

HYVIN TOIMIVAT PERUSPALVELUT MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAILLE JA HEIDÄN LÄHEISILLEEN

Samuli Koskinen
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Hyvinvointipalvelujen järjestämisen
maisteriohjelma pro gradu -tutkielma

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

KOSKINEN, SAMULI: Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen

Pro gradu -tutkielma 114 s. 2 liites.

Hyvinvointipalvelujen järjestämisen maisteriohjelma

Ohjaaja: Ossi Eskelinen

Joulukuu 2016

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen huolen aihe. Varsin moni suomalainen sairastuu jossain elämänsä vaiheessa psyykkisesti tai kärsii päihteisiin liittyvistä ongelmista. Tutkielmassa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden toteutumista sosiaali- ja terveyspalveluiden peruspalveluiden kontekstissa, johon vaikuttavat muun muassa lainsäädäntö, mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve ja moninaisuus sekä asiakkuuden määrittäminen. Erityisesti tutkielmassa tarkastellaan asiakaslähtöisyyden asettumista palveluihin, palveluiden yhteensovittamista ja palveluiden johtamiseen kohdistuvia odotuksia. Näiden avainkäsitteiden oletetaan olevan hyvin toimivien palveluiden edellytyksenä.

Tutkielman metodiset lähtökohdat ovat sosiaalisessa konstruktionismissa. Peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ymmärretään rakentuvan sosiaalisesti. Tutkielman aineisto on kerätty palveluiden käyttäjiltä, työntekijöiltä sekä järjestöjen työntekijöiltä. Aineiston keräämiseksi on järjestetty kaksi ryhmäkeskustelua ja kolme yksilöhaastattelua. Ryhmäkeskustelut ja yksilöhaastattelut olivat teemallisia. Tutkimukseen osallistui 17 henkilöä. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty kaksivaiheista sisällönanalyysiä. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto on teemoiteltu aineistolähtöisesti. Toisessa vaiheessa teemoittelua on tiivistetty ideaalityyppikuvaukseksi yhdistämällä kuvaukseen viitauksia alan kirjallisuudesta.

Pro gradu -tutkielman yhtenä tuloksena on kuvaus hyvin toimivista peruspalveluista mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen. Kuvaus on yhtenevä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ajatuksen kanssa, jossa asiakas asioi ensisijaisesti yhden luokun periaatteen mukaisesti sosiaali- ja terveysasemalla. Kuvaus vahvistaa muun muassa varhaisen puuttumisen, huolen puheeksiottamisen, terveydenhoidon ja sosiaalityön yhteensovittamisen, asiakkaiden ja ammattilaisten välisen yhteistyön ja asiakkaan kokonaisvaltaisen hoitamisen merkitystä sekä asiakkaiden palveluiden muotoutumista tarpeiden mukaan.

Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen ovat integroituneet verkostomaisesti niin vertikaalisesti kuin horisontaalisesti. Integroituja palveluita toteutetaan tiimeissä, moniammatillisena yhteistyönä sekä kumppanuutena muun muassa järjestöjen kanssa. Hyvin toimivissa peruspalveluissa asiakaslähtöisyys toteutuu moninaisesti ja tilannekohtaisesti. Tutkielma implikoi asiakaslähtöisyyden asettumista toiminnanperiaatteena, arvona sekä yhteistyösuhteena – kumppanuutena. Lisäksi asiakaslähtöisyys asettuu ammattilaisen toimintana ja huolenpitotehtävän toteuttamisena. Hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdetyön johtaminen koetaan olevan keskeisessä asemassa. Johtajuudelta odotetaan jämäkkää arvojohtajuutta, selkeän suunnan osoittamista, aitoa halua lähteä viemään asioita eteenpäin, resursseista huolehtimista sekä tiedonhallintaa. Johtajuudelta odotetaan myös henkilöstön osaamisen, tietojen, taitojen ja voimavarojen yhdistämistä parhaalla mahdollisella tavalla. Johtajilta odotetaan asiaosaamista, osallistumista, joustavuutta sekä kokonaisnäkemystä yli sektorirajojen. Hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdetyössä toteutuu myös jaettu johtajuus.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, integraatio, johtaminen, mielenterveys- ja päihdepalvelut, peruspalvelut

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Social Sciences and Humanities

KOSKINEN, SAMULI: A well-functioning primary services for mental health and substance abuse clients and their loved ones

Master's Thesis, 114 pages. 2 appendix pages.

Master's Degree Programme in Human Services

Supervisor: Ossi Eskelinen

December 2016

Mental health and substance use disorders cause major concern for the public health and economical sector of Finland. Many Finns suffer from mental health or substance use disorders during their life. This thesis is a study of the mental health and substance use services in the context of primary sector in the Finnish social and health services. This sector is affected by legislations, needs and multiplicity of the mental health and substance use services and the determination of the customer. The thesis also examines the customer-orientation of the services and the ways different services integrate together and the expectation directed to the management of the services. These key conceptions are expected to be in a key role while organising well-functioning services.

Methodologically this thesis is based on social constructionism. The primary services for mental health and substance abuse clients are understood to be socially constructed. The research data has been collected from customers and service and third sector employees. Two focus groups and three individually themed interviews have been arranged for the collection of the data, including 17 different informants. The analysis of the data is based on content analysis with two different steps. First step was data-driven thematic analysis, which was followed by the results of thematical analysis being reduced to ideal type description, which was combined with references from professional literature.

One of the results of the thesis indicated a description of a well-functioning primary service for mental health and substance abuse client and their loved ones. The description indicates similarities with the guidelines of the national mental health and substance abuse plan, in which customers are offered services from social and health care centers via one door model. The description highlights the importance of early intervention, bringing up issues, integrated social and health care, co-operation of professionals and customers, comprehensive care of customers and remodeling services in line with customers needs.

Well-functioning primary services for mental health and substance abuse clients and their loved ones are integrated like a network, both vertically and horizontally. Integrated services are carried out in teams, multi-professional co-operation and partnership with third sectors organizations. In well-functioning primary services, customer orientation actualises in diverse and context sensitive ways. This thesis implicates setting customer orientation as an operating principle as well as a value and cooperation - a partnership between professionals and customers. In addition, customer orientation is set as professional work and care of the task execution. Well-functioning primary services, mental health and substance abuse management is considered to play a key role. Purposeful value driven leadership, demonstration of clear direction, a genuine desire to develop things, taking care of resources and good information management are expected from leadership. Good leadership combines staff expertise, knowledge, skills and other resources in the best possible way. Leaders are expected to issue expertise, participation, flexibility, and overall vision across sectors. In well-functioning primary services, the mental health and substance abuse work is implemented in shared leadership.

Keywords: customer orientation, integration, leadership, mental health and substance abuse services, primary sector

Sisällys

1 JOHDANTO.....	1
2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ	5
2.1 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeesta ja asiakkuudesta	5
2.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä ohjaavat lait	10
2.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden moninaisuus.....	14
3 INTEGRAATIOSTA, ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ JA JOHTAMISESTA	19
3.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittamisesta.....	20
3.2 Asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdepalveluissa	26
3.3 Johtaminen sosiaali- ja terveysalalla	31
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	38
4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimusongelman rajaus	41
4.2 Metodi ja analyysimenetelmä.....	42
4.2.1 Metodiset lähtökohdat	42
4.2.2 Aineiston keräämisen ja haastateltavien kuvaus.....	43
4.2.3 Aineiston analyysi	47
4.3 Eettistä pohdintaa ja tutkimuksen luotettavuus	50
5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT PERUSPALVELUISSA	52
5.1 Peruspalveluiden rooli ja käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä	52
5.2 Asiakkaana peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdepalveluissa	59
5.3 Asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdepalveluissa	67
5.4 Yhteensovitettut mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	73
5.5 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtaminen.....	78
5.6 Mielenterveys- ja päihdetyön haasteita peruspalveluissa	84
6 HYVIN TOIMIVAT PERUSPALVELUT MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAILLE JA HEIDÄN LÄHEISILLEEN.....	94
7 KESKUSTELUA JA POHDINTAA.....	104
LÄHTEET	106
LIITE 1: Ryhmäkeskusteluiden ja haastatteluiden teemakysymysten runko	115
LIITE 2: Raportissa käytettyjen merkintöjen selitykset	116

KUVIOT JA TAULUKOT

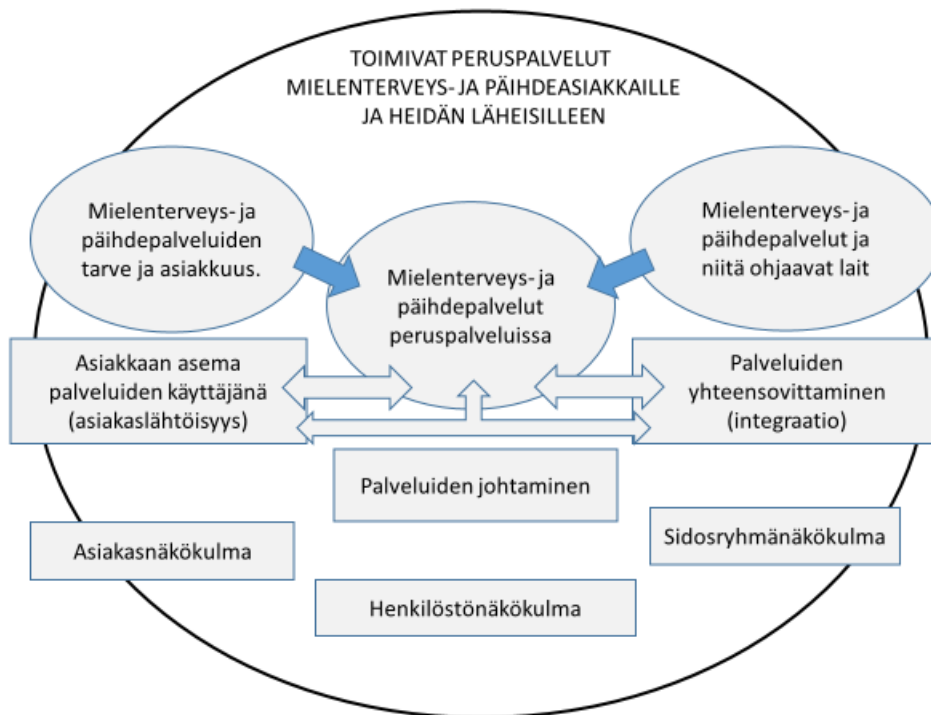
Kuvio 1 Tutkielman viitekehys.....	2
Kuvio 2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asemointi sosiaali- ja terveyspalveluiden eritasoille.	14
Kuvio 3 Tutkimusprosessin kuvaus	39
Taulukko 1 Tutkimuksen kohderkymän professiot ja intressiryhmät	46

1 JOHDANTO

Olen kiinnostunut mielenterveys- ja päihdepalveluista, koska teen työtäni mielenterveysomaisten järjestössä. Kokemukseni liittyy siihen, miten psyykkinen sairaus vaikuttaa koko perheen ja muiden läheisten arkeen – kun yksi sairastuu, monen maailma muuttuu. Kokemukseni mukaan mielenterveysomaiset¹ kokevat ajoittain avun ja tuen saamisen sairastuneelle läheiselleen vaikeaksi. Itse sairauden lisäksi sairastuneet ja heidän läheisensä kohtaavat sosiaalisia, taloudellisia ja muita terveydellisiä ongelmia. Omaishoitajina ja huolenkantajina mielenterveysomaiset itse kuuluvat niin fyysisen kuin psyykkisen sairastumisen riskiryhmään (Nyman & Stengård 2001, 69; C4F).

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen huolen aihe. Viidennes väestöstä kärsii mielenterveys- ja päihdeongelmista. Mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttamat menetykset koetaan todellisina taloudellisina uhkina ja työelämän tuottavuutta rasittavina. (Eskola & Taipale 2011, 189; STM 2012, 13.) Kuviossa 1 (s. 2) kuvataan tutkielman viitekehys. Mielenterveys- ja päihdeongelmien suuren esiintyvyyden johdosta kysymys mielenterveys- ja päihdepalveluiden sujuvasta järjestämisestä on ensisijaisesti tärkeä näiden palveluiden käyttäjille, mutta myös rahoittajille eli kunnille ja näin ollen tietenkin myös veronmaksajille. Kustannustehokkaasti järjestetyissä palveluissa vältettäisiin päällekkäisyyksiä, osaoptimointia ja katveita (STM tiedote, luettu 25.3.2012). Tutkielma ei kuitenkaan kohdistu kustannustehokkuuskysymykseen. Tutkielma ei ole myöskään esimerkiksi hoito- tai kuntoutustyön tutkimusta. Tutkielmassa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä sosiaali- ja terveyspalveluiden peruspalveluissa. Tutkielmani on tutkimus mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tarpeita vastaavien peruspalveluiden järjestämisestä (kuvio 1 s. 2).

¹ Mielenterveysomainen on henkilö, jonka läheinen on psyykkisesti sairastunut tai jolla on huoli läheisen psyykkisestä oireilusta.



KUVIO 1 TUTKIELMAN VIITEKEHYS

Kuviosta 1 nähdään, että kunnilla on lakiin perustuva vastuu mielenterveys- ja päihdepalveluiden rahoittamisessa ja järjestämisessä. Lait ohjaavat palveluiden sisältöä sekä palveluiden välistä yhteistyötä. Peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden merkitys on suuri. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmista tulisi hoitaa peruspalveluissa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan kunnan tulisi koordinoita julkiset, kolmannen sektorin ja yksityisen sektorin tuottamat mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Kokemusasiantuntijoita ja vertaistoimijoita tulisi ottaa mukaan palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Suunnitelmassa on tavoitteeksi asetettu asiakkaan aseman edistäminen siten, että palveluihin tulisi päästä joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksen tai perusterveydenhuollon yksikön kautta. Lisäksi ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa tulisi vahvistaa. (STM 2012, 13-14.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma painottaa monialaista ja sektorirajat ylittävää yhteistyötä eli palveluiden yhteensovittamista (kuvio 1 s. 2). Eskolaa ja Taipalettä (2011)

lainatakseni ”hyvä ja toimiva hoitojärjestelmä edellyttää lääkärikunnan ja muun henkilökunnan keskinäistä luottamusta ja siihen liittyvää toisen työn ja ammattitaidon kunnioittamista ja yhdenvertaisuuden kokemista. Vain siltä pohjalta voi syntyä toimiva ja harmoninen potilaan yhteishoito. Siinä on haastetta tulevaisuuteen.” (Eskola & Taipale 2011, 185.) Ammattikuntien ja sektorien väliset rajat vallitsevat yhä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Virtanen ym. 2011, 12.)

Virtasen ym. (2011, 12) mukaan monilla tahoilla on vielä ylitettävänä ammattikeskeinen ajattelu, jossa asiakas nähdään potilaana, jonka ei kuulu puuttua hoitoprosessiin. Asiakkaan aseman parantamisen perustan arvioidaan kuitenkin olevan asiakaslähtöisissä työtavoissa. Sosiaali- ja terveystalvaeluiden osalta on todettu, että toimivissa palveluissa asiakkaiden tarpeet ovat huolellisesti mietitty ja huomioitu. Asiakaslähtöisillä toimintatavoilla (kuvio 1 s. 2) oletetaan olevan monia myönteisiä ulottuvuuksia asiakastytyväisyyden lisäksi myös työntekijöiden työtytyväisyyteen ja hoidon vaikuttavuuteen. (Virtanen ym. 2011, 7). Mielenterveys- ja päihdepalveluissa asioimiseen liittyy monia ongelmia (kuvio 1 s. 2). Yksi keskeisimmistä on mielenterveys- ja päihdeongelmiin liitettävä stigma eli häpeänleima. Stigman arvioidaan olevan yksi merkittävimmistä hoitoon hakeutumisen esteistä (Korkeila ym. 2011, 8). Stigma läpäisee niin asiakkaat, omaiset (Joutsenniemi 2011, 43) kuin mielenterveys- ja päihdetyötä tekevät ammattilaiset (Sailas 2011, 38). Tämän ennakkoluulon murtaminen lienee tärkein ja vaikein mielenterveyden edistämisen tehtävä. Poltinmerkki leimaa yhä koko psykiatrian kenttää ja vaikeuttaa terveydenhuollon todellista integraatiota. (Eskola & Taipale 2011, 181.)

Johtamisella on keskeinen rooli sosiaali- ja terveystalvaeluissa (Niiranen 1995) sekä palveluiden asiakaslähtöisyyden (Virtanen 2011) ja yhteensovittamisen (Heinimäki 2014) edistämisessä. Johtamisella vaikutetaan arvoihin ja arvostukseen (Axelsson & Axelsson 2006). Kuvion 1 (s. 2) mukaisesti johtaminen vaikuttaa asiakkaan asemaan, palveluiden yhteensovittamiseen sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden toteuttamiseen peruspalveluissa.

Tutkielmani on laadullinen tutkimus mielenterveys- ja päihdeongelman kohdanneiden ihmisten palveluista peruspalveluissa. Tutkielman kohderyhmänä ovat peruspalvelutason henkilöstö, asiakkaat ja järjestösektorin edustajat (kuvio 1 s. 2). Analyysia tehdään heidän tuottamasta tiedosta, kokemuksista ja käsityksistä tutkimuskohteesta. Tutkielman antina on toteutuneen nykyisyyden ja

odotuksin latautuneen tulevaisuuden välisen keskustelun antama kuva mielenterveys- ja päihdepalveluista peruspalveluissa. Tavoitteena on saada kohderyhmältä kuvaus asiakkaan tarpeita vastaavien toimivien mielenterveys- ja päihdepalveluiden toteuttamisesta peruspalvelutasolla tai variaatioita tästä (kuvio 1 s. 2).

Mielestäni onkin tärkeää tutkia ja tuottaa tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden peruspalveluista. Miten yleisesti heikompaan asemaan arvioidut mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa kamppailevien ja heidän perheidensä palvelut turvataan suuressa sote-integraatiossa. Miten heidän moninaiisiin ongelmiinsa voidaan vastata peruspalveluissa? Miten sosiaali- ja terveysalan johdon odotetaan toimivan? Kuten Eskola ja Taipale (2011, 186) kysyvät: ”Ovatko ihmisten arvomaailmat muuttuneet syvällisemmin? Onko reaali maailmassa tapahtumassa merkittäviä muutoksia? Entä kohdellaanko heitä tasavertaisina kansalaisina, kun he palaavat työelämään?” Tai onko vastuu huonompi osaisista potilas- ja omaisjärjestöillä, jotka ovat kehittyneet nopeasti ja ottaneet vastuuta myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisista (Eskola & Taipale 2011, 186) ja heidän läheisistään.

Tutkielman avainkäsitteitä ovat integraatio, asiakaslähtöisyys ja johtaminen, joiden oletan olevan keskeisessä asemassa tulkittaessa ja kuvattaessa toimivia peruspalveluita mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Ennen avainkäsitteiden tarkempaa kuvailua, tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintaympäristöä kuvailemalla palveluiden tarvetta ja asiakkuutta sekä mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavia lakeja ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden moninaisuutta.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tässä luvussa tarkastelen mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintaympäristöä eli palveluita ohjaavia lakeja, palveluiden asemoitumista sosiaali- ja terveystalouteen sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarvetta ja asiakkuutta. Tämä luku perustelee tutkielmaan tuotujen keskeisten käsitteiden, asiakaslähtöisyyden ja integraation, valintaa. Tässä luvussa rajataan myös se, mitä tässä tutkielmassa tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdepalveluilla peruspalveluissa sekä miten tämän tutkielman näkökulmasta lähestytään mielenterveys- ja päihdepalveluiden peruspalveluiden asiakkuutta.

2.1 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeesta ja asiakkuudesta

Kuka on mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakas? Palveluiden käyttäjien määrittelyyn voisi yksioikoisesti todeta, että niitä käyttävät ne, joilla on mielenterveys-, päihde- tai mielenterveys- ja päihdeongelma. Näin yksikertaisesta asiasta ei kuitenkaan ole kysymys. Mitä mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat? Päihdeongelmia ovat esimerkiksi haittaa aiheuttavan alkoholinkäytön lisäksi myös muut päihderiippuvuuksiksi luokiteltavat ongelmat, kuten huume-, lääke- ja tupakkariippuvuudet. Hoitoon hakeudutaan monien eri päihdeongelmien johdosta. Eniten hoitoon hakeudutaan alkoholinkäytön takia. Huumaisaineita käyttävien osuus on kasvussa. Tämän lisäksi palveluita tarvitsevat myös eritasoisista toiminnallisista riippuvuuksista kärsivät ihmiset. Toiminnallisia riippuvuuksia ovat muun muassa peli-, netti- ja seksiriippuvuudet. Mielenterveysongelmat eivät niin ikään ole yksiselitteisiä. Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveysongelmista, mutta tämän lisäksi on lievempiä mielenterveyshäiriöitä, kuten unihäiriöt, ja vaikeampia psykoottistasoisia mielenterveyshäiriöitä. (Inkeroinen & Partanen 2006, 18; Jalo 2013.)

Mielenterveys- ja päihdesairaudet ovat yleisiä. Joka viides suomalainen sairastuu jossain elämänsä vaiheessa psyykkiseen sairauteen. Psykoositasoon sairauksia esiintyy 3,5 prosentilla väestöstä. Terveys 2000 - ja 2011 -aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan masennushäiriöiden uskotaan jopa lisääntyneen Suomessa. Naiset sairastuvat miehiä useammin masennukseen. Vastaavasti miehillä on enemmän taipumusta päihderiippuvuuteen. Mielenterveysomaiset kuuluvat masennukseen sairastumisen riskiryhmään. (Isohanni, Niemelä, Moilanen & Penttilä 2015; Kaskela,

Pitkänen, Valkonen & Kaikkonen 2015; Nyman & Stengård 2001, 69; Miettunen 2015: Pirkola ym. 2005, tiivistelmä.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarvetta voidaan pohtia Kaskelan ym. (2015)² arviosta päihde- tai mielenterveystarpeiden tarpeessa olevista työikäisistä ja eläkeikäisistä. Tällöin mielenterveyspalveluiden tarpeessa olisi 13,7 prosenttia työikäisistä (20–63-vuotiaita) miehistä ja vastaavasti naisista 16,7 prosenttia. Eläkeikäisistä miehistä (yli 63-vuotiaat) 10,1 prosenttia ja naisista 12 prosenttia ovat mielenterveyspalveluiden tarpeessa. Vastaavasti päihdepalveluiden tarpeessa olisi työikäisistä miehistä 8,5 prosenttia ja eläkeikäisistä 5,3 prosenttia. Vastaavat luvut naisilla ovat 2,5 ja 1,5 prosenttia. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve saattaa olla edellä mainittua suurempi, sillä Kaskelan ym. (2015) mukaan ”kyselytutkimukseen vastaavat perinteisesti useammin hyvinvoivat kuin esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluja paljon käyttävät. Osallistuminen tutkimukseen edellyttää myös postiosoitetta”. (Kaskela ym. 2015.)

Vanhempien mielenterveys- ja päihdesairaudet vaikuttavat myös lapsiin. On arvioitu, että vakavasti masentuneiden vanhempien lapsista noin 40 % sairastuu ennen 20. ikävuotta ja noin 60 % ennen 25. ikävuotta. Joka kolmannella psykiatrisella avohoitopotilaalla on lapsia. (Solantaus 2006, 244.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu, että noin 20 – 25 prosenttia lapsista ja nuorista elää perheissä, joissa vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdeongelmia (Solantaus & Paavonen 2009). Päihdeongelmiin liitetään parisuhdeväkivalta (Piispa 2013, 84), lasten laiminlyönti ja lasten huostaanotot (Holmila, Raitasalo, Autti-Rämö & Notkola 2013, 45). Alkoholia käytetään liikaa joka viidennessä suomalaisessa lapsiperheessä. 2000-luvun alussa A-klinikkasäätiön toteuttamasta Lasinen lapsuus -tutkimuksessa todetaan myös, että noin 10 % lapsista kärsii ainakin jonkin verran vanhempien alkoholinkäytöstä. Vuonna 2009 teetetystä kyselyssä lähes neljännes suomalaisista oli kokenut, että lapsuudenkodissa oli käytetty liikaa alkoholia. (Takala & Roine 2013, 24.)

Mielenterveys- ja päihdesairauden yhteisesiintyvyys on yleistä. Kansainvälisissä tutkimuksissa kaksoisdiagnoosin todennäköisyys on osoitettu (Aalto 2007, 1294). On arvioitu, että noin 19 prosentilla mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavalla olisi jokin mielenterveys- tai

² Kaskelan ym. (2015) tutkimuksessa henkilön tulkittiin olevan hoidon tarpeessa, jos hän esimerkiksi oli saanut tai tarvinnut hoitoa tai jos hän joi päivittäin vähintään kuusi alkoholiannosta.

päihdeliitännäissairaus (Pirkola ym. 2005). Esimerkiksi vuonna 2010 Kaarinan kaupungin mielenterveys- ja päihdeyksikön lääkärin vastaanotolla käynneistä 38 prosentilla oli samanaikainen mielenterveys- ja päihdehäiriö, 48 prosentilla mielenterveyden häiriö ja 14 prosentilla päihdehäiriö (Mikkonen 2011, 92). Kaskela ym. (2015) arvioivat, että päihdehoidon tarpeessa olevista työikäisistä naisista runsas puolet ja miehistä yli kolmannes olisi myös mielenterveyshoidon tarpeessa. Vastaavasti eläkeikäisistä miehistä joka neljäs ja naisista yli 40 prosenttia ovat myös mielenterveyshoidon tarpeessa.

Mielenterveys- ja päihdesairaudet aiheuttavat myös muita hyvinvointi- ja terveysriskejä. Päihde- ja psyykkiset sairaudet altistavat tapaturmille, ennen aikaiseen kuolemaan³ ja muille sairauksille. Erityisesti itsemurhariski⁴ on suurempi skitsofreniaa sairastavilla ja päihderiippuvaisilla⁵. (Rush ym. 2008, 17.) Psykoosia sairastavien itsemurhariskin on arvioitu olevan 13 kertainen muuhun väestöön nähden (Isohanni ym. 2015). Alkoholi- ja päihderiippuvaisilla on lisääntynyt riski vakaviin infektioihin, kuten HIV ja hepatiitti C⁶ sekä moniin muihin terveysongelmiin⁷ (Rush ym. 2008, 17.) Mielenterveysomaiset kokevat omaishoitajuuden rasittavan myös fyysisesti ja ovat huolissaan omasta fyysisestä terveydestään (C4C 2014).

Mielenterveys- ja päihdesairaudet johtavat myös muihin inhimillisiin ja taloudellisiin hyvinvoinnin epäkohtiin. Mielenterveyden häiriöt saattavat johtaa koulutukselliseen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen, ja tällä on periytymisriski (Solataus 2006, 244). Usein päihdeongelmiin liittyy monin tavoin sosiaalista huono-osaisuutta, kuten työttömyyttä, yksinäisyyttä ja asunnottomuutta (Inkeroinen & Partanen 2006, 43). Kaskelan ym. (2015) mukaan työikäiset päihdehoidon tarpeessa olevat olivat heikoimmin koulutettuja kuin mielenterveyshoidon tarpeessa olevat tai muut kyselyyn vastanneet. Eläkeikäiset mielenterveyshoidon tarpeessa olevat olivat yleisimmin heikoimmin koulutettuja. Psyykkinen sairastuminen on merkittävä syy ennenaikaiselle eläköitymiselle. Mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöiden takia työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2014 sai 109 253

³ Friedell & Hesse, 2006 ref. Rush ym. 2008, 17.

⁴ Séguin, Lesage, Turecki ym. 2005 ref. Rush ym. 2008, 17.

⁵ Brown, 1997; Felker ym. 1996 ref. Rush ym. 2008, 17.

⁶ Rosenberg ym. 2001 ref. Rush ym. 2008, 17.

⁷ Brown ym. 1995 ref. Rush ym. 2008, 17.

suomalaista (Kela 2015, 91). Mielenterveysongelmien seurauksena jäädään eläkkeelle keskimäärin nuorempana kuin monien somaattisten sairauksien takia. (Nevalainen 2010, 48.)

Kuka sitten sairastuu? Vallitseva käsitys tarkasteltaessa psyykkistä sairastumista, erityisesti psykoosiin sairastumista, on stressihaavoittuvuusmalli⁸, jossa sairastuminen nähdään monen tekijän yhteisvaikutuksena. Tässä biopsykososiaaliseen ajattelutapaan perustuvassa mallissa biologiselta pohjalta haavoittuva, altis yksilö sairastuu ulkoisen tai sisäisen stressin vaikutuksesta. Toiset ovat alttiimpia sairastumiselle kuin toiset. (de Bruijn 2006, 4219; Hänninen 2011, 18.) Päihderiippuvuuksia voidaan tarkastella samoin, alkoholismi ymmärretäänkin biopsykososiaalisena sairautena (Taipale 2013). Alkoholismiin sairastumiseen saattaa liittyä ulkoisten tekijöiden lisäksi perinnölliset tekijät (Kaprio 2003, 2515). Kaksoisdiagnoosiin tällaisia perinnöllisiä tekijöitä ei ole osoitettu (Aalto 2007, 1295). Aalto (2007) esittää artikkelissaan kaksoisdiagnoosia selittävinä malleina sekundaari psykopatologisen mallin, jossa päihdehäiriö johtaa mielenterveyshäiriöön. Esimerkiksi kannabiksen käyttö saattaa laukaista psykoosin. Toisessa mallissa niin sanotussa sekundaarisen päihdehäiriön mallissa, mielenterveyshäiriö johtaa päihdehäiriöön. Tätä selitetään mielenterveyshäiriön itselääkinnällä, mielenterveyshäiriöiden hoitoihin liittyvän lääkityksen aiheuttaman mahdollisuuden lisääntyvään päihteiden käyttöön sekä psykososiaalisten riskien lisääntymisen (esimerkiksi työttömyys) myötä aiheutuvan päihteiden käytön lisääntyminen. (Aalto 2007, 1295.)

Minkälaisia muita haasteita mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkuuteen liittyy? Potilas- ja asiakasryhmien tunnistamiseen liittyy ongelmia, vaikka erilaisia menetelmiä on kehitetty, niin syystä tai toisesta niitä ei käytetä riittävästi (Partanen, Jalo & Ahola 2013). Vuosittain moni sairastuu psyykkisesti hoitoa edellyttävällä tavalla. Valitettavasti näistä myös moni jää hoidon ulkopuolelle. Esimerkiksi masennusta sairastavista jopa 60 % ei ole hoidon piirissä (Aromaa 2011, tiivistelmä). Inkeroinen & Partanen (2006) kysyvät, että ”saavatko erilaiset ihmiset palveluja tasa-arvoisesti asemastaan, asuinpaikastaan, iästään ja sukupuolestaan riippumatta”. Aromaa (2011) on kiinnostunut häpeänleiman yhteydestä mielenterveyspalvelujen käyttöön.

⁸ Stressihaavoittuvuusmalli selittää skitsofrenian syntyä. Se soveltuu psykoosien hoitoon muun hoitosuosituksen mukaisen hoidon rinnalle sekä avo- että osastohoitoon.

Korkeilan, Joutsenniemen, Sailaksen ja Oksasen (2011, 8) mukaan häpeäleima vaikuttaa mielenterveyden hoidon, hoitojärjestelmän kehittymiseen ja potilaiden, kuntoutujien sekä heidän perheidensä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Psykkiseen sairauteen liitettävä stigma vaikuttaa kokonaisuuteen. Se estää kouluttautumista, työnsaantia ja sosiaalisia suhteita (Aromaa 2011, 17, 19). Ulkopuoliset muodostavat käsityksiä ihmisistä, jotka kärsivät mielenterveys- ja päihdeongelmista. Heihin liitetään ennakkoluuloja, kuten kykenemättömyyttä huolehtimaan raha-asioistaan, asumisestaan tai joka päiväisistä arjen muista toiminnoista. Ihminen voi leimata myös itse itsensä, jolloin hän alkaa kohdistaa itseensä ulkopuolelta tulevia todellisia tai ei todellisia ennakkoluuloja ennen kuin niitä on edes ilmaistu tai tekee johtopäätöksiä vain vähäisten vihjeiden varassa. Psykkisesti sairastunut saattaa leimata itsensä heikoksi, kykenemättömäksi ja jopa vaaralliseksi, minkä vuoksi hänen itsetuntonsa ja toimintakykynsä heikkenee. Lopulta hän ei ehkä hae työtä tai asuntoa eikä itselleen apua, minkä perimmäinen syy on uskomuksissa, jotka vievät hänen itsetuntonsa. Yhteiskunta tuntuu aliarvostavan myös omaisia potilaan itsensä ohella, mitä kutsutaan stigma-assosiaatioksi. (Aromaa 2011, 19; Korkeila 2011, 23 - 24.) Aromaan (2011, 19) mukaan häpeä ei ole kuitenkaan este hoitoon hakeutumiselle, jos masennus on vakava ja näkemykset lääkehoidon tehosta ovat realistiset.

Asiakkaan käyttäytyminen vaikuttaa asiakkaan saamaan palveluun (Virtanen 2011, 30). Grytten, Skau & Sørensen⁹ (2011) ovat selittäneet, että paremmin koulutetut potilaat kommunikoivat hoitavan tahon kanssa paremmin kuin vähemmän koulutetut. Tämä parantaa potilaan ja hoitavan tahon yhteistoimintaa, joka johtaa parempaan hoitoon. (Grytten ym. 2011, 25; Lehto 2012, 379.) Tämän perusteella mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisen ja tunnustamisen ongelmallisuus ja luonne saattavat vaikuttaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaan. Asiakas itse ei välttämättä tiedä miten kuvailla oireita tai ei rohkene häpeänleiman pelossa. Vastaavasti myös työntekijöiden tiedoissa, taidoissa ja asenteissa saattaa olla kehittämisen tarpeita. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa mielenterveystyö koetaan vaativana työnä, joka johtuu työn luonteesta ja johon ei ole somaattisen hoidon mukaisia täsmällisiä toimintaohjeita. Mielenterveystietojen kehittämiskohteet koskivat juuri tunnistamista, vuorovaikutustaitoja ja asenteita. ”L 6: ...mulla on vähän muttu – tuntemus... että hirveen paljon terveyskeskuslääkäreilläkin on... tunnetta, että en mä mitään semmosille asioille maha...kahjo mikä kahjo...” (Hyvönen 2004, 104, 105.)

⁹ Tutkimus koski synnytysosaston asiakkaita ja sektion valintaa.

Käytännössä mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaina on kaikenlaisia ihmisiä, nuoria, vanhoja, miehiä ja naisia ja heidän läheisiään. He tulevat erilaisista sosioekonomisista taustoista. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjiksi peruspalveluissa voidaan todeta laajassa merkityksessä koko väestö, riippumatta siitä onko henkilöllä mielenterveyshäiriö tai päihdeongelma vai ei. (Hyvönen 2004,5; Inkeroinen & Partanen 2006, 19.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaan tulisi olla keskeinen toimija ja osallistua itse aktiivisesti kuntoutumiseen ja hoitoon. Tällöin palvelut tulisi organisoida tätä kehitystä tukevaksi. Palveluiden tulisi antaa toivoa, olla yksilö- ja perhekeskeisiä, tarjota valinnan mahdollisuuksia, tuoda esiin yksilön potentiaalin, rakentua yksilön ja perheen vahvuuksille, huolehtia myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaan muusta terveydestä ja hyvinvoinnista. Nämä arvot tulisi toteuttaa jokaisessa palvelussa ihmisille, jotka toipuvat psyykkisestä sairaudesta tai riippuvuudesta tai sekä että, huolimatta palvelun tyypistä. On se sitten hoitoa, vertaistukea tai psykoedukaatiota (family education). Palvelujärjestelmän tulisi huomioida, että toipumisessa on monia polkuja sekä palvelujärjestelmän sisä- että ulkopuolella, joihin mielenterveys- ja päihdeasiakas voi osallistua. (Davidson & White 2007, 9.)

Tässä tutkielmassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden peruspalveluiden asiakkaina nähdään mielenterveys-, päihde- tai mielenterveys- ja päihdeongelman kohdannut henkilö ja hänen omaisensa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, heidän perheensä ja omaisensa tarvitsevat mahdollisesti monenlaisia sosiaali- ja terveyspalveluita. Mielenterveys- ja päihdepalveluita tarkasteltaessa on huomioitava asiakkaan asema sekä palveluiden keskinäinen yhteys sekä yhteys muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin julkisella ja kolmannella sektorilla. Palveluiden tarve ei ole marginaalinen.

2.2 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä ohjaavat lait

Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat monet lait. Keskeisimmät lait ovat mielenterveyslaki (1116/1990), päihdehuoltolaki (41/1986), laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015), terveydenhuoltolaki (1336/2010) ja sosiaalihuoltolaki (2014/1301). Asiakkaan asemaa ohjaavat laki

sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa (1992/785). Muita mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavia lakeja ovat erikoissairaanhoidolaki (1989/1062), kansanterveyslaki (66/1972) ja lastensuojelulaki (417/2007). (FINLEX®.)

Terveydenhuoltolain (2010/1336) mukaan ”terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa”. Sosiaalihuoltolain (2014/1301) mukaan ”kunnan asukkaiden saatavissa on oltava sosiaalihuollon neuvontaa ja ohjausta, jossa erityistä huomiota on kiinnitettävä lapsiin, nuoriin sekä erityistä tukea tarvitseviin henkilöihin”. Sekä terveydenhuoltolain että sosiaalihuoltolain mukaan ”terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän muun päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa”. Lisäksi näiden lakien mukaan ”terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa”. (FINLEX®.)

Terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolaissa määritellään kunnan järjestämisvastuu mielenterveystyön osalta. ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen” (§ 27). Sosiaalihuoltolaissa järjestämisvastuu on määritelty vastaavasti, lukuun ottamatta viittausta terveyteen, jolloin mielenterveystyöllä ”vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä poistetaan ja vähennetään mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä” (§ 25). Terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu: ”1) palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki; 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa; 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta ja yksilön mielenterveyttä tukevat sosiaalipalvelut.” Lisäksi terveydenhuoltolain mukaan ensihoitopalveluun sisältyy ”potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen tarvittaessa psykososiaalisen tuen piiriin”. (FINLEX®.)

Terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolain mukaisella päihdetyöllä tuetaan ja vahvistetaan yksilöiden ja yhteisöjen päihdeettömyyttä, vähennetään ja (tai) poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Terveydenhuoltolain mukaiseen päihdetyöhön kuuluu päihteisiin ja päihdeettömyyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä päihdeiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Sosiaalihuoltolain (2014/1301) mukaiseen päihdetyöhön sisältyy päihdeiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisille suunnatut sosiaalihuollon erityispalvelut sekä päihdeettömyyttä tukevat tai päihdeiden käytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut. Sosiaalihuoltolain mukaisessa päihdetyössä erityisasemassa ovat raskaanolevat henkilöt. (§24). (FINLEX®.)

