

**MARI-ANNA MÄNNIKKÖ**

**MITÄ JÄRJESTÖT TEKEVÄT MIELENTERVEYSJÄRJESTELMÄSSÄ?**

**- Järjestöjen toiminta suhteessa julkisen sektorin toimintaan**

Pro gradu tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Politiikan tutkimuksen laitos  
Mari-Anna Männikkö  
Toukokuu 2008

Tampereen yliopisto

Politiikan tutkimuksen laitos

**MÄNNIKKÖ, MARI-ANNA:** Mitä järjestöt tekevät mielenterveysjärjestelmässä? – Järjestöjen toiminta suhteessa julkisen sektorin toimintaan

Pro gradu - tutkielma, 61 sivua

Valtio-oppi

Toukokuu 2008

Avainsanat: Sosiaali- ja terveysjärjestöt, Raha-automaattiyhdistys, julkinen sektori, mielenterveysjärjestelmä

---

Tämä pro gradu -tutkielma käsittelee Suomen mielenterveysjärjestelmää järjestöjen näkökulmasta. Aineistona on Raha-automaattiyhdistyksen projektirekisterin projektiselosteet, jotka hakusana mielenterveystyö tuotti Ray:n projektirekisteristä. Haku tuotti yhteensä 95 projektiselostetta vuosilta 2000-2005.

Pro gradu -tutkielmani aihe on ajankohtainen erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutoksen ollessa käynnissä. Palveluiden rakennemuutokset ovat alkaneet jo laman aikana rahoituspohjan pienennettyä ja jatkuvat edelleen. Tutkielmani viitekehys muodostuu tästä kontekstista. Miten mielenterveyspalveluita järjestetään nykyisessä järjestelmässä ja mikä nähdään järjestöjen paikaksi järjestelmässä. Teoria osuudessa tarkastelen myös Suomalaista järjestökenttää omaleimaisine piirteineen ja yleisemmällä tasolla kansalaisyhteiskunnasta käytyä keskustelua. Mielenkiintoisen tästä tutkimuksesta tekee se, että järjestöjen näkökulmasta aihetta ei juuri ole aiemmin tarkasteltu.

Tutkimusmenetelmänä työssä käytetään kvalitatiivista sisällön analyysiä ja pienemmässä mittakaavassa kvantitatiivista sisällön erittelyä. Järjestin aineistoni pää- ja alaluokiksi pohtien tulos osuudessa tarkemmin luokkien sisältöä. Sisällön erittelyn keinoin esitän luokkien prosentuaaliset osuudet, joiden avulla tuloksien esittäminen helpottuu ja ymmärrys järjestökentän roolista selkiintyy.

Keskeisimpinä tuloksina aineistosta nousi järjestöjen tuotoksien sijoittuminen hoitoon, tietoon, tukeen ja ennaltaehkäisyyn. Projektiselosteiden perusteella mielenterveystyönkentällä järjestöt tuottavat eniten hoitopalveluita. Toiseksi suurimman luokan muodostaa tieto. Järjestöt jakavat tietoa, kehittävät uutta, kouluttavat ja kartoittavat tarvetta. Kolmas järjestökentän tehtävä on vapaaehtoisten ja omaisten tukeminen ja neljäs, pienin luokka on ennaltaehkäisy. Toisena kokonaisuutena analyysissä huomioon projektiselosteista ilmenevät perustelut, miksi projektit tulee toteuttaa. Perusteluista esille nousivat rajalliset resurssit, ehkäisy, yhteiskunnassa selviäminen, yhteistyön kehittäminen, palvelua ei ole tarjolla tai sitä on liian vähän, kokemus ja tutkimustulokset ja viimeisenä laitoskierteen katkaisu. Nämä luokat nostavat esille järjestöjen näkemyksen mielenterveysjärjestelmän ongelmakohdista.

Johtopäätöksissä tuon esille Ray:n avustusstrategian päälinjaukset, jotka ovat ennaltaehkäisyn ja heikommassa asemassa olevan väestön painottaminen myönnettäessä avustuksia. Mielenkiintoista on kuitenkin, että omissa tuloksissani ennaltaehkäisevät projektit ovat pienin tuotos hoidollisten muodostaessa suurimman osan järjestöjen tarjonnasta.

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
1.1. Tutkielman lähtökohdat ja tavoite.....	1
1.2. Tutkimuskysymykset.....	5
1.3. Tutkielman rakenne.....	6
<b>2. TEORIAOSUUS</b> .....	7
2.1. Keskeiset käsitteet.....	7
2.1.1. Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt.....	7
2.1.2. Mielenterveystyö.....	7
2.2. Mielenterveyspalveluiden tuottaminen.....	8
2.3. Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatusuositus.....	12
2.4. Näkemyksiä kansalaisyhteiskunnasta.....	13
2.4.1. Näkökulmana kolmas sektori, kansalaisyhteiskunta ja vapaaehtoissektori.....	14
2.5. Järjestötoiminta Suomessa.....	19
2.5.1. Sosiaali- ja terveysalan järjestöt.....	20
2.5.2. Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustusstrategia.....	23
2.5.3. Julkinen sektori ja kolmas sektori rinnakkain kuntalaisten hyvinvoinnin tuottajina.....	27
<b>3. TUTKIMUKSEN METODOLOGIA</b> .....	34
3.1. Sisällönanalyysi.....	34
3.2. Tutkimusaineisto ja tutkimuskysymykset.....	38
<b>4. TULOKSET</b> .....	41
4.1. Järjestöt tiedon tuottajina.....	43
4.2. Järjestöt hoidon tuottajina.....	46
4.3. Järjestöt tuen antajina.....	48
4.4. Järjestöt ennaltaehkäisijöinä.....	50
4.5. Järjestöjen perusteluja projektien tarpeellisuudesta.....	51
4.5.1. Rajalliset resurssit.....	52
4.5.2. Ehkäisevät projektit.....	53
4.5.3. Yhteistyön kehittäminen.....	53
4.5.4. Yhteiskunnassa selviäminen.....	54
4.5.5. Kokemus ja tutkimustulokset perusteena.....	54
<b>5. JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	56
5.1. Järjestöissä hoito korostuu, ennaltaehkäisy jää taka-alalle.....	56
5.2. Tiedon rakentumisen monet jännitteet järjestötoiminnassa.....	58
5.3. Tutkimuksen arviointia.....	60
<b>LÄHTEET</b> .....	62

## Graafiset esitykset

### Kuvat ja taulukot:

<b>Kuva 1:</b> Projektit 2000-2005.....	42
<b>Kuva 2:</b> Tietoon liittyvien projektien osuudet. ....	46
<b>Kuva 3:</b> Kuntoutumisen ja sairastamisen jakaantuminen hoitoon liittyvissä projekteissa.....	48
<b>Kuva 4:</b> Tukitoimien kohdentuminen omaisille ja vapaaehtoisille.....	49
<b>Taulukko 1:</b> Projektien toimintamuodoista muodostetut luokat. ....	43
<b>Taulukko 2:</b> Perustelut projektien toteuttamisesta. ....	51

# 1. JOHDANTO

## 1.1. Tutkielman lähtökohdat ja tavoite

Sanoma- ja aikakauslehtien palstoilta on saanut lukea mielenterveysongelmia käsitteleviä kirjoituksia. Mielenterveysongelmat, niiden hoito ja laajemminkin sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet erityisen pinnalla lehdistössä kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä. Mielenterveyspalveluiden saatavuudesta on myös kirjoitettu jo 1990-luvun lamasta lähtien, jolloin hoitojärjestelmiä uudistettiin rahoituspuolelta pienemmissä määrin. Ongelmana on nähty laitoshoidosta siirtyminen avohoitoon. Avohoito vastaa riittämättömästi tarpeisiin ja hoitoon pääseminen koetaan ongelmallisena. Seuraavassa on esimerkki kyseisestä kirjoittelusta Helsingin Sanomista.

Psykiatrisista sairaalapaikoista on parin viime vuosikymmenen aikana hävinnyt kaksi kolmasosaa, yli 4000 sairaansijaa. Kun hoitopaikkoja alettiin vähentää 1980-luvulla, tarkoituksena oli, että säästyneet varat siirrettäisiin avohoitoon. Toisin kävi [...]. (Väliaho 2005.)

Tarkasteltuani mielenterveyspalveluihin liittyvää julkista kirjoittelua huomioin keskustelun olevan runsasta järjestöjen roolista ja Raha-automaattiyhdistyksestä. Esimerkiksi Riitta Särkelän mielipidekirjoitus Helsingin Sanomissa (14.10.2005) käsittelee sosiaali- ja terveysjärjestöjen roolia palvelujen tuottajina ja miten hänen mielestään järjestöjä ollaan laittamassa taloudellisesti tiukalle verotuksen tiukentamisen, palvelujen kilpailuttamisen ja Raha-automaattiyhdistyksen lopettaessa useiden palveluiden rahoitusta. Näitä keskusteluja seurattessani kiinnostuin järjestöjen roolista mielen-terveyden kentällä. Mietin järjestöjen roolia mielenterveysjärjestelmässä ja Raha-automaattiyhdistyksen suhdetta järjestöihin. Järjestöjen ja raha-automaattiyhdistyksen suhteesta on kirjoitettu lähinnä populaaritekstejä, mutta niukalti tutkimuksia. Tällaisessa tilanteessa innostuin tutkimaan järjestöjen näkemyksiä suomalaisen mielenterveysjärjestelmän tilasta ja muutostarpeista. Järjestöt kuvaavat mielenterveysjärjestelmän tilaa projektihakemuksissaan Raha-automaattiyhdistykselle. Yhteiskunnallinen järjestelmä nähdään projektihakemuksessa puutteelliseksi ja siihen pyritään saamaan muutosta toteutettavan projektin keinoin. Tutkimuksen aineistona ovat järjestöjen projektihakemukset, joilla sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat hakeneet projektirahoitusta Ray:lta. Hakemuksia tarkastellaan tässä tutkielmassa dokumentteina.

Tutkielman näkökulmana on, että järjestöt kolmannen sektorin toimijoina ja julkinen sektori ovat osa kansalaisyhteiskuntaa. Kansalaisyhteiskunnissa tuotetaan nykyisellään myös mielenterveyspal-

veluita. Tällä toiminta-alueella järjestöjen roolia on pidetty erityisen keskeisenä, koska mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden oma toimintakyky on usein heikentynyt. Yksi näkökulma tarkastella järjestöjen toimintaa on kansalaisten asemaan liittyvää vaikuttamisen näkökulma. Järjestöjen rooleja tarkasteltaessa on yhtenä järjestöjen tehtävänä pidetty juuri jäsenistön edunvalvontaa. Järjestöjen kautta on saatu eri ryhmien ääniä kuuluviin. Yksittäisenä kansalaisena on vaikeampi lähteä muuttamaan havaitsemiaan yhteiskunnan epäkohtia kuin samalla tavalla ajattelevien henkilöiden kanssa.

Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt ovat itsessään tutkimuksen arvoisia ilmiöitä. Mielenterveyshäiriöitä on ollut 1990-luvulta lähtien olleet työkyvyttömyyseläkkeiden yleisin syy. (Pirkkola ja Sohlman (2005, 32.) Suomessa mielenterveyden häiriöt ovat kohonneet sydän- ja verisuonitautien lisäksi kansantautien joukkoon. Mielenterveyden häiriöitä on tarpeen tarkastella usean eri hallinnonalan näkökulmasta. Ne ovat nykyisellään muun muassa merkittäviä työvoima-, sosiaali- ja terveystaloudellisia kysymyksiä. Psykkisesti sairastuneet eivät ole enää vain marginaaliin kuuluva ryhmä, vaan mielenterveyden häiriöistä kärsivien määrän lisääntyessä tulee asiaa tarkastella laajempaan yhteiskuntapoliittiseen kysymykseenä.

Sekä populaarijulkaisuissa että tieteellisissä teksteissä on kritisoitu suomalaista mielenterveysjärjestelmää sinne osoitettujen resurssien riittämättömyydestä. On kirjoitettu, että mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet, mutta laman seurauksena palveluiden rahoituspohja on vähentynyt. Lamaa seuranneen rahoituspohjan supistumisen seurauksena oli välttämätöntä uudistaa palvelurakennetta. Palvelurakennetta uudistettiin suunnittelemttomasti ja uudistukset kulkivat omia raiteitaan hallitsemattomana. Uudistusten seurauksena heikoimmassa asemassa olevat ryhmät kuten mielenterveyspalveluiden käyttäjät joutuivat entistä heikompaan asemaan. (Leppo 1996, 9-13.) Psykkisesti sairastuneiden poliittiset vaikuttamismahdollisuudet ovat vähäiset ja institutionaalinen suoja on heikko.

Mielenterveysjärjestelmässä tapahtuneet muutokset ovat yhteiskunnalle monella tapaa merkittäviä. Olisikin tärkeää käydä aina perusteellista keskustelua palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan muutoksista. Olisi tärkeää huomioida, miten muutokset tapahtuvat yhteiskunnassa ja millaista keskustelua muutoksista käydään. Enemmän on tutkittu myös sitä, millä tavalla rahoituksen supistuminen ja palvelurakenteen muutos ovat vaikuttaneet julkisen sektorin palveluihin. Terveystaloudellinen tutkimus, jossa kuuluisi palveluiden käyttäjien näkökulma, on jäänyt melko vähäiseksi. Sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja niitä tuottavat järjestöt ovat tärkeä osa kansalaisyhteiskuntaa, mutta heidän kokemuksiaan esittelevä tutkimusnäkökulma on jäänyt myös jäänyt melko vähäiseksi. Tässä tutkimuk-

nessa paneudutaan juuri tähän järjestöjen näkökulmaan. Ideologisesti demokraattisessa yhteiskunnassa kansalaisten ja kansalaisryhmittymien eli järjestöjen merkitys on suuri.

Rahoituskysymys on koskettanut niin julkisia palveluita kuin kansalaisyhteiskunnan rahoituspohjaa. Raha-automaattiyhdistys on Suomessa suurin sosiaali- ja terveysalan järjestöjen rahoittaja. Maailmanlaajuisesti arvioituna suomalainen rahapelitoiminta ja siitä kertyvien voittojen ohjaaminen sosiaali- ja terveysalan järjestöille on ainutlaatuista. Ray siis rahoittaa pääsääntöisesti suomalaisten sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaa. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan mielenterveysjärjestöjen toimintaa, jotka ovat hakeneet Ray:ltä projektiavustusta.

RAY:n vuosittainen tuotto jaetaan avustuksina sosiaali- ja terveysjärjestöille. RAY:n tuotot kertyvät peliautomaattien, kasinopelien ja kasinon pelitoiminnan tuotoista. Tuotosta RAY maksaa arpajaisveroa valtiolle ja peliautomaateista sekä kasinopeleistä yrittäjille sijoituspaikkamaksua. (RAY 2006a.) Raha-automaattiyhdistys myöntää avustuksia vain järjestöille joiden auttamistyö ei sovi markkinaehtoiseen tuotantoon ja palveluiden kysyntä ei riitä yritystoiminnan kannattavuuteen. RAY pyrkii siis välttämään päällekkäisyyksiä avustustoiminnassa. Sellaiset palvelut, joita jo tuotetaan kunnan tai yrityksen kautta eivät ole oikeutettuja RAY:n tukiin. (RAY, 2005b.)

Vuonna 1933 annettiin asetus, joka antoi hyväntekeväisyysjärjestöille yksinoikeuden raha-automaatteihin. Vuonna 1937 annettiin uusi asetus, jossa pelitoiminnan harjoittaminen annettiin Raha-automaattiyhdistyksen yksinoikeudeksi. Raha-automaattiyhdistyksen perustivat kahdeksan hyväntekeväisyysjärjestöä ja valtio yhdessä. Perustajajärjestöt olivat Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen Kaasusuojeluliitto, Suomen Punainen Risti, Koteja Kodittomille Lapsille ry, Suomen Meripelastusseura, Työläisäitien ja Lasten Kotiyhdistys ry, Vapaussodan Invalidien Liitto ja Virantoimituksessa loukkaantuneiden tai surmansa saaneiden poliisitoimihaltijoiden sekä heidän perheittensä avustamisyhdistys ry. Näistä perustajajärjestöistä vain kaksi viimeksi mainittua on lopettanut toimintansa. Muut järjestöistä toimivat edelleen, vaikka hieman eri nimillä. Vuonna 1938 aloitti toimintansa RAY, jonka tehtävänä oli hankkia varoja kansanterveyden edistämiseen peleistä saatavilla tuotoilla. Vuonna 1962 RAY:stä annettiin asetus, minkä perusteella siitä tuli julkisoikeudellinen yhdistys. (RAY, 2005a.)

