaan osallisuuden sisällöstä		
	toiminnan ratkaiseva edellytys	tärkeää, suotavaa	sitoutumista, vastuuta
omassa hoidossa ja kuntoutuksessa	aktiivinen osallistuminen	osallistumisen mahdollisuus	aktiivinen osallisuus/ osallistumisen mahdollisuus
palveluiden kehittämisessä	yhteiskehittäminen	kokemustiedon hyödyntämien	
palveluiden järjestämisessä	edustuksellinen demokratia, järjestötoiminta, vertaistuki, yhteisöhoito, ryhmätoiminnot	vertaistuki, yhteisöhoito, ryhmätoiminnot	

Asiakkaiden osallisuuden mahdollisuuksiin ja käytännön toteutumiseen liittyivät monet seikat. Osa niistä liittyi yhteiskuntaan, lainsäädäntöön sekä mielenterveys- ja päihdetyön organisaatioiden toimintaan. Asiakkailta ei aina ollut selkeää käsitystä siitä, mihin säännöt ja toimintakäytännöt perustuivat tai mikä oli niiden merkitys. Tiedon saantiin, sen ymmärrettävyyteen ja riittävyteen liittyvät haasteet tulivat esiin useissa asiakashaastatteluissa. Esimerkiksi käsityksissä, jotka liittyivät osallisuuteen omaan hoitoon ja kuntoutukseen, kuvattiin sitä, kuinka erilaisia palaveria oli ollut, mutta niiden tavoitteet ja merkitys ei ollut selvillä. Kaikki asiakkaat eivät tieneet, onko heillä hoito- tai kuntoutussuunnitelma tai eivät tieneet suunnitellun hoitoajan pituutta. Muutoksia hoitoaikaan tai lääketykseen saatettiin asiakkaiden käsitysten mukaan tehdä heidän tietämättään.

Toimintaa säätelevät lainsäädäntö, erilaiset säännöt ja toimintatavat. Lainsäädännön tasolla oli tapahtunut työntekijöiden käsitysten mukaan positiivisia muutoksia, joiden ansiosta itsemääräämisoikeuden rajoittaminen oli psykiatriassa sairaalahoidossa vähentynyt. Asiakkaan osallisuuden toteutumisen mahdollisuuksiin vaikuttivat myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin kohdistuvat asenteet ja ennakkoluulot sekä työntekijöiden koulutus ja käytettävissä olevat resurssit. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden käsityksissä nousi esiin kysymys vallasta: asiakkaan osallisuus merkitsisi vallan uudelleen jakoa, asiantuntijavalasta luopumista ja toiminnan asettamista alttiiksi arvioinnille ja palautteelle.

Kolmas merkittävä tekijä liittyi asiakkaisiin, heidän omiin kykyihinsä ja motivaatioonsa olla osallisina. Kaikki asiakkaat eivät halunneet osallistua. Osa asiakkaista luotti asiantuntijoihin ja heidän tekemiinsä päätöksiin. Työntekijöiden käsitysten mukaan osa asiakkaista ei halunnut ottaa vastuuta, vaan mieluummin siirsi sen työntekijöille. Osallisuuteen ja osallistumiseen vaikuttivat mielenterveys- ja päihdekysymyksiin liittyvä stigma, asiakkaan arkuus, psyykkinen ja fyysinen vointi, lääkitys sekä kuntoutumisen vaihe.

7.3.2 Asiakaslähtöisyys ja sen toteutuminen

Tähän tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ja työntekijöiden käsitysten mukaan *asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan* (kuvio 21). Esiin tuli myös asiakkaiden kriittisiä käsityksiä siitä, ettei asiakaslähtöisyys kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai että se oli pelkkää retoriikkaa. Näiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisyys oli kaupallinen termi, joka ei sovi mielenterveys- ja päihdetyöhön. Asiakas tarvitsee hoitoa, järjestettiin se miten tahansa. Asiakkaiden käsityksissä tuli myös ilmi epäluottamusta asiakaslähtöisyyden retoriikkaa kohtaan. Oli olemassa rakenteita sitä varten, mutta käytännössä esimerkiksi päätöksiä tehtiin ilman asiakasta.

Jos asiakaslähtöisyys ymmärrettiin laajasti tapana tehdä työtä, siihen liittyi asiakkaiden yksilöllinen ja kokonaisvaltainen huomioiminen, välittäminen ja työn tekeminen omalla persoonalla. Jos taas asiakaslähtöisyys liittyi tapaan määrittää esimerkiksi hoitosuhteen tai kuntoutuksen tavoitteet, asiakkaan rooli saattoi vaihdella. Asiakas voi olla aktiivisesti hakemassa apua ja tukea, jolloin työskentely lähti liikkeelle hänen tavoitteistaan ja tarpeistaan. Työskentelyn oli mahdollista myös painottua yhdessä pohtimiseen ja neuvotteluun. Asiakkaan rooli voi olla myös passiivisempi, jolloin hän oli mukana ja hänen mielipiteitään kuultiin mahdollisuuksien mukaan.

Asiakaslähtöisyyden sisältö

- aito kohtaaminen
- yksilöllisyys
- kokonaisvaltaisuus
- välittäminen
- työtä tehdään persoonalla
- asiakas on päähenkilö
- asiakas palveluiden keskiössä
- lähdetään asiakkaan tavoitteista
- yhdessä pohtimista
- palvelut vastaavat asiakkaan tarpeisiin
- asiakas on mukana
- kaupallinen termi
- paremmin muoto kuin sisältö
- vastentahtoisuus

Asiakaslähtöisen toiminnan merkitys

- realistiset tavoitteet
- asiakas motivoituu ja sitoutuu
- työtä tehdään yhdessä
- työntekijä saa myös itse

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen

Organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta

- resurssit
- hierarkiat ja säännöt
- johdon merkitys
- työyhteisön pelisäännöt
- oma suunnitelma, jota lähdin toteuttamaan
- ei jaksa vieraille ruveta selittämään
- ei jätetä tyhjän päälle
- siellä oli tämmösiä luentoja
- siellä olis kaikenlaista toimintaa
- semmosta empatiaa ja hengenheimolaisuutta
- joskus tarvitaan tiukat raamit

Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde

- ristiriitojen käsittely
- syvempää keskustelua
- sai sanoa suoraan
- ammatillinen kaveruus
- pidetään enemmän ihmisenä
- joustavuus
- ei isketä samaan muottiin
- syventy siihen henkilöön ja kokonaiskuvaan
- ammattilaiset luovat mahdollisuudet
- annetaan vastuuta
- asiakkaan kyvyt ja motivaatio

Asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen

- olis sellanen oikein osaava
- koulutus ja työn-ohjaus
- asenne näkyy joko sanassa, eleessä
- oma historia ja asenne
- tapa tehdä työtä
- ne puhu omista asioistaakin

Kuvio 21. Asiakkaiden ja työntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä

Vastentahtoisuudella tarkoitettiin tässä tutkimuksessa hoito- tai kuntoutusorganisaatioissa sellaista toimintaa tai suhdetta, johon asiakas ei ollut omaehtoisesti hakeutunut. Lisäksi se piti sisällään erilaiset velvoittavat sopimukset ja sitoumukset, joita organisaatioissa tehtiin asiakkaiden kanssa. Työntekijät kuvasivat kaksi erilaista käsitystä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta vastentahtoisessa hoidossa. Ensimmäisen käsityksen mukaan asiakaslähtöisyys harvoin toteutui vastentahtoisessa hoidossa, koska asiakkaalla ei useinkaan ollut omia

tavoitteita, joita kohti voitaisiin pyrkiä. Toisen käsityksen mukaan asiakasläh- töistä toimintaa pystyi toteuttamaan myös vastentahtoisessa hoidossa ja sen mahdollisten rajoitusten sisällä. Asiakkaan kanssa neuvoteltiin, mielipiteitä huomioitiin, häntä kuultiin ja asiakas oli tietoinen tehdyistä päätöksistä ja rat- kaisuista. Käsitykset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta vastentahtoisessa hoi- dossa tai kuntoutuksessa liittyvät käsityksiin siitä, mikä oli asiakaslähtöisyyden sisältö.

Asiakaslähtöisyys toteutui tutkimukseen osallistuneiden käsitysten mukaan kolmella eri tasolla. *Organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta* tarkoitti sitä, että sekä rakenteet että toiminnan sisältö olivat asiakaslähtöisiä. Työntekijöiden haastatteluissa korostuivat organisaatioiden säännöt, resurssit sekä esimiesten ja työyhteisöjen tuki asiakaslähtöisen toiminnan mahdollistajina. Asiakasaineis- tossa organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta näyttäytyi toiminnan sisältöi- hin liittyvinä seikkoina, kuten mielekkäänä toimintana, riittävänä ja ymmärret- tävänä tiedonsaantia, joustavuutena sekä mahdollisuutena vertaistukeen. Orga- nisaatiotasolla joustavuus käsitettiin mahdollisuudeksi varhaiseen tukeen, riit- tävän pitkiin hoitosuhteisiin ja valinnanmahdollisuuksiin. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden käsitykset olivat yhteneväisiä vertaistuen merkityksestä. Käsi- tykset siitä, pitäisikö tai voisiko työntekijöillä olla omakohtaista kokemusta mie- lenterveys- ja päihdeongelmista, jakautuivat puolesta ja vastaan molemmissa ryhmissä. Asiakkaat arvostivat työntekijöiden pysyvyyttä ja jatkohoidon suun- nitelmallisuutta. Asiakaslähdistä toimintaa oli myös perusteltu rajoittaminen, turvallisten rajojen asettaminen silloin, kun niitä tarvittiin, sekä sinnikäs moti- vointi.

Toinen asiakaslähtöisyyden toteutumisen taso oli *asiakaslähtöinen yhteis- työsuhde*. Sitä luonnehtivat aito asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus, tasa-arvoisuus, yksilöllisyys ja ihmisarvon kunnioittaminen sekä asiakkaan koh- telu aikuisena ihmisenä. Yhteistyö oli joustavaa ja kokonaisvaltaista. Kokonais- valtaisuus tarkoitti sitä, ettei huomiota kiinnitetty vain psyykkiseen vointiin tai päihdeongelmaan, vaan huomioitiin myös perhe ja muu sosiaalinen verkosto, fyysinen terveydentila ja taloudelliset asiat. Suhteen turvallisuus ja luottamus mahdollistivat myös vaikeiden asioiden ja ristiriitojen käsittelyn. Vastavuoroi- sessa ja voimavaralähtöisessä yhteistyösuhteessa työntekijät loivat mahdolli- suuksia, motivoivat ja tukivat, mutta ratkaisevan tärkeitä olivat asiakkaan omat voimavarat, vastuu ja motivaatio sekä kyky asettaa omia tavoitteita.

Kolmas taso oli *asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen*. Asiakaslähtoi- syyden taustalla olivat työntekijöiden omat asenteet mielenterveys- ja päihde- ongelmia ja asiakkaita kohtaan. Työskentelytapa oli sitoutunutta, asiakkaasta

oltiin aidosti kiinnostuneita ja oman työn tavoitteena oli pyrkimys asiakkaan hyvään. Asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen kuvauksissa asiakkaat korostivat käsityksiään työntekijän osaamisesta, asennoitumisesta ja ihmisenä olemisesta. Työntekijän toivottiin olevan myös lähimmäinen ja ystävä, joka ”ei aina puhu vain asiaa” tai kertoo asiakkaalle myös henkilökohtaisista asioistaan. Asiakkaiden käsityksissä tuli esiin se, että he arvostivat osaamista ja ammattitaitoa. Työntekijöiden mielestä koulutuksella ja työnohjauksella tuettiin asiakaslähtöistä työskentelyä.

Tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisellä työtavalla oli positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle. Työskentelyn tavoitteet voitiin asettaa realistisiksi, mikä edesauttoi niiden saavuttamista. Asiakaslähtöisen työskentelyn ansiosta asiakkaiden motivaatio ja sitoutuminen sekä asiakastyytyväisyys paranivat. Asiakas ja työntekijä työskentelivät yhdessä kohti asetettuja tavoitteita. Tämä vaikutti positiivisesti työntekijöiden jaksamiseen ja työmotivaatioon sekä tuki asiakkaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa.

8 Pohdinta

8.1 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELUA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuksessa tarkastelin sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjien että työntekijöiden käsityksiä kiinnostuksen kohteena olevista ilmiöistä. En siis kuvaa asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä sinänsä (ensimmäisen asteen näkökulma), vaan fenomenografisen lähestymistavan mukaisesti toisen asteen näkökulmasta eli kuvaan ihmisten erilaisia tapoja kokea, käsittää ja käsitteellistää ilmiöt (Martton 1981; Häkkinen 1996). Tässä luvussa tarkastelen tutkimustuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon, fenomenografisessa lähestymistavassa tästä käytetään myös nimitystä kategorioiden syventävä teoreettinen luonnehdinta (Kokko 2004). Olen jäsentänyt pohdinnan tutkimuskysymysten mukaisesti. Lisäksi olen halunnut nostaa erikseen tarkasteluun kolme tämän tutkimuksen tulosten perusteella keskeistä teemaa. Nämä ovat asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys vastentahtoisessa hoidossa, riittävä tiedonsaanti sekä asiakkaan osallisuus suhteessa mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmään.

8.1.1 Asiakkaan osallisuus

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä määriteltiin palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Asiakkaiden osallisuuden sisällöstä oli kolmenlaisia, laadullisesti erilaisia käsityksiä. Ensinnäkin palveluiden käyttäjien osallisuus voitiin käsittää *ratkaisevan tärkeänä ja toiminnan ehdottomana edellytyksenä*. Asiakkailla kuvattiin olevan paras asiantuntijuus koskien palveluiden sisältöä, oli kyseessä sitten henkilön oman hoidon suunnittelu tai laajemmin vaikkapa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen. Tämä tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joiden mukaan palveluiden käyttäjillä olevaa kokemusperäistä tietoa tulisi käyttää laajemmin palveluiden kehittämiseen ja niiden laadunvarmistukseen (Robert ym. 2003; Lammers & Happell 2004; Weinstein 2006). Kirjallisuudessa tämän kaltainen näkemys osallisuudesta on määritelty kumppanuutena (Hostick 1998;

Julkunen & Heikkilä 2007), yhteistyönä (Truman & Raine 2001) ja osallistumisena (Warren 2008).

Toisaalta asiakkaan osallisuus voitiin käsittää *suotavana ja järkevänä toimintatapana*. Asiakkaiden mielipiteet olisi hyvä ottaa huomioon, mutta välttämättömäksi sitä ei kuvattu. Nämä tulokset vastaavat aikaisemmin kirjallisuudessa esitettyä kuvauksia asiakkaiden osallisuudesta informaation antamisena (Hostick 1998; Julkunen & Heikkilä 2007; Bryant ym. 2008; Warren 2008) ja konsultaationa (Hickey & Kipping 1998; Hostick 1998; Poulton 1999; Truman & Raine 2001; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Julkunen & Heikkilä 2007; Warren 2008). Clarkin ja tutkijakollegoiden (2008) jaottelun mukaan kyseessä olisi rajallinen osallisuus tai lisääntyvä osallisuus. Rajallisessa osallisuudessa palveluiden käyttäjien konsultointi ja heidän mielipiteidensä kysyminen on satunnaista ja yksittäisen henkilön kohdalla hoito- ja palvelusuunnitelmien laadintaan osallistuminen ei ole säännönmukaista. Erona lisääntyvä osallisuus -kuvauksessa on se, että palveluiden käyttäjien konsultointi on säännöllistä ja valtaosa asiakkaista osallistuu omien suunnitelmiansa laadintaan. (Clark ym. 2008.)

Kolmantena sisältönä kuvattiin osallisuutta *hoito- ja kuntoutussuhteen sisältönä*. Tällöin keskeistä on asiakkaan mahdollisuus hänelle mielekkääseen hoitoon ja palveluun, johon asiakas pystyy myös sitoutumaan. Fischerin ja kollegoiden (2008) tutkimus huumehoidon kontekstissa antaa viitteitä siitä, että hoidon onnistuminen on todennäköisempää, jos asiakkaat pystyvät vaikuttamaan hoitomuodon valintaan. Kuulluksi tulemisella ja osallisuudella voidaan lisätä hoitoon sitoutumista, tyytyväisyyttä hoitoon ja sen tuloksellisuutta (Anthony & Crawford 2000; Ehrling 2009). Tulosten perusteella asiakkaan osallisuuteen kuuluu hoito- ja kuntoutussuhteessa myös se, että asiakas tietää asioidensa käsittelystä ja antaa siihen luvan. Hänen edellytetään ottavan omalta osaltaan vastuun hoidostaan. Asiakkaalla on oikeus olla mukana itseä koskevassa päätöksenteossa (Heikkilä & Julkunen 2003) ja olla aktiivinen toimija omassa hoidossaan (Koivisto ym. 2007). Kokko (2004) toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaan osallisuutta itseään koskevaan päätöksentekoon korostetaan hyvän mielenterveytyön ja terveydenhuollon kriteerinä.

8.1.2 Asiakkaan osallisuuden toteutuminen

Tähän tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ja työntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaan osallisuus voi toteutua monella eri tavalla, mutta toteutuminen on mielenterveys- ja päihdetyössä kuitenkin riittämätöntä. Tämä tulos siis vastaa aikaisemmin kirjallisuudessa esitettyjä arviota asiakkaan osallisuuden

käytännön toteutumisesta (Anthony & Crawford 2000; Lammers & Happell 2004; Soffe ym. 2004; Connor & Wilson 2006; Rantanen & Toikko 2006).

Tutkimuksessa kuvattiin kolme erilaista osallisuuden toteutumistapaa: 1) osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen; 2) osallisuus palveluiden kehittämiseen; sekä 3) osallisuus palveluiden järjestämiseen. Tämä tulos vastaa Clarkin ja kumppaneiden (2008) jaottelua, jossa palveluiden käyttäjien osallisuus nähdään keskeisenä yksilötasolla eli omassa hoidossa, hoitoympäristöjen kehittämisessä sekä palveluiden hallinnoinnissa ja päätöksenteossa. Samansuuntainen on myös Trumanin ja Rainen (2002) näkemys siitä, että asiakkaan osallisuus toteutuu käytännössä yksilön oman hoidon järjestämisessä, erilaisten kampanjoiden kautta, palveluiden suunnittelussa, järjestämisessä ja hallinnoinnissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostettu, että palveluiden käyttäjien osallisuuden tulisi olla muutakin kuin osallisuutta oman hoidon suunnitteluun (Connor & Wilson 2006). Erityisen tärkeänä nähdään osallisuus palveluiden suunnitteluun, toteutukseen, johtamiseen ja hallintointiin (Koponen ym. 2002; Lammers & Happell 2003; Toikko 2006; Fischer & Neale 2008).

Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen

Asiakkaiden käsitysten perusteella voi todeta osallisuuden omaan hoitoon ja kuntoutukseen olevan ensisijaista. Osallisuuden tulee tukea omaa toipumista ja hyvinvointia. Sekä asiakkaat että työntekijät olivat sitä mieltä, että asiakkaan vointi, voimavarat ja motivaatio vaikuttavat osallistumisen toteutumiseen. Myös Goodwin ja Happell (2006) toteavat tutkimuksessaan, että pelkästään palautteen antaminen palveluista voi olla vaikeaa silloin kun energia kuluu omaan toipumiseen. Linhorst ja Eckert (2003) esittävät, että voimaantuminen ja sitä kautta osallistuminen edellyttävät, että asiakkaan oireilu on hallinnassa ja että hänellä on riittävät päätöksentekotaidot ja -kyvyt.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin kaksi erilaista käsitystä, joilla osallisuuden kuvattiin omassa hoidossa ja kuntoutuksessa toteutuvan. Ensimmäisessä tavassa tyypillistä on vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuus, mahdollisuus osallistua erilaisiin palavereihin ja hoidon suunnitteluun sekä yksikössä tarjolla olevaan toimintaan. Jälkimmäistä osallisuuden toteutumisen tapaa luonnehtii palvelun käyttäjän aktiivinen osallistuminen. Hän osallistuu hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon ja käyttää tarjolla olevia mahdollisuuksia.

Samoin Anthonyn ja Crawfordin (2000) tutkimuksessa tuli esiin kahdenlaisia tapoja kuvata asiakkaan osallisuus hoidon suunnittelussa. Yhtäältä siihen liittyi asiakkaan omistajuus eli se, että kyseessä on nimenomaisesti hänen suunnitel-

mansa. Toisaalta kuvattiin osallisuutta mielipiteiden ja näkemysten arvostamisena. Myös Eldhin ja yhteistyökumppaneiden (2006) tutkimuksessa todettiin, että asiakkaiden näkemykset osallistumisesta vaihtelivat omassa hoidossaan päätöksentekoon osallistumisesta mielipiteiden kertomiseen. Anthony ja Crawford (2000) huomauttavat, että palveluiden käyttäjien osallisuus hoidon suunnitteluun edellyttää, että suunnittelu perustuu asiakkaiden ilmaisemiin tarpeisiin sekä mielipiteiden arvostamiseen ja huomioonottamiseen. Hoidon suunnittelussa keskeistä on riittävä tiedonsaanti, mikä mahdollistaa asiakkaalle realististen valintojen tekemisen.

Tutkimuksessa tuli esiin sekä asiakkaiden että työntekijöiden käsityksiä siitä, mikä oli asiakkaan todellinen mahdollisuus tulla kuulluksi erilaisissa palaverissa, yhteistyö- ja verkostokokouksissa. Asiakkaat kuvasivat palavereja olleen, mutta niiden vaikutuksen jääneen merkityksettömäksi tai epäselväksi. Työntekijät totesivat, että siihen, kuinka hyvin asiakkaan ääni tuli kuulluksi, olivat vaikuttamassa esimerkiksi hänen sosiaaliset taitonsa, koulutuksensa ja ammatinsa. Osa totesi, että asiantuntijat päätyvät helposti keskustelemaan keskenään ja asiakas jää neuvottelussaan sivurooliin. Taanila tutkimusryhmineen (2006) kuvaa asiantuntijakeskeistä yhteistyötä asiantuntijoiden välisinä neuvotteluina, tapaamisina ja konsultaatioina. Asiantuntijaverkostot perustetaan asiakkaan tarpeiden vuoksi ja niiden tavoitteena on asiantuntijoiden toimesta ratkaista asiakkaan ongelmat. Vuokila-Oikkonen (2002) tutki psykiatrisia yhteistyöneuvotteluja. Hän totesi, että neuvottelut ovat yhteistoiminnallista, jos kertomuksen kohde on yhteinen ja kaikkien osallistujien kertomukset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Asiantuntijalähtöisessä yhteistyöneuvottelussa asiantuntijat määrittävät kertomusten sisällön ja sen, mitä kertomuksia otetaan neuvottelutilanteeseen mukaan. Neuvottelussa asiantuntijat käyttävät asiakkaalle vierasta ammattisanastoa ja pääpaino on tietojen keruussa. Asiakas läheisineen on tiedonantajan roolissa. (Vuokila-Oikkonen 2002.)

Osallisuus palveluiden kehittämiseen

Myös osallisuus kehittämiseen kuvattiin käsityksissä kahdella eri tavalla. Yhtäältä asiakkailla olevaa kokemustietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi kyselyiden ja keskustelufoorumien kautta. Diamond kumppaneineen (2003) toteaa, että palveluiden käyttäjien mielipiteiden kysymisen ja mielipiteiden tulisi johtaa myös toimintaan ja muutoksiin. Kirjoittajat kuitenkin huomauttavat, ettei kaikkia kehittämis- ja muutosehdotuksia voida toteuttaa. Tällöin tulisi kiinnittää huomiota tehtyjen ratkaisujen perustelemiseen, jottei esimerkiksi kyselyihin vastanneille jää sellaista kuvaa, että vastaukset olivat merkityksettömiä. (Dia-

mond ym. 2003.) Almond (2001) pitää epäeettisenä sitä, että palveluiden käyttäjien oletetaan osallistuvan kyselyihin ja haastatteluihin, mutta sen jälkeen niiden tulokset eivät johda toimintaan.

Toisaalta voidaan puhua myös asiakkaiden ja työntekijöiden yhteisestä kehittämisestä, joka konkreettisesti voi tarkoittaa esimerkiksi yhteisiä kehittämisprojekteja ja -päiviä. Laajimmillaan yhteinen kehittäminen voisi siis olla Rantanen ja Toikon (2006) kuvaamaa kansalaislähtöistä kehittämistä, jossa korostetaan kansalaisten osallisuutta kehittämistoiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Toikko (2009b) käyttää myös käsitettä toimijalähtöinen kehittäminen puhuessaan erityisesti palvelujärjestelmän kehittämisprosesseista, joissa pyritään mahdollistamaan virallisten ja epävirallisten organisaatioiden, ammattilaisten ja palveluiden käyttäjien osallistuminen.