Päihdehuoltolaissa (1986/41) määritellään päihdehuollon tarkoituksiksi ”ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta”. Päihdehuoltolain mukaisesti ”päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihdeiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toiminnassa on otettava ensisijaisesti huomioon päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu.” Päihdehuoltoa tekevien viranomaisten ja yhteisöjen on toimittava yhteistyössä. Erityisesti päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin on toimittava yhteistyössä. Palveluja annettaessa on ”päihdeiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan”. Lain ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015) mukaan ”julkinen valta huolehtii tämän lain mukaisesti alkoholin, tupakan, huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden sekä rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisystä yhteistyössä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa”. (FINLEX®.)

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan: ”Yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja

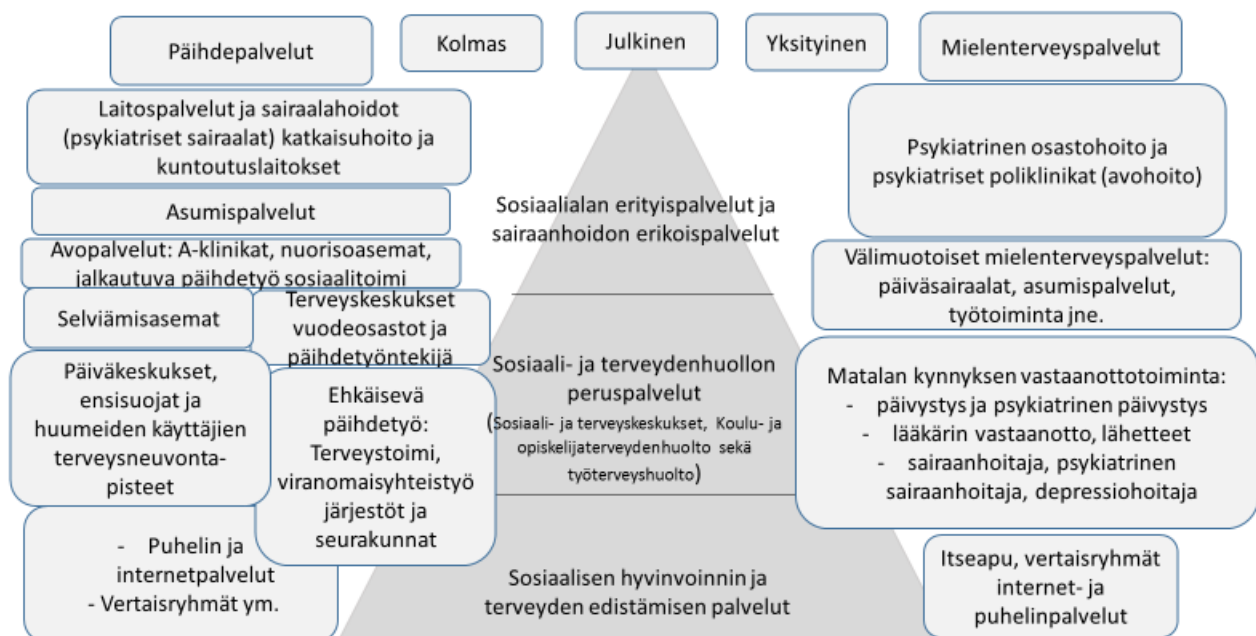
muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä”. (Laitila 2010, 35.) Mielenterveyslain mukaan ”kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään”. Mielenterveyslain mukaan ”kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen.” (FINLEX®.) Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitettuna ”sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin terveydenhuoltolaissa säädetään.” (FINLEX®.)

Sosiaalihuolto- ja terveydenhuoltolaki määrittävät kunnan järjestämisvastuuta mielenterveys- ja päihdetyön osalta hyvin samankaltaisesti. Kuitenkin laissa mielenterveystyö ei suoraan yhdisty päihdetyöhön, mutta päihdetyö yhdistyy suoraan mielenterveystyöhön. Mitä tämä tarkoittaa peruspalveluissa? Tulkintani on, että nämä lait sekä päihdehuolto-, mielenterveyslaki ja laki ehkäisevästä päihdetyöstä ovat yhteistyötä painottavia lakeja. Laeissa myös korostetaan yksilön vastuuta ja mahdollisuutta oma-aloitteiseen hoitoon hakeutumiselle sekä ohjausta ja neuvontaa eli palveluiden helppoa saatavuutta. Sosiaalihuoltolain mukaan päihdetyöhön sisältyy myös omaisille ja läheisille kuuluvat sosiaalihuollon erityispalvelut sekä psykososiaalinen tuki. Terveydenhuoltolaissa varsinkin mielenterveysomaiset eivät ole niin selkeästi esillä. Kuitenkin

myös terveydenhuoltolaissa yksilöille, perheille ja läheisille annettava psykososiaalinen tuki sisältyy sekä mielenterveys- että päihdetyöhön. Lisäksi lainsäätäjä painottaa ennaltaehkäisevän työn merkitystä.

2.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden moninaisuus

Sosiaali- ja terveystalvet jakaantuvat moniin erilaisiin palveluihin, joita tuottavat julkinen, yksityinen ja kolmas sektori. Osana sosiaali- ja terveystalvetuita mielenterveys- ja päihdepalvelut muodostavat moninaisen, monien eri toimijoiden tuottaman ja vaikeastikin hahmotettavan palveluvalikoiman. Kuviossa 2 sosiaali- ja terveystalvet kuvataan kolmella eri tasolla. Palvelutasoja voidaan tarkastella palvelun osaamisvaatimusten ja erikoistumisen, palvelusuhteen intensiivisyyden tai palveluun pääsyn näkökulmasta (Virtanen ym. 2011). Kuvio 2 ei ole kaiken kattava kuvaus mielenterveys- ja päihdepalveluista. Kuvioilla 2 pyritään selventämään mielenterveys- ja päihdepalveluiden moninaisuutta, esittämällä vasemmalla reunalla päihdepalveluita ja oikealla mielenterveyspalveluita. Talvet on pyritty asemoimaan kuvioon niin sanotun porrasmallin mukaisesti, että ne olisi aseteltu huomioimalla palvelun edellyttämää erikoistumista, osaamisvaatimusta, intensiivisyyttä ja lähetekäytäntöä (Rush ym. 2008).



Mukaillen Hänninen 2007; Rush ym. 2008; Virtanen ym. 2011).

KUVIO 2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN ASEMOINTI SOSIAALI- JA TERVEYSTALVELUIDEN ERITASOILLE.

Kolmion kärjen (kuvio 2) muodostavat intensiivistä hoitoa, erityistä osaamista vaativat, erityisin lähetekäytännöin toimivat sekä erikoistumiseen perustuvat sosiaalialan erityis- ja sairaanhoidon erikoispalvelut. Keskitasolla, peruspalveluiden ytimen muodostavat sosiaali- ja terveyskeskukset, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä työterveyshuolto. Peruspalveluita ovat palvelut, jotka ovat kaikkien ulottuvilla ja joihin on kohtuullisen helppo päästä. Peruspalveluita ovat muun muassa terveyskeskusten lääkäri- ja sairaanhoitajan palvelut, sosiaalityön peruspalvelut, työterveyshuollon sekä ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön palvelut. Sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut ovat ennaltaehkäiseviä matalan kynnyksen palveluita, näitä ovat muun muassa erilaiset harraste- ja vertaisryhmät, liikuntapalvelut, terveysneuvonta sekä internetpalvelut. (Finlex, Hänninen 2007, 17; STM 2012, 44; Virtanen 2011, 11.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluja on olemassa monenlaisia. Niitä tuottavat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat. European Service Mapping Schedule¹⁰ -luokituksessa mielenterveyspalveluihin sisältyvät palvelut, joiden nimenomaisena tavoitteena on mielenterveyshäiriön hoito tai sosiaalisten seuraamusten hallinta. Vaikeasti sairastuneille on olemassa tiiviitä ja vaativia hoitoja, joita toteutetaan esimerkiksi psykiatrisena laitospolikliinikkahoitona (katso kuvio 2 s. 14). Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan, kun avohoidon ei katsota riittävän psyykkisen häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. Sairaalahoito voi vaihdella aina lyhyistä tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitoihin. Psykiatrisen sairaalahoitoa toteutetaan pääsääntöisesti erillisissä psykiatrisissa sairaaloissa, aluesairaaloissa sekä yliopistollisissa keskussairaaloissa. Psykiatrisen sairaalahoito on siirtymässä yleissairaaloihin, joissa hoito ei olisi niin leimaavaa eikä laitostavaa. Lisäksi psykiatristen potilaiden somaattiset sairaudet voitaisiin huomioida ja hoitaa yleissairaaloissa paremmin. Valtion sairaaloissa hoidetaan kriminaali- ja vaikeahoitoisia potilaita. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 14; STM 2012, 47.)

Eri elämäntilanteisiin on tarjolla tuki- ja neuvontapalveluja, kun ongelmat ovat lieviä (Harjajärvi ym. 2006, 14). Keskeisimpiä mielenterveyspalveluja ovat avohoito erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa, joita tarjoaa esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan terveysasemalla

¹⁰ ESMS-instrumentti on aikuisväestön mielenterveyspalvelujen kartoittamiseen kehitetty ja edelleen kehiteltävä luokitteluväline

(katso kuvio 2 s. 14). Tavoite on, että perusterveydenhuollossa tunnistettaisiin kaikki yleisimmät mielenterveyshäiriöt. Siellä annettaisiin varhaista tukea ja hoidettaisiin masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt sekä pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavat. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävänä on ennaltaehkäisy, tunnistaminen, hoito sekä potilaan ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon. (Harjajärvi ym. 2006, 14; Hyvönen 2004, 60; STM 2012, 47.) Hyvösen mukaan (2004, 60) perusterveydenhuollon omimpana tehtävänä on ennaltaehkäisevä mielenterveystyö.

Mielenterveyshäiriöistä kärsiville on lisäksi olemassa välimuotoisia palveluja (Harjajärvi ym. 2006, 14). Ne sijoittuvat avohoidon ja laitoshoidon väliin. Niiden tarkoituksena on tukea avohoitoa ja kuntoutusta. Näitä palveluita ovat muun muassa päiväsairaanhoito, päivätoimintakeskukset, asumispalvelut ja työtoiminta (katso kuvio 2 s. 14). Mielenterveyshäiriöstä kärsiville ja heidän läheisilleen on olemassa myös palveluita, joissa ei tarjota varsinaista hoitoa tai ympärivuorokautisia palveluja. Näissä, usein järjestöjen ylläpitämissä ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamissa yksiköissä työskentelee sosiaali-, kasvatus- ja terveysalan koulutuksen saaneita ammattilaisia. Yhdessä vapaaehtoisten kanssa työntekijät koordinoivat ja toteuttavat itseapu- ja vertaistukiryhmiä, neuvonta- ja keskusteluapua sekä avointa kohtaamispaikkatoimintaa (kuvio 2 s. 14). Lisäksi on erilaisia internetpalveluja, kuten mielenterveystalo.fi, jota ylläpitää Helsingin Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. (Harjajärvi ym. 2006, 14; Koskinen ym. 2016; mielenterveystalo.fi.)

Kunnilla on merkittävä vaikutus siihen, minkälaisia päihdepalveluita on tarjolla. Päihdehoito voi olla lyhytkestoista avohoitoa tai pitkäaikaista avo- tai laitoshoidon. Päihdehoitoa toteutetaan muun muassa psykiatrisissa sairaaloissa (katso kuvio 2 s. 14). Kuntoutus eroaa hoidosta, sen ulottuvuudeltaan. Kuntoutus huomioi hoidon lisäksi yhteisöllisen ja sosiaalisen tuen sekä asiakkaan asumisen, työn, koulutuksen ja toimeentulon. Päihdeongelmasta johtuvan hoidontarpeen arviointi, muuhun hoitoon ohjaus, neuvonta, terapeuttinen jatkohoito sekä katkaisu- ja kuntoutushoito ovat päihdehuollon erityispalveluita, joita saa esimerkiksi A-klinikoilta (katso kuvio 2 s. 14). Erityispalveluihin kuuluvat myös asumispalvelut ja päiväkeskukset. Päihdehuollon erityispalveluja käytetään enemmän suuremmissa kunnissa. Näitä tarjoavat muun muassa A-klinikoiden nuorisosasemat sekä katkaisuhuolto- ja kuntoutusyksiköt. Pienempien kuntien muodostamiin seutukuntiin on voitu palkata kiertävä päihdetyöntekijä, kun taas maaseutumaisissa kunnissa päihdehoidossa käytetään peruspalveluiden terveyskeskusta. Varhaisvaiheen päihdehaittoja voidaan

ehkäistä terveyskeskuksissa tapahtuvalla mini-interventiolla. Suurimpia palvelutuottajia asiakasasioinnin mukaan ovat asumispalvelut, A-klinikat tai vastaavat, sosiaalitoimistot ja psykiatriset sairaalat. Varhaisvaiheen palveluiden ja erityispalveluiden lisäksi ovat vaativan tason ja vaativan erityistason päihdepalvelut moniongelmaisille, päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille, opiaattiriippuvaisille, jatkohoidon tarpeessa oleville vankilasta vapautuneille sekä tahdosta riippumattoman hoidon järjestelyt. (Inkeroinen & Partanen 2006, 19-21; 47-48; Laitila 2010, 35.)

Ehkäisevän päihdetyön tehtävänä on ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ehkäisy, seuranta ja arviointitiedon tuottaminen sekä riskiehkäisyyn kohdentaminen. Ehkäisevää päihdetyötä tehdään monialaisena yhteistyönä viranomaisten, seurakuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden välillä (katso kuvio 2 s. 14). Ehkäisevä päihdetyö mielletään terveystoimeen kuuluvaksi, kun taas korjaava päihdetyö ja -palvelut sosiaalitoimeen kuuluviksi. Sosiaalitoimen osuus päihdetyöstä on noin kaksikolmasosaa. (Inkeroinen & Partanen 2006, 19-21.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti peruspalveluihin kuuluisi päihtyneiden selviämisen- ja ensihoito. Suurimmissa kunnissa olisi erityisiä selviämisasemia, joissa arvioitaisiin päihtyneiden tilanne ja muun mahdollisen hoidon tarve. Sitä voisi toteuttaa terveyskeskuspäivystyksen, päihdepalveluiden ja poliisien yhteistyönä. Selviämisasema voisi sijoittua joko päivystävän terveydenhuollon yksikön, päihdehuollon katkaisuhuoitoyksikön tai poliisin säilöönottoyksikön yhteyteen. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet kuuluisivat perusterveydenhuollon matalan kynnyksen palveluihin. Ne perustuisivat edelleen nimettömyyteen ja olisivat käyttäjälleen maksuttomia. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan peruspalveluissa tulisi tunnistaa päihdeongelmat, antaa varhaista tukea ja hoitaa suurin osa päihdeongelmista, huolehtia peruskatkaisuhoidosta ja pitkäkestoisesta jatkohoidosta päihdeasiakkaille, kuten opiaattiriippuvuuden korvaushoidosta. Peruspalveluihin kuuluisi myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden somaattisten sairauksien, suun sairauksien ja tapaturmien hoito. (STM 2012, 45.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan päihde- ja mielenterveyshäiriöt ovat niin yleisiä, että jokaisen terveyskeskuslääkärin, hoitajan ja sosiaalityöntekijän tulisi ehdottomasti tunnistaa ja hoitaa näitä häiriöitä yhtäläisesti kuin muita terveysongelmia. Peruspalveluissa tulee

olla depressio- ja päihdehoitajan matalan kynnyksen vastaanotto ja vahvistaa sosiaalityön merkitystä. Jotta peruspalveluissa voidaan ottaa vastuu mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta, tulee peruspalveluihin saada psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalveluiden konsultaatio-, koulutus- ja työnohjaustukea. Peruspalveluita tulee myös monipuolistaa erityisesti päivystyksellisillä, kotiin, kouluun tai lasten ja nuorten muihin luonnollisiin toimintaympäristöihin vietävillä sekä ryhmämuotoisilla palveluilla. Tietoteknologian hyödyntämisen merkitys korostuu erityisesti syrjä- ja haja-asutusalueilla. (STM 2012, 45.)

Asiakkaalla on oltava mahdollisuus moniin avohoitoa tukeviin palveluihin, joita tuottavat julkisen sektorin ohella myös yksityinen ja kolmas sektori. Järjestöt tuottavat muun muassa erilaista vertaistukitoimintaa (katso kuvio 2 s. 14), kuten A-kilta-, klubitalo- tai vastaavaa toimintaa. Kansallisen päihde- ja mielenterveyssuunnitelman mukaan päivätoimintakeskuksiin sisältyvää toimintaa voidaan toteuttaa psykiatristen poliklinikoiden, yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeyksiköiden tai kolmannen sektorin järjestöjen toimesta. (STM 2012; 46.)

Suomessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen rajan arvioidaan madaltuneen. Esimerkiksi Heinimäen (2011) tutkimuksessa puhuttiin terveydenhuollossa peruserikoissairaanhoidon palveluista, joilla tarkoitettiin perusterveydenhuoltoon integroituja mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajia. Lisäksi sosiaalihuollossa mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä sosiaalityön osaamisalueen todettiin liikkuvan perus- ja erityisosaamisen rajoilla. Erityis- ja perustason integroituminen nähdään myös vahvasti myönteisenä. Terveydenhuollossa erikois- ja perustason integraatiota pidetään tarpeellisena, ei vain toivottavana, vaan jopa välttämättömänä. (Heinimäki 2011, 61-62, 76.) Steniuksen, Kekin, Kuussaaren, & Partasen (2012, 167) tutkimuksen mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistyminen on edennyt pitkälle. Mielenterveys- ja päihdepalveluita on yhdistetty niin järjestelmä- kuin palvelutasolla. Lisäksi kunnissa on toteutettu joko järjestelmä- tai palvelutason integraatiota. (Stenius ym. 2012, 171-172.) Integraatioon palataan seuraavassa luvussa.

Perusterveydenhuolto voidaan määritellä laajassa tai suppeassa merkityksessä. Suppeassa merkityksessä se tarkoittaa kunnallisten terveystieteiden toimintaa ja laajemmassa merkityksessä kaikkia niitä palveluita, jotka ovat kuntalaisten käytettävissä ilman eteenpäin lähettämismenettelyä

(Kokko & Niskanen 1995, ref. Hyvönen 2004, 13.) Tässä tutkielmassa huomio kiinnitetään mielenterveys- ja päihdepalveluihin, jotka asettuvat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluiden tasolle (kuvio 2 s. 14). Näitä tuottavat muun muassa kunnat ja järjestöt. Edelleen huomio kiinnittyy kunnan terveysasemien, sosiaalitoimen ja niiden läheisyydessä toimivien mielenterveys- ja päihdeyksiköiden tai vastaavien toiminnallisten yksiköiden toteuttamaan mielenterveys- ja päihdetyöhön. Sellaisiin palveluihin, joihin on suhteellisen matala kynnyks ilman tiukkoja lähetekäytäntöjä. Tarkastelussa on huomioitava erityistason nivoutuminen peruspalveluihin sekä organisaatioiden ja sektoreiden välinen yhteistyö. Tässä tutkielmassa tarkastelun ulkopuolelle jää perusterveydenhuoltoon kuuluvien työterveyshuollon, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ja neuvoloiden yhteydessä toteutettava mielenterveys- ja päihdetyö.

3 INTEGRAATIOSTA, ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ JA JOHTAMISESTA

Tutkielman keskeisenä näkökulmana on palveluiden toimivuus asiakkaille. Tässä luvussa käsitellään tutkielman avainkäsitteitä: integraatio, asiakaslähtöisyys ja johtaminen. Tavoitteena ei ole antaa tarkkoja määritelmiä käsitteille, vaan tutustuttaa ja kuvailla niiden monimuotoista sisältöä ja merkitystä. Tavoitteena on lähestyä käsitteitä siten, että ne palvelisivat tutkielman toteuttamista parhaalla mahdollisella tavalla.

Liiketaloudellisen näkökulman mukaisesti itse palvelun ja sen lopputuloksen lisäksi myös se tapa jolla palvelua tarjotaan tuottaa lisäarvoa asiakkaalle (Lind 2007, 15). Liiketalouden periaatteita ei täysin voida asettaa sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyspalveluihin hakeudutaan monesti elämäntilanteeseen liittyvän välttämättömyyden johdosta. Asiakkuuden perustana on vapaaehtoisuus ja tiettyjen ehtojen täyttyminen, mutta toisinaan myös tahdosta riippumaton eli pakkoasiakkuus. (Holma 1999, 30 ref. Raitakari, Juhila, Günther, Kulmala & Saario 2012, 53).

Asiakaslähtöisyys koetaan vastakohtana organisaatiolähtöiselle ajattelulle. Organisaatiolähtöisellä ajattelulla viitataan toimintaan, jossa toiminnan perusta on itse organisaatiossa. Olemassa olevat

palvelut koetaan luonnostaan hyviksi. Ongelmana on, että asiakkailta ei ole riittävästi tietoa olemassa olevista palveluista. Asiakaslähtöisyydessä lähtökohta on kohderyhmän tarpeissa ja niiden selvittämisessä. (Vuokko 2008.) Asiakaslähtöisyydelle ei ole määriteltävissä yhtä tarkkaa sisältöä. Asiakaslähtöisyyden sisältö on riippuvaista palvelujärjestelmässä toimivien asiakkaiden ja ammattilaisten rooleista sekä sitä ohjaavan hallinnon (johto ja poliittiset päättäjät) rooleista käsin tapahtuvasta tulkinnasta (Raitakari ym. 2012. 48-49.) Johtamisessa tulisikin kiinnittää huomiota asiakkuuksiin, puhutaankin asiakasprosessien johtamisesta (Virtanen ym. 2011, 51).

Palveluiden asiakaslähtöinen toiminta edellyttää palveluiden integrointia (Virtanen ym. 2011, 12). Integraatiosta, monialaisesta yhteistyöstä ajatellaan olevan hyötyä asiakkaille, heidän perheilleen, työntekijöille sekä hallinnolle (Rush ym. 2008, 66). Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö koetaan tärkeäksi, erityisesti muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluissa, joissa asiakkaan tarpeet ulottuvat yli sektorirajojen (Hänninen 2007, 12). Johtaminen nähdään tärkeäksi välineeksi integraation edistämiseksi (Heinimäki 2014, 60).

3.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittamisesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön pohtiminen ei ole aivan uusi asia. George Wallsin (1982) tutkimusraportissa ”terveydenhuolto ja sosiaalihuolto yhteistoiminnassa” tarkasteltiin muun muassa sosiaalipoliittisia perusteita sosiaali- ja terveydenhuollon väliselle yhteistyölle sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien sen hetkistä todellista ja odotettua yhteistyötä kuntatasolla. Yhteistyötä tarkasteltiin sekä vertikaalisesta että horisontaalisesta näkökulmasta. Sosiaalipoliittisina perusteluina yhteistyölle mainittiin muun muassa havainnot monien sosiaalihuollon asiakkaiden jatkuvasta tarpeesta jonkinlaisiin terveystalouteihin. Molempien palveluiden tarpeessa koettiin olevan erityisesti vammaiset, alkoholistit, mielenterveysongelmaiset ja vanhukset. Sosiaalipoliittisena tarpeena yhteistyölle nähtiin myös ihmisten kokeman (huonovointisuus) sairastumisen holistisuus. Sairastumiseen liittyy tällöin niin sosiaalisia, psyykkisiä kuin fyysisiä tekijöitä. Selvityksen mukaan sosiaalialan työntekijöiden ja terveydenhuollon työntekijöiden välinen odotettu yhteistyö oli suurempaa kuin todellinen yhteistyö. Sosiaalialan työntekijöillä oli yhteistyöhön enemmän tarvetta kuin terveydenhuollon työntekijöillä. Suorittava porras koki yhteistoimintavajeen johtoporrasta suuremmaksi. Yhteistoimintaa tarvittiin varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon välimaastoon sijoittuvissa ongelmissa (kehitysvammaisuus

ja invalideetti, alkoholi- ja päihdeongelmat, psyykkiset sairaudet sekä vanhus- ja lastenhuolto). Perustelut yhteistoiminnalle ja sen tarpeelle olivat yhteiskehittäminen, toimintojen samansuuntaisuus ja yhteiset asiakkaat. Yhteistyö henkilöstöryhmien välillä arvioitiin horisontaaliseksi. Tällöin asemansa ja vastualueensa puolesta läheisesti toisiaan vastaavat henkilöstöryhmät ovat yhteistyössä keskenään. Toisin sanoen esimerkiksi sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä sairaanhoitajan kanssa. (Walls 1982, 32-36; 80.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittaminen on tarpeellista. Palveluiden yhteensovittamista puoltaa hoidon yhtäaikaisen aloittamisen välttämättömyys, tutkimustulokset kun osoittavat hoidon heikkoa laatua, mikäli yhdessä esiintyviä ongelmia ei hoidetta yhtäaikaisesti (Drake ym. 2004 ref. Davidson & White 2007, tiivistelmä). Suomalaisessa palvelujärjestelmässä yksi keskustelun aihe on ollut se, sijoittuvatko päihdehuollon erityispalvelut hallinnollisesti terveydenhuollon vai sosiaalipalvelujen alaisuuteen. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistapa on perinteisesti ollut se, että mielenterveyspalvelut kuuluvat terveyspalveluihin ja päihdepalvelujen erityispalvelut toimivat sosiaalipalveluissa. (Stenius ym. 2012, 169, 173.) Kansallisessa päihde- ja mielenterveyssuunnitelmassa todetaan, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaita on ”hoidettu erillisissä hoitopaikoissa joko samanaikaisesti tai perättäisesti, vaikka yhä useammalla asiakkaalla on sekä mielenterveys- että päihdeongelma”. Erillään olevat palvelut vaikeuttavat palveluiden käyttäjien pääsyä niiden piiriin ja aiheuttavat putoamista niistä, vaikka työntekijät eri palveluissa ovatkin osaavia ja työhön motivoituneita (STM 2012, 13; katso myös Rush 2008). Tällaisessa järjestelmässä potilaiden ja asiakkaiden tulee asioida monissa eri organisaatioissa tai yksiköissä saadakseen tarvitsemansa palvelut (Lindqvist & Grape, 1999 ref. Axelsson & Axelsson 2006, 78).

Suojasalmi (2006) kuvaa asiantilaa Suomen osalta siten, että ”samanaikaiset päihdeongelmat ja mielenterveyshäiriöt, erilaiset hoitokäytännöt sekä päihde- ja mielenterveysjärjestelmän erilaiset toimintakulttuurit ovat muodostaneet suurimman esteen palveluihin pääsulle yhden oven ja matalan kynnyksen periaatteella” (Suojasalmi 2006, 4). Tarkasteltaessa yhteensovittamista, on kiinnitettävä huomiota muun muassa palveluiden eriytymiseen ja vastuun hajautumiseen. Ongelmien moninaisuus, toiminnallinen eriytyminen sekä vastuun pirstoutuminen synnyttävät integraation tarpeen. Erilaiset arvot ja kulttuurit muodostavat esteitä yhteensovittamisessa. (Axelsson & Axelsson 2006, 77-78, 83.) Erilaiset näkökulmat integraatioon vaikuttavat sen toteuttamiseen (Rush

ym. 2008). Esimerkiksi kenen ajatellaan hyötyvän yhteensovittamisesta ja miten? (Axelsson & Axelsson 2006).

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän yhteensovittamisessa pyritään vastaamaan väestön moninaisiin tarpeisiin, moniongelmaisten ryhmien tarpeiden parempaan huomioimiseen, palveluiden kustannustehokkuuden lisäämiseen, toiminnan tehostamiseen sekä palveluiden vahvistamiseen. Vahvistavat tekijät liittyvät asiakkaan palvelujen kokonaisuuteen ja palveluketjuihin, yhteistyön ja yhteisen ymmärryksen lisääntymiseen, ammatillisen osaamisen tehokkaaseen käyttöön ja osaoptimoinnin poistamiseen. (Axelsson & Axelsson 2006, 78; Heinimäki 2014, 58.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat hyvin erilaisia ja eritasoisia. Tämän pitäisi olla päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraation lähtökohta. Ongelmien moniulotteisuuden takia hoitojärjestelmän tulisi tarjota erilaisia interventio-, hoito- ja yhteistyömuotoja. Asiakas pitää tärkeänä sitä, että hän saa tarvitsemansa avun tai ainakin tiedon siitä, mistä apua voi hakea. Rushin ja Nadeaun (2011) mukaan näkemystä integraatiosta tulisi laajentaa siten, että se kattaisi mielenterveys- ja päihdehoidon lisäksi myös kaikki muut asiakkaalle tärkeät palvelut, kuten työvoima- ja asumispalvelut sekä toimeentuloon liittyvät palvelut. Sosiaalityötä painottavalla hoitojärjestelmällä olisi tähän hyvät edellytykset. (Rush & Nadeau 2011. ref. Stenius ym. 2012.)

Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat yhteensovitettavissa? Heinimäen (2013) mukaan palvelujen muutoksessa on kyse toisiinsa liittyvien palvelujen nivoutumisesta eli integraatiosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajojen häivyttäminen liittyy suurempaan sosiaali- ja terveysalan integraatioon. Mielenterveys- ja päihdepalveluista keskusteltaessa Rush ym. (2008;2011) jakavat integraation järjestelmä- ja palvelutasolle. Palvelutason integraatiossa yksittäiset työntekijät, työntekijöiden muodostamat tiimit tai palvelun tarjoajien verkosto tuottavat yhteistyössä kliinisen hoidon ja psykososiaalisen tuen asiakkaalle. Tällä varmistetaan hoitoon ja tukitoimintoihin pääsy ja tehokas hoidon jatkuvuus. Järjestelmätason integraatiossa rakenteiden ja prosessien yhteensovittamisella tuetaan palvelutasoa. Järjestelmätasoon sisältyy muun muassa poliittinen, rahoituksellinen ja henkilöstöresurssien ohjaus, toiminnan seuranta, tutkimus ja tiedon vaihto sekä johtaminen. (Rush ym. 2008, 53; Rush & Nadeau 2011, 148, 153-154.)

Integroitumista voidaan tarkastella eri ulottuvuuksien avulla. Vertikaalisesta integraatiosta puhutaan, kun eri hierarkisella tasolla olevat organisaatiot tai yksiköt yhdistyvät. Horisontaalisesta integraatiosta on kyse saman hierarkiatason tai samalla statuksella toimivien organisaatioiden tai yksiköiden yhdistymisessä. (Axelsson & Axelsson 2006; Rush ym. 2008.) Suomessa palveluiden nivoutumista tapahtuu muun muassa vertikaalisesti, esimerkiksi perus- ja erikoistason palveluiden välisenä ja horisontaalisesti, esimerkiksi ylittämällä palveluiden keskinäiseen yhteyteen liittyviä perinteisiä sektorirajoja. (Heinimäki 2013.)

Organisaatioiden tai palveluiden välistä nivoutumista voidaan kuvata jatkumona konsultoinnista konsolidaatioon. Koordinaatio, yhteistoiminta (co-operation) tai yhteistyö (collaboration) eri sektoreiden, organisaatioiden tai yksiköiden välillä asettuvat eri muodoissaan tälle jatkumolle. Axelsson & Axelsson (2006) tarkastelevat koordinaatiota, yhteistoimintaa ja yhteistyötä eli integraatiotasojä yhdessä vertikaalisen ja horisontaalisen ulottuvuuksien sekä eriytymisen asteen kanssa. Yhdistämällä tasot ja ulottuvuudet voidaan heidän mukaansa rakentaa integroitumisen käsitteellinen järjestelmä, joka kertoo, miten integroituminen saavutetaan. Integroitavien palveluiden eriytymisen aste kertoo sen, millaisella tasolla integroituminen saavutetaan tehokkaasti. (Axelsson & Axelsson 2006, 79 - 80.)

Koordinaatio on tulkittavissa korkean vertikaalisuuden ja vähäisen horisontaalisuuden integraatiomalliksi. Yhteensovittamisesta päätetään hierarkiarakenteiden ylätasolla ja sitä johdetaan ylhäältä alas. Yhteistoiminta on tulkittavissa korkean vertikaalisuuden ja horisontaalisuuden integraatiomalliksi. Yhteensovittamista ohjataan hierarkiarakenteiden ylätasolta, mutta tälle on yhteinen hyväksyntä ja sitä toteutetaan yhdessä. Yhteistyö on tulkittavissa vähäisen vertikaalisuuden ja korkean horisontaalisuuden integraatiomalliksi. Mukana olevien organisaatioiden tai palveluiden yhteensovittaminen saavutetaan vapaaehtoisen hyväksynnän ja yhteisen toteuttamisen kautta. Se perustuu halulle toimia yhdessä. Mikäli palvelut ovat eriytyneet vain vähän, niin vertikaalinen koordinaatio voi olla tehokas yhteensovittamisen muoto. Mikäli eriytyminen on suurempaa niin horisontaalinen yhteistoiminta tai yhteistyö voivat olla tehokkaita tapoja palveluiden yhteensovittamisessa. Hyvinvointipalveluja tuottavat myös monet yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat. Näiden ja julkisen sektorin välinen yhteensovittaminen saavutetaan

tehokkaimmin yhteistyöllä eli vähäisen vertikaalisuuden ja korkean horisontaalisen yhteistyön kautta. (Axelsson & Axelsson 2006, 79 - 80.) Heinimäki (2011, 18) näkee tämän korkean vertikaalisen yhteistoiminnan muotona, koska organisaatioilla on erillinen hierarkia julkishallintoon nähden, ja näin horisontaalista integraatiota ei voisi edistää, vaan integraatio on rakennettava vertikaalisesti.

Rushin ym. (2008, 58) mukaan jatkumon muodostaa verkostoituminen, koordinoiminen, yhteistoiminta ja yhteistyö. Korkein taso on integroituneet organisaatiot. He tarkastelevat tasoja suhteessa ajan sekä reviiirin (turf) ja luottamuksen jakamisen ulottuvuuksiin. Verkostoissa tietoa vaihdetaan yhteiseksi hyödyksi. Reviiriä ei tarvitse jakaa, aikaa voi käyttää rajoitetusti ja luottamukseenkaan ei tarvitse olla korkealla tasolla. Koordinaatiossa vaihdetaan tietoja ja käytäntöjä yhteensovitetaan yhteiseksi hyödyksi yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Tämä vaati jo enemmän organisaation osallisuutta mitä verkostossa, korkeamman tason luottamusta sekä jonkin verran reviiirin jakamista. Yhteistoiminnassa tietoja, käytäntöjä sekä voimavaroja jaetaan yhteiseksi hyödyksi yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Organisaatioiden sitoutuminen lisääntyy, mikä voi edellyttää kirjallisia sopimuksia. Voimavarojen jakaminen voi tarkoittaa rahoitusta, henkilöstöpanosta tai teknistä tukea. Yhteistoiminta vaatii perustavanlaatuista ajallista sitoutumista, korkean tason luottamusta ja merkittävää reviiirin jakamista. Yhteistyössä tietojen vaihdolla, käytäntöjen sovittamisella ja voimavarojen jakamisella tehostetaan osallisten kapasiteettia yhteiseksi hyödyksi yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Organisaatiot ja yksilöt haluavat oppia toinen toisiltaan tullakseen paremmaksi siinä mitä tekevät. Yhteistyössä jaetaan vastuu, riskit ja tuotot. Tämä edellyttää perustavan laatuista ajallista sitoutumista, erittäin korkeaa luottamusta ja reviiirin jakamista. Integraatio on kahden organisaation täydellinen nivoutumien sekä asiakastoimenpiteissä että hallinnollisesti. (Rush ym. 2008, 58.)

Palveluiden nivoutumisessa voidaan nähdä kolmenlaista käytäntöä: tiimityöskentely, moniammatillinen yhteistyö ja kumppanuus. Organisaation sisäistä yhteistyötä toteutetaan tiimeissä. Sanerma (2009, 95-96) kirjoittaa väitöskirjassaan tiimin käsitteen yhteen kokoavasti. ”Tiimillä tarkoitetaan pientä ryhmää ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja. Tiimi on ryhmä ihmisiä, jotka itsejohtoisesti, yhteisvastuullisesti ja tiiviissä yhteistyössä suorittavat tiettyä työkokonaisuutta. Tiimin jäsenten erilaisuutta hyödyntäen pyritään yhteisiin arvopäämääriin ja tavoitteisiin yhteisten pelisääntöjen puitteissa. Tiimin jäsenet ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään

ja he lähestyvät niitä yhteisvastuullisesti. Tiimillä on yhteinen selkeä toimintamalli, joka kaikkien tiimin jäsenten on hyväksyttävä.”

Tiimejä voi muodostaa myös monialaisesti, tällöin puhutaan moniammatillisesta yhteistyöstä. Se liitetään vaativiin asiakastilanteisiin. Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sitä, että ”erilaisen koulutuksen saaneiden, eri ammattinimikkeillä ja monenlaisista taustayhteisöistä tulevien työntekijöiden olisi kyettävä tekemään yhteistyötä mahdollisimman hyvin asiakkaan parhaaksi, tuomaan oman ammattinsa erityisosaaminen ja tieto yhteiseen käyttöön sekä kohtaamaan joustavasti asiakkaat ja toisten ammattiryhmien edustajat”. (Pärnä 2012, 50.)

Axelsson & Axelsson (2006) näkevät pysyvät, pitkäaikaiset monialaiset tiimit yhteistyön menestyneimpänä muotona. Monialaiset tiimit tarjoavat laajan valikoiman palveluja. Näissä jäsenet tietävät toisensa ja luottavat toisiinsa, työskentelevät tiiviissä yhteistyössä samoin intressein, arvoin ja päämäärin. Monialaisissa tiimeissä päätöksenteko on kollegiaalista ja konsensuskseen pyrkivää. On olemassa yhtenäinen tiimikulttuuri. Monialaiset tiimit saattavat kehittyä hyvinkin itsenäisiksi. Lisäksi niiden päätöksen tekoon saatetaan ottaa mukaan asiakkaita. Tällöin integraatio tapahtuu vertikaalisesti alhaalta ylös. (Axelsson & Axelsson 2006, 83.)

Dowling ym. (2004) määrittelevät kumppanuuden yhteistyöjärjestelyksi, jossa muuten itsenäiset toimijat yhteistoiminnassa saavuttavat yhteisen tavoitteen (goal). Tähän voi liittyä uuden organisaatiota muistuttavien rakenteiden ja prosien luontia ohjelmien suunnittelua ja toimeenpanoa varten. Lisäksi kumppanuudessa jaettua ovat tieto, riskit ja tuotot. (Dowling ym.. 2004, 310 ref. Rush ym. 2008, 59.). Kumppanuuksilla pyritään ratkaisemaan monimutkaisia ja ristiriitaisia (intractable) ongelmia terveys- ja sosiaalipalveluiden tuottamisessa. Sen perusta on yksikertaisessa oletuksessa, että liittämällä yhteen resursseja, rooleja ja vastuuta eri organisaatioista, ongelman ratkaisu on tehokkaampaa kuin organisaation toimiessa yksin. (Rush ym. 2008, 59.)