Ray:n organisaatio koostuu hallituksesta, järjestöistä, johtokunnasta ja henkilöstöstä. Jäsenjärjestöjä on tällä hetkellä 98 ja ne käyttävät ylintä toimintavaltaa yhdistyksen kokouksessa, joka kokoontuu kerran vuodessa. Hallituksen tehtävä on panna täytäntöön ja valmistella yhdistyksen kokouksen

päätökset, hyväksyä seuraavan vuoden toimintasuunnitelma ja talousarvio, järjestää avustusten käytön valvonta ja tehdä yhdistyksen tuotoista jaettavien avustusten jaosta valtioneuvostolle ehdotus. Hallituksen toimikausi kestää kolme vuotta ja siihen kuuluu seitsemän yhdistyksen kokouksen valitsemaa jäsentä ja seitsemän valtioneuvoston määräämää jäsentä. Sosiaali- ja terveysministeriöstä, sisäasianministeriöstä ja valtiovarainministeriöstä tulee olla yksi edustaja valtioneuvoston määräämiin jäseniin. RAY:n käytännön toiminnasta ja kehittämisestä vastaa johtokunta. Johtokunta myös valmistelee hallituksessa käsiteltävät asiat ja panee täytäntöön hallituksen päätökset. RAY:n henkiöstöön kuuluu yhteensä 1616 henkilöä, joista osa on osa-aikatyössä. (Ray 2005a.)

Laki raha-automaattiavustuksista (1056/2001) säättää avustusten myöntämisen yleisistä edellytyksistä, tarkoituksenmukaisuus- ja tarpeellisuusharkinnasta ja muun julkisen rahoituksen huomioimisesta. Laissa edellytetään avustusten myöntämisen olevan perusteltua avustuksen käytölle esitettyjen tavoitteiden kannalta ja avustuksen tarpeellisuutta harkittaessa tulee huomioida hakijan käytössä olevat varat ja toiminnasta saatavat tuotot, jotta avustus ei aiheuta vähäistä suurempaa kilpailua tai markkinoiden toimintaa vääristävä vaikutusta. (RAY 2002, 6.)

RAY:n avustus ja pelitoimintaa valvotaan tarkasti. Sisäasianministeriö esittää rahapelien säännöt ja enimmäismäärän valtioneuvostolle päätettäväksi. Ministeriö valvoo myös pelitoiminnan lainmukaisuutta. RAY:n avustustoimintaa valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. RAY:N tulee toimittaa ministeriölle raportti avustusten käytön valvonnasta ja seuraavan vuoden suunnitelma valvonnasta kerran vuodessa. RAY:llä on oma avustusosasto, jossa valvotaan ja tarkastetaan avustusten käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriö ja RAY sopivat vuosittain avustustoiminnan tulostavoitteen ja se kirjataan valtion tulo- ja menoarvioon. (RAY 2006b.) Sosiaali- ja terveysministeriöllä on keskeinen osa pelitoiminnan tuottojen jakamisessa Ray:n kautta. Ray:n ollessa monien sosiaali- ja terveysjärjestöjen pääasiallinen tukija voidaan havaita kiinteä yhteys valtion ja järjestöjen välillä.

RAY:n toiminta kytkeytyy siis osaksi Suomen sosiaali- ja terveystaloudellista toimintajärjestelmää toimiminen välillisesti tukemalla yleishyödyllisten yhteisöjen toimintaa. Tällä perusteella avustustoimintaa halutaan painottaa toimintoihin ja hankkeisiin, jotka tukevat ja edistävät kansalaisten omaa aktiivisuutta, itsenäistä selviytymistä ja elämänhallintaa. RAY:n avustukset ovat harkinnanvaraisia julkisia avustuksia, joten millään yhteisöllä ei ole avustukseen erityistä oikeutta. Yhteisöjen tasapuolinen ja yhdenvertainen kohtelu on avustusten myöntämisen hyväksyttävyyden edellytys. RAY:n tavoitteena on ohjata järjestöjä päämäärätietoisempaan ja tavoitteellisempaan toimintaan,

joten tulosten seurantaan, arviointiin ja raportointiin kiinnitetään erityisesti huomioita. (RAY 2002, 4.)

Raha-automaattiyhdistys on merkittävä osa Suomen sosiaali- ja terveystaloutta rahoittajan ominaisuudessa ja linjatessaan järjestötoiminnan sisältöjä. Järjestöjen ajatellaan nostavan esiin järjestelmän epäkohtia ja toimivan jäsenien edunvalvojina. Pohtiessani mahdollisia tutkimusaineistoja valitsin Ray:n, koska sillä on merkittävä rooli suomalaisessa mielenterveysjärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysjärjestöistä ja RAY:stä niiden tärkeimpänä rahoittajana muodostavat järjestömuotoisen mielenterveystyön. Tästä syystä valitsin RAY:n projektiavustushakemukset aineistoksi. Projektiselosteiden kautta tulevat esille järjestöjen näkemykset mielenterveysjärjestelmän ongelmakohdista ja järjestelmän kehittämismahdollisuuksista. Hakemuksissa perustellaan, miksi projekti tulisi toteuttaa ja näitä perusteluja tutkimalla on löydettävissä järjestöjen näkemyksiä mielenterveysjärjestelmän ongelmakohdista ja järjestelmän kehittämismahdollisuuksista.

Tutkielma asettuu laadullisen mielenterveystutkimuksen perinteeseen. Aineisto analysoidaan käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöisyydellä tarkoitetaan tässä tutkielmassa sitä, että tutkija pyrkii analysoimaan aineistoa mahdollisimman vähäisin ennako-oletuksin ja tämän jälkeen aineistosta luodaan ja muodostetaan sisällöllisiä kategorioita järjestöjen näkemyksiä uusien mielenterveyspalveluiden sisällöistä. Toisessa vaiheessa tarkastelen järjestöjen perusteluja siitä, miksi toiminta tulisi niiden mukaan järjestää.

## **1.2. Tutkimuskysymykset**

Tutkimusaiheeni on mielenterveyspalveluita tuottavien järjestöjen näkemykset mielenterveysjärjestelmän ongelmista ja millä keinoilla järjestöt ajattelevat näitä ongelmia ratkaistavan? Mihin toimintaan järjestöt hakevat avustusta Raha-automaattiyhdistykseltä eli mitä järjestöt kertovat hakemuksien perusteella tuottavansa.

RAY määrittelee aina tietyille ajanjaksolle avustusstrategian linjaukset, joiden mukaisesti avustuksia kohdennetaan. Nämä avustusstrategian linjaukset tulee huomioida, koska niillä on suuri merkitys avustusten jakamiseen. Mielenkiintoni kohdistuu strategian osalta siihen, miten paljon yhteneväisyyksiä projektiselosteista ja strategiasta on löydettävissä.

Tutkimuksessa selvitän järjestöjen näkemyksiä suomalaisen mielenterveysjärjestelmän tilasta. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitä palveluja/tuotteita järjestöjen mukaan suomalainen mielenterveysjärjestelmä tarvitsisi?
2. Miksi mielenterveysjärjestelmä tarvitsisi nämä tuotteet / palvelut?

### **1.3. Tutkielman rakenne**

Toinen luku sisältää tutkielman kannalta keskeisiä aihealueeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia ja teoreettisia lähtökohtia. Toisessa luvussa määrittelen tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet, joita ovat mielenterveys- ja mielenterveysongelmat sekä mielenterveystyö. Tarkastelen myös mielenterveystyön sisältöjä lakien ja suositusten kautta. Mielenterveystyön laatusuosituksin määritellään muun muassa julkisen sektorin mielenterveystyötä. Tutkielmassa keskeisenä näkökulmana on kansalaisyhteiskunnan näkökulma. Tarkastelenkin monipuolisesti kansalaisyhteiskunnan käsitteen määrittelyjä ja sisältöjä. Lyhyesti selvitän järjestötoiminnan suomalaista historiaa. Lisäksi kuvaan näkemyksiä sosiaali- ja terveystalouden järjestöjen yhteiskunnallisesta asemasta. Näkökulma on julkinen sektori ja kolmas sektori rinnakkain kansalaisten hyvinvoinnin tuottajina. Lisäksi esittelen Raha-automaattiyhdistyksen avustusstrategian, joka on keskeinen väline kertoa suurelle yleisölle ja järjestöille avustusten suuntaviivat.

Kolmannessa luvussa on kuvattu tutkimuksen metodologia, joka liittyy tässä tutkielmassa laadullisen tutkimuksen viitekehykseen. Tutkimusmenetelmä on sisällönanalyysi. Luvussa kuvataan perusteellisemmin myös tutkielman aineisto.

Neljännessä luvussa esitetään tutkielman tulokset. Tutkielman tulokset kuvaavat järjestöjen näkemyksiä siitä, miten suomalaista mielenterveysjärjestelmää tulisi kehittää projektien avulla eli millaisia toimenpiteitä järjestöt tulisivat projektein toteuttamaan.

Viidennessä luvussa on johtopäätökset. Johtopäätöksissä vertailen muun muassa tämän tutkimuksen tuloksia Raha-automaattiyhdistyksen avustusstrategiaan. Tämän avulla saan muodostettua ymmärrystä siitä, kuinka paljon mielenterveystyön järjestelmä rakentuu rahoittajan linjausten mukaiseksi.

## 2. TEORIAOSUUS

### 2.1. Keskeiset käsitteet

Tässä tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä ovat mielenterveys, mielenterveyden häiriöt ja mielenterveystyö. Nämä käsitteet määritellään seuraavissa luvuissa.

#### 2.1.1. Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt

Tutkimus keskittyy järjestöissä tehtävään mielenterveystyöhön, joten määrittelen seuraavassa käsitteet mielenterveys ja mielenterveysongelmat. Ville Lehtisen (1994,7) määritelmän mukaan mielenterveys on kykyä kestäviin ja monipuolisiin ihmissuhteisiin, luovuutta, toimintaa, työtä, elämän tavanomaisista kriiseistä selviämistä, erilaisiin elämäolosuhteisiin sopeutumista ja mahdollisuutta muuttaa epätarkoituksenmukaisia olosuhteita. Mielenterveyden häiriöitä syntyy sisäisten yllykkeiden tai ulkoisten paineiden kasvaessa suuremmiksi kuin ihmisen sopeutumiskeinot ovat. Jokaisella yksilöllä on murtumisrajansa. Lisäksi poikkeamat elämäkulussa saattavat heikentää mielenterveystyä. Tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä Suomessa ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt (Lönnqvist et al., 2001).

#### 2.1.2. Mielenterveystyö

Mielenterveydestä huolehtiminen on siis mielenterveystyön perusta. Mielenterveystyö on määritelty seuraavasti mielenterveyslaissa 116/1990 1§.

#### 1 § Mielenterveystyö

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. (116/1990 1§).

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslain ja asetuksen mukaan (1990) yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyön organisointia ja toteutusta säätelevät keskeisimmin kansanterveyslaki, mielenterveyslaki ja mielenterveysasetus täydennysosineen, erikoissairaanhoidolaki, työterveyshuoltolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaalihuollon osalta vastaavia säädöksiä ovat sosiaalihuoltolaki, sosiaalihuollon asiakaslaki ja päihdehuoltolaki. Osaltaan myös kuntoutuslainsäädäntö ja työturvallisuuslaki ohjaavat osaltaan mielenterveystyön toteuttamista. (Vuori-Kemilä 2007, 21.) Lisäksi mielenterveystyötä ja sen kehittämistä on linjaamassa useita valtakunnallisia suunnitelmia, suosituksia ja strategioita.

## **2.2. Mielenterveyspalveluiden tuottaminen**

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen lainsäädännön mukaisesti on kunnan tehtävä. Kunnan ei tarvitse itse tuottaa palveluta, mutta ne on hoidettava ostamalla sairaanhoitopiiriltä tai muilta tuottajilta. Palvelut voidaan tarjota kunnan perusterveydenhuollossa tai psykiatrisen hoidon toimintana. Avohoitokäynnit terveysasemilla, mielenterveystoimistoissa, psykiatriset osastohoidot sekä asumisen, arkielämän ja kuntoutumisen tukitoimet ovat yleisimpiä palveluita. (Pirkkola & Sohlman 1, 2005.)

Samanaikaisesti on keskustelun alla kolme näkökulmaa mielenterveydenhoidossa.. Nämä ovat psykiatrinen kriisi, laitoksen kriisi ja avohoidon kriisi joista on mahdotonta erottaa mikä on seuraustamistä. Näistä kaikista löytyy yhteisenä nimittävänä tekijänä asiakkaaseen luotu esineellistävä suhde. Tiede suhtautuu asiakkaaseen kohteena, jota kategorisoidaan eri menettelytapojen ja luokittelujen mukaan. Asiakkaan itsenäinen päätöksenteko, palvelun asiakaslähtöisyys ja yksilön valtaistuminen ovat tavoitteena asiakaspalvelun työskentelytavoissa. Useille auttamisaloille on kuitenkin ominaista paternalistiset asenteet ja hoivaavat työotteet tukemisen sijasta, jotka heikentävät valtaistumisen mahdollisuuksia. Useimmiten kuntoutuksen tavoitteena on yksilön muuttuminen tuottavammaksi, aktiivisemmaksi, pystyvämmäksi ja kykenevämmäksi päättämään omista asioistaan (Kostamo-Pääkkö 2001, 116-120.)

Kansainvälisesti suuntana on ollut psykiatrisen laitoshoidon vähentyminen 1970-luvulta lähtien. Suomessa tämä on tapahtunut poikkeuksellisen jyrkästi. Tilastoon vaikuttaa pitkäaikaisten laitospotilaiden kuten vanhusten ja vammaisten hoidon siirtäminen muualle, hoitajaksojen lyheneminen ja siirtyminen laitosasumisesta avohoitopalveluihin tuettuun palveluasumiseen. Tilastointiin vääristymiä

aiheuttavat myös muut tekijät, kuten esimerkiksi diagnostiset hoitojärjestelmät ovat muuttuneet kahdesti ajanjakson aikana ja sairaaloissa käytettävät tiedonkeruulomakkeet ovat muuttuneet useaan otteeseen. (Pirkkola & Sohlman 2005, 16.)

Laitospaikkojen ja muiden palveluiden määrästä ei ole olemassa, joten arvioita laitospaikkojen tarpeesta on vaikeaa tehdä. Käsitykseen sairaalapaikkojen määrästä vaikuttavat asenteet enemmän kuin tiedot. Toisten mukaan laitokset pitää sulkea kokonaan ja toisten mielestä hoito on luonnollista ja tarpeellista. Ristiriitaisten asenteiden vaikuttaessa ei keskustelusta muodostu kovin rationaalista vaikka ajankohtaista olisi keskustella hoidon sisällöstä, uusista muodoista ja malleista. Laitospaikkojen nopea vähentäminen on johtanut paikkapulaan ja asiakkaiden sijoitukset on jouduttu näin ollen tekemään hätiköidysti ja vähäisin perustein. (Kostamo-Pääkkö 2001, 152.)

Mielenterveyspalveluita on olemassa monenlaisista tuki- ja neuvontapalveluista vaikeasti sairastuneiden tiiviisiin ja vaativiin hoitoihin. Palvelujen tarve määräytyy monien tekijöiden summana ja palveluiden tarjonta ja tarve vaikuttavat toisiinsa monimutkaisella tavalla, joten tarpeesta on mahdollista tehdä johtopäätöksiä myöskään palvelujen tarjonnassa tapahtuvien muutosten perusteella. Mielenterveyshäiriöihin ja häiriöiden hoitoon liittyviä tilastotietoja on olemassa heikosti. Esimerkiksi avohoidon koskevia käyntejä kirjataan järjestelmällisesti ainoastaan terveyskeskuksissa. Lisäksi avohoidon tilastollisen vertailun tekee lähes mahdottomaksi psykiatrisen avohoidon organisoinnin vaihtelu kunnittain. (Pirkkola & Sohlman 2005, 9.)