Tässä tutkimuksessa asiakkaat suhtautuivat varovaisen positiivisesti siihen, että halukkuutta palveluiden käyttäjien keskuudesta löytyisi kehittämistyöhön osallistumiseen. Heidän käsitystensä mukaan osallisuutta voitaisiin lisätä ottamalla mukaan kehittämistyöhön 3. sektorin toimijoita ja eritoten potilasjärjestöjä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuvattu palveluiden tuottajien ja työntekijöiden esittämiä huolia siitä, edustavatko potilasjärjestöihin kuuluvat ”aktiivit” ja heidän mielipiteensä keskivertoasiakkaan mielipidettä (Rutter ym. 2004; Crawford ym. 2003; Robert ym. 2003). Crawford ja Rutter (2004) tutkivat potilasneuvostoon (patient council) kuuluvien ja satunnaisesti valittujen potilaiden näkemysten eroja. He totesivat, että pääosin mielipiteet olivat hyvin yhteneväisiä. Tärkeämpää olisi miettiä keinoja osallistaa myös passiivisempia asiakkaita kuin pohtia, ovatko aktiivisesti osallistuvien palveluiden käyttäjien mielipiteet edustavia. (Crawford & Rutter 2004.)

Osallisuus palveluiden järjestämiseen

Osallisuus palveluiden järjestämiseen voi tämän tutkimuksen tulosten perusteella toteutua monin eri tavoin. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät ovat myös kansalaisia ja kuntalaisia. Edustuksellisen demokratian avulla heidän on mahdollista vaikuttaa palveluiden järjestämiseen äänestäjinä ja luottamushenkilöinä. Osallisuusselonteossa (Valtioneuvoston selonteko...2002) todetaan, että kunnan luottamushenkilöiden ja eri väestöryhmien kuten vammaisneuvostojen välinen vuoropuhelu on demokratialle merkityksellistä. Samoin esitetään, että palveluiden käyttäjien valitseminen kunnallisiin toimielimiin on kunnissa hyvin vähän käytetty mahdollisuus ylläpitää palveluiden käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamisedellytyksiä. Tritter ja McCallum (2006) suhtautuvat pessimistisesti palveluiden käyttäjien osallisuuteen edustuksellisen demokratian

kautta. Jotta osallisuus voisi toteutua, tarvittaisiin luottamushenkilöiden ja kriittisen massan sitoutumista ja kiinnostusta.

Muita osallisuuden toteutumisen tapoja tämän tutkimuksen tuloksissa olivat järjestöjen toimintaan osallistuminen, vertaistuki, yhteisöhoito sekä ryhmätöimintojen suunnittelu ja toteutus. Asiakkaat kuvasivat monia mahdollisuuksia hyödyntää omaa kokemustaan esimerkiksi vertaisryhmissä, tukihenkilöinä tai erilaisissa sähköisen median muodoissa. Tämä ei tue Juhilan (2006) esittämää uhkakuvaa siitä, että vapaaehtoistoimintaan osallistuisivat vain aktiiviset ja monitaitoiset ihmiset. Toisaalta tuloksissa voi nähdä hänen kuvaamiaan uusia vapaaehtoistoiminnan muotoja kuten virtuaalivapaaehtoisuuden. Vertaistuen merkitystä on tuotu esiin aikaisemmissa tutkimuksissa. Vertainen voi tukea ja ymmärtää asiakasta oman kokemuksensa kautta (Lammers & Happell 2003) sekä tukea ja antaa neuvoja koskien palvelujärjestelmää ja erilaisia hoitomuotoja (Lester ym. 2006). Työtekijät voivat edesauttaa vertaisryhmien käynnistymistä ja toimintaa luomalla mahdollisuuksia. Myös ulkopuolisen silmissä haitallisissa vertaisyhteisöissä voi olla vastavuoroisuutta, sosiaalista pääomaa ja huolenpitoa. (Juhila 2006.)

Lesterin ja kollegoiden (2006) tutkimuksessa palveluiden käyttäjät toivat voimakkaasti esiin palkkatyön merkitystä keinona lisätä osallisuutta sekä vähentää syrjäytymistä ja köyhyyttä. Palkkatyöllä tarkoitettiin nimenomaisesti työtä palvelujärjestelmän sisällä esimerkiksi hoito- ja palveluketjujen laadinnassa tai palveluohjauksessa. Vastaavaa ei tullut esille omassa tutkimuksessani, jossa kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen liitettiin perinteisemmin vapaaehtoistyöhön (kuten tukihenkilötoiminta) tai järjestötoimintaan (esimerkiksi vertaisryhmät). Osaltaan tulosten erilaisuus kertonee suomalaisen ja brittiläisen osallisuusperinteen erilaisuudesta.

Asiakkaan osallisuuteen liittyviä haasteita

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat siis aikaisemmin kirjallisuudessa esitettyjä näkemyksiä siitä, että asiakkaan osallisuuden käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita. Tulosten perusteella palveluiden käyttäjien osallisuuden toteutumisen mahdollisuuksiin mielenterveys- ja päihdetyössä liittyvät monet seikat. Osa niistä on yhteydessä *yhteiskuntaan, lainsäädäntöön sekä mielenterveys- ja päihdetyön organisaatioiden toimintaan*. Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostettu lainsäädännön (Anthony & Crawford 2000; Julkunen & Heikkilä 2007), linjausten ja erilaisten ohjelmien (Poulton 1999) sekä päätöksentekorakenteiden ja organisaatiokulttuurin (Linhorst & Eckert 2003) merkitystä osallisuuden mahdollisuuksien luojana. Fischer ja Neale (2008) toteavat kuitenkin myös sen

tosiseikan, ettei kaikkiin palveluiden käyttäjien esittämiin tarpeisiin voida koskaan vastata. Lakeja ja säännöksiä tulee noudattaa, ja palveluiden käyttäjien näkemysten lisäksi on otettava huomioon myös muita asioita ja muiden ryhmien mielipiteitä. (Fischer & Neale 2008.) Tässä tutkimuksessa tuli esiin asiakkaiden käsityksiä siitä, etteivät he aina tienneet, mihin erilaiset säännöt ja ratkaisut perustuivat. Osallisuutta tukee myös se, ettei palveluiden käyttäjille luoda epärealistisia odotuksia osallisuudesta ja vaikutusmahdollisuuksista, vaan tuodaan totuudenmukaisesti esiin esimerkiksi päätöksentekorakenteiden ja rahoituksen asettavat rajoitukset (Hickey & Kipping 1998).

Vähäinen henkilökuntamäärä ja kiire voivat estää osallisuuden toteutumista (Crawford ym. 2003; Diamond ym. 2003; Fischer & Neale 2008; Goodwin & Happell 2008; Patterson 2008). Curtis ja Harrison (2001; myös Hickey & Kipping 1998) ovat todenneet, että työntekijöiden tulee itse olla voimaantuneita pystyäkseen tukemaan asiakkaidensa voimaantumista. Organisaation sitoutumisen (Hickey & Kipping 1998; Anthony & Crawford 2000) ja jatkuvan tuen (Truman & Raine 2002; Linhorst & Eckert 2003) avulla voidaan tukea työntekijöiden sitoutumista asiakkaita osallistavaan työtapaan.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin se, että tarvitaan taloudellisia resursseja ja asianmukaisia tiloja asiakkaiden osallisuuden ja omaehtoisen toiminnan mahdollistamiseksi. Myös aikaisemmassa kirjallisuudessa (Diamond ym. 2003; Rutter ym. 2004; Dalrymple & Burke 2006; Stickley 2006; Fischer & Neale 2008) on todettu, että riittävät taloudelliset resurssit ovat edellytys osallisuudelle. Riittävän rahoituksen on nähty olevan ehto muun muassa palveluiden käyttäjien työllistymiselle ja sille, että vertaistoimijat ja kokemusasiiantuntijat voisivat saada palkkion työstään (Rutter ym. 2004; Lester ym. 2006; Stickley 2006).

Asiakkaat toivat esiin käsityksiään siitä, ettei mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttäneiden mielipiteitä aina haluta kuulla ja ottaa huomioon. He kertoivat myös, että mielenterveys- ja päihdekysymyksiin ja -asiakkaisiin liittyy edelleen paljon *ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita*. Osa työntekijöistä näki, että asenteet asiakkaiden osallisuutta kohtaan ovat muuttuneet positiivisempaan suuntaan muun muassa yhteiskunnan ja lainsäädännön muutosten sekä työntekijöiden koulutuksen ansiosta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on lähes poikkeuksetta tuotu esiin asenteiden merkitys osallisuuden toteutumiselle. Negatiivisia asenteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan on niin yhteiskunnan (Hickey & Kipping 1998), palvelujärjestelmän (Lammers & Happell 2003) kuin työntekijöidenkin (Crawford ym. 2003; Eldh ym. 2006; Lester ym. 2006; Fischer & Neale 2008; Patterson 2008) tasolla. Osa työntekijöiden asenteista voi liittyä paternalismiin, perinteisiin käsityksiin työntekijän ja asiakkaan roolista sekä käsityksiin

asiakkaan kyvystä tehdä päätöksiä (Hickey & Kipping 1998; Anthony & Crawford 2000; Bryant ym. 2008). Palvelun käyttäjien osallisuuden toteutumista voidaan tukea niin henkilökunnan koulutuksella (Crawford ym. 2003; Fischer & Neale 2008) kuin antamalla asiakkaille tietoa erilaista osallistumisen mahdollisuuksista (Dalrymple & Burke 2006; Thompson 2007; Bryant ym. 2008).

Kolmas merkittävä palveluiden käyttäjien osallisuuteen mielenterveys- ja päihdetyössä vaikuttava tekijä liittyy *itse asiakkaisiin, heidän omiin kykyihinsä ja motivaatioonsa olla osallisina*. Sekä asiakkaat että työntekijät toivat esiin käsityksiä siitä, etteivät kaikki asiakkaat halua tai kykene olla osallisia. Osaltaan syynä voivat olla psyykkinen ja fyysinen vointi, lääkitys tai se, ettei kuntoutuminen ole vielä edennyt riittävän pitkälle. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että psyykkinen vointi, päätöksentekokyky (Hickey & Kipping 1998; Anthony & Crawford 2000; Goodwin & Happell 2008) ja yleisemmin toimintakyky (Lammers & Happell 2003; Thompson 2007) vaikuttavat asiakkaiden osallisuuteen.

Kuten jo aikaisemmin todettiin, muun muassa asiakkaan koulutus, ammatti ja sosiaaliset taidot vaikuttavat siihen, kuinka hyvin hän saa äänensä kuuluviin ja tulee kuulluksi. Lisäksi työntekijähaastatteluissa tuli esiin se, että osallistumista edistää, jos asiakas osaa käyttää ammattilaisten kieltä. Kaikilla palveluiden käyttäjillä ei ole kykyä ja taitoja osallistua (Bryant ym. 2008; Hallamaa 2008) ja osalta puuttuu luottamus omiin kykyihin (Lammers & Happell 2003).

Erityisesti työntekijöiden haastatteluissa kuvattiin myös käsityksiä siitä, että osa asiakkaista ei halua ottaa vastuuta, vaan pyrkii vetäytymään ja karttamaan sitä jättäen vastuun työntekijöille. Myös Anthony ja Crawford (2000) toteavat, että osallisuuden esteenä voivat olla asiakkaiden motivaation puute ja haluttomuus. Bryantin ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa osa huumehoidon asiakkaista ei kokenut tarvetta osallistua laajemmin yhteisön toimintaan, vaan halusi keskittyä omaan hoitoonsa. Myös kiinnostuksen puute ja yleinen apatia (Thompsonin 2007) sekä passiivisuus (Eldh ym. 2006) voivat vaikuttaa osallisuuteen. Tässä tutkimuksessa osa asiakkaista ei nähnyt asiakkaiden osallisuutta tärkeänä, vaan luotti työntekijöihin ja heidän toimintaansa. Samoin ovat todenneet myös Fischer tutkijaryhmineen (2007), Fischer ja Neale (2008) sekä Nordgren ja Frilund (2001) omissa tutkimuksissaan. Vuokila-Oikkonen (2002) tuo esille, että osa asiakkaista ei kaipaa perusteluja hoidossaan tehtäville ratkaisuille, vaan suostumus perustuu luottamukseen asiantuntija-auktoriteettiin ja hänen tietoonsa.

Ristaniemen (2005) tutkimuksessa tuli esiin haastateltujen psykiatristen potilaiden ristiriitainen suhtautuminen hoitohenkilökunnan päätöksentekoon heidän puolestaan. He hyväksyivät asiantuntijalähtöisyyden esimerkiksi silloin, kun eivät kyenneet itse yhteistyöhön sairauden oireiden vuoksi, mutta tällöinkin edellyttivät, että sillä tulisi olla potilaan antama oikeutus. Myös Kokon (2004) tutkimuksessa asiakkaat kuvasivat haluavansa vaikuttaa hoitoonsa joko osallistumalla itse päätöksentekoon tai jättämällä sen työntekijöille. Tämä liittyy myös oikeuteen olla hoidossa ja luovuttaa vastuuta omasta elämästään muille (Lehto 2004a).

Eräissä tutkimuksissa (Lammers & Happell 2003; 2004) palveluiden käyttäjät ovat olleet sitä mieltä, että osallistumisen tulee olla yksilöllinen valinta. Potilaan kannalta on olennaista se, miten hän ymmärtää, jaksaa ja haluaa kantaa vastuunsa terveyden edistämiseksi ja hoidossa (Linqvist 2004). Vastuullisuus edellyttää, että henkilöllä on tarpeellinen tieto valintojensa tueksi tai ainakin mahdollisuus saada tuota tietoa (Hallamaa 2004). Pietilä tutkijakollegoineen (2009) toteaa, että yksilön mahdollisuuksiin tehdä terveyttään koskevia valintoja vaikuttavat hänen tiedolliset ja muut voimavaransa, elinolosuhteet ja ympäristön antamat mahdollisuudet. Työntekijät voivat omalla toiminnallaan luoda mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyden taustatekijöitä. Jotta erilaiset asiakkaat, erilaisissa elämäntilanteissa ja eriasteisesti valmiina ottamaan vastuuta voisivat osallistua, tarvitaan joustavia ja innovatiivisia osallisuuden muotoja (Truman & Raine 2002; Rutter ym. 2004; Tritter & McCallum 2006; Campbell ym. 2007).

8.1.3 Asiakslähtöisyys

Tämän tutkimuksen tulokseksi saatiin kolme erilaista käsitystä asiakslähtöisyyden sisällöstä. Asiakslähtöisyys voi tarkoittaa *laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti sitä tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan*. Esiin tuli myös käsityksiä siitä, *ettei asiakslähtöisyys kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai että se on pelkkää retoriikkaa*.

Näistä viimeksi mainittu käsitys voi liittyä siihen, että asiakslähtöisyydestä on tullut itseisarvo, vaikka sen käytännön toteutumista ei ole määritelty (Ala-Kauhaluoma 2000). Asiakas- ja potilaslähtöisyydestä on runsaasti teoria- ja tutkimustietoa, mutta vähemmän on tutkittu sitä, miten se käytännössä toteutuu. O'Donovan (2007) toteaa tutkimuksessaan, että vaikka potilaslähtöinen malli oli otettu käyttöön yksiköissä, se ei välttämättä tarkoittanut sitä, että hoitajat olisivat toimineet potilaslähtöisesti. Samoin tässä tutkimuksessa asiakkaat kertoivat käsityksiään siitä, kuinka periaatteessa oli asiakslähtöisiä toimintatapoja ja rakenteita (esimerkiksi palaverieja), mutta käytännössä toiminta ei aina toteutu-

nut asiakaslähtöisesti. Toisaalta voidaan myös tarkastella asiakaslähtöisyyttä suhteessa konsumerismiin. Stickley (2006) on todennut, että Isossa-Britanniassa managerialistiset mallit edellyttävät palveluiden käyttäjien mukaan ottoa ja heidän mielipiteidensä huomioon ottamista. Hän kuitenkin kyseenalaistaa sen, tapahtuuko asiakkaiden todellista voimaantumista vai uusiinnetaanko tällä olemassa olevia valtarakenteita. Omassa tutkimuksessani jotkut asiakkaat toteusivat asiakaslähtöisyyden olevan kaupallinen termi, joka ei sovi mielenterveys- tai päihdetyöhön eikä eritoten sairaalaympäristöön. Asiakas tarvitsee hoitoa ja eikä hänellä juuri ole valinnanvaraa sen toteuttamispaikan tai -tavan suhteen.

Kun asiakaslähtöisyys määriteltiin laajasti tapana tehdä työtä, siihen liittyivät käsitykset asiakkaiden yksilöllisestä ja kokonaisvaltaisesta huomioimisesta ja välittämisestä. Työntekijät kuvasivat käsityksiään siitä, kuinka työtä tehdään omalla persoonalla. Kun asiakaslähtöisyys liitettiin tapaan määrittää esimerkiksi hoitosuhteen tai kuntoutuksen tavoitteet, asiakkaan rooli voi vaihdella. Yhtäältä asiakas käsitetään aktiivisesti apua hakevaksi toimijaksi, jonka tavoitteista ja tarpeista työskentely lähtee liikkeelle. Toisaalta työskentely saattaa painottua asiakkaan ja työntekijän yhteiseen pohtimiseen ja neuvotteluun. Kolmanneksi asiakkaan rooli voi olla edellistä passiivisempi, jolloin hänellä on mahdollisuus olla mukana ja hänen mielipiteitään kuullaan mahdollisuuksien mukaan.

Michie yhteistyökumppaneineen (2003) on tarkastellut asiakaslähtöisyyttä somaattista pitkäaikaissairautta sairastavien henkilöiden hoidossa. Tuossa tutkimuksessa kirjoittajat muodostivat kirjallisuuden avulla kaksi potilaslähtöisyyden tyyppiä. Ensimmäistä tyyppiä kuvaa asiakkaan mielipiteiden ja näkökulman tunnistaminen sekä niihin vastaaminen hoitokontaktin aikana. Toiseen tyyppiin liittyy laajemmin asiakkaan aktivoiminen sairautensa hoidossa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa. "Aktivaatio-mallilla" todetaan olevan positiivisia vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen, pystyvyyden tunteeseen, asiakkaan rohkeuteen ja kykyyn asettaa omia tavoitteita ja myös saavuttaa ne. (Michie ym. 2003.) Myös Juhila (2006) toteaa, että asiakaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa joko sitä, että lähdetään liikkeelle asiakkaan tarpeista ja tilanteista, tai asiakkaan osallisuuden ja oman asiantuntijuuden kunnioittamista. Jos näitä tyypittelyjä verrataan tämän tutkimuksen tuloksiin, asiakaslähtöisyys tapana tehdä työtä vastaa "aktivaatio-tyyppiä" (Michie ym. 2003) sekä asiakkaan osallisuuden ja asiantuntijuuden kunnioittamista (Juhila 2006). Vastaavasti asiakaslähtöisyys tapana asettaa työskentelyn tavoitteet on lähellä "potilaan näkemys -tyyppiä" (Michie ym. 2003) sekä asiakkaan tarpeista ja tilanteesta liikkeelle lähtemistä (Juhila 2006).

Asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen, tavoitteiden asettaminen asiakkaan omista lähtökohdista käsin ja asiakkaan oma osallisuus toistuvat asiakaslähtöisyyden kuvauksissa. Muun muassa Sidani kollegoineen (2006) toteaa, että asiakaslähtöisyys edellyttää potilaan ainutlaatuisuuden ymmärtämistä, aktiivista osallistamista päätöksentekoon ja hoidon yksilöllisyyttä. Ristaniemi (2005) taas määrittelee asiakaslähtöisyyden psykiatrisessa laitostuntoutuksessa prosessina, joka sisältää kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen, yhteistoiminnan ja jatkuvan arvioinnin. Asiakaslähtöisyys on kuntoutujan osallisuutta päätöksentekoon, hänen asettamiensa tavoitteiden huomioimista ja niihin vastaamista moniammatillista osaamista hyödyntäen (Ristaniemi 2005). Lehto (2004a) toteaa, että kuntoutuksen tulee perustua kuntoutujan omiin päämääriin ja tavoitteisiin ollakseen tuloksellista. Robinson ja tutkimusryhmä (2008) näkevät potilaskeskeisellä toiminnalla olevan kaksi tavoitetta: potilaan osallisuuden edistäminen sekä hänen hoitonsa yksilöllisyys.

Hansenin ja kollegoiden (2002) tutkimuksessa kävi ilmi, että psykiatrisessa hoidossa työntekijöiden ja asiakkaiden näkemykset hoidontarpeesta, tavoitteista ja päämääristä eroavat joiltain osin. Mielenkiintoista on se, että työntekijät arvostavat hoidon päämääränä asiakkaan toipumista, kun taas asiakkaat korostavat hyvinvointitunnetta, itsenäisen elämisen mahdollisuutta ja leimautumisen vähenemistä. Kirjoittajat toteavatkin, että edelleen tulee kehittää menetelmiä, joiden avulla voitaisiin paremmin ymmärtää, kunnioittaa ja luottaa asiakkaiden omiin näkemyksiin hoidon tarpeista ja päämääristä. Myös Tuohimäki (2007) pohtii tutkimuksessaan, jäävätkö potilaille kaikkein merkittävimmät ongelmat liian vähäiselle huomiolle, jos hoito perustuu lääkäreiden arvomaailmaan ja heidän näkemyksiinsä siitä, mikä on tavoittelemisen arvoista.

Asiakkaan omaa osallisuutta, aktiivisuutta ja toimijuutta korostaa esimerkiksi liberalistinen hoitokäytäntö (Leino-Kilpi 2009; Sirviö 2010), jossa painotetaan asiakkaan omien voimavarojen tukemista, oikeutta tiedonsaantiin ja harkintaan sekä asiakkaan vastuuta omasta toiminnastaan. Asiantuntijan ja asiakkaan välisen suhteen tulisi yhä enemmän olla yhteistyösuhde, jonka tavoitteena on asiakkaan omahoidon tukeminen (Routasalo ym. 2009).

8.1.4 Asiakaslähtöisyyden toteutuminen

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä voi toteutua kolmella eri tasolla: organisaatioiden toiminnassa, asiakkaan ja työntekijän välisessä yhteistyösuhdessa ja yksittäisen työntekijän kohdalla.

Organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta

Organisaatioiden rakenteilla ja esimiestyöskentelyllä sekä hyvinvoivan työyhteisön avulla voidaan tukea asiakaslähtöistä toimintaa. Muun muassa riittävät henkilöstöresurssit edesauttavat siinä, että yksittäiselle asiakkaalle jää vaikkapa vastaanottotyössä enemmän aikaa. Toisaalta useamman henkilön työyhteisö mahdollistaisi myös sen, että asiakas voisi halutessaan vaihtaa työntekijää, jos yhteistyö ei syystä tai toisesta suju. Eritoten sairaalaorganisaatiota kuvattiin tässä tutkimuksessa työntekijöiden käsityksissä hierarkkiseksi ja joustamattomaksi.

McCormack ja McCance (2006) toteavat, että hoitoympäristöllä on suurin merkitys ihmiskeskeisen hoitotyön toteutumiselle. Heidän mukaansa ympäristön tulisi olla riittävän moniammatillinen sekä mahdollistaa yhteinen päätöksenteko, henkilökunnan toimivat suhteet sekä vastuun ja vallan jakaminen. Tukea-antava organisaatio mahdollistaa myös innovatiivisuuden ja riskinoton. (McCormack 2003a; McCormack & McCance 2006.) Samaa mieltä on Taanila kollegoineen (2006) todetessaan, että muutos toimintatavoissa edellyttää paitsi työntekijöiden työskentelyä muutoksen suuntaan myös hallinnon ja organisaatorakenteen joustavuutta, jotta muutos olisi mahdollinen. He huomauttavat, että työtapojen muutokset ovat hitaita, mutta niitä voidaan helpottaa intensiivisillä, prosessinomaisilla koulutuksilla. Kokkola ja tutkimusryhmä (2002) tuovat esiin sen, että asiakaslähtöisen työn edellytyksenä on työntekijälähtöinen ja inhimillinen johtaminen.

Asiakkaat toivat esiin tarpeen mielekkääseen toimintaan ja riittävään tiedonsaantiin niin sairaudestaan kuin erilaisista hoitomuodoistakin. Esimerkiksi Goodwin ja Happell (2006) toteavat, että oman sairauden ymmärtäminen helpottaa hoidon suunnitteluun osallistumista. Bokhourin ja tutkijakollegoiden (2009) tutkimuksessa epilepsiaa sairastavien potilaiden kohdalla esiin nousivat muun muassa tarve saada selkeää tietoa sairaudesta ja lääkityksestä. Tarve kehittää asiakkaiden tiedonsaantia on tullut esiin myös suomalaisissa tutkimuksissa (Hotti 2004; Syrjäpalo 2006; Tuohimäki 2007; Kuosmanen 2009; Hätönen 2010).