Yhteensovittamisessa voi tapahtua myös hajauttamista. Tällöin erityistyöntekijöiden muodostamat tiimit ovat kuntien sosiaali- ja terveysasemien tai muiden palvelupisteiden asiakkaiden käytettävissä kutsusta tai määrätyin ajoin. Yhteensovittaminen voi tuottaa myös eriytymistä, jolloin esimerkiksi

mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat eriytetty omaksi erityisosaamista vaativaksi yksiköksi. Muita esimerkkejä eriytymisestä ovat psykologiyksiköt, vammaispalvelut ja velkaneuvonta. (Heinimäki 2014, 40, 43-44.)

Steniuksen ym. (2012) mukaan yhteensovittamista tapahtuu niin järjestelmätasolla kuin palvelutasolla sekä järjestelmä- ja palvelutasolla. Järjestelmäintegraatiolla he tarkoittavat sitä, että mielenterveys- ja päihdepalvelut sijoittuvat kunnan palvelurakenteessa saman hallinnonalan alaisuuteen, ja niiden resurssit tulevat samasta budjetista. Niillä on siis yhteinen paikallinen poliittinen ohjaus, ja palvelut on organisoitu siten, että hoitoa ohjaavat yhteiset periaatteet ja tavoitteet. Yhteistyön pitäisi toimia niin, että hoitoketjut ovat mahdollisimman katkeamattomia ja lähetekäytännöt joustavia. Myös päihde- ja mielenterveyspalveluiden fyysinen sijainti lähellä toisiaan on olennaista. Palveluintegraatiolla Stenius ym. (2012) tarkoittavat sitä, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tarjotaan samassa palvelussa tai yhteisissä tiimeissä, vaikka hallinnollista yhteyttä ei olisi. Palveluintegraatiossa toimintaa ohjaa yksi yhtenäinen hoitosuunnitelma, jonka toteuttamisesta vastaa yhteinen hoitotiimi. (Stenius ym. 2012, 171-172.)

3.2 Asiakslähtöisyys mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Asiakslähtöisyyden vahvistuminen Suomessa, sosiaali- ja terveystalouden periaatteena, voidaan ajallisesti paikantaa vuoden 1982 Terveystalouden oikeussuojatoimikunnan mietintöön II: ehdotus laiksi potilaan oikeuksista. Vuoden 1982 mietinnön taustalla oli psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden tekemien kanteluiden lisääntyminen. Tästä mietinnöstä kului kymmenen vuotta, kunnes vuonna 1992 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Taustalla siis voidaan sanoa olevan pyrkimys psykiatristen potilaiden aseman parantamiseksi. Samaan aikakauteen liittyy myös laitoshoidon purkaminen. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista mainitaan ihmisarvo, potilaan vakaumus, yksilölliset tarpeet sekä hoitavan tahon ja asiakkaan yhteistyö. (Kiikkala 2000, 112-113.)

1990 -luvulta asti yhteiskuntapoliittisissa puheissa ja strategioissa asiakslähtöisyys on ollut keskeisesti esillä (Kiikkala 2000, 113). Vuoden 2015 Juha Sipilän hallitusohjelmassa korostetaan asiakslähtöisyyttä (Ratkaisujen Suomi). Asiakslähtöisyyttä pidetään niin sanottuna avainterminä (keyword). Se on yhteiskunnallisesti ja toiminnallisesti avainasemassa. Avaintermin ominaisuuksiin

kuuluu sen myönteinen lataus. Se on arvolutautunut termi. Arvon ilmaisulla osoitetaan jotain, jota toiminnalla tavoitellaan tai johon toiminta perustuu. Asiakslähtöisyys on suositeltava ja oikea tapa toimia. Sillä on yhteiskunnallisesti moraalinen ja normatiivinen oikeutus. Se on jotain, jota ei voi kiistää eikä kieltää, joutumatta huonoon valoon. (Raitakari ym. 2012, 52-52.) Se on ”kansalaisten laajasti ilmaiseva tahdonilmaus” (Kiikkala 2000, 115). Asiakslähtöisyyden arvoperusta sisältää Kiikkalan (2000) mukaan seuraavat arvot: ihmisarvo, kokonaisvaltainen ihminen, ihmisen kunnioitus, aktiivisuus, itsemäärääminen, yhdenvertaisuus, yksilöllisyys, neuvotteleva yhteistyö, vaikuttaminen, aitous, toiveikkaus ja suuntautuminen tulevaan. (Kiikkala 2000, 116.)

Asiakslähtöisyys kietoutuu asiakkaaseen liitettäviin arvoihin, ammattilaisen, asiakkaan sekä palveluorganisaation toimintaan. Kiikkalan (2000, 116 – 120) artikkelissa asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveyspalveluissa ilmenee toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaasta, näkemyksenä hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä näkemyksenä työntekijöistä. Raitakari ym. (2012) tarkastelevat artikkelissaan asiakslähtöisyyttä asiakasammattilaisvuorovaikutuksessa. He tiivistävät asiakslähtöisyyden kuluttajuus-, kumppanuus- ja huolenpitosuhteeseen. Laitila (2010) kuvasi väitöstutkimuksessaan osallisuutta ja asiakslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.

Laitila (2010) tiivistää väitöskirjassaan tutkijoiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä seuraavasti: Asiakslähtöisen toiminnan perustana on asiakkaan yksilöllisyyden¹¹, asiantuntijuuden¹², mielipiteiden, käsitysten¹³, kokemuksen¹⁴ sekä voimavarojen¹⁵ huomioiminen ja kunnioittaminen¹⁶. Asiakslähtöinen työ perustuu asiakkaan esittämään tarpeeseen¹⁷ ja hänen kanssaan yhdessä

¹¹ Latvala 1998; 2002; Latvala ym. 2004; Sorsa ym. 2004; Ristaniemi 2005; Sidani ym. 2006; Robinson ym. 2008. ref. Laitila 2010

¹² Järvikoski 1994; Ala-Kauhaluoman 2000. ref. Laitila 2010

¹³ Michie ym. 2003. ref. Laitila 2010

¹⁴ Kokkola ym. 2002. ref. Laitila 2010

¹⁵ Järvikoski 1994; Latvala ym. 2004; Routasalonen ym. 2009. ref. Laitila 2010

¹⁶ Ristaniemi 2005; Raunio 2009. ref. Laitila 2010

¹⁷ Kokkola ym. 2002. ref. Laitila 2010

tekemiseen¹⁸. Tavoitteena on tukea asiakkaan omahoitoa¹⁹ ja osallisuutta²⁰. Asiakkaan ja työntekijän suhde on tasa-arvoinen, dialoginen vuorovaikutussuhde²¹, jossa työntekijä on asiakkaan yhteistyökumppani, konsultti tai valmentaja²². (Laitila 2010, 30 – 31.)

Asiakaslähtöisyys on asiakkaan toimintaa ja osallisuutta. Laitilan (2010) tutkimuksessa asiakkaan ”osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Hänen tutkimuksessaan osallisuus toteutui kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen”. (Laitila 2010, tiivistelmä.) Asiakkaan ollessa toimijana, hänet nähdään palveluiden keskiössä. Asiakkaalla on halu saada palveluita. Hän on kuluttaja, jonka ympärille palvelut rakennetaan. (Laitila 2010, 95- 97.) Kuluttaja-asiakkuus on kritiikkiä palvelujärjestelmälle, jossa asiakkaalle tarjottavat palvelut määräytyvät hallinnollisin päätöksin. Näin mahdollistettavat palvelut eivät vastaa ihmisten yksilöllisiä tarpeita ja elämäntilanteita. Lisäksi kuluttaja-asiakkuus suhtautuu kriittisesti ammattilaisen päätösvaltaan, oikeuteen määrittää tarpeita ja valita palveluita asiakkaan puolesta. Asiakkaan tulee saada itse määritellä tarpeitaan, ja hänellä tulee olla valinnanvapaus palveluihin nähden. Kuluttajana asiakkaan osallisuus on erityisesti mahdollisuutta tehdä valintoja. Sosiaali- ja terveystalvissa valintojen tekeminen on rajallista. Asiakas voi tehdä valintoja palveluntuottajista, palvelun sisällöstä, ajoituksesta ja määrästä. (Raitakari ym. 2012, 59-60.) Kuluttaja-asiakas on aktiivinen toimija. Asiakas on muuta kuin tietoa vastaanottava objekti, hän on aktiivinen palvelutapahtumaan osallistuja, joka tuo mukanaan oman elämänsä asiantuntemuksen (Virtanen ym. 2011, 58).

Asiakaslähtöisyys nähdään ammattilaisen toimintana. Asiakaslähtöisyyden edellytyksenä on, että työntekijällä on, ja hän kehittää seuraavia ominaisuuksia: aitous, avoimuus, rohkeus, tulevaan suuntautuminen, yhdenvertaisuus, aktiivisuus ja ammattitaitoisuus. Asiakaslähtöisen ammattilaisen toiminnasta seuraa se, että asiakas saa itselleen tarkoituksenmukaisen hoito- ja

¹⁸ Raunio 2009 ref. Laitila 2010

¹⁹ Routasalon ym. 2009. ref. Laitila 2010

²⁰ Michie ym. 2003; Latvala ym. 2004; Ristaniemi 2005; Robinson ym. 2008. ref. Laitila 2010

²¹ Ala- Kauhaluoma 2000; McCormack 2003a; Mönkkönen 2007 ref. Laitila 2010

²² Järvikoski 1994; LeinoKilpi 2009; Routasalo ym. 2009. ref. Laitila 2010

palvelukokonaisuuden. (Kiikkala 2000, 119-120.) Työntekijä toimii asiakkaan neuvonantajana. Tällöin asiakkaan palveluymmärrys lisääntyy, jolloin asiakas ymmärtää mitä sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkuus merkitsee ja asiakas tietää siihen liittyvät velvollisuudet ja oikeudet (Virtanen 2011, 58).

Laitilan (2010, 95-97) tutkimuksessa asiakkaat kokivat myös, että asiakas tarvitsee palveluja eikä niitä ole aina mahdollista järjestää asiakaslähtöisesti. Ammatilainen on asiakaslähtöinen myös toteuttaessaan huolenpitotehtävänsä. Ammatilainen huolenpitäjänä kantaa vastuuta ja on myötämielinen heitä kohtaan, jotka tarvitsevat apua arjessa, eikä heillä itsellään ole mahdollisuuksia aktiiviseen oman elämän suunnitteluun ja parantamiseen. ”Huolenpidon etiikka lähtee siitä, että olemme vastuussa omasta kuin myös muiden ihmisten selviytymisestä ja hyvinvoinnista.” (Särkelä 2001, 17–20, 128–131, ref Raitakari 2012, 68.) Huolenpidossa ei välttämättä odoteta autettavan kehittymistä, paranemista tai kuntoutumista. Huolenpidon tarve saattaa olla pitkäaikaista tai jopa jatkuvaa. Autettava on tällöin riippuvainen auttajastaan, autettava saa apua ja tällöin ainakin joskus on auttamisen kohde. Auttajan tulee olla moraalisesti ja eettisesti valveutunut. ”Huolenpidon etiikka edellyttää itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja sen toteutumiseen kaikin keinoin pyrkimistä silloinkin, kun edellytykset siihen näyttäisivät olevan vähäiset.” (Raitakari ym. 2012, 67-68.)

Palvelut muotoutuvat organisaatioiden asiakaslähtöisessä toiminnassa ja yhteistyösuhteessa (Laitila 2010, tiivistelmäsiivu). Tällöin asiakas kokee palvelun käytön ja palvelutapahtuman asiakaslähtöiseksi, jossa hänen valinta- ja osallistumismahdollisuutensa ovat oikeasti lisääntyneet (Virtanen ym. 2011, 59). Hoito- ja palvelutoiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan tilanne, ja hänen esittämät kysymykset, se on vastavuoroista, se on tulevaisuuteen suuntautuvaa yhdessä sopimista (Kiikkala 2000, 118-119). Asiakkaan ja ammatilaisen välinen kumppanuus perustuu ajatukseen verkostoitumisesta ja yhteistyöstä. Yhteistyössä hyödynnetään asiakkaan asiantuntijuutta omasta tilanteestaan sekä ammatilaisen harkintaa ja osaamista (Juhila 2006, 137-142 ref. Raitakari ym. 2012, 64). Tällaisessa näkemyksessä asiakas on kumppani, ja asiantuntijana hänellä on oikeus, velvollisuus ja vastuu olla mukana henkilökohtaisen asiansa hoitamisessa, koska hänellä on tietoa sairaudestaan, ongelmistaan ja näin ollen tarpeistaan. Vastaavasti ammatilaisen tulee aloittaa asiakkaan tilanteesta. Raitakarin ym. (2012) tutkimuksessa kumppanuussuhteessa asiakas on oman tilanteensa asiantuntija ja ammatilainen tukija tai valmentaja. (Raitakari ym. 2012, 63-67.)

Laitilan (2010) tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat myös sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys ei kuuluisi mielenterveys- ja päihdetyöhön, tai se on vain kaunista puhetta. Asiakaslähtöisyys koetaan enemmän muotona kuin sisältönä. Käytännössä asiakas ei tule aina kuulluksi, vaan päätöksiä tehdään ilman asiakasta. Vaikka on olemassa rakenteita, kuten hoitosuunnitelmat. (Laitila 2010, 95-97.) Tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden näkemyksenä oli, että asiakaslähtöisyydellä olisi myönteistä vaikutusta yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle (Laitila 2010, tiivistelmä sivut).

Kiikkalan (2000, 116 – 120) artikkelissa asiakaslähtöisyys näkemyksenä asiakkaasta sisältää neljä tasoa: 1. asiakas on yksilö, 2. asiakas on yhteisönsä jäsen, 3. asiakas on seutukuntansa asukas ja 4. asiakas on yhteiskunnan jäsen. Asiakas on yksilönä itsenäinen, ainutkertainen, tietävä, tahtova, tunteva, taitava, valintoja tekevä, voimavaroja omaava, itseään ilmaiseva ja elämänsä asiantuntija. Itsenäisenä yksilönä asiakas on yhteisönsä jäsen, jolloin asiakkaalla ymmärretään olevan omat omaisensa, ystävänsä, koulutuksensa, harrastuksensa ja työnsä. Asiakasta autettaessa tämä otetaan huomioon. Asiakas on myös asuinseutunsa jäsen. Asiakaslähtöisessä toiminnassa on selvitetty asiakkaan palvelutarve ja alueen mahdollisuudet niihin palveluihin, joihin asiakkaan omat voimavarat eivät riitä. Asiakaslähtöisyydessä asiakas ymmärretään lisäksi yhteiskuntansa jäsenenä. Asiakaslähtöinen toiminta perustuu selvitettyyn ymmärrykseen asiakasryhmän tarpeista, yhteiskuntapoliittisten linjausten merkityksestä yksilölle ja taloudellisista mahdollisuuksista. Se edellyttää yhteiskunnallisten arvojen ja eettisten ohjeiden tuntemista. (Kiikkala 2000, 116-118.)

Asiakaslähtöisyyden käytäntöön siirtyminen on ollut hidasta. Esimerkiksi Kiikkala (2000, 120) toteaa, että ”tämän artikkelin kuvausta asiakaskeskeisyydestä sovelletaan käytäntöön, tai ainakin sitä voisi soveltaa”. ”Tutkimuksissa päädytään monesti kriittisiin huomioihin ja todetaan asiakaslähtöisyyden toteutuvan heikosti ammatillisissa käytännöissä; käytännöt ovat pikemmin organisaatio- ja asiantuntijalähtöisiä kuin asiakaslähtöisiä” (Sorsa 2002; Poikela 2010, 226–228; Järnström 2011; ref. Raitakari ym. 2012, 56). ”Aikaisempien tutkimusten mukaan sen toteutumisessa on edelleen puutteita. Esiin tuli myös asiakkaiden käsityksiä siitä, ettei asiakaslähtöisyys kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai että se oli pelkkää retoriikkaa”. (Laitila 2010, tiivistelmä.) Onkin tärkeää havaita, että ”asiakaslähtöisyydestä puhuminen ja sen

toteuttaminen käytännössä edellyttävät sen pohtimista, mikä on kenellekin, missäkin tilanteessa ja ajassa parasta. Mikä tukee kunkin ja kaikkien ihmisten mahdollisuutta valita, vaikuttaa ja olla osallinen.” (Raitakari ym. 2012, 75.)

Tarkasteltaessa mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakaslähtöisyyttä on huomioitava heikoimmassa asemassa olevien ihmisten asema. Heidän toimintaansa aktiivisena kuluttajana ja yhteistyökumppanina rajoittaa itse sairaus, muut toimintakyvyn rajoitukset sekä mahdollisesti köyhyys ja muu sosiaalinen huono-osaisuus. Tällöin voimavarojen löytäminen aktiiviseen toimintaan edellyttää sosiaalisten ja ammattilaisverkostojen tukea. Liiallinen kuluttaja-aseman, aktiivisuuden, yksilöllisen vastuun ja velvollisuuden korostaminen henkilökohtaisesta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimisessa heikentää heikoimmassa asemassa olevien toimintamahdollisuuksia ja palveluita. Heidän, joiden palveluiden tarve saattaa olla välttämätöntä. He käyttävät samanaikaisesti monia eri palveluita ja tarvitsevat monien eri tahojen tukea. (Anttonen, Häikiö & Valokivi 2012, 40-41; Raitakari ym. 2012,74.)

3.3 Johtaminen sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisen tehtäväalueet ovat usein laajoja, monipuolisia ja monialaisia. Puhutaankin johtamisen monimuotoisuudesta ja moniulotteisuudesta (Niiranen 1995; 2012.) Johtamista voi lähestyä monista näkökulmista ja eri teorioista riippuen tarkastelun tarkoituksesta ja tavoitteesta. Tässä tutkielmassa kiinnostavaa on selvittää kohderyhmän eli tutkittavien asiakkaiden, työntekijöiden ja sidosryhmien näkemyksiä ja odotuksia johtamisesta. Kiinnostavaa on myös se, miten johtaminen, ja sen merkitys liitetään mielenterveys- ja päihdepalveluihin, asiakaslähtöisyyteen sekä palveluiden integraatioon. Johtamista tulisikin tutkia tutkimalla johtamisen kohteena olevien ihmisten näkökulmia ja heidän antamia merkityssisältöjä (Aarva 2009, 56). Tässä tutkielmassa en ole niinkään kiinnostunut johtajien näkemyksistä johtamiseen, kuten esimerkiksi Niiranen (1995, 24) tutkimuksessaan ”sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus”. Olenkin kiinnostunut johdettavien johtamista koskevista käsityksistä sekä asenteista ja olettamuksista johtamiseen liittyen, ja siitä miten nämä nousevat esille aineiston kautta (Niiranen 1995, 24). Olen kiinnostunut asiakkaiden ja työntekijöiden johtamiseen kohdistuvista odotuksista, mikä vaikuttaa palveluiden toimivuuteen asiakkaille.

Johtaminen voidaan esittää tehtävinä, erottelemalla asioiden ja ihmisten johtaminen (management ja leadership). Asioiden johtamisella viitataan talouden ja toiminnan suunnitteluun, päätöksentekoon ja valvontaan sekä tuloskeskeisyyteen ja tarkoituksen toteuttamiseen. Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on vahvasti tuotanto- ja talouslähtöistä (Virtanen ym. 2011, 60). Tähän liittyvässä tulosjohtamisessa korostuu tavoiteltavien tulosten mittaaminen ja resursointi tavoitteiden saavuttamiseksi (Aarva 2009, 50). Ihmisten johtamisella viitataan vision kehittämiseen, ihmisten sitouttamiseen ja motivointiin, oppimisen ja muutoksen edellytysten luomiseen. Ihmisten johtamisen näkökulma korostaa muutosta ja joustavuutta, oikeiden asioiden tekemistä sekä tarkoituksen luomista. (Aarva 2009, 52.) Tuomiranta (2002, 60) tiivistää kaksijakoisuuden siten, että asiajohtaminen on sitä, mitä johtaja tekee ja ihmisten johtaminen on sitä, miten johtaja sen tekee.

Johtamiseen liittyy erilaisia johtamistyyplejä ja -tapoja (Pekkarinen 2010, 23). Luonneteorioissa korostuvat johtajaan liitettävät ominaisuudet. Tyylliteorioissa huomio kiinnittyy johtajan käyttäytymistyypleihin, joissa johtajuus voi ilmetä ihmisiin keskittyvänä demokraattisena tyylinä tai työtehtävien asiakysymyksiin keskittyvänä autoritäärisinä suhteina alaisiin. Tilanneteorioissa näkökulma lähtee siitä, että alaiset ovat eri kypsyytasolla suhteessa tehtävän edellyttämiin tietoihin ja taitoihin ja kehitystaso vaatii siihen sopivaa johtamistyyliä (tilannejohtaminen). Kontingenssiteorian mukaisesti tarkoituksena on yhdistää tilanne ja yksittäisen johtajan johtamistyyli. (Peltonen 2007, 124 – 126, 131.) Johtaja-alaissuhdeteorioissa oleellista on johtajan ja alaisen välinen vuorovaikutus. Johtajan ja jäsenen välisen vaihtosuhteen teoriassa sekä johtaja että alainen osallistuvat johtamissuhteen rakentamiseen tuomalla ideoita, arvoja ja vaatimuksia esimiestilanteeseen. Jokainen johtaja-alaissuhde on jossain määrin ainutkertainen, koska johtajan ja johdettavan vuorovaikutus muodostaa ainutlaatuisen dynamiikan kahden henkilön välille. Suhdenäkökulma – teoriassa lähtökohta on johtajan ja alaisen tavoitteista ja toiminnasta irrallinen suhdemekanismi ja sen kehittyminen. Suhde voi olla enemmän tai vähemmän kollegiaalinen tai hierarkkinen, ja sitä arvioidaan jatkuvasti. (Peltonen 2007, 126-127, 131.)

Yksi tapa tarkastella johtajuutta on erottaa transformationaalinen johtaminen ja transaktionaalinen johtaminen (Peltonen; 128-129; Seeck 2008, 326–329 ref. Pekkarinen 2010, 25; ref. Aarva 2009, 58-59). Transformatiiviseen (muuttaa asiat haluttuun suuntaan) johtamiseen liitetään sellaisia ominaisuuksia kuin ihanteellistava vaikuttaminen, älyllinen virikkeiden antaminen, yksilöllinen

huomioiminen sekä innoittava johtaminen. Johtaja motivoi johdettaviaan energisoimalla ja inspiroimalla. Johtaja on vetovoimainen ja ihailua herättävä visionääri, jolla on tahtoa ja kykyä saada suuria muutoksia aikaan organisaatiossa (Peltonen 2007, 128-129). Transformatiivinen johtaja sitoutuu johdettaviinsa henkilökohtaisesti, on heistä kiinnostunut ja stimuloi heitä älyllisesti. Transaktionaalinen johtaja valvoo ja motivoi johdettaviaan ulkoisin tekijöin, kuten palkinnoin tai sanktioin. Johtaminen voi olla tehokasta valvontaa tai passiivista antaa mennä -tyyppistä johtamista, jossa huomio kiinnittyy vain johdettavan tekemiin virheisiin. (Peltonen 2007, 128-129, Seeck 2008, 326-329, Fisher 2009, ref. Pekkarinen 2010, 25.) Autenttinen johtaminen on nähty paikkaavan transformatiivisen johtamisen puutteita. Se lisää johtamisen uskottavuutta ja koostuu neljästä ulottuvuudesta: 1. Itsensä tiedostaminen, jolla tarkoitetaan omien vahvuuksien ja heikkouksien tiedostamista ja yksilöllistä tapaa vaikuttaa toisiin ihmisiin. Se vähentää defensiivistä käyttäytymistä, ja siihen liittyy palautteen saaminen itsensä ymmärtämiseksi ja kehittämiseksi. 2. Suhteiden läpinäkyvyys, johon liittyy tiedon jakamista avoimesti sekä tunteiden ja henkilökohtaisten asioiden ilmaiseminen avoimella mutta sopivalla tavalla. 3. Tasapainoinen tiedonkäsittely kattaa objektiivisen tiedonhankinnan päätöksen teon tueksi sekä kyvyn käsitellä myös näkemyksiä, jotka poikkeavat omista mielipiteistä. 4. Sisäistetty moraalii, jolla tarkoitetaan sitä, että toimii omien korkeatasoisten arvojen mukaisesti ulkoisista paineista ja tilannetekijöistä riippumatta. (Avolio, Walumbwa & Weber 2009, 424; Tavast 2012, 5.)

Seeckin (2008, 330–331) mukaan transformatiivisen johtamisen voi tulkita ihmisten johtamiseksi (leadership). Vastaavasti transaktionaalinen johtaminen lähestyy asioiden johtamista (management). Hyvin menestyvät johtajat kykenevät yhdistämään transformatiivisia ja transaktionaalisia johtamistyyylejä. (ref. Pekkarinen 2010, 25.) Hyvässä johtamisessa yhdistyvät sekä asiajohtaminen että ihmisten johtaminen (Niiranen 1995, Tuomiranta 2002, 60). Niiranen, Seppänen-Järvelä, Sinkkonen & Vartiainen (2010, 14) toteavat, että sosiaalialan johtaminen liittyy kiinteästi sekä johdettavaan perustehtävään että alalla työskenteleviin ihmisiin, joten johtamista ei voi nähdä vain asioiden tai yksin ihmisten johtamiseksi. Näin ollen johtamisen tarkastelussa on huomioitava sekä johtaminen että johtajuus. Johtaminen on resurssiriippuvuusteorian mukaisesti voimavarojen, rahan, henkilöstön ja sen osaamisen, toiminnan fyysisten ja sosiaalisten rakenteiden sekä sidosryhmien ja niiden antaman tuen ohjaamista ja kohdentamista (Niiranen ym. 2010, 25). Johtamisen yksi tavoite on pyrkiä edistämään työntekijöiden tavoitteellista toimintaa ja käyttää tehokkaasti kaikki saatavilla olevat voimavarat (Niiranen 1995, 28).

Niiranen tutki väitöskirjassaan (1995) sosiaalialan johtajatyötä viiden²³ ulottuvuuden ja näihin asettuvien johtajaroolien²⁴ avulla. Johtajan rooleihin ja hänen käyttäytymiseensä vaikuttava moninaiset odotukset. Odotuksia asettavat työntekijät, kollegat ja omat johtajat. Odotukset syntyvät työn ja organisaation tehtäväsisällöstä, työn luonteesta ja ympäristösuhteista. Odotukset syntyvät johtajan ja työntekijöiden välisistä suhteista sekä valta- ja hierarkia- asemasta. Johtajan käyttäytymiseen vaikuttavat tehtävät ja odotukset, jotka perustuvat yhteiskunnan normeihin, lakeihin, sääntöihin tai toimintapoliittisiin ohjelmiin. (Niiranen 2012, 43.) Konkreettinen johtajatyö toteutuu seuraavaksi esitettävissä ulottuvuuksissa ja niihin liittyvissä rooleissa (Niiranen 1995; 2012).

Organisaatio nähdään luonnollisena järjestelmänä eli humanina ihmissuhde-ulottuvuutena (työntekijäkeskeinen näkökulma). Ulottuvuus korostaa ihmissuhdevoimavarojen kokonaisuutta. Johtaminen on osaamisen, tiimityön ja työntekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen tukemisen sekä ryhmissä tapahtuvan kehittämisen johtamista. Jos johtamisessa tämä jätetään huomiotta, siitä saattaa seurata työyhteisössä vuorovaikutuksen ja viestinnän ongelmia sekä osaamisen puutetta. Johtaja on tukija, hän on kuunteleva ja keskustelevala. Hän haluaa tietää työn arkipäivän ja on kiinnostunut myös työntekijöiden jaksamisesta ja henkilökohtaisista huolista. Johtaja on mahdollistaja. Hän kannustaa ja rohkaisee osallistuvaan päätöksentekoon, perustaa usein työryhmiä ja vahvistaa tiimityöskentelyä. (Niiranen 1995, 85; 2012, 40, 43.)

Organisaatio on avoin järjestelmä. Avoimessa toimintaympäristössä korostuu kykyä reagoida muutoksiin, joustavuus, vuorovaikutusverkostot sekä yhteistyötahojen ja muiden voimavarojen hankkiminen. Tärkeitä ominaisuuksia ovat uudistuminen ja mukautumiskykyisyys. Johtamisen tavoitteena on yhteensovittaa organisaation palveluiden tavoitteet muiden organisaatioiden palveluiden tavoitteiden kanssa. Avoimen ulottuvuuden alueella johtamisen puutteet näkyvät mahdollisina ongelmina vastata muutoksiin ja näin jatkuvana muutospaineena, voimakkaana

²³ Vuokko Niirasan väitöskirja ilmeistyi 1994. Hän käytti tutkimuksessaan Quinnin 1988 kehittämää moniulotteisen johtajuuden kehikkoa. Niirasan käyttämä kehikko poikkeaa Quinnin kehikosta siinä, että hän lisäsi malliin professionaalisen ulottuvuuden vastaamaan sosiaalityön ammatillisuutta. (Niiranen 1995, 74.)

²⁴ Esimerkiksi Henry Mintzberg (1980, 54) kuvaa johtajuutta mieluummin rooleina ja toimintoina kuin funktioina. Hän korostaa roolien pohjana johtajien todellista toimintaa, ei yksin arvoja tai periaatteita. (ref. Niiranen 1995, 81.)

riippuvuutena sidosryhmistä ja palveluiden katvealueina. Johtaja on innovaattori, hän toimii yhteistyössä työntekijöiden kanssa uusien toimintamahdollisuuksien ja parempien toiminnallisten ratkaisujen löytämiseksi. Hän käyttää luovuutta ja ammattitaitoa ratkaistakseen työssä esiintyviä ongelmia. Hän on lobbari, joka neuvottelee ulkoisten ja sisäisten sidosryhmien edustajien kanssa turvatakseen yksikkönsä toimintamahdollisuudet ja tehtävien suorittamisen. Hän koordinoi toimintaa myös toiseen suuntaan sovittaessaan yksikössä tehtäviä ratkaisuja yhteen kunnan keskushallinnon näkemysten kanssa. (Niiranen 1995, 85; 2012, 40, 44.)

Organisaation näkeminen rationaalisenä järjestelmänä korostaa tavoitteiden asettamista ja niiden saavuttamista. Johtamisessa painotetaan toiminnan yhdenmukaisuutta, mitattavuutta ja taloudellisia tulokriteereitä. Jos johtamisessa unohdetaan nämä, seurauksena saattaa olla kustannusten lisääntyminen ja vaikeus osoittaa tuloksellisuutta. Liiallinen painotus rationaalisuuteen aiheuttaa myös ongelmia tuloksellisuuden osoittamisessa, sillä sosiaali- ja terveystaloudissa vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden mittaaminen on toisinaan haastavaa. Johtajan roolina on olla tuottaja, jolloin johtaja varmistaa oman organisaationsa tuloksellisuuden. Esimiehenä hän asettaa tavoitteita, määrittää työntekijöiden ensisijaiset vastuut ja tehtävät sekä varmistaa, että asetetut tulokset saavutetaan. (Niiranen 1995, 85; 2012, 40, 44.)

Organisaatio byrokraattisena järjestelmänä korostaa hallintoa, lain noudattamista, valvontaa, ennakoitavuutta, asiakkaiden oikeudellista asemaa ja selkeitä hierarkiarakenteita. Siihen liittyvät laatu, yhdenmukaiset ratkaisut, tehokkuus sekä päätösten perustelevuus ja toiminnan luotettavuus. Mikäli byrokratia ohitetaan johtamisessa, saattaa syntyä puutteita esimerkiksi toiminnan luotettavuuden ja lainmukaisuudessa. Korostuessaan liiaksi uhkana on jäykkyys ja toiminnan hitaus sekä reagoimattomuus erityisesti nopeasti muuttuvissa asiakastilanteissa. Johtaja on valvoja, joka tarkistaa pöytäkirjoja, raportteja ja muistioita, jottei hänen johtamassaan toiminnassa syntyisi virheitä. Hän huolehtii organisaationsa päivittäisten tehtävien sujumisesta. Hän selvittää työntekijöiden ajankäyttöä ja asiakasmääriä. Hän vastaa laadusta, virheettömyydestä ja lain noudattamisesta. Välittäjän roolissa hän selvittää työntekijöiden keskinäisiä ristiriitoja ja pitää yllä työrauhaa. Välittää työntekijöille työtä koskevaa uusinta tietoa ja ohjeita. (Niiranen 1995, 85; 2012, 41, 44.)

Organisaation ammatillinen eli professionaalinen ulottuvuus painottaa perustehtävän ammatillista hallintaa, asiakastyöhön liittyvien ratkaisujen tekemistä sekä alan asiantuntijatietoon perustuvaa kehittämistä ja tiedolla johtamista. Ulottuvuus sisältää laissa mainitun sosiaalihuollon osaamisen hallinnan. Voimakkaasti painottuessaan voi ulottuvuus tehdä johtamistyön näkymättömäksi, tai vastaavasti syrjään jäädessä, se ilmenee asiaosaamisen heikkona tuntemuksena tai perustehtävän ohittavana yleisjohtajuutena. Johtaja perehtyy organisaationsa uusimpiin ammatillisiin suuntauksiin, alan ammatilliseen tutkimukseen ja kehitykseen. Tekee asiakastyötä tai siihen välittömästi liittyviä ratkaisuja. (Niiranen 1995, 86; 2012, 41.)

Asiakaslähtöisyydellä oletetaan olevan myönteisiä vaikutuksia kustannustehokkuudelle ja laadulle. Asiakaslähtöisten toimintatapojen uskotaan vaikuttavan monin tavoin myönteisesti asiakas- ja työntekijätyytyväisyyteen sekä hoidon vaikuttavuuteen. Asiakaslähtöisyyden ansiosta asiakkaat ja työntekijät ovat tyytyväisempiä. (Virtanen 2011, 8, 59.) Asiakaslähtöisyys perustuu kokemuksen kerryttämään asiakasymmärrykseen asiakastilanteista. Asiakasymmärrys on hiljaista tietoa, jota ei ole kirjattu mihinkään ja yleensä sen käsittely on suullista ja epäjärjestyksellistä. Sitä ei edes välttämättä koeta merkitykselliseksi tiedoksi asiakaslähtöisyydelle, vaikka se vaikuttaa siihen suuresti. Asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen vaatii tietoa ja asiakasymmärrystä. Asiakastiedon tulee muuttua palveluiden kehittämistä ja tuotantoa hyödyttäväksi päätöksiksi, jotta voidaan puhua asiakasymmärryksestä. Asiakaslähtöisyyden tulee toteutua myös palvelun tarjoajien henkilöstön ja organisaatioiden asenteissa ja asiakkaiden kohtaamisissa. Johtajuus on kiinteässä suhteessa asiakaslähtöisyyteen, sillä johtajuus on päätöksenteon perusta ja johdon on oivallettava asiakkaana olemisen merkitys. (Virtanen ym. 2011, 42, 58 - 60.) Asiakaslähtöistä työtä johdetaan työntekijälähtöisesti ja inhimillisesti, kuten asiakaslähtöistä asiakastyötäkin tehdään (Immonen 2005, 24). Johdon tehtävänä on varmistaa, että organisaatiossa otetaan käyttöön asiakasymmärrykseen perustuvia käytäntöjä (Virtanen ym. 2011, 59).

Heinimäen (2014) tutkimuksessa johtaminen on merkittävässä asemassa integraation edistämässä, mutta samalla se koetaan haasteellisena muodostettaessa uusia toimintakokonaisuuksia yhdistämällä perinteisiä toiminta- ja ammattisektoreita: ”miten saadaan toimimaan johtaminen uudessa mallissa”. Heinimäen tutkimuksessa, ”monissa organisaatioissa oli yhdistetty erilaisia osaamisia ja professioita, ja uudemmissa kokonaisuuksissa ei vielä ollut kokemusta siitä, miten johtaminen käytännössä tulee aikaa myöten sujumaan”. Haastateltavia mietitytti johtamiseen liittyvät

kysymykset tasa-arvoisuudesta, ammatillisen osaamisen ja kehittämisen ylläpitämisestä sekä vaativuusarvioinnit. (Heinimäki 2014, 60.) Axelsson & Axelsson (2006, 83) tuovat esille tutkijoiden näkemyksen siitä, että palveluiden yhteensovittamisen esteitä ovat erot toimintakulttuureissa ja arvoissa eri palveluiden, organisaatioiden ja sektoreiden välillä. Tämä tarkoittaa, että johdon tehtävänä on miettiä tehokkain yhteensovittamisen muoto organisaatioiden välille. ”Rakenteita voidaan muuttaa poliittisin päätöksin, mutta arvot muuttuvat paljon hitaammin” (Godfrey ym. 2003, ref. Axelsson & Axelsson 2006, 83).

Yhteensovittamisen käytännön johtaminen on näin ollen setviä esteitä ja ristiriitoja, jotka liittyvät organisaatioiden toimintakulttuurien eroihin, arvoihin, intresseihin ja sitoutumiseen. Näitä esteitä tulee hoitaa tiimien ja yksiköiden sisällä, tiimien ja yksiköiden välillä ja yhteenliittyvien organisaatioiden välillä. (Axelsson & Axelsson 2006, 84.) Virtasen ym. (2011, 55) mukaan verkostoyhteistyössä, jossa monta erilaista organisaatiota kohtaavat, johtajuudella on suuri arvo. Verkostoille tulee valita johtaja, vaikka niissä tapahtuva viestinvaihto korostuu. Ilman johtajaa verkostoa ei ohjaa kukaan eikä kokonaisvastuun kantajaa löydy. Verkostoa ei kuitenkaan voi johtaa autoritaarisesti tai muodollisesti.

Edellä johtajuus ja johtaminen ymmärrettiin yksilökeskeisesti. Johtaminen ja johtajuus voidaan ymmärtää myös organisaatiolähtöisesti. Johtajuuden ei tarvitse olla sidottu virallisiin hierarkioihin tai muodollisiin toimintatapoihin. Johtajuutta käytetään myös kuvaamaan vastuun jakamista. (Niiranen 1995, 30). Sanerman (2009, 95-96) mukaan tiimityö sisältää jaetun johtajuuden ja yhteisvastuun. Jaettu johtajuus voidaan jakaa neljään käsitteeseen: Kumppanuus, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus ja omistajuus. Se haastaa yksilökeskeisen johtamisen, johtaminen onkin toiminto, joka voidaan jakaa tiimin tai organisaation jäsenten kesken. (Aarva 2009, 58-59.) Tällöin johtajuus voi olla myös kiertävä työryhmän jäsenten välillä (Axelsson & Axelsson 2006, 84).