Palveluita tuottavat sairaanhoitopiirit, kunnat, järjestöt ja yksityinen sektori. Nämä palvelut saattavat olla päällekkäisiä. Mielenterveyttä hoitaa useat rinnakkaiset ja päällekkäiset järjestelmät, joiden yhteistyössä toimimisen reunaehdot ovat supistuneet. Säännöt, menettelytavat ja saavutetut edut ehkäisevät kehitystä ja yhteistoimintaa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen rajanveto on epäselvää ja aiheuttaa kiistoja ja ristiriitoja. (Kostamo-Pääkkö 2001, 49-63.)

Mielenterveyspalveluiden tarjonnassa ei toteudu tasa-arvo. Palvelut vaihtelevat merkittävästi alueittain sekä potilasryhmittäin. Mielenterveyspalveluiden taloudellisessa resurssoinnissa on merkittäviä alueellisia eroja. Lisäksi psykiatrian avohoidon rakennemuutos on huonontanut potilaiden taloudellista asemaa. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista määrittelee hoidon maksuttomaksi psykiatrisen avohoidon yksiköissä, mutta monesti hoito järjestetään terveyskeskuksissa, joissa peritään asiakasmaksut. Mielenterveyspalveluiden käyttäjäksi pääseminen on vaikeaa, mutta vielä vaikeampaa on saada hoitoa kaksoisdiagnoosipotilaan, vangin ja asunnottoman. Joidenkin näkemysten mu-

kaan sairaanhoitopiirit tulisi velvoittaa huolehtimaan helposti lähestyttävien ja etsivien palveluiden riittävydestä sosiaalisesti marginalisoituneille ihmisille. Etsiviä palveluja ei kuitenkaan käytännössä ole juuri edes olemassa. Wahlbeck näkee ongelmana mielenterveyspalveluiden osalta myös hallinnoinnin ja toiminnallisuuden hajanaisuuden ja lisäksi ala ei ole ammattihenkilöiden mielestä vetovoimainen. (Wahlbeck 2004, 60-70.)

Palvelujen kunnallistamisessa perusajatuksena on avopalvelujen ensisijaisuus, joka käytännössä tarkoittaa suunnittelemattomuutta, lyhytjänteisyyttä ja tilannekohtaisuutta ja muut toimipisteet ja hoitomallit ovat polarisoituneet. Käytössä olevat resurssit ovat riittämättömät ja työntekijöiden vastuu on lisääntynyt. Työntekijät tekevät asiakastyössä erilaisia toimintaratkaisuja olosuhteisiin sopeutuen. Kokonaisvastuu tulisi olla myös kunta ja kuntaliitosten tasolla muussakin kuin säästöjen tekemisessä. Avohoidolle pitäisi luoda paikallinen malli missä määritettäisiin sisällölliset kriteerit ja tavoitteet minkä perusteella voitaisiin vaikuttaa resursseihin ja käytännön työntekijät voisivat toimia mallin mukaisesti. Tällä hetkellä päättävät viranomaiset määrittelevät kehityksen suunnan tilanteen mukaan. (Kostamo-Pääkkö 2001, 89-90.)

Ihmisten välinen kasvotusten kohtaaminen on vaikeutunut mielenterveyspalveluiden hajanaisuuden ja byrokraattisten puittein vuoksi. Asiakkaiden sairaalajakson jälkeen yhteydenpito avohoitoon ei aina toimi ja yksittäistä ihmistä ei aina löydy palveluiden tukiverkosta. Asiakkaan jatkohoidon järjestämisessä on katkoksia ja työntekijät eivät välttämättä tiedä kenen kanssa asiakas on ollut yhteydessä, jos on ollut kehenkään. Katkokset ovat yhteydessä laitoshoidon ja avohoidon välisiin toimintatapoihin ja yhteistyön toimimattomiin muotoihin. Yksilölliset asiakkaiden tarpeet jäävät järjestelmässä taka-alalle. Mielenterveysongelmainen on universaali kansalainen ilman oikeuksia, koska tukimuotoja ei ole tarpeeksi laitoksen ulkopuolella selviämiseksi. Palveluita ei ole tarpeeksi ja olemassa olevat eivät ole sisällöltään oikeanlaisia. (Kostamo-Pääkkö 2001, 114-115.)

Paikallinen palvelujärjestelmä muotoutuu yksittäisistä, irrallisista ja ilman suunniteltua yhteistyötä toimivista palvelupisteistä mistä asiakkaan on löydettävä tarvitsemansa palvelut. Kostamo-Pääkkö väittääkin, että mitään järjestelmää ei ole olemassa. Kunnallistamisen taustalla on ollut idea palveluiden päävastuun siirtämisestä perusterveydenhuoltoon kaikkien saatavilla oleviksi palveluiksi universaalisuuden ideaalin pohjalta. Työntekijöiden näkemys tässä onnistumisesta on toisenlainen. Palvelut eivät ole universaaleja tai ovat ainakin paikoittain kaukana siitä. Osa palveluista saattaa myös puuttua kokonaan, kuten esimerkiksi mielenterveyslaissa määritelty kuntouttava työtoiminta.

Palvelu voi olla tarkoitettu kaikille kuntalaisille, mutta tosiasiasa tapahtuu valikointia ja priorisointia ja nämä palvelut ovat kaukana tarvitsijoista. (Kostamo-Pääkkö 2001, 178-179.)

Pirkkola ja Sohlman (2005) ovat luokitelleet laitos- ja avohoidon lisäksi välimuotoiset palvelut, joita ovat muun muassa lasten ja nuorten hoito ja psykoterapia. Välimuotoiset palvelut ovat laitos- ja avohoidon välimaastossa. Niiden tarkoitus on tukea avohoitoa ja kuntoutumista. Esimerkkejä välimuotoisista palveluista ovat päiväsairaanhoito, työtoiminta ja asumispalvelut. Yksityiset asumispalvelut ovat erittäin tärkeä osa mielenterveyspotilaiden kuntoutusta ja kohderyhmälle tarjottavia palveluja. Nämä tarjoavat mahdollisuuden asua tuetusti ja valvotusti psykiatristen laitosten ulkopuolella. Psykiatrian asumispalveluiden käyttö on yli kaksi ja puoli kertaistunut vuodesta 1995 vuoteen 2003. Suuntauksena on edelleen sairaalahoitopaikkojen vähentäminen.

Välimuotoisia palveluita tuottavat kunnat, yksityiset palveluntarjoajat ja sairaanhoitopiirit. Kuntien ja sairaanhoitopiirien asiakasmäärät ovat vähentyneet ja yksityisten palveluntuottajien asiakasmäärät taas ovat yli nelinkertaistuneet viime vuosina. Psykiatrian asumispalveluista 86 % on järjestöjen ja yritysten tuottamaa (Pirkkola & Sohlman 2005, 18). Wahlbeckin (2004, 70) mukaan yksityistäminen on tapahtunut ilman yhteiskunnallista keskustelua kehityksen myönteisistä ja kielteisistä seurauksista. Hänen mukaan asumispalvelujen muuttuessa yksityisiksi, kuntien ja lääninhallitusten tulee valvoa palvelujen laatua, koska mielenterveyshäiriöistä kärsivät eivät pysty siihen itse samassa mittakaavassa kuin muut potilasryhmät.

2000-luvun vaihteessa lasten- ja nuorisopsykiatrisen avo- ja laitoshoidon käyttö kasvoi ja valtio myönsi ylimääräisen avustuksen kunnille lasten ja nuorten palveluihin. Lasten ja nuorten palvelut ovat hallinnollisesti sijoitettu pääasiassa sosiaali-, opetus- ja terveystoimeen, mutta myös nuoritoimi ja työvoimahallinto hoitavat joitain palveluja. Kuntien lisäksi palveluja tuotetaan myös muualla ja sairaanhoitopiirit tarjoavat erikoissairaanhoidoksi määritellyt lasten- ja nuorisopsykiatriset palvelut. (Pirkkola & Sohlman 2005, 21.)

Kansaneläkelaitos tukee psykoterapioita harkinnanvaraisena kuntoutustoimintana, jos terapian katsotaan ylläpitävän henkilön työkykyä tai edistävän ammattiin valmistumista. Psykoterapiaa tarjotaan siis vähän ja vain harvoille ryhmille, kuten nuorille ja opiskelijoille. Psykoterapia ei edes sovi kaikille henkilöille, eikä kaikenlaisten häiriöiden hoitoon. Psykoterapiaa antavat pääosin tehtävään erikseen kouluttautuneet yksityiset terapeutit. (Pirkkola & Sohlman 2005, 29.) Psykoterapeuttiin kuntoutukseen osallistumisessa on myös paikallisia eroja. Pääkaupunkiseudulla ja suurimpien

aluekeskusten alueilla asuvat ovat parhaimmassa asemassa. Yksi syy alueelliseen vaihteluun on koulutettujen terapeuttien vähäisyys yliopistokaupunkien ulkopuolella. (Wahlbeck 2004, 64.)

1990-luvulla työkyvyttömyyseläkkeiden yleisin syy on ollut mielenterveyden häiriöt. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei ole kuitenkaan lisääntynyt, vaan muutosta on selitetty hoito- ja palvelujärjestelmän roolin ja toisaalta työelämän luonteen muuttumisella. KELA ja yksityiset työeläkelaitokset myöntävät työkyvyttömyyseläkkeitä ja usein sitä edeltäviä kuntoutumisjaksoja. (Pirkkola & Sohlman 2005, 32.)

### **2.3. Sosiaali- ja terveystalveluiden laatusuositus**

Vuoden 2000-2003 sosiaali- ja terveystalveluiden laatusuositus (TATO) on valtakunnallisesti sosiaali- ja terveystministeriön, Suomen Kuntaliiton, alan järjestöjen ja yli sadan mielenterveystyön asiantuntijan yhteistyönä tehty kuntien laatusjärjestelmien kehittämisen ja kokonaissuunnitelmien laadinnan avuksi tehty suositus, jossa huomioidaan paikalliset olosuhteet. Laatusuosituksessa korostetaan kokemuksen kautta huomioituja mielenterveystyön laatuun vaikuttavia rakenteellisia ja toiminnallisia seikkoja. Suosituksia on mietitty hallinnon, kuntalaisten ja ammattihenkilöiden näkökulmasta. Laatusuositukset sisältävät kaksitoista kohtaa.

Avohoidon ensisijaisuus merkitsee sitä, että ensisijaisena hoitotasona ovat sosiaali- ja terveydenhuollon perustalvelut, seuraava taso sosiaali- ja terveydenhuollon erikoistalvelut ja erikoissairaanhoidon järjestämät avotalvelut ja vasta viimeisellä tasolla, jos mitkään avotalvelut eivät riitä, sairaalahoido. Toimiakseen tällä tavalla, tulee eri talveluita järjestävien tahojen toimia yhteistyössä. Hallinnollisesti talvelut järjestävät sosiaali- ja terveydenhuollon vastaavat viranhaltijat ja luottamuselimet vaihtoehtoisesti joko omana toimintana, seudullisena yhteistyönä tai ostopalveluina. (TATO 9, 2001.)

Avohoidon talveluita järjestettäessä yhteistyö on ensisijaisen tärkeää. Avohoidon talveluita järjestävät Kansaneläkelaitos, työvoimahallinto, opetustoimi, sosiaalityö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, järjestöt ja muut yksityiset talveluntuottajat. Yhteistyön avulla voidaan kartoittaa talvelujen tarjonnan riittävyyttä ja lisätarvetta. Esimerkiksi talveluasuntojen kohdalla on tärkeää, että tarve on tiedossa asuntojen riittävän määrän takaamiseksi tietylle alueelle. Pitkäaikaisille talveluiden käyttäjille on määritelty tiettyjä talveluita kuten päivä-, työ- ja toimintakeskukset, vapaamu-

toiset jäsenyhdistykset, klubitalot, vertaistoiminta, tuettu työllistyminen, räätälöity valmentava koulutus ja palveluohjaus. (TATO 2001, 43.)

TATO:ssa huomioidaan myös omaisten hoitoon osallistumisen tärkeys avohoidossa. Potilaan taroituksen mukaisen kuntoutuksen lisäksi myös omaiset tarvitsevat tukea jaksamiseensa silloin, kun normaali arjessa arjessa suoriutuminen on häiriintynyt pitempiaikaisesti. Potilaalle tehtävässä kuntoutussuunnitelmassa huomio tulee kohdistaa kokonaisvaltaisesti potilaan elämään. Kuntoutuksen tavoitteena tulee olla itsenäisen suoriutumiskyvyn, työ- ja toimintakyvyn lisääminen. Samanaikaisesti pyrkimyksenä tulee olla kulku kohti omia tavoitteita ja lisääntynyt osallisuus jälleen yhteiskunnan toiminnassa. Näihin tavoitteisiin pääsemiseksi sosiaalinen tuki on ensisijaisen tärkeää ja näin ollen potilaan sosiaalisen verkoston, perheen ja lähipiirin tukeminen tulee huomioida kuntoutussuunnitelmassa. (TATO 2001, 42.)

Kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen yhteistyönä on käynnissä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. Tämän tavoitteena on kehittää palveluja erityisesti työikäisten kansalaisten tarpeet huomioiden. Tavoitteena on tuottaa seudullisena kokonaisuutena mielenterveys- ja päihdepalvelut ja niihin liittyvä päivystys. Alueellisuudella pyritään takaamaan kuntalaisten hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävän työn toimivuus ja hoidon saatavuus parhaalla mahdollisella tavalla. Tässä toimintamallissa pyritään saamaan yhteistyö toimivaksi kuntien perus- ja erityispalveluiden, eri palvelujen tuottajien ja ammattiryhmien välillä. (STM 2007.)

## **2.4. Näkemyksiä kansalaisyhteiskunnasta**

Kansalaisyhteiskunnalla on perinteisesti tarkoitettu valtiosta vapaata toimintaa, jossa osallistuminen on vapaaehtoista. Tätä valtiosta vapaata toimintaa ohjaavat kyseiseen toimintaan osallistuvat ihmiset ja toiminta on voittoa tavoittelematonta. Pohjoismaissa tämän kansalaisyhteiskunnan ytimenä ovat yhdistykset. Kirjoittajat (Möttölä & Niemelä 2005, 27-28) ovat sitä mieltä, että tämä määritelmä on edelleen paikkansa pitävä. Muutosta on tapahtunut vain teknologian kehityksen myötä monitasoisempina kansallisena ja kansainvälisenä vuorovaikutuksena ja tätä kautta myös osallistuminen muuttuu.

Historian aikana kansalaisyhteiskunnan käsitettä ovat keskeisesti määritelleet esimerkiksi John Locke ja Montesquieu. Locken ajattelussa 1600-luvulla kansalaisyhteiskunta tarkoitti poliittisen yhteiskunnan erityistä muotoa, jossa yksilöiden oikeudet saavuttivat etusijan kaiken muun yli. (Ma-

hajan 2003, 169-171.) Montesquieu loi ajatusta kansalaisyhteiskunnan ja valtion erosta. Montesquieun mukaan yhteiskunnan raamit luo valtio. Valtiossa valta jakaantui kuitenkin monien itsenäisten toimijoiden kesken. (Taylor 2003, 51-59.) Hegelin ajattelussa taas on havaittavissa läheinen kytkevä valtion ja kansalaisyhteiskunnan välillä. Kansalaisyhteiskunta tarvitsi poliittis-laillisen raamin, jonka tarjosi valtio. Hegelin mukaan valtiota tarvittiin kansalaisyhteiskunnan toteutumiseksi. (Chandhoke 2003, 243.) Edellä mainittuihin näkökulmiin sisältyi ajatus kansalaisyhteiskunnasta elämisen, toimimisen ja osallistumisen paikkana. Valtio antoi laillisen perustan ja turvasi kansalaisten oikeudet ja vapaudet.

Nykyisin pääosa tutkijoista yhdistää kansalaisyhteiskunta-käsitteen yhdistyssektoriin tai kolmanteen sektoriin. Harjun mukaan (2005, 59) tämä kaventaa kansalaisyhteiskunnan käsitettä.