Organisaation ja sen toiminnan joustavuus tarkoitti asiakkaiden käsitysten perusteella myös mahdollisuutta riittävän varhaiseen tukeen, riittävän pitkiin hoitoaikoihin ja erilaisten vaihtoehtojen olemassaoloa. Mielenkiintoista oli, että osa asiakkaista kuvasi kokevansa syyllisyyttä ”tarpeettomasta” palveluiden käytöstä. Joustavuus liittyy siis jo aiemmin mainittuihin asiakkaan omien tavoitteiden ja päätöksenteon korostamiseen (esim. Ristaniemi 2005; Sidani ym. 2006; Juhila 2006). Meierin ja tutkijaryhmän (2005) tutkimuksessa tuli esiin, että

mielenterveyspalvelut ovat ”yhden koon” -palveluita, jotka eivät välttämättä vastaa yksittäisen ihmisen tarpeisiin. Näkemykseen yhtyy myös O’Donovan (2007), jonka mukaan valinnan mahdollisuus on asiakaslähtöisyyden ehdoton osa, mutta käytännössä psykiatrisessa hoidossa potilailla on harvoin mahdollisuuksia valintojen tekemiseen. Makkosen (2006) mukaan päihdepalvelujärjestelmän näkökulmasta hoidon keskeyttäminen tai retkahdus tulkitaan usein motivoitumattomuudeksi tai haluttomuudeksi hoitoa kohtaan. Kuitenkin hänen mukaansa hoitoon pääsemisen turvaaminen kaikissa olosuhteissa on perusteltua ja asiakaslähtöistä.

Asiakkaiden käsityksissä tuli esiin myös vertaistuen merkitys kuntoutumisen tukena. Asiakaslähtöisesti toimivassa organisaatiossa on mahdollisuuksia myös vertaistukeen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämiseen. Tämä tulos on samansuuntainen Kokon (2004) tutkimustulosten kanssa. Tutkiessaan mielenterveystoimistojen asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä hän totesi, että mielenterveystoimiston asiakkaat arvostavat muun muassa mahdollisuutta vertaistukeen. Powellin ja Clarcken (2006) tutkimuksessa ihmiset arvostivat toisten kokemusten kuulemistä, koska se lisäsi toivon tunnetta, empatian kokemusta ja tunnetta siitä, ettei ole ongelmiansa kanssa yksin.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella asiakkaat arvostavat työntekijöiden pysyvyyttä ja jatkohoidon suunnitelmallisuutta. Eräs haastattelemani asiakas kertoi laskeneensa, että hän on eri tilanteissa kertonut oman tarinansa ja ongelmansa kahdellekymmenelle eri työntekijälle. Hoitavan henkilön vaihtuminen tarkoitti asiakkaiden käsitysten mukaan usein myös sitä, että työskentelysuhdetta ja luottamusta lähdettiin rakentamaan uudelleen alusta. Myös sekä Hautala-Jylhän (2007) että Kokon (2004) tutkimuksissa on tullut esiin henkilökunnan pysyvyyden merkitys asiakkaille. Campbellin ja tutkimusryhmän (2007) tutkimuksessa asiakkaat arvostivat hoidon jatkuvuutta. Radwin kollegoineen (2009) ja Picker Institute (2004) taas korostavat jatkohoidon suunnitelmallisuutta sekä palveluiden koordinoinnin tärkeyttä osana asiakaslähtöisyyttä.

Osana organisaation asiakaslähtöisiä toimintatapoja oli asiakkaiden käsitysten mukaan myös perusteltu rajoittaminen, joka tarkoittaa turvallisten rajojen asettamista tarvittaessa. Lisäksi tarvitaan sinnikästä motivointia esimerkiksi ryhmätoimintoihin osallistumiseen silloin, kun asiakkaan omat voimavarat tai motivaatio eivät riitä. Rajoittaminen ja velvoittaminen koettiin kuitenkin itsemääräämisoikeutta loukkaavana, jollei sitä perusteltu tai jollei asiakas ymmärtänyt noita perusteluja. Myös Fischerin ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa kävi ilmi, että osa asiakkaista kokee strukturoidut ja tarkasti etukäteen määritellyt hoitomuodot hyvänä. Tuossa tutkimuksessa osa asiakkaista oli huumeiden

käytön vuoksi määrätty hoitoon. Tämä rangaistuksenomaisuus ei tulosten perusteella automaattisesti ollut esteenä hoitoon sitoutumiselle. Kuosmasen (2009; myös Keski-Valkama 2010) tutkimuksessa valtaosa psykiatrisista potilaista koki pakkotoimet negatiivisina. Jotkut potilaista ymmärsivät rajoitusten taustalla olevat syyt ja näkivät ne osana sairaalan sääntöjä tai tietyissä tilanteissa oikeutettuina.

Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde

Toinen asiakaslähtöisyyden toteutumisen taso, joka tuli esiin tässä tutkimuksessa, oli asiakaslähtöinen yhteistyösuhde. Yhteistyösuhteen perustana on asiakkaan ja työntekijän aito kohtaaminen ja vuorovaikutus. Suhteeseen liittyvät tasa-arvoisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, yksilöllisyys ja joustavuus. Myös Hobbs (2009) toteaa hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen eli terapeutin sitoutumisen olevan potilaslähtöisen hoidon keskeinen elementti. Se koostuu ajan antamisesta, tietojen keräämisestä, potilaan tuntemisesta ja luottamuksellisen suhteen rakentamisesta. Hörnbergin ja tutkimusryhmän (2004) tutkimuksessa asiakkaan ja hoitajan suhdetta kuvasivat turvallisuus, kumppanuus, asiakkaan selviytymisen vahvistaminen ja kehittymisen mahdollisuus. Myös Speersin (2008) ja Hätösen (2010) tutkimuksissa on tuotu esiin työntekijän ja asiakkaan välisen suhteen merkitystä. Ala-Kauhaluoma (2000) ja Mönkkönen (2007) kuvaavat asiakaslähtöisyyden toteutuvan asiakkaan ja työntekijän välisessä dialogisessa suhteessa. Goodwin ja Happell (2006) korostavat asiakkaan kunnioituksen merkitystä terapeutin suhteen syntymisessä. Meier yhteistyökumppaneineen (2005) esittävät, että terapeutisella suhteella on tärkeä rooli huumehoidon vaikuttavuudelle.

Asiakkaiden käsityksissä asiakaslähtöisestä yhteistyösuhteesta tulivat esiin sekä asiakkaiden välinen tasa-arvoinen kohtelu että yksilöllisyys ja joustavuus. Tätä samaa teemaa kuvaa Juhila (2006) todetessaan, että sosiaalityössä tarvitaan tasa-arvoisen, neutraalin ja eroja näkemättömän toimintakulttuurin rinnalle eroihin perustuvaa sosiaalityötä, jossa kunnioitetaan ihmisten moninaisuutta. Eroihin perustuvassa työtavassa on tärkeää, ettei ihmistä määritellä vain yhden ominaisuuden kautta esimerkiksi päihdeongelmaiseksi tai skitsofreenikoksi. Ihminen, niin asiakas kuin työntekijäkin, tuo yhteistyösuhteeseen oman moninaisuutensa, joten sen tiedostaminen on merkityksellistä. (Juhila 2006.)

Yhteistyösuhteen kokonaisvaltaisuus tarkoitti tässä tutkimuksessa sitä, että huomiota kiinnitettiin psyykkisen voiminnan, päihdeongelman tai lääkehoidon lisäksi myös sosiaalisiin suhteisiin, fyysiseen terveydentilaan ja taloudellisiin kysymyksiin. Tässä tutkimuksessa perheen ja läheisten huomioiminen tuli asi-

akkaiden käsityksissä esiin joko läheisten osallistumisena hoitoon tai tiedon antamisena heille asiakkaan voinnista ja hoidosta. Myös Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa potilaat arvostivat kokonaisvaltaista hoitoa. Tulokset ovat osittain samoja kuin Kokon (2004) tutkimuksessa, jonka mukaan hyvään mielenterveystyöhön voidaan liittää muun muassa käsitykset kokonaisvaltaisesta potilaan elämäntilanteen järjestämisestä, työntekijästä ihmisarvoa kunnioittavana henkilönä ja yksilöllisyyden huomioimisesta. Lisäksi yhteistyö perheen kanssa tuli esiin asiakkaiden käsityksissä hyvästä mielenterveystyöstä. (Kokko 2004.)

Asiakaslähtöistä yhteistyösuhdetta kuvasivat tässä tutkimuksessa myös käsitykset suhteen turvallisuudesta ja luottamuksellisuudesta, jotka mahdollistavat myös vaikeiden asioiden ja ristiriitojen käsittelyn. Asiakkaat kertoivat, kuinka heikoimmillaan suhde työntekijän kanssa oli vain kuulumisten vaihtoa tai reseptien uusimista. Työntekijät puolestaan pohtivat, että joskus asiakkailta saattoi olla epärealistisia mielipiteitä voinnistaan tai selviytymisestään. Tällöin työntekijän tehtävänä oli realisoida asiakasta ja tarvittaessa myös rajoittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Fischer ja kollegat (2008) toteavat, etteivät kaikki konfliktit ja ristiriidat ole negatiivisia hoitosuhteen kannalta. Tärkeää on kuitenkin se, kuinka ne saadaan käsiteltyä. Heidän tutkimuksessaan negatiiviset konfliktit liittyivät usein siihen, ettei asiakas ymmärtänyt ratkaisujen taustalla olevia perusteita. Toinen konfliktielementti aiheuttanut seikka liittyi asiakkaiden erilaiseen kohteluun, joka vastaa omassa tutkimuksessa esiin tullutta käsitystä asiakkaiden tasa-arvoisen kohtelun merkityksestä. Hautala-Jylhän (2007) tutkimuksessa hoitajan ja potilaan välistä suhdetta luonnehtivat läheisyys, luottamus ja turvallisuus. Luottamuksellisessa ja turvallisessa yhteistyösuhhteessa potilas voi ilmaista tunteitaan ja myös vaikeita asioita pystytään käsittelemään. Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhhteessa on piirteitä myös Mönkkösen (2001; 2007) kuvaamasta yhteistoiminnallisesta asiakassuhhteesta, jota luonnehtivat yhteinen päämäärä, luottamus ja vastavuoroisuus.

Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhhteessa työntekijät luovat mahdollisuuksia, motivoivat ja tukevat asiakasta hänen omassa hoidossaan ja kuntoutumisessaan. Monet asiakkaat toivat esiin käsityksiään siitä, että viime kädessä vastuu kuntoutumisesta ja hoitoon sitoutumisesta on kuitenkin asiakkaalla itsellään. Työntekijät puolestaan kuvasivat sitä, kuinka on tärkeää välttää liiallista asiakkaan puolesta tekemistä ja antaa mahdollisuus vastuuseen ja itsenäiseen päätöksentekoon. Tämä tulos vastaa Routasalon ja tutkijaryhmän (2009) kuvausta potilaslähtöisestä työskentelystä omahoidon tukemisena. Kirjoittajat toteavat, että omahoidon tukeminen edellyttää työntekijöiltä uudenlaista asennoitumista ja uusia työtapoja, joissa korostuu asiakkaan ja työntekijän välinen valmentaminen.

jasuhde. Valmentajasuhteessa asiakkaan toiveiden ja arkielämän ymmärtäminen edellyttävät aitoa kuulemistä ja autonomian kunnioittamista, ja myös sen hyväksymistä, että viime kädessä potilas päättää, noudattaako hän yhdessä sovittua hoitoratkaisua ja ottaako hän vastuun hoidon onnistumisesta. (Routasalo ym. 2009.) Latvalan (1998) mukaan potilaslähtöinen hoitotyö pitää sisällään potilaan kyvykkyyden tukemisen, jotta hän voisi muuttua riippuvaisesta, passiivisesta hoidon vastaanottajasta riippumattomaksi, vastuulliseksi osallistujaksi. Samoin Fischer ja Neale (2008) muistuttavat, että asiakkaan osallisuutta tukee oman vastuun tunnistaminen omasta toipumisestaan ja kuntoutumisestaan.

Asiakaslähtöisesti työskentelevä ammattilainen

Tutkimustulosten perusteella kolmas asiakaslähtöisyyden toteutumisen taso oli asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toiminta. Työntekijän työskentelytavan taustalla vaikuttavat hänen oma elämänsähistoriansa, kokemuksensa ja asenteensa mielenterveys- ja päihdekysymyksiä kohtaan. Työntekijöiden käsitysten perusteella erityisesti päihdeongelmien kohdalla jokainen työntekijä joutuu pohtimaan omaa suhdettaan päihteisiin ja sitä, onko kyseessä itse aiheutettu ongelma. Asiakkaat kuvasivat asenteiden näkyvän käytännössä esimerkiksi siinä, tuliko työntekijä ajoissa tapaamisiin ja kuinka hän puhui asiakkaalle tai kohteli tätä. Sekä työntekijöiden että asiakkaiden käsityksissä asiakaslähtöisen ammattilaisen työskentelytapaan liittyivät käsitykset aidosta kiinnostuksesta ja sitoutumisesta. Hautala-Jylhän (2007) tutkimuksessa eräs hoitajan ja potilaan välistä suhdetta kuvaava piirre oli läheisyys, joka tarkoittaa sitä, että hoitaja on kiinnostunut potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan sekä sitoutuu yhteiseen työskentelyyn.

Tässä tutkimuksessa asiakkaiden näkemyksissä tuli esiin myös työntekijä ihmisenä ja lähimmäisenä. Asiakkaat kuvasivat sitä, että työntekijä saattoi myös olla ystävä, koskettaa tai kertoa henkilökohtaisista asioistaan. Työntekijä voi nauraa yhdessä asiakkaan kanssa. Moyle (2003) on tutkinut hoitaja-potilassuhdetta. Hän toteaa, että hoitajilta odotetaan koulutuksensa perusteella automaattisesti kykyä luoda terapeutin suhde potilaaseen, mutta todellisuudessa se ei onnistu ilman asianmukaista tukea hoitajien työskentelylle. Tutkimukseen osallistuneet masennuspotilaat kokivat hoitajien työskentelytavan etäiseksi, oireisiin ja lääkehoitoon keskittyväksi sekä potilasta objektiivivaksi. Potilaat odottivat läheisempää suhdetta, jota taas perinteisesti on pidetty epäammattillisena. Tämä odotusten ja käytäntöjen ristiriita voi herättää hoitajissa hämmennystä ja vetäytymistä suhteesta. Olisi tärkeää löytää yhteisymmärrys

potilaiden odotusten ja ammatillisen toiminnan välillä, koska terapeutin hoitosuhde on merkittävä myös hoitajan työssäjaksamisen kannalta. (Moyle 2003.)

Jacksonin ja Stevensonin (2000) tutkimuksessa hoitotyön ydinkategoriaksi muodostettiin "knowing you, knowing me", millä tarkoitettiin, että hoitajan tulisi tunnistaa potilaan tarpeet ja mukauttaa oma käytöksensä niihin. Hoitaja voi tilanteesta riippuen olla potilaan ystävä, ystävällinen ammattilainen tai etäinen ammattilainen. Tiedon ja vallan jakautuminen, puhumisen tapa ja ajankäyttö ovat jokaisessa käyttäytymistavassa erilaisia. Tulosten perusteella hoitajat itse vaikuttavat suosivan ystävällisen ammattilaisen asemaa, josta on mahdollista siirtyä kahteen muuhun rooliin. (Jackson & Stevenson 2000.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaat arvostivat työntekijän osaamista. Työntekijät toivat esiin käsityksiä siitä, että koulutuksella ja työnohjauksella tuetaan asiakaslähtöistä työskentelyä. Myös Kokon (2004) ja Ristaniemen (2005) tutkimuksissa saatiin samanlaisia tuloksia. Kokon (2004) tutkimuksessa työntekijät kuvasivat, että henkilökohtaisen kehittymisen tukeminen, mahdollisuus jatkuvaan koulutukseen ja moniammatillinen työskentelytapa olivat hyvän mielenterveystyön edellytyksiä. McCormackin ja McCancen (2006) mukaan ihmislähtöisen työn edellytyksiä ovat hoitajien ammattitaito, vuorovaikutustaidot, työhön sitoutuminen ja itsetuntemus. Connorin ja Wilsonin (2006) tutkimuksen mukaan asiakkaat arvostivat kunnioittavaa kielenkäyttöä, asiakaslähtöisyyttä, työntekijöiden koulutusta, tiedonsaantia, autonomiaa ja vertaistukea.

Asiakaslähtöisen toiminnan merkitys

Tässä tutkimuksessa työntekijät kuvasivat myös käsityksiä siitä, millaisia vaikutuksia asiakaslähtöisellä toiminnalla oli mielenterveys- ja päihdetyössä. Yhteistyösuhteessa asiakaslähtöinen toimintatapa mahdollistaa tavoitteiden realistisuuden, mikä puolestaan edesauttaa niiden saavuttamista. Asiakkaiden sitoutuminen, motivaatio ja asiakastyytyväisyys paranevat. Asiakaslähtöinen työskentely tukee asiakkaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Työntekijöiden kannalta vastuun jakaminen ja yhdessä asiakkaan kanssa työskentely vaikuttavat positiivisesti työntekijöiden jaksamiseen ja työmotivaatioon. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia kuin Wolfen ja tutkijakollegojen (2008b) tutkimuksessa, jonka mukaan potilaslähtöinen työskentely lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja sen laatuun. Potilaan kanssa työskentely parantaa myös hoitajien tyytyväisyyttä työhönsä. Larivaara tutkimusryhmineen (2001) toteaa, että potilaslähtöinen lähestymistapa ja sitä kautta hoitosuhdetyöskentelyn tehostuminen on myös lääkärille tyydytystä tuottavaa.

Myös muut tutkijat ovat kuvanneet asiakaslähtöisyyden merkitystä asiakastyöntekijä -suhteelle ja asiakkaalle, vaikka asiakas- tai potilaslähtöisellä hoidolla ei ole kaikissa tutkimuksissa havaittu olevan vaikutusta esimerkiksi hoitotyytyväisyyteen tai potilaiden käsityksiin hoidon laadusta ja hoitajien toiminnasta (Wolf ym. 2008a). McCormack ja McCance (2006) esittävät, että ihmiskeskeisen hoitotyön tuloksena asiakkaan tyytyväisyys ja sitoutuminen hoitoon parantuvat, koettu hyvinvointi lisääntyy ja hoitoympäristön toiminta on terapeuttista. Yksilöllinen, potilaslähtöinen hoito voi vaikuttaa positiivisesti potilaan uskallukseen ilmaista itseään rehellisesti, optimismiin, hyvinvoinnin kokemukseen ja luottamukseen henkilökuntaa kohtaan (Radwin ym. 2009). Yksilöllinen hoito on yhteydessä korkeampaan potilastyytyväisyyteen, koettuun autonomiaan ja terveyslähtöiseen elämänlaatuun (Suhonen ym. 2009). Asiakaslähtöinen toiminta voi parantaa asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja vähentää koettujen oireiden määrää (Little ym. 2001). Sen avulla voidaan parantaa hoidon tuloksellisuutta (Michie ym. 2003), hoitoon sitoutumista ja yleensä hoidon laatua sekä sitä kautta myös vähentää terveydenhuollon kustannuksia (Robinson ym. 2008; Suhonen ym. 2002).

Tutkimuksissa on korostettu asiakaslähtöisen hoidon merkitystä asiakkaan osallisuudelle ja voimaantumisen. Latvala (1998) toteaa potilaslähtöisen hoitotyön tuloksena olevan positiivinen, potilaan tavoitteiden mukainen muutos potilaan jokapäiväisessä elämässä, mikä mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana. Routasalo ja tutkijakollegat (2009) kuvaavat onnistuneen omahoidon voimaannuttavan potilasta ja parantavan hänen kykyään selviytyä pitkäaikaissairaudesta kanssa. Potilaskeskeinen hoito tukee potilaan ja hänen läheistensä omia resursseja, potilaan autonomiaa ja kykyä vastuullisen roolin ottamiseen koskien omaa terveyttään ja sairauttaan (Lari-vaara ym. 2001).

8.1.5 Vastentahtoisuus

Asiakashaastattelussa palveluiden käyttäjät esittivät myös käsityksiään mielen-terveys- ja päihdetyössä esiintyvistä pakottamisesta, rajoittamisesta sekä erilaisista säännöistä ja määräyksistä. Ne tulivat esiin käsityksissä liittyen osallisuuden edellytyksiin, sen toteutumiseen omassa hoidossa ja kuntoutuksessa sekä kuvauksissa asiakaslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta. Asiakkaat kertoivat ”systeemin” eli organisaatioiden sääntöjen ja toimintatapojen rajoittavan asiakkaan osallisuutta. Osa oli sitä mieltä, että osallisuus on mahdollista näiden rajoitusten sisällä. Omassa hoidossa ja kuntoutuksessa osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet koettiin osin näennäisiksi, ja hoidon suunnitteluun tai toteutuk-

seen ei aina käytännössä ollut mahdollista vaikuttaa. Asiakkaiden käsitysten perusteella vaikuttaa siltä, että nämä tilanteet johtuivat osin yksikköjen toimintatavoista ja osin asiakkaista, esimerkiksi silloin, kun asiakas oli tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa tai ei muutoin kokenut olevansa hoidon tarpeessa. Ristaniemen (2005) tutkimuksessa psykiatriset potilaat kokivat tahdosta riippumattoman hoidon yleensä perustelluksi oman käyttäytymisen tai sairauden vuoksi. Kuosmasen (2009) ja Keski-Valkaman (2010) tutkimuksissa vapautta rajoittavat ja pakkotoimet koettiin pääosin negatiivisina. Osa potilaista näki pakkotoimet osana sairaalan sääntöjä tai oikeutettuina tietyissä tilanteissa sairaalahoidon aikana.

Asiakaslähtöisen toiminnan sisällöissä tuli esiin se, että yhtäältä tarvitaan ajoittain rajoittamista, sääntöjä ja myös puolesta toimimista, jos asiakkaan omat voimavarat tai motivaatio eivät riitä. Toisaalta sellaiset rajoitukset ja säännöt, joita ei riittävästi perusteltu, tai liiallinen pakottaminen kuvattiin itsemääräämisoikeutta loukkaavina. Juhila (2006) toteaa, että ihmisen elämässä on tilanteita, jolloin tarvitaan esimerkiksi sosiaalityön huolenpitoa. Hän kutsuu tätä työntekijän ja asiakkaan väliseksi huolenpitosuhteeksi. Suhteessa on uhkana asiakasta alistava ja uhriuttava vallankäyttö, joka voi pahimmillaan tarkoittaa vastentahtoista riippuvuutta, ihmisarvon ja toimijuuden riistämistä. Toisaalta vallankäyttö voi ilmetä myös hienovaraisemmin ajatuksena asiakkaan parhaaksi toimimisesta. (Juhila 2006.) Hautala-Jylhän (2007) tutkimuksessa yksi osa hoitajan ja potilaan välistä suhdetta oli rajojen asettaminen ja ylläpitäminen. Hän varoittaa kuitenkin, että pakottavien toimien käyttöä tulee tarkoin harkita, koska potilaat voivat kokea ne loukkaavina.

Myös Routasalo ja kollegat (2009) muistuttavat, että omahoito ei ole kaikissa tilanteissa sovelias ratkaisu, ja toisaalta kaikki potilaat eivät halua tai kykene itse tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Tällöin ammattihenkilön tulee tunnistaa potilaan tarpeet ja jossain tapauksissa tulee myös tehdä päätöksiä hänen puolestaan. Partanen (2010) käyttää käsitettä kiinnipitävä työote. Mäkelä (2004) toteaa, että pakon vastakohta on yltiösallivuuus, aloitteellisuuden jättäminen asiakkaalle ja pahimmillaan asiakkaan heitteillejättö.

Asiakasaineiston analyysin perusteella lisäsin työntekijöiden haastatteluihin teeman asiakaslähtöisyys vastentahtoisessa hoidossa. Tarkoitin tässä tutkimuksessa vastentahtoisuudella sellaista toimintaa tai suhdetta, johon asiakas ei ollut omaehtoisesti hakeutunut. Tämän lisäksi se piti sisällään erilaiset velvoittavat sopimukset ja sitoumukset, joita mielenterveys- ja päihdetyön organisaatioissa tehtiin asiakkaiden kanssa. Näistä Mäkelä (2004) käyttää käsitettä avulias tyrkyttäminen ja Ristaniemi (2005) sosiaalista kontrollia palvelevat pakkokeinot.