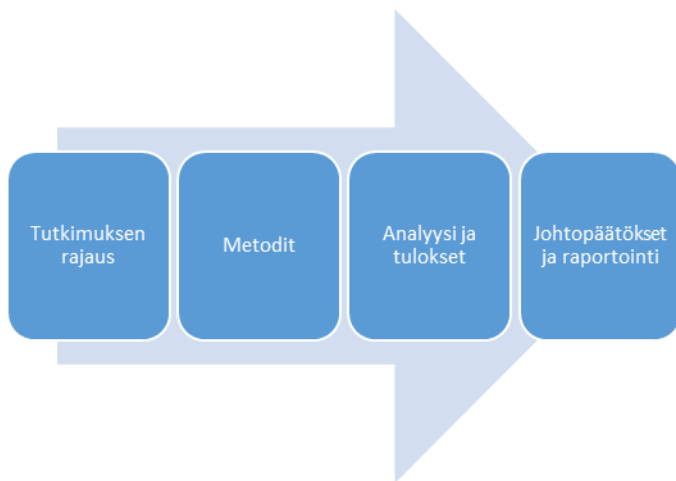
Johtaminen ei ole ennalta tietämistä vaan neuvottelutaitoa. Johtaminen mahdollistaa yhdessä tekemisen. Visiointi sisältyy yhteistoiminnan johtamiseen. Johtamistyö on itsensä likoon laittamista (Aarva, 56- 59). Asiantuntijaorganisaatioissa tärkeimpänä auktoriteettina koetaan asiantuntemus-auktoriteetti (Tuomiranta 2002, 61; Aarva 2009, 197).

Aarva (2009) tutki väitöskirjatutkimuksessaan hoivan ja hoidon johtamisen eroja vanhusten parissa, vanhuspalvelujen piirissä tehtävässä hoiva- ja hoitotyössä Helsingin kaupungin vanhusten hoidossa. Aarvan (2009, tiivistelmä) väitöskirjatutkimuksessa esimiesten ja heidän alaisensa johtamiskäsitykset erosivat kuitenkin suuresti toisistaan. Esimiehet painottivat melkein kaikki hoidon ja hoivan johtamistoimintoja johtamisessa alaisiaan enemmän. Alaiset painottivat ainoastaan arvoja johtajia enemmän hoitotyön johtamisen lähtökohtana johtamisessa.

Tuomiranta (2002) tutki lääkärijohtajien roolijännitteitä ja johtamisroolin omaksumista. Lääkärijohtajan työkäyttäytyminen on yhteydessä muun työyhteisön ja ympäristön asettamiin odotuksiin ja normeihin (Tuomiranta 2002, 125.) Terveystuollon johtamisongelmiin tulisi Tuomirannan mukaan kiinnittää huomiota. Lääkärijohtajilla on liian vähän aikaa johtamistyöhön. Eivätkä he ole kiinnostuneita johtamistyöstä. Lääkärijohtaja käyttää asiajohtamiseen enemmän aikaa kuin henkilöstöjohtamiseen. Henkilöstöjohtamistyön merkityksen ja tärkeyden korostaminen on tärkeää työyhteisöjen ristiriitatilanteiden kartoittamisessa ja työyhteisöilmapiirin parantamisessa. Johtamistyöhön tulisi varata aikaa riittävästi. Toimenpiteillä voitaisiin lisätä lääkärijohtajien motivaatiota johtamistyöhön ja terveydentuollon tuottavuutta. (Tuomiranta 2002, 125-126.) Tärkein lääkärijohtajien työtä ohjaava tekijä tulisi olla potilaiden luottamuksen säilyttäminen (Hasting Center 1996, Josefson 2000 ref. Tuomiranta 2002, 127.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa esitellään kvalitatiivista tutkimusprosessia, jonka tulokset esitellään luvussa viisi ja kuusi. Luvussa esitellään tutkimustehtävä ja rajataan tutkimusongelma tutkimuskysymyksiin sekä aineisto ja sen keräysmenetelmät. Lisäksi esitellään kaksivaiheinen sisällönanalyysi. Luvussa tarkastellaan myös valintoja menetelmien taustalla ja lopuksi pohditaan tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä tutkimuksen luotettavuutta.



KUVIO 3 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS

(mukaillen Koskinen ym. 2016)

Tutkimusprosessin voidaan ajatella olevan kuvion 1 kaltainen suoraviivainen prosessi tutkimuksen rajauksesta johtopäätöksiin ja raportointiin asti. Käytännössä tutkija kuitenkin palaa eri vaiheisiin tutkimuksen aikana. Hirsjärvi ja Hurme (2000, 15) puhuvat tutkimuksen iteratiivisuudesta – asiat toistuvat ja samalla vieden tutkimusta eteenpäin. Tutkimus kuitenkin lähtee liikkeelle tutkimusongelman asettamisesta (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 15). Tutkimuksen tarpeen voi synnyttää moni asia. Se voi olla havaittu yhteiskunnallinen epäkohta, intressiryhmän tarve tai jokin muu kiinnostava ilmiö. Tutkimuksen rajaukseen liittyy kysymykset, mitä haluaa tietää ja mitä haluaa osoittaa keräämällään aineistolla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 75). Siihen sisältyy alan kirjallisuuteen perehtyminen sekä tutkimuksen kohderyhmän valinta ja tutkimuskysymyksen asettaminen. Varsinainen tutkimuskysymys ei välttämättä ole viimeinen kysymys, vaan tutkimuksen aikana tutkijalle saattaa nousta monia tutkimusta eteenpäin vieviä kysymyksiä. Laadulliselta tutkimukselta voidaan olettaa joustavuutta, soveltuuhan se juuri kartoittamattomien ilmiöiden tarkasteluun (Hirsjärvi & Hurme 2000, 16; Hirsjärvi ym. 2003, 75.) On mahdollista, että tutkimussuunnitelmaa tai jopa tutkimusongelman asettelua tulee tarkastaa aineiston keruun kuluessa (Eskola ja Suoranta 1998, 16). Tutkimuksen kohteelta saadaan vastauksia tutkimusongelmaan. Tutkimuksen kohteena voi olla esimerkiksi jokin ihmisjoukko. Toisaalta, jos halutaan tutkia esimerkiksi ”Miten täytekakku valmistetaan”, niin tällöin tutkimuksen kohteena voivat toimia myös leivontaoppaat tai leipomot leipojineen.

Tutkimuksen rajauksen aikana ja sen jälkeen valitaan tavat tehdä tutkimusta. Tarvitaanko kvalitatiivisia vai kvantitatiivisia menetelmiä tai molempia tutkimusongelman selvittämiseksi ja

tutkimuskysymykseen vastaamiseksi. Laadullinen tutkimus saattaa toimia myös kvantitatiivisen tutkimuksen esitutkimuksena. (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 26.) Metodien valintaan liittyy aineiston keruumenetelmät ja kerätyn aineiston analyysimenetelmät. Ennen aineiston keräystä tutkijalla tulisi olla jo tiedossa analyysimenetelmä. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruuseen liittyy kysymykset, keneltä ja miten aineisto kerätään ja käsitellään. Tutkijalla on tässä monia mahdollisuuksia, kuten yksilö-, pari-, ryhmähaastattelut tai ryhmäkeskustelut, sekä näihin liittyen avoimet kysymykset, teemahaastattelut tai puolistrukturoidut teemahaastattelut. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Aineiston analyysimenetelmän valintaa ohjaa tutkimuksen tarkoitus. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen käytetyimpiä menetelmiä. Sisällönanalyysin etuna on, että se ei ole kovin sitova menetelmä ja siinä voidaan käyttää teemoittelua, tyypittelyä tai luokittelua. Sisällönanalyysiä toteutetaan myös kvantitatiivisesti esimerkiksi laskemalla tiettyjen sanojen esiintyvyyksiä aineistosta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 180 – 183.) Muita laadullisen tutkimuksen tyypejä ovat esimerkiksi diskurssianalyysi puhetapoja tutkittaessa ja keskusteluanalyysi, jos tutkijaa kiinnostaa sosiaaliset vuorovaikutustilanteet tai esimerkiksi keskustelun rakentuminen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 155 – 161).

Tutkija esittää analyysiin perustuen tutkimuksensa tuloksia. Laadullisessa tutkimuksessa tyypillistä on, että esitetään jokin tulkinta aineistosta ja tätä tukemaan nostetaan aineistoista tulkintaa kuvaava sitaatti. Johtopäätökset tutkija tekee tulkinnoistaan peilaten niitä tutkimuskysymykseen. Tutkimus raportoidaan selkeästi. Hyvä raportti on sellainen, jossa tutkijan omien tulkintojen lukeminen tai tutkijan aineistosta nostamien sitaattien lukeminen erikseen antavat lukijalle saman kuvan tutkittavana olevasta ilmiöstä ja johtavat samoihin johtopäätöksiin. (Rubin & Rubin 1995 ref. Hirsjärvi & Hurme 2000, 195.)

4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimusongelman rajaus

Sosiaali- ja terveystalveluiden uudistamiskeskustelu on ajankohtainen. Henkilökohtainen kiinnostukseni mielenterveys- ja päihdetyötä kohtaan olivat kimmokkeena tutkimukselleni. Olen muutamia vuosia työskennellyt mielenterveysomaisjärjestössä. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yleisiä. Niistä saattaa seurata myös monia muita ongelmia. Kuntien perustamat mielenterveys- ja päihdeyksiköt ovat osoituksena mielenterveys- ja päihdetyön sekä -talveluiden yhteensovittamisesta. Hallitusohjelmassa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, asiakkaiden osallisuutta ja vastuuta sekä sosiaali- ja terveystalveluiden perustalveluiden vahvistamista (Ratkaisujen Suomi).

Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma sisältää suositukset asiakkaan aseman vahvistamisesta mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Asiakkaan aseman vahvistaminen tarkoittaa talveluiden käyttäjien vaikutusmahdollisuuksien edistämistä oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä heidän itsemääräämisoikeutensa ja valinnanvapautensa vahvistamista. Tavoitteen saavuttaminen on mahdollista, mikäli asiakkailla on mahdollisuus yksilöllisen tarpeen mukaisiin, tietoiseen suostumukseen perustuviin tukimuotoihin ja talveluihin. Tavoitteena on niin ikään vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmaisten syrjintää, syrjäytymistä ja somaattisen hoidon laiminlyöntiä. (STM 2012, 21.)

Suunnitelmassa todetaan myös, että kunnan tulisi järjestää julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin talvelut nykyistä tehokkaammin toimivaksi talvelukokonaisuudeksi. Talvelujärjestelmän selkeyttämiseksi ja toimivan talvelukokonaisuuden luomiseksi tulisi kiinnittää huomiota kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtamiseen, koordinaatioon ja sujuvaan tietojen vaihtoon. Yhteensovittaminen tulisi toteuttaa siten, että talvelut olisivat asiakkaalle helposti saavutettavia ja toimijoiden välinen yhteistyö ja tiedonkulku voitaisiin toteuttaa sujuvasti. Suunnitelmassa painotetaan myös ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön vahvistamista. (STM 2012, 13-14, 49-50.) Mielenterveys- ja päihdepalveluista on myös todettu, että ne ovat kovin hajanaisia ja asiakkaat eivät niitä tunnista (STM 2012).

Toimintaympäristön hahmottamisen jälkeen päädyin tutkimustehtävään, jossa tutkin toimivia peruspalveluita mielenterveys- ja päihdeasikkaille henkilöstön, asiakkaiden ja sidosryhmien tuottamasta tiedosta. Tutkimuskysymykset ovat: Mitä ovat toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut peruspalveluissa, miten asiakaslähtöisyys asettuu mielenterveys- ja päihdepalveluihin, ja miten palvelut ovat integroitavissa? Lisäksi tutkin miten johtaminen ja johtajuus näyttäytyvät palveluissa sekä millaisia merkityksiä ja sisältöjä yleensäkin annetaan mielenterveys- ja päihdepalveluille.

4.2 Metodi ja analyysimenetelmä

Tässä alaluvussa esittelen metodiset lähtökohdani tutkimukselle sekä aineiston keräysmenetelmät ja aineiston analyysimenetelmät.

4.2.1 Metodiset lähtökohdat

Tutkimukseni avulla pyrin ymmärtämään toimivia palveluita mielenterveys- ja päihdeasiakkaille sekä asiakaslähtöisyyden asettumista mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä palveluiden yhteensovittamisen tarvetta. Olen kiinnostunut myös palveluiden johtamiseen kohdistuvista odotuksista. Lisäksi pyrin ymmärtämään näiden kolmen; asiakaslähtöisyyden, yhteensovittamisen ja johtamisen yhteyttä toimiviin mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Ymmärtämisen lähestymistapa ohjasi tutkimustani laadullisen tutkimuksen suuntaan (Hirsjärvi ym. 2003, 212).

Sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti kieli kuvaa, muokkaa ja luo maailmaa - todellisuutta. Bergerin ja Luckmanin mukaan tulee keskittyä tiedon sosiaaliseen luonteeseen. ”Miten subjektiiviset merkitykset muuttuvat objektiiviseksi todellisuudeksi ja miten on mahdollista, että inhimillinen toiminta tuottaa esineistä ja asioista koostuvan maailman. *Yhteiskunta ja yhteiskunnan rakenne ovat ihmisten tuote ja ihminen on yhteiskunnan tuote.* Bergerin ja Luckmanin kiinnostus kohdistui *sosiaalisesti luotuun tietoon. Vahvan tiedonsosiologian mukaisesti, ei oleteta olevan mitään diskursiivisesti autonomisia, itsenäisiä tietämyksiä.*” (ref. Honkasalo 2000, 54-55.)

Alasuutarin (2007, 19) mukaan ihmisen älykkyys ei ole yksilön omaisuutta; se elää kielessä, kulttuurissa ja sosiaalisissa verkostoissa. Kieli siis kuvaa ja rakentaa maailmaa. Kieli tuottaa asioille merkityksen ja merkityksellistää niitä. Kielen avulla järjestämme, rakennamme, uusinnamme ja muunnamme sosiaalista todellisuutta. (Aarva 2009, 108.)

Oletan että valitsemani teemat edustavat laajasti tutkimuskohteeni arkipäivää eli asiakkuuden syntymisen, asiakkuuden toteutumisen sekä palvelun ja siihen liittyvät tuen muodot ovat tavoitettavissa. Tulkitsen, että valitun kohderyhmän puheesta ja keskustelusta välittyvät kokemukset kuvaavat mielenterveys- ja päihdepalveluiden todellisuutta, arkipäivää. Tämä todellisuus ei ole yksilön omaa vaan sosiaalisesti luotua ja rakentunutta. Tulkitsen myös, että emme pysty toimimaan yksin, toimintamme on aina jossain mielessä riippuvaista ja sidoksissa toiseen ja menneeseen. Tällöin emme myöskään pysty kuvaamaan toimintaamme yksin.

Saadakseni vastauksia esittämäni tutkimusongelmaan, tutkin palveluiden käyttäjien puhetta ja palveluiden toteuttajien muodostaman sosiaalisen verkoston puhetta eli keskustelua. Puheen analyysin vaihtoehto olisi voinut olla seurata etnometodologian perustajan Harold Garfinkelin perusajatusta, jossa *ihmisen arkinen sosiaalinen vuorovaikutus tuottaa todellisuutta* (ref. Honkasalo 2000, 54-55). Hän tarkastelee puhetta osana aikaan ja paikkaan sidottua vuorovaikutusta. Tällöin tutkijan tulisi olla fyysisesti läsnä ja havainnoimassa palvelutapahtumaa palvelupaikassa.

4.2.2 Aineiston keräämisen ja haastateltavien²⁵ kuvaus

Tutkielmani metodiset lähtökohdat ohjasivat minua laadullisen aineiston hankintamenetelmien valinnassa. Pelkistetysti laadullisella aineistolla tarkoitetaan tekstiä. Aineiston kerääminen voi olla tutkijalähtöistä tai ei. Tutkijalähtöisellä aineistolla tarkoitetaan esimerkiksi haastatteluja. Tutkijasta riippumattomia aineistoja ovat esimerkiksi mielipidekirjoitukset. (Eskola & Suoranta 1998, 15.) Aineiston keräämiseksi järjestin teemallisia ryhmäkeskusteluja sekä yksilöhaastatteluja²⁶.

²⁵ Jatkossa ilmaisen ryhmäkeskusteluun osallistuneita keskustelijoina ja haastatteluun osallistuneita haastateltavina.

²⁶ Ryhmäkeskusteluissa ja yksilöhaastatteluiden teemakysymysten runko esitetään liitteessä 1

Miksi valita ryhmäkeskustelu? Ryhmäkeskustelu eroaa ryhmähaastattelusta siinä, että ryhmäkeskustelu on vuorovaikutuksellinen koko ryhmää koskeva, kun taas ryhmähaastattelu on haastattelu, jossa tutkija haastattelee kutakin ryhmän jäsentä erikseen, ja se tapahtuu ryhmässä. Näin ollen vuorovaikutus jää kuitenkin yksittäisen ryhmään osallistujan ja haastattelijan väliseksi. Ryhmäkeskustelussa keskitytään tutkimusongelmaan liittyviin teemoihin, ja tutkija pyrkii saamaan osallistujat keskustelemaan teemoista. Ryhmäkeskustelun antina voidaan pitää kollektiivista tiedon muodostusta. (Aarva 2009, 103; Valtonen 2005, 223-224.) Ryhmässä keskustelijat saavat samalla toisistaan tukea, ja tutkija saattaa saada enemmän tietoa kerralla; ryhmäläiset voivat muistella tapahtumia, varmistaa tietojen oikeellisuuden ja rohkaista toisiaan (Eskola ja Suoranta 1998, 95). Snäll (1997, 46) totesi:” Vaikka menetelmä ei ota kaikkien ryhmän jäsenten kaikkia mielipiteitä yhdenmukaisesti huomioon, se jäljittelee ihmisten todellista elämää sikäli, että ihmiset elävät muutenkin arkeaan ryhmissä, joissa toisten ihmisten mielipiteet vaikuttavat omiin ja ryhmän yhteinen näkemys muodostuu vuorovaikutuksessa”. (ref. Hirsjärvi & Hurme 2000, 62.)

Valtosen (2005, 224) mukaan ryhmäkeskustelu tuottaa erityistä aineistoa. Ryhmäkeskustelu, jossa ovat mukana yhteistyötä tekevät tahot, antaa mielestäni luonnollisen kollektiivisen tiedon eli sen tiedon, joka on mahdollista toteutua myös käytännössä. Sulkunen (1990, 264) mainitsee, että ryhmähaastattelussa ryhmän haastateltavat kontrolloivat toisiaan. Mielestäni etu yksilöhaastatteluihin nähden on se, että yksilöhaastattelussa voidaan esittää kritiikkiä, jota ei sellaisenaan esittäisi arkisessa sosiaalisessa ympäristössä. Ryhmäkeskustelun anti on siis sen monipuolisessa vuorovaikutuksessa, ja mielestäni se on lähempänä todellisuutta ja näin sen tuottama tieto voi olla osa tai siirtyä osaksi käytäntöä. Vaikka ryhmäkeskustelu on keinotekoinen järjestetty tilaisuus, niin se ei kuitenkaan ole irrallinen keskustelijoiden arkitodellisuudesta (Valtonen 2005, 231). Valtosen mukaan ryhmäkeskustelu soveltuukin uusien käytäntöjen arviointiin sekä keskusteluun mielipiteistä ja asenteista kohteena olevaa ilmiötä kohtaan (Valtonen 2005, 226).

Ryhmäkeskustelun voi ajatella toteuttavan myös Delfoi -tyyppistä asiantuntijoista koostuvaa paneelikeskustelua, jossa avainasemassa asiantuntijuuden lisäksi on anonymiteetti ja iteratiivisuus. Ryhmäkeskustelu eroaa siinä, että keskustelussa ei toteudu anonymiteetti. Ryhmäkeskustelussa iteratiivisuus toteutuu siten, että yksittäinen ryhmään osallistuja voi joko täsmentää tai korjata näkemystään keskustelun kuluessa. (Warpenius, Holmila, Karlsson & Ranta 2015, 20-22.)

Ryhmäkeskustelussa haastattelija tai keskusteluttaja ohjaa ryhmäkeskustelun kulkua. Hänellä on myös mahdollisuus toteuttaa väliintuloja tarkentavin kysymyksin, ”kerrotko lisää”, sellaisessa tilanteessa, kun hän tulkitsee jonkin ehkä uudenkin teeman esiintymistä keskustelussa. (Valtonen 2005, 235.)

Alkuperäinen suunnitelmani oli järjestää ryhmäkeskusteluja, joissa edustettuina olisi ollut kohderyhmä kokonaisuudessaan: asiakkaat, läheiset, työntekijät ja muut sidosryhmään kuuluvat. Tutkittaessa mielenterveys- ja päihdepalveluja jokaisen kohderyhmään kuuluvan tietämys olisi merkityksellinen ja tällaisessa sosiaalisessa verkostossa subjektiiviset merkityksenannot kehittyisivät vuorovaikutuksessa jollakin tavalla ”luotettavimmiksi ja aidommiksi”. Välttääkseni eettisiä ongelmia, valtarakenteisiin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63) ja vaitiolovelvollisuuteen liittyen, päädyin järjestämään erikseen asiakkaille yksilöhaastatteluja.

Ryhmäkeskustelut ja haastattelut olivat teemallisia seuraten teemahaastatteluideoita, tällöin yksityiskohtaisten kysymysten sijaan keskustelu etenee valittujen teemojen varassa, ja tuo tutkittavien äänen esiin. Ryhmäkeskustelussa ihmisten tulkinnat ja heidän antamansa merkitykset asioista ovat tärkeitä, samoin kuin sen, että ne syntyvät vuorovaikutuksessa. Ryhmäkeskustelujen ja haastattelujen teemojen aihepiirit ovat kaikille samat, mutta strukturoidusta lomakehaastattelusta poiketen keskustelutilaisuudessa kysymyksiä ei välttämättä esitetä tarkassa muodossa ja järjestyksessä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Ryhmäkeskusteluja järjestin kaksi, joihin osallistui yhteensä 14 henkilöä, ja yksilöhaastatteluja kolme. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 17 henkilöä (katso taulukko 1 s. 46). Ryhmäkeskustelut järjestin keväällä 2014. Haastatteluista kaksi järjestin keväällä 2014 ja yhden syyskuussa 2014. Ennen ryhmien kokoontumista pyysin tarvittavat tutkimusluvut ja järjestin sopivat tilat keskustelulle. Ryhmäkeskusteluihin kutsuin asiantuntijoita kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden ja järjestöjen työntekijöistä. Toinen ryhmistä koostui asiantuntijoista, joilla oli jo pidempiaikaista kokemusta keskinäisestä yhteistyöstä, toisessa se oli vasta aluillaan tai sitä ei ollut. Molemmissa ryhmissä oli edustettuina sosiaali- ja terveysalan kuin järjestöjen edustajat.

TAULUKKO 1 TUTKIMUKSEN KOHDERKYHMÄN PROFESSIOT JA INTRESSIRYHMÄT

Keskustelijat ja haastateltavat	17
Professiot	
Lääkäri	2
Sosiaalityöntekijä/ Päihdeterapeutti	4
Sairaanhoitaja/ Terveystenhoitaja	5
Sosiaalihoitaja/ Toiminnanohjaaja	4
Muu	2
Intressiryhmä	
Palvelu	11
Järjestö	4
Palveluiden käyttäjä/ omainen	4

Haastateltavat osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti. Haastateltavien kutsumiseksi käytin omia verkostojani työelämästäni. Ryhmäkeskusteluun ja haastatteluun osallistujille lähetin kutsun yhteydessä keskustelun teemat etukäiteistä tutustumista varten, samassa asiakirjassa kerrottiin tutkimuksen tekijä, opiskelupaikka, ohjaaja ja tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä. Nauhoitin ryhmäkeskustelut ja haastattelut. Äänitallenteilta kertyi runsas 100 liuskaa litteroitua tekstiä. Litteroinnin yhteydessä poistin suorat tunnisteet, kuten nimet, yksiköiden nimet, sairaaloiden nimet tai osoitteet ja koodasin keskusteluihin ja haastatteluihin osallistuneet.

Tutkimukseen osallistujat esitellään taulukossa 1 professio- ja intressiryhmissä (Koskinen, Ranta & Uutela 2016). Intressi- ja professioryhmiin jako perustuu haastatteluissa, keskusteluissa, tai niiden alkuesittelyssä nousseina tietoina. Professionalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa koulutustaustaa tai ammattia. Tutkimukselle oleellisina koulutustaustoina tai ammatteina kaiken kaikkiaan mainittiin sosiaalityöntekijä, psykologi, lääkäri, päihdeterapeutti, sosiaalihoitaja, sosionomi AMK, nuoriso-ohjaaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja, depressiohoitaja, asumisohjaaja, toiminnanjohtaja ja toiminnanohjaaja. Sekä haastateltavat että keskustelijat ovat taulukossa 1 sijoitettu ilmoittamansa profession mukaisesti. Ryhmäkeskustelijoista kaksi oli esimiestasolla työskenteleviä.

Yksittäinen keskustelija tai haastateltava voi kuulua moneen eri intressiryhmään. Hänellä voi näin ollen olla kokemusta mielenterveys- ja päihdepalveluista monesta näkökulmasta. Palvelujärjestelmän työntekijä (taulukko 1, palvelu) intressiryhmään tutkimuksessa kuului 11

henkilöä. Järjestöintressiä edusti neljä henkilöä. Järjestöintressillä viitataan siihen, että henkilö toimii mielenterveys- tai päihdejärjestössä vapaaehtoisena, kokemusasiantuntijana, työntekijänä tai on muuten aktiivinen järjestötoimija. Palveluiden käyttäjällä viitataan siihen, että hän on tai on ollut mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjä joko omaisena tai sairastumisen johdosta tai sekä että. Heitä tutkimuksessa oli yhteensä neljä. (katso taulukko 1 s. 46.)

4.2.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa lukijalle tulisi antaa jäsentynyt kuvaus tutkittavasta kohteesta, mutta myös mahdollisimman tarkka kuvaus siitä, miten tuloksiin on päädytty (Mäkelä 1990, 59). Tutkija käy monikerroksista dialogia aineistonsa kanssa sekä esittää hypoteeseja ja testaa niitä, kunnes päätyy julkisesti tarkastettavaan ja perusteltuun tulkintaan (Ehrnroothin 1990, 36). Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 143) mukaan aineiston analyysillä tarkoitetaan aineiston käsittelyä alkuvaiheista tulkintaan ja johtopäätöksiin asti. Tähän sisältyy: litterointi, aineiston purkaminen teemoittain, aineiston lukeminen, luokittelu, yhteyksien löytäminen, tiivistäminen, yhdistely sekä tulkintojen, johtopäätösten ja raportin tekeminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on havaintojen luokittelu eli analyysiyksiköiden ryhmittely ennalta määriteltyihin kategorioihin tai niiden samankaltaisuuden mukaan. Analyysin tulisi olla arvioitavaa, eli että lukija pystyisi seuraamaan tutkijan päättelyä ja tarvittaessa riitauttamaan tulkinnan; analyysin tulisi olla myös toistettavaa, jotta toinen tutkija samoja luokittelu- ja tulkintasääntöjä noudattamalla päätyisi samaan lopputulokseen. (Mäkelä 1990, 53-54.)

Ensimmäisessä vaiheessa ryhmäkeskustelut ja yksilöhaastattelut litteroidaan sanasta sanaan. Tällä menettelyllä tässä tutkimuksessa aineistoa kertyi runsas 100 sivua. Merkitsin myös taukoja, hymähdyksiä (paikoin tulkinnut näitä), päällekkäistä puhetta, lyhyitä kommentteja (esim. ”niin”, ”komppaan”) ja naurahduksia eli litterointini lähenee keskusteluanalyysiltä vaadittavaa tarkkuutta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 158 – 159). Toisaalta kohtasin myös ryhmäkeskusteluun liittyviä haittoja aineiston litterointivaiheessa, kuten päällekkäistä puhetta, taustahälinää ja muuta puheen tallentumista haittaavia tekijöitä.

Toisessa vaiheessa aineisto ensin puretaan tutkimussuunnitelmassa esitettyjen alkuperäisten teemakysymysten mukaisesti. Näihin sisältyy esittämäni lisäkysymykset ryhmäkeskusteluissa ja haastatteluissa. Tutkijan esittämiä teemakysymyksiä, lisäkysymyksiä ja aineistossa esiintyviä mahdollisesti uusiakin näkökulmia yhdistelemällä muodostetaan teemakortisto, joka sisältää tämän tutkimuksen pääteemat. Näin jaoteltuna aineisto muodostaa yhtenäisemmän ja luettavamman kokonaisuuden eri ryhmien ja haastateltavien osalta, ja niiden välillä. Eskola ja Suoranta (1998, 150 – 161) puhuvat laadullisen analyysin käsityötaidoista, johon liittyy teemakortiston laadinta aineistosta ja aineiston koodaus.

Tässä tutkimuksessa analyysi on perustaltaan induktiivista aineistosta lähtevää. Kolmannessa vaiheessa erotellaan ja jäsennetään aineistosta tutkimuskysymyksen kannalta oleellista ainesta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 151). Erilaista koodausta voidaan käyttää apuna. Aineiston koodaus voidaan suorittaa enemmän tai vähemmän teoreettisesti perustellun näkökulman kautta. Tässä vaiheessa aineistosta tehdään tulkintoja, jotka ohjaavat analyysiä (Eskola & Suoranta 1998, 151, 153.) Tässä tutkimuksessa koodauksella viitataan kirjain ja numerokodeihin, alleviivauksiin, tekstin vahvistuksiin ja word -tiedostoon kirjoitettuihin sivukommentteihin. Tästä informaatiosta tehdään tulkintoja.

Esimerkki:

a.1OH mitä siel pystytään tarjoamaan on se se niinku lääkärin aika ja [.] ne lääkkeet, et mitä muuta sit siellä niinku esimerkiksi A.1.2 sairaanhoitaja, A.1.2 terveydenhoitaja pystyy ö... keskusteluapua

Esimerkissä tulkinnan mukaan keskustelija puhuu mielenterveysongelman puheeksiottamisesta (koodi a.1OH tarkoittaa puheeksiottamisen lisäksi muun muassa tunnistamista ja huomioimista) ja eri palveluista (koodi A.1.2). Sivukommenttina kyseisen puheen kohdalle olin laittanut ”asiakkaan asema”. Koodit auttavat liikkumaan aineistossa edestakaisin, ja niitä voi laatia tarpeen mukaan.

Teemoittelua voidaan käyttää jonkin käytännöllisen ongelman ratkaisemiseksi. Keskusteluista ja haastatteluista voi poimia ongelman kannalta oleellista tietoa. Aineistosta voidaan myös poimia sen sisältämät keskeiset aiheet. Aineistosta saadaan lukuisa joukko erilaisia vastauksia tai tuloksia tutkimuskysymyksille. (Eskola & Suoranta 1998, 175- 176.) Tässä tutkimuksessa teemoittelusta käytän nimitystä avaintemoittelu (Koskinen ym. 2016) erottaakseni sen pääteemoista.

Avainteemoja etsitään aineistosta edellä mainittua koodaustapaa hyödyntäen pääteemoittain. Analyysiyksikkönä ovat pääteemat. Avainteemoittelun tuloksia pääteemoittain esittelen luvussa viisi. Avainteemojen avulla kuvaan, tiivistän ja tulkitsen aineistoa. Avainteemoitteluni onnistumisen edellytyksenä on tutkimukselleni rakennetun viitekehysten onnistuminen avainteemoitteluun ohjaamisessa eli arkikokemukseni sekä teorian ja empirian vuorovaikutuksen onnistuminen. Avainteemoittelu suoritetaan aineistolähtöisesti. (katso Eskola ja Suoranta 1998, 175-176.)

Avainteemoittelun avulla saa monipuolisesti vastauksia esitettäviin pääteemoihin (Eskola & Suoranta 1998, 180). Jättämällä analyysi pää- ja avainteemojen tasolle jäisi tutkimustehtävä osittain suorittamatta. Avainteemat ovatkin, tulkintani mukaisia keskustelijoiden esiin nostamia näkökulmia, eräänlaisia johtolankojani mahdolliseen tutkimuskysymyksen selitysmalliin (Alasuutari 1988, 31). Avainteemoittelu tulisi tehdä mahdollisimman perusteellisesti. Lisäksi avainteemoittelun tuloksia tulisi edelleen tiivistää. Avainteemoittelusta edetään tyypittelyyn; aineistoa kuvaavan ideaalityyppikuvauksen muodostamiseen, jolloin analyysi saadaan vietyä yhä pidemmälle tiivistäen löydöksiä entisestään. Ideaalityyppikuvaus edellyttää kuitenkin jonkinlaista avainteemoitteluun. (Eskolan & Suoranta 1998, 182.)

Eskola ja Suoranta (1998) erottavat kolme erilaista tapaa muodostaa tyyppiä. Se voisi olla todellinen, aito kuvaus laajemmasta aineistosta. Tämä autenttinen tyyppi voisi sisältää yhden vastauksen, esimerkkinä laajemmasta aineistosta. Tai tyyppi voisi muodostaa mahdollisimman yleiseksi. Tyyppiin valikoituu kuvaus, joka sisältää aineksia suuressa osassa vastauksia tai kaikissakin vastauksissa. Tai tyyppi voi muodostaa siten, että se on ikään kuin mahdollinen, mutta ei välttämättä todennäköinen. Tyyppiin valikoituu asioita, jotka mahdollisesti esiintyvät vain yhdessä vastauksessa. Tämä on mahdollisimman laaja tyyppi. Tätä kutsun ideaalityyppikuvaukseksi, jolle olennaista on sen sisäinen loogisuus; tyyppi on mahdollinen, vaikkakaan ei sellaisenaan todennäköinen. (Eskola & Suoranta 1998, 183.)

Tutkimuskysymykseni on laaja, ja tutkittava kohderyhmä ei kata kaikkia tutkimuskysymykseen liittyviä osapuolia. Useasta vastauksesta voi rakentaa ideaalityyppikuvauksen. Ideaalityyppikuvauksia voi olla esimerkiksi kaksi. Toinen kuvaus edustaisi onnistumista ja toinen

epäonnistumista. Ne olisivat eräänlaisia yhteenvedoja, joihin olisi kerätty ja järjestetty vastauksia aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 184.) Analyysin neljännessä vaiheessa rakennetaan ideaalityyppikuvausta. Luvussa kuusi, esittelen yhden ideaalityyppikuvauksen, se on tulkintani hyvin toimivista peruspalveluista mielenterveys-, päihde- tai mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen. Kuvaus on mahdollinen, vaikkakaan ei sellaisenaan todennäköinen. Se on eräänlainen yhteenvedo, jossa yhdistetään pääteemoissa esitettyjä avaintemoja (jotka ovat siis tulkintoja). Se saa tukea ja vahvistusta alan asiantuntijoiden sekä tutkijoiden artikkeleista ja tutkimuksista. Se on siis aineistosta lähtevä vuoropuhelu teorian ja empirian välillä (Eskola & Suoranta 1998, 176).

Ideaalityyppikuvaus on pelkistetty oletus, empiirisen todellisuuden oleellisista piirteistä. Se ei ole hypoteesi, joka hylätään, mikäli todellinen toiminta ei vastaa sitä. Sen hyöty on sen kyvyssä tehdä todellisuus ymmärrettäväksi ja osoittaa, miten toiminta sujuisi, jos se olisi puhtaasti päämäärärationaalista. Ideaalityyppikuvauksen suhde reaali maailmaan on vertaileva. Tämä tarkoittaa tässä tutkielmassa sitä, että ideaalityyppikuvaus vastaa mahdollisimman hyvin käsitteellisesti ja ajatuksellisesti vallitsevaa käsitystä, kuten mielenterveys- ja päihdetyön ohjausjärjestelmiä, esimerkiksi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisia suosituksia. (Niiranen 1995, 33-34.)

4.3 Eettistä pohdintaa ja tutkimuksen luotettavuus

Tutkielmani aihe on mielenterveys- ja päihdepalvelut. Psykkisiin ja päihdesairauksiin liitetään paljon stereotyyppisiä ja leimaavia elementtejä. Stigman ulottuvuuksia ovat yleiset asenteet, käytetty kieli ja ongelmiin liitettävä häpeä. Eettisiä pohdintoja olen tehnyt aineistoa kerätessäni pitkin matkaa. Olen miettinyt, miten informoida haastateltavia tutkimuksestani, toimittanut heille etukäteen materiaalia, ilmoittanut tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista, pyytänyt heiltä allekirjoitettuna suostumuksen osallistua tutkimukseen ja kertonut tutkimusaineiston käyttötarkoituksen.

Toinen tärkeä pohdinta on se, että miten varmistan tutkittavien anonymiteetin tutkimuksen raportoinnissa, miten toteutan nimettömyyden ja tunnistamattomuuden. Tässä seuraan

ilmoittamaani periaatetta pyytäessäni haastateltavia tutkimukseen ”...tutkittavia tai muita haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voi välittömästi tunnistaa. Haastattelu kirjataan tekstitiedostoksi ja siinä yhteydessä mahdolliset suorat tunnisteet kuten nimet ja osoitteet poistetaan tai muutetaan. Äänitallenteet tuhotaan, kun haastattelujen kirjaaminen on tarkistettu (mikäli tutkittavat näin toivovat).” Tunnistettavuuden osalta olenkin pohtinut tarkoin sitä, millaisia sitaatteja tutkittavilta käytän ja käytäntö puhuttua kieltä vai yleiskieltä. (Kuula 2006, 99-133.) Tutkimuksessa ei kuitenkaan ole tärkeintä se kuka puhuu, vaan fokus on keskustelun substanssissa. Tässä tutkimuksessa en pohtinut sitä mahdollisuutta, että joku haastateltavista olisi voinutkin haluta osallistua tutkimukseen nimellään (Kuula 2006, 204).

Tutkimuksen kannalta on myös oleellista tarkastella aineiston laatua. Haastatteluihin pyrin valmistautumaan huolella. Tutustuin ja harjoittelin haastattelutekniikoita ja tutustuin haastattelun suorittamisen periaatteisiin ja myös aloittelijan virheisiin (katso Hirsjärvi & Hurme 2000, 78-82, 102-127). Aineiston keräsin äänitallenteille, josta ne litteroin tekstiksi. Kuuluvuuden ongelmat, ryhmäkeskustelijoiden päällekkäinen puhe ja taustahälinät heikensivät äänitteiden laatua. Näiden haittojen ehkäisyyn varauduin erillisen mikrofoniin hankinnalla. Tulkintoja tulee tehdä harkiten, erityisesti tilanteissa, joissa en ole saanut puheesta selvää lukuisista kuuntelukerroista huolimatta. Yhdessä haastattelussa havaitsin yhden teeman jääneen käsittelemättä. Tämän huomioin analyysivaiheessa.