#### **2.4.1. Näkökulmana kolmas sektori, kansalaisyhteiskunta ja vapaaehtoissektori**

Selkiyttääkseni tutkimuskohdettani on syytä pohtia mitä nimitystä siitä käytän, kolmas sektori, kansalaisyhteiskunta vai vapaaehtoissektori. Helander on pohtinut käsitteistöä termien sisällön perusteella. Mitä sisältää kolmas sektori? Voidaanko erotella julkinen- ja kolmas sektori? Käsitteiden raja- ja vaihtelee tieteenaloittain ja näin ollen tulee tähän rajanvetoon kiinnittää huomioita erityisesti tarkasteltaessa käsitteitä organisaatio- ja instituutiotyyppeillä, jossa monet toimijat voidaan tulkita kolmannen sektorin toimijoiksi. (Helander 1998, 28-29.)

Kolmas sektori on käsitteistä laajin. Historiallisesti käsitettä tarkasteltaessa julkinen eriytyi yksityisestä. Yksityisestä sektorista on alettu käyttämään myös käsitettä markkinat ja julkiseen sektoriin viitataan valtiolla. Kolmannen sektorin lisäksi on myös käsite neljäs sektori, jonka käyttö on tullut tarpeelliseksi yhteiskuntataloudellisten seikkojen selventämiseksi kotitalouksissa tehtävän työn uudelleen arvioinnin ja arvostuksen esille tuomiseksi ja epävirallisten henkilöverkkojen nopean lisääntymisen vuoksi. (Helander 1998, 23-25.)

Kolmatta sektoria on pyritty aukaisemaan myös jakamalla se pienempiin alakäsitteisiin. Alakäsitteitä voivat olla organisoitu palvelutuotanto, organisoitu vapaaehtoistyö, yhdistystoiminta ja yksityisten kansalaisten sekä informaalisten ryhmien organisoima vapaa kansalaistoiminta ja vapaaehtois-toiminta. (Isaksson 1997.)

Kolmannesta sektorista esiintyy tutkimuksissa erilaisia nimityksiä eri maissa. Olen poiminut tähän Helanderin (1998) tutkimuksesta omaa tutkimustani varten relevantteja käsitteitä. Iso-Britanniassa

käytetään termiä ei-säädely sektori, Amerikassa voittoa tavoittelematon sektori, saksassa yleishyödylliset järjestöt ja ranskassa sosiaali- tai yhteisötalous. Skandinaavisessa tutkimuksessa suositaan käsitettä vapaaehtoissektori. Kansanliike ja hyväntekeväisyysjärjestö ovat myös tutkijoiden käytössä laajasti. Sektorijakoon perustuvaa tutkimusta tehdään eri tieteenaloilla ja eri tieteenaloilla suositaan eri termejä, esimerkiksi kansalaisyhteiskunta käsitettä on vaikea soveltaa taloustieteellisenä tai juridisena sektorikäsitteenä. Käsitteiden tulee eri tieteenaloilla helpottaa teorian muodostamista ja käytännön tarpeita ja näin ollen käsitteissä on eroavaisuuksia. (Helander 1998, 33-36.)

Edellä mainitut käsitteet, joilla kuvataan kolmatta sektoria omaavat hieman eri merkityksiä. Kolmannesta sektorista, alunperin brittiläinen ja anglosaksinen termi on vapaaehtoissektori. Käsitettä on alettu käyttämään myös skandinaavisessa tutkimuksessa, erityisesti Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Vapaaehtoissektori viittaa voittoa tavoittelemattomien sektorien osiin, jotka jakavat sosiaalipalveluja. Skandinaavisissa maissa termiä käytetään yleisimmin kapea-alaisemmassa merkityksessä kuin kolmatta sektoria. Vapaaehtoissektorin ajatellaan käsittävän vain aatteelliset, ei-pakolliset organisaatiot eli ammattijärjestöt eivät tällöin sisälly määritelmään. (Helander 1998, 37-38.) Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa kysyttiin järjestöjohtajilta, mitä termiä he pitivät oikeana kuvaamaan laajaa kokonaisuutta johon heidän järjestönsä voidaan samastaa. Vapaaehtoissektorin termiin samastui vain 10% vastaajista. Käsitteeseen kolmas sektori samastui tutkimuksessa pienin osa, 4% järjestöistä. Suurimman kannatuksen saivat termit kansanliike (43%), aatteellinen sektori (38%) ja etujärjestö (41%). (Lundström & Wijktröm 1995.)

Verovapaa sektori nimitystä käytetään Yhdysvalloissa, mutta melko vähän muualla. Termi on vakiintunut vain kansantaloustieteelliseen ja oikeustieteelliseen käyttöön. Suomessa oikeudellisessa käytössä on termi verovapaa yhteisö. Verovapaa yhteisö on kuitenkin liian suuri sisältöinen termi kuvaamaan kolmatta sektoria, koska siihen kuuluu suurempi joukko organisaatioita. Kansainvälisessä sektorivertailussa verovapaan sektorin nimitys on ongelmallinen, koska verolainsäädäntö vaihtelee eri maissa. Verovapaus antaa vain karkean kuvan yksityisen- ja julkisen sektorin eroista. (Helander 1998, 39.)

Yhdysvalloissa käytetään myös termiä voittoa tavoittelematon sektori, jonka käyttö perustuu erityisesti haluun erottaa yksityisestä sektorista nämä tietyn tyyppiset organisaatiot. Suomessa kansantaloudellinen tilinpitojärjestelmä tuntee myös luokan voittoa tavoittelemattomat yhteisöt. Termi on myös laajemmin käytössä, koska suomalainen tilinpitojärjestelmä nojaa Yhdistyneiden kansakuntien piirissä kehitettyyn SNA-tilastoluokitusjärjestelmään. Tärkeintä on huomata määrittelyssä voit-

toa tavoittelematon, että toiminnassa saattaa esiintyä lyhytaikaisesti voitontavoittelua, mutta sitä ei jaeta organisaation omistajille eikä jäsenille. (Helander 1998, 39-40.) Voittoa tavoittelematon sektori kuvaa vain ilmiötä suhteessa markkinoihin, mutta ei huomioi julkista sektoria (Kuhnle & Selle 1992, 2).

Ei-julkisen sektorin termillä erotetaan valtiota ja koko julkista sektoria toisistaan. Käsitteen käyttö on kuitenkin ongelmallista, koska etenkin Hollannissa, Saksassa ja Alankomaissa järjestöjä, jotka on luokiteltu julkisoikeudellisiksi yhteisöiksi. Näille järjestöille tunnusomaista on henkilöjäsenyys ja tehtävät ovat humanitaarisia kuten punainen risti. On siis tulkintakysymys kuuluvatko ne vapaaehtoisjärjestöihin. Epävirallinen sektori on määritelty organisoiduksi kansalaisten toiminnaksi valtion, markkinoiden ja kotitalouksien ulkopuolelle (Matthies 1994, 18).

ILO:n mukaan epävirallista sektoria luonnehtivat talousyksiköt, jotka pyrkivät luomaan toimeentuloa siihen osallistuville henkilöille, tuotantoyksiköt ovat kotitalouksien kaltaisia ja toimintojen suorittamisella ei välttämättä pyritä kiertämään maksuja, veroja, työlainsäädäntöä eikä työsopimuksia. Epävirallisen sektorin voi siis ajatella sisältävän vain kotitaloudet ja termi rinnastetaan usein myös kehitysmaissa vallitsevaan harmaaseen talouteen. Merkitys on siis varsin kaukana siitä mitä kolmannella sektorilla tarkoitetaan. (Helander 1998, 43.)

Sosiaalitalous tai yhteisötalous viittaavat sosiaalipoliittisiin lähtökohtiin, mutta myös taloudelliseen puoleen. Toiminnallisesti tarkasteltuna järjestötoiminnan lisäksi sektoriin kuuluu sosiaalivakuutus, joka on tärkeä osa termiä. Sosiaalitaloutta voidaan tarkastella myös lakiin pohjautuvan määritelmän mukaan jolloin se sisältää riippumattomuuden valtiosta, perustuu yksilöihin, ei pääomaan ja toiminnan kohteilla on enemmän sosiaalinen kuin taloudellinen luonne. Nämä kriteerit täyttäviä organisaatioita ovat osuuskunnat, keskinäiset yhtiöt ja yhdistykset. Kolmas sektori ja sosiaalitalous eivät näin ollen käsitteinä vastaa toisiaan. (Helander 1998, 44-46.) Huomioitavaa sosiaalitalouden käsitteessä on kuitenkin, että se on hyväksytty keskeiseksi käsitteeksi EU:n hallinto-organisaation piirissä (Olsson 1995, 205-209).

Kansalaisyhteiskunta käsitteellä on Suomessa erilaisia painotuksia. Monesti eri aikoina kansalaisyhteiskunta on tullut esille vaatimuksissa elvyttää kansalaisyhteiskuntaa ja 1990-luvulla puolueohjelmassa on alettu mainita käsitettä. Käsitettä voidaan määritellä ideologiselta perustalta kuten esimerkiksi vasemmistolaisista lähtökohdista, joka nojaa Marxilaiseen ajatteluun. Kansalaisyhteiskunnan käsitettä on kuitenkin mahdotonta käyttää rinnakkaisesti kolmannen sektorin kanssa. Kansalaisyh-

teiskunnan yleinen käyttötarkoitus on astetta valtio ja julkinen sektori versus kansalaisyhteiskunta ja ei-julkinen sektori. Käsitteellä ei kuitenkaan pystytä ilmaisemaan kuin julkisen sektorin linjauksia. Kansalaisyhteiskunnan käsite on siis liian väljä ja siinä on liika ideologisia painotuksia, jotta sitä voitaisiin hyödyntää empiirisessä yhteiskunnan sektoroitumista käsittelevässä tutkimuksessa. (Helander 1998, 48-50.)

Kolmannen sektorin käsite on Suomessa vakiintunut ja sen käyttöä voidaan perustella tieteenalaneutraaliudella. Sitä voidaan käyttää niin sosiaali-, politiikka-, talous- ja oikeustieteiden tarpeisiin. Termiä on käytetty kansainvälisessä vertailevassa tutkimuksessa laajimmin voittoa tavoittelemattoman sektorin kanssa. Kolmannen sektorin käsitettä alettiin käyttää erityisesti 1990-luvulla kun alettiin tarkastelemaan järjestöjen mahdollisuuksia palveluiden tuottamisessa julkisten palvelujen rinnalla ja järjestöjen mahdollisuudesta luoda jonkin asteisia ratkaisuja työllisyyden ongelmiin. (Helander 1998, 51-52.)

Kolmannen sektorin tutkimusta tehdään monella tieteenalalla, mikä aiheuttaa teoriapluralismia. Tapa määritellä ja rajata kolmas sektori määrittää voimakkaasti teoreettisia tulkintalähtökohtia. Ongelmallista kolmannen sektorin teorialle on kysymysten asettelu, joka liittyy moniin tieteenaloihin. Monitieteisyys aiheuttaa teorioiden lainaamisen eri tieteenaloilta, erityisesti taloustieteistä, sosiaali- ja politiikkatieteistä. Empiirisesti teoriat kolmannesta sektorista voidaan jakaa makro- ja mikroteorioihin. Tämä jako on kuitenkin ongelmallinen, koska teoriat liikkuvat usealla tasolla samanaikaisesti. (Helander 1998, 108-109.)

Makrotasolla kolmannen sektorin laajuuteen ja luonteen vaihteluun yhteiskunnittain on pyritty vastaamaan erityisesti kuuden eri teorian pohjalta (Salamon & Anheier 1996). Ensimmäinen näistä teorioista on klassinen kansantaloustieteen, Weisbrodin (1977) heterogeenisuusteoria, jonka pyrkimyksenä on vastata kysymykseen, missä olosuhteissa kolmas sektori laajenee tai supistuu. Teoreettinen lähtökohta on markkinoiden tai julkisen sektorin epäonnistumisessa ja pohjalla on ajatus, että markkinat eivät huomioi kollektiivihyödykkeitä, joiden tulee olla kaikkien saatavilla maksukyvyistä riippumatta. Markkinoiden epäonnistuminen tai julkisen sektorin kyvyttömyys tuottaa kollektiivihyödykkeitä johtuu liaksi eriytyneestä kysynnästä, vaikka kysyntä on suuri. Heterogeenisyyteen liittyy kolme oletusta. Kolmas sektori on sitä suurempi, mitä enemmän väestö on eriytynyt tai kolmas sektori on sitä pienempi mitä suuremmat hyvinvointikustannukset ovat ja yksityiseen anteliaisuuteen luotetaan sitä enemmän, mitä heterogeenisempi väestö on rakenteeltaan. (Helander 1998, 110.)

Toinen teoria on tarjontapuolen teoria, jonka lähtökohtana on oletamus ihmisten olemassaolosta, joilla on tietty motiivi vapaaehtoisorganisaatioiden kysynnän tyydyttämiseksi luoda niitä. Motiivina organisaatioiden perustamiseen toimii mahdollisimman monien kerääminen kannattajaksi itselle kyseisen organisaation avulla. Teorian keskeiset hypoteesit ovat ajatus, että kolmas sektori on sitä suurempi, mitä kiivaampaa kilpailu uskonnollisten, etnisten tai kulttuuristen ryhmien välillä on ja mitä kovempaa kilpailu ryhmien välillä on, sitä suuremmalla todennäköisyydellä yksityinen anti on suurempaa. (Helander 1998, 111.)

Luottamusteoria on näistä kolmas. Se pohjautuu oletukseen, mitä suurempi on luottamus yksityiseen yrityselämään, kolmas sektori on sitä pienempi ja mitä vähäisempi taas luottamus yksityiseen yrityselämään on, todennäköisemmin jäsenmaksuilla ja palvelujen myynnistä saatavilla tuotoilla rahoitetaan kolmatta sektoria. (Helander 1998, 111.)

Neljäs teoria on hyvinvointivaltioteoria eli se pyrkii vastaamaan kysymykseen erottamalla julkisen ja yksityisen sektorin ja kolmas sektori on jäännöskategoria, jonka tehtävänä on huolehtia marginaalisten ryhmien asemasta. Kehityksen myötä valtio alkaa huolehtia myös näistä ja näin kolmannen sektorin tarpeellisuus kyseenalaistuu. Hypoteesina on, että kolmas sektori on sitä pienempi, mitä korkeampi on kansantulo maassa. (Helander 1998, 112.)

Viides teoria riippuvuusteoriat on teoria valtion ja voittoa tavoittelemattoman sektorin keskinäisestä riippuvuudesta. Julkiset viranomaiset tarvitsevat mm. järjestöjen asiantuntemusta palvelujen järjestämisessä ja ne voivat tarjota julkisille viranomaisille poliittista tukea. Tiivistettynä teorian oletukset ovat, että mitä suurempaa on julkisten hyvinvointipalveluiden käyttö, sitä suurempi on julkinen sektori ja mitä suurempia ovat sosiaalisen hyvinvoinnin uhraukset, sitä useammin varat merkittävältä osalta kolmannelle sektorille tulevat julkiselta sektorilta. (Helander 1998, 112.)

Kuudes teoria on yhteiskunnallisen alkuperän teoria, minkä mukaan yhteiskunnallinen kehitys on tuottanut eri yhteiskunnille ominaiset hallintamallit ja hallintatyyliä. Teollisuusmaissa voidaan erottaa neljä erilaista hallintamallia, jotka ovat liberaalinen, sosiaalidemokraattinen, korporatiivinen ja statistinen. Malleihin antaa leimansa eri yhteiskuntaluokat ja täten ne ovat poliittis-ideologisesti sidonnaisia. Hypoteesina on, että sitä suurempi kolmas sektori on korporatiivisen ja statistisen mallin vallitessa, mitä suurempi on sosiaalisen hyvinvointisektori ja sosiaalidemokraattisessa mallissa vastakkain. (Helander 1998, 113.)

Kolmen ensimmäisen teorian ajatus on, että valtion ja julkisen sektorin tuottamat palvelut korvaavat voittoa tavoittelemattomien organisaatioiden palvelut. Teoriat ovat kuitenkin kykenemättömiä selittämään julkisten viranomaisten tuottamien palvelujen määrän kasvua ja samalla hyvinvointivaltion kasvua. (Helander 1998,111.)