Tutkimuksessa työntekijät kuvasivat kaksi erilaista käsitystä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta vastentahtoisessa suhteessa tai hoidossa. Ensimmäisen käsityksen mukaan asiakaslähtöisyys harvoin toteutuu, koska asiakkaalle ei useinkaan ole omia tavoitteita, joita kohti voitaisiin pyrkiä. Toisen käsityksen mukaan asiakaslähtöinen toiminta voi toteutua myös vastentahtoisessa suhteessa ja sen mahdollisten rajoitusten sisällä. Asiakkaan kanssa neuvotellaan, mielihiteitä huomioidaan, häntä kuullaan ja asiakas on tietoinen tehdyistä päätöksistä ja ratkaisuista. Käsitykset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta vastentahtoisessa hoidossa tai kuntoutuksessa liittyvät käsityksiin siitä, mikä käsitettiin asiakaslähtöisyyden sisällön olevan.

O'Donovanin (2007) tutkimuksessa todettiin, että työntekijöiden mukaan pakkotoimet vaikeuttivat potilaslähtöistä työskentelyä akuuttipsykiatrian yksiköissä, mikä on samansuuntainen tulos kuin tässä tutkimuksessa esitetyt käsitykset siitä, ettei asiakaslähtöisyys voi vastentahtoisessa hoidossa toteutua. Vastaavasti jälkimmäistä tämän tutkimuksen kuvaamaa käsitystä asiakaslähtöisyyden toteutumisen mahdollisuudesta tukevat Ristaniemen (2005) tutkimustulokset siitä, että psykiatriset potilaat eivät esittäneet asiakaslähtöisyyden edellytykseksi vapaaehtoista hoitoa, vaan odottivat asiakaslähtöisen työotteen toteutuvan myös vastentahtoisessa hoidossa. Korkeila (2006; ks. myös Keski-Valkama 2010) korostaa sitä, että tahdonvastainen psykiatrinen hoito ei tarkoita sitä, että henkilö olisi täysin menettänyt oikeutensa, kuten oikeuden hyvään kohteluun tai oikeuden olla suostumatta hoitoon eräiltä osin. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon myös silloin, kun hän sitä jostain syystä vastustaa tai ei ymmärrä siitä hyötyvänsä.

Hoitotyössä itsemäärääminen voidaan määritellä oikeutena osallisuuteen ja myötämääräämiseen itseä koskevissa asioissa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009). Tämän tutkimuksen tulokset haastavat pohtimaan asiakkaan osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja rajoittamisen rajankäyntiä sekä sitä, milloin työntekijöillä on oikeus holhoamiseen tai paternalismiin (Breeze 1998; Pietilä ym. 2010). Tuohimäki (2007; myös ETENE 2009; Halila 2010; Karlsson & Wahlbeck 2010) toteaa, että Suomessa tahdonvastaista hoitoa käytetään kansainvälisesti verraten paljon ja alueellisesti eri tavoin. Vaikuttaa siltä, että vapauden rajoittamisen taustalla on yleisimmin pyrkimys potilaan hyvään, joko hoidontarpeen vuoksi tai itsensä vahingoittamisen estämiseksi. Tuohimäen (2007) mukaan kyseessä on siten paternalistinen oikeutus, ei sosiaalinen kontrolli. Kuitenkin Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa levoton ja sekava käyttäytyminen ilman merkkejä toteutuneesta tai uhkaavasta väkivaltaisesta käyttäytymisestä oli tavallisin pakkotoimenpiteen syy. Tutkimuksissa (Tuohimäki 2007; Kuos-

manen 2009; Keski-Valkama 2010) korostetaan sitä, että tilanteet, joissa on käytetty pakkotoimia, tulisi aina läpikäydä potilaan ja henkilökunnan kanssa jälkikäteen.

8.1.6 Riittävä tiedonsaanti

Asiakkaiden käsityksissä tuli esille tiedon puute ja sen tarve useissa eri yhteyksissä. Tässä tutkimuksessa tiedonsaantiin liittyvät käsitykset eivät samalla tavalla nousseet tärkeäksi työntekijähaastatteluissa. Kuvatessaan asiakkaan osallisuuden toteutumista, kaikki hoidon ja palveluiden piirissä olevat asiakkaat eivät tienneet, oliko heillä hoito- tai kuntoutussuunnitelma. He kertoivat myös, kuinka erilaisia palavereja ja neuvotteluja oli ollut, mutta niiden tarkoitus tai merkitys oli jäänyt osalle epäselväksi. Erityisen selkeästi tiedon tarve esitettiin niissä käsityksissä, jotka kuvasivat asiakaslähtöisen organisaation toimintaa. Haastatellut palveluiden käyttäjät toivoivat teoretietoa ja luentoja sairauksista, oireista ja lääkehoidosta. Tietoa tulisi saada sellaisessa muodossa, että se olisi ymmärrettävää. Lisäksi he kaipasivat perusteluja erilaisille hoidon ja kuntoutuksen aikana tehdyille ratkaisuille. Asiakkaat kuvasivat sitä, että oman aktiivisuuden avulla tietoa oli mahdollista saada joko kyselemällä tai esimerkiksi internetistä.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempia tutkimustuloksia. Muun muassa Kuosmanen (2009) toteaa väitöskirjassaan, että psykiatristen potilaiden tiedonsaantia ja tietoisuutta oikeuksistaan tulee kehittää. Nämä edesauttavat myös potilaan osallisuuden lisäämistä omassa hoidossaan. Samoilla linjoilla on Hätönen (2010) tutkimuksessaan. Hänen tutkimuksensa tulosten perusteella psykiatriset potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa tietoon ja sen riittävyteen. Myös tuossa tutkimuksessa todettiin, että tiedonsaannilla ja potilasopetuksella voidaan kehittää potilaan itsehallintaa. Ristaniemi (2005) huomauttaa, että yhteistyösuhteessa asiakkaalla on mahdollisuus kokea osallisuutta sillä edellytyksellä, että hänellä on riittävät tiedot vaikuttamismahdollisuuksien perustaksi. Tuohimäki (2007) kysyy, kuinka potilas voisi osallistua hoitoonsa tai tehdä sitä koskevia päätöksiä, jollei hänellä ole tarvittavaa tietoa.

Riittävä tiedonsaanti siis mahdollistaa asiakkaan osallistumisen niin omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa kuin laajemminkin esimerkiksi kehittämistyöhön. Nordgrenin ja Frilundin (2001) tutkimuksessa tieto merkitsi valtaa. Tulosten mukaan tutkimukseen osallistuneiden somaattisesti sairaiden potilaiden itsemääräämistä rajoitti tunne voimattomuudesta ja tiedonpuute hoitotoimenpiteistä. Powellin ja Clarken (2006) tutkimuksessa asiakkaat kokivat holhoavaksi tai epäkunnioittavaksi sen, ettei heille anneta tietoa. Erityisesti tarvittaisiin infor-

maatiota diagnoosista, lääkityksestä ja sen sivuvaikutuksista. Asiakkaat hakivat itse tietoa, mutta mielenterveyden häiriöihin liittyvä stigma vaikeutti sitä. Tutkijat toteavat, että tarvitaan sekä ammattilaisten antamaa tietoa että muiden informaatiokanavien hyödyntämisen mahdollistamista. Myös Hätönen (2010) muistuttaa, että kaikilla potilailla tulisi olla mahdollisuus saada tietoa. Tämän takaamiseksi potilasopetuksen menetelmiä tulisi kehittää monipuolisempaan suuntaan. Samoin tulisi edistää potilaiden mahdollisuuksia ja kykyjä itsenäiseen tiedonhakuun.

Pelkästään informaation jakaminen ei riitä, vaan sitä tulisi olla tarjolla sellaisessa muodossa, että asiakkaat voivat sen ymmärtää (Eldh ym. 2006). Lisäksi sen tulee olla ajantasaista (Välimäki 2004). Hotti (2004) on tutkinut psykiatristen potilaiden tiedontarpeita. Hän suosittelee, että tietoa tulee antaa psykiatrisille potilaille heidän sairaudestaan ja sen hoidosta monipuolisesti jo sairautta epäiltäessä ja edelleen diagnoosin varmistuttua. Lisäksi sitä tulee antaa toistuvasti myös niille potilaille, jotka ovat sairastaneet kauan. On tärkeää, että tietoa annetaan henkilökohtaisesti keskustellen, monipuolisesti ja siitä riippumatta, kysyykö potilas. Lisäksi tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun tiedon. (Hotti 2004.) Tuohimäki (2007) korostaa samoin, ettei sairauden vakavuus saa olla syynä siihen, ettei tietoa anneta. Informaatiota tulee antaa toistuvasti ja riittävän selvästi, jotta sen voi ymmärtää.

8.1.7 Asiakkaan osallisuus suhteessa palvelujärjestelmään

Alaluvussa 3.2 kuvasin suomalaisen mielenterveys- ja päihdetyön sekä -palvelujärjestelmän muutosta 1980-luvulta 2000-luvulle. Totesin, että aikaisemman kirjallisuuden perusteella vaikuttaa siltä, että palvelujärjestelmässämme on piirteitä kaikista Eversin (2003) esittämistä sosiaalipolitiikan malleista. Käytin siitä käsitettä welfare mix. Tarkastelen joitain tämän tutkimuksen tuloksia suhteessa mielenterveys- ja päihdetyön sekä laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollon tai hyvinvointiyhteiskunnan kehitykseen. Pohdin sitä, minkälaisen mahdollisuuden palvelujärjestelmä antaa asiakkaan osallisuudelle ja mitä haasteita sen toteutumiselle mahdollisesti on.

Hyvinvointivaltiollinen malli

Eversin (2003) kuvaamassa hyvinvointivaltiollisessa mallissa asiakkaan osallisuus voi toteutua lähinnä edustuksellisen demokratian, sosiaalisten oikeuksien ja asiakkaan asemaa turvaavan lainsäädännön kautta. Tässä tutkimuksessa kuvattiin osallistumista palveluiden järjestämiseen kuntalaisina, äänestäjinä ja luottamushenkilöinä. Lisäksi tuotiin esiin järjestöjen merkitystä. Potilasjärjestö-

jen toimintaa kuvattiin tiedonantajan roolissa esimerkiksi palveluita kehitettäessä, ei aktiivisena vaikuttajana tai palveluiden järjestäjänä. Kollektiivinen vaikuttaminen, vaikkapa vaalien kautta, on kaiken kaikkiaan kankea tapa ilmaista tyytymättömyyttä tai aikaansaada muutosta (Julkunen 2006). Evers (2003) toteaa, että usein vaikuttamaan pyrkivät intressiryhmät sulkevat palveluiden käyttäjät ulkopuolelle. Jos ajatellaan Suomen tilannetta, voidaan arvioida, ettei mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden tai omaisten ryhmillä juurikaan ole poliittista tai muuta vaikutusvaltaa (vrt. kuitenkin Eskola & Karila 2007). Näin toteavat myös Tritter ja McCallumb (2006) omassa artikkelissaan. Esimerkiksi laadittaessa kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, ei työryhmässä ollut mukana varsinaisia palveluiden käyttäjien järjestöjä, vaan mielenterveys- ja päihdejärjestöjä edustivat Suomen Mielenterveysseura ja A-klinikkasäätiö (Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma, ei vuosilukua). Toki kansalaisjärjestöille järjestettiin useita erilaisia kuulemistilaisuuksia. Toimeenpanosuunnitelman kokoamisessa ja siitä tiedottamisessa on tehty yhteistyötä mielenterveys- ja päihdealan omais- ja potilasjärjestöjen kanssa (Nevalainen 2010). Haasteena on saada palveluiden käyttäjien ääni paremmin kuuluviin mielenterveys- ja päihdetyön sekä -palveluiden kehittämisessä ja järjestämisessä niin paikallisella kuin valtakunnallisellakin tasolla.

Toisaalta hyvinvointivaltiomalliin liittyy mahdollisuus palveluiden käyttäjien osallisuuteen lainsäädännön turvaamien oikeuksien ja valituskäytäntöjen kautta. Tässä tutkimuksessa ei tullut esiin käsityksiä siitä, että palveluiden käyttäjät tai työntekijät olisivat nähneet asiakkaan osallisuuden toteutuvan mahdollisuutena ottaa yhteyttä potilas- tai sosiaaliamiehen taikka valittaa saamaansa palvelusta. Suomessa potilaan ja asiakkaan asemaa on pyritty turvaamaan lainsäädännöllä (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812), mutta voice-vaihtoehdon käyttämisen on todettu olevan hankalaa sosiaali- ja terveystaloudissa (Rajavaara 2008; Järvikoski ym. 2009). Tutkimustulos kertonee myös osittain siitä, ettei palveluiden käyttäjillä välttämättä ole tietoa omista oikeuksistaan. Tämä oli yksi keskeinen tulos myös Tuohimäen (2007) tutkimuksessa.

Professionalismi

Tässä tutkimuksessa tuli esiin myös sellaisia käsityksiä asiakkaan osallisuudesta, jotka Eversin (2003) kuvauksessa liittyvät professionalismiin. Näitä ovat osallisuuden määrittäminen tärkeänä tai suotavana, osallistumisen mahdollisuutena tai mielipiteiden kuulemisena. Tällöin voidaan ajatella osallisuuden olevan mahdollista asiantuntijoiden tai organisaation asettamissa rajoissa, ja asiakkaal-

ta odotetaan mukautumista asiantuntijan tekemiin ratkaisuihin. Tätä voidaan kuvata myös käsitteellä *loyalty eli uskollisuus järjestelmälle* (Rajavaara 2008) ja asiakkuutta kohdeasiakkaana olemisena (Niiranen 2002). Asiakslähtöisyys työn tavoitteena voi kuvata myös professionaalista mallia ja työskentelyä asiakkaiden puolesta, ei heidän kanssaan (Toikko 2006). Tutkimuksessani tähän malliin sopivat kuvaukset asiakslähtöisyydestä pelkkänä retoriikkana tai sellaisena tapana asettaa tavoitteet, jossa asiakas on vain passiivinen mukanaolija.

Tutkimukseni tulosten perusteella osa asiakkaista ei halua olla lainkaan osallisina tai he rajoittavat osallisuutensa koskemaan omaa hoitoaan ja kuntoutustaan. He luottavat asiantuntijoihin ja näiden tekemiin ratkaisuihin. Tulosten mukaan kaikilla asiakkailla ei myöskään ole kykyä olla osallisina. Professionalismiin liittyy pehmeä paternalismi (Leino-Kilpi 2009) ja pyrkimys asiakkaan hyväksi työskentelyyn, johon tämän tutkimuksen mukaan osa asiakkaista oli tyytyväisiä (ks. Vuokila-Oikkonen 2002). Tietyissä tilanteissa päätösten tekeminen asiakkaan puolesta voi olla perusteltua (Mäkelä 2004; Juhila 2006; Routasalo ym. 2009) ja joskus siten voidaan jopa tukea itsemääräämistä (Breeze 1998), mutta tavoitteena tulisi olla asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa (Tuohimäki 2007). Työntekijä voi omalla toiminnallaan tukea sellaisten asiakkaiden osallisuutta, jotka eivät tahdo selviytyä monimutkaisessa palvelujärjestelmässä tai saada siellä ääntään kuuluville (Niiranen 2002; Kokko 2003).

Konsumerismi ja managerialismi

Tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti tullut esille sellaisia käsityksiä asiakkaan osallisuudesta, jotka liittyisivät konsumerismiin (ks. Evers 2003). Jotain viittauksia tähän suuntaan oli kuvauksissa asiakkaiden omasta päätöksestä joko hakeutua tai kieltäytyä hoidosta taikka kuvauksissa jatkohoitopaikan valinnasta. Osaltaan myös osallisuuden toteutumisen mielipiteiden kysymisenä voidaan ajatella liittyvän tähän. Vain yhdessä asiakashaastattelussa haastateltava kertoi itse maksavansa hoitonsa, koska halusi kotikunnan maksusitoumuksesta riippumatta jatkaa tuossa paikassa. Konsumerismiin eli yksinkertaistaen palvelun käyttäjän valinnanmahdollisuuksiin ja palveluntuottajien kilpailuun liittyvien käsitysten puute tukee sitä huomiota, että palveluiden käyttäjän valinnanmahdollisuudet ovat todellisuudessa vähäiset (Evers 2003; Julkunen 2006; Rajavaara 2008).

Kuluttajuus viittaa siihen, että suhde perustuu palveluun ja jos kuluttaja ei ole tyytyväinen, vastuu muutoksista on tuottajalla (Lammers & Happell 2004). Tämä vastaa *exit-vaihtoehtoa* (Rajavaara 2008) ja kuluttaja-asiakkuutta (Niiranen 2002). Kuluttajana toimiminen edellyttää tietoa, ymmärrystä ja kykyä toi-

mia (Tritter & McCallumb 2006; Speed 2007). Konsumerismiin ja kuluttajan käsitteeseen liittyy oletus vapaasta tahdosta ja mahdollisuudesta tietoon perustuviin valintoihin hoitoa koskevissa päätöksissä. Kysymys kuuluukin, kuinka nämä voivat toteutua vaikkapa tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa tai sellaisen päihdeasiakkaan kohdalla, jonka hoitoon liittyy jotain pakkoa tai velvoittavuutta. (Speed 2007; Bryant ym. 2008.) Markkinoihin ja kuluttajuuteen liittyy vastuu omien tekojen ja valintojen seurauksista. Sellaiset asiakkaat, jotka eivät halua tai kykene ottamaan vastuuta, eivät hallitse palvelujärjestelmää tai jotka käyttävät valinnanmahdollisuuttaan järjestelmän näkökulmasta väärällä tavalla, leimataan ongelmatapauksiksi. (Juhila 2006.) Vapaan kuluttajan asemaa ei voi saavuttaa, jos kuuluu johonkin ongelmaryhmään (Toikko 2006). Tämä tuli esiin myös tässä tutkimuksessa niissä asiakkaiden käsityksissä, jotka kuvasivat asiakaslähtöisyyttä kaupalliseksi termiksi, joka ei sovi mielenterveys- tai päihdetyöhön, koska asiakas tarvitsee apua eikä voi sitä valita.

Äärimmillään konsumerismi voi johtaa siihen, että todelliset valinnanmahdollisuudet ja osallisuus vähenevät. Speed (2007) kuvaa tätä "supermarketti-valintoina", jolloin kuluttaja voi tehdä valintoja niistä vaihtoehdoista, joita on tarjolla. Käytännössä ei siis tapahdukaan asiakkaiden voimaantumista ja vallan siirtymistä palveluita käyttäville, vaan tuetaan voimassa olevia malleja ja vallanjakoa (Rutter ym. 2004; Juhila 2006; Speed 2007). Sticklely (2006) toteaa, että niin kauan kuin palveluiden käyttäjien osallisuus on palveluiden tuottajien käsissä, se uusintaa voimassa olevaa diskurssia. Valta on niillä, jotka voivat asettaa toisten toiminnalle omasta näkökulmastaan järjestystä tuottavia sääntöjä ja rajoituksia (Juhila 2006). Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat usein ongelmalähtöisiä ja harkinnanvaraisia (Julkunen & Heikkilä 2007), mikä edelleen heikentää palvelunkäyttäjän osallistumisen ja valinnan mahdollisuutta. Lammers ja Happell (2004) esittävät australialaisessa tutkimuksessaan, että on tapahtunut jonkin verran siirtymistä kohti sitä, että palveluiden käyttäjillä olisi enemmän valtaa oman elämänsä ja käyttämiensä palveluiden suhteen. He kuitenkin toteavat, että usein osallisuus toteutuu vain näennäisesti.

Managerialismi viittaa julkisten palveluiden tehostamispyrkimyksiin ja tuotteistettuihin palveluihin (Evers 2003; Toikko 2006). Työntekijöiltä edellytetään tehokkuutta ja työmenetelmiltä näyttöön perustuvuutta (Juhila 2006). Tässä tutkimuksessa tuli esiin käsityksiä siitä, kuinka rajalliset resurssit, riittämätön henkilökuntamäärä ja kiire vaikeuttivat asiakkaan osallisuuden toteutumista ja asiakaslähtöistä toimintaa. Managerialistinen näkemys on mielenterveys- ja päihdetyössä haasteellinen. Työmenetelmien vaikuttavuus tulisi pystyä osoittamaan ja nuo menetelmät pitäisi kyetä tuotteistamaan. Nämä tuotteet tulisi

sitten saada soveltumaan asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin erilaisissa ympäristöissä. (Ks. Leiman 2007.) Haasteena on myös mielenterveys- ja päihdetyön, ja eritoten edistävän ja ehkäisevän työn, tuottavuuden osoittaminen. Mielenterveyden häiriöihin ja päihdeongelmiin voidaan liittää keskustelu itseaiheutetuista sairauksista (Juhila 2006), palveluiden ja etuuksien vastikkeellisuudesta (Julkinen 2006) sekä julkisen talouden kulueristä (ETENE 2009).

Osallistumisen malli

Viides Eversin (2003) malli on osallistumisen malli, johon liittyy myös kansalaisuus. Kansalaisuus ei kuitenkaan tarkoita siinä äänestäjää tai luottamushenkilöä kuten hyvinvointivaltiollisessa mallissa, vaan kansalaista palveluiden kansantuottajana ja yhteisönsä jäsenenä. Tämä malli korostaa tarvetta erilaisille osallisuuden tavoille niin yksilöinä kuin esimerkiksi järjestöjen kautta. (Evers 2003; Toikko 2006.) Tässä tutkimuksessa asiakkaat ja työntekijät kuvasivat käsityksiin erilaisista asiakkaan osallisuuden toteutumisen tavoista mielenterveys- ja päihdetyössä. Nämä käsitykset tukevat sitä, että palvelujärjestelmämme on siirtymässä tai ainakin sillä olisi mahdollisuus siirtyä kohti osallistumisen mallia. Osallisuus voi toteutua niin yksittäisen asiakkaan kohdalla omassa hoidossa ja kuntoutuksessa kuin laajemmin osallisuutena kehittämiseen ja palveluiden järjestämiseen esimerkiksi vertaistuen eri muotojen avulla.

Toisaalta osallistumisen mallin toteutumiseen liittyy myös ongelmia. Toikko (2006) kuvaa siihen liittyvän idealistisen käsityksen asiakkaiden halusta ja kyvystä osallistua. Malli lupaa asiakkaille paljon, mutta vaatii myös paljon (Evers 2003). Kuten tämänkin tutkimuksen tulosten pohjalta on todettu, ei kaikilla mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjillä ole taitoja, kykyjä tai motivaatiota olla osallisina. Osallisuuteen liittyy myös kysymys vallasta ja asiantuntijuudesta. Valta tuli esiin tutkimuksessani käsityksissä asiakkaan osallisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä. Asiakkaat kuvasivat, kuinka palveluiden käyttäjän ääntä ei aina haluta kuulla, ja työntekijät pohtivat vallan uudelleenjakoa, oman toiminnan alistamista arvioinnille sekä asiantuntijavallasta luopumista.

Osallistamisen asiantuntijuus

Kirjallisuudessa on myös pohdittu vallanjakoa ja asiantuntijuutta suhteessa asiakkaan osallisuuteen ja yhteiskunnan muutokseen. Asiakkaiden osallisuus muuttaa käsitystä asiantuntijuudesta. Substanssiasiantuntijuuden rinnalle tulee osallistamisen asiantuntijuus, mikä tarkoittaa hierarkkisten rakenteiden purkamisen ja tasavertaisen vuorovaikutuksen asiantuntijuutta. (Toikko 2006.) Tritter ja McCallumb (2006) esittävät, että palveluiden käyttäjät voivat nostaa esiin eri-

laisia kysymyksiä ja asioita kuin ammattilaiset. Tavoitteena on siis toisiaan täydentävä, ei kilpaileva tieto. Tätä voidaan kutsua myös horisontaaliseksi ja jaetuksi asiantuntijuudeksi (Juhila 2006) tai uudeksi, verkostoituvaksi, neuvottelevaksi ja vuorovaikutteiseksi asiantuntijuudeksi (Peltomäki ym. 2002).

Poultonin (1999) mukaan työntekijöiden tulee luopua professionaalista protektionismista ja lääketieteellisestä paternalismista, jotta osallisuus voisi kehittyä konsultoinnista kohti osallistumista ja voimaantumista. Esimerkiksi terveydenhuollossa nojaututaan Metterin (2003) mukaan edelleen niin sanottuun objektiiviseen tietoon ja asiakkaiden subjektiiviset kokemukset ohitetaan. Hän peräänkuuluttaakin avoimen vuorovaikutuksen ja jaetun asiantuntijuuden kehittämistä. Asiakkaan äänen kuuluviin saaminen, siirtyminen palautekyselyistä dialogiin (Maaniittu 1998, 163) on ollut jo pitkään tavoitteena.