Tutkimusprosessin arviointia tutkija joutuu jatkuvasti tekemään varsinkin laadullisessa tutkimuksessa. Tutkija joutuu ottamaan yhtä aikaa kantaa sekä analyysin kattavuuteen, että tekemänsä työn luotettavuuteen. Tutkijan apuna, kun ei ole kuin hänen enemmän tai vähemmän vahva teoreettinen ja arkielämän oppineisuutensa. (Eskola & Suoranta 1998, 209.).

Aineiston työstämistä olisi voinut jatkaa myös erottelemalla aineistosta eri professioiden ja intressiedustajien keskustelua avaintemoista. Tällöin jo tapahtuneen kollektiivisen tiedon muodostuminen erkanisi kuitenkin kontekstistaan. Muodostavatko saman profession tai intressin edustajat samankaltaista puhetta kontekstista riippumatta? Professionia tai intressejä en lähtenyt erottelemaan. Yhteenvedossa asemoituminen on ikään kuin taustalla.

Onko tutkimus yleistettävissä? Tämä tutkimus ei huomioi kaikkia mahdollisia näkökulmia tarkasteltavana olevaan ilmiöön. Näin ollen tutkimuksen yleistettävyyteen tulee suhtautua varovaisesti. Tämän raportin johdantoluvussa totesin tutkimuksen tarjoavan yhden tai useamman näkökulman asiakkaan tarpeiden mukaisille peruspalveluille. Lisäksi tutkimuksen tarkoitus on ymmärtää, ei selittää.

5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT PERUSPALVELUISSA

Tässä luvussa esittelen tulokset, jotka on johdettu teemakeskusteluista ja -haastatteluista (katso liite 1 s. 115) saamistani vastauksista. Aineistosta nostin yhdeksän pääteemaa: peruspalveluiden rooli ja käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä, palveluiden tarve (asiakkuus) sekä asiakkaana ja asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdepalveluissa, mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittaminen ja johtaminen sekä mielenterveys- ja päihdetyön haasteet peruspalveluissa ja stigma. Pääteemoja tarkastellaan avaintemoihin viitaten.

5.1 Peruspalveluiden rooli ja käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmista tulisi hoitaa peruspalveluissa. Lisäksi mielenterveys- ja päihdetyön tulisi muodostaa toimiva kokonaisuus julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä. Kysyinkin keskustelijoilta, mikä on peruspalveluiden rooli ja mitä mielenterveys- ja päihdetyön koetaan olevan käytännössä?²⁷ Henkilöstönäkökulmasta avaintemoiksi nostin varhaisen puuttumisen, sairauksien ja ongelmien tunnistamisen, hoidon ja jatkohoitoon lähettämisen, ongelmien moninaisuuden sekä peruspalveluiden suhteen erikoispalveluihin. Mielenterveys- ja päihdetyön käytännön avaintemoja ovat asiakkaan tukeminen muutokseen, hoidosta huolehtiminen sekä kokonaisvaltainen huomioiminen. Järjestönäkökulmasta avaintemoiksi nostin kuntoutumisprosessin tukeminen sekä ”ihmisen normaalin elämän”. Käytännössä järjestötyö on ohjausta, neuvontaa, tiedonjakamista sekä

²⁷ Aineistosta nostettujen sitaattien merkkien selitykset ovat kuvattu liitteessä.

vertaistuen koordinoitua. Asiakasnäkökulmasta avaintemoja ovat asiakkaiden tarve moniin erilaisiin palveluihin. Mielenterveys- ja päihdetyöltä odotetaan perushoidon lisäksi ohjaus-, neuvonta- ja keskusteluapua sekä vertaistukea. Lisäksi mielenterveys- ja päihdetyöhön kohdistetaan odotuksia palvelun mutkattomuudesta, monipuolisuudesta ja nopeudesta.

H: [...] minkä tyyppisiä [...] ongelmia tai [...] mielenterveys- ja päihdeongelmat on kuitenkin hyvin moninaisia [...] hyvin lievistä sellaisista unihäiriöistä vakaviin psykoottisiin tilanteisiin, ni mikä [...] peruspalveluiden rooli olis sitten tässä... akselilla ja [...] ...? (Ryhmä 1)

Peruspalveluiden rooliksi kuvataan varhainen puuttuminen ja asioiden puheeksiottaminen. Perusterveydenhuollossa tulisi tunnistaa ongelmien laatu ja aste sekä hoitaa ja huolehtia jatkohoitoon lähettämisestä.

K4: [...] pystytään puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, et ei oo kuitenkaan varmaan tarkoitus, et yritetään hyvin [...] kraaveja ongelmia [...] väkisin sit siellä peruspalveluissa pitää ja hoitaa siellä, et se hoito ei enää pysty tuottamaan tulosta. (Ryhmä 1).

...

K5: [...] Sen voisi kiteyttää sillä tavalla, että tunnistetaan ne, joita pystytään itse hoitamaan ja sitten [...] hoidetaan eteenpäin tai järjestetään se hoito niille, joita ei ikään kuin voida omalla toimella pystytää hoitamaan, et sit heille saataisi tää jatkohoito. (Ryhmä 1).

K14: Mä teen paljon (työtä) meidän lääkäreiden kanssa yhteistyötä, et niinku joka päivä (hmm). Mun mielestä he kauheen helposti ottaa esit... esille asiakkaan kans sen just, et e... menisiks sä juttelemaan. (Ryhmä 2)

Keskusteluista ilmeni, että perusterveydenhuollossa kohdataan ja hoidetaan asiakkaita, joilla on vakavia mielenterveys- ja päihdeongelmia, esimerkiksi psykoosiin sairastuneita. Keskusteluissa todettiin myös, että tahdosta riippumattoman hoidon lähete tarvitaan aina perusterveydenhuollosta.

Perusterveydenhuollon asiakkaiksi erikoissairaanhoidosta palaavat myös he, joiden hoito edellyttää pitkäaikaista hoitosuhdetta, esimerkiksi hoitotasapainossa olevat skitsofreenikot. Keskusteluista sai myös sen käsityksen, että peruspalveluissa huolehditaan myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaista, jotka ovat syystä tai toisesta erikoissairaanhoidosta ”pudonneita”. Peruspalveluissa huolehditaan myös heistä, joita ei yksin terveydenhuoltopalveluissa voida auttaa. He ovat monenlaisia ongelmia kohdanneita henkilöitä, joilla ei välttämättä ole missään hoitokontaktia ja eivätkä hyödy esimerkiksi terapiasta. Heille tulisi tarjota muunlaista tukea. Peruspalveluiden roolia ja suhdetta erikoissairaanhoidon kuvattiin seuraavasti.

K10: [...], et mikä kuuluu peruspalveluihin ja mikä erikoissairaanhoidon. Ne tunnistamattomat ja lievät tapaukset ilman muuta peruspalveluihin. Sit siin on se välimaasto, mikä kuuluu erikoissairaanhoidon, on tavallaan tunnistettu. Se, et mitä moniongelmaisia asiakkaat on, sitä vähemmän kyl erikoissairaanhoidolla on siinä kohtaa tarjottavaa, silloin palataan kunnan peruspalveluihin, kun on kyseessä tulottomuus, asunnottomuus, nämä ni [...] ei erikoissairaanhoidolla oo näille mitään tarjottavaa, ja mun mielestä tää on aika iso porukka myöskin [...] asiakaskunnasta et [...] nää ongelmat on [...] kasautunu ja ne on pitkittyny ja ne on moninaisia. [Joku jatkaa: moniongelmaisia]. K10: joo. (Ryhmä 2).

H: [...] Mitä se käytännössä on, kun te teette mielenterveys- päihdetyötä? [...]

Ryhmäkeskusteluissa mielenterveys- ja päihdetyön nähtiin olevan asiakkaan tukemista muutokseen. Siihen sisällytettiin yhteiset keskustelut, ratkaisujen etsiminen yhteistyössä, konkreettisten tavoitteiden asettaminen sekä verkoston kokoaminen. Ryhmäkeskusteluista tulkitsen, että muutoksella viitataan pieniin edistymisen merkkeihin asiakkaan elämässä, ”ettei asiat ainakaan muutu pahempaan suuntaan”. Keskustelijoiden vastauksissa mielenterveys- ja päihdetyö on myös rinnalla kulkemista, motivaation herättelyä, muutosvaiheen tunnistamista, elämäntapoihin vaikuttamista ja käytännöllisen avun tarjoamista, tiedon antamista muista avun muodoista sekä taloudellisen tuen mahdollistamista. Mielenterveys- ja päihdetyö peruspalveluissa on asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista.

K10: [...] mä jän sitä miettimään, että kuinka suuri osa [meidän] työstä käytännössä on siis motivointityötä, siis motivoimista, on se nyt hoitoon tai ehkä nyt vielä

enemmän motivointia siihen jonkin asteiseen muutokseen [taustalla nii...i] ihmisen elämässä. Et sitä mä aattelen, et mun työ ainakin mitä suuremmissa määrin on. (Ryhmä 2)

K14: Ehdottomasti kyllä ja kannustamista [taustalla nii...i] terveellisiin elämäntapoihin ja [taustalla niin] päihteettömyyteen. (Ryhmä 2)

K10: Mitä se muuta käytännössä on, ni se on mun mielestä jotenkin semmosta la...laaja-alasta ihmisten elämän tilanteen selvittelyä. (Ryhmä 2)

K12: Haltuunottoa [taustalla kyllä, [] joo], ja mul on myös jonkun verran ainakin sitä rinnalla kulkemista [taustalla, joo] et [.] heidän kanssaan heidän kotonaan tai sit jossakin muualla mut, et kuljen heidän kanssaan, tarvittaessa vien hoitoon ja haen hoidosta ja tämmöstä. (Ryhmä 2)

Ryhmäkeskustelussa kaksi nostettiin esille myös huoli niistä asiakkaista, jotka syystä tai toisesta jättävät saapumatta varatulle vastaanottoajalle. Tulkitsen, että mielenterveys- ja päihdetyöhön tulisikin sisältyä hoidosta huolehtiminen, ainakin jossain määrin. Ryhmässä yksi, puhuttiin ”kiinnipitävästä” työotteesta, integraatiokeskustelun yhteydessä.

K10: [...] se vähän unohtuu et [me] ajatellaan, että no ei ihminen nyt ollukkaan motivoitunutkaan tulemaan tänne, kun se ei saapunut ajalleen [...] niin mut, et kun se olikin mun työtä nyt yrittää häntä motivoida. [...] että asiakkuus on päättynyt siihen ko asiakas ei oo saapunut paikalle, et siis että no näihän se tietysti on, jos ei koskaan saavu paikalle, niin ei voi mitään apua saada, [...] et eikse oo sit juuri henkilökunnan tehtävä yrittää sitä motivaatio herätellä [taustalla hhhm], et voiko ajatella, että vaikka ohj[ais] psykiatrian poliklinikalle, niin kaikki päättyy siihen, kun ei kertaakaan saapunut paikalle niin [.] jotenkin aattelee, et eikai se ö... hoidon tarve ainakaan sillä sit ollu selvitetty tai [taustalla: ollu ohi tai... niin, ei ei] (Ryhmä 2)

K10: [...] kun voi ihmisiä tulla koko ajan vaan uusia asiakkaita, niin näihän siinä helposti käy, et ne ihmiset, jotka ei sit motivoitunu ja tullu paikalle, niin niiden annetaan olla, koska niitäki, jotka sit tulee vaikka sarana puolelta sisään [...] tavotetaanko me sit välttämättä niitä ihmisiä, joita meen juuri kuuluisi tavottaa. (Ryhmä 2)

K14: Hyvä pointti ja hirveen vaikee [taustalla niin] [...] ja se vie myös tosi paljon työaika, että miten sen saa sen henkilön sieltä, joka oikeesti on jo syrjäytynyt [taustalla: nii...i] jättäny esimerkiksi armeijan jo kesken ja on oikeesti vakavasti masentuneena siellä omassa kodissa ja omaiset soittaa ja hekään ei saa yhteyttä ja ei vastaa puhelimiin eikä tekstiviesteihin ja mitkä onne keinot, miten me voidaan sitte (hhh) saavuttaa se luottamus ensin, et me saada henkilö luottamaan meihin, että lähetään yhdessä miettimään, että mitä tässä voitais [...] (hmm) suunnitella, mitä voitais tehdä, jotta hänen olo helpottuis. (Ryhmä 2)

Molemmissa ryhmissä oli keskustelijoina myös järjestön edustajia. Toisessa ryhmän järjestön edustaja on kiinteä osa työryhmää, jolloin hän on ottanut osaa työryhmän säännöllisiin palavereihin. Järjestön rooliksi annettiin asiakkaan paranemis- ja kuntoutumisprosessin tukeminen.

K9: [...] tulee ihmiset yleensä sit vähän myöhemmin, et ei siinä akuutissa vaiheessa välttämättä, vaan ehkä enemmänkin sit, kun se paranemis- tai kuntoutumisprosessi on jollain tavalla jo lähteny käyntiin ja haetaan sitten niitä [...] erilaisia tukimuotoja on se sitten ihan sitä mielekästä tekemistä tai vertaistukee [...] (Ryhmä 2).

Keskusteluissa ja haastatteluissa järjestöjen rooliksi katsottiin osallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteen lisääminen sekä vertaistuen saamisen ja antamisen mahdollistaminen eri tavoin. Järjestöissä tehtävän mielenterveys- ja päihdetyön nähtiin kattavan myös tiedon antamisen, neuvonnan, keskusteluavun ja ohjauksen, myös muihin palveluihin, kun järjestön oma tukiverkosto ei kannaa. Järjestöissä kohdataan muita ihmisiä ja osallistutaan virkistystoimintaan eli saada sisältöä elämään, tukea kuntoutumiseen sekä hyvinvoinnin edistämiseen. Järjestöjen kautta välittyy myös kokemuksen ääni – ”ihmisen normaali elämä” (Ryhmä 1).

K3: Mä aattelin vaikka [järjestö] [...] niin se vertaistuki tietysti se on se vertaisen tuki ryhmissä taikka [...] se voi olla myöskin [...] tukihenkilönä toimimista ... [...] kokemuskouluttajana elikkä [...] [jakaa] omaa tarinaa [...] [...] sitä kautta sitten se vertaistuki myöskin syntyy ja [...] siinä myöskin rohkaistaan sitten näitä muita sit kertomaan omaa tarinaansa, että [...]. Mää aattelin mitä mä teen [järjestö] [...] työntekijänä [...], niin se on ehkä sitä vertaistuen järjestämistä [...] ryhmien kokoamista

ja [...] ryhmien ohjaamista, ja se on myöskin [...] tiedon jakamista, palveluihin ohjaamista tämmöstä työtä [..]

K6: [...] [...] epävirallisesti ihmisten tapaaminen saattaa jollekulle olla tärkeätä, et ne keskustelut mitä syntyy [...] spontaanisti suunnittelematta [...] ja [...] ylipäänsä kaikki toiminta, johon [...] voi osallistua passiivisesti tai aktiivisesti [...] Virkistystoimintaan osallistuminen [...] sen takia, et elämässä vaan tarvitsee jonkun semmosen yhden päivän, jolloin on jotain mukavia asioita [...] tai sitten [...] työtoiminta (ei saa selvää) tarttee sen kokemuksen, että tekee jotain [...] Tulee myöskin toki semmosia tilanteita jolloin [...] huomataan, et henkilö hakee meiltä jotain, mitä hän ei oo osannu etsiä [...] tai ei oo muuten sitten saanut [...] just terveystai sosiaalipuolelta ö... ja [...] silloin me kyllä nostetaan kädet ylös hyvin äkkiä [...] ja yritetään [...] ohjata häntä hakemaan apua sieltä mistä sitä on [...] oikeasti tarjolla, ö... et [...] se on kans niin kun myöskin sen yksen työn luonne, että huomaa myöskin niitä ihmisiä, jotka on väärässä paikassa tai oikeassa paikassa ehkä mutta myöskin väärän asian kanssa.

Ryhmässä yksi erikoissairaanhoidon tehtäväksi esitettiin, sairaalahoitajakson jälkeen, tukea asiakasta siirtymävaiheessa perusterveydenhuollon asiakkaaksi ja muihin tukiverkostoihin. Tässä järjestöillä on merkittävä rooli, kun asiakasta rohkaistaan ja kannustetaan itsenäiseen osallistumiseen.

Ongelmat kasautuvat. Lapsi sairastuu. Vanhemmat sairastavat tai sairastuvat. Ennen aikaista eläköitymistä, työttömyyttä, ja näistä seuraavia mahdollisia taloudellisia vaikeuksia. Sairastuneet ja heidän läheisensä kohtaavat mahdollisesti monia ongelmia. Mitä palveluja haastateltavat ovat tarvinneet, saaneet tai käyttäneet? Haastateltavat eivät erotelleet erikois- ja perustason palveluita. Joko sitä ei osattu tai sillä ei koettu olevan suurempaa merkitystä. Tärkeää on se, että palvelua saa tarpeeseensa.

H: Mitä kaikkii [...] palveluita sää oot hakenu tai saanu?

Haastateltavat mainitsivat seuraavia palveluita: katkaisuhoido, mielenterveystoimisto, sosiaalityö (erityisesti toimeentulotuki & asumispalvelut), psykiatrisen sairaanhoitoja, depressiohoitaja, terveysasemalääkäri, psykiatri, neurologi, neuropsykiatri, neurokirurgia, psykologi, psykoterapia,

potilas- ja omaisjärjestöjen tuottamat vertaistukiryhmät, keskusteluapu ja virkistystoiminta, lastensuojelu, asumispalvelut ja niiden palvelut, homeopatia, terveysaseman vuodeosasto, päihdeterapeutti, työterveysasema, mielenterveysyksikön päiväsasto, kansaneläkelaitos, sairaala, yliopistollinen sairaala, poliisi, ulosottovirasto, edunvalvonta, työkkäri (työkokeilut) sekä päihdepoliklinikat (toiminnallinen riippuvuus).

Haastateltavat odottavat mielenterveys- ja päihdetyöltä keskusteluapua, kiireetöntä kohtaamista, ohjausta muihin palveluihin ja keskustelua tai tukea erilaisista tulevaisuuteen suuntaavista mahdollisuuksista perushoidon (lääkitys, katkaisuhoido, verikokeet ym.) lisäksi. Erilaiset työn tekemisen mahdollisuudet ja työkokeilut nousivat esille – jotta kokisi itsensä tarpeelliseksi. Kaikki haastattelemani asiakkaat olivat olleet myös järjestöjen toteuttaman vertaistuen piirissä. Tämän tyyppinen apu on tarpeen niin yksilöllisesti kuin ryhmämuotoisesti, vaikkakaan se ei korvaa ammattiapua. Toimiva mielenterveys- ja päihdetyö on asiakkaille mutkatonta, selkeää ja nopeaa.

Haastattelu 1: täällä puhuu näitten ihmisten kanssa [...] et [...] ei oo semmosta kapulakielistä hommaa vaan [...] tuota yritetään tehdä mahdollisimman yksinkertaiseksi nää asiat.

Haastattelu 1: et että ne selvitetään [...] kansankielisesti ja sillä tavalla, ettei siiheen tuodan mitään turhia monimutkasuuksia.

Haastattelu 2: [...] ja sitko se pitää olla omalle lääkärille, niin se kestää ennen ku mä pääsen sinne, jos mä voin, vaikka huonommin ja [...] sit kestää ennen ku mä pääsen sinne [...] psykiatrille, et se on [...] hidasta, mut et kyllä se [...] linkki toimii, mutta [H: joo] [...] vaan hitaammalla, että et ei tarpeeksi, ehkä riittävän nopeesti. Jos [...] vois vielä huonommin, ni sillen se ei ois ainakaan riittäny, koska terveyskeskuslääkäreille on jo pitkät jonot [...]

...

Haastattelu 2: no sillä tavalla et sitä lääkitystä on tarkistettu ja [...] mut vielä voit[aisiin] sit miettii [...] vähän sitä, että [...] mitä sä toivoisit [...] että [...] onko sulla vielä semmosia ajatuksia, että palaisit edes johonkin töihin tai [...] tai johonkin, että kokis itensä hyödylliseksi [...].

Haastattelu 2: [...] määhän [...] kokisin et kaikilla on [...] vähän sama tarve, et tarvii sitä vertaistukee, mut myöskin [...] kaipaa semmosta henkilökohtasempaa, koska eihän ryhmässä, mä oon ainakin semmonen, et mä en esimerkiksi tätä [sairaus] oo puhunuko [nimi] vetäjälle ja sit ehkä jolleki, kuka on tullut vähän tutunmaksi (H: joo) [...].

5.2 Asiakkaana peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Kuka on mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakas? Tässä alaluvussa esitellään tuloksia seuraavista teemakysymyksistä: Milloin ja missä tilanteessa ihminen tarvitsee mielenterveys- ja päihdepalveluja? Mitä on olla mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaana? Keskustelu oli runsasta. Haastateltavat ja keskustelijat kertoivat monipuolisesti omista kokemuksistaan ja näkemyksistään. Palvelun tarvetta (asiakkaaksi) kuvaaviksi avaintemoiksi löysin hoitoon tai palveluun hakeutumisen, johon liittyy ongelmien tunnustaminen ja tunnistaminen sekä henkilökohtainen vastuu tai omaisen tai läheisen asema. Asiakkaan asemaa kuvaaviksi avaintemoiksi nostin, miten ammattilainen osaa ottaa asian puheeksi ja asiakkaan asiointiosaamisen, mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen, ammattilaisten välisen sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välisen yhteistyösuhteen, monipuolisen ja nopean avun, vaitiolovelvollisuuden sekä matalan kynnyksen ja yhden luukun periaatteet.

Ryhmäkeskusteluissa todettiin, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeutuvat ne (yksinkertaistaen), joilla on psyykkinen sairaus ja johon liittyy päihteiden käyttöä tai päihteiden käyttö on johtanut mielenterveysongelmaan, tai kun on huoli omasta mielenterveydestä ja päihteiden käytöstä. Lisäksi tästä on aiheutunut mahdollisesti sosiaalisia, taloudellisia ja muita terveydellisiä ongelmia. Ryhmäkeskusteluista nousee esille yksilön vastuu hoitoon hakeutumisessa, ja se, että suurin osa hakeutuu itse palveluiden piiriin. Myös omaisen tai läheisen asema nostetaan esille. Hoidon piiriin hakeutumisen syynä nähdään jokin poikkeava (ei kykene töihin, perhetilanteen ongelmat ja erityisen nolot tai vaikeat tapahtumat), ehkä äärimmäinenkin kokemus. Hoitoon hakeutumiseen voi liittyä läheisen tai omaisen voimakastakin vaatimusta. Keskustelut ja haastattelut antavat ymmärtää, että mielenterveys-, päihde- tai mielenterveys- ja päihdeongelmiin haetaan apua vasta, kun tilanne on jo vakava.

K1: jos [...] hyvin yksinkertaisesti niin silloin kun on huoli omasta mielenterveydestä ja päihteiden käytöstä. (Ryhmä 1)

K5: tai siit on aiheutunut jotain [...] monen kohdalla ainakin peruspa ... terveydenhuollon puolelle tulee siinä kohtaa, kun on et ei kykene enää työhön [...] ja aika monen kohdalla on myös sitten omainen, [] joka [...] vähän niin kun patistaa voimakkaammin, et on tullut aika voimakkaita ongelmia sinne perhetilanteeseensa. Mut [...] se tuntuma et ihmisen täytyy [...] itse ehkä tunnistaa se ja tunnustaa [...] se oma tarpeensa et [...] hän lähtee [...] hakemaan niitä palveluita. (Ryhmä 1)

K7: Ja tietysti huolen viesti voi tulla myöskin läheiseltä esimerkiksi omaiselta tai taikka sitten semmonen, et työntekijä ottaa [...] asian puheeksi [...]. (Ryhmä 1)

Tätä hoitoon tai palveluun hakeutumisen prosessia vahvistaa myös haastateltavien näkemykset. Haastateltavien vastauksissa nykyinen tai mennyt perhetilanne tai työelämä ja ongelmien kasautuminen olivat esillä kuvailtaessa palveluun hakeutumista. Haastateltavilla oli taustalla erotilanteita, työpaikan vaihtoa, oman lapsen tai läheisen sairautta ja jopa kokemus läheisen itsemurhasta. Myös haastateltavien vastauksista on luettavissa yksilön henkilökohtainen vastuu huolen puheeksiottamisessa. Haastatteluista nousee myös esille omaisen merkitys hoitoon ohjaamisessa ja asema tuen tarvitsijana. Niin ryhmäkeskusteluissa kuin haastatteluissa esiintyy myös ongelman tunnustamisen vaikeutta. Ongelmat ovat jo melko pitkällä palveluun hakeuduttaessa.

Haastattelu 1: Siihen tuli semmonen kova pelko, et se lisäsi vielä sitä juomista ja lopulta mä en enää pystynyt menemään töihin, [...] et mä menin työterveysasemalle ja romahdin sinne, mutta en siinäkään vaiheessa puhunut alkoholista mitään. Et sit mut lähetettiin [...] [Paikkakunnan palvelut] [...]. [...] se sitten diagnosoi vaikean masennuksen ja burnoutin, jolloin mä sain sitten sairauslomaa, ja se sairausloma venähti sitten vuoden mittaiseksi kaikkiaan, ja mä en edelleenkään tunnustanut sitä alkoholia. [...] Ja sit se oli oikeastaan mun [puoliso] [...] joka paljasti mut [...]. Mun [puoliso] sano [...] että hän juo.

Haastattelu 2: [...] mä oon hakeutunut sen puolesta vasta, et mä oon masennuksen takia [...] mennyt keskustelemaan ja saanut sit lääkitystä samoihin aikoihin vähän jälkeen, ku [oma lapsi] sairastu depression [...] sitten mä ite rupesin puhumaan omasta masennuksesta tai [...] mä koin et mä oon masentunu [...].

Haastattelu 3: [...] tässä elämän varrella on tarvinnut näitä palveluita molempiakin mielenterveys- ja päihdepalveluita, ja [...] ite oon ollu viimeksi asiakkaana mielenterveystoimistossa kaks vuotta sitten ja silloin mä olin [...] omaisen näkökulmasta, koska [...] oma lapseni [...] silloin tuli jotenkin semmonen hätä suuri hätä [...] ... Ja totta kai mulle vyörys päälle sitte [...]

...

Haastattelu 3: Se oli [...], kun kävi ilmi, että tää mun [aikuinen lapsi] oli valehdellut mulle, et se ei oo siellä [...] mielenterveystoimistossa käynytkään ja sit ku mä oikeesti istuin siellä kahviossa ja mää aattelin, että mitä mä teen? [...] Me istuttiin takapihalla ja syötiin ja mä keitin sitten kahvit ja mä sanoi et kuule, et nyt mä tiedän et sä et oo käyny siellä mielenterveystoimistossa, et mä kävin siellä ite tänään... Ja tota sit mä sanoin hänelle, et nyt on sellanen juttu, että sun on ite päätettävä, että mitä sä tältä elämältä haluat? Jos sä haluat mennä veneen alle, niin mä en voi sua siitä estää... et sit sä menet. Mut mä sanoin vaan että kyllä se vaan sattuu.

Tulkintani mukaan palveluihin hakeudutaan, kun tilanne on jo melko vakava. Ihmisellä on yksilönä suuri vastuu ohjautumisessa palveluihin. Myös omaisen tai läheisen merkitys voi olla suuri. Kun palveluihin on hakeuduttu ja ohjaututtu, niin mitä on olla asiakkaana mielenterveys- ja päihdepalveluissa peruspalveluissa?

H: [...] millaseks te kokisitte sitten asiakkaana olemisen peruspalveluissa, tällä hetkellä? Ja mikä on sit kenties se visio siitä tulevaisuudesta? (Ryhmä 1)

Ryhmäkeskustelussa yksi keskusteltiin enimmäkseen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta terveysasemalla. Ryhmässä keskusteltiin asiakkaiden rohkeudesta ottaa asiat esille ja asiakkaiden tiedoista, taidoista ja kyvyistä kuvata omaa tilannettaan. Ne pärjäävät, joilla on tietoa tai osaamista siitä, miten pyytää apua tai uskaltavat sitä rohkeasti pyytää. Ne pärjäävät, jotka ottavat henkilökohtaista vastuuta ja ovat motivoituneita. Keskustelijoilla heräsi huoli niin asiakkaiden kyvystä kertoa omasta tilanteestaan, ja ottaa apua vastaan kuin ammattilaisten kyvystä esittää oikeita kysymyksiä asiakkaan tarpeiden selvittämiseksi, ja palvelujärjestelmän mahdollisuuksista

vastata asiakkaan tarpeisiin. Terveysasemilla koetaan olevan monenlaisia mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen puutteita.

K3: [...] Mä olin ... ohjaamassa [...] yhtä asiakasta [...] terveyskeskukseen kun hän minun mielestäni vakavasti masentunut ja [...] mä sain hänet tulemaan [...] kanssani terveyskeskukseen ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, jossa [...] tämä lääkäri sitten [päätti?] [...] että varmaan on kysymys vakavasta masennuksesta ja määräsi hänelle sitten [...] masennuslääkkeet. [...] en mä muista sen lääkkeen nimeä mut joka tapauksessa ni todennäköisesti se lääkitys aiheutti hänelle [...] maanisen psykoosin jonkin ajan päästä ja [...] hän joutu sitten sairaalaan pitkäaikaiseenkin hoitoon [...]. Mä ajattelin sitä, että välttämättä se asiantuntemus siellä terveyskeskuksessa ei aina ole [...] vaan toivoisi, että jotain [...] konsultaatiomahdollisuutta vähintään olisi [...] käytettävissä välittömästi [...] tilanteessa joka hiukan [...] epäselvä [hmm]. (Ryhmä 1)

K6: [...] tietty ihmisillä erilaisia tilanteita sitä omaa [...] [...] ongelmaansaakaan ei välttämättä ymmärrä, jos se on [...] vaikeeksi päässy. [...] psykiatrisissa ongelmissa ja päihdeongelmissa, et jos [...] ihmisellä on [...] semmonen taju kuitenkin siitä omasta sairaudestaan, niin kuinka turhauttavaa se voi olla, että mun pitää mennä -anteeksi- ”arvauskeskukseen”. (Ryhmä 1)

K3: [...] Tota mua kyl sotkee tässä asiassa (en saa selvää) se, että mä itsekin työskennellenä sosiaalialalla ja paljon myöskin päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kanssa niin tota noin tiedän [...] asioista niin paljon, että osaan osasin hakeutua [huokaus] hoitoon ja kertoa myöskin [...] itsestäni sillä tavalla, että [...] päästiin hyvin hoidon alkuun [...] mutta kaikki ei varmaan siihen pysty [...]. (Ryhmä 1)

K5: [...] joskus voi olla, et se syy millä tavalla [...] sinne ajanvaraukseen sanotaan [...] voi olla hyvin toisenlainen, mikä se todellisuus on [...]. Jotkut tietty tulee ja sanoo ihan suoraan, et nyt mul on paha masennus tai [...] (ei saa selvää) se on [...] hakeutuminen, mut osalla [...] saattaa olla, et tulee aika monipuolisesti muuten ongelma kentän kautta ja sit yhtäkkiä vasta [...] siin oven kahvalla et ”ainiin et olis mulla sitten tämmöstäkin siinä” eli [...] [...]. Mut et aika yllättävän monen kohdalla se kokemus, jos me tunnistetaan ja tarjotaan (et me lähetettäis) niin jostain syystä on aika iso kynnyks, aika monella lähtee sinne, et moni saattaa sanoa et ”ei ei mun ongelma ollenkaan näin paha, et ”emmä nyt sinne tässä kohtaa lähde” [...] osan kohalla [...] voi olla myös

semmosta pelkoo [...] leimautumisesta [...] terveysaseman puolta niin siin on tää vahvuus, et se on kuitenkin suht neutraali mihin hakeudutaan. (Ryhmä 1)

.

K7: [...] komppaan, jatkan kommenttia sillä tavalla [...], et tämän hetkisessä tilanteessa on [...] suuria eroja siinä, [...] miten tää asia otettaisiin siellä terveyskeskuksessa. Se olis hyvin pitkälti riippuvainen siitä, kuka siellä työntekijänä on ja... (Ryhmä 1)

K1: ja miten sinä osaat asian esittää. (Ryhmä 1)

K7: joo myöskin näin ja siis ihan työntekijästä riipp... [...] riippuen että... (Ryhmä 1)

K1: tai siis, et millai potilas asiansa esittää [...], millai hän osaa puhuu ja tuoda sen ongelmansa julki, niin siit on... (Ryhmä 1)

K7: mää sanoisin näinkin päin et miten työntekijä myöskin kysyy asiaa ja ottaa sen puheeks [...] toisaalta et... (Ryhmä 1)

..

K6: mut toi keskustelu tavallaan [...] se voi olla se perusterveydenhuolto sillai [...] survival of the fitistä [...] et kuka on [...] siinä viidakossa riittävän kova päästäkseen [...] eteenpäin. [...] riittävän hyvä, kun tavallaan kuuluis kaikille palvelut. (Ryhmä 1)

Ryhmäkeskustelussa kaksi asiakkaan asema koettiin hieman toisin, ryhmällä oli kokemusta työryhmänä työskentelystä. Vaikka asiakkaalla on vastuu omasta palvelustaan, on hänelle saatavilla monipuolisesti apua. Asiakkaan ongelmia voidaan ratkaista nopeasti. Ryhmässä keskusteltiin monipuolisista palveluista, nopeasta avusta ja joustavasta asiakkaan ohjaamisesta ammattilaiselta toiselle.

K11: [...] se tietysti (en saa selvää) siin on [...] monenlaista apuu tarjolla et on mielenterveys, on päihde, [...] sosiaaliset asiat, taloudelliset asiat ja niin edespäin. Me ollaan [...] työryhmänä [...]. (Ryhmä 2)

K12: ja sitten nopean puuttumisen, jos tulee ongelma kohtii niin [...] saa nopeesti koolle työryhmän ja sit aletaan yhdes pohtiin [...]. (Ryhmä 2)

K8: mikä [...] on taas jälleen kerran tuolta meidän näkövinkkelistä, niin aivan ruohonjuuritasolta suoraan lääkärin puheille [...] niin se on huima huima juttu ja [...] aika nopeasti (taustalla joo...o) siinä vaiheessa, kun se asiakkuus on ja se tarve on, niin silloin tällöinen saadaan järjestymään. [...]. (Ryhmä 2)

..

K14: Se nopee puuttuminen. (Ryhmä 2)

Ryhmän kaksi mukaan palvelu on toimivaa, yhden luukun periaatetta noudattavaa. Ryhmässä keskusteltiin mutkattomuudesta tiedon kulussa ja vaihdossa asiakkaan suostumuksella. Tällöin asiakas tuntee auttajansa, ja auttajat tuntevat toisensa ja asiakkaansa. Tämä luo turvallisuutta asiakkaalle. Toisaalta esitettiin myös näkemys siitä, että tuntevatko asiakkaat riittävän hyvin näitä mahdollisuuksia. Ovatko ammattilaiset kyenneet kertomaan asiakkaille riittävän selkeästi, kuinka helppoa asiointi tällaisissa palveluissa voi olla.

K8: Minusta on kovin tärkeä tässä [...] asiakkaiden myötämielisyys koko tätä järjestelmää kohtaan, on siinä et tiet on lyhyitä ja oppii tuntemaan ne auttajansa ja tietyllä tavalla ei tuolla monen luukun taka potkittavana, vaan on tällöinen yhdenluukun ajatus, [...] et apua saa, kun käy yhdelle puhumassa, niin sit [...] koko tiimi käytettävissä, sen ammattitaito. (Ryhmä 2)

...

K8: [...] [...] ja kans on paljon helpompaa, ku tässä voidaan luoda asiakkaan kanssa sopimus siitä, että [...] mä voin [keskustella] vaikkapa kaikkien asiantuntijoiden kanssa. Ne nimetään, ne asiantuntijat ja tietyllä tavalla tietyn aikaa voidaan jostain tietystä asiasta käydä hyvin avoimestikin tässä keskustelua, niin tavallaan se lyhentää niitten [...] sitä toiminta-aikaa, jolloin saadaan apua sille ihmiselle, että tietyllä tavalla [taustalla se ei oo niin jäykkää] ei se ole jäykkää. (Ryhmä 2)

K14: Mää oon samaa mieltä mä mietin just niitäkin muutamia ketä mää on nyt ohjannut viimeaikoina teille [K9:lle] niin [...] kyl se on [...] [...] helppoo, että kun tuntee ne työntekijät, kun kuulutaan samaan tiimiin, niin sit pystyy [...] asiakkaalle luomaan sen turvallisen [...] ilmapiirin sen suhteen, et [...] se ei oo niin korkea kynnyks käyttää niitä palveluita, mitä siellä on teillä tarjolla, et et se on [...] tosi luonnikasta ja monet [...]

kokee sitä. Mä kuulen ainakin [.] pitkin vuotta useita kertoja, et asiakas kokee olonsa aika turvalliseksi, et jotenkin tulee semmonen tunne, että häntä on kuultu ja [.] hänet on nähty ja [.] hän saa sitä [.] mitä hän kokee savansa [.] apua. (Ryhmä 2)

...

K9: [...] mulla on semmonen olo, et osa meidän ihmisistä, jotka vähän vähemmän ehkä käyttää ylipäätäänkään [.] palveluita tai asioivat tk-lääkärillä pääsääntöisesti, niin eivät osaa edes pyytää jotakin semmosta, et [...] työntekijä auttaa jossakin asiassa, et he ei edes tiedä kuinka sujuva se yhteys voi olla [.] sen avun hakemisessa, vaan he sit kiertää sen ehkä semmosen totutun tk-lääkäri läheteajatuksen kautta, että [.] tavallaan vielä enemmän vois tuoda esille sitä, miten joustavasti voikaan ohjautua työntekijältä toiselle. (Ryhmä 2)

Haastateltavien kokemukset tukevat ryhmäkeskustelijoiden näkemyksiä. Haastateltavien kokemukset palveluihin pääsystä ja siellä pysymisestä olivat osin huonoja. Kokemukset hajautetuista peruspalveluista, ja niissä asioimisesta ovat osin myönteisiä ja osin kielteisiä. Asiointi yhteensovitetuissa palveluissa koettiin myönteiseksi.

Haastattelu 1: Kaikki järjestyy hirmusen joustavasti mun mielestäni sen takia, et [.] aina tulee vaan tähän yhteen ja samaan paikkaan, ettei tarvii juosta missää eripaikoissa.

Kun hätä on suuri, niin tällöin palvelujärjestelmältä odotetaan nopeaa vastausta. Seuraavan tulkitsen kokemukseksi palvelun saannin hitaudesta ja jopa hädän vähättelystä.