Salamon (1987) väittää, että markkinat ja valtio ovat vahvistuneet, koska vapaaehtoissektori on epäonnistunut. Se ei ole kyennyt tuottamaan yhteiskunnan sosiaalisen hyvinvoinnin edellyttämiä palveluja, minkä takia julkinen sektori ja myöhemmin markkinat ovat alkaneet hoitamaan näitä tehtäviä. Hän perustelee epäonnistumista resurssien riittämättömyydellä, voimavarojen epäoikeudenmukaisella jakautumisella, epätasa-arvoisilla valtasuhteilla ja harrastelijamaisella palvelulla. (Helander 1998, 116-117.)

Ongelmaksi kolmannella sektorilla on esitetty myös valtioriippuvuusteesi. Sen mukaan mitä suurempi on julkisen sektorin rahoitusosuus maassa tai tietyllä politiikkalohkolla, sitä suurempi on kolmannen sektorin riippuvuus valtiosta, mikä rajoittaa toimijoiden omien toimintatapojen valitsemista. Uuskorporatismiin vahvistumisella on mm. selitetty tieteellisessä keskustelussa valtioriippuvuutta. Uuskorporatismi on tuonut mukanaan järjestöjen ja viranomaisten tiivistynyttä yhteistyötä.

Edellä joitain esimerkkejä varsin ristiriitaisista selityksistä siitä miksi kolmas sektori on niin laaja ja miksi sen koko muuttuu sekä miksi se osa-alueittain muuttuu yhteiskunnittain toisistaan. Osittain selitysten eroavaisuus johtuu tieteenalaperustasta, osittain eriäväisyys näyttää olevan myös kulttuurisidonnaista. Yhtenäisten käsitejärjestelmien avulla vertaileva tutkimus näyttäisi kuitenkin luovan pohjaa eri tieteenalojen ja kulttuurien piirissä syntyneiden selitysmallien konvergoitumiselle. (Helander 1998, 119.)

## **2.5. Järjestötoiminta Suomessa**

Sosiaalihuollon kehittymistä ovat edistäneet kristillis-sosiaaliset liikkeet jo 1800-luvulla. Järjestöt kiinnittivät huomionsa epäkohtiin ja pyrkivät epäkohtien ratkaisemiseen. (Markkola 2005, 39-54.) 1960 ja 1970-luvuilla valtio ja kunnat hoitivat laajasti hyvinvointitehtäviä ja järjestöt jäivät takalalle valtiokeskeisessä ajatusmallissa. Tällöin kansalaistoiminnan asema oli heikko suomalaisessa yhteiskunnassa. (Möttönen & Niemelä 2005, 14-16.) 1990-luvulla järjestöjen asemassa tapahtui muutosta laman seurauksena. Muutosta kuvaa myös käsitteiden muuntuminen eli yhä useammin

alettiin käyttää hyvinvointivaltion sijaan käsitettä hyvinvointiyhteiskunta. (Möttönen & Niemelä 2005, 18.)

Valtio rahoitti järjestöjen toimintaa ja järjestöt toimivat palkatun henkilökunnan voimin. Rahoitus toi mukanaan ohjaus- ja valvontamekanismin ja johti ajatteluun, että järjestöt ovat osa julkista sektoria. (Möttönen & Niemelä, 15-16). Onkin sanottu, että kansalaistoiminta siirtyi byrokraattisen aikaan syrjäyttäen kansanliikkeen ideologian. (Harju 2005.)

Järjestötoiminnan kehityksen eli byrokraatisoitumisen myötä myös järjestöjen henkilöstö on professionaalistunut, jonka myötä järjestöjen toiminnasta saattaa tulla entistä tavoitteellisempaa ja välineellisempää. Tässä on riskinä, että sosiaali- ja terveysalan järjestöt kulkevat kohti julkisen sektorin toimintamalleja. Tällöin järjestöjen alkuperäinen toimintalogiikka muuttuu ammatillisiksi käytännöiksi vähentäen järjestöissä toimivien kansalaisten osallisuutta. (Helander 1998, 17).

### **2.5.1. Sosiaali- ja terveysalan järjestöt**

Järjestöt tuottivat kunnille sosiaalihuollon palveluita 2000-luvulla arvion mukaan yli 17 prosenttia, mutta terveydenhuollon palvelutuotanto on huomattavasti vähäisempää. Järjestöjen palvelut korvaavat ja täydentävät julkisia palveluja. Järjestöt toimivat alue-, paikallis- ja valtakunnan tasolla palvelujen tuottajina ja kehittäjinä. Kuntien ostamat palvelut ovat tulonlähde järjestöille RAY:n avustusten rinnalla. Järjestöt ammattimaistuvat ja tuottavat palveluja yhä enemmän ja tämän seurauksena järjestöt ovat yhtiöittäneet toimintojaan. Markkinatalouden mekanismit ovat tulleet lisääntyvästi osaksi järjestöjen toimintaa. Järjestöt voivat profiloitua yhtä tehtävää suorittavaksi tai kuten suurin osa järjestöistä, useita tehtäviä suorittavaksi monialajärjestöksi. (Murto 2003, 67-68.) Suomessa sosiaali- ja terveysjärjestöt toimivat asiantuntijan, vaikuttajan ja palveluntuottajan roolissa. Tämä järjestöjen rooli vaikeuttaa kritiikin esittämistä kunnille. (Ruohonen 2003, 52.)

Järjestöjen on osoitettava erityisyytensä, tuloksellisuutensa ja tehokkuutensa palvelujen tuotannossa sekä tuotteistettava palvelunsa. Yleishyödyllisesti kilpailulainsäädännön ulkopuolella tuotetut palvelut ovat tähän asti vaihdelleet spontaanisti tuotetuista itsehoito- ja oma-apuryhmistä ammatilliseen erityiskoulutusta vaativiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Järjestöjen tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotteistaminen on osoittautunut entistä haastavammaksi yritysmäisen palveluntuotannon lisääntyttyä. Huono-osaisille suunnattujen saumattomien palveluketjujen tuotteistaminen on Murrin (2003) mukaan lähes mahdotonta ja näille palveluille olisi sosiaalipoliittisin

perustein annettava mahdollisuus jäädä kilpailun ulkopuolelle. Sosiaalipoliittisten päämäärien ja kilpailusäädösten välillä on huomattavissa näin ollen ristiriita. (Murto 2003, 68-69.)

Elinkeinoelämässä vallalla on ajatus, että oikeudenmukaista on puolueettomuus, millä tarkoitetaan jokaisen kilpailijan kohtelemista samalla tavalla. Elinkeinoelämän ajatukset eivät päde kuitenkaan sosiaalihuollon puolella. Sosiaalihuollossa oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää puolueellisuutta lähtökohtana ihmisten yksilölliset tarpeet. Ajatuksena on, että ihmisestä pitää huolehtia sitä enemmän, mitä suuremmat yksilölliset tarpeet hänellä on. Hyvinvointiajattelussa on siirrytty uusiin painotuksiin, mikä on vaatinut järjestöiltä uudelleen profiloitumista. Uusien palvelumuotojen tulee olla entistä tarkemmin rajattuja yksittäisiin ongelmiin ja ilmiöihin. Murto (2003) määrittelee nämä uusien palvelumuotojen kohdistumisen alueet 'kiusallisiksi ongelmiksi' eli palvelut kohdistuvat vähemmän tuottaviin väestöryhmiin ja heidän marginaalisiin ongelmiinsa. Tällaisia palveluja on helpompi ostaa ostopalveluina kuin kuntien itse tuottaa. (Murto 2003, 69-77.)

Järjestöt syntyvät useasti ratkaisemaan jotain epäkohtaa. Yhteistoiminta lähtee liikkeelle itse ongelmasta kärsivistä tai heidän omaistensa toimesta. Toinen vaihe järjestön synnyssä on ongelman legitimointi, ongelmalle annetaan muoto ja oikeutus yhteiskunnassa. Kolmannessa vaiheessa syntyy yhteisöllisyys, identiteetti ja vapaaehtoistoiminta järjestössä. Järjestö antaa puitteet vertais-, lähimäis-, oma-avulle. Neljännessä vaiheessa järjestö alkaa tuottaa palveluja suoralla toiminnalla ongelman ratkaisemiseksi tai luodaan vaihtoehtoisia toteutustapoja rinnalle, jos kyseistä palvelua on jo tuotettu, mutta siihen ollaan oltu tyytymättömiä. Aikaa myöden tuloksena on kansalaislähtöistä asiantuntijuutta, joka johtaa usein kansalaislähtöiseen vaikuttamiseen. Ongelma viedään kasallisella tasolla poliittiseen ja hallinnolliseen prosessiin. Viimeinen taso on kansainvälistyminen eli pidetään yhteyttä eri maissa toimiviin vastaaviin järjestöihin tai pyritään vaikuttamaan Euroopan Unioniin tai YK:n tasolla. (emt., 57-59).

Järjestöjen palvelut kohdistuvat rajattuihin yksittäisiin ongelmiin ja ilmiöihin. Ongelmia määritellään nykyisellään siten, että suurien yhteiskunnallisten kertomusten sijaan lähestytään pienten kertomusten kautta. Esimerkiksi yhteiskunnallinen päihdekysymys pilkotaan pienempiin kertomuksiin. Tällainen pienempi kertomus voi olla esimerkiksi lapsijuoppojen ongelma, nuorten huumeongelma tai päihdeäitiongelmia. Nämä pienet kertomukset tulevat osaksi yhteiskuntaa ja niistä muotoillaan toimeksiannot järjestöille. (Murto 2003, 76-77.)

Skandinaavian maissa organisoituminen on muuttunut kollektiivisista massaliikkeistä organisoiduksi individualismiksi. Kollektiiviset ideologiset liikkeet heikkenevät kuten mm. raittiusliike ja mahdollisesti myös ammattiliitot. Nykyään yhä etenevässä määrin ihmiset organisoituvat täyttääkseen omat individuaaliset tarpeensa. Organisaation valitseminen tapahtuu oman erityisen elämäntyylin mukaan enemmän kuin organisoidun yhteisen ideologian pohjalta. (Putnam 2002, 309-310.)

Putnamin mukaan edellä esittelemääni kehitystä näyttää tapahtuneen joka paikassa. Uudet sosiaalisen osallistumisen muodot ovat kapea-alaisempia ja vähemmän keskittyneitä kollektiivisiin tai julkisiin tarkoituksiin. Kirjan artikkeleista ilmenee hypoteesi jonka mukaan uudet muodot ovat vapautuneempia, mutta vähemmän solidaarisia, ne edustavat uudenlaista sosiaalisen pääoman yksityistämistä. (Putnam 2002, 412.)

Kostamo-Pääkkö (2001, 48-49) on haastatellut väitöskirjassaan mielenterveyssektorin työntekijöitä tuoden esille heidän näkemystään avopalvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Hän selvitti, miten työntekijät kokevat toimimisen koko järjestelmässä ja millaisista palveluista se koostuu. Kostamo-Pääkkö kuvaa työntekijöiden reaktioita järjestelmää kohtaan kasvavana epäselvyytenä ja roolisekaannuksena. Suomessa mielisairaanhoito on pitkään ollut sairaalakeskeistä ja hajanaista. Nykyisin painotetaan avohoitoa ja tämän kautta hajanaisuus on lisääntynyt. Palveluita saadaan monista eri pisteistä ja eri pisteet eivät tee riittävän tiivistä yhteistyötä.

Järjestön kasvaessa jäsenet ja vapaaehtoistoimijat etäännyvät ja järjestöillä on kuitenkin tärkeä rooli yhdessäolon areenana. Järjestöjen haasteena on vapaaehtoistoiminnan järjestäminen. Tämä vaatii ammatillista tukea vapaaehtoisille, kuten koulutuksia ja tukea pulmatilanteissa. Järjestöt tarvitsevat siis myös ammattimaista toimintaa. Vapaaehtoisuuteen pohjautuvissa järjestöissä tarvitsee pohtia, miten tulevaisuudessa saadaan rekrytoitua vapaaehtoistyöntekijöitä. Järjestöjen äänen kuuluviin tuleminen pitäisi turvata ja suurienkin järjestöjen tulisi olla ihmisten tavoitettavissa. (Ruohonen 2003, 52-53.) Sosiaali- ja terveysjärjestöissä toiminnan lähtökohtana on palvelujen käyttäjien tarpeiden kuuleminen. Tällöin järjestöissä luodaan käyttäjien tarpeista nousevia sosiaalisia innovaatioita. Järjestöjä pidetäänkin usein sosiaalisten innovaatioiden kehittäjinä. Toisinaan järjestöjen palvelut saattavat kuitenkin ajan kuluessa etäännyä alkuperäisestä käyttäjälähtöisyydestä. (Ohlsson 1995, 76-78.)

### **2.5.2. Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustusstrategia**

Ray liittyy kiinteästi mielenterveysjärjestöihin, kuten aiemmin olen tuonut esille. Ray on suurin sosiaali- ja terveysjärjestöjen rahoittaja. Ray:n avustusstrategian linjaukset ovat merkityksellisiä tutkittaessa mielenterveysjärjestöjen toimintaa. Rahoittajan ominaisuuden lisäksi Ray:n kautta järjestöt liittyvät osaksi yhteiskunnan sosiaali- ja terveystaloudellista järjestelmää. Tästä syystä esittelen seuraavaksi Ray:n avustusstrategian linjauksia.

Strategiassa on linjattu avustustoiminnalle kaksi päälinjaa, jotka ovat ennaltaehkäisy ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien tukeminen. Ehkäisevässä toiminnassa halutaan painottaa ihmisten terveyttä ja toimintakykyä haittaavien ongelmien syntymisen tai vaikeutumisen estämistä. Käytännössä kuitenkin painopisteenä on kansanterveysongelmien ehkäiseminen ja terveyden edistäminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja sosiaalisen sekä taloudellisen syrjäytymiskehityksen katkaiseminen ja omaehtoisuuden edistäminen. Tuki kohdistetaan kokeilu- ja kehittämissuhteisiin, tiedotukseen, vaikuttamistoimintaan ja edunvalvontaan liittyviin hankkeisiin ja toimintamalleihin, joiden tarkoituksena on edistää terveysriskeihin ja huono-osaisuuteen liittyvien oireiden havaitsemista ajoissa. (RAY 2002, 6.)

Toinen avustustoiminnan päälinja, heikommassa asemassa olevien tukeminen, kohdistuu kohde-ryhmiin, joihin vaikeudet kasaantuvat. Näitä ongelmia ovat sosiaaliset ja taloudelliset vaikeudet, pitkäaikainen työttömyys, asunnottomuus, päihde- ja mielenterveysongelmat, epävarmuus ja turvattomuus, köyhyys ja ylivelkaantuminen, vammaisuus ja vaikeat pitkäaikaissairaudet. Tähän tuettavien ryhmään kuuluvat myös paljon tukea ja apua tarvitsevat ikääntyvät kansalaiset. RAY haluaa myös painottaa lasten elinoloja ja turvallisuutta sekä kiinnitettävän huomioita vanhemmuuden ja perheen selviämisen edistämiseen. Avustuksilla halutaan tukea palvelujen saatavuuden turvaamista ja toimintamallien kehittämistä vastaamaan moniongelmaisten ja perheiden tarpeisiin. Tavoitteena on estää tai katkaista huono-osaisuuteen ja syrjäytymiseen johtava kehitys luoden edellytykset itsenäiseen selviytymiseen ja elämänhallintaan. Avustukset kohdennetaan uudenlaisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen moniongelmaisille ja niiden vaikuttavuustutkimuksiin. Toinen linja avustusten kohdentamiselle on toiminnot, joiden avulla luodaan edellytyksiä huono-osaisuuden havaitsemiselle ja passivoituneiden ihmisten sekä perheiden saamiseksi palvelujen ja tukijärjestelmien piiriin. (RAY 2002, 7.)

Järjestöjen edunvalvontatoiminnan ja muun vaikutustoiminnan rahoitus painottuu. Järjestöjen roolia edunvalvojina, asiantuntijoina, kouluttajina ja konsultteina halutaan korostaa. Tehostamistarve il-

menee pienten ja yhteiskunnalliselta asemaltaan heikkojen ryhmien asioiden esiin tuomisessa ha ehkäisevässä toiminnassa. Palvelujärjestelmien kehittämiseksi huomioidaan aiempaa enemmän järjestöjen yhteistyö alue- ja paikallistasolla. Avustuksien lisäykset kohdistetaan erityisesti syrjäytymisen, lasten turvattomuuden ja suurten kansansairauksien ehkäisyyn liittyvään toimintaan. (RAY 2002, 8.)