Kun puhutaan mielenterveys- ja päihdekysymyksistä, aktiivista toimijuutta ja osallisuutta voivat rajoittaa myös niihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot. Tässä tutkimuksessa kuvattiin käsityksiä siitä, kuinka mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä stigma saattoi estää vertaisryhmätoimintaan osallistumisen tai osallistumisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisemmin esitettyjä näkemyksiä (Corrigan ym. 2005; Rüschi ym. 2005; Luoma ym. 2007; 2008; Alonso ym. 2009) siitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy sekä leimautumista ympäristön taholta että henkilökohtaista häpeää (self-stigma).

Eversin (2003) mukailleen voi siis todeta, että welfare mix -palvelujärjestelmä edellyttää mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaan näkemistä ja hänen osallisuutensa tukemista kolmesta eri näkökulmasta: 1) kansalaisena, jolla on oikeuksia; 2) voimaantuneena kuluttajana, jolla on valinnanmahdollisuuksia; sekä 3) palveluiden kansatuottajana, joka pystyy vaikuttamaan palveluihin ja palvelujärjestelmään sekä yksilönä että yhteisöjen jäsenenä.

8.2 EETTISET KYSYMYKSET

Terveyden edistämisen tutkimusta ohjaavat samat eettiset periaatteet kuin terveyden edistämisen toimintaa. Näitä ovat autonomia, hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät aiheen valintaan, menetelmällisiin valintoihin, tutkimuksen toteutukseen ja raportointiin. (Kylmä ym. 2008.)

Laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat Mäkelän (2005) mukaan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja kielto vahingoittaa tutkimuk-

seen osallistuvia. Lisäksi tulee pohtia aineiston keruuseen, säilytykseen ja arkistointiin liittyviä kysymyksiä. Jokaisen tutkimukseen osallistuvan tulee antaa vapaaehtoinen, tietoon perustuva ja kirjallinen suostumuksensa. Tietoisien suostumuksen osatekijöitä ovat tieto, pätevyys, ymmärtäminen, vapaaehtoisuus ja päätöksenteko (Länsimies-Antikainen 2008; 2009).

Alueen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi tutkimussuunnitelmasta puoltavan lausunnon, ja tutkimukseen osallistuneet organisaatiot myönsivät tutkimukselle tutkimusluvut. Tiedotteen tutkimuksesta ja suostumuslomakkeet laadin Lääketieteellisen tutkimuseettisen jaoston (TUKIJA) ohjeiden mukaisesti (2001/2009).

Olen perustellut tutkimusaiheeni valintaa tarkastelemalla aikaisempaa kirjallisuutta asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehitystä. Tutkimukseni tuottaa tietoa siitä, miten asiakkaan osallisuus toteutuu mielenterveys- ja päihdetyössä ja millä keinoin sitä voitaisiin tukea. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä. Tuloksia voidaan käyttää myös hoitotieteessä niin koulutuksen, käytännön toiminnan kuin johtamisenkin kehittämiseksi. Näin tutkimus hyödyttää palveluiden käyttäjiä sekä mielenterveys- ja päihdetyössä toimivia ammattilaisia.

Tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja ja fenomenografisen lähestymistavan valintaa olen tarkemmin kuvannut alaluvussa 6.1 ja lähestymistavan soveltuvuutta alaluvussa 8.3. Pyrin varmistamaan haastatteluun osallistujien tiedon saannin ja ymmärtämisen laatimalla tiedotteen tutkimuksesta ja suostumuslomakkeen siten, että niiden teksti oli riittävän selkeää ja ymmärrettävää (Latvala 2001; myös Beebe & Smith 2008). Kaikkien haastattelujen alussa kerroin vielä tutkimuksesta ja tutkimuksen luottamuksellisuudesta, anonymiteetistä ja aineiston käsittelystä. Osallistujilla oli mahdollisuus keskustella ja kysellä minulta tutkimuksen suorittamiseen, aineiston käsittelyyn ja säilyttämiseen liittyviä asioita (Koivisto ym. 2001; ks. myös Hem ym. 2007). Voidaan arvioida, että osallistujilla oli riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumistaan, koska he olivat saaneet ennakkotietona kirjallisen pyynnön osallistua tutkimukseen. Haastattelutilanteessa annoin haastateltaville vielä heidän halutessaan kirjallisen informaation tutkimuksen suorittamiseen, aineiston käsittelyyn ja säilyttämiseen liittyvistä asioista.

Arvioitaessa haastatteluun osallistujien pätevyyttä ja vapaaehtoisuutta tässä tutkimuksessa haasteen muodostivat eritoten ne palveluiden käyttäjät, jotka olivat joko avo- tai laitoshoidossa tutkimusajankohtan. He saivat tiedon tutkimuksesta heitä hoitavan tai hoitavien työntekijöiden kautta, ja he ovat voineet kokea velvollisuutta tai pakkoa osallistua tutkimukseen (ks. Latvala 2001; Da-

vies 2005). Avohoidossa olevat asiakkaat ottivat minuun itse yhteyttä halutesaan, eikä tieto heidän osallistumisestaan tai osallistumattomuudestaan mennyt työntekijöille. Niinpä uskon heidän osallistuneen haastatteluihin aidosti omasta tahdostaan.

Laitoshoidossa olevien asiakkaiden kohdalla yksikön työntekijät arvioivat asiakkaiden psyykkisen voinnin ja kyvyn tietoisien suostumusten antamiseen. Roach tutkijakollegoineen (2009) korostaa sitä, että tutkimukseen osallistujien tulee olla riittävän hyväkuntoisia tietoisien suostumusten antamiseen, mutta ei myöskään saa aliarvioida henkilöiden kykyä tehdä päätöksiä. On tärkeää, että myös mielenterveys- ja päihdetyön asiakkailla on mahdollisuus osallistua tutkimuksiin (Davies 2005; ks. myös Keski-Valkama 2010). Yhteydenpidon minuun ja haastattelusta sopimisen hoiti käytännössä osaston tai yksikön yhdyshenkilö. Tavatessani mahdolliset haastateltavat osastolla, varmistin vielä heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Korostin sitä, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta heidän hoitoonsa ja että haastateltavilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu tai myöhemminkin kieltää sen käyttäminen tutkimuksessa (ks. Iphofen 2006). Muutama sairaalassa hoidossa oleva henkilö kieltäytyikin tavatessamme. Tämä mielestäni kuvaa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta (ks. Gillham 2005). Moni haastattelemani palvelunkäyttäjä kertoi osallistumisen motiivikseen halun olla kehittämässä mielenterveys- ja päihdetyötä (ks. Zullino ym. 2003). Haastateltavien valintaa ja haastattelutilanteita olen kuvannut alaluvuissa 6.2 ja 6.3.

Eritoten palveluiden käyttäjien haastatteluissa kiinnitin huomiota siihen, että tutkimuksen aihepiiri, mielenterveys- tai päihdetyö, saattoi olla sensitiivinen asia (Kylmä 2008). Haastattelutilanteiden alussa keskustelimme esimerkiksi asiakkaiden taustasta tai jos haastattelu tapahtui asiakkaan kotona, keskustelimme hänen perheestään, lemmikeistään tai muista arkisista asioista. Työntekijöiden kanssa puhuimme aluksi heidän koulutuksestaan ja työkokemuksestaan. Tämä edesauttoi luottamuksen syntymistä (ks. Hautala-Jylhä 2007). Tutkimukseen osallistuvat päättivät itse, mitä he halusivat minulle itsestään ja käsityksistään kertoa (ks. Kuula 2006). Oma koulutukseni ja työkokemukseni vaikuttivat mielestäni positiivisesti luottamuksellisen ilmapiirin syntymiseen ja yhteisen kielen löytämiseen haastatteluun osallistuneiden kanssa (esim. Hem ym. 2007). Toisaalta oma taustani teki myös ajoittain erityisen haasteelliseksi tutkijan roolissa pysymisen. Jouduin muistuttamaan itseäni siitä, ettei kyseessä ole terapiakeskustelu (esim. Moyle 2002) eikä myöskään työhajauksellinen tapaaminen.

Aineiston analyysissä on tärkeää huomioida tutkimukseen osallistuvien suojeleminen. Laadullisessa tutkimuksessa tämä liittyy erityisesti tutkimukseen

osallistuvien yksityisyyden suojelemiseen. (Mäkelä 2005; Kylmä ym. 2008.) Tässä tutkimuksessa haastateltavia oli yhteensä 38 henkilöä. Tutkimustulosten raportoinnissa pyrin kiinnittämään huomiota siihen, etteivät tutkimukseen osallistuvat tule tunnistetuiksi (Kuula 2006; Kylmä 2008). Aineistonäytteistä poistin kaikki sellaiset tiedot, jotka voisivat edesauttaa henkilön, organisaation tai paikkakunnan tunnistamista. Analyysivaiheessa olin koodannut aineiston numeroin esimerkiksi P3 (palveluiden käyttäjän haastattelu numero 3) ja T4 (työntekijähaastattelu numero 4). Näin pystyin palaamaan takaisin alkuperäiseen aineistoon ja tarkistamaan sen, että kategoriat ja tekemäni tulkinnat vastaavat alkuperäisiä lausumia. Lopullisesta raportista poistin nuo numerokoodit, koska periaatteessa olisi ollut mahdollista, että eri aineistositaatteja yhdistämällä olisi voitu tunnistaa haastatteluun osallistuneita tai ainakin eri toimipisteitä. Aineiston analyysiin eettisyyttä arvioitaessa tulee arvioida myös sitä, kuinka hyvin tulokset vastaavat alkuperäisaineistoa (Iphofen 2006). Aineiston analyysi on yksityiskohtaisesti kuvattu alaluvussa 6.4.

Aineiston keruun, säilytyksen ja arkistoinnin osalta tulisi Mäkelän (2005) mukaan miettiä ainakin seuraavia asioita: miten aineisto säilytetään keruuvaiheessa, miten aineisto anonymisoidaan, miten aineisto arkistoidaan ja miten turvataan muiden tutkijoiden pääsy aineistoon. Muistikortit ja CD-levyt, joille haastattelut oli tallennettu, säilytin aineiston keruu- ja analysointivaiheessa lukittavassa laatikossa. Litteroitujen haastattelujen sähköiset versiot olivat tietokoneen muistissa salasanan takana ja paperille tulostetut versiot lukittavassa laatikossa. Haastatelluille kerrottiin myös siitä, että litteroinnin suorittaa ulkopuolinen henkilö. Haastatteluun osallistuneista ei kerätty mitään rekisteriä tai taustatietoja. Halutessaan he kertoivat koko nimensä, ikänsä tai kotikuntansa. Tutkimuksen valmistuttua koottu aineisto hävitettiin eikä se tule olemaan muiden tutkijoiden käytössä (ks. Kuula 2006).

Tutkijan eettinen velvollisuus on raportoida tutkimustulokset avoimesti, rehellisesti ja tarkkuutta noudattaen (Kylmä ym. 2008). Tutkijan tulee tuoda esiin kaikki tutkimustuloksiin vaikuttavat tekijät kuten aineisto, metodi ja tutkijan tekemät ratkaisut (Clarkeburn & Mustajoki 2007). Olen tässä väitöskirjassa kuvannut mahdollisimman tarkasti tutkimukseni taustan, aineiston hankinnan ja analysoinnin. Olen myös pyrkinyt kuvaamaan ja perustelemaan tekemäni ratkaisut. Oman käyttäytymiseni merkitystä haastattelutilanteissa olen pohtinut alaluvussa 8.3. Tutkimuksen tuloksena muodostamieni ala- ja kuvauskategorioiden tueksi olen esittänyt autenttisia lainauksia tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden haastatteluista. Alaluvussa 8.4 arvioin tutkimuksen luotettavuutta.

8.3 FENOMENOGRAFISEN LÄHESTYMISTAVAN ARVIOINTIA

Fenomenografista tutkimusta kohtaan on esitetty runsaasti kritiikkiä. Pysin tässä alaluvussa arvioimaan omaa tutkimustani suhteessa tuohon kritiikkiin. Richardson (1999) toteaa, että fenomenografialta puuttuu selkeä käsitteellinen perusta. Myös Uljens (1996) kritisoi lähestymistapaa siitä, että siltä puuttuu taustateoria. Tämä pitänee paikkansa, koska fenomenografia lähti alun perin kiinnostuksesta ratkaista käytännön ongelmia ja se kehitettiin vaihtoehdoksi kvantitatiiviselle tutkimukselle. Vasta 1990-luvulla heräsi kiinnostus pohtia lähestymistavan teoreettisia perusteita ja eritoten sen suhdetta fenomenologiaan. (Niikko 2003.) Fenomenografian keskeinen käsite on käsitys, mutta sen määrittelyn on arvioitu olevan epäselvää (Uljens 1993; Säljö 1994; Uljens 1996). Olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt kuvaamaan niitä erilaisia tapoja, joilla käsitys on aikaisemmissa tutkimuksissa määritelty. Erityisesti Martonin ja Boothin (1997) esittämä kuvaus käsityksen saamista sisällöistä fenomenografisessa tutkimuksessa selvensi minulle asiaa.

Uljens (1993; 1996), Säljö (1994) ja Frilund ym. (2000) kritisoivat fenomenografiaa siitä, että siinä ei kiinnitetä riittävästi huomiota kontekstiin eikä yksilöihin. Gröhn (1993) kiinnittää huomiota samaan asiaan, ja kyseenalaistaa myös sitä, voidaanko tutkimustilanteesta syntyneitä tuloksia siirtää käytännön tilanteisiin. Toisaalta esimerkiksi Huusko ja Paloniemi (2006) toteavat, että fenomenografiassa kontekstuaalisuus liittyy niin tulkintaan, raportointiin kuin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valintaakin. Ahosen (1996) mukaan fenomenografia tavoittelee tulosten teoreettista yleisyyttä, jossa ei olla kiinnostuneita yksittäisen henkilön kokemuksista. Olen pyrkinyt tutkimuksessani kuvaamaan sen kontekstin, jossa haastattelut on tehty. Mukana oli haastateltavia monista erilaisista organisaatioista ja työyhteisöistä sekä erilaisissa elämäntilanteissa olevia ja eri-ikäisiä ihmisiä. Myös analyysissä säilytin merkitysyksiköiden suhteen siihen haastattelukokonaisuuteen, jossa se oli esitetty.

Säljö (1994) huomauttaa, ettei fenomenografialla ole teoriaa kielestä eikä kommunikaatiosta eikä siinä riittävästi kiinnitetä huomiota siihen, miten ihmiset ymmärtävät ja käyttävät kieltä. Haastattelutilanteella ja siinä tapahtuvalla vuorovaikutuksella on suuri merkitys, mikä fenomenografiassa on jäänyt liian vähälle huomiolle. Aina ei ole edes selvää, puhuvatko haastattelija ja haastateltava samasta asiasta (Säljö 1994; myös Richardson 1999). Käsitteet ovat riippuvaisia kulttuurista ja kontekstista. Kaikkea ei ole mahdollista sanoa haastattelutilanteessa, jossa vaikuttavat niin julkilausutut kuin -lausumattomat normit. (Friberg ym. 2000.) Oman tutkimukseni kriittinen kohta ovat juuri haastattelut.

Olen pyrkinyt mahdollisimman tarkoin kuvaamaan haastattelutilanteita, jotta lukija voisi arvioida niiden kulkua.

Kuten Richardson (1999) toteaa, tulee tutkijan haastatteluissa tiedostaa omat lähtökohtansa ja tarkastella kriittisesti toimintaansa. Huolena on, että haastattelussa johdatellaan haastateltavia, mikä johtaa haluttuihin tutkimuksen tuloksiin. Palatessani haastattelujen jälkeen uudelleen nauhoituksiin ja litteroituihin teksteihin, saatoin huomata kohtia, joissa tein etukäteen oletuksia haastateltavien vastauksista. Seuraavassa esimerkki:

ML: Kun nyt teillä on täällä kaikilla asiakkaila laadittu hoitosuunnitelma, eikö totta?

T: Ohjaava kysymys. ((naurahtaa))

ML: Se on ohjaava. ((naurahtaa))

T: Ei ole semmosta kirjallista hoitosuunnitelmaa.

ML: Joo, mutta jollakinlailla kuitenkin sitä on ()

T: Joo, onhan se hoitosuunnitelma jonkunlaista semmosta, ainakin se on mielessä ja päässä ja sillä tavalla, mutt' semmosta ihan mitä hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan, se kirjallisesti tehty, niin ei sitä oo. Mutt' sitä ajatusta on herätelty tässä pikkuhiljaa uudelleen.

Voin todeta, että näihin oletuksiin ja ennakoointeihin (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008) olivat vaikuttamassa oma teoreettinen perehtyneisyyteni ja esiyymmärrykseni asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Koin, että eritoten haastattelujen suorittaminen oli tasapainoilua teoreettisen perehtyneisyyden ja sitä kautta relevanttien teemojen ja kysymysten tekemisen sekä omien esioletusten sulkeistamisen ja haastatteluteemojen avoimuuden välillä. Täysin ilman ennako-oletuksia ei tutkija empiiristä tutkimusta voi lähestyä (Huusko & Paloniemi 2006).

Toinen haastatteluihin liittyvä kriittinen huomio koskee käsitteiden asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys abstraktiutta. Säljö (1994) toteaa, että tutkimustilanteessa haastateltavat "pakotetaan" puhumaan metatasolla asioista, joista he eivät ole aiemmin puhuneet ja jotka eivät heitä välttämättä edes kiinnosta. Eritoten käsite osallisuus oli haastateltaville tässä tutkimuksessa vieraampi ja sitä jouduin avaamaan laatimani apusanalistan avulla erityisesti asiakashaastatteluissa. Asiakashaastatteluissa käsitykset osallisuudesta, asiakaslähtöisyydestä ja niiden toteutumisesta kuvattiin usein vastakohtien kautta. Asiakkaat esimer-

kiksi liittivät asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen käsityksen syvemmästä keskustelusta. Samassa yhteydessä he kuvasivat niitä tilanteita, joissa yhteistyösuhte oli ollut vain kuulumisten vaihtoa tai reseptien uusimista.

Uljens (1996) toteaa, että tutkijan tulee olla teoreettisesti perehtynyt tutkimusalueeseensa tehdäkseen oikeita tulkintoja. Analyysin läpiviemiseen ei ole olemassa selkeitä ohjeita, mikä vaikeuttaa varsinkin aloittelevien tutkijoiden analysointiprosessia (Richardson 1999). Vaikka eri lähteissä fenomenografisen analyysin vaiheet oli kuvattu hieman erilailla, totesin niiden kuitenkin sisältävän samat perusvaiheet. Tutustuminen aikaisempiin kyseisellä lähestymistavalla laadittuihin väitöskirjoihin selvensi analyysiprosessin käytännön suorittamista. Niikko (2003) on todennut, että jokainen analyysi on erilainen, koska analyysi riippuu aina aineistosta.

Analyysiprosessissa tarvitaan kriittistä reflektiota, jotta voitaisiin varmistaa, että tulokset todella kuvaavat tutkimukseen osallistujien käsityksiä eivätkä tutkijan omia käsityksiä ja esiymmärrystä (Niikko 2003). Analyysiyksiköiden valintaan ja niiden kontekstiin tulee kiinnittää huomiota. Muutoin voi olla vaarana, että pelkät erot puhumisen tavoissa tai sanavalinnoissa voidaan tulkita käsitteellisiksi eroiksi (Säljö 1994). Olen pyrkinyt liittämään analyysini tueksi riittävän määrän suoria lainauksia aineistosta, jotta lukija voi arvioida tekemiäni ratkaisuja. Aina fenomenografisissa tutkimuksissa ei ole raportoitu riittävän selkeästi tutkimuksen ja analyysin kulkua, jotta lukija voisi seurata kategorioiden muodostumista. Kategoriajärjestelmä voi jäädä keskeneräiseksi, jollei kategorioita verrata keskenään ja liitetä teoreettiseen keskusteluun. (Huusko & Paloniemi 2006.) Niikko (2003) kysyy kriittisesti, ovatko kategoriat enemmän tutkijan kokemuksen ja esiymmärryksen erittelemistä aineistosta kuin tutkimukseen osallistuneiden ilmausten erittelyä. Viime kädessä tutkija kuitenkin päättää kategoriat.

Gröhn (1993) kuvaa tutkimustulosten olevan vain käsitysten poikkileikkaus tietynä ajankohtana. Näin käsitysten muuttuminen yksilöiden ja yhteisöjen tasolla jää liian vähälle huomiolle. Fenomenografiassa tutkitaan käsityksiä, mutta on epäselvää, kuinka paljon ne kuvaavat todellista toimintaa. Tutkimuksessani pyrin siihen, että haastateltavat kertoivat myös siitä, miten asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys käytännössä toteutuvat. Hautala-Jylhä (2007) toteaa, että käsitykset ovat samaan aikaan myös kuvauksia toiminnasta. Tärkeää on se, että haastatteluun osallistujat kuvaavat todellista toimintaa, ei vain ideaalia. Richardson (1999) pohtii, tavoittaako fenomenografia ihmisten käsitykset maailmasta ja ilmiöistä, vaan vain kuvauksen niistä. Voidaanko tavoittaa vain sanoja ja puhumisen tapoja (Säljö 1997) tai ihmisten tapoja ajatella ja toimia (Niikko

2003)? Se, kertooko tämä tutkimus enemmän haastattelutilanteista kuin asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä, jää lukijan päätettäväksi.

Rajoituksistaan ja fenomenografiseen lähestymistapaan liittyvistä kehittämistarpeista huolimatta arvioin lähestymistavan soveltuneen hyvin tutkimukseeni. Fenomenografisen lähestymistavan avulla oli mahdollista saada vastaukset tämän tutkimuksen tutkimusongelmiin. Sen avulla pystyin kuvamaan ja analysoimaan sekä palveluiden käyttäjien että työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä. Aineistolähtöinen analyysi mahdollisti kuvauskategorioiden muodostamisen rikkaasta aineistosta ilman etukäteisteoriaa tai -jäsentelyä.

8.4 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Fenomenografisessa tutkimuksessa ei pyritä absoluuttiseen totuuteen eikä sen saavuttamisen uskota olevan mahdollistakaan. Tavoitteena on, että tehdyt tulokset ovat perusteltuja, hyväksyttäviä ja puolustettavissa olevia. (Uljens 1991.) Ahosen (1996) mukaan fenomenografisen tutkimuksen luotettavuus perustuu aineiston ja johtopäätösten validiteettiin, jolla on kaksi ulottuvuutta: aitous ja relevanssi. Aitous merkitsee sitä, että aineiston ja johtopäätösten tulee vastata tutkimukseen osallistuvien ajatuksia, ja relevanssi sitä, että niiden tulee liittyä tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin.

Tutkimuksella ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä vaan teoreettista yleisyyttä tai yleistämistä eli tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä tutkimustilannetta vastaaviin tilanteisiin (Ahonen 1996; Kylmä 2008). Tämä rajoitus koskee myös tämän tutkimuksen tuloksia. Ahonen (1996) toteaa kuitenkin, että fenomenografisen tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ajattelun tasolla, kun lukija vertaa omia samoja ilmiöitä koskevia tulkintojaan tutkijan muodostamiin kategorioihin.

Tarkastelen tutkimuksen luotettavuutta käyttämällä Frilundin (1998) sekä Frilundin ja Hildinghin (2000) esittämiä käsitteitä. Heidän mukaansa tutkimusta voidaan yleisesti tarkastella neljän tärkeän käsitteen avulla. Näitä ovat sovellettavuus (applicability), yhtäpitävyys (concordance), varmuus (security) ja tarkkuus (accuracy). Laadullisen tutkimuksen kohdalla on syytä käyttää toisia käsitteitä eli tunnistaminen (identification), perusteltavuus (reasonableness), uskot-

tavuus (trustworthiness) ja tunnollisuus (conscientiousness)². (Frilund 1998; Frilund & Hildingh 2000.) Ainakin Hautala-Jylhä (2007), Jormfeldt (2007) ja Svedberg (2007) ovat käyttäneet väitöskirjatutkimuksissaan tätä luotettavuuden tarkastelutapaa.