Haastattelu 3: (jatkaa) [.] maanantaina arkipäivän tullen yhteyttä, sattu olemaan silloin mielenterveystoimiston psykologilla (huokaus) puhelinaika kahdestatoista yhteen, ja mä soitin jätin vastaajaan viestin, ja soitin jätin vastaajaan viestin, ja mä soitin ja jätin vastaajaan viestin, ja mulle soitettiin seuraavana päivänä kello neljätolista, mikä oli musta aivan järkyttävää. Ja sitten tämä psykologi sano mulle, että tota [.] että ”nyt on niin täyttä, että e..ei sulla varmaan, niin silleen niin hätä, että meen [...] mielenterveystoimiston sairaanhoitajat on hyvin ammattitaitoisia, et hän ohjaa [.] ne ottaa sinuun yhteyttä” ... ja siinä kohtaa mä en sitte edes tajunnu kysyä, että [.]

kauanko se kestää (huokaus), ja se kesti kaksiviikkoo, kun mä sain sieltä kirjeen ja tasan kuukauden päästä mä sain ensimmäisen ajan vastaanotolle [...].

Lyhyt vastaanottoaika koettiin ongelmalliseksi. Henkilökuntaa kylläkin kuvattiin ymmärtäväiseksi ja ohjaus erikoistason apuun on toimivaa, vaikkakin hidasta.

Haastattelu 2: ”ihan et mää en voi sitä valittaa et mää oon päässy”.

Perusterveydenhuollon osaamista kuvattiin muun muassa seuraavasti:

Haastattelu 2: ”vähän semmonen [.], että kyl hän ihan kuuntelee ja tällai, mut tietää kumminkin semmonen olo tulee, et sä et oo tän alan spesialisti” (Haastattelu 2).

Tulkintani mukaan, kun on kyse psyykkisistä sairauksista, niin palvelun tarve saattaa olla pitkäaikainen. Asiakkaan polku kulkee monesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä edestakaisin. Kun on kokemus tästä peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä kulkemisesta, niin kaipaa jotain perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastoon sijoittuvaa erityisosaamista sisältävää matalan kynnyksen palvelua.

Haastattelu 2: ... tai et. Se pitää aina mennä sen terveystakeskuksen kautta sitte ja et sillai tommosta turvaa semmosta matalan kynnyksen systeemi, sais olla sellaisia henkilöitä, jotka on [...] psykiatrian tai tavallaan voi olla vaikka mielenterveyshoitaja, ni ei silloin sil tittelillä merkitystä sill tavalla, et semmost niinko kaipais enemmän [...]

Haastateltavilta riitti myös ymmärrystä palveluiden käytännön ongelmiin (kiire, lääkäripula jne.). Luukulta luukulle juokseminen koettiin turhauttavaksi. Omaiset saattavat kokea vaitiolovelvollisuuden vaikeana asiana. Tulkintani on, että vaitiolovelvollisuuden taakse jopa suojaudutaan ja tämä kuormittaa omaista lisää. Tätä kuvattiin seuraavasti.

Haastattelu 3: [...] mielenterveystoimistossa mulla meni aikaa hukkaan itsellä, [aikuinen lapseni] kävi siellä tasan kerran. Hän koki sen niin huonoksi paikaksi, et sit hän kaikki seuraavat kerrat valehteli mulle käyneensä siellä, hän kerto jopa, mitä he on suunnitelleet. Mä olin kuitenkin molemmille näille hoitajille laittanut sähköpostia

[...] nyt valehtelevinen loppuu ja [...] kun jos hän valehtelee, niin hänet täytyy [...] narauttaa siitä.

H: [...]

Haastattelu 3: ... mut hehän ei tietenkään tehneet sitä [...]. Se vaitiolovelvollisuus. Kunnes sit ko mä menin omalle käynilleni, niin [...] nämä hoitajat istu siellä molemmat ja [...]

H: joo...o

Haastattelu 3: ... niin sehän olikin [...] että mun [aikuinen lapseni] ei ollut käynytkään siellä kaks edellistä kertaa. Ja sit he istu siinä ja sano, et satunko mä tietään, että missä mun [aikuinen lapseni] on? Mä sanoin, et kyllä mää satun tietään, kun se asuu mun kans. Niin [...] se ei oo täällä kahteen viimeiseen kertaan käynyt. Mä sanoin, että ette [ole] tosissanne ja mä oon sanonu, että hän pystyy valehtelemaan ihan pökkana mulle ihan mitä tahansa. Mä sanoin, että miten tää voi olla mahdollista.

...

Haastattelu 3: [...] mä olin jo [...] tyytyväinen, ku mä olin saanu lapseni jo sinne mielenterveystoimistoon ja tästä tää lähtee. Täs oli mennyt sitte se kolme kuukautta, sit mää to...totesin, että nyt ollaan syvällä ja kaukana jossain muualla, että en mä apua täältä tuu saamaan. [...] sit mä olin taas ihan järkyttynyt (en saa selvää) mää menin sieltä mielentervt... ulos mää olin niin sekasin taas, et mä en tienny, et mitä mä teen? Mä olin hakemas apua, ja mä tulin sieltä niin sekasin ulkona [...] mä menin [...] terveyskeskuskahvilaan [...] ja mää aattelin, että sekoonko mä? Ja mä olin tullu ammattiauttajalta. [taukoa puheessa]

5.3 Asiakslähtöisyys mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Asiakslähtöisyyden avaintemoja ovat hyvin laadittu ja yhteisesti hyväksytty palvelusuunnitelma, palveluiden suunnittelu ja kehittäminen yhdessä asiakas- ja asiantuntijasuhteessa sekä kokemusasiantuntija- ja asiantuntijasuhde, kunnioittava, välittävä ja tasavertainen asiakas-asiantuntijasuhde sekä palvelulupauksen pitäminen. Asiakslähtöinen työ on organisaatiolle, työntekijöille ja asiakkaille eduksi. Palveluiden käyttäjien hyödyntäminen kokemusasiantuntijoina palveluiden kehittämisessä on aluillaan.

Keskusteluista nousi esille keskeisenä asiakaslähtöisyyden ilmenemismuotona asiakkaan ja auttajan yhteistyönä laadittava palvelusuunnitelma. Siinä tunnustetaan asiakkaan näkemys omasta tilanteesta, joka saattaa poiketa ammattilaisen näkemyksestä. Asiakastieto on nostettu asiantuntijatiedon rinnalle. Asiakas johtaa palvelutapahtumaa ja ottaa tietoista vastuuta itsestään. Asiantuntijan ja asiakkaan välinen yhteistyö perustuu asiakkaan välittämälle kokemustiedolle ja asiantuntijan osaamiseen muodostaa tästä tiedosta asiantuntijatietoon perustuva palaute sekä osaamiseen rajata asiakkaan toiveita ja täydentää asiakkaan tietoa aukkoja tarvittaessa. Asiakkaalla tulee olla tietoa omista palveluistaan.

H: [...] Mitä se on se asiakaslähtöisyys? (Ryhmä 1)

K4: Asiakkaalla on tietoa omista palveluistaan ja omista oikeuksistaan ja semmonen niiku hallinnan tunne siinä, et asiakas on mukana vastavuoroisesti sen oman palvelukokonaisuutensa suunnittelussa. (Ryhmä 1)

K7: Joo mä nään kans [...] asiakaslähtöisyydessä sen, et niitä palveluita, mitä [...] asiakkaalle tarjotaan, niin nähdään, et ne on asiakkaille (painotus) tarjottavia palveluita, et he on [...] keskeisessä asemassa [...], kun näitä palveluita tuotetaan [...], se asiakkaan tietoa nostetaan sinne [...] asiantuntijatiedon rinnalle ihan mä näkisin ne, niin kun ihan tasavertaisina siinä [lyhyt tauko puheessa] (Ryhmä 1)

K3: Asiakas ongelmallisessa tilanteessa, niin se [...] kaipaa myöskin sitä asiantuntijatietoa [...] Hän on ymmällään monesta asiasta ja [...] ei millään voi tietää sellasia asioita, mitä lääkäri tietää tai sosiaalityöntekijä taikka hoitaja elikkä tota, mutta [...] hänet ... sillai tavallaan olla se [...] joka kysyy, mutta tietysti ei aina sekään riitä [...] että joskus jää kysymättä asioita ja sillon on taas [...] mahdollisuus sillä asiantuntijalla vielä ottaa esille näitä asioita ”entäs tämä asia”, ”mitenkäs tämän asian kanssa” [taukoa puheessa] (Ryhmä 1)

K5: Mun mielestä just tavallaan toi, mitä tavallaan tossa, et [...] asiakkaan ja tavallaan a... a... asiantuntijan [...] roolit, [...] jos ajattelee [...] tämmösissä taas päihde- ja mielenterveysasioissa, niin [...] se suunnitelma, mitä niin kun tehdään [...] Se on [...] hyvin keskeinen siinä, et jos tää ihminen ei koe suunnitelmaa omakseen, niin ei varmasti toteudu, jos hän kokee sen omakseen, niin toteutumismahdollisuudet on ihan merkittävästi paremmat. (Ryhmä 1)

K7: ... mäkin haluaisin viel lisätä omaan kommenttiini, et et en tarkottanut sitä, et jotenkin se asiantuntijatieto katoaisi tai [...] asiakas jätettäs turvattomaksi tai jotenkin hän joutuisi yhtäkkiä ottamaan kohtuuttoman paljon vastuuta [...] (Ryhmä 1)

K5: juu, just se, et tavallaan se hänen oma oma [...] tieto ja tavallaan se hänen arvo ikään kuin tunnustetaan (Ryhmä 1)

K7: niin (Ryhmä 1)

K5: ...ja nostetaan [...] mä oon ihan samaa ... (Ryhmä 1)

K3: Tämmösessä kunnioittavassa keskustelussa löytyy se suunnitelma, joka vähän niin kun yhteinen suunnitelma (joka?) (Ryhmä 1)

K7: juuri näin (Ryhmä 1)

asiakkaan sen hyväksyy sitten myös myöskin sitten se hoitavataho

K5: kyllä (Ryhmä 1)

K13: [...] asiakasta kuunnellaan ja [...] kartoitetaan sitä ongelmapyyhtiä ja otetaan siinä [...] hoidossa ä... niitä tavallaan toiveita huomioon, mutta [...] on myöskin niitä hetkiä, jollon niinko täytyy asettaa niitä rajoja tavallaan et et ö... kaikki hoito ei niinkun välttämättä ole ole tota lääketieteellisesti perusteltua [...] (Ryhmä 2)

K10: Asiakasta kuunnellaan, mut hänen toiveitaan ei voi aina toteuttaa [taustalta: toi on hyvä pointti...] (Ryhmä 2)

K9: Ja tietysti onhan se asiakaslähtöisyyttä mitä suuremmassa määrin, että ajatellaan sen asiakkaan parasta, että ei edes lähdetä toteuttaa sellasta [taustalla: juuri näin], mikä ei johda mihinkään. (Ryhmä 2)

K8: eikä luoda turhia toiveita [taustalla: ni]. (Ryhmä 2)

K14: Se on ammatillisuutta, eikö totta (Ryhmä 2)

Keskustelijat laajentavat asiakkaan osallisuutta palveluiden kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys on yhdessä toteutettavaa kehittämis- ja suunnittelutyötä. Se on mallitonta palvelumuotoilua asiakkaan

tarpeen mukaan. Palvelusuunnitelman laadintaa ja toteuttamista kuin myös palveluiden kehittämistä koskevassa keskusteluissa muistutettiin myös siitä, että palveluita tuotetaan asiakkaita ei asiantuntijoita varten.

K4: Asiakslähtöisyys on myöskin tapa palveluiden kehittämiseksi ja palveluiden suunnittelemiseksi sen sijaan, et tehdään sitä organisaatiolähtöistä, niin tehdään asiakaslähtöistä. Pyritään ja hahmottamaan niitä tarpeita ja sit toisaalta käymään sitä vuoropuhelu[a] ja neuvottelu[a] ja yhteissuunnittelu[a] asiakkaan kanssa et [taustalla: kyllä] (Ryhmä 1)

K4: Se on semmonen [.] aika kattava käsite, mikä jotenkin läpäsee tän ... asiakastyön todellisuuden suunnittelun, kehittämisen, arvioinnin ja johtamisen maailman. (Ryhmä 1)

K5: [...] muistaa se, et ketä kenen vuoksi tässä [.] työtä tehdään et ei se oo se lääkäri tai hoitaja tai sosiaalityöntekijä, vaan se on yks ihminen, joka sitä apua tarvitsee sitte eri paikoissa eri tavalla, niin nimenomaan se, et hänen ääni saadaan kuuluviin ja just tavallaan se yhteiskehittäjyys näissä palveluissa, et saadaan tehtyä ne palvelut aiempaa merkittävästi paremmin, [.] hänen niihin tarpeisiinsa vastaavaksi, tosi tärkeä. (Ryhmä 1)

K14: [...] mä kuulen hänen sanovan sitä, että ”me ollaan tääl asiakkait varte”. Se on [.] oikeesti just niin, et eihän meitä täällä tarvittas, jollei meillä olisi asiakkaita. (Ryhmä 2)

K8: Asiakas on ykkönen. (Ryhmä 2)

K14: On on ... ja pitää aina ruveta miettimään, et mitä se asiakas tarvitsee. E...et se on mun ensimmäinen kysymys just asiakkaalle aina, että mitä hän toivoo. Mimmost a... mihin asioihin hän [.] haluaa muutosta tai mimmosista asioista hän on huolissaan ja murheissaan ja sit niistä tehdään sit se suunnitelma ja ne tavoitteet, et m... pyr....mitä kohti pyritään, et se on ihan se ykkönen. (Ryhmä 2)

...

H: [...] siit paljon nyt puhutaan asiakkaan osallisuudesta jne. mut onkse sit [...] käytännössä näinko te tossa sanoitte, niin toteutuuko se sitte teidän käytännön työssänne? [taukoa puheessa] (Ryhmä 2)

Millä tavalla asiakaslähtöisyys koetaan toteutuvan käytännössä? Keskustelijoiden mukaan asiakkaan osallisuus käytännön tasolla toteutuu ainakin osittain. Haastateltavien kokemukset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta ovat osittain ristiriitaisia. Toisaalta on kokemusta toteutumisesta ja toisaalta kokemukset ovat kielteisiä. Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen ja kokemukseen siitä vaikuttavat muun muassa palveluissa kohdatun asiantuntijan ammattirooli (sairaanhoitaja, psykiatri jne.), persoona ja palvelupiste. Palvelulupauksen pitäminen, tasavertaisuus ja kohdatuksi tuleminen näyttäisivät olevan haastatelluille asiakaslähtöisyyden kokemuksen elementtejä. Näistä seuraa kokemus ihmisarvon säilyttämisestä ja välittämisen tunteesta. Tasavertaisen kohtaamisen myötä ammattilaiselle on helpompi puhua, joka asiakkaan kokemuksen mukaan johtaa avoimuuteen ja hoitojen parempaan suunnitteluun. Asiakaslähtöisessä kohtaamisessa ei tarvitse tuntea huonommuutta tai syyllisyyttä.

Haastattelu 1: [...] on se et [...] potilaal voi olla häpeä tai alemmuuden tunto

H: joo...o

Haastattelu 1: ... mut koska täällä just hoidetaan näitä asioita, nää palvelut on sitä varten, niin ei tarvii koskaa tuntee sellaista huonommuutta tai, et mää olisin jotenkin alemmassa asemassa tässä pyytämässä tai rukoilemassa, vaan että se on semmosta ö... ammatti ammattimaista asioiden hoitoa, jossa ei oo mukana mitää tämmästä syyllistäväää [...]

H: joo

Haastattelu 1: Aivan [.] normaalina ihmisenä kohdellaan, normaali älyisenä

Haastattelu 2: [...] psykiatriisiin sairaanhoitajiin ihan paremmin saanu [.] kontaktii ja se on [.] jotenkin [.] asiakaslähtösempää se kohtelu [.]

H: joo.

Haastattelu 2: ... et psykiatrit on jotenkin [.] [...] Se on, niin semmosta sairauskeskeistä ja totta kai [.] heen täytyy [.] ihmisestä saada jonkunlainen kuva, ja et mitä se tarvii ja mikä sillä on ja diagnosoida ja lääkkeet ja mitkä hoidot ja tällee [...] [.] [...], mä kyl [psykiatrin nimi] tykkään, et hän on ollu semmonen [...] et hän juttelee [...] tasavertasesti siinä ja hänelle on helppo puhua [...] koska pystyy avautumaan ni sitte, ehkä paremmin pystytään rukkaamaan niitä hoitojaki. [.] [lyhyt tauko puheessa] [.] mitä etäisempi on [.] ei silloin uskalla ihan niin puhua

H: joo.

Haastattelu 2: ... vapaasti jos jännittää ja jos ne pitää vähän semmosta etäisyyttä

Asiakaslähtöisyys on palvelulupauksen pitämistä, mikä luo välittämisen tunnetta.

Haastattelu 3: [...] No se ainakin, et että jos oikeesti laitetaan joku päivystysaika ...

H: joo...o

Haastattelu 3: ... Mikä on netissä yleensä käytettävissä

H: Okei

Haastattelu 3: ... silloin sielt pitää kyllä ihmisen vastata. Tunti viikossa ja silloin vastaaja koko ajan päällä ja jos sää jätät vastaajaan viestin ja sulle ei soiteta takasin samana päivänä edes, niin musta se on väärin.

H: joo

Haastattelu 3: ... Mul... mää olisin toivonu, et vaikka sit vaikka se olis tuutannu sen tunnin varattua, mä olisin tienyt, et siel on se ihminen, mut ko se meni vastaajaan ja sit ei oo kuitenkaan vaihtoehtoa mihin sä voit muualle soittaa. Et tietysti varmaan yksityispuolella olis, mut mää soitin kunnalliselle puolelle ja sitten se, että että se että et sen verta resursseja pitäs olla et pystyis soittaa samana päivänä takasin ko mää en jättänyt yhtä viestiä. [...]

H: niin, joo

Haastattelu 3: ... Must se ei olis ollut paljon. Et mul olis tullut edes semmonen tunne, että musta välitetään. [...]

Huomion kiinnittäminen asiakaslähtöisyyteen todettiin olevan asiakkaan etu ja tällöin myös organisaation etu.

K5: kun saadaan tietyllä tavalla asiakas tyytyväiseksi, niin myös organisaatio on siitä silloin [...] tyytyväinen, koska [...] se kuitenkin heijastuu hyvin pitkälti. Esimerkiksi meillä on todettu, et ihmiset hakee niin pitkään apua, kunnes he saa sen avun, ja jos me ei pystytä tarjoamaan sitä niin sit on tavallaan tämmöstä [...] organisaatiota kuormittavaa käyttöä. (Ryhmä 1).

Ammattilaisten ja asiakkaiden välinen palveluiden kehittämissyhteistyö on tulevaisuutta. Kokemusasiantuntijuuden merkitys on viimeisten vuosien aikana vahvistunut. Sille ei vielä ole rakentunut vakiintuneita käytäntöjä. Ryhmäkeskustelussa yksi uskottiin, että kokemusasiantuntijuutta hyödynnetään tulevaisuudessa, se on merkki siitä, että ammatillisen tiedon lisäksi halutaan ymmärtää asiakasta ja oppia asiakkailta ihmisten tilanteiden kokonaisuutta. Ainakin osalla asiakkaista on tahtoa kääntää negatiivisetkin kokemukset voimavaraksi.

Haastattelu 3: [...] mä myöskin oon perehtynyt tähän, [ongelmaan] ja mä olen vienyt tänne kyseiseen paikkaan kaikki tiedotteet, joka ikiselle ihmiselle ketä on ollut tässä mukana. [...] miksei sitä käänny... käännetä nyt [...] voimavaraksi. Et käyttäis nyt ne ammatti-ihmiset mua hyväksensä suoraan sanottuna, ko mä en saanut apua niin ehkä joku mun jälkeen voi joku saada avun.

5.4 Yhteensovitettut mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mikä on tai olisi integraation merkitys? Avaintemoiksi nousivat ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen, monitoimijuus, asiakkaiden tarve moniin eri palveluihin sekä palveluiden fyysinen läheisyys. Lisäksi nostin aineistosta palveluiden yhteensovittamista edistäviä tekijöitä, kuten johtajuuden, edut asiakkaille, työntekijöille ja työyhteisölle. Palveluiden yhteensovittamista estäviä tekijöitä ovat organisaatioiden väliset kulttuurierot ja lainsäädäntö sekä mahdolliset haitat asiakkaalle.

Keskustelijat olivat sitä mieltä, että mielenterveys- ja päihdeongelman hoidon yhtäaikainen aloittaminen on välttämätöntä, tätä perusteltiin muun muassa hoitotuloksilla ja esimerkein somaattisten sairauksien hoidosta. Ihmisen hoitaminen on nähtävä kokonaisuutena.

K5: [...] jos ajattelee, kuinka monella päihdeongelmaisella on mielenterveysongelma ja taas päinvastoin, niin vois sanoa et [...] ne täytyy olla integroitavissa [...] ja käytännössä vasta, kun näitä hoidetaan yhtäaikaisesti, niin silloin vasta saadaan oikeesti kunnan tuloksia [...]. (Ryhmä 1)

.

K6: [...] vastaus oli just hyvä [...] jos [...] henkilöllä vaikka puhutaan somaattisella puolella [...] ylipainon takia diabetesta ja [...] ja sydän- ja verisuonisairauksia niin hehän saa avun molempiin. [...] musta se on hassua toisaalta puhuu niin kun integraatiosta sillai, niin kun organisaation näkökulmasta ku oikeesti pitäisi olla [...] kyse siitä, että et [...] hoidetaan nyt vaan koko ihminen. (Ryhmä 1)

...

K4: [...] me ollaan tunnistettu monella taholla, et tämmönen [...] organisaatiolähtöinen ajattelu on tullut tiensä päähän, koska ihmisten ongelmat on yleensä niin kompleksisii et pyritään hoitaa kokonai.. mää oon samaa mieltä [K5] kansa, et tää (en saa selvää) et on hoidettava yhdessä [...] on lähdeittävä siitä asiakkaan kokonaisuuden hoitamisesta, [...] (Ryhmä 1)

Myös haastateltavien näkymykset tukevat ajatusta integraation tarpeellisuudesta.

Haastattelu 1: Mun kannaltani tämä on hyvä...

H: joo

Haastattelu 1: ... näin koska mul on nämä molemmat puolet tässä.

Haastattelu 2: [...] ajatellaan, et se on alkoholisti [H: joo] mut taustalla on voinut olla masennus.

Palveluiden yhteensovittamisen tarve syntyy asiakkaiden tarpeista moniin eri palveluihin sekä moniammatillisen työn tärkeydestä.

K3: [...] ruvettiin ymmärtämään sitä [...] uudenlaista työtapaa tämmästä, niin kun moniammatillista ja [...] tota, et ettei yksin voida asioille [...] (oikein) mitään. (Ryhmä 1)

...

K6: en [...] mä sano, etteikö tällä olis jotain merkitystä myöskin millaiset ne organisaatiot on, mutta jotenkin se ei pitäis olla se näkökulma.

Haastattelu 3: Miks meil on urauduttu niin, että et ihmistä ei oteta kokonaisvaltaisesti. Mielenterveys- ja päihdetyön yhteensovittamisen merkitys on ennen kaikkea monipuolisessa yhteistyössä. Asiakkaat tarvitsevat monesti erilaisia palveluita.

Haastateltavat tiedostavat integraation tarpeen ja myös sen haasteellisuuden. Lisäksi he ajattelevat siihen mahdollisesti liittyvän leimautumista, tai eivät omalla kohdallaan katso sen olevan tarpeellista.

Haastattelu 1: jaa...a, no se on usein, et päihteiden takana on voi olla just tällaisii mielenterveydellisiä syitä toisaalta sit taas päihteet aiheuttaa lisää mielenterveyden ongelmia, et siinä mielessä tämmönen kytkös on hyvä. Mut toisaaltahan on tietysti mielenterveyspotilaita, joilla ei oo mitään addiktiota käsittääkseni, mut onks se sitten paha, et ne palvelut on yhdessä. En minä tiedä et kokeeks sitten joku leimautuvansa myöskin niinku päihteiden käyttäjäksi sen takia, että tulee tämmöseen integroituun palveluun mut et.

Haastattelu 2: kyl se varmaan on, mut kyllä se vaatii aikamoista järjestelyä varmaan ei se mitään helppoo varmaan oo. [...] ajatellaan, et se on alkoholisti...

H: joo

Haastattelu 2: ... mut taustalla on voinut olla masennus.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittamisen hyötynä arvioidaan olevan moniammatillisen yhteistyön ja asiantuntijoiden välisen vuorovaikutuksen vahvistuminen. Myös asiakkaat hyötyvät tästä palveluiden yhteensovittamisesta, apu on nopeaa ja asioista voidaan puhua sellaisina kuin ne ovat.

Haastattelu 1: [...], ku se apu on sitten nopeaa eikä oo mitään byrokratiaa mun näkökulmasta katsottuna ainakaan...

H: joo

Haastattelu 1: ... voidaan puhua asioista ihan suoraan sellaisina kuin ne on.

Yhteensovitetut palvelut arvioidaan olevan vastaus mielenterveys- ja päihdeasiakkaan monenlaisiin arjen ongelmiin. Aineistosta listasin seuraavia arvioituja etuja yhteensovittamisesta: lääkitykseen liittyvät tarpeet, muihin palveluihin ohjaamisen sujuvuus, alkoholi-ongelmien tai muihin päihteisiin liittyvien ongelmien hoito tai niihin liittyvät ratkaisut (myös lääkkeiden väärinkäyttö), useat mielenterveysongelmat, kuten paniikkihäiriö, ahdistus, masennus ja unettomuus sekä sosioekonomiset ongelmat, kuten taloudelliset vaikeudet, työttömyys, syrjäytyminen, köyhyys sekä muu sosiaalinen huono-osaisuus. Terveystenhoito ei yksin pysty hoitomalleillaan luomaan edellytyksiä hoidon onnistumiseen, jos elämän perusedellytykset, kuten asuminen eivät ole kohdallaan.

K4: [...] et jos ihan oikeesti [...] elää päivästä päivään kädestä suuhun eli tämän [...] tunnistaminen, et hoidetaan myös sitä et elämäs on oltava jotkut perusedellytykset [...] katto pään päällä ja vähintään. (Ryhmä 1)

Ryhmässä yksi arvioitiinkin, että 2/3 asiakkaista on enemmän sosiaalityöhön liittyvän palvelun tarpeessa ja kolmannes vastaavasti enemmän terveydenhuoltoon liittyvän palvelun tarpeessa. Ryhmässä yksi integroitumisen esteiksi arvioitiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toiminnalliset kulttuurierot sekä erillinen lainsäädäntö. Kulttuurieroista mainittiin muun muassa asenteet asiakasryhmää kohtaan sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon erilainen ammatillinen hierarkiäkäsitys. Erillinen lainsäädäntö vaikuttaa esimerkiksi kahden järjestelmän tai organisaation väliseen tiedonvaihtoon ja rakenteiden yhteensovittamiseen.

K4: [...] sen yksi käytännön ongelma [...] kahden eri organisaation kulttuurien välillä on se, et on kaks erilaista lainsäädäntöä terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolainsäädäntö [...] (Ryhmä 1)

Ryhmäkeskustelussa yksi pohdittiin myös sitä, tulisiko mielenterveys- ja päihdetyön sijoittua fyysisesti moniammatillisiin yhteisiin tiloihin, jolloin samassa yksikössä tai samassa rakennuksessa olisi monia palveluita. Pohdittiin myös liikkuvien palveluiden tarjoamia ja vastuutyöntekijäajatuksiin (case manager) pohjautuvia ratkaisuja. Keskustelujen ja haastattelujen perusteella näyttäisi siltä, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisi sijaita mahdollisuuksien mukaan yhteisissä moniammatillisissa tiloissa ja sisältää palveluohjausta.

Haastattelu 3: Miksei se ihminen rupee heti kartottaa mikä tää tilanne ja sanois siinä, että kuule, että mitäs oot mieltä, jos pyydetäski ens kerralla, varataan uus aika, tuolta tulee toi ”niina möttönen”, se on erikoistunu tähän puoleen. Mitäs muuta sä tarttisit, mikä sun on rahatilanteesi, pystyyskä käymään töissä, saaksä jotain jostaki, kukaan ei oo niistä kiinnostuneita ...

Ryhmäkeskustelussa yksi johtamiselle annettiin suuri merkitys integraation ja moniammatillisen yhteistyön edistämisessä. Se ei yksinään riitä, että työntekijöillä on halu tehdä yhteistyötä. Myös johtajien tulee toimia yhteistyössä. Integraatio koetaan myös osaksi siirtymistä ei-organisaatiolähtöiseen toimintakulttuuriin.

Ryhmäkeskustelussa kaksi palveluiden yhteensovittamisen arvioitiin edistävän osaamisen ja tietojenvaihtoa, kollegiaalisen avun tarjoamista, yhteisen ymmärryksen luomista ja asiakkaan asemaa. Toisaalta palvelutilanne, jolloin asiakas on yksin moniammatillisessa työryhmässä, voi olla asiakkaalle myös pelottavakin kokemus. Kun on kokemusta työskentelystä integroituneissa palveluissa, niin siitä ei olla valmiita luopumaan. Palveluiden yhteensovittaminen merkitsee asiakkaalle palvelua yhdeltä luukulta.

K10: mutta mikä on integraation merkitys, eks se oo nimenomaan se yhteistyömahdollisuudet ja joustavuus [K11: on], mitä se yhteistyö sit mahdollistaa. [...] (Ryhmä 2).

K8: [...] tietämättömänä asiasta vielä niin epäilin, mutta en enää vaihtais kyllä enmistään syystä. Se mitä [K10] äskön sano se syy on siinä, et tavallaan kaikki ammattitaito ja ja tietämys on yhdessä ryhmässä ja avun saa välittömästi. Siitä tietysti hyötyy ensisijaisesti näitä autettavat, autettavat tuolta ruohonjuuritasolta päin katottuna, niin tää on erittäin mainio [...] ja hedelmällinen tapa tehdä tämmästä asiaa. Ihmiset saasen kaiken ja vähemmällä irvistelyllä. [...] vaikka tässä on ollu jotain [...] tiettyjä asiakaspalavereja, jossa on paljon asiantuntijoita saman pöydän ääressä, niin voihan se olla pelottava tilanne, mutta aina jälkikeskusteluissa kuitenkin on tullut esiin se, että oli hieno asia, et ne ratkesi ne monet asiat juuri siinä sen saman pöydän ääressä [...]. (Ryhmä 2)

K11: [...] ni myöskin se, et ei pelkää se, et me tehdään asiakkaiden kanssa yhteistyötä vaan se, et kun me ollaan [...] yhtenä työryhmässä, niin me keskustellaan aika paljon. [...]. Me saadaan yhteisempi näkemys [...] [lyhyt tauko puheessa] (Ryhmä 2)

K9: [...], et tietoo jaetaan ei kaikki oo [...] [taustalla ”nimenomaan”] kaikkien asioiden asiantuntijoita, et [...] paljon tehään sitä semmosta tiedon jakamista [...], et se oma osaaminen myös [...] ja ymmärrys siitä sit kasvaa, kun on moniammatillinen tiimi. (Ryhmä 2)

K8: [...] keskustelumahdollisuus ihmisten kanssa vaan on toisenlainen eli just se tietysti tietyllä tavalla sanottuko tietty linja on olemassa, joku suutari pysyköön lestissään tietysti, mutta että monien asioiden kanssa on paljon helpompaa, kun tietämystä on, niin voi esittää, että tässä ja tässä asiassa voit kääntyä tämmösen asiantuntijan puoleen. [tauco puheessa] (Ryhmä 2)

5.5 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtaminen

Kysyin ryhmäkeskusteluissa ja haastatteluissa, miten palveluita tulisi johtaa ja millaista johtajuutta odotetaan. Johtaminen koetaan keskeisenä ja merkittävänä toimintona. Johtajuuden avaintemoiksi poimein jämakän johtamisen, kokeilevan, sallivan ja joustavan johtamisen, monialaisen johtamisen sekä ruohonjuuritason tietoa hyödyntävän johtamisen. Lisäksi johtamiselta odotetaan

osaamispotentiaalin ja resurssien optimointia, johdettavien tukemista, ohjausta ja osallistuvaa johtamista.

H: Miten tota noin ni tällasia mielenterveys- ja päihdepalveluita sit [...] tulis johtaa ja mimmosta johtajuutta siellä tarvitaan? (Ryhmä 1)

Keskusteluissa esitettiin, että johtamisen tulisi olla jämäkkää - jämäkkää arvojohtajuutta. Jämäkän johtamisen tulkitsen tarkoittavan selkeiden ohjeiden antamista sekä työn merkityksen, arvostuksen ja rajojen osoittamista.

K4: [...] mun mielestä pitäis johtaa kans sillai [...] jämäkästi mitä [] hyvin sano. Ei työntekijät saa itte valita tehtävii, et nyt semmosta [...] jämäkkää arvojohtajuutta, et loppuu semmonen [...] vastaan kiukuttelu [naurahdusta], et ei tää voi olla [...] valinnaiskysymys, et hoitaako päihde- ja mielenterveysongelmaisii asiakkaita [...] (Ryhmä 1)

K7: mää on sun kanssa samaa mieltä, mut sit mua hiukan huolettaa se, et miten ... asiakkaat kohdatuksi sitte. (Ryhmä 1)

K4: niin ei sitä varm...niin joo. (taustalla jäätiin ajattelemaan niin, joo...) (Ryhmä 1)

Keskustelijoiden mielestä hyvä johtaminen on joustavaa, jolloin työssä sallitaan, mahdollistetaan ja kokeillaan uusia toimintapoja. Tämä mahdollistaa uudet asiakkaan edun mukaiset ratkaisut. Keskustelijat kokevat mielenterveys- ja päihdetyön vaativana ja erityisenä työnä, jossa työntekijöiden omat ratkaisut ovat merkittävässä asemassa, ja jota ei voi tiukasti sitoa tietyihin malleihin.

K1: [...] [yksikkö]] jossain vaiheessa siellä tuli vähän [...] sitä, ei kotikäyntejä niin paljon, ei lähetä pois toimistosta, ottakaa mahdollisimman paljon 45 minuuttia vastaan asiakkaita, mut sit [...] osastonhoitajat ja ylihoitajatkin huomasi, et se ei [...] kannu hedelmää eli se, et me voidaan lähtee sen potilaan kans kävelyllä voidaan mennä ostamaan ne housut [...] ja kahville ja voidaan tehdä välillä kotikäynt[ejä]. Siihen [...] täytyy olla mahollisuus, et [...] se on [...] semmosta joustavaa johtamista, joka on myös asiakaskeskeistä johtamista [...] (Ryhmä 1)

Jämäkkyydellä johtaja osoittaa päättäväisyyttä ja vastuuta päätöksenteossa. Tämä tukee asiakkaan asemaa.

K3: Mä ymmärsin sen [] jämäkkyuden sillä tavalla, että kerta kaikkiaan, niin kun annetaan käsky tehdä asiakaslähtöistä työtä ([] naurahtaa) (Ryhmä 1)

K4: Niin enemmän mä sitä just tarkotin, [...] et johdon pitää siin kohta [...] tuoda se vahva viesti tää on niin iso ja kallis ja inhimillisestikin ongelma, et se on kaikkien, se on [...] läpäistävä koko tää hyvinvointitoimiala tän asian hoitaminen. (Ryhmä 1)

K6: Mun mielestä toisaalta niin ko [K1] esimerkissä, jos mää oikein ymmärsin niin siel oli tietyllä tavalla sitä jämäkkyyttä, et sanottiin älkää menkö (hmm) ja sit seuraavassa hetkessä todetaan, ku se ei toimi, et okei menkää sitte, ku se tavallaan se on myöski johdon oikeus [...] kokeilla, ihan niinku se kaikkien muidenkin työntekijöiden, et kokeillaan nyt tätä, et tehdään kaikki nää hommat täällä toimistossa sit, jos todetaan ettei se onnistunu, ni sitte jämäkästi sanotaan, että sori huono, et tehdään ki toisella tavalla. (Ryhmä 1)

K6: mut se oli selkee [...] ohje kaikille kuitenkin [taustalla joku: kyllä] (Ryhmä 1)

K4: Mut sen ymmärtäminen, et tää on haastava porukka, tää kans työ vaatii joustavuutta, [...] (Ryhmä 1)

Johtajuudelta odotetaan tiedonhallintaa ja tiedon välittämistä ”ruohojuuritason” ja johdon välillä. Johtajuudelta odotetaan suunnan ja vision osoittamista. Johtajalta odotetaan konkreettista tukea ja läsnäoloa, tällä hän osoittaa työn merkitystä ja tärkeyttä. Hyvä johtaminen varmistaa resurssien riittävyyden. Hyvässä johtajuudessa palveluja tarkastellaan laaja-alaisesti yli sektorirajojen. Johtajalta odotetaan oman organisaation tai yksikön työn hyödyn ja yhteyden näkeminen muiden organisaatioiden tai yksiköiden työhön sekä vice versa.

K4: ... et kyl varmaan ennen kaikkea päihde- ja mielenterveyspalveluiden kohdalla tulee kyseeseen just se, mitä [K5] sano, et se ruohonjuuritason tieto täytyy saada eteenpäin [...], mut tääkin täytyisi lähteä jostain vähän [...] ylempää ... (Ryhmä 1)

K7: Ja toisaalta toisin päin tiedonnassa täytyy... lähtee alaspäin. (Ryhmä 1)

K14: Ja sit johtajuus sillai mun mielestä myös, että [.] tään toiminnan kehittämisen suhteen. Et olis tosi tärkeätä, että siinä on henkilö, jolla on visioita ja joka tekee yhteistyötä sen moniammatillisen työryhmän kanssa ja tota ja oikeesti [.] vie niitä asioita eteenpäin, [...] kyl sitä koko ajan pitäs arvioida sitä vuosittain sitä resurssi[.] asiaa, että et o pärjätääks me tällä porukalla vai pitäskö [.] [...] [lyhyt tauko puheessa] (Ryhmä 2)

K11: Sit varmaan [.] jos ajattelee [.] y... yksikköo suhteessa muihin yksikköihin tai [.] et sillon johtajahan on [.] se ulkokuori meistä tai [.] kuuluu näihin johtoryhmiin ja kaikkiin, [...] se ehkä tarvii [.] semmosta [.] todella laajalti näkevää ja päämäärä tietosta ihmistä johtamaan. [...] (Ryhmä 2)

K9: Ja innostunut ihminen. (Ryhmä 2)

K11: niin. (Ryhmä 2)

K9: Se on mun mielestä olennaista. Ihan sama oikeestaan onko työntekijä vai johtaja tai missä hommassa, mutta se innostus tarttuu ja se on se ... semmonen kantava voima. [taukoa puheessa] (Ryhmä 2)

K14: hyvin tärkeä asia. (Ryhmä 2)

Haastatteluihin osallistuneet ovat samoilla linjoilla. Johtajuudelta odotetaan jämäkkyyttä, selkeän suunnan osoittamista, aitoa halua lähteä viemään asioita eteenpäin ja resursseista huolehtimista. Johtamisessa tarvitaan tietoa ja johdon tulee varmistua tämä tiedon saannista.