Kokeilu- ja kehittämishankkeissa korostetaan innovatiivista, huolellista suunniteltuja ja valmisteltuja hankkeita. Erityisesti päämäärien ja konkreettisten tavoitteiden asettamiseen sekä seurantaan, arviointiin ja tulosten hyödynnettävyyteen tulee kiinnittää huomiota. Strategian mukaan järjestöjen merkitys toimintamuotojen ja avun järjestämismuotojen kehittämisessä ja kokeilemisessä on ollut suurta ja sen tulee edelleen korostua. Järjestöjen tekemän kehitystyön merkitys virallisen palvelujärjestelmän kehityksessä on ollut mittava. Merkittävä osa kehittämistoiminnasta tapahtuu valtakunnan tasolla ongelmia ehkäisevien tutkimus-, kokeilu- tai kehittämisprojektien muodossa. (RAY 2002, 8.)

Järjestöjen tarjoamista palveluista vähäinen osa on RAY:n avustustoiminnan piirissä, koska palveluista suuren osan järjestöt myyvät ostopalveluina kunnille tai muille julkisen sektorin tahoille, joilla on lakiin perustuva velvollisuus palvelujen järjestämiseen. Palvelujen tukemisessa ensisijaista on julkisen palvelujärjestelmän vastuu palvelujen järjestämisestä. Tämän lisäksi palvelujen avustamisessa huomioidaan kunnissa vallitsevat erilaiset tarpeet erityisesti syrjäseutujen vaikeudet. Avustusharkinnassa huomioidaan eri kohderyhmille tarkoitettujen palvelujen määrä ja tavoitettavuus. Avustuksia ei myönnetä palveluihin alueille, joissa yritysmuotoisen toiminnan määrä on sellainen, että avustusten myöntäminen aiheuttaisi vähäistä suurempaa markkinoiden toimintaa vääristäviä vaikutuksia. Alue- ja kuntakohtaista eriarvoistumista seurataan ja avustuksia suunnataan taloudellisesti-sosiaalisilta rakenteiltaan heikoimmille alueille joiden ongelmat ovat vaikeutuneet. Kehittämisavustukset kohdennetaan alueellisten ja paikallisten palvelujärjestelmien palvelujen koordinoitua ja erityisosaamista tehostaviin hankkeisiin. Järjestöjen, kuntien ja yritysten yhteistyötä halutaan edistää laadukkaiden ja yhtenäisten palvelukokonaisuuksien aikaansaamiseksi. (RAY 2002, 9.)

Avustusstrategiassa todetaan asumisen tukitoiminnan lisäämiseen olevan tarvetta. Ammattihenkilöstön ja vapaaehtoisten yhteistyötä asumispalvelujen järjestämisessä halutaan edistää. RAY:n avustukset asumispalveluissa kohdennetaan erityisesti yhteistoiminnassa toimiviin tukiverkostoihin. Asumisen tukitoiminnassa tärkeäksi nähdään myös muut palvelut ja palvelukokonaisuudet, erityi-

sesti työ- ja päivätoimintamahdollisuuksien turvaaminen. Asumiseen liittyvään tukitoimintaan lisätään väestöryhmään, joka on asetettu erityiskohderyhmäksi ja uusien toimintamallien kehittämiseksi palvelutoiminnan ja vapaaehtoisuuteen pohjautuvan tuen uudenlaisina yhdistelminä. (RAY 2002, 11.)

Omaishoitajien ja perheiden tukemiseen tarvitaan lisää panostusta. Vanhusten, vammaisten, pitkäaikaissairaiden ja monien muiden väestöryhmien hoidon vastuu on siirtymässä yhä enemmän omaisille, perheille ja lähiyhteisöille palvelurakenne muutoksen edetessä. Keskeinen kehittämisalue strategian mukaisesti onkin omaisten henkisen ja fyysisen jaksamisen ylläpitämiseksi kuntoutus-, lomitus-, työnohjaus- ja valmennustoimintoja lisääminen, hoitovastuusta tilapäisesti irrottavat toiminnalliset järjestelyt ja vertaistuki. Kotipalvelutoiminnassa avustukset kohdentuvat runsaasti apua ja tukea tarvitsevien huonokuntoisten vanhusten ja moniongelmaisten perheiden olosuhteiden parantamiseen. Itsenäistä asumista tukevissa kotiin suunnattavissa toiminnoissa painopiste on järjestöjen koordinoimassa tukihenkilö- ja vapaaehtoistoiminnassa ja tehostetuissa perheille suunnattavissa palveluissa, jolloin tarvitaan apua usein, pitkäkestoisena tai kun avustajia tarvitaan useampi kerralla. (RAY 2002, 11).

Avustuksia lisätään erityisesti kohderyhmän ollessa yksinäiset vanhukset, vammaiset, omaishoitajat, moniongelmaiset perheet, syrjäytymisvaarassa olevat nuoret, mielenterveys- ja päihdeongelmaiset, huumeongelmaiset, maahanmuuttaja- ja pakolaisperheet. Palvelut, joiden tarkoituksena on kansalaisten elämänhallinnan ja osallistumisen tukevien sosiaalisten lähiverkoston kehittäminen, virallisen palvelujärjestelmän ja vapaaehtoisen työn yhteistyön kehittäminen ovat avustusten suunnattamisessa myös painottuvia asioista. Strategia määrittelee myös tärkeäksi vapaaehtoistyön organisoimisen, koordinoimisen, koulutuksen ja työnohjauksen ammatillista osaamista hyödyntäen. (RAY 2002, 11.)

Kriisipalvelujen kohdalla painotetaan palvelujen helppoa saatavuutta, erityisosaamista ja kuntien ja järjestöjen yhteistoimintaverkoston kehittämistä paikallistasolla jatkohoidon järjestämiseksi joustavasti. Erityiseksi kehittämisalueeksi nimetään ehkäisevä ja hoitava väkivaltatyö, nuorten itsemurhia ehkäisevä kriisityö, vanhusten yksinäisyyteen, leskeytymiseen, pahoinpitelyihin ja turvattomuuteen kohdistuva kriisien ehkäiseminen ja hoitaminen. (RAY 2002, 12.)

Kuntoutus- ja hoitopalveluissa strategia painottaa julkisissa palveluissa väliinputoajiksi jääviä ryhmiä. Tähän ryhmään kohdennettavia toimintoja ovat ikääntyvän väestön ja eläkeikäisten toiminta-

kyvyn ylläpitäminen ja lasten ja lapsiperheiden sosiaalinen kuntoutus. Tarkoituksena on lisätä julkisia palveluja täydentäviä kuntoutusmahdollisuuksia ryhmille, joille palveluja on saatavilla liian vähän. Nämä ryhmät ovat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät perheet ja pienten lasten äidit, mielenterveysongelmaiset, huumeongelmaiset nuoret, moniongelmaiset perheet ja työttömyyden seurauksena toimintakykynsä menettäneet. Kehittämisavustuksilla tuetaan erityisesti palvelujen kehittämistä, jotka pystyvät vastaamaan psykiatristen- ja päihdeongelmien hoitoon sekä kuntoutukseen, ikääntyvien toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin toimintamuotoihin ja perhekuntoutuksen mallien kehittämiseen. Tärkeäksi nähdään uusien kokonaisvaltaisten kuntoutusmallien ja palvelukokonaisuuksien kehittäminen ja kuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyvät kehittämishankkeet. Huumehoito, perhekuntoutus, vajaakuntoisten vaihtoehtoiset työllistymismuodot ja laitoshoidon tarvetta ehkäisevä vanhusten kuntoutusta kehittävä toiminta ovat alueita, joissa avustusten määrää lisätään. (RAY 2002, 12.)

Päiväkeskus- ja työtoiminnan osalta avustusstrategia määrittetään kohderyhmät joiden kohdalla toimintaa tulee lisätä. Dementoituneet, mielenterveys- ja muistihäiriöiset vanhuksat tarvitsevat toimintakykyä ylläpitävää ja parantamiseen pyrkivää päivätoimintaa lisää. Toinen ryhmittymä ovat päihde- ja mielenterveysongelmaiset, joiden päivä- ja työtoimintaa tulee merkittävästi lisätä korostaen näiden palvelujen liittymistä yhteen asumispalvelujen kanssa yhtenäisen palvelu ja tukiverkoston muodostumiseksi. Vajaakuntoisten pitkään työmarkkinoiden ulkopuolella olleiden nuorten työllistymistä edistäviä hankkeita halutaan tukea enemmän syrjäytymisen estämiseksi. Strategiassa linjataan tähän tarkoitukseen sopivaksi toimintamuodoksi toimintakeskukset, jotka toimivat yhteistyössä työhallintoon ja kuntien eri hallintokuntiin. Avustuksia lisätään myös matalan kynnyksen auttamis- ja kohtaamispaikkojen toimintoihin erityisesti lähiöissä, joissa on paljon tukea tarvitsevia lapsi-, maahanmuuttaja- ja pakolaisperheitä. (RAY 2002, 13.)

Kurssi-, leiri- ja lomatoiminnassa painotetaan kehittämistä ennaltaehkäisevään ja elämänhallintaa korostavaan toimintaan. Painoalueena olevat väestöryhmät painottuvat kohderyhmänä keille palvelut suunnataan. Yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa painotetaan tehostettavaksi sekä lomien liittämistä osaksi elämänhallintaa edistäviin toimintakokonaisuuksiin ja palveluihin. (RAY 2002, 12.)

### 2.5.3. Julkinen sektori ja kolmas sektori rinnakkain kuntalaisten hyvinvoinnin tuottajina

Valtiokeskeinen hyvinvointipolitiikka määrittelee lainsäädännöllä palvelut ja tulonsiirrot kansalaisille. Lainsäädännöllä palvelujen tuottamistehtävät on säädetty kunnille. Aikaisemmin kunnat saivat valtionosuuden vain tehtäviin, jotka hoidettiin valtion määrittämien normien mukaan. (Möttönen & Niemelä 2005, 31). Vuonna 1993 tuli voimaan uusi valtionosuuslaki, minkä mukaisesti kunnat saavat valtionosuuksia laskennallisesti määräytyviin menoihin. Valtionosuudet määräytyvät kunnan taloudellisen kantokyvyn ja palvelutarpeen laskennallisen arvioinnin mukaisesti. Lainmuutoksen perusteena oli kustannustietoisuuden parantaminen, valtion ohjauksvallan vähentäminen ja kuntien toimivallan lisääminen. Kuntalakia uudistettiin myös 1995 ja sillä pyrittiin myös kuntien hallinnollisen ja taloudellisen ohjauksen väljentämiseen. (emt. 38-39.)

Kuntien on vaikea tuottaa palveluja verohelpotusten vuoksi, koska veromenetyksiä ei kompensoida kunnille täysmääräisesti. Poliitiikka on menoja rajoittavaa, jonka voi huomata tarkastellessa sosiaali- ja terveystenomenojen osuutta bruttokansantuotteeseen nähden. Kansainvälisesti tarkasteltuna Suomi käyttää vähän näihin. (emt. 45.)

Raha-automaattiyhdistyksestä on tullut merkittävä hyvinvointisektorin rahoittaja. Hyvinvointipalvelujen rahoitus kunnissa hoidetaan valtionosuuksien, verotulojen ja uusien rahoituslähteiden avulla. Uusia rahoituslähteitä ei ole tarkoitettu kunnan normaaliin palvelutuotantoon, vaan erilaisiin toiminnan kehittämishankkeisiin. Rahoitusta tulee mm. EU:lta. Tämänkaltaiset uudet rahoituslähteet kasvattavat riippuvuutta niistä, hakemuksissa tulee huomioida rahoittajien kriteerit. Tämä lisää tarvetta samalla sektorilla toimivien yhteistyölle. (emt. 53-54.)

Kuntien tehtäväkentän laajentuessa, järjestöt on alettu näkemään yritysten ohella palvelujen tuottajina. Ajattelutavan muutokseen ovat johtaneet ainakin kuntien huomioidut järjestöjen merkittävistä taloudellisista resursseista. Kansalaisjärjestöjen roolin muuntumiseen Suomessa on vaikuttanut myös Euroopan Unioni. EU on lisännyt yhteistyötä katolilaisten maiden kanssa, joissa kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli politiikassa ja julkisessa keskustelussa. (emt.,22.)

Hyvinvointipolitiikassa on siirrytty pluralistiseen hyvinvointiyhteiskunta ajatteluun eli vastuu hyvinvoinnista on jaettu useammille toimijoille. Julkisella sektorilla korostetaan paikallisen tason tärkeyttä ja vastuuta annetaan kansalaisille ja kansalaisten muodostamille järjestöille. Aiemmin hyvinvointi-ideologia perustui ajatukselle julkisen sektorin institutionaalisesta asemasta. Kansan tahto kanavoitui eduskunnan kautta lakeina. Yhteiskunnalliset uudistukset olivat politiikan tuotoksia ja

hallinto oli instrumentti näihin toteutuksiin. Nykyisin kunnat ja seudut ovat uusien toimintatapojen kehittämiskenttiä ja valtion rooli on toimivien mallien välittäminen koko maahan. 1990-luvulla valtio rahoitti noin puolet sosiaali- ja terveystoimista, 2000-luvun alussa valtion rahoitus oli noin neljäsosa. (emt., 47-49).

Julkisella sektorilla ja kolmannella sektorilla on omat itsenäiset tehtävänsä, mutta yhteinen tehtäväalue. Järjestöillä on tärkeä tehtävä kansalaisyhteiskunnan rakentajana ja yhteisöllisyyden edistäjänä. Yhden näkökulman mukaan kansalaisyhteiskunnan on nähty olevan julkisesta vallasta vapaata ja sen toiminnan on nähty perustuvan kansalaisten omaehtoiseen toimintaan. (Möttönen & Niemelä 2005,6.)

Julkisen palvelujärjestelmän rinnalla voitaisiin nähdä kolmas sektori virallista järjestelmää tukevana osana. Mielenterveystyöntekijöiden luottamus vapaaehtoissektoriin mahdollisuuksiin ja rooliin palvelujen tarjonnassa on melko alhainen. Vapaaehtoissektori nähdään lähinnä vapaa-ajan virikkeellisten toimintojen järjestäjänä ei niinkään palvelujen tuottamisessa täydentävänä toimijana. Vapaaehtoissektorin ongelmana nähdään ammatillisuuden puuttuminen. Työntekijät ovat sitä mieltä, että vapaaehtoistyö on ideana hyvä, mutta se ei riitä käytännön toiminnan tasolla eikä virallisen toiminnan tasolla. Vapaaehtoistyön merkitys tulee tunnustettua vaihtoehtojen ollessa vähissä. (Kostamo-Pääkkö 2001, 68-69.)

Suurta osaa sosiaali- ja terveysalan järjestöistä rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Ray:n rahoitus on julkista rahoitusta ja sen vaikutusta järjestöjen päätöksentekoon on vaikea arvioida. Järjestöt joutuvat kuitenkin jatkuvasti miettimään rahoitustaan ja siksi niiden on järkevää huomioida Ray:n asettamat strategiset tavoitteet. Tähän liittyen Ray:n rahoituslinjausten voisi ajatella näkyvän järjestöjen avustushakemuksissa. Järjestöt ovat mukana Ray:n toiminnassa myös Ray:n hallinnon kautta. (Möttönen & Niemelä 2005,16).

Valtion ja kuntien välinen työnjako toimii niin, että valtio päättää hyvinvointipolitiikan suuntaviivoista ja kunnat vastaavat toteutuksesta järjestämällä ja tuottamalla alueella eläville asukkaille heidän tarvitsemansa hyvinvointipalvelut. Kuntiin kohdistuvaa palvelukysyntää määrittää valtion määrittelemistä kuntalaisten oikeuksista saada tiettyjä palveluja ja asukkaiden elämäntilanteista riippuvista tarpeista. Kunnallinen hyvinvointipalvelu voidaan käsitteenä määritellä laajuudeltaan eri tavoin eri yhteyksissä. Kallio liittyy kunnallisiin hyvinvointipalveluihin omassa tutkimuksessaan lakisääteiset velvoitteet järjestää ja tarjota palveluja asukkailleen, ne ovat luonteeltaan osittain kollektiiv-

tiivisia meriittihyödykkeitä ja niiden rahoitus nojaa pitkälti verotukseen ja käytöstä perittävien maksujen merkitys on pieni. Hyvinvointipalvelujen antaminen lähtee asukkaiden tarpeesta huomioimatta maksukykyä. (Kallio 1998, 1-2).