Tunnistaminen liittyy siihen, voidaanko valitulla lähestymistavalla ja hankitulla aineistolla kuvata kiinnostuksen kohteena olevaa ilmiötä (Frilund & Hildingh 2000). Fenomenografian on todettu soveltuvan hyvin ihmisten erilaisten käsitysten kuvaamiseen (Marton & Booth 1997) ja terveydenhuollon tutkimukseen (Wenestam 2000). Aineiston hankin haastatteluiden avulla ja haastattelu-teemat laadin teoreettisen perehtyneisyyteni perusteella. Tutkimukseen osallistujat valitsin käyttäen tarkoituksenmukaista otantaa (Patton 2002). Tavoitteenani oli saada esiin mahdollisimman monia laadullisesti erilaisia käsityksiä asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuksessa oli mukana mielenterveys- ja päihdepalveluiden entisiä ja nykyisiä asiakkaita sekä työntekijöitä. Haastateltavien strateginen valinta (Jormfeldt ym. 2003) olisi voinut vielä monipuolistaa tutkimukseen osallistuneiden joukkoa ja siten aineistossa olisi voinut tulla esiin vielä useampia erilaisia käsityksiä kiinnostuksen kohteena olevista ilmiöistä. Kuitenkin myös tällä aineistonhankintastrategialla saavutettiin varsin monipuolinen haastateltavien joukko (taulukot 6 ja 7 alaluvussa 6.3). Aineiston hankinnan luotettavuuden arvioinnissa selvitetään esimerkiksi haastatteluun osallistuvien valinta, haastattelujen kulku, haastattelijan toiminta ja vuorovaikutus haastattelutilanteessa (Kokko 2004). Tutkimukseen osallistuvien valinta on kuvattu tarkemmin alaluvussa 6.2.

Perusteltavuus viittaa tutkimuksen validiteettiin. Laadullisessa tutkimuksessa se liittyy tutkimusaineiston kuvaamisen ja tulkinnan uskottavuuteen. (Svedberg 2007.) Aineiston avulla tulee voida vastata tutkimuskysymyksiin. Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset ohjasivat haastatteluteemojen laadintaa. Haastattelujen kuluessa huomasin, että eritoten asiakkaan osallisuus käsite ei ollut kovin tuttu varsinkaan tutkimukseen osallistuneille palveluiden käyttäjille. Koehaastattelut olisivat voineet parantaa haastatteluteemojen toimivuutta (ks. Hirsjärvi ym. 2007). Ahosen (1996) mukaan aineiston luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on se, että aineisto koskee tutkijan ja tutkimukseen osallistujan kannalta samaa asiaa eli että haastateltavat ovat ilmaisseet käsityksensä juuri tutkittavana olevasta ilmiöstä. Lisäksi arvioidaan sitä, ovatko haastateltavat

² Käännökset ovat omiani, ja englanninkielisten käsitteiden sisältämien merkitysten ilmaisu suomeksi on osin hankalaa. Niinpä olen suluisa maininnut alkuperäisen käsitteen väärinkäsitysten välttämiseksi.

ilmaiseet sen, mitä todella ajattelevat. Haastattelujen kulkua olen kuvannut (alaluku 6.3) ja arvioinut (alaluku 8.3) toisaalla. Haastattelujen avulla sain kuitenkin koottua riittävän ja monipuolisen aineiston, jonka avulla oli mahdollista löytää vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Uskottavuus liittyy tutkimuksen reliabiliteettiin (Frilund & Hildingh 2000) ja tutkimuksen huolelliseen suorittamiseen (Jormfeldt 2007). Luotettavan analyysiprosessin tuloksena luodut kategoriat vastaavat aineistoa (Kokko 2004). Tutkimuksen uskottavuutta lisää analyysin tarkka ja yksityiskohtainen kuvaus (Sjöström & Dahlberg 2002), joka tässä tutkimuksessa on alaluvussa 6.4. Riittävä aineistolainauksilla olen pyrkinyt perustelemaan muodostamiani ala- ja kuvauskategorioita (Ahonen 1996; Sjöström & Dahlberg 2002). Uskottavuutta parantaa myös se, että suoritin itse kaikki haastattelut (ks. Jormfeldt ym. 2003). Takman ja Severinsson (1999) toteavat, että luotettavuutta tarkasteltaessa tulee pohtia myös fenomenografisen tutkimuksen rajoituksia. Alaluvussa 8.3. olen arvioinut fenomenografista lähetymistapaa tässä tutkimuksessa.

Tunnollisuudella tarkoitetaan tutkijan omien ennako-oletusten tunnistamista ja niiden reflektointia koko tutkimusprosessin ajan (Frilund & Hildingh 2000). Aineiston fenomenografinen analyysi on tulkinnallinen prosessi, jossa tutkijalla on aktiivinen rooli (Larsson 1986). Analyysin tuloksena syntyneet kategoriat ovat tutkijan konstruktioita ja on mahdollista, että joku toinen tutkija päätyisi toisiin kategorioihin (Niikko 2003). Kokemusasiantuntijoiden tai -tutkijoiden hyödyntäminen kuvauskategorioiden arvioinnissa olisi voinut parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutustuin aineistoon hyvin analyysin ensimmäisessä vaiheessa ja palasin siihen toistuvasti analyysin kuluessa. Näin pyrin varmistamaan sen, että muodostamani kategoriat pohjautuvat aineistoon. Kuitenkin omat ennako-oletukseni voivat olla vaikuttamassa aineiston tulkintaan ja kategorioiden muodostamiseen.

Johtopäätösten teoreettinen luotettavuus liittyy läheisesti analyysiprosessin luotettavuuteen. Uljensin (1991; myös Niikko 2003) mukaan arvioitaessa tulkinna ja aineiston suhdetta fenomenografisessa tutkimuksessa sovelletaan totuuden korrespondenssiteoriaa. Kun arvioidaan ja perustellaan tutkimuksessa tehtyjä ratkaisuja ja argumentaatiota, noudatetaan koherenssiteoriaa. Kategoriat ovat valideja, jos ne ovat aitoja eli vastaavat haastateltujen tarkoittamia merkityksiä ja jos ne ovat relevantteja tutkimuksen teorian kannalta. Aitous voidaan osoittaa aineistositaatein ja teoreettinen merkityksellisyys kytkemällä kategoriat teoreettiseen tutkimuskäsitteistöön ja tutkimusongelmiin. (Ahonen 1996.) Olen alaluvussa 8.1 tarkastellut tutkimustuloksia suhteessa aikaisempaan teorian tietoon. Tutkimuksessa tuotettiin uutta tietoa, mutta osin tulokset ovat saman-

suuntaisia kuin aikaisemmin kirjallisuudessa esitetyt näkemykset asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuksen tulokset myös tukevat aiemmin esitettyjä näkemyksiä riittävän tiedonsaannin, itsemääräämisoikeuden ja voimaantumisen merkityksestä osallisuuden toteutumiselle.

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että merkittävä osa lähdekirjallisuudesta on ulkomaista, pääosin Isosta-Britanniasta. Tämä on merkittävää siksi, että muun muassa palvelujärjestelmä on näissä tutkimuksissa varsin erilainen kuin Suomessa, mikä voi osaltaan vaikuttaa myös tutkimustuloksiin. Syy anglosaksisen lähdemateriaalin runsauteen lienee siinä, että siellä palveluiden käyttäjien osallisuus ja siihen liittyvä tutkimus myös mielenterveys- ja päihdetyössä ovat pidemmällä kuin Suomessa. Toinen lähdemateriaaliin liittyvä huomio koskee mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan tutkimuksen osuutta lähteistä. Useista tiedonhauista huolimatta päihdetyöhön ja -palveluihin sekä asiakkaan osallisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen liittyvää aikaisempaa tutkimusta löytyi huomattavan vähän. Näin ollen lähdekirjallisuus painottuu mielenterveystyötä käsitteleviin tutkimuksiin.

9 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotuksia

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä tukemalla palveluiden käyttäjien osallisuutta. Tuloksena muodostettiin tutkimukseen osallistuneiden käsityksiin perustuvat kuvausmallit asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä sekä niiden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Näiden kuvausmallien pohjalta olen tunnistanut kehittämiskohteita sekä tehnyt ehdotuksia asiakkaiden osallisuuden kehittämiseen ja sitä kautta heidän elämänlaatunsa ja voimavarojensa vahvistamiseen.

Tutkimuksessa tuotettiin uutta tietoa sisällöllisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä työntekijöiden käsityksistä osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Tuloksena määriteltiin asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimustulosten mukaan asiakkaan osallisuus toteutuu osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena kehittämiseen sekä osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Osallisuuden toteutuminen on kuitenkin edelleen puutteellista. Palveluiden käyttäjien osallisuuden kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota osallisuuden turvaamiseen vastentah- toisessa hoidossa, riittävään tiedonsaantiin sekä siihen, että asiakkaalla olisi aitoja valinnan- ja vaikuttamisen mahdollisuuksia. Tulosten perusteella asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan tukea asiakkaan osallisuutta. Asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä toteutuu organisaatioiden, asiakas-työntekijä - yhteistyösuhteen ja yksittäisen työntekijän toiminnan tasolla.

Menetelmällisesti voidaan todeta, että fenomenografian lähestymistapa soveltuu hyvin sellaiseen tutkimukseen, jossa ollaan kiinnostuneista ihmisten käsityksistä erilaisista ilmiöistä. Aineistolähtöisen analyysin avulla oli mahdollista muodostaa runsaasta ja rikkaasta aineistosta kuvauskategoriat. Tutkimus vahvisti sen, että palveluiden käyttäjiltä kannattaa kysyä ja että heillä on runsaasti niin kokemustietoa kuin ideoita mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Myös vakavasti sairaat ja laitoshoidossa olevat henkilöt voivat osallistua tutki-

muksiin, kunhan tiedonhankintamenetelmien valinnassa huomioidaan asiakkaiden erilaiset kyvyt ja tilanteet.

Tämän preventiivisen hoitotieteen alaan kuuluvan tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia koskien asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Se tuottaa myös uutta tietoa, koska tiedonhakujen perusteella vastaavaa tutkimusta palveluiden käyttäjien osallisuudesta ei ole tehty Suomessa. Vaikuttaa siltä, että erityisesti sellaiset tutkimukset, joissa tiedonantajina on ollut päihdepalveluiden asiakkaita, ovat marginaalissa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä mielenterveys- ja päihdetyön koulutusta, käytäntöjä ja johtamista. Hoitotieteen ja -työn näkökulmasta sairaanhoitajat ja muut hoitotyöntekijät ovat merkittävä työntekijäryhmä niin mielenterveyskuin päihdetyössäkin. He myös usein työskentelevät käytännön asiakastyössä lähellä palveluiden käyttäjiä. Näin ollen heillä on merkittävä rooli asiakkaan osallisuuden edistämässä ja toteuttamisessa.

Tutkimustuloksilla on myös yhteiskunnallista merkitystä, koska mielenterveyden häiriöt ja päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat merkittävä kansantaloudellinen ja kansanterveydellinen haaste, johon tulisi voida puuttua tehokkaammin ja varhaisemmassa vaiheessa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää palveluiden käyttäjien terveyden edistämässä ja omahoidon tukemisessa.

Tutkimustulosten perusteella esitän seuraavat johtopäätökset ja kehittämisedotukset asiakkaan osallisuuden tukemiseksi mielenterveys- ja päihdetyössä:

Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen

- 1) Asiakkaan osallisuus voi mielenterveys- ja päihdetyössä toteutua monin eri tavoin, mutta sen toteutumisessa on edelleen puutteita. Asiakkaiden valmiudet olla osallisina ovat erilaisia, joten tarvitaan myös erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. On tilanteita, jolloin asiakkaalla on myös oikeus olla hoidettavana, ja vastaavasti tilanteita, jolloin työntekijällä on velvollisuus hoitaa ja tehdä ratkaisuja asiakkaan puolesta. Tavoitteena on kuitenkin asiakkaan mahdollisimman suuri osallisuus, itsemäärääminen ja voimaantuminen. Ensisijaista on osallisuuden toteutuminen henkilön omassa hoidossa ja kuntoutuksessa.

- 2) Asiakkaan osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla. Erityistä huomiota tulee kiinnittää riittävään resursointiin, asiakaslähtöisen toiminnan mahdollistavaan johtamiskulttuuriin sekä työntekijöiden asenteisiin. Tutkimustulosten mukaan työntekijöiden asenteella on merkitystä asiakkaiden osallisuuden toteutumiseen. Tämä haastaa pohtimaan sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen edelleen kehittämistä, koska perus- ja täydennyskoulutuksessa voidaan vaikuttaa työntekijöiden tiedollisiin, taidollisiin ja asenteellisiin valmiuksiin.
- 3) Palveluiden käyttäjät arvostavat työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Asiakkaan osallisuutta tukeva ja asiakaslähtöinen toiminta ei siis merkitse asiantuntijuudesta luopumista, vaan uudenlaista jaettua asiantuntijuutta.

Osallisuus kehittämistyöhön ja palveluiden järjestämiseen

- 4) Jotta osallisuus voisi toteutua myös mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä ja palveluiden järjestämisessä, tulee pohtia valtakunnallista ohjeistusta esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä työntekijöiden koulutuksessa. Lisäksi tulee selvittää ja ryhtyä toimenpiteisiin kokemusasiantuntijana toimimisen käytännön esteiden poistamiseksi.
- 5) Asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöistä toimintatapaa mielenterveys- ja päihdetyössä tulee kehittää palveluiden käyttäjien, työntekijöiden, oppilaitosten, päättäjien ja muiden toimijoiden yhteistyönä. Jollei palveluiden käyttäjiä oteta mukaan tähän työhön, ei tapahdu aitoa muutosta ja palveluiden käyttäjien voimaantumista.

Vastentahtoinen hoito

- 6) Osallisuuden toteutumiseen erilaisissa pakkoa tai velvoittavuutta sisältävissä tilanteissa tulee kiinnittää erityistä huomiota. Vastentahtoinen hoito ei ole este osallisuudelle ja hyvälle, asiakaslähtöiselle kohtelulle. Pakon käytölle, erilaisille säännöille ja määräyksille tulee olla riittävät ja selkeät perusteet, jotka läpikäydään yhdessä asiakkaan kanssa.

Riittävä tiedonsaanti

- 7) Edelleen kaikilla tasoilla tulee kiinnittää huomiota palveluiden käyttäjien riittävään tiedonsaantiin. Rakenteiden ja järjestelmän tasolla tulee antaa tietoa siitä, mihin palvelunkäyttäjänä ja asiakkaana on mahdollista vaikuttaa. Näin vältetään epärealistisilta odotuksilta ja pettymyksiltä. Tutkimustulosten mukaan mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaan vallinnan- ja vaikutusmahdollisuudet ovat käytännössä vähäiset. Voidakseen olla osallisina asiakkaat tarvitsevat tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksistaan. Tietoa tulee antaa sellaisessa muodossa, että asiakas sen ymmärtää.

Jatkotutkimusehdotuksia:

- 1) Jatkossa olisi tärkeää tutkia asiakkaan osallisuuden toteutumista mielenterveys- ja päihdetyön käytännössä. Kansainvälisesti on kehitetty mittareita, joiden avulla asiaa voidaan tutkia. Näitä mittareita tulisi soveltaa ja pilotoida Suomen olosuhteisiin.
- 2) Perheen ja läheisten osallisuus ja osallistuminen jäivät tutkimuksessa vähälle huomiolle. Jatkossa olisikin tärkeää selvittää läheisten ja omaisten käsityksiä niin asiakkaan osallisuudesta kuin läheistenkin osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä.
- 3) Tarvitaan palveluiden käyttäjien osallisuutta vahvistavaa tutkimusta. Esimerkiksi osallistavan toimintatutkimuksen keinoin voitaisiin kehittää asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä.

10 Brukarmedverkan inom mentalvårds- och missbruksar- bete. Fenomenografisk ansats. Svensk sammanfattning

Brukarmedverkan inom mentalvårds- och missbruksarbete är ett erkänt värde och mål som betonas i många planer, program och strategier. I praktiken har brukarmedverkan hittills genomförts bristfälligt. Begreppet brukarmedverkan har ett nära samband med begreppet brukarorientering. Syftet med denna avhandling var att beskriva brukarmedverkan och brukarorientering i mentalvårds- och missbruksarbete ur klienternas och personalens synvinkel. Målsättningen var att med hjälp av samlad information kunna utveckla mentalvårds- och missbruksarbete genom att understödja brukarmedverkan.

Undersökningen förverkligades i tre faser: 1) klienter med expertis från mental- och missbrukarvården intervjuades (n=27), 2) anställda inom mental- och missbrukarvården intervjuades (n=11), 3) modeller för brukarmedverkan och brukarorientering utformades. Datamaterialet analyserades genom att tillämpa en fenomenografisk ansats. Den fenomenografiska ansatsen betonar andra ordningens perspektiv, dvs. de olika sätt på vilka människor uppfattar och upplever olika fenomen. Som resultat av analysen utformades subkategorierna och beskrivningskategorierna som förklarar deltagarnas uppfattningar om brukarmedverkan och -orientering inom mentalvårds- och missbruksarbete. Till slut kombinerades beskrivningskategorierna till överkategorier som formar modeller för brukarmedverkan och brukarorientering inom mentalvårds- och missbruksarbete.

Enligt resultaten betydde brukarmedverkan att man godkänner, iakttar och utnyttjar brukarnas expertis. Medverkan förverkligades på tre olika sätt: brukarna hade möjlighet att invärka på 1) sin egen vård och rehabilitering; 2) utvecklingen av service; samt 3) organiseringen av service. Det kom fram många

olika faktorer som bidrog till brukarmedverkan och dess förverkligande i praktiken. Dessa faktorer hängde ihop med samhället och olika organisationers verksamhet samt med de anställda och brukarna själva. Enligt de uppfattningar, som de brukare och anställda som deltog i denna undersökning uppvisade, betydde brukarorienteringen inom mentalvårds- och missbruksarbete i en vid mening de anställdas sätt att arbeta och i en begränsad mening det sätt på vilket man ställer upp målen för arbetet. Några klienter tyckte också att brukarorienteringen inte hör till mentalvårds- och missbruksarbete eller att den är rena rama retoriken. Brukarorienteringen kunde förverkligas på tre olika nivåer: som organisationers brukarorienterade verksamhet, som relation mellan klienten och vårdaren eller däri hur en brukarorienterad vårdare arbetar. De anställda som deltog i undersökningen tyckte att ett brukarorienterat arbetssätt hade ett positivt inflytande på relationen mellan klienten och vårdaren samt på klienterna och vårdarna själva.

Med tillhjälp av denna undersökning kartlades de uppfattningar som brukare och anställda har inom mentalvårds- och missbruksarbete. Genom att använda fenomenografisk ansats framställde denna avhandling ny information om brukarmedverkan, brukarorientering och deras förverkligande inom mentalvårds- och missbruksarbete. Det behövs olika former av brukarmedverkan för att mångahanda klienter skall kunna medverka. I synnerhet måste iaktas att det finns möjligheter till brukarmedverkan inom ofrivillig vård och service, att klienter får tillräckligt med information samt att det finns äkta möjligheter för att välja och inverka. Man kan understödja brukarmedverkan genom att bygga brukarorienterade strukturer och att arbeta på ett brukarorienterat sätt. I fortsättningen är det viktigt att utveckla brukarmedverkan inom mentalvårds- och missbruksarbete t.ex. med hjälp av deltagande aktionsforskning.

Lähteet

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123, 1293–1298.
- Aalto, M. 2008. Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. *Kansanterveys* 4, 7–8.
- Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholin liikakäyttö. Teoksessa *Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*, 11–21.
- Aaltonen, T. 2004. Autonomiamia ja osallistumista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 176–184.
- Ahonen, S. 1996. Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa *Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. (toim.) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä, Helsinki*, 113–160.
- Ala-Kauhahuoma, M. 2000. Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. *Kuntoutus* 3, 13–18.
- Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. *Vastapaino, Tampere*
- Alasuutari, P. 2004. Suunnitteluloudesta kilpailulouteen. Miten muutos oli ideologisesti mahdollinen? *Yhteiskuntapolitiikka* 69(1), 3–16.
- Alasuutari, P. & Lampinen, M. 2006. OECD ja suomalaisen projektiyhteiskunnan synty. Teoksessa *Rantala, K. & Sulkunen, P. (toim.) Projektiyhteiskunnan käänöpuolia. Gaudeamus, Helsinki*, 56–68.
- Alavaikko, M. 2001. Alkoholi- ja huumeekenttien muutos paikallisesta näkökulmasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(2), 159–168.
- Alavaikko, M. 2006. Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu - keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Teoksessa *Rantala, K. & Sulkunen, P. (toim.) Projektiyhteiskunnan käänöpuolia. Gaudeamus, Helsinki*, 39–55.
- Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. 2005. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Luettavissa www.kaypahoito.fi. Viitattu 26.1.2010
- Almond, P. 2001. What is consumerism and has it had an impact on health visiting provision? A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 35(6), 893–901.
- Alonso, J, Buron, A, Rojas-Farreras, S, de Graaf, R, Haro, JH, de Girolamo, G, Bruffaerts, R, Kovess, V, Matschinger, H. & Vilagut, G. 2009. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 118, 180–186.
- Andreassen, TA. 2008. Asymmetric mutuality: User involvement as a government-voluntary sector relationship in Norway. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 37(2), 281–299.
- Anthony, P. & Crawford, P. 2000. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 425–434.

- Antikainen-Juntunen, E. 2005. Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampere.
- Anttinen, EE. & Ojanen, M. 1984. Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemisen ja tutkimuksen perusteella. Lege Artis Oy, Tampere.
- Arki mielisairaalassa. Selvitys psykiatrisen potilaan arjesta. 1995. Mielenterveyden Keskusliitto, Helsinki.
- Arksey, H. & Knight, P. 1999. Interviewing for social scientists. An introductory resource with examples. Sage Publications, London.
- Arnkil TE, Eriksson E. & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektori-keskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes, Raportteja 253, Helsinki.
- Aspvik, U. 2003. Psykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminta: toiminnan kehittämisprosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Series D 750 Medica. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu.
- Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13, Helsinki.
- Beebe, LH. & Smith, K. 2008. Examining informed consent in persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 29, 397–410.
- Beresford, P. 2001. Services users, social policy and the future of welfare. *Critical Social Policy* 21(4), 494–512.
- Bokhour, BG, Pugh, MJ, Rao, JK, Avetisyan, R, Berlowitz, DR. & Kazis, LE. 2009. Improving methods for measuring quality of care: a patient-centered approach in chronic disease. *Medical Care Research and Review* 66(2), 147–166.
- Breeze, J. 1998. Can paternalism be justified in mental health care? *Journal of Advanced Nursing* 28(2), 260–265.
- Bromell, D. & Hyland, M. 2007. Social inclusion and participation: a guide for policy and planning. Ministry of Social Development, New Zealand. Luettavissa <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/planning-strategy/social-inclusion-participation-guide/index.html>. Viitattu 19.1.2010
- Bryant, J, Saxton M, Madden, A, Bath, N. & Robinson, S. 2008. Consumer participation in the planning and delivery of drug treatment services: the current arrangements. *Drug and Alcohol Review* 27, 130–137.
- Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Johdanto. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 7–10.
- Cahill, J. 1996. Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* (24), 561–571.
- Cahill, J. 1998. Patient participation - a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 7, 119–128.
- Campbell, SM, Gately, C. & Gask, L. 2007. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illness* 3, 46–65.