H: ...niin, että millanen on hyvä johtaja?

Haastattelu 2: Hyvä johtaja on semmonen, et [...] mä puhun nyt tästä samasta asiasta, et on liian vähän näitä psykiatreja, niin [...] että tietääkö ne tän tilanteen, [...] ni täyty[y]hän [.] se tieto [.] luulis, et he tietää ja ainakin se tieto pitäisi mennä sinne ihan ylimmälle tasolle, jotka vastaavat, ja [.] sillä tavalla jotka [.] organisoii tätä hommaa ja pitää henkilöstöo, et on riittävä henkilöstö[ä] [...]

H: joo, no mimmost johtajuutta sitte tarvitaan

Haastattelu 2: no sellasta johtajuutta, et joku [...] uskaltaa [...] ruveta toimimaan ja sil tavalla, että ja uskaltaa [...] todellakin, että asioille pitää ruveta tekemään jotain jämäkkä ja rohkee ja semmonen [...] taistelee [...] sitä varten, että ja antaa mahdollisuudet ja kuuntelee niitä, jotka tekevät sitä työtä psykiatria ja koko sitä henkilökuntaa, et tieto kulkee [...] molempiin suuntiin

Hyvään johtajuuteen liitetään myös asiaosaaminen. Mitä lähempänä johtajuus on suorittavaa henkilökuntaa, niin sitä tärkeämpää hyvälle johtajuudelle on mielenterveys- ja päihdetyön erikoisosaaminen. Hyvään johtajuuteen kuuluu opastaminen, ohjaaminen ja osallistuminen.

K12: [...] Se on tärkeää että [johtaja] siis osallistuu ja on kuunteleva [...] (Ryhmä 2)

H: Viittaaks te nyt, että johtajalla tulee olla kuitenkin niinkun ä... mielenterveys-
päihdeasioiden [kommentit taustalta kyllä, juu, erikoisosaaminen] erikoisosaamista...
(Ryhmä 2)

taustalta: [ryhmäläinen] ei niitä linjauksia voi tehdä, [ryhmäläinen] eikä näitä kehittämistä- [...] näitä visioita tulevaisuuteen tai muuta ja mihin meen kuuluisi keskittyä ja mihin panostaa. Niin kyllä mun mielestä siinä pitää nimenomaan olla sitä asiaosaamista johtajalla, et [...] mun mielestä sitä johtajaa tarvitaan myös asiakasasioihin [...] (Ryhmä 2)

Hyvään johtajuuteen sisältyy henkilöstön osaamisen, tietojen, taitojen ja voimavarojen hyödyntäminen parhaalla mahdollisella tavalla.

K10: [...] mihin kaikkeen me pystytään, ku on [johtaja] joka nopeesti pystyy puuttumaan ja antaa neuvoja, opastusta [...] (Ryhmä 2)

K5: [...] työolosuhteet kaikilla tasoilla optimaalisiksi, jolloin sitten tän asiantuntija pystyy [...] tekemään sitä perustyötään parhaimmillaan ja [...] saavuttamaan myös niitä tuloksia [...] (Ryhmä 1).

Tällöin hyvä johtajuus näyttäytyy asiakkaalle hyvällä tavalla myös johtajuuden näkymättömyytensä.

Haastattelu 1: Melkein mä voisin sanoa, että hyvä johtaminen ja johtajuus on sellaista, että se ei näy asiakkaalle ollenkaan.

H: ahaa, mitä pystytkö täsmentämään?

Haastattelu 1: Tarkoitan sitä, et [...] täällä olevat henkilöt [...] itsenäisesti pystyvät ohjaamaan itseään ja sitä työtään eivätkä suinkaan vetoa siihen, että kun meillä nyt [...] tämä byrokratia, [...] et meil on tällänen ohjesääntö tai ohjesääntö sanaa en oo kuullu koskaan käytettävän. Siis eli nää henkilöt täällä vaikuttavat itseohjautuvilta eikä heidän tarvii kysyy mitään mistään ainakaan mun tietääkseni eli hyvä johtajuus on sellaista joka ei näy asiakkaalle

H: Se on kuulostaa tosin hyvin sanotulta että [...]

...

Haastattelu 1: pystyvät [...], toimivat toimivaltansa rajoilla tai jopa ylärajoilla [...]

Hyvä johtajuus luo asiakkaalle tunteen välittämisestä ja huomioimisesta.

Haastattelu 3: ... Et tää on hyvää johtajuutta, tää on sitä asiakkaan huomioonottamista. Ei mua pompotettu mihinkään, en mä juoksu sen ylilääkäriin perässä. Eikä mun tarvinnu juosta kriisipolin oven taakse pyytämään anomaan apua.

H: joo

.

H: sun luokse tultiin

Haastattelu 3: niin

H: ... et sun ei tartte mennä

Haastattelu 3: niin, niin [sairaala] [ala] ylilääkäri... tuli mun luo, ja mä koen sen hyväksi johtamiseksi.

H: kyllä [taukoa puheessa]

...

Haastattelu 3: ... ja sen se, että susta välitetään

H: kyllä

.

Haastattelu 3: ... et kyl se on hyvää johtajuutta.

Hyvältä johtajuudelta odotetaan myös työntekijöiden jaksamisesta ja osaamisen kehittämisestä huolehtimista. Johdettavien itseohjautuvuutta ja asiakkaiden kohdatuksi tulemisen tunnetta edistävä johtaminen tukee asiakaslähtöisyyttä.

5.6 Mielenterveys- ja päihdetyön haasteita peruspalveluissa

Keskusteluissa pohdittiin peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdetyössä esiintyviä haasteita. Tässä esittelen erityisesti ryhmäkeskusteluissa esiintyneitä haasteita. Yksi mahdollinen haaste liittyy perusterveydenhuollon, erityisesti terveysasemien, työkuultuuriin ja asenteisiin mielenterveys- ja päihdetyötä kohtaan. Avaintemoja ovat työmenetelmien puutteet ja hyödyntämättä jättäminen, kaksoisdiagnoosi, puheeksiottaminen, asenteet ja työkuultuuri. Toinen haaste liittyy mielenterveys- ja päihdeongelmien luonteeseen leimaavina sairauksina. Avaintemoiksi nostin leimautumiseen vaikuttavat tekijät ja leimautumisen hälventäminen. Vaikuttavia tekijöitä ovat henkilöstön asenteet, suhtautuminen sekä osaaminen, tiedot ja taidot. Leimautumisen kokemukseen saattaa vaikuttaa myös kulloinkin asiointipaikka. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös asiakkaiden suhtautuminen, sairauden tai ongelman tunnustaminen ja hyväksyminen sekä yhteisön asenteet ja suhtautuminen. Toiseksi avaintemaksi nostin tavat, joilla leimautumista voidaan pyrkiä vähentämään, kuten huolen puheeksiottamisen helpottaminen, asiakkaan kiireetön kohtaaminen ja asiointiosaamisen edistäminen sekä uusien työtapojen kokeileminen.

Ryhmässä yksi mielenterveys- ja päihdetyön toteuttaminen koettiin haasteelliseksi, varsinkin terveysasemilla, kun asiakkaalla on vähänkin vaikeampi tilanne. Terveysaseman ”perus”työntekijöiden työmenetelmät koetaan riittämättömiksi mielenterveys- ja päihdetyöhön ja terveysasemantyöskentelyn kuvataan olevan enemmän kliinistä. Paljon palveluita käytettäviä asiakkaita kyllä tuetaan ”suportiivisella” keskustelulla, mutta kun ihmisellä on sekä mielenterveys- että päihdeongelma, niin kaikki palvelut eivät ole käytettävissä. Haasteet kulminoituvat erityisesti kaksoisdiagnoosiasiakkaisiin.

K2: [...] Ei oo [...] semmosii työkaluja välttämättä semmoseen keskusteluun, hoidolle tai tuelle, et ennemmin [...] koetaan, et se on sitä somaattista ja semmosta [...] jotenkin käsillä tekemistä ja (en saa selvää) temppuja, mitä voidaan tehdä. (Ryhmä 1).

K5: [...] Esimerkiksi psykologiyksikkö, [...] niin siellä päihdeettömyys on [...] käytännössä se milloin sinne otetaan, ja sit (tulee) myös psykiatrisen sairaanhoitajan luokse, niin päihderiippuvuus on [...] ikään kuin kriteeri, jolloin ei voida ottaa... siin on myös [...] tän tyylisiä puolia on olemassa. (Ryhmä 1).

Mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvää terapeutista keskustelukulttuuria ei perusterveydenhuollossa koeta olevan. Keskustelevaa kulttuuria ajatellaan rajoittavan terveysasemantyöskentelyn tiukat aikarajat, työmenetelmien puuteet sekä näkemykset hoidon tavoitteista, hoitohenkilökunnasta sekä asiakkaista. Terveysasemien hoitohenkilökunta kokee työssään kiirettä ja tulospaineita, ja heidän arvellaan myös olevan arkoja ottamaan huolta puheeksi. Hoitohenkilökuntaa saattaa arveluttaa mielenterveys- ja päihdeasioiden puheeksiottaminen, kun ei tiedetä miten asiakkaat siihen suhtautuisivat.

K2: Mitä me tehdään? Meil on oikeestaan aika [...] vähänlaisesti [...] menetelmiä tai työkaluja, että [...] mä ajattelen, [...] että ollaan vähän arkoja [...] lähtee semmoseen keskustelemaan, [...] et sen täytyy olla niin kauheen konkreettista se mitä tehdään, [...] et siellä on [...] semmonen kulttuuri [...]. [...] Sen hyödyn osottaminen siin kauheessa kiireessä, et sä vaan varaat sitä keskusteluaikaa taas uudelleen [...] [...], siin ei [...] tavallaan oo sellasta mitään konkreettista näyttää, [...] (Ryhmä 1)

K3: onks se turhauttavaa? (Ryhmä 1)

.

K2: [...] terveyskeskus työpaikkana on aika semmonen niin kun, [...] et siel paljon tehdään [...] monenlaista hoitoa ja [...] tämmästä [...] ja siel ei oo [...] sitä semmosta näkökulmaa, et tää työ on niin erilaista, [...] mitä päihde- ja mielenterveyspotilas vaatii. [...] on niin vähän niitä työkaluja, ja sit ei [...] oo sitä osaamista, [...] (Ryhmä 1)

K6: [...] joillekin työntekijöille se voi olla just vaikee paikka, kun on tavallaan tottunut siihen et se työ [...] on [...] yleensä sillai [...] et ihminen sisään, fixataan ihminen... (Ryhmä 1)

K2: kyllä. (Ryhmä 1)

K6: ... ulos terveenä. Ko se ei välttämättä toimi, [.] et mielenterveyspuolella [.] ihminen ei välttämättä tule ulos sieltä terveenä, hän tulee ... toimintakykysenä. (Ryhmä 1)

K2: Ja se, [.] et sul ei oo [.] näyttää vaikka tavattas useamman kerran, niin [.] ei oo se haavan paraneminen, [..], [...] (Ryhmä 1)

K2: [kokemusasiantuntijat sanoneet], että se on [.] edelleen kautta linjan tabu se aihe, et sitä ei [.] uskalleta oikeen ottaa puheeksi ja siin on joku semmonen kummallinen kynnys [...] et ei sitä nyt ja millai sen nyt ottaa puheeksi ja viittiiks ja kehtaako ja voiko ja mitä se [.] sit poikii, jos mä otan sen puheeksi, et mulla on vaan nyt 20 minuuttii, nyt aikaa et [.] (Ryhmä 1)

K4: Suuttuuko asiakas. (Ryhmä 1)

K2: Niin [...] nyt se varmaan loukkaantuu, jos [...] ja mä kysyn jostain päihdeongelmasta tai mielenterveysongelmasta. [...] (Ryhmä 1)

Ryhmän yksi, keskustelusta tulkitsin, että mielenterveysongelmat koetaan helpommin puheeksiotettavina²⁸ asioina kuin päihdeongelmat tai mielenterveysongelmat, joihin liittyy päihdeongelma. Ryhmässä yksi perusterveydenhuollossa nähdään olevan enemmän mahdollisuuksia hoitaa puhtaita mielenterveysongelmia kuin päihdeongelmia tai mielenterveys- ja päihdeongelmia. Nämä mahdollisuuksien puutteet koetaan vaikuttavan myös puheeksiottoon, johon puutteet mielenterveys- ja päihdetyön työmenetelmissä kuin myös asenteet ovat yhteydessä. Asenteisiin ajatellaan vaikuttavan kokemukset päihdeasiakkaiden käyttäytymisestä (käyttämättömät vastaanottoajat, aggressiivinen käyttäytyminen) sekä näkemykset ongelmien luonteesta. Asenteisiin arvellaan myös vaikuttavan sen, että asiakkaalle ei ole tarjota jatkotoimenpiteitä puheeksioton jälkeen.

K5: [...] jos ihmisel on [.] puhtaasti enempi [.] tämmönen mielenterveysongelma siinä on aika paljon enempi keinoja auttaa, [...] jos ihmisellä on [.] hankalampi [.]

²⁸ Tämä oli joidenkin keskustelijoiden mukaan melko yllättävää.

päihdeongelma siinä lisänä, [...] se tuo siihen [...] haastetta jonkun verran. [...] Mitkä siihen vaikuttaa, niin [...] ihmiset varaa aikoja niin niitä jää käyttämättä niin on aika turhauttavaa [...] Monella työntekijällä on kokemuksia siitäko ihminen [...] on päihtyneenä ja [...] käyttäytyy aggressiivisesti, niin se vaikuttaa kanssa aika voimakkaasti siihen yksittäisen ihmisen kokemukseen. [...] (Ryhmä 1)

H: Tähän on pakko kysyä semmonen kysymys, että jos mielenterveyden puolelta löytyy helpommin [...] erilaisia tapoja hoitaa niitä asioita sitten, niin [...] miten se puheeksiottaminen sitten, et onkse mielenterveysasioissa vai päihdeasioissa erilaista [...] ...? (Ryhmä 1)

K2: Kyl mä näkisin, et se mielenterveysongelma on helpompi ottaa puheeksi siihen ei liity niin paljon semmosta asenteellisuutta ja [...] leimaa, ku sit taas päihdeongelmaa, [...] (Ryhmä 1)

...

K6: [...] päihteet on vaikeampi sitte ottaa esille öm... tulee mieleen, et voikse olla esimerkiksi sen takia, että siihen [...] se [...] henkilökunnan edustaja[n] niin, [...] [...] on varmaan [...] helpompaa puhua sairauksista kuin toisen elämäntavoista [...] (Ryhmä 1)

K2: ... [...] tavallaan [...] päihdeongelma mieletään kuitenkin semmoseksi omaksi valinnaksi ja itse aiheutetuksi [...] et samanlainen ratkasu, senkun [...] ”laitat pullonkorkin kiinni niin, se on niin ku siinä”, et [...] mielenterveysongelma on taas jotakin muuta, [...] se ei ole sun vika... et sul on mielenterveysongelma. Tää on nyt hyvin tällai [...] karrikoidusti sanottu, mut [...] (Ryhmä 1)

...

K5: toisaalta [mun mielestä] niinko [K2] sano (ei saa selvää) tästä itse aiheutetusta [...] ongelmasta ja muista, ni mä luulen, et se varmaan [...] heijastelee [...] jonkun verran [...] siellä taustalla näissä päihdeasioissa siinä, et [...] se [...] vaikuttaa jotenkin siihen asenteisiin vielä tavallaan tän hoidon osalta [...] ja sit varmasti [...] tää et [...] jos tavallaan tunnistan asian niin mitä mä teen sille? Jos ei oo palikkoja. (Ryhmä 1)

K2: niinpä. (Ryhmä 1)

K5: mil tavallaan se vaikuttaa sit semmoseen ikään kuin tähän tunnistamiseen ja puheeks ottoon. (Ryhmä 1)

Ryhmässä yksi käytiin myös keskustelua siitä, että miksi erilaiset puheeksiotonmenetelmät, erityisesti päihdeongelman tunnistamisessa, ovat käytössä niin vähäisissä määrin sekä terveyden- että sosiaalihuollon työssä.

K6: Se on jännä, ettei audittia sitten käytetä sillä tavalla. (Ryhmä 1)

K4: tai sitten edes... (Ryhmä 1)

K6:... kovin paljon. (Ryhmä 1)

K4: ... sit sitä lyhempää versioo siit puheeksotto ja audit-c, (Ryhmä 1)

K4: se ei viekkä ko pariminuttii [taustalla nii... ih, nii] (Ryhmä 1)

K7: et siin [K4] oon sun kanssa samaa mieltä, että sosiaalityössäkin olisi näitten menetelmien [...] seulontamenetelmien lisääminen [...] kyl tarpeen [...]

Leimautuminen nousi erityiseksi teemaksi, kun kysyin mitä on olla asiakkaana mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmat koetaan leimaaviksi. Ryhmässä yksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden leimautuminen yhdistettiin muuna muassa siihen, että henkilön muut hoitoa vaativat sairaudet liitetään psyykkiseen sairauteen esimerkiksi masennukseen. Ammattilaisen saattaa olla vaikea hakea apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin niin itselleen kuin läheiselleen. Tällöin asiointi terveysasemalla, tuttujen hoitajien ja työntekijöiden vastaanottamana, koetaan ongelmalliseksi.

K1: [...] täytyy ehkä semmosta pärjäävämpää kuvaa antaa. (Ryhmä 1)

Edellä mainittu viittaa perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten, mutta myös yleisesti ihmisten, vallitseviin asenteisiin ja suhtautumiseen mielenterveys- ja päihdeongelmia kohtaan. Ryhmässä yksi koettiin asenteiden ja suhtautumisen taustalla olevan ymmärtämättömyyttä, ehkä pelkoakin sekä puutteita tiedoissa ja osaamisessa. Terveysasema paikkana koetaan kuitenkin ei-leimaavaksi.

K4: Mä [...] ajattelin, et tää ongelman luonne on niin leimaava, ettei se välttämättä [...] sinne terveyskeskukseen liity [...] ei välttämättä osaamista oo tarpeeksi ja asenteet voi epäilyttää [...] ja peruspalveluista ku on käsitys, et työntekijöillä on hatara niin ku tieto. [joku sanoo: ”kyllä”]. (Ryhmä 1)

K7: henkilökohtaisesti näen tässä taustalla, niin kun kuten [K4] tietämättömyyttä ja myöskin ehkä vähän sellasta pelkoakin. (Ryhmä 1)

Koetaanko asiointi mielenterveys- ja päihdepalveluissa leimaavaksi? Tämä nousi esille niistä kokemuksista, kun asiakkaan kanssa oli asioitu muissa palveluissa. Ryhmässä kaksi, huolta herätti asiakkaiden mahdollinen leimautuminen erityisen mielenterveys- ja päihdeyksikön palveluiden käyttäjinä. Keskustelun perusteella, työntekijöiden näkemysten mukaan, myös asiakkaat, ainakin osa heistä, suhtautuvat ristiriitaisesti näiden palveluiden asiakkuuteen.

K10: [...], [...] et se katotaan mitenkään [...] erityisen hienoks et ”onpa kiva, et sä oot hakeutunu hoidonpiiriin”, vaan se katotaan nimenomaan niin päin, että sulla siis on mielenterveys- ja päihdeongelma. (Ryhmä 2)

K12: Joo joo ja toi on kyl toi tullu vastaan ihan [...] asiakkaitten kanssakin ja uusien varsinkin, et he sanoo, et he ei halua, pitäis asioida noitten mis ne [...] potilaat käy, et he haluaa voiks tulla jotenkin toista kautta tai voi[ko] olla eri aikaan, ku he on tai et jos he käy täällä, [...]. (Ryhmä 2)

K10: En mä tiedä kokeeko sitä [...] monet asiakkaat mitenkään itse leimaavaksi, mut mä aattelen näin työntekijän näkökulmasta, et se kyl on asiakasta leimaavaa, et hän on [mielenterveys- ja/tai päihdepalveluiden] asiakas. [taustalla hhm, nii]. (Ryhmä 2)

...

K14: Kaikista yhteiskuntaluokista on asiakkaita varmaan [taustalla K8 ”kyllä joo”] jokaisella. Toi lei..maavuus, mull ei oo kovasti paljon ei se kyllä tule mieleen, aina sillan tällön vähän, mutta o...osittain se liittyy siihen, [...] emmä tiedä, onks se sitten, siin ei oo, [...] [terveydenhuollossa] meistä jokainen käy. Se on [...] niin luontevaa tulla sitten sinne [perusterveydenhuollon] käytävän [...] huoneeseen. (Ryhmä 2)

Suhtautuminen leimautumiseen tai leimaavuuteen keskustelijoiden välillä oli vaihtelevaa. Joissakin tapauksissa sama keskustelija esitti tilanteita vaihtelevasti. Toisaalta oli tiettyjä kynnyksiä ylitettävänä, ja toisaalta näkemys oli, että ihmiset ovat oppineet myös käyttämään palveluita ja

ajattelevat ”nykypäivänä” asioista toisin. Kokemusta on myös siitä, että asiakkaat ovat olleet hyvin tyytyväisiä saadessaan asioida erillisissä yhteensovitetuissa palveluissa, ja asiakkaat ovat kokeneet ”saavansa todellakin apua”, juuri tarjolla olevien palveluiden monipuolisuuden johdosta. Toisaalta ryhmässä kaksi keskusteltiin siitä, että asiakkaat eivät halua leimautua sellaisen ongelman kantajaksi, jota heillä ei ole. Päihdeongelmainen ei halua leimautua mielenterveysongelmaiseksi ja mielenterveysongelmainen ei halua leimautua päihdeongelmaiseksi. Tämäkin saattaa olla jo mennyttä aikaa, tai jos palveluihin liittyvää leimautumista on, niin se koetaan olevan vähäistä. Asiakkuudessa leimautuminen ei aina tule ilmi, se voi tulla viestinä myös läheisiltä.

K8: niitäkin asiakkaita on, jotka taputtaa [...] käsiään yhteen päivittäin siitä, että saavat olla [...] asiakkaita [taustalla kommentteja, juu, totta, myös heitä on]. [...], ja ihmiset kokee [...] siinä saavansa todellakin apua [...], kyl mä ymmärrän mitä [...] [K10] tarkoittaa [taustalla niin], mut [...] [...] enemmän ehdottomasti iloa [...] siitä, että tuota koettua haittaa. (Ryhmä 2)

...

K8: [...] silloin alko syntyä myös sitten sitä, että [...] me halutaan päihdeongelmaisiksi eikä mitään mielenterveysongelmaisiksi [...] nykypäivänä tämmöstä eroa [...] ei tunneta lainkaan [...] [...]. (Ryhmä 2)

K11: [...] mietinnöissä ja muissa koros[tetaan] tätä päihde- ja mielenterveystyön yhdistämistyyppistä, ni[in] on myöskin ihmisiä, jotka kokee sen [...] pahana, et [...] siel on [...] mielenterveysihmisiä leimataan päihdeongelmaisiksi. [kertoo esimerkin], hänen ystävä[...] kärsii [...] mielenterveysongelmasta. Nyt puhutaan [...] päihdejutuista ja hän ”ei kyl ikän tule... tulemaan sinne” et [...] tämmöstä näkökulmaa tai tämmöstä on ihan varmasti, mut se ei tuu ikään kuin esille. (Ryhmä 2)

Leimautumisen mahdollisuuden ajatellaan vaikuttavan palveluiden vastaanottamiseen ja niihin hakeutumiseen, vaikka palvelu olisi hyvää ja tarpeen mukaista.

K10: ja toisaalta se on harmi siinä mielessä [...], että [palvelussa] on semmosia toimintoja joil... jois ei oo mitään leimaavaa [...]. Se, että on [...] jonkun tietyn ajanjakson ja sen jälkeen [...] on ihan tavallinen terveystyöpalvelujen käyttäjä, mut et sit jotenkin niinku mä koen sen jotenkin leimaavaksi. (Ryhmä 2)

...

K9: [...], [...], vaikka olis ihan [...] asiallinen paikka sen ihmisen tarpeisiin nähden, että toki sillä leimaavuudella on vaikutusta siihen, että hakeutuuko ihminen ylipäättäänkään niihin palveluihin, jotka todellisuudessa vois olla hänelle hyvästä, että onhan sillä iso merkitys. (Ryhmä 2)

Asiointi erityisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa herättää huolta, myös ”tuttuuskontaktien” johdosta. Paljastuuko asiointi tuttaville? Asettaako stigman mielenterveys- ja päihdetyöntekijä, asiakas, muut sosiaali- ja terveysalan työntekijät, sairaus vai yhteisö?

K9: [...] mutta se, että leimautuu, kenen silmissä siis sen yksikön ulkopuolisen työn leimaako hän, vai kokeeko se asiakas [...], et hänet on [...] täällä [...] ikään kuin leimattu, ja [...] hän [...] kuvittelee ulkopuolisten työntekijöiden ajattelevan hänestä jotain negatiivista tän asiakkuuden perusteella, että onko ongelmana se asiakkuus vai onko ongelmana tän [...] [...] ulkopuolella työskentelevien ihmisten asenteet? [...]. (Ryhmä 2)

K11: Niin varmaan [kyllä] tota kaikkea oma kokemus, ja sit se, et [...] oikeestiki se voi naapuri näkee naapurin ja [taustalla kyllä kyllä] (Ryhmä 2)

K9: niin juu, että sitten on vielä ne tuttuus kontaktit pienellä paikkakunnalla ja ehkä huoli siitä asioiden salassa pysymisestä, mutta (Ryhmä 2)

K13: mitä te tämmösestä ajattel...ajattelette, että [...] henkilö niin ei niinkun, et siinä voisi olla tavallaan myöskin kyse siitä, ettei oo vielä hyväksynyt tavallaan sitä, että on alkoholi- tai päihdeongelma [taustalla yksittäinen joo] jonka vuoksi tarvitsee sitten meidän apua ja ei sillä tavalla niinkun ää... miten nyt sanois haluaisi le...leimautua [taustalta ”ihan varmaan”] (Ryhmä 2)

K9: vähän niinkun prosessin vaihe [taustalla yhtenäistä niin] [taukoja puheessa] (Ryhmä 2)

Haastateltavat eivät haastatteluissa juurikaan nostaneet esille leimautumista. Yksi haastateltavista totesi integraatiokeskustelun yhteydessä, että mielenterveysongelmaiset saattavat kokea leimaantumista päihdeongelmaisiksi. Yksi haastateltavista koki olleensa sosiaalitoimistossa ”syytettyjen penkillä”. Ongelman tunnustamisen tai hyväksymisen vaikeuden takia, voi toki olla korkea kynnyks hakea apua. Haastateltaville ei tuntunut ongelmalliselta olla asiakkaana

mielenterveys- ja päihdepalveluissa. He kuitenkin tiedostavat mielenterveys- ja päihdeongelmien luonteen ja näin ovat varovaisia sen kertomisesta ulkopuolelle.

Haastattelu 1: [...] Jos vaikka työpaikka haastattelussa kysyttäis, niin mitähän mä mahtaisin sit sanoa [taukoa puheessa]. Tätä täytyykin miettiä, mä joudun ihan oikeesti miettimään tällaista.

Haastattelu 3: ... asiakas niin tota. Säähän pa...(en saa selvää) ihme ettei työnantaja sanonut mun [aikuiselle lapselle], että proteesejako sää hankit, kun hän sano, että hän menee aina hammaslääkärille.

H: miten [...] kun ootte tiedostanu tän ni miten ooks te yrittäny ratkasta sitä [Leimautumista] jollakin tavalla? [...] (Ryhmä 2)

Leimautumisasian ratkaisemiseksi esitettiin erilaisien työtapojen mahdollistamista, asiakkaiden vakuuttelua sekä asiakkaiden mahdollisuutta saada pidempiä vastaanottoaikoja. Avun hakemisen kynnyksen mataloittamiseksi ehdotettiin myös panostamista varhaiseen puuttumiseen. Seuraavan keskustelun tulkitsen tarkoittavan asiakkaiden asiointiosaamisen kehittämistä sekä huolen puheeksiottamisen mahdollisuuksien lisäämistä.

K3: Mut edelleen mä puhun vielä siitä ajasta, mikä on käytettävissä, kun menee peru... peruspalveluihin [...] terveyskeskukseen, vaikka ihan normaali käynnille, jos ei ymmärrä pyytää [...] sitä tupla-aikaa, niin jotenkin siinä on sitte se, että huomaako se [...] lääkäri nytte sitten, että tämä [...] todella tarvitsee uuden ajan tällaisen tupla-ajan. (Ryhmä 1)

K1: Tätä mä vähän tarkotin sillä, että miten osaa asiansa esittää [...], että osaaksen esittää niin, että ”mä tarvitsen nyt mielellään sen akuuttiajan, [...] ja mä haluan nyt päästä hoitoon ja hoitaa tän ongelman, et mul on tämmönen ongelma” vai [...] onkse niin, että [...] saat sen kolmen kuukauden kulutta, sen kiireettömän ajan, kun et ole ehkä osannut käyttää termiä akuuttiaika [...]. (Ryhmä 1)

K4: [...], et jos terveysasemalla nostettaisi jotenkin selvemmin esille sitä, että meille saa tulla sillan kun [...] vähänkin on masentaa ja uniongelmia, ja sit meil[lä] on tarjota

tämmöstä [.] voimaannuttavaa apua, niin meniskö sinne sit helpommin ja madaltuisko se kynnyks ja asenteet. (Ryhmä 1)

Ryhmäkeskusteluissa mainittiin esimerkkinä myös se, kun oli tunnistettu, että masennuksen lisäksi asiakaalla oli alkoholin käyttöön liittyviä ongelmia, ja asiakasta ohjattiin erilliseen yksikköön, niin

K14: [...] sitten se kynnyks on tosi korkea mennä [...] (Ryhmä 2).

Tätä kynnyksä oli mataloitettu kutsumalla työpari yleisvastaanoton tiloihin asiakastapaamiseen.

K14: [...] Mä oon ehdottanut asiakkaille, et helpottaisko se sitä tai madaltaisko se sitä kynnyksä [...] (Ryhmä 2).

Erialaisten työmuotojen kokeilu ja mahdollistaminen nähdään tärkeänä leimautumisen ehkäisyssä, mikä koetaan edistävän asiakkaiden kuuluksi tulemistä ja turvallisuuden tunnetta asiointissa.

K14: [...] ne on kyllä onnistunu tos...tosi hyvin [...] asiakas kokee olonsa kauheen turvalliseksi ja just, et hän...hänet on kuultu, ja me saadaan [.] sillä tavalla sitte oltuun hänelle hyödyksi ja avuksi, et ne on [.] kauheen kivoi työtapoi, mitä täs on nyt kyl tullu, et sisäisesti on opittu tekemään työtä keskenämme. [...]. (Ryhmä 2).

...

K13: [...] ih...ihminen tulee [.] vastaanotolle ja [.] kovin siis tämmönen, jolla on puhtaasti psykiatrian ongelma, niin mul on tälhetkellä yks henkilö sanonut, että hän kokee olevansa hiukan väärässä paikassa, mut sekin on yleensä sitten [.] vaan [.] vakuuteltavissa tavallaan, että tää on [.] sekä päihde- että mielenterveysasioissa [.] tämmönen erikoisosaamisyksikkö, et se ei tarkoita, et jos tosiaan olis molempia [...]. (Ryhmä 2).

Stigmasta keskusteltaessa, olisi hyvä huomioida myös mielenterveys- ja päihdeongelmien kirjo. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat moninaisia ja monitasoisia. Keskusteluista ja haastatteluista välittyi sellainen kuva, että on vielä pitkä matka siihen, että psyykkiset ja päihdeiden käyttöön liittyvät sairaudet olisivat tasavertaisia muiden sairauksien kanssa. Eroja on myös näiden ongelmien sisällä ja välillä. Tässä aineistossa näyttäisi myös siltä, että mielenterveysongelmat ovat helpommin hyväksyttävissä (esimerkiksi masennus) kuin päihdeongelmat. Mielenterveysongelmia ei koeta

omana valintana, kuten päihdeongelmat. Mielensterveys- ja päihdepalveluiden eriytyminen erilliseksi integroituneeksi yksiköksi saattaa jopa johtaa leimautumisen vahvistumiseen. Tämäkään ei ole yksiselitteistä. On myös asiakasryhmiä, jotka kokevat eriytyminen ja erillisyyden hyväksi ja välttämättömäksi.

6 HYVIN TOIMIVAT PERUSPALVELUT MIELENSTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAILLE JA HEIDÄN LÄHEISILLEEN

Tutkimuskysymykseni oli. Mitä ovat toimivat mielensterveys- ja päihdepalvelut peruspalveluissa, miten asiakaslähtöisyys asettuu mielensterveys- ja päihdepalveluihin, ja miten palvelut ovat integroitavissa? Lisäksi kysyin, mikä merkitys johtamisella on peruspalveluissa. Uskon, että olen saanut tähän monia vastauksia. Seuraavassa esitetään ideaalityyppikuvaus hyvin toimivista peruspalveluista mielensterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen²⁹ yhdistämällä luvussa 5 esitettyjä tuloksia alan asiantuntijoiden tutkimus- ja artikkelikirjoituksiin.

Hyvin toimivien peruspalveluihin ja hoitoon pääsee helposti ja nopeasti (STM 2012). Asiakkaiden ongelmiin pystytään puuttamaan varhaisessa vaiheessa. Peruspalveluiden mielensterveys- ja päihdetyö kohdistuu koko väestöön, riippumatta siitä onko henkilöllä mielensterveyshäiriö, päihdeongelma tai mielensterveys- ja päihdeongelma vai ei (Hyvönen 2004, 5). Peruspalveluissa perustehtäviin kuuluu luonnollisena osana fyysisen terveyden huomioimisen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin puheeksiottaminen. Asiakkailta on myös tämä mahdollisuus - ottaa huoli puheeksi.

”Terveysasemalla nostettaisi jotenkin selvemmin esille sitä, että meille saa tulla sillon, kun [...] vähänki on masentaa ja uniongelmia ja sit meillä on tarjota tämmöstä [...] voimaannuttavaa apua niin meniskö sinne sitte helpommin ja madaltuisiko se kynns ja asenteet.” (Ryhmä 1).

²⁹ Aineiston antamista vastauksista olisi voinut laatia myös tyyppillisen kuvauksen ”ei - hyvin toimivista peruspalveluista mielensterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen”. Tämä jääköön lukijan henkilökohtaisen pohdinnan varaan.

Peruspalveluissa kohdetaan lieviä ja vakavia mielenterveys- ja päihdeongelmia kohdanneita asiakkaita. Perustehtäviä ovat myös hoidon ja palvelutarpeen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon lähettäminen tarvittaessa. Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö sekä mielen hyvinvointi otetaan helposti puheeksi, ja niistä on luonnollista puhua.

”Mä teen paljon (työtä) mejän lääkäreiden kanssa yhteistyötä, et niinku joka päivä (hmm). Mun mielestä he kauheen helposti ottaa esit... esille asiakkaan kans sen just, et e... menisiks sä juttelemaan.” (Ryhmä 2)

”Mä otan puheeksi sen alkoholinkäytön siihen, et se hidastaa masennuksesta toipumista.” (Ryhmä 2).

Peruspalveluissa on tunnustettu mielenterveys- ja päihdeongelmien monitasoisuus, moninaisuus sekä asiakkaiden moninaiset palvelutarpeet (Rush & Nadeau, 2011). Hyvin toimivissa peruspalveluissa kyetään vastaamaan asiakkaan mahdollisiin moninaisiin tarpeisiin.

”ne tunnistamattomat ja lievät tapaukset ilman muuta” (Ryhmä 2)

”sillon palataan kunnan peruspalveluihin, kun on kyseessä tulottomuus, asunnottomuus, [...] eli nää ongelmat on [...] kasautunu, ja ne, on pitkittyny ja ne on moninaisia” (Ryhmä 2).

Psykiatrisen erikoistason hoito on tarpeen, kun peruspalveluiden toimet eivät ole riittäviä (Harjajärvi 2016) ja kun diagnoosi on tunnistettu, esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö ja syömishäiriö (katso STM 2012). Perusterveydenhuollossa kohdetaan ja hoidetaan erikoistasonhoidosta palaavia asiakkaita. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan erityistarpeet on otettu paremmin huomioon (Lehto 2012; 382 – 383). Hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan osalta olisi ymmärretty, että vaikkei hoito parantaisi sairautta täysin, niin se ei ole epäonnistunut, kuten ei ole diabeteksen hoito tukihoidoineen (Sailas 2011, 39). Hyvin toimiva mielenterveys- ja päihdetyö on puheeksioton, tunnistamisen, hoidon ja hoidon seuraamisen lisäksi asiakkaan tukemisesta muutokseen, se on mahdollisesti pitkäaikainen prosessi. Muutoksella viitataan pieniin edistymisen merkkeihin asiakkaan elämässä.

”Ettei asiat ainakaan muutu pahempaan suuntaan” (Ryhmä 1).

Hyvin toimiva mielenterveys- ja päihdetyö on myös rinnalla kulkemista, motivaation herättelyä, muutosvaiheen tunnistamista, elämänhallinnan tukemista ja käytännön apua, kun on kysymys esimerkiksi työttömyydestä, tulottomuudesta ja asunnottomuudesta. Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle ovatkin tarpeenmukaista yhteensovitettua terveydenhoitoa ja sosiaalityötä (STM 2012; Rush & Nadeau 2011).

”Et eikse oo sit juuri henkilökunnan tehtävä yrittää sitä motivaatioo herätellä” (Ryhmä 2).

”[...] et jos ihan oikeesti [...] elää päivästä päivään kädestä suuhun eli tämän [...] tunnistaminen, et hoidetaan myös sitä, et elämäs on oltava jotkut perusedellytykset [...] katto pään päällä ja vähintää. (Ryhmä 1)

Mielenterveys- ja päihdeongelmista puhuttaessa, hyvin toimivissa peruspalveluissa kielenkäyttö olisi konkreettista ongelmien ja käyttäytymisen kuvaamista, siellä vältettäisiin kliinistä ja luokittelevaa puhetta (Aromaa & Wahlbeck 2011, 84). Asiakkaalle hyvin toimiva asiointi olisi mutkatonta ja helposti ymmärrettävää. Asiantuntijan vastuulla olisi kysyä tarkentavia tietoja ”asiantuntijatietoon” perustuen.

”et että ne selvitetään [...] kansankielisesti ja sillä tavalla, ettei siiheen tuoda mitään turhia monimutkasuuksia”. (Haastattelu 1).

Hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat nivoutuneet kiinteäksi osaksi muita sosiaali- ja terveyspalveluita (Rush & Nadeau 2008). Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille kuin myös muille olisivat tavoitettavissa yhdellä käynnillä kaikkine palveluineen. Asiakkaan kannalta tärkeää on se, että hän saa tarvitsemansa avun tai ainakin tiedon siitä, mistä apua voi hakea (Rush & Nadeau 2011).

” [...] et ois yksi luukku, mihin se ihminen menee, se sais sieltä mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, sosiaalipuolenpalvelut, terveyskeskuspalvelut tai sillai olis ihminen, joka niinkun varaisi ne ajat ja järjestäisi ne.” (Haastattelu 3).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito tulisi aloittaa ja hoitaa yhtäaikaaisesti (Drake ym. 2004 ref. Davidson & White 2007). Hyvin toimivissa peruspalveluissa hoidetaan kokonaisvaltaisesti.

”[...], jos ajattelee kuinka monella päihdeongelmaisella on mielenterveysongelma ja taas päinvastoin niin vois sanoa et [.] ne täytyy olla integroitavissa [...] ja käytännössä vasta, kun näitä hoidetaan yhtäaikaisesti niin silloin vasta saadaan oikeesti kunnan tuloksia [...]” (Ryhmä 1).

” [...] Mielenterveys- ja päihdetyön yhteensovittamisen merkitys on ennen kaikkea monipuolisessa yhteistyössä. Asiakkaat tarvitsevat monesti erilaisia palveluita.” (Haastattelu 3).

Peruspalveluissa huomioidaan stigma hoitoon hakeutumisen esteenä (Korkeila 2011) sekä hoitoon hakeutuminen, kun ongelmat ovat jo vakavan tasoisia (Aromaa 2011). Hyvin toimivissa peruspalveluissa huomioidaan päihde-, mielenterveys- ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaan oma suhtautuminen sairauteensa. Hyvin toimivissa peruspalveluissa asiakkaan asiointi toteutuu neutraaleissa ja asiakkaan toiveita vastaavissa tiloissa.

”[...] terveysaseman puolta niin siinä on tää vahvuus et se on kuitenkin suht neutraali mihin hakeudutaan.” (Ryhmä 1).

”Se on [.] niin luontevaa tulla sitten sinne [perusterveydenhuollon] käytävän [.] viimeeseen huoneeseen” (Ryhmä 2).

Hyvin toimivissa peruspalveluissa erilaiset liikkuvat ja muut työtavat mahdollistavat asiakkaan kohtaamisen hänen valitsemallaan tavalla.

”[...] niitäkin asiakkaita on, jotka taputtaa suuria karvasia käsiään yhteen päivittäin siitä, että saavat olla [YKSIKÖN] asiakkaita.” (Ryhmä 2).

Tulkintani mukaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisi olla lähtökohtaisesti osa ”normaalia” sosiaali- ja terveysasema toimintaa asiakkaan tarpeet huomioiden. Toisin sanoen erityisosaamisen omaavat ammattilaiset liikkuisivat sosiaali- ja terveysasemien sisällä ja välillä. Lähtökohtaisesti asiakas ei asioisi erillisessä mielenterveys- ja päihdeyksikössä. Toisaalta joissakin tapauksissa kulku

”erityisosaamisyksiköihin” tulisi mahdollistaa. Näillä toimilla hyvin toimivat peruspalvelut hälventäisivät mielenterveyshäiriöihin ja päihdeongelmiin liitettävää stigmaa. Integroitumisen merkitys on suuri. Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ovat nivoutuneet verkostomaisesti niin horisontaalisesti kuin vertikaalisesti.

Hyvin toimivissa peruspalveluissa asiakkaana ovat sairastuneet, mutta myös heidän läheisensä. Peruspalveluissa huomioitaisiin myös omaiset, ja heidän lisätuen tarve ja perhettä kuormittavat tekijät (Joutsenniemi 2011, 43).

” [...] silloin mää olin [...] omaisen näkökulmasta koska [...] oma lapseni [...] silloin tuli jotenkin semmonen hätä, suuri hätä [...].” (Haastattelu 3)

”Mä en edelleenkään tunnustanut sitä alkoholia. [...] Ja sit se oli oikeastaan mun [puoliso] [...] joka paljasti mut [...]. Mun [puoliso] sano [...] että hän juo.” (Haastattelu 1)

Peruspalveluissa huomioidaan, että toipumisessa on monia polkuja sekä palvelujärjestelmän sisä- että ulkopuolella, joihin mielenterveys- ja päihdeasiakas voi osallistua (Davidson & White 2007, 9). Toimivissa peruspalveluissa olisi käytössä depressio- ja päihdehoitajan työmalli (STM 2012). Depressiohoitaja on yhtä arvokas ja vaikuttava kuin sairaanhoitopiiriin uusi leikkausrobotti (Sailas 2011, 39). Hyvin toimivat peruspalvelut muotoutuvat asiakkaan tarpeen mukaan.

” [...] perustuu tämmöseen mallittomuuten et [...] ei oo valmiit toimintamalleja, vaan kun ihminen tulee tähän sisälle niin se [...] ohjautuu [...] täältä sit ett e...ei mittään valmista juttuu vaan [...] jo...jos tarvii useimman työntekijän tai useimpaan asiaan apua ni sit se [...] ohjautuu täältä sisältä, sillon tulee mukaan [...] muita työntekijöitä” (Ryhmä 2).

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaille tarjottaisiin palveluita yhteistyönä. Se tarkoittaisi tasa-arvoista kumppanuksellista yhteistyötä palveluissa (Oksanen 2011, 105). Muun muassa lääkärit, sairaanhoitajat, depressiohoitajat ja päihdeterapeutit toimisivat yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaan tarpeeseen.

”Mä oon ehdottanut asiakkaille et helpottaisko se sitä tai madaltaisko se sitä kynnystä, jos me kutsuttais se päihdeterapeutti sinne [perusterveydenhuollon] käytävälle tapaamiseen mukaan.” (Ryhmä 2).

Hyvin toimivissa peruspalveluissa erilaisten työmuotojen kokeilu ja mahdollistaminen nähdään tärkeänä leimautumisen ehkäisyssä. Asiakkaalla on todellinen valinnan vapaus ja vaihtoehtoja, hoitojärjestelmän on yllä pidettävä palvelutarjotinta, josta asiakas voi valita mieleisiä ja sopivia palveluja (Oksanen 2011, 105). Tällöin hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdeasiakas kokee tulevansa kuulluksi ja asioinnin turvalliseksi.

”[...] ne on kyllä onnistunu tos...tosi hyvin [...] asiakas kokee olonsa kauheen turvalliseksi ja just, et hän...hänet on kuultu, ja me saadaan [...] sillä tavalla sitte oltuun hänelle hyödyksi ja avuksi, et ne on [...] kauheen kivoi työtapoi, mitä täs on nyt kyl tullu, et sisäisesti on opittu tekemään työtä keskenämme. [...]” (Ryhmä 2).

Hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle kynnykset ovat matalia ja ammattilaisten välinen sekä ammattilaisten ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde on toimivaa.

”[...] [...] ja kans on paljon helpompaa, ku tässä voidaan luoda asiakkaan kanssa sopimus siitä, että [...] mä voin [keskustella] vaikkapa kaikkien asiantuntijoiden kanssa. Ne nimetään, ne asiantuntijat ja tietyllä tavalla tietyn aikaa voidaan jostain tietyistä asiasta käydä hyvin avoimestikin tässä keskustelua, niin tavallaan se lyhentää niitten [...] sitä toiminta-aikaa, jolloin saadaan apua sille ihmiselle, että tietyl tavalla (taustalla se ei oo niin jäykkää) ei se ole jäykkää.” (Ryhmä 2)

”kyl se on [...] [...] helpoo, että kun tuntee ne työntekijät, kun kuulutaan samaan tiimiin, niin sit pystyy [...] asiakkaalle luomaan sen turvallisen [...] ilmapiirin sen suhteen, et [...] se ei oo niin korkea kynnys käyttää niitä palveluita, mitä siellä on teillä tarjolla, et et se on [...] tosi luonnikasta ja monet [...] kokee sitä. Mä kuulen ainakin [...] pitkin vuotta useita kertoja, et asiakas kokee olonsa aika turvalliseksi, et jotenkin tulee semmonen tunne, että häntä on kuultu ja [...] hänet on nähty ja [...] hän saa sitä [...] mitä hän kokee savansa [...] apua.” (Ryhmä 2)

Hyvin toimivat peruspalvelut ovat tasavertaisia kaikille asiakasryhmille. Niissä on huomioitu asiakkaan asiointiosaaminen. Peruspalveluissa huomioidaa se, että hyvin koulutettu sekä ongelmansa ja tarpeensa selkeästi ilmaiseva asiakas saattaa saada toisenlaisen palvelun kuin näitä ominaisuuksia vailla oleva asiakas (Kokko 1990 ref. Lehto 2012).

”[...] mä itsekin työskennellenä sosiaalialalla ja paljon myöskin päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kanssa niin tota noin tiedän [...] asioista niin paljon, että osaan osasin hakeutua [huokaus] hoitoon ja kertoa myöskin [...] itsestäni sillä tavalla, että [...] päästiin hyvin hoidon alkuun [...] mutta kaikki ei varmaan siihen pysty [...].” (Ryhmä 1).

Hyvin toimivissa peruspalveluissa palvelut muotoutuvat asiakkaan lähtökohdista. Palveluita tuotetaan asiakkaita varten asiakkaan kokemuksta ja ammattilaisen asiantuntemusta yhdistämällä. Hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle laaditaan hyvä asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä hyväksymä palvelusuunnitelma. Hyvin toimivissa peruspalveluissa asiakas kohdataan kunnioittavasti ja läsnäolevasti.

”Tämmösessä kunnioittavassa keskustelussa löytyy se suunnitelma, joka vähän niin kun yhteinen suunnitelma [joka] (Ryhmä 1)

juuri näin

asiakkaan sen hyväksyy sitten myös myöskin sitten se hoitavataho” (Ryhmä 1)

”Aivan [.] normaalina ihmisenä kohdellaan, normaali älyisenä.” (Haastattelu 1)

Hyvin toimivissa peruspalveluissa pidetään palvelulupaus ja hyödynnetään asiakkaiden kokemuksia palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä.

”[...] No se ainakin, et että jos oikeesti laitetaan joku päivystysaika ...

... Mikä on netissä yleensä käytettävissä

... silloin sieltä pitää kyllä ihmisen vastata.” (Haastattelu 3)

Hyvin toimivissa peruspalveluissa asiakaslähtöisyys asettuu monimuotoisesti ja tilanne kohtaisesti. Keskusteluista ja haastatteluista tulkitseen asiakaslähtöisyyden asettuvan toiminnan periaatteena, arvona sekä yhteistyösuhteena – kumppanuutena. Lisäksi tulkitseen asiakaslähtöisyyden asettuvan ammattilaisen toimintana sekä huolenpitotehtävän toteuttamisena. Tulkitseen myös aineistoni antavan kuvan, että asiakaslähtöinen työtapa tuottaa positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle (Laitila 2010, tiivistelmä sivut). Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hyvin toimivissa peruspalveluissa jaetaan Raitakarin ym. (2012) sekä Anttosen ym. (2012) huomio asiakaslähtöisyydestä, jolloin voiman ja rohkeuden löytäminen aktiiviseen toimintaan vaatii ammattilaisen ja sosiaalisen verkoston tukea.

Asiakkaalla on oltava käytettävissään monimuotoisia avohoitoa tukevia palveluita (STM 2012). Hyvin toimivat peruspalvelut ovat nivoutuneet myös järjestöihin. Järjestöissä tuetaan omaisia ja asiakkaan kuntoutumista ja paranemista. Järjestöissä mahdollistuu yksilöllinen ja ryhmässä tapahtuva vertaistuki. Järjestöt tarjoavat myös yksilöllistä neuvontaa ja keskusteluapua. Järjestöt toimivat myös tarvittaessa ohjaavassa roolissa taikaisin perusterveydenhuollon pariin. Järjestöjen tehtävänä on tuottaa mielekästä tekemistä ja hyvää oloa arkeen. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ja vertaisneuvojan yhteistyö mielenterveysomaisten tukemisessa koetaan toivottavana (Koskinen ym. 2016). Vertaistukea on tarjottava aktiivisesti jo kuntoutumisen alkuvaiheessa oleville asiakkaille, siten myös jo kuntotuneet kokevat olevansa arvokkaita yhteiskunnan jäseniä, joilla on paljon annettavaa (Vuorela & Aalto 2011, 37).

”[...] tulee ihmiset yleensä sit vähän myöhemmin, et ei siinä akuutissa vaiheessa välttämättä, vaan ehkä enemmänkin sit, kun se paranemis- tai kuntoutumisprosessi on jollain tavalla jo lähteny käyntiin ja haetaan sitten niitä [...] erilaisia tukimuotoja on se sitten ihan sitä mielekästä tekemistä tai vertaistukee [...]” (Ryhmä 2).

Peruspalveluissa johtajuus on keskeisessä asemassa. Johtajuudelta odotetaan jämää arvojohtajuutta, selkeän suunnan osoittamista, aitoa halua lähteä viemään asioita eteenpäin ja resursseista huolehtimista. Johtamisessa tarvitaan tietoa ja johdon on varmistettava tämä tiedon saanti.

”Mä ymmärsin sen [] jämääkkyden sillä tavalla, että kerta kaikkiaan, niin kun annetaan käsky tehdä asiakaslähtöistä työtä ([] naurahtaa)”. (Ryhmä 1)

”Niin enemmän mä sitä just tarkotin, [...] et johdon pitää siin kohtaa [...] tuoda se vahva viesti tää on niin iso ja kallis ja inhimillisestikin ongelma, et se on kaikkien, se on [...] läpäistävä koko tää hyvinvointitoimiala tän asian hoitaminen.” (Ryhmä 1)

”no sellasta johtajuutta, et joku [...] uskaltaa [...] ruveta toimimaan ja sil tavalla, että ja uskaltaa [...] todellakin, että asioille pitää ruveta tekemään jotain jämäkkä ja rohkee ja semmonen [...] taistelee [...] sitä varten, että ja antaa mahdollisuudet ja kuuntelee niitä, jotka tekevät sitä työtä psykiatria ja koko sitä henkilökuntaa, et tieto kulkee [...] molempiin suuntiin.” (Haastattelu 2)

Hyvään johtajuuteen sisältyy henkilöstön osaamisen, tietojen, taitojen ja voimavarojen yhdistäminen parhaalla mahdollisella tavalla.

”mihin kaikkeen me pystytään, ku on [johtaja] joka nopeesti pystyy puuttumaan ja antaa neuvoja, opastusta”

Johtajilta odotetaan asiaosaamista, osallistumista, joustavuutta sekä kokonaisnäkemystä yli sektorirajojen.

”Siihen [...] täytyy olla mahollisuus, et [...] se on [...] semmost joustavaa johtamista, joka on myös asiakaskeskeistä johtamista [...]” (Ryhmä 1).

”Siis eli nää henkilöt täällä vaikuttavat itseohjautuvilta eikä heidän tarvii kysyy mitään mistään ainakaan mun tietääkseni eli hyvä johtajuus on sellaista joka ei näy asiakkaalle.” (Haastattelu 1)

”Viittaaks te nyt, että johtajalla tulee olla kuitenkin niinkun ä... mielenterveyspähdeasioiden (kommentit taustalta kyllä, juu, erikoisosaaminen) erikoisosaamista... (Haastattelija, Ryhmä 2)

”taustalta: [ryhmäläinen] ei niitä linjauksia voi tehdä, [ryhmäläinen] eikä näitä kehittämistä- [...] näitä visioita tulevaisuuteen tai muuta ja mihin meen kuuluisi keskittyä ja mihin panostaa. Niin kyllä mun mielestä siinä pitää nimenomaan olla sitä asiaosaamista johtajalla, et [...] mun mielestä sitä johtajaa tarvitaan myöski asiakasasioihin [...]” (Ryhmä 2)

Tulkintani mukaan hyvin toimivien peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdetyön johtamiseen kohdistuu moninaisia odotuksia. Johtajuudessa tulisi yhdistyä asia- ja ihmishdejohtaminen (Tuomiranta 2002). Johtajan odotetaan olevan mahdollistaja, innovaattori ja lobbari, tukija, tavoitteiden asettaja, valvoja, asiantuntija (Niiranen 1995) sekä verkonkutoja ja verkoston koordinoija (Virtanen 2011). Johtajuudelta odotetaan tilan antamista yhdessä tekemiselle. Johtamistyöltä odotetaan itsensä likoon laittamista (Aarva 2009). Lisäksi tulkitseen, että hyvin toimivissa peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaille toteutuu myös jaettu johtajuus (Sanerma 2009) ja itsensä johtaminen.

7 KESKUSTELUA JA POHDINTAA

Idealityyppikuvaus hyvin toimivista peruspalveluista mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen on siis mahdollinen, mutta ei välttämättä todennäköinen. Kyse on arvo- ja poliittisista valinnoista. Kuvaus onkin nähtävissä kantaaottavana vaikuttamistutkimuksen tuloksena hyvinvointipalveluiden järjestämisestä. Voimme aina kysyä itseltämme, minkälaisia valintoja olemme valmiita tekemään. Haluammeko palvelua, joka tuntuu eloonjäämiskamppailulta, jossa asioita ei uskalleta ottaa puheeksi tai niitä ei vain oteta puheeksi. Palvelun saamiseksi meiltä odotetaan osaamista, jota meillä ei ole. Vai haluammeko turvallista ja joustavaa toiveidemme mukaista palvelua, jossa huolen puheeksiottaminen on arvo. Eikö olisi oikeutettua käydä minkä tahansa sairauden kanssa samasta ovesta vilkuilematta taakseen ja ajatellen – eihän kukaan näe minua? Olemmeko valmiita myös itse tunnustamaan ja hyväksymään elämään kuuluvia ongelmia. Miltä tuntuisi asioida palveluissa, joissa kysyttäisiin, miten sinä voit, otettaisiin alkoholinkäyttö ja psyykinen hyvinvointi rohkeasti puheeksi? Olisiko selkeä sanainen palvelu kaikkien etu? Ongelmia kohdatessa olisi joku, joka lähtisi kulkemaan rinnalla ja käyttäisi ja antaisi aikaansa. Vai olisiko mieluisampaa asioidan palveluissa, joissa hoitomuodoksi ehdotetaan ”laita pullon korkki kiin, se on siinä”? Jokainen meistä voi tehdä valintoja.

Keskustelut sote -integraatiosta, valinnavapaudesta, maakuntauudistuksesta ovat juuri nyt ajankohtaisia, kun kirjoitan keskusteluosaa ja viimeistelen pro gradu -tutkielmani. Suuressa sote-integraatiossa tavoitteena on häivyttää ajattelu peruspalveluista ja erikoispalveluista. Lähipalveluista puhutaan edelleen. Lisäksi omassa asuinmaakunnassani käydään läpi paikallista integraatiota, kun Turun kaupungin psykiatrinen erikoissairaanhoido on fuusioitumassa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatriaan. Sairaanhoitopiirissä on myös ryhdytty kouluttamaan kokemusasiantuntijoita. Keskusteluissa painotetaan näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, ja järjestöjen ja julkisten sosiaali- ja terveystalouden kumppanuutta. Tutkielmani laadinnan aikana Turun kaupunkiin on perustettu kolme liikkuvaa mielenterveys- ja päihdetiimiä. Myös psyykkisesti sairastuneiden omaiset ovat huomioitu asuinmaakunnassani paremmin järjestöjen ja hoitavan tahon yhteistyönä. Hyviä asioita siis tapahtuu. Tutkielmani aikana minulle on herännyt huoli erityisesti päihdeongelman kohdanneista asiakkaista ja kaksoisdiagnoosiasiakkaista. Yksi huoli on myös siitä, miten varmistetaan ihmisten hoitoon pääsy pienillä syrjäisemmällä paikkakunnilla. Miten ihmisiä rohkaistaisiin ilmaisemaan huoltaan ja mahdollistettaisiin mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksiottaminen? Voisiko esimerkiksi perustaa matalan kynnyksen neuvontapisteitä

perusterveydenhuollon yhteyteen, joihin kaikki voisivat ilman ajanvarausta tulla keskustelemaan huolestaan, omasta tai läheisen mielenterveys-, päihde- tai mielenterveys- ja päihdeongelmaan liittyen. Vai ovatko ratkaisuna erilaiset internetpalvelut? Onko kaikilla internet?

Erityistä jatkotutkimusta ja kokemuksia tarvitaan esimerkiksi internetpalveluiden vaikutuksista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asemaan. Lisäksi tarpeen voisi olla tutkimus asiakkaiden ja työntekijöiden odotuksista sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisesta sekä peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdetyön integraatiosta muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asiakkailta kuin työntekijöiltä näyttää olevan kuitenkin selkeitä odotuksia johtamiselta. Mielenterveys- ja päihdeongelmat koetaan yhä leimaaviksi. Eikä ole selkeää kuvaa asiakkaalle parhaasta mahdollisesta asiointitavasta - leimautumatta.

LÄHTEET

Aalto, Mauri (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muumielenterveydenhäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007: 123: 1293 – 1298.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>. Viitattu 15.10.2016.

Aarva, Kim (2009) Hoiva ja hoidon lähijohtaminen. Väitöskirja. Terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/>. Viitattu 15.10.2016.

Alasuutari, Pertti (1989) Erinomaista, rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. TammerPaino Oy. Tampere.

Alasuutari, Pertti (2007) Yhteiskuntateoria ja inhimillinen todellisuus. *Gaudeamus*. TammerPaino, Tampere.

Anttonen, Anneli, Häikiö, Liisa & Valokivi, Heli (2012) Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anneli Anttonen, Arto Haveri, Juhani Lehto & Hannele Palukka (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla*. Tampere. Tampere University Press, 19-46.

Avolio, Bruce. J., Walumbwa, Fred. O. & Weber, Todd. J. (2009) Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, 421-449.

<http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>. Viitattu 15.10.2016.

Aromaa, Esa (2011) Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tutkimus* 69.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37001/978-952-245-525-3.pdf?sequence=1>. Viitattu 15.10.2016.

Aromaa, Esa & Wahlbeck, Kristian (2011) Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) *Irti häpeänleimasta*. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 73-85.

Axelsson, Runo & Axelsson, Susanna. B. (2006) Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75-88.

[PDF] [researchgate.net](https://www.researchgate.net) Viitattu 15.10.2016.

de Bruijn, Tuula. T (2006) Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen Lääkärilehti. Katsausartikkeli. 41/2006 vsk 61. s. 4219 – 4225.

Caring for Carers Survey (C4C 2014) LUCAS, the Centre for Care Research and Consultancy of the KU Leuven in collaboration with the European Federation of Families of People with Mental Illness (EUFAMI). <http://www.caringformentalhealth.org/region/finland>. Viitattu 15.10.2016.

Davidson, Larry & White, William (2007) The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. Journal of Behavioral Health Services and Research, Journal of Behavioral Health Services and Research, 34(2), 1094-3412.

<https://www.williamwhitepapers.com/pr/2007RecoveryasorganizingprincipleMentalHealth%26AddictionServices.pdf>. Viitattu 15.10.2016.

Ehnrooth, Jari (1990) Intuitio ja analyysi. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki. 30-41.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Eskola, Jarkko & Taipale, Vappu (2011) Mielenterveyspolitiikka terveyspolitiikan keskiöön. Yhteiskuntapolitiikka, 76, 181-191. <http://www.stakes.fi/yp/2011/2/eskola.pdf>. Viitattu 15.10.2016.

FINLEX® www.finlex.fi. Viitattu 15.10.2016

Grytten, Jostein. I. Skau, Irene & Sørensen, Rune. J. (2011) Do expert patients get better treatment than others? Agency discrimination and statistical discrimination in obstetrics. Journal of health economics, 30(1), 163-180.

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/93654/S%C3%B8rensen_JHE_2011.pdf?sequence=1. Viitattu 15.10.2016.

Harjajärvi, Minna., Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian. (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Merttu—Tutkimuksen Palvelukatsaus. StakesSuomen Kuntaliitto. Acta 187. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193568>. Viitattu 15.10.2016.

Heinimäki, Liisa (2014) Palvelut muutoksessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STTK) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 2/2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-107-5>. Viitattu 15.10.2016.

Heinimäki, Liisa (2013) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -mitä tapahtuu ehkäiseville palveluille?

http://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/seinajoenkaupunki/kaupunkikehitty/6JWRnef0n/Liisa_Heinamaki_Sosiaali- ja_terveyspalvelut_muutoksessa_Seinajoki_2.9.2013.pdf.

Viitattu 15.10.2016.

Heinimäki, Liisa (2011) Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 41/ 2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085514>. Viitattu 15.10.2016.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki University Press ja tekijät. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2003) Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Jyväskylä.

Holmila, Marja, Raitasalo, Kirsimarja, Autti-Rämö, Ilona & Notkola, Irma-Leena (2013) Päihdeongelmaisten äitien lapset. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2>. Viitattu 3.12.2016.

Honkasalo, Marja-Liisa. (2000) Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? s. 53 – 72. Teoksessa Terveyssosiologian suuntauksi Ilka Kangas, Sakari Karvonen & Annika Lillrank (toim.) Terveyssosiologian suuntauksia, 53-72. Gaudeamus, Helsinki.

http://viesverk.uta.fi/terveysviestinta/1b_Rakentuu_sosiaalisesti.pdf. Viitattu 15.10.2016.

Hyvönen, Senja (2004) Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 373. <http://tampub.uta.fi/>. Viitattu 15.10.2016.

Hänninen, Kaija (2007) Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakes. FinSoc. Raportteja 20/2007. Helsinki 2007. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210319566>. Viitattu 19.11.2016.

Inkeroinen, Tiia & Partanen, Airi (2006) Päihdepalvelujen tila 2005. Stakes, työpapereita 7/2006. Helsinki 2006. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/TP7_2006.pdf . Viitattu 19.11.2016.

Immonen, Tuula (2005) Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Stakes. Aiheita 15/2005.

https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77961/aiheita15_2005.pdf?sequence=1. Viitattu 19.11.2016.

Isohanni, Matti, Niemelä Solja, Moilanen Kristiina & Penttilä Matti (2015) Psykoosien hoito elämänkaaren aikana. www.potilaanlaakarilehti.fi. viitattu 19.11.2016.

Jalo, Niina (2013) Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa -opas. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala. Turku. Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Joutsenniemi, Kaisla (2011) Lähiomaiset ja häpeäleima. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeänleimasta. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 43-52.

Kaprio, Jaakko. (2003) Onko alkoholismi perinnöllistä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 119(24), 2514-2519. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93995.pdf>. Viitattu 19.11.2016.

Kaskela, Teemu, Pitkänen, Tuuli, Valkonen, Jukka & Kaikkonen, Risto (2015) Työikäiset eläkeikäisiä useammin mielenterveys- tai päihdehoidon kynnyksellä. Tiimi 2/2015, s. 26-27 <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/tiimi215.pdf> Viitattu 19.11.2016.

Kela (2015) Tilasto Suomen eläkkeensaajista. Kansaneläkelaitos. Eläketurvakeskus. Helsinki. Yliopistopaino. http://www.etk.fi/wp-content/uploads/Tilasto_suomen_elakkeensaajista_2014.pdf. Viitattu 21.11.2016.

Kiikkala, Irma (2000) Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 112–121.

Korkeila, Jyrki, Joutsenniemi, Kaisla, Sailas, Eila & Oksanen, Jorma (2011) Lukijalle. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeänleimasta. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 8-11.

Korkeila, Jyrki (2011) Mitä häpeänleima on? Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeänleimasta. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 20-31.

Koskinen, Samuli, Ranta, Jussi. & Uutela, Pinja. (2016) Mielenterveysomaisten tuki 2020. RAPORTTI Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami ry ja Auttava omaisen -projekti

Delfoi-arviointitutkimus mielenterveysomaisille tarjottavan tuen mahdollisuuksista Varsinais-Suomen alueella vuonna 2020. Julkaisija Metodix Oy. <https://metodix.fi/>. Viitattu 19.11.2016

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Laitila, Minna (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä -fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio.http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys_ja_paihdytyossa._Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf. Viitattu 19.11.2016.

Lind, Marjusie (2007) Asiakaslähtöisyys yritysasiakkaille suunnatussa verkkopalvelussa-Case Pohjola Oyj. Pro gradu -tutkielma.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78306/gradu02042.pdf?sequence=1>. Viitattu 22.11.2016.

Mielenterveystalo.fi. Viitattu 19.11.2016.

Miettunen, Jouko (2015) Miten suomalaiset voivat psyykkisesti? www.potilaanlaakarilehti.fi viitattu 19.11.2016.

Mikkonen, Antti (2011) Kaarinan mielenterveys- ja päihdeyksikkö – mielenterveys- ja päihdehoitoa perusterveydenhuollossa matalalla kynnyksellä yhden oven periaatteella. Teoksessa Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, & Veijo Nevalainen (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos Raportti 6/2011. Tampere. 90-97.

Mäkelä, Klaus (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki. 42-61.

Nevalainen, Veijo (2010) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sari Kauppinen (toim.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalvelujen tila 2010 - raportin tausta-aineisto. THL 2010. 46 – 48. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085435>. Viitattu 19.11.2016

Niiranen, Vuokko (1995) Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Sosiaaliturvan keskusliitto. Helsinki. RT-Paino.

Niiranen, Vuokko, Seppänen-Järvelä, Riitta, Sinkkonen, Merja & Vartiainen, Pirkko (2010) Johtaminen sosiaalialalla. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinna Raamatutrukikoda 2011.

Niiranen, Vuokko (2012) Sosiaalijohdon työn strategisuus ja moniulotteisuus. Teoksessa Vuokko Niiranen & Markku Hänninen Sosiaalitoimen johtajat kunnissa. Acta nro, 234. Itä-Suomen Yliopisto. Helsinki. Suomen Kuntaliitto. 32-48.

Nyman, Markku & Stengård, Eija (2001) Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki.

Oksanen, Jorma (2011) Tavoitteena toipuminen. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeänleimasta. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 103-107

Partanen, Markus, Jalo, Niina. & Ahola, Hanna 2013 PPPR Turun hanke – piloteista koko kaupungin toimintamalliksi. Kehittämissosioiden esittelyt. Turku.pdf. Viitattu 3.12.2013. (Julkaisematon lähde).

Piispa, Minna (2013) Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2>. Viitattu 3.12.2016.

Pirkola, Sami, P., Isometsä, Erkki, Suvisaari, Jaana, Aro, Hillevi, Joukamaa, Matti, Poikolainen, Kari, Koskinen Seppo, Aromaa, Arpo & Lönnqvist, Jouko, K. (2005) DSM-IV mood-, anxiety-and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40(1). Steinkopff Verlag. 1-10.

<http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-005-0848-7>. Viitattu 20.11.2016.

Pekkarinen, Elina (2010) Sosiaalialan arvojohtajat ja muutoksen managerit: Laadullinen katsaus sosiaalialan johtamisen tutkimuksesta. Avauksia/Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL);: 7/2010 (2010). <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/80260/c36d8dc8-fca6-46e6-95ec-78a8efb6a626.pdf?sequence=1>. Viitattu 22.11.2016.

Peltonen, Tuomo (2007) Johtaminen ja organisointi – teemoja, näkökulmia ja haasteita. Keuruu. KY-Palvelu Oy.

Pärnä, Katariina (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina –lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Sarja C, osa 341. Turun yliopisto. Turku. Uniprint Oy.

Raitakari, Suvi, Juhila, Kirsi, Günther, Kirsi, Kulmala, Anna & Saario, Sirpa. (2012) Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja

huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anneli Anttonen, Arto Haveri, Juhani Lehto & Hannele Palukka (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Tampere. Tampere University Press. 47-80.

Rush, Brian & Nadeau, Louise (2011) "Integrated service and system planning debate." Responding in Mental Health-Substance Use. London: Radcliffe Publishing Ltd (2011): 148-175.

<https://books.google.fi/>. Viitattu 2.12.2016.

Rush, Brian, Fogg, Barry, Nadeau, Louise & Furlong, April (2008) On the integration of mental health and substance use services and systems: Main report. Canadian Executive Council on Addictions. <http://www.ceca-cect.ca/pdf/Main-reportFINALa.pdf>. Viitattu 19.11.2016.

Sanerma, Päivi (2009) Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.

Sailas, Eila (2011) Häpeäleima terveydenhuollossa. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeänleimasta. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 38-42.

Solantaus, Tytti (2006) Vanhemman masennus ja lapset. Teoksessa Liisa Hokkanen & Maritta Sauvola (toim.) Puhumattomat paikat, puheenvuoroja perheestä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulu. 230 – 249.

http://www.sosiaalikallega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/Julkaisu_22.pdf#page=231. Viitattu 19.11.2016.

Solantaus, Tytti & Paavonen, E. Juulia (2009) Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 125(17):1839-44.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98270. Viitattu 20.11.2016.

Stenius, Kerstin, Kekki, Tuula, Kuussaari, Kristiina. & Partanen, Airi. (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77, 2/2012, (167 – 175). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117922>. Viitattu 19.11.2016.

STM (2012): Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2012:24: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>. Viitattu 19.11.2016.

STM tiedote: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/>, luettu 25.3.2012

Sulkunen, Pekka (1990) Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki. 264-285.

Suojasalmi, J. (2009) Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa -esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämistä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-7205.pdf. Viitattu 3.12.2013.

Taipale, Raila (2013) Päihderiippuvuus on sairaus. Myllyhoito lehti 1/2013.

<http://www.myllyhoito.fi/paakirjoitus/256-paeihderiippuvuus-on-sairaus>. Luettu 15.3.2016

Takala, Janne & Roine, Mira (2013) Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholinkäytöstä. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2>. Viitattu 20.11.2016.

Tavast, Marjo (2012) Autenttisen ja transformationaalisen johtamisen yhteys alaisten hyvinvointiin. Psykologian Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-22315>. Viitattu 19.11.2016.

Tuomiranta, Mirja (2002) Lääkärijohtaja-lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5291-7>. Viitattu 19.11.2016.

Ratkaisujen Suomi, Pääministeri Juha Sipilän Hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015.

Hallitusohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>. Viitattu 14.2.2016.

Valtonen, Anu (2005) Ryhmäkeskustelu – millainen metodi? Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere. Vastapaino. 223-241.

Virtanen, Petri, Suoheimo, Maria, Lamminmäki, Sara, Ahonen, Päivi & Suokas, Markku (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekes katsaus 281/2011.

Helsinki. <http://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>. Viitattu 19.11.2016.

Vuokko, Pirjo (2008) Nonprofit-organisaation markkinointi. Power Point -esitys. Turun Kauppakorkeakoulu. <http://docplayer.fi/5858125-Nonprofit-organisaation-markkinointi-dosentti-pirjo-vuokko.html>. Viitattu 3.12.2016.

Vuorela, Mika & Aalto, Inkeri (2011) Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeänleimasta. Helsinki. Kustanus Oy Duodecim. 2011. 32-37.

Walls, Georg (1982) Health Care and Social Welfare in Cooperation. Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research 48. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 1982.

Warpenius, Katariina, Holmila, Marja, Karlsson, Thomas. & Ranta, Jussi (2015) Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2025 – ennakointitutkimus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos raportti 5/2015. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

LIITE 1: Ryhmäkeskusteluiden ja haastatteluiden teemakysymysten runko

- a) Milloin ja missä tilanteessa ihminen tarvitsee mielenterveys- ja päihdepalveluja? Mitä on olla asiakkaana peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdepalveluissa?
- b) Mitä on mielenterveystyö ja päihdetyö peruspalveluissa? Mitä tehdään käytännössä, kun tehdään mielenterveys- ja päihdetyötä peruspalveluissa?
- c) Mitä on asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdepalveluissa? Mikä on sen merkitys palveluissa?
- d) Ovatko mielenterveys- ja päihdepalvelut sovitettavissa yhteen ja miten? Mikä on ja olisi integraation merkitys? Miten yhteensovittamista tulisi toteuttaa?
- e) Mitä on mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtaminen ja johtajuus? Mikä on sen merkitys?

LIITE 2: Raportissa käytettyjen merkintöjen selitykset

- H viittaa haastattelijaan
- K viittaa ryhmäkeskusteluun osallistuneeseen keskustelijaan. Raportin tekstissä käytän ilmaisuja ryhmäkeskustelu, ryhmä tai keskustelija, kun viitataan ryhmäkeskustelijoihin. Keskustelijat olen numeroinut juoksevasti K1...K14.
- Haastattelu 1, haastattelu 2 ja haastattelu 3 viittaavat yksilöhaastatteluihin.
- Lainauksen lopussa (Ryhmä 1) -merkintä kertoo lukijalle, mistä ryhmäkeskustelusta (Ryhmäkeskusteluja oli kaksi) lainaus on esitetty.
- Lainausten välillä ... -merkintä viittaa lainausten etäisyyteen toisistaan keskustelun tai haastattelun kulussa; yhdellä pisteellä tarkoitetaan, että raporttiin liitettyjen lainausten välistä on otettu pois yksi tai kaksi jonkun toisen keskustelijan vastausta; mikäli pisteitä on kolme, niin vastauksia on otettu pois kolme tai enemmän.
- [] -hakasulkujen väliin olen litteroinut taustalta kuuluvia huomautuksia tai kommentteja; esimerkiksi [taustalla toteamusta joo, kyllä]. Hakasulkujen väliin olen myös muuttanut ilmaisuja sekä merkinnyt epäselvät ilmaisut sellaisena kuin ne olen kuullut.
- () -sulkujen väliin on sijoittanut omia kommenttejani, joita haluan raportissa esittää. Esimerkiksi (en saa selvää) -merkintä viittaa siihen, että en ole kuullut puhetta useista kuuntelukerroista huolimatta.
- [...] -merkki viittaa siihen, että litteroidusta tekstistä on otettu useampi sana tai lause pois, kun lainaus on tuotu raporttiin.
- kolme katkoviivaa --- merkintä tarkoittaa sitä, että seuraava lainaus on eri haastattelusta tai ryhmäkeskustelusta.
- [.] -merkillä on poistettu vähemmän kuin kolme sanaa tai lainauksesta on poistettu erilaisia puheeseen sisältyviä täyteilmaisuja, kuten esimerkiksi ”niinku”, ”totanoin” tai puheessa ilmaantuvia toistoja, kuten esimerkiksi ”ei, ei, ei” tai ”että, että, että”.
- Olen korjannut litteroitua tekstiä yleiskielen suuntaiseksi tarpeen mukaan, jos olen katsonut sen olevan tarpeellista esimerkiksi puhujan anonymiteetin suojaamisessa tai luettavuuden lisäämiseksi.
- Luvussa 6 esitettyihin lainauksiin olen merkinnyt vain mistä haastattelusta tai ryhmäkeskustelusta on kyse.