Palvelukysynnän- ja tarjonnan selvittäminen kunnissa on haastavaa, koska kuntiin kohdistuvasta palvelukysynnästä eikä kuntien palvelutarjonnan määrästä ole saatavilla luotettavaa tietoa. Ei siis ole tietoa kuinka paljon kunnassa tarjotaan palveluja suhteessa kyseisten palvelujen kysyntään. (Kallio 1998, 13).

Useiden järjestöjen alkuperäinen perustamissyö on ollut jäsenten etujen ajaminen. Jäsenyyden motivaatioperusta saattaa kuitenkin muuttua esimerkiksi ulkopuolelta saadun rahoituksen luonteen johdosta. Tämä saattaa johtaa siihen, että harrastuspohjaiset jäsenperustaiset järjestöt muuttuvat organisaatioiksi ja jäsenten merkitys käy pienemmäksi. Vapaaehtoistyötä tekevät järjestöt näkevät asian toisin. Mitä enemmän palveluja vapaaehtoiset hoitavat, sitä enemmän palkattuja ammattilaisia tarvitaan kouluttamaan, ohjaamaan ja organisoimaan amatöörien toimintaa. (Helander 1998, 130-131.)

Pohjosmainen kehitys näyttää kolmannen sektorin osalta siltä, että kolmas sektori on kasvamassa ja samalla tulossa riippuvaisemmaksi muista sektoreista ja erityisesti julkisesta sektorista. Muihin maihin vertailtaessa, on odotettavissa, että suomessa kolmas sektori toimii hyvinvointiyhteiskuntaa täydentävänä osana enemmän kuin sitä korvaavana. Näin on, koska jaettavista palveluista määrällisesti ja laadullisesti vastaa julkinen sektori ja julkinen sektori vastaa myös niiden tuottamisen häiriöttömyydestä ja poukkoilemattomuudesta. Kolmas sektori on sisäisten haasteiden edessä järjestöjen yhteiskunnallisen roolin muuttuessa. Järjestöjen perustehtävänä on ollut jäsenien etujen valvominen viranomaisten suuntaan, mutta uusien haasteiden johdosta tämä tehtävä näyttää heikkenevän. Julkisen sektorin suunnasta tulee palvelujen tuottamisen suunnasta vaatimuksia tuottaa palveluja myös muille kuin järjestön jäsenille, joka saattaa muuttaa käsitystä jäsenyyden luonteesta. (Helander 1998, 137-140.)

Julkisen rahoituksen painotuksen muuttuminen tarkoin rajattujen hankeavustusten suuntaan yleisten toiminta-avustusten sijaan johtaa järjestöjen välineellistymiseen Varsinaiset jäsenpanostukset jäävät taka-alalle ja järjestöistä tulee palvelutuotanto organisaatioita, joita pyörittävät palkatut toimihenkilöt. Tästä taas seurauksena saattaa olla jäsenten liittymis- ja toimintamotivaation heikkeneminen mikä taas johtaa jäsenyyden kautta tulevan legitimaation heikkenemiseen. (Helander 1998, 141.)

Kuntien palvelutarjonnassa periaatteena on universaalisuus. Kysyntään ja tarjontaan liittyvien tekijöiden erottaminen toisistaan saattaa olla hankalaa, koska kunnilla on paikallinen monopoliasema ja tämä saattaa aiheuttaa sen, että tarjonta ohjaa kysyntää. Asukkaat kysyvät vain palveluita, joita tiedetään olevan tarjolla. Näin on terveyden- ja sairaanhoidossa. Terveystieteiden palvelutarve kartoitetaan väestön määrän ja ikärakenteen pohjalta. Terveystieteiden valtionosuudet määräytyvät samoin perustein, mutta niissä huomioidaan myös paikalliset olosuhdetekijät. (Kallio 1998, 15-21.)

Kunnissa joissa on paljon vanhusikäisiä, on paljon pienituloisia ja perusasteen koulutuksen saaneita ja perusasteen koulutuksen saaneiden ja pienituloisten osuuden välillä on voimakas yhteys. Mitä enemmän kunnassa on perusasteen koulutuksen saaneita, sitä enemmän on pienituloisia. Keskimääräinen sairastavuus tulee näkyväksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrällä ja tämän yhteydellä ollessa voimakkaasti yhteydessä alhaiseen koulutustasoon, pienituloisten osuuteen ja työttömyysasteeseen. Näin ollen koulutustason ollessa alhainen, on kunnassa keskimääräistä enemmän pienituloisia ja asukkaiden terveydentila on keskimääräistä huonompi. Tällaisissa kunnissa voidaan olettaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen ja kysynnän olevan keskimääräistä suurempi. Julkisen hallinnon yksi keskeisistä tehtävistä on tasoittaa hyvinvoinnin edellytyksinä olevien resurssien suuria eroja. Kuitenkin kunnissa, joissa on edellä kuvatun kaltainen tilanne, on heikot mahdollisuudet tämän tehtävän täyttämiseksi. Palvelukysyntä on suurta, mutta verotulopohja heikko. (Kallio 1998, 39.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kysyntään huomioidaan vanheneminen yhtenä vaikuttavana muuttujana. Resurssikeskeisesti tarkasteltaessa tarvetta pidetään lähtökohtana vanhusten määrää. Mitä enemmän kunnassa on vanhusväestöä, sitä enemmän tarvitaan sosiaali- ja terveystoimeen kuuluvia hoiva- ja hoivapalveluja. Toinen palvelutarpeeseen vaikuttava tekijä kuntatasolla on asukkaiden keskimääräinen terveydentila. Mitä enemmän esiintyy sairauksia, sitä enemmän oletetaan esiintyvän hoito- ja hoivapalveluiden tarvetta. (emt., 43-46.)

Sosiaali- ja terveystieteiden kysynnän voidaan olettaa olevan sitä suurempaa, mitä enemmän kunnassa on pienituloisia. Hyvätuloisilla on mahdollisuus ostaa palveluja korvaavilta maksullisilta yksityisiltä palvelunjärjestäjiltä, mikä vähentää kunnallista palvelukysyntää. (emt. 52.)

Faktorianalyysin perusteella voimakkaan ja suuren palvelukysynnän yhdistelmiä ovat maaseutumaiset tai kaupunkimaiset ikärakenteeltaan lapsi-, nuori- tai vanhusvoittoiset kunnat, joissa on paljon ongelma-asumista. (emt. 71).

Kunnilta odotetaan asukkaita tyydyttäviä palveluita, mutta näkyvässä on voimakas polarisoituminen taloudellisen aktiviteetin, korkean osaamisen ja hyväpalkkaisten työpaikkojen kasautuessa suuriin keskuksiin. Havaittavissa on valikoivaa muuttoliikettä minkä seurauksena palvelukysyntä kunnissa erilaistuu suurissa kunnissa ja pienissä taajamissa ja syrjäseutujen kunnissa. Aktiiviväestö muuttaa pois kunnista ja jäljelle jää vanhukset ja muut työelämänulkopuolella olevat hyvinvointipalveluiden suurkäyttäjät. (emt.137.)

Palvelun tarvitsijat hajautuvat eri palveluntuottajien välille ja kokonaisvaltainen tieto palveluista ja asiakkaiden tilanteista puuttuu. Pääasialliset vaihtoehdot mielenterveyspalveluissa ovat mielisairaala, mielenterveystoimisto ja terveyskeskus. Julkinen palvelujärjestelmä on viitekehys minkä sisällä toimitaan erillisinä palvelupisteinä. Laitoshoittoa on paljon kritisoitu ja rinnalle on luotu paljon uusia palveluvaihtoehtoja esimerkiksi kuntoutuskoteja, pienkoteja, tuettuja asuntoja, klubitaloja ja suoja-työpaikkoja. Uudet vaihtoehdot pyrkivät mahdollisuuteen elää mahdollisimman normaalisti yhteiskunnassa minkä mahdollistaa yksiköiden pieni koko. Kuntoutujille pyritään antamaan koko ajan etenevässä määrin vastuuta elämästään, mutta annetaan myös riittävästi tukea. Tavoitteena on kuitenkin tukitoimien vähentäminen. (Kostamo-Pääkkö 2001, 50-51.)

Palvelustrategiana ongelmiin vastaamiseksi on näyttäytynyt jonkinasteinen palvelujen karsinta ja keskittyminen tärkeiden hyvinvointi- ja/tai peruspalveluiden järjestämiseen. Tutkimuksessa esille nousee palveluiden priorisoinnin välttämättömyys sekä halukkuus siirtyä universaaleista palveluista selektiivisiin palveluihin. Palveluja annettaisiin vain niitä eniten tarvitseville. Kunnissa esiintyy halukkuutta lisätä asukkaiden omatoimisuutta ja vastuuta lisäämällä palveluiden maksullisuutta tai vähentää tai luopua ilmaisipalveluista. Esiin nousee halukkuus myös kuntien välisen yhteistyön laajentamiseen, johon halutaan mukaan alueella toimivat yhdistykset ja järjestöt. (Kallio 1998, 137.)

Mielenterveyspalvelujen kunnallistamista voidaan pitää osoituksena yhteiskunnan, instituutioiden ja poliittisten päämäärien muuttuneesta hallinnasta. Palveluiden siirtämisellä sairaanhoitopiirien hallinnosta osaksi kunnan perusterveydenhuollon palveluita on tavoittelua kokonaisvaltaisemmasta mielenterveystyön hallinnasta. Palveluiden kehittäminen ei ole kuitenkaan vastannut erikoissaira-

hoidon voimavarojen leikkauksiin. Avohoito ei vastaa organisatorisiin ja sisällöllisiin muutoksiin. (Kostamo-Pääkkö 2001, 94.)

Implisiittinen kuvaa tapaa priorisoida avopalveluja kunnissa. Päätökset kuka saa ja millaista palvelua tapahtuu järjestelmän sisällä eikä päätöksiä tehtäessä arvioida niiden oikeutusta erikseen. Eksplisiittisesti priorisointi tapahtuisi avoimesti lakien, asetusten tai julkisen keskustelun pohjalta niin, että ulkopuolisten olisi mahdollista arvioida toiminnan perusteita. Taloudellisin perustein priorisoidessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja olisi paikallaan kyseenalaistaa johtaako se potilaan kannalta parhaisiin mahdollisiin tuloksiin. (Kostamo-Pääkkö 2001, 97-98.)

Kunnalla on mahdollisuus joko ehkäistä tai edistää järjestöjen toimintaa. Kunnat maksavat asiakaspaikasta järjestöille, jotka tuottavat palvelun ja järjestöjen tarve resursseista aiheuttaa taloudellista riippuvuutta kunnista. Järjestöjen toiminnassa on mahdollisuus voimakkaaseen ammatilliseen profiloitumiseen mikä voisi vähentää julkisen sektorin yritystä vaikuttaa, ohjata ja rajata järjestöjen toimintaa. Järjestöt nähdään kuitenkin pääosin uusien työmenetelmien, uudenlaisen ajattelun ja vaihtoehtoisten palvelujen tuottajina vahvan ammatillisuuden sijaan. (Kostamo-Pääkkö 2001, 180-181.)

Erikoissairaanhoidon palveluita on karsittu suhteessa enemmän kuin somaattisen sairaanhoidon palveluita. Resurssien supistamista erikoissairaanhoidosta ei ole pystytty korvaamaan perusterveydenhuollon puolella mielenterveyspalveluiden kehittämisestä riippumatta. Psykiatrisen sairaanhoidon resursseja on vähennetty yli 40 prosenttia. Yksittäisillä työntekijöillä on harvoin mahdollisuuksia vaikuttaa yksittäisiin organisaatorajat ylittäviin toimintoihin varsinkin jos toiminta vaatii taloudellisia resursseja. Päätävät viranhaltijat määrittelevät toiminnan reunaehdot. Yhteistyön puuttuminen vaikuttaa myös resursseihin ja niiden käyttöön, koska yhteistyötä ei ole, resursseja ei käytetä yhteiseen hyvään. Toimintaa ei pystytä rationalisoimaan yhteistyön kautta. Kunnissa on paineita erikoissairaanhoidon menojen supistamiseen ja tilalle ei ole tarjota kuin omin kustannuksin ylläpidettyjä ryhmäkoteja. Etenevissä määrin suurempi osa julkisten mielenterveyspalveluiden käyttäjistä asuu muualla kuin sairaalassa kuntouttavien asuinpalveluiden piirissä. Kuntouttavat asumispalvelut on löyhä käsite tarkoittaen lukuisia eri asumisvaihtoehtoja tuetusta yksinasumisesta pysyvään asumiseen julkisin varoin tuetussa hoitokodissa. (Kostamo-Pääkkö 2001, 66-67.)

Professionaalisuuden ongelma on yksi järjestösektorin ongelmista. Jos palvelujen laatutasoa kohotetaan, miten ylläpidetään ajatusta palvelujen tuottamisesta mahdollisimman kansalaisläheisesti ja kansalaislähtöisesti. Kolmannen sektorin ongelmaksi katsotaan myös amatörismi eli palvelut tuote-

taan liian ammattitaidottomasti. Epäillään, että vapaaehtoisvoimin toteutettavissa palveluissa niiden hoito on hajanaista vastuunjaon loppuun asti harkitsemattomuuden vuoksi. Varsinkin terveydenhoidon alalla ongelma on todellinen. Kuinka laajamittaisesti siis tiettyä palvelua voidaan tuottaa vapaaehtoisvoimin? Laatuvaatimukset ovat erityisen suuret järjestöjen tuottaessa palvelua viranomaisien kanssa tehdyn hankekohtaisen sopimuksen puitteissa. (Helander 1998, 128-129.)

### 3. Tutkimuksen metodologia

#### 3.1. Sisällönanalyysi

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää monissa laadullisen tutkimuksen perinteissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin voi ajatella kaksitasoisena eli väljänä tulkintakehikkona tai erilaisina toteuttamismenetelminä, joita voi siirtää perinteestä ja lähestymistavasta toiseen. Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi edustaa toteuttamismenetelmää, jonka avulla sosiaalisesti rakentuvaa aineistoa tarkastellaan.

Tutkimusaineistona käytettävät julkiset dokumentit ovat syntyneet käyttäytymisessä ja toiminnassa eli ne ovat kuvaavia. Voidakseen ymmärtää dokumentteja tulee niitä tarkastella suhteessa sosiaalisen toiminnan järjestelmää. Tällöin lähtökohtana on ajatus, että toiminta tapahtuu aina ympäristössä ja ympäristössä on runsaasti toimintaan vaikuttavia tekijöitä. Näitä käyttäytymiseen ja toiminnan sisältöön vaikuttavia tekijöitä ovat ympäristön aineelliset ominaisuudet, toimijat, vallitsevat tavat, normit, arvot ja uskomukset eli henkinen ilmasto. Yksilöiden ja ryhmien toiminta on riippuvaista ympäristön käyttäytymisedellytysten lisäksi heidän sisäisistä ominaisuuksistaan kuten motiiveista ja päämääristä. Nämä ominaisuudet eivät tosin ole myöskään syntyneet tyhjiössä, vaan ne ovat osa ympäristöä mihin ihmiset ovat olleet kosketuksissa. Pietilä käyttää tästä järjestelmäteoriasta lainaamaansa nimitystä sisäinen tila. Sisäinen tila on siis kaikki ryhmän ja yksilöiden aikaisemmat kokemukset. Ryhmän toimintaan saattaa vaikuttaa myös ryhmän sisäinen rakenne, miten ryhmä on organisoitunut. Sisäisen tilan ja rakenteen yhteisnimitys on käyttäytymistäipumukset. (Pietilä 1973, 7-10).