- Carr, S. 2007. Participation, power, conflict and change: Theorizing dynamics of service user participation in the social care system of England and Wales. *Critical Social Policy* 27(2), 266–276.
- Clark, CC. & Krupa, T. 2002. Reflections on empowerment in community mental health: giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 341–349.
- Clark, M, Davis, M, Fisher, A, Glynn, T. & Jefferies, J. 2008. Transforming services: changing lives. A guide for action. Working for user involvement in mental health services paper 3. Centre for excellence in interdisciplinary mental health. University of Birmingham, Birmingham. Luettavissa http://www.ceimh.bham.ac.uk/documents/transforming_services_changing_lives_web.pdf. Viitattu 4.1.2010
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Vastapaino, Tampere.
- Connor, SL. & Wilson, R. 2006. It's important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health* 15(4), 461–474.
- Corrigan, PW, Kerr, A. & Knudsen, L. 2005. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 11, 179–190.
- Cowden, S. & Singh, G. 2007. The 'User': Friend, foe or fetish? A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy* 27(1), 5–23.
- Crawford, MJ, Aldridge, T, Bhui, K, Rutter, D, Manley, C, Weaver, T, Tyrer, P. & Fulop, N. 2003. User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatr Scand* 107, 410–414.
- Crawford, MJ. & Rutter, D. 2004. Are the views of mental health user groups representative of those of "ordinary" patients? A cross-sectional survey of service users and providers. *Journal of Mental Health* 13, 561–568.
- Curtis, J. & Harrison L. 2001. Beneath the surface: collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification. *Journal of Advanced Nursing* 34(6), 737–744.
- Dalrymple, J. & Burke, B. 2006. Anti-oppressive practice. Social care and the law. 2. ed. Open University Press, Maidenhead.
- Davies, BR. 2005. Coercion or collaboration? Nurses doing research with people who have severe mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 106–111.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. 2004. Päivitetty 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Luettavissa www.kaypahoito.fi. Viitattu 26.1.2010
- Diamond, B, Parkin G, Morris, K, Bettinis, J. & Bettesworth C. 2003. User involvement: substance or spin? *Journal of Mental Health* 12(6), 613–626.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. 2006. Stakes, Työpapereita 3, Helsinki.
- Ehrling, L. 2009. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisessa. Teoksessa Tammi, T, Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) *Irti päihdeongelmista: tutkimuksia hoidon ja ehkäisyntoimenpiteistä*. Edita, Helsinki, 145–170.
- Eldh, A, Ekman, I. & Ehnfors, M. 2006. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics* 13(5), 503–514.
- Epävakaata persoonallisuutta. Käypä hoito -suositus. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Luettavissa www.kaypahoito.fi. Viitattu 26.1.2010

- Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062. Luettavissa www.finlex.fi Viitattu 22.1.2008
- Eronen, A, Londén, P, Perälähti, A, Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2005. Sosiaalibarometri 2005. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Eronen, A, Londén, P, Perälähti, A, Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2009. Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Eskola, J. 2007a. Marginaalista keskiöön? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 191–193.
- Eskola, J. 2007b. Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita, Helsinki, 13–44.
- Eskola, J. & Karila, A. 2007. Kiteytyksiä. Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita, Helsinki, 205–207.
- ETENE 2004. Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003. ETENE-julkaisuja 10, Helsinki. Luettavissa <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- ETENE 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENE-julkaisuja 19, Helsinki. Luettavissa <http://www.etene.org/dokumentit/Etene19sb.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- ETENE 2009. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. ETENE-julkaisuja 25, Helsinki.
- European committee for social cohesion. 2004. Users' involvement in social services. Final report of the activity carried on in 2003-2004. Luettavissa http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/socservices_en.asp. Viitattu 23.1.2010
- EU 2007. Valkoinen kirja. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013. Luettavissa http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fi.pdf
- EU 2008. European pact for mental health and well-being. EU high-level conference "Together for mental health and wellbeing". Brussels, 12–13.6.2008. Luettavissa http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf. Viitattu 1.4.2010
- Evers, A. 2003. Current strands in debating user involvement in social services. Discussion Paper for the "Group of Specialists on User Involvement in Social Services (CS-US)" Council of Europe.
- Finfgeld, DL. 2004. Empowerment of individuals with enduring mental health problems. Results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science* 27(1), 44–52.
- Fischer, J, Jenkins, N, Bloor, M, Neale, J. & Berney, L. 2007. Drug user involvement in treatment decisions. Joseph Rowntree Foundation, York.
- Fischer, J. & Neale, J. 2008. Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs: education, prevention and policy* 15(2), 161–175.

- Fischer, J, Neale, J, Bloor, M. & Jenkins, N. 2008. Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3:21. Luettavissa <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/21>. Viitattu 9.4.2009
- Fitzsimons, S. & Fuller, R. 2002. Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: a review. *Journal of Mental Health* 11(5), 481–499.
- Friberg, F, Dahlberg, K, Nyström Petersson, M. & Öhlén, J. 2000. Context and methodological decontextualization in nursing research with examples from phenomenography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 37–43.
- Frilund, B. 1998. Qualitative methods in healthcare research: Some issues related to utilisation and scrutiny. *Care of the Critically Ill* 16(6), 212–214.
- Frilund, B. & Hildingh, C. 2000. Health and qualitative analysis methods. Teoksessa Frilund, B. & Hildingh, C. (toim.) *Qualitative research methods in the service of health*. Studentlitteratur, Lund, 13–25.
- Frilund, F, Dahlberg, K, Nyström Petersson, M. & Öhlén, J. 2000. Context and metodological decontextualization in nurrsing research with examples from phenomenography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 37–43.
- Gillham, B. 2005. *Research interviewing. The range of techniques*. Open University Press, Maidenhead.
- Goodwin, V. & Happell, B. 2006. In our own words: consumers' views on the reality of consumer participation in mental health care. *Contemporary Nurse* 21(1), 4–13.
- Goodwin, V. & Happell, B. 2007. Psychiatric nurses' attitudes toward consumer and carer participation in care. Part 1 - Exploring the issues. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 8(4), 276–284.
- Goodwin, V. & Happell, B. 2008. Psychiatric nurses' attitudes toward consumer and carer participation in care. Part 2 - Barriers to participation. *Policy, Politics & Nursing Practice* 9(4), 249–256.
- Gröhn, T. 1993. Fenomenograafinen tutkimusote. Teoksessa Gröhn, T. & Jussila, J. (toim.) *Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa*. Yliopistopaino, Helsinki, 1–32.
- Halila, R. 2010. Itsemääräämisoikeuden rajat sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM. Selvitys 24.1.2010. Luettavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1199380&name=DLFE-10933.pdf. Viitattu 15.6.2010
- Hallamaa, J. 2004. Ihmisen vastuu elämänvalintojensa seurauksista. Teoksessa ETENE. *Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä*. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003. ETENE-julkaisuja 10, Helsinki. Luettavissa <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- Hallamaa, J. 2008. Kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa? Teoksessa ETENE 2008. *Miten käy maan hiljaisten?* Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 10-vuotisseminaari Helsinki, 8. lokakuuta 2008. ETENE-julkaisuja 23, Helsinki, 33–36.
- Hansen, T, Hantling, T, Lidal, E. & Ruud, T. 2002. Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs: a quantitative study of Norwegian mental health care. *Journal of Advanced Nursing* 39(6), 554–562.

- Hansen, T, Hatling, T, Lidal, E. & Ruud, T. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 292–297.
- Hanssen, I. 2004. An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics* 11(1), 28–41.
- Harjajärvi, M, Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Stakes & Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Hautala-Jylhä, P-L. 2007. Psychiatric post-ward outpatient services: between hospital and community. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 145, Kuopio.
- Hayes, A, Gray, M. & Edwards, B. 2008. Social inclusion. Origins, concepts and key themes. Paper prepared by the Australian Institute of Family Studies for the Social Inclusion Unit, Department of the Prime Minister and Cabinet, Australia. Luettavissa http://www.socialinclusion.gov.au/Documents/AIFS_SI_concepts_report_20April09.pdf. Viitattu 19.1.2010
- Heikkilä, M. & Julkunen, I. 2003. Obstacles to an oncreased user involvement in social services. A commissioned background document. Council of Europe. Group of Specialists in Social Services (CS-US). Luettavissa http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/socservices_en.asp. Viitattu 22.3.2009
- Heiskanen, T, Lyytikäinen, M. & Sassi, P. 2006. Miten mielenterveyttä edistetään. Mielenterveys-talkoot-hankkeen loppuraportti. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.
- Heiskanen, T, Salonen, K, Kitchener, B. & Jorm, A. 2008. Käsikirja mielenterveydestä ja ensiavusta. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.
- Hella, E. 2003. Fenomenografia uskontopedagogisessa tutkimuksessa. *Teologinen aikakauskirja* 108(4), 310–322.
- Hem, MH, Heggen, K. & Ruyter, KW. 2007. Questionable requirement for consent in observational research in psychiatry. *Nursing Ethics* 14(1), 41–53.
- Hickey, G. & Kipping, C. 1998. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7(1), 83–88.
- Hintsala, A. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä ja asiantuntijuudesta asiakkaiden erityispalvelutarpeiden tunnistajina: yksin yhdessä. Licensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus, Helsinki.
- Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Hobbs, JL. 2009. A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research* 58(1), 52–62.
- Hodge, S. 2005. Participation, discourse and power: a case study in service user involvement. *Critical Social Policy* 25(2), 164–179.
- Hostick, T. 1998. Developing user involvement in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5, 439–444.
- Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Väitöskirja. Psykiatrian klinikka, Turun yliopisto. Annales Universitatis Turkuensis C 212, TTY-Paino, Tampere.
- Hui, A. & Stickley, T. 2007. Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59(4), 416–426.

- Huuhka, P. & Suominen, T. 2010. Kehitysvammaisen oman hallinnan tukeminen. *Tutkiva Hoito* 8(1), 28–35.
- Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Luettavissa www.kaypahoito.fi. Viitattu 26.1.2010
- Huusko, M. & Paloniemi, S. 2006. Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 2, 162–173.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1028. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Häkkinen, K. 1996. Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä. Teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Jyväskylän yliopisto, Opettajankoulutuslaitos. Opetuksen perusteita ja käytäntöjä 21, Jyväskylä.
- Hänninen, K, Julkunen, I, Hirsikoski, R, Högnabba, S, Paananen, I, Romo, H. & Thomasen, T. 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-menetelmän oppimisen kehistä. *Stakes raportteja* 6, Helsinki.
- Hänninen, V. 1999. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Väitöskirja. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja - ser. D osa 891. Turun yliopisto, Turku.
- Hörnberg, U, Brunt, D. & Axelsson, Å. 2004. Clients' perceptions of client-nurse relationships in local authority psychiatric services: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 13, 9–17.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. *Stakes, Ohjeita ja luokituksia* 2004:4, Helsinki.
- Iphofen, R. 2005. Ethical issues in qualitative health research. Teoksessa Holloway, I. (ed.) *Qualitative research in health care*. Open University Press, London, 17–35.
- Isohanni, M. 1983. Uudistuva psykiatrinen sairaala. *WSOY*, Helsinki.
- Jackson, S. & Stevenson, C. 2000. What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 378–388.
- Janhonen, S. 1999. Potilaslähtöinen hoito. Teoksessa Janhonen, S, Lepola, I, Nikkonen, M. & Toljamo, M. (toim.) *Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituannelle*. Professori Maija Hentisen juhlakirja. Oulun yliopisto, Oulu, 27–34.
- Jormfeldt, H. 2007. Dimensions of health among patients in mental health services. *Akademisk avhandling*. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden.
- Jormfeldt, H, Svedberg, P. & Arvidsson, B. 2003. Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 608–615.
- Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. *Vastapaino*, Tampere.

- Julkunen, I. & Heikkilä, M. 2007. User involvement in personal social services. Teoksessa van Berkel, R. & Valkenburg B. (toim.) Making it personal. Individualising activation services in the EU. The Policy Press University of Bristol, UK, 87–103.
- Julkunen, R. 2004. Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus, Helsinki, 168–187.
- Julkunen, R. 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki.
- Jähi, R. 2004. Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykkinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1015, Tampere University Press.
- Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Järvikoski, A, Hokkanen, L, Härkäpää, K, Martin, M, Nikkanen, P, Notko, T. & Puumalainen, J. 2009. Johdanto. Teoksessa Järvikoski, A, Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, Helsinki, 13–24.
- Järvinen, A. & Karttunen, P. 1997. Fenomenografia käsitysten kirjon kuvaajana. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki, 164–173.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Opinpajan kirja, Tampere.
- Kaivosoja, M. 2006. Kuntoutujien osallisuudelle annettava mielenterveystyössä enemmän tilaa. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 11, 1193.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Luettavissa www.kaypahoito.fi. Viitattu 26.1.2010
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma. Ei vuosilukua. Luettavissa <http://info.stakes.fi/nr/rdonlyres/392de4ae-f796-4b04-a0b3-a8418a6a4a01/0/mielenterveysjapaihdeyontyosuunnitelma.pdf>. Viitattu 1.6.2010
- Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3, Helsinki.
- Karjalainen, V. 2006. Yksilöitymiskehitys muuttaa kuntoutusta - mutta miten? Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes, Helsinki, 11–25.
- Karlsson, N. & Wahlbeck, K. 2010. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Institut för hälsa och välfärd, Rapport 24/2010, Helsingfors.
- Karlsson, T. & Virtanen, A. 2010. Päihteiden käytön epidemiologia Suomessa. Teoksessa Partanen, A, Moring, J, Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010, Helsinki, 19–24.
- Kaukonen, O. 1994. Sosiaaliseen päihdehuoltoon? Keskusteluaineistoa päihdehuollon nykytilasta ja kehittämismahdollisuuksista. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Raportteja 137, Helsinki.
- Kaukonen, O. 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70(3), 311–322.

- Kaukonen, O & Mäki, J. 1996. Rakennemuutos vai sopeutus? Päihdepalvelut 1990-luvun alkuvuosina. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, raportteja 192, Helsinki, 101–121.
- Kekki, T. & Partanen, A. 2008. Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stakes, Työpapereita 38, Helsinki.
- Keski-Valkama, A. 2010. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 945. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Tampere. Luettavissa <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8025-6.pdf>. Viitattu 28.8.2010
- Kiikkala, I. 1998. Kirjeitä hullunmyllystä: hätähuuto ihmisyyden puolesta. Teoksessa Haverinen, R, Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.). Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Stakes, Helsinki, 135–152.
- Kiikkala I. 1999. Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? Sairaanhoidaja 72(3), 6–10.
- Kiikkala I. 2000. Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P. & Kiikkala I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi, Helsinki, 112–121.
- Kohti parempaa mielenterveyttä. Hämeenlinnan seutukunnan mielenterveysuunnitelma ja toimintaohjelma. 2006. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.
- Koivisto, K, Janhonen, S. & Kiikkala, I. 2007. Mielenterveyspotilaan kokemuksiin ja vahvuuksiin perustuva hoitotyö. Sairaanhoidaja 80(9), 22–24.
- Koivisto, K, Janhonen, S, Latvala, E. & Väisänen, L. 2001. Applying ethical guidelines in nursing research on people with mental illness. Nursing Ethics 8(4), 328–339.
- Koivu, A. & Haatainen, K. 2010. Mielenterveyden edistämisen näkökulma. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOYpro, Helsinki, 76–98.
- Kokko R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 72, Helsinki.
- Kokko, S. 2002. Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, raportteja 268, Helsinki, 48–59.
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielen-terveystyöstä. Väitöskirja. Acta Universitas Ouluensis D 785. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu.
- Kokko, S, Heinämäki, L, Tynkkynen, L-K, Haverinen, R, Kaskisaari, M, Muuri, A, Pekurinen, M. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. THL, Raportti 36/2009, Helsinki.
- Kokkola, A., Kiikkala, I, Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto ja Stakes, Helsinki.
- Koponen, P, Hakulinen T. & Pietilä A-M. 2008. Asiakas ja terveyspalvelut. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, P., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, 78–130.

- Korhonen, A. & Paasivaara, L. 2008. Narratiivinen menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Esimerkkinä yksilövästuisen hoitotyön kehittämishanke. *Hoitotiede* 20(1), 27–35.
- Korkeila, J. 1998. Perspectives on the public psychiatric services in Finland. Evaluating the deinstitutionalisation process. Väitöskirja. Gummerus, Jyväskylä.
- Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? *Duodecim* 122, 2251–2257.
- Kosciulek, JF. 1999. The consumer-directed theory of empowerment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 42(3), 196–213.
- Kosciulek, JF, & Merz, MA. 2001. Structural analysis of the consumer-directed theory of empowerment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 44(4), 209–216.
- Koskinen, M. 2009. Omistajuus erilaisten yrittäjien käsityksinä ja tulkintoina. Fenomenografinen tutkimus. Väitöskirja. *Jyväskylä studies in business and economics* 74. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Koslander, T. & Arvidsson, B. 2007. Patients' conceptions of how spiritual dimension is addressed in mental care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 57(6), 597–604.
- Kovalainen, A. 2004. Hyvinvointipalvelujen markkinointuminen ja sukupuolisopimuksen muutos. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Gaudeamus, Helsinki, 187–209.
- Kujala, E. 1996. Osallisuus omaan hoitoonsa – hoitotyöpalveluiden käyttäjien kokemuksia perusterveydenhuollossa. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 914. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Kuosmanen, L. 2009. Personal liberty in psychiatric care: towards service user involvement. Väitöskirja. *Anales Universitatis Turkuensis. Sarja - ser. D osa 841*. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, Turku.
- Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa Hallamaa, J, Launis, V, Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, 124–140.
- Kylmä, J. 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. *Yliopistotiedot* 45. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, Kuopio, 109–120.
- Kylmä, J, Pietilä A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Terveystieteen etiikan lähtökohdat. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, P., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K (toim.) *Terveystieteen etiikka. Uudistuvat työmenetelmät*. WSOY, Helsinki, 62–77.
- Kärkkäinen, J. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdyntymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. *Stakes, Tutkimuksia* 138, Helsinki.
- Laatutähteä tavoittelemassa. Ehkäisevän päihdetyön laatuvaatimukset. 2006. Stakes, Helsinki.
- Laitila, M. 2003. Kutsumus ja ammatillinen kasvu sairaanhoitajan työssä ja elämänsä aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 2007/169. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 21.1.2010

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 13.4.2009
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 13.4.2009
- Lammers, J. & Happell, B. 2003. Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 385-392.
- Lammers, J. & Happell, B. 2004. Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: a perspective from Victoria, Australia. *Issues in Mental Health Nursing* 25, 261-276.
- Larivaara, P, Kiuttu, J. & Taanila, A. 2001. The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 19, 8-13.
- Larsson, S. 1986. Kvalitativ analys: exemplet fenomenografi. *Studentlitteratur*, Lund.
- Lassila, A. 2006. Prosessiajattelu mielenterveystyön kehittämisessä ja johtamisessa. *Suomen Lääkärilehti* 36, 3615-3620.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoito laitospäristössä. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis*. Oulun yliopisto, Oulu.
- Latvala, E. 2001. Potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyön tutkimuksessa. *Hoitotiede* 13(2), 99-105.
- Latvala, E. 2002. Developing and testing methods for improving patient-oriented mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 41-47.
- Latvala, E, Saranto, K. & Pekkala, E. 2004. Developing and testing instruments for improving cooperation and patient participation in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 614-619.
- Lavikainen, J, Fryers, T. & Lehtinen V. (toim.) 2006. Improving Mental Health in Europe - Proposal of the MINDFUL project. *Stakes*, Helsinki.
- Lavikainen, J, Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.) 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17, Helsinki.
- Lehtinen, V. 2008. Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. *Stakes*, Helsinki.
- Lehtinen, V, Alanen, YO, Anttinen, EE, Eerola, K, Lönnqvist, J, Pylkkänen, K. & Taipale, V. 1989. *Sosiaalipsykiatria*. Painokaari Oy, Helsinki.
- Lehto, M. 2004a. Itsemääräämisoikeuden ja heitteillejätön raja psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa ETENE. Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003. ETENE-julkaisuja 10, Helsinki, 27-29. Luettavissa <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- Lehto, P. 2004b. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2006. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J, Heikkinen, M, Henriksson, M, Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 2.-4. painos. Duodecim, Helsinki, 13-20.
- Leiman, M. 2007. Palvelumarkkinat ja mielenterveys. Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Edita, Helsinki, 190-204.

- Leino-Kilpi, H. 2009. Eeettisesti erilaiset hoitokäytännöt. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Helsinki, 103–1136.
- Leino-Kilpi, H, Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Raportteja 229. Stakes, Helsinki.
- Lepke, A, Gzil, F, Cammelli, M, Lefevre, C, Pachoud, B. & Ville, I. 2007. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation* 29(20–21), 1555–1565.
- Leskinen, A. 1999. Muutoksen merkit. Tapaustutkimus vanhusten, vammaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelujen rakennemuutoksesta kolmessa kunnassa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Lester, H, Tait, L, England, E. & Tritter, J. 2006. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice* 56(527), 415–422.
- Lindqvist, M. 2004. Terveystieteiden etiikka ja valinnat aikamme pelissä. Teoksessa ETENE. Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003. ETENE-julkaisuja 10, Helsinki. Luettavissa <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- Linhorst, DM. & Eckert, A. 2002. Involving people with severe mental illness in evaluation and performance improvement. *Evaluation & the Health Professions* 25(3), 284–301.
- Linhorst, DM. & Eckert, A. 2003. Conditions for empowering people with severe mental illness. *Social Service Review* 77(2), 279–305.
- Little, P, Everitt H, Williamson, I, Warner, G, Moore, M, Gould, C, Ferrier, K. & Payne, S. 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 323, 908–911.
- Lukkarinen, H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. WSOY, Helsinki, 116–164.
- Lundqvist, MJ. & Axelsson, Å. 2007. Nurses' perceptions of quality assurance. *Journal of Nursing Management* 15, 51–58.
- Luoma, JB, Kohlenberg, BS, Hayes, SC, Bunting, K. & Rye, AK. 2008. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory* 6(2), 149–165.
- Luoma, JB, Twohig, MP, Waltz, T, Hayes, SC, Roget, N, Padilla, M. & Fisher, G. 2007. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors* 32, 1331–1346.
- Länsimies-Antikainen, H. 2008. Ihmisen tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. 2008. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, Kuopio, 91–108.
- Länsimies-Antikainen, H. 2009. Realization of informed consent in health research. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E 177, Yhteiskuntatieteet, Kuopio.
- Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). 7.2.2001, päivitetty 17.4.2009. Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. STM, Helsinki. Luettavissa <http://www.etene.org/tukija/dokumentit/TUKIJAn-muistilista-170409.pdf>. Viitattu 22.5.2009

- Lönnqvist, J, Heikkinen, M, Henriksson, M, Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2006. *Psykiatria*. 2.-4. painos. Duodecim, Helsinki.
- Maaniittu, M. 1998. Kohtaaminen, vuorovaikutus ja laatu sosiaalipalveluissa. Teoksessa Haverinen, R, Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.). *Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla*. Stakes, Helsinki, 153–165.
- Makkonen, T. 2006. Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus. *Tiimi* 1, 4–7.
- Marton, F. 1981. Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *International Science* 10, 177–200.
- Marton, F. 1988. Phenomenography: exploring different conceptions of reality. Teoksessa Fetterman, D. (eds.) *Qualitative approaches to evaluation in education*. Praeger, New York, 176–205.
- Marton, F. & Booth, S. 1997. *Learning and awareness*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.
- Marton, F. & Pong, WY. 2005. On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research & Development* 24 (4), 335–348.
- Masterson, S. & Owen, S. 2006. Mental health service user’s social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health* 15(1), 19–34.
- McCormack, B. 2003a. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice* 9, 202–209.
- McCormack, B. 2003b. Researching nursing practice: does person-centredness matter? *Nursing Philosophy* 4, 179–188.
- McCormack, B. & McCance, TV. 2006. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479.
- Mead, N. & Bower, P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* 51, 1087–1110.
- Meier, PS, Barrowclough, C. & Donmall, MC. 2005. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 100, 304–316.
- Metteri, A. 2003. Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa Metteri, A. (toim.) *Asiakkaan ääntä kuunnellen*. Kitkakohdista kehittämisohdotuksiin. Edita, Helsinki, 156–175.
- Michie, S, Miles, J. & Weinman, J. 2003. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counselling* 51, 197–206.
- Mielenterveysbarometri 2009 -yhteenveto. Mielenterveyden keskusliitto. Luettavissa <http://www.mtkl.fi/@Bin/661773/Mielenterveysbarometri+2009+-yhteenveto.pdf>. Viitattu 5.2.2010
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9, Helsinki.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 22.1.2008
- Minett, RJ. 2002. User participation in mental health care: a literature review. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 9(2), 52–55.
- Moos, RH. 2005. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction* 100, 595–604.

- Moring, J. 2010. THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Partanen, A, Moring, J, Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010, Helsinki, 64–70.
- Moyle, W. 2002. Unstructured interviews: challenges when participants have a major depressive illness. *Journal of Advanced Nursing* 39(3), 266–273.
- Moyle, W. 2003. Nurse–patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 103–109.
- Mäkelä, K. 2005. Sosiaalitutkimuksen eettinen säätely. Teoksessa Stakes Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Kutsuseminaari 2.5.2005. Työpapereita 4. Luettavissa <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp4-2005.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- Mäkelä, R. 2004. Pakko ja hoidon rajat päihdeongelmaisen hoidossa. ETENE. Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003. ETENE-julkaisuja 10, Helsinki. Luettavissa <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE10fin.pdf>. Viitattu 22.5.2009
- Määttä, M. 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkiallisista ryhmistä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiologian laitos, Helsinki.
- Määttä, M. & Kalliomaa-Puha, L. 2006. Sopivaksi kasvattava yhteiskunta. Teoksessa Rantala, K. & Sulkunen, P. (toim.) Projektiyhteiskunnan käänköpuolia. Gaudeamus, Helsinki, 179–193.
- Mönkkönen, K. 2001. Kun kumpikaan ei tiedä: Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarioiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(5), 432–447.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, yhteiskuntatieteet 94, Kuopio.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita, Helsinki.
- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157, Kuopio.
- Nevalainen, V. 2010. Arviointia vuoden 2009 toiminnasta. Teoksessa Partanen, A, Moring, J, Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010, Helsinki, 62–64.
- Niemi, A, Paasivaara, L. & Kyngäs, H. 2006. Diskurssianalyysi hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 18(2), 81–89.
- Niikko, A. 2003. Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Joensuun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia, Joensuu.
- Niiranen, V. 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila, K, Forsberg, H. & Roivainen, I. (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. SoPhi, Jyväskylä, 63–80.
- Nikkonen, M. 1996. Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Väitöskirja. Oulun yliopistopaino, Oulu.

- Nikkonen, M. 1998. Laitospotilaasta sosiaalisesti toimijaksi? Ruukin palvelukoti psykiatrisen potilaan sosiaalisen minän uudelleenrakentajana. Teoksessa Haverinen, R, Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.). Kohtaamisia sosiaali- ja terveystieteiden alueille. Stakes, Helsinki, 228–245.
- Nordgren, S. & Fridlund, B. 2001. Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing* 35(1), 117–125.
- Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1245. Tampereen yliopisto, psykologian laitos, Tampere.
- Nordling, E. 2010. Edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä. Teoksessa Partanen, A, Moring, J, Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), *Avauksia* 16/2010, Helsinki 24–27.
- Nordling, E. & Ojanen, M. 1990. Henkilökunnan ja johtoryhmien käsitykset psykiatriasta erikoissairaanhoidon osana. Vertaileva tutkimus sairaanhoitopiireissä ja mielisairaanhoidopiireissä. *Sairaalaliitto*, Helsinki.
- Nordling, E, Rauhala, L. & Sironen, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen maakunnan alueella 2007–2008. Länsi-Suomen lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke. Luettavissa <http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>. Viitattu 2.4.2010
- Nuorvala, Y, Huhtanen, P, Ahtola, R. & Metso, L. 2008. Huono-osaisuus mutkistuu - kuudes päihdetapaustilasto 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), 659–668.
- Nuorvala, Y, Metso, L, Kaukonen, O. & Haavisto, K. 2000. Päihde-ehdotus asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapaustilastojen vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 65(3), 246–254.
- Nuorvala, Y. & Metso, L. 2004. Huumeasiakkaat yleistyivät sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Dialogi* 3, 40–41.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, Saarijärvi.
- O'Donovan, A. 2007. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 542–548.
- Ojanen, M. 1995. Kulttuuri, skitsofrenia ja psykiatrisen hoito. Teoksessa Haapoja, T., Nordling, E. & Somppi, V. *Eväitä elämään. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja. Ykkös-Offset Oy, Vaasa*, 57–75.
- Ojanen, M. & Sariola, E. 1986. Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Otava, Helsinki.
- Paloste, A. 2004. Valmistumisesta - Työelämään. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalalta vuonna 1995 valmistuneiden käsityksiä koulutuksesta, ammatillisesta pätevyydestä ja sijoittumisesta työelämään. Väitöskirja. *Acta Universitatis Lapponiensis* 68. Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Pang, MF. 2003. Two faces of variation: on continuity in the phenomenographic movement. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47(2), 145–156.
- Partanen, A. 2010. Päihdepalvelujärjestelmä. Teoksessa Partanen, A, Moring, J, Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitel-

- masta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010, Helsinki, 35–39.
- Patterson, S, Weaver, T, Agath, K, Albert, E, Rhodes, T, Rutter, D. & Crawford, M. 2008. 'They can't solve the problem without us': a qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England. *Health and Social Care in the Community* 17(1), 54–62.
- Patton, MQ. 2002. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Sage, Thousand Oaks (Calif.).
- Peck, E, Gulliver, P. & Towel, D. 2002. Information, consultation or control: user involvement in mental health services in England at the turn of the century. *Journal of Mental Health* 11(4), 441–451.
- Pelto-Huikko, A, Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006, Helsinki.
- Peltomäki, P, Harjumäki, P. & Husman, K. 2002. Muuttuva auttamistyön asiantuntijuus - kriisi-työn ja työterveyshuoltotoiminnan tarkastelua. Teoksessa Pirttilä, I. & Eriksson, S. (toim.) *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylän yliopisto, Kopijyvä, Jyväskylä, 81–103.
- Perttula, J. 1995. Fenomenologisen psykologian metodi - kohti käsitteellistä selkeyttä. *Hoitotiede* 7(1), 3–11.
- Pesonen, A. 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. *Lisensiaatintutkimus*. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Diakoniammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Pesso, K. 2004. Terveydenhoitotyön viitekehys tutkimuskohteena. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1005, Tampereen yliopisto.
- Picker Institute. 2004. Patient-centered care 2015: scenarios, vision, goals & next steps. Luettavissa <http://www.altfutures.com/pubs/Picker%20Final%20Report%20May%2014%202004.pdf>. Viitattu 10.2.2010
- Picker Institute Europe. 2003. Benefits of patient involvement. Improving patients' experience. Luettavissa http://www.pickereurope.org/Filestore/Quality/Factsheets/patient_involvement_newsletter_jun03.pdf. Viitattu 22.3.2009
- Picker Institute Europe. 2004. Listening to patients' views. Improving patients' experience. Luettavissa http://www.pickereurope.org/Filestore/Quality/Factsheets/listen_to_patients_May04.pdf. Viitattu 22.3.2009
- Pietilä, A-M. 2010. Teorioista toimintaan. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. WSOYpro, Helsinki, 274–277.
- Pietilä, A-M, Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Työmenetelmiä terveyttä edistävissä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A-M, Hakulinen, T, Hirvonen, P, Koponen, P, Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. WSOY, Helsinki, 148–171.
- Pietilä A-M. & Häggman-Laitila A. 2006. Preventiivinen hoitotiede: Tutkimuskohteen tarkastelua. Teoksessa Pietilä A-M., Vehviläinen-Julkunen K., Haaranen A. & Länsimies-Antikainen H.

- (toim.) Näkökulmia preventiivisen hoitotieteen tutkimukseen. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 38. Kopijyvä, Kuopio.
- Pietilä, A-M, Länsimies-Antikainen, H, Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOYpro, Helsinki, 15–31.
- Pietilä, A-M, Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä - arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 7(3), 5–12.
- Piirainen, K. 1999. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? Kuntoutus 4, 3–12.
- Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Väitöskirja. Acta Universitas Tampereensis 730, Tampereen yliopisto.
- Pilgrim, D. & Waldron, L. 1998. User involvement in mental health service development: How far can it go? Journal of Mental Health Nursing 7(1), 95–104.
- Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Stakes, Helsinki.
- Pohjola, A. 1994. Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämäkulkua toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Väitöskirja. Acta Universitas Lapponiensis, Rovaniemi.
- Pohjola, A. 1997. Asiaa asiakkaalta. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta? Atena, Jyväskylä, 168–186.
- Poulton, B. 1999. User involvement in identifying health needs and shaping and evaluating services: is it being realised? Journal of Advanced Nursing 30(6), 1289–1296.
- Powell, J. & Clarke, A. 2006. Information in mental health: qualitative study of mental health service users. Health Expectations 9, 359–365.
- Päihdehuoltolaki 1986/41. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 22.1.2008
- Päihdepalvelujen laatusuosituks. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, Helsinki.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. Stakes, Helsinki. Luettavissa <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/Paihdetilastovuosisikirja.htm>. Viitattu 20.6.2009
- Radwin, LE, Cabral, HJ. & Wilkes, G. 2009. Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the Context of the health care system. Research in Nursing & Health 32, 4–17.
- Raittiustyölaki 1982/828. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 10.5.2010
- Rajavaara M. 2008. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. Kuntoutus 2, 43–47.
- Rantala, K. & Sulkunen, P. (toim.) 2006. Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Gaudeamus, Helsinki.
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2006. Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen. Janus 14(4), 403–410.
- Raunio K. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. Sosiaali- ja terveysalan moniammatilliset johtamisopinnot, ongelma 7. Tampereen yliopisto. Luettavissa <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/hlokunta/raunio/luento.pdf>. Viitattu 21.6.2007

- Raunio, K. 2009. *Olenainen sosiaalityössä*. Gaudeamus, Helsinki.
- Richardson, JTE. 1999. The concepts and methods of phenomenographic research. *Review of Educational Research* 69(1), 53–82.
- Risku, V-M. 2008. Pähdehaittojen ehkäisyllä pitkä historia kunnissa. Julkaistu 29.2.2008, Päivitetty 11.1.2010. Luettavissa <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/ajankohtaista/arkisto/maaliskuu.htm>. Viitattu 9.4.2010
- Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Roach, P, Duxbury, JA, Wright, K, Bradley, D. & Harris, N. 2009. Conducting research on acute mental health admission wards. *Nurse Researcher* 16(4), 65–72.
- Robert, G, Hardcre, J, Locock, L. & Bate P. 2003. Redesigning mental health services: lessons on user involvement from Mental Health Collaborative. *Health Expectations* 6, 60–71.
- Robinson, JH, Callister, LC, Berry, JA. & Dearing, KA. 2008. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20, 600–607.
- Romppanen, P. 2005. Katsaus kuntien päihdestrategioihin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Raportteja 2/2005, Helsinki.
- Rose, D, Fleischmann, P. & Schofield, P. 2009. Perceptions of user involvement: a user-led study. *Int J Soc Psychiatry OnlineFirst*, published on July 23, 2009. Luettavissa <http://online.sagepub.com/>.
- Routasalo, P, Airaksinen, M, Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125, 2351–2359.
- Rush, B. 2004. Mental health service user involvement in England: lessons from history. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 313–318.
- Rutter, D, Manley, C, Weaver, T, Crawford, M. & Fulop, N. 2004. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science and Medicine* 58, 1973–1984.
- Ryles, SM. 1999. A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 29(3), 600–607.
- Rüsch, N, Angermeyer, MC. & Corrigan, PW. 2005. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 20, 529–539.
- Saari, J. 2010. Hyvinvointivaltio 2010-luvulle. Teoksessa Saari, J. (toim.) *Tulevaisuuden voittajat - Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa*. Tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010, 85–135.
- Saarnio, P. 2009. Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tammi, T, Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) *Irta päihdeongelmista: tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä*. Edita, Helsinki, 14–31.
- Sahlsten, MJM, Larsson, IE, Sjöström, B, Lindencrona, CSC. & Plos, KAE. 2007. Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 16, 630–637.
- Salo, M. 1996. *Sietämisestä solidaarisuuteen: mielisairaalaareformit Italiassa ja Suomessa*. Väitöskirja. Vastapaino, Tampere.

- Salokangas, RKR, Stengård, E, Honkonen, T, Koivisto, A-M. & Saarinen, S. 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Stakes. Raportteja 248. Gummerus, Saarijärvi.
- Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä - avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26, Turku.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita, Helsinki.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry, Helsinki.
- Seedhouse, D. 2002. Ethics. The heart of health care. 2nd edition. Wiley, Chichester.
- Seppänen-Järvelä, R. 1999. Luottamus prosessiin: kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Väitöskirja. Stakes. Helsinki.
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004, Helsinki.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2001. Päivitetty 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Luettavissa www.kaypahoito.fi. Viitattu 26.1.2010
- Sidani, S, Epstein, D. & Miranda, J. 2006. Eliciting patient treatment preferences: a strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 3(3), 116–123.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Opettajankoulutuslaitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Simoila, R. 1993. Fenomenografia laadullisena tutkimusotteena. *Hoitotiede* 5(1), 21–30.
- Simoila, R. 1994. Terveydenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja ja työorientaatiot. Stakes. Tutkimuksia. Gummerus, Jyväskylä.
- Simpson, A. 2006. Involving service users and carers in the education of mental health nurses. *Mental health practice* 10(4), 20–24.
- Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 132, Kuopio.
- Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen - osallistamista ja ennakoimista. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. WSOYpro, Helsinki, 130–150.
- Sjöström, B. & Dahlgren, L. O. 2002. Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 40(3), 339–345.
- Smith, E, Ross, F, Donovan, S, Manthorpe, J, Brearley, S, Sitzia, J. & Beresford, P. 2008. Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: A review of evidence and practice. *International Journal of Nursing Studies* 4, 298–315.
- Soffe, J, Read, J. & Frude, N. 2004. A survey of clinical psychologists' views regarding service user involvement in mental health services. *Journal of Mental Health* 13(6), 583–592.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Väitöskirja. Tutkimuksia 137. Stakes, Helsinki.

- Sohlman, B., Immonen, T. & Kiikkala, I. 2005. Ongelmallinen mielenterveys. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(2), 210–213.
- Sorsa, M, Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Huumausaineita käyttävän äidin päihdehoito ja siihen osallistuminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 240–252.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. 1999. Stakes, Helsinki.
- Speed, E. 2007. Discourses of consumption or consumed by discourse? A consideration of what “consumer” means to the service user. *Journal of Mental Health*, 16(3), 307–318.
- Speers, J. 2008. Service user involvement in the assessment of a practice competency in mental health nursing. Stakeholders’ views and recommendations. *Nurse Education in Practice* 8, 112–119.
- Suhonen, R, Hupli, M, Välimäki, Maritta. & Leino-Kilpi, H. 2009. Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät - esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. *Hoitotiede* 21(2), 143–156.
- Suhonen, R, Välimäki, M. & Leino-Kilpi, Helena. 2002. “Individualised care” from patients’, nurses’ and relatives’ perspective - a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 39, 645–654.
- Suojasalmi, J. 2009. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa - esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. Luettavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-7205.pdf. Viitattu 14.5.2009
- Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. 2009. Karlsson, T. (toim.) Raportti 15/2009. THL, Helsinki.
- Suomen Mielenterveysseura. 2006. Hyvä mieli - hyvä elämä. Mielenterveystyön puutteita ja kehittämisehdotuksia. Helsinki.
- Stakes 2007. Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Stakes, Helsinki.
- Stengård, E. 2005. *Journey of Hope and Despair*. Acta Universitatis Tamperensis 1066, Tampere University Press.
- Stickley T. 2006. Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 570–577.
- STM 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20, Helsinki.
- STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6, Helsinki.
- STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, Helsinki.
- Svedberg, P. 2007. Health promotion intervention in mental health services. Akademisk avhandling. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden.
- Svedberg, P, Jormfeldt, H. & Arvidsson, B. 2003. Patients’ conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 448–456.

- Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Series D Medica 817. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, psykiatrian klinikka, terveydenhuollon hallinto, Oulu.
- Säljö, R. 1994. Minding action. Conceiving of the world versus participating in cultural practices. *Nordisk Pedagogik* 14(2), 71–80.
- Säljö, R. 1997. Talk as data and practice - a critical look at phenomenographic inquiry and the appeal to experience. *Higher Education Research & Development* 16(2), 173–190.
- Taanila, A, Purola, H. & Larivaara, P. 2006. Nurses learning family-oriented interpersonal collaboration. *International Journal of Circumpolar Health* 65(3), 206–218.
- Taarnala, E. 2005. Ehkäisevän päihdetyön käsitteestä. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(2), 188–196.
- Taipale, I. 1999. Mielen sairaut ja palveluasunnot. Selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 1998:32. Teoksessa Taipale, I. (toim.) *Mielen valtaa*. Psykiatrian lukemisto. Mielenterveyden keskusliitto ry, Vantaa, 162–222.
- Takman, C. & Severinsson, E. 1999. A description of health care professionals' experiences of encounters with patients in clinical settings. *Journal of Advanced Nursing* 30(6), 1368–1374.
- Taylor, MC. 2005. Interviewing. Teoksessa Holloway, I. (ed.) *Qualitative research in health care*. Open University Press, London, 39–55.
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2006:19, Helsinki.
- THL. 2009. Alkoholijuomien kulutus - ennakkotiedot 2009. Luettavissa http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Paihde/kulutusenakko_2009_suomi.pdf. Viitattu 7.4.2010
- Thompson, AGH. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64, 1297–1310.
- Toikko, T. 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 3, 13–22.
- Toikko, T. 2009a. Asiakkaiden osallistuminen kehittämistyöhön. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Seinäjoki.
- Toikko, T. 2009b. Toimijalähtöinen kehittäminen. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Seinäjoki.
- Tritter, JQ. & McCallumb, A. 2006. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76, 156–168.
- Truman, C. & Raine, P. 2001. Involving users in evaluation: the social relations of user participation in health research. *Critical Public Health* 11(3), 215–229.
- Truman, C. & Raine, P. 2002. Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in the Community* 10(3), 136–143.
- Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the nordic project Paternalism and autonomy. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 940. Oulun yliopisto, Oulu.
- Tuori, T. 1995. Sairaalakeskeisyydestä avohoitokeskeisyyteen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Haapoja, T., Nordling, E. & Somppi, V. *Eväitä elämään*. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja. Vaasa, 49–55.

- Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystarkkinnolla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriarosemien asiakaspalvelussa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 764. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Törmä, S. 2009. Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Väitöskirja. Sosiaalikehitys, Hämeenlinna.
- Uljens, M. 1991. Phenomenography – a qualitative approach in educational research. Teoksessa Syrjälä, L. & Merenheimo, J. (toim.) Kasvatustutkimuksen laadullisia lähestymistapoja. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien seminaari Oulussa 11.–13.10.1990. Esitelmiä. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan opetusmonisteita ja selosteita 39/1991, Oulu, 80–107.
- Uljens, M. 1993. The essence and existence of phenomenography. *Nordisk Pedagogik* 13(3), 134–147.
- Uljens, M. 1996. On the philosophical foundation of phenomenography. Teoksessa Dall’Alba, G. & Hasselgren, B. (toim.) Reflections on phenomenography: toward a methodology? Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg, 103–128.
- Upanne, M. 2007. Ehkäisevä mielenterveystyö itsemurhien torjunnassa. Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita, Helsinki, 86–105.
- Valkonen, L. 2006. Millainen on hyvä äiti tai isä? Viides- ja kuudesluokkalaisten lasten vanhemmuuskäsitykset. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Valokivi, H. 2008. Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkajien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1286. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittämisestä 04.04.2002. Luettavissa <http://www.intermin.fi/intermin/bulletin.nsf/PublicbyIdentifierCode/20020404021?opendocument&1>. Viitattu 4.3.2009
- Vuokila-Oikkonen, P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 704. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulu.
- Vuorela, M. 2005. Sosiaalipsykiatrisen yhdistys paradigmojen murroksessa. Teoksessa Haapoja, T, Karlsson, M, Palmu, J, Tiainen, R. & Somppi, V. (toim.) Eväitä elämään II. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 20-vuotisjuhlakirja. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys, Seinäjoki, 48–60.
- Välimäki, M. 1998. Psychiatric patients’ views on the concept of self-determination: findings from a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 7, 59–66.
- Välimäki, M. 2004. Potilaan osallistuminen mielenterveystyössä: näkökulmia itsemääräämisoikeuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 253–258.
- Välimäki, M. 2009. Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Helsinki, 137–164.
- Välimäki, M, Makkonen, P, Kuosmanen, L, Anttila, M, Jakobsson, T. & Kontio, R. 2007. Baseline information from Finland: Towards improved quality by developing nurses continuing vocational training in psychiatric hospitals and inpatient units in Finland. Teoksessa Välimäki, M, Scott, A, Lahti, M. & Chambers, M. (toim.) The changing face of psychiatric nursing – care or control? Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, 12–24. Luettavissa

- <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1>. Viitattu 9.2.2009
- Wahlbeck, K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Helsinki, 87–101.
- Wahlbeck, K. & Pirkola, S. 2008. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, Helsinki, 131–145.
- Walker, A. & Wigfield, A. 2004. The social inclusion component of social quality. European network on indicators of social quality (ENIQ). European foundation on social quality. 4th draft. University of Sheffield, United Kingdom. Luettavissa <http://www.gazpetti.com/SocialQuality/site/ima/Social-Inclusion-febr-2004.pdf>. Viitattu 22.1.2010
- Wallcraft, J. & Nettle, M. 2009. History, context and language. Teoksessa Wallcraft, J., Schrank, B. & Amering, M. (eds.) Handbook of service user involvement in mental health research. John Wiley & Sons, Chichester.
- Warsell, L. 2010. Ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä päihdetyö - yhteistä ja erillistä. Teoksessa Partanen, A, Moring, J, Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010, Helsinki, 30–31.
- Warren, J. 2008. Service user and carer participation in social work. Learning Matters, Exeter.
- Weinstein, J. 2006. Involving mental health service users in quality assurance. Health Expectations 9, 98–109.
- Wenestam, C-G. 2000. The phenomenographic method in health research. Teoksessa Frilund, B. & Hildingh, C. (toim.) Qualitative research methods in the service of health. Studentlitteratur, Lund, 97–115.
- WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. Luettavissa http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Viitattu 5.2.2010
- WHO 2008. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Luettavissa <http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>. Viitattu 8.4.2010
- Wolf, DM, Lehman, L, Quinlin, R, Rosenzweig, M, Friede, S, Zullo, T. & Hoffman, L. 2008a. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? The Journal of Nursing Administration 38(12), 532–540.
- Wolf, DM, Lehman, L, Quinlin, R, Zullo, T. & Hoffman, L. 2008b. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. Journal of Nursing Care Quality 23(4), 316–321.
- www.aa.fi. Suomen AA. Viitattu 25.1.2010
- www.mtkl.fi. Mielenterveyden keskusliitto ry. Viitattu 25.1.2010
- www.omaisten.org. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Viitattu 25.1.2010
- Zullino, D, Conus, P, Borgeat, F. & Bonsack, C. 2003. Readiness to participate in psychiatric research. Canadian Journal of Psychiatry 48(7), 480–484.

Liite 1. Haastatteluteemat

Mitä mielestäsi tarkoittaa päihde/mielenterveyspalveluissa/työssä asiakkaan osallisuus?

- kokemus autonomiasta (kokemus kunnioituksesta, arvostuksesta, luottamuksesta, omien asioiden hallinnasta, riittävästä käsittelystä, kiireettömyydestä, yhteistyökumppanuudesta ja tasa-arvoisuudesta)
- kokemus itsehoidon tukemisesta (omat mahdollisuudet, vaikeiden asioiden käsittely, tiedon merkityksellisyys, hoidon jatko, ymmärrettävät ohjeet, itsehoitokyvyn tukeminen)
- oman terveyden asiantuntijuus (yhteneväinen arviointi, hoidontarpeen aiheellisuus, oikeat ratkaisut)
- kokemus tuesta elämänhallintaan (omaisten huomioiminen, työ- ja toimintakyky, aloitteellisuus, muutoksen tuki)
- osallistuminen

Miten osallisuus käytännössä toteutuu?

- esimerkkejä?
- esteitä?
- edistäviä tekijöitä?
- miten haluaisit itse osallistua? (asiakas)

Mitä mielestäsi on asiakaslähtöisyys päihde/mielenterveyspalveluissa/työssä?

- saatavuus (aukioloajat, omat toivomukset vastaanottoajasta, sovitut ajat)
- kohtelu (ystävällisyys, ammattitaito, paneutuminen, luottamuksellisuus, kiireettömyys)
- tiedonsaanti (hoitovaihtoehdot, ymmärrettävyys)
- vaikuttaminen (vaikutusmahdollisuudet, odotuksiin vastaaminen, itsehoidon tukeminen)
- itsemääräämisoikeus (hoito-ohjeet, jatkohoito, elämäntilanne)

Miten asiakaslähtöisyys käytännössä toteutuu?

- esimerkkejä?
- esteitä?
- edistäviä tekijöitä?
- miten kehittäisit?
- asiakaslähtöisyys ja vastentahtoisuus? (työntekijä)

Liite 2. Suostumuslomake

SUOSTUMUS

Osallistun projektikoordinaattori, TtM Minna Laitilan tutkimukseen, jonka aiheena ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen sekä asiakaslähettäisyys ja asiakkaan osallistuminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Olen saanut tietoa tutkimuksesta ja minulla on oikeus keskeyttää haastattelutilanne ja tutkimukseen osallistuminen milloin haluan.

Haastattelutilanteen saa nauhoittaa (rastita haluamasi vaihtoehto):

kyllä

ei

_____, ____/____ 2008
Paikka aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

MINNA LAITILA
*Asiakkaan osallisuus
mielenterveys- ja päihdetyössä*

Fenomenografinen lähestymistapa

Mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan osallisuus on yksi keskeinen arvo ja tavoite. Miten se toteutuu käytännössä? Mihin tulee kiinnittää huomiota tulevaisuudessa? Asiakkaan osallistuminen mielenterveys- ja päihdetyöhön on tärkeää, koska sen avulla voidaan edistää palveluiden käyttäjien terveyttä ja tukea heidän omahoitoaan.

Osallisuus tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tulee ottaa mukaan palveluiden käyttäjät ja kokemusasiantuntijat; muutoin ei tapahdu aitoa muutosta ja palveluiden käyttäjien riittävää tuen saantia.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Dissertations in Health Sciences

ISBN 978-952-61-0223-8