Ympäristökään ei ole annettu tyhjiö, vaan ihmiset ja ryhmät vaikuttavat siihen toiminnallaan. Toiminnan tulosta Pietilä nimittää käyttäytymisen tuotteeksi. Käyttäytymistekijät, käyttäytymistäipumukset ja käyttäytymisen tuotteet ovat kaikki vuorovaikutuksessa vaikuttaen toinen toisiinsa. Dokumentit ovat osa ympäristöä, henkisen ilmaston ilmiö ja niiden sisältö riippuu käyttäytymisedellytyksistä ja käyttäytymistäipumuksista ja on käyttäytymisen tuote. Tuotteena dokumentti muodostuu jälleen osaksi ympäristöä. Näin dokumentti määrittyy osaksi sosiaalisen toiminnan järjestelmää. (Pietilä 1973, 10-12.) Tutkittaessa siis erilaisia ilmiöitä ja prosesseja sosiaalitieteissä on etsittävä vastausta siihen, mikä ilmiöt aiheuttaa ja mitkä muut prosessit ja ilmiöt niihin vaikuttavat. Selittääkö ilmiöitä käyttäytymistäipumuksista esimerkiksi arvot tai motiivit ja miten käyttäytymisvaikutukset saattavat vaikuttaa ilmiöön. (Pietilä 1973, 15.)

Dokumentti itsessään on ilmiö, josta on mahdollista saada tietoa. Dokumentin avulla on tarkastella myös muita ilmiöitä eksplisiittisesti tai implisiittisesti. Tällä perusteella dokumenttien sisältöä voidaan kuvata sellaisena kuin se esitetään tai kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä dokumenttien pohjalta. (Pietilä 1973, 20- 23.) Tarkasteltaessa dokumenttia osana sosiaalisen toiminnan järjestelmää voidaan dokumentin sisältöä selittää ympäristötekijöillä, johon dokumentin tuottajat ovat yhteydessä ja dokumentin tuottajiin liittyvillä tekijöillä. Dokumentti voi jälleen vaikuttaa siihen tutustuviin ihmisiin. On siis mahdollista tutkia myös dokumenttien vaikutuksia. Dokumentteja voidaan myös tutkia vain sosiaalisena ilmiönä itsessään ja tällöin kuvailla ilmiötä itsessään. (Pietilä 1973, 22-24.)

Tutkittaessa dokumenttien sisältöä ilmiönä itsessään voi aihetta lähteä tutkimaan sanallisesti tai tilastollisesti kuvailemalla. Sanallisessa kuvailussa pyritään muodostamaan yleiskuva tutkittavasta aineistosta ja kuvailemaan ilmiötä sen jälkeen sanallisesti. Tämä onnistuu kuitenkin vain aineiston ollessa melko rajallinen. Laajempien aineistojen osalta voi tehdä tilastollista kuvailua. Tilastollisessa menetelmässä on aineiston oltava kuitenkin sellainen, että siitä pystyy muodostamaan sisältöluokkia eli löytämään sisällöstä osia, jotka ovat keskenään samanlaisia. Sisältö jaetaan pää- ja alaluokkiin ja muodostetaan luokitusrunko. Luokittelukaavion käyttö takaa tietojen keruun säännönmukaisuuden ja näin ollen helpottaa aineiston käsittelyä. Luokittelukaavio toimii apuvälineenä tietojen keruussa ja jäsentää sanallista kuvailua. (Pietilä 1973, 31-34). Tässä tutkimuksessa käytetään molempia kuvailun muotoja.

Tutkimuksessani pyrin myös tekemään päätelmiä aineistoni ulkopuolisista ilmiöistä eli pyrin dokumenttien eksplisiittisten tietojen perusteella kuvaamaan todellisuuden tilaa mielenterveyssektorilla. Tutkimuksessa tarkastelen dokumenttien avulla järjestöjen näkemyksiä mielenterveyssektorin tilasta. Millaisia vaikeuksia järjestöt näkevät suomalaisessa mielenterveysjärjestelmässä ja mitä he itse tekisivät ongelman ratkaisemiseksi. Tämä aineisto on oma rajattu todellisuuden kuva mielenterveysjärjestelmästämmme. Tämän aineiston avulla on kuitenkin löydettävissä järjestöjen näkemys mielenterveysjärjestelmän tilasta ja kehityssuunnasta toimintojen tasolla. On kuitenkin muistettava, että useat eri dokumentit keskustelevat keskenään. Näin ollen järjestöjen projektihakemusten sisältöön vaikuttavat myös Ray:n avustusstrategiat.

Sisällönanalyysissa pyritään kuvaamaan dokumentin sisältöä sanallisesti, kun taas sisällön erittelyssä aineistoa kuvataan kvantitatiivisin keinoin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107-108.) Tämä tutkimus sijoittuu näitä kahta näkökulmaa arvioitaessa sisällönanalyysin alueelle.

Sisällönanalyysia voidaan tarkastella väljänä teoreettisena kehyksenä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin tai yksittäisenä metodina. Sisällönanalyysi mahdollistaa hyvinkin rajattuun tutkimusongelmaan keskittymisen. Laadullisesta aineistosta nousee helposti monia kiinnostavia asioita, mutta sisällönanalyysissa tutkittava ilmiö on rajattava tarkkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

Aineistoa voidaan luokitella ja luokkien esiintymistä aineistossa voidaan tarkastella myös määrällisesti. Teemoittelussa keskitytään asiasisältöihin. Tyypittelyllä taas tarkoitetaan aineiston ryhmittelemistä tietyiksi tyypeiksi. Aineiston tyypittelyssä ja luokittelussa on tärkeää päättää keskittykö aineistossa olevaan erilaisuuteen vai samanlaisuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95.) Tässä tutkimuksessa käytetään teemoittelua ja luokittelua.

Laadullinen analyysi voi olla aineistolähtöistä, teoriasidonnaista ja teorialähtöinen. Aineistolähtöisen analyysin pyrkimys on luoda aineistosta teoreettinen kokonaisuus valitsemalla analyysiyksiköt tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysi on aineistolähtöistä ja teoria liittyy ainoastaan tutkimuksen analyysiin ja analyysin lopputulokseen koskien vain tutkimuksen toteuttamista.

Fenomenologis-hermeneuttiseen perinteeseen nojautuvassa tutkimuksessa käytetään usein aineistolähtöistä lähestymistapaa. Tällöin tutkimukseen ei pitäisi vaikuttaa aiemmat havainnot, tiedot eivätkä teoriat. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97.) On kysyttävää, voiko tutkimus olla edes aineistolähtöistä, koska tutkija ei ole puhdas taulu. Hän on aina omaksunut ennako-oletuksia ja teorioita. Joidenkin näkemysten mukaan ei siis ole olemassa objektiivisiä havaintoja. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa pyritään siihen, että nämä ennakkotiedot vaikuttaisivat mahdollisimman vähän aineiston analyysiin.

Fenomenologis-hermeneuttinen suuntaus pyrkii varmistamaan aineistolähtöisyyden sillä, että tutkimukseen mahdollisesti vaikuttavat asiat kerrotaan tutkimuksessa. Tällöin tutkija kirjoittaa ennakkokäsityksensä ilmiöstä ja pyrkii tiedostamaan ne mahdollisimman hyvin tutkimuksen eri vaiheissa. Sisällönanalyysin mahdollistaa ilmiön kuvaamisen tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysin avulla etsitään tekstin merkityksiä. Sisällön analyysissä on kyse todellisuuden tajuamisesta inhimillisenä ajattelutapana, ei totuuden etsintänä. Osassa sisällönanalyysistä ja historiallisia analyysistä keskitytään maailmansuhteeseen. Ihminen tarkastelee todellisuutta ikään kuin ulkopuolelta

ja totuus on tutkittavien olioiden ja kokonaisnäkömään näyttäytymistä suhteessa siihen totuuden tuottajina. Tämän kaltainen maailmansuhde on osa yhdysvaltalaisista laadullisen tutkimuksen perinnettä. Tulkinnallinen ja postmoderni tutkimus ohjautuu pitkälti ajatuksesta, että ei ole olemassa mitään sellaista pistettä tai paikkaa, mistä ihminen voisi nähdä enemmän kuin hän kokemuksensa avulla ymmärtää. Todellisuus ymmärretään inhimillisenä ajattelutapana totuuden kysymyksen sijasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98-106.)

Aineistolähtöisen analyysille vaihtoehto olisi teoriasidonnainen analyysi, jossa aikaisempi tieto ohjaa analyysiä, mutta analyysiyksiköt valitaan aineistosta. Aikaisempi tieto ei ole teoriaa testaavassa merkityksessä vaan sen tarkoitus on aukaista uusia mahdollisia ajatuksia. Teoriasidonnainen analyysi on abduktiiviseen päättelyyn perustuvaa eli aineistolähtöisyyden ja valmiiden mallien vaihtelua tutkimusprosessin kuluessa. Tutkimuksessa pyritään yhdistelemään valmiita teoreettisia malleja ja aineistoa. Tämä on ominaista fenomenologiselle päättelylle. Tällöin päättely ei ideaalitulanteessa tapahdu teoriasidonnaisesti eikä abduktiivisesti. Teorialähtöinen analyysi pohjautuu johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai ajatteluun. Tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tunnetun mukaan ja sen pohjalta määritellään tutkimuksen käsitteistö. Teorialähtöisessä tutkimuksessa on usein tarkoitus testata tietoa uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.) Tässä tutkimuksessa ei päädytty teoriasidonnaiseen analyysiin, koska aihealueen tutkimuksen näkökulmasta ensin oli tarpeellisempaa jäsentää yleensäkin järjestömuotoisen mielenterveystyön kenttää.

Miles & Huberman (1994) kuvaavat aineistolähtöistä analyysiä kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisessä vaiheessa tehdään aineiston redusointi eli pelkistäminen, toinen vaiheessa aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmas vaihe abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Redusoinnin merkitys on aineiston pelkistäminen karsimalla tutkimuksen kannalta epäolennainen pois aineistosta. Pelkistäminen voi tapahtua tiivistämällä tai pilkkomalla informaatio osiin. Analyysiyksikkö tulee määrittää ennen analyysin aloittamista. Analyysiyksikkö määritetään tutkimustehtävän ja aineiston laadun mukaisesti. (Cavanagh 1997.) Klusterointi vaiheessa aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi etsien samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavia käsitteitä ryhmitellään yhdistäen luokiksi ja nimeämällä luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluksikkonä voi käyttää esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. Yksittäiset tekijät sisällytetään siis yleisempiin käsitteisiin ja näin aineisto tiivistyy. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi ja alaluokkien edelleen ryhmittelyä pääluokiksi. Pääluokkia voi vielä ryhmitellä yhdistävien luokkien mukaisesti. Tämän jälkeen tehdään aineiston abstrahointi eli erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tällä perusteella muo-

dostetaan teoreettisia käsitteitä. Tutkimus etenee alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Aineistolähtöisen sisällön analyysin perustana on tulkinta ja päättely minkä avulla empiirisestä aineistosta edetään käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Abstrahointi vaiheessa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tulokseksi muodostuu empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112-115.) Tässä tutkimuksessa muodostetaan aineistosta luokittelumalli, joka kuvaa järjestöjen tehtäviä mielenterveystyön kentällä.

Metodikirjallisuus käsittelee tutkimusmenetelmien luotettavuutta validiteetti ja reliabiliteetti käsitteiden avulla. Käsitteiden käyttöä on kuitenkin kritisoitu, koska käsitteet on lainattu määrällisen tutkimuksen puolelta ja niiden ajatellaan vastaavan määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Yksi yleisimmin esitetty kriittinen näkökulma on, että validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet perustuvat oletukseen yhdestä konkreettisesta todellisuudesta, jota tutkimuksissa tavoitellaan. Oletuksen perusta on epistemologinen ja näin ollen korrespondenttiteoriaan sitoutunut. Tämä tarkoittaa uskoa objektiiviseen tietoon. (Lincoln & Guba 1985.) Tällainen tietokäsitys uskoo siihen, että on olemassa objektiivinen todellisuus. Tämä tietokäsitys jättää ulkopuolelle tiedon rakentumisen sosiaalisissa tilanteissa. Tämän tutkimuksen lähtökohtiin sopii paremmin sosiaalisen konstruktionismin näkökulma, jossa todellisuuden katsotaankin rakentuvan juuri sosiaalisissa suhteissa ja vuorovaikutuksessa.

### **3.2. Tutkimusaineisto ja tutkimuskysymykset**

Tutkimusaineistoni muodostuu RAY:n projektiselosteista, joilla sosiaali- ja terveystieteiden järjestöt hakevat avustuksia projekteihin. Tutkimusaineistonani ovat projektiselosteet viiden vuoden ajalta eli vuosilta 2000-2005. RAY myöntää rahoitusta yleishyödyllisille yhdistyksille ja säätiöille projekteihin ja toimintaan. Aineistoni koostuu ainoastaan Ray:lle lähetetyistä projektihakemuksista. Tämän lisäksi Ray rahoittaa myös toiminta-avustuksilla yhdistyksiä ja säätiöitä.

Ray:n projektirekisterissä löytyy hakusanalla mielenterveystyö ajanjaksolta 2000-2005 yhteensä 95 projektihakemusta. Nämä projektihakemukset muodostavat tämän tutkimuksen aineiston. Projektiselostelomakkeessa on kaksi sivua. Kaikki projektiavustuksen hakijat täyttävät Ray:n projektiselostelomakkeen, jossa kysytään muun muassa projektin päämäärät, tavoitteet, perustelut projektin tarpeellisuudelle, projektin kohderyhmä sekä projektin tulosten ja seurannan arviointi.

Valitsin aineiston tarkoituksella useamman vuoden ajalta. Yhden vuoden ajalta hakemuksista olisi voinut näkyä joku yhteiskunnallinen tapahtuma, mutta viiden vuoden ajalta valittu aineisto antaa yleiskuvan 2000-luvun mielenterveysjärjestelmästä.

Kansalaisjärjestöt toimivat yhdistyskentällä lähes poikkeuksetta rekisteröityinä yhdistyksinä. Rekisteröimättömät yhdistykset eivät ole oikeustoimikelpoisia, joten ne eivät voi hankkia nimiinsä omaisuutta eivätkä voi olla toisen yhdistyksen jäseniä. Rekisteröimättömän yhdistyksen toiminta ja perustaminen on vapaamuotoista ja sen hallitus ei voi toimia yhdistyksen puolesta muita jäseniä sitovasti. Rekisteröity yhdistys sitä vastoin on oikeuskelpoinen ja näin ollen ne voivat omistaa omaisuutta, tehdä sopimuksia, laatia anomuksia ja hakemuksia. (Patentti- ja rekisterihallitus, 2002.)

Ray:lle projektiavustushakemuksen jättäneet yhdistykset ovat pääosin rekisteröityneitä. Yleishyödylliset sosiaali- ja terveysjärjestöt voivat organisoitua myös säätiön, liiton tai keskuksen muotoisina. Säätiöt ovat esimerkiksi organisaatioita, jotka hoitavat tiettyyn tarkoitukseen annettua omaisuutta ja säätiöt voivat toimia myös yleishyödyllisinä yhteisöinä. Liittoja ovat paikallis- ja alueyhdistysten muodostamat organisaatiot sekä saman intressin omaavat yhteisöt, jotka muodostavat yhteisen organisaation. (Dufva 2003, 14.)

Tutkimusaineisto koostuu hakemuksista eli dokumenteista, joiden avulla pyritään saamaan mahdollisimman paljon rahoitusta kunkin järjestön toiminnalle. Kiinnostavaa on nähdä aineiston analyysin edetessä, mitä puutteita järjestöjen mukaan on olemassa mielenterveysjärjestelmässä. Kiinnostavaa on myös, peilaavatko järjestöjen määrittelemät mielenterveysjärjestelmän puutteet Ray:n avustustrategiaa.

Tutkimuksessa selvitän järjestöjen näkemyksiä suomalaisen mielenterveysjärjestelmän tilasta. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitä palveluja/tuotteita järjestöjen mukaan suomalainen mielenterveysjärjestelmä tarvitsisi?
2. Miksi mielenterveysjärjestelmä tarvitsisi nämä tuotteet / palvelut?

Aineiston läpikäymiseen ja analyysin kului useita kuukausia. Aineiston analyysi eteni seuraavalla tavalla. Ensimmäiseksi luin muutaman kerran projektihakemuslomakkeet. Tämän jälkeen teemoitin järjestöjen hakemia toimintoja, jonka jälkeen olen tehnyt näistä teemoista suurempia luokkia kuvaamaan järjestöjen toimintaa suomalaisessa mielenterveysjärjestelmässä. Luvussa tulokset kuvaan

perusteellisemmin aineiston analyysia, joka suoritettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttämällä.

## 4. TULOKSET

Aloittaessani etsimään vastausta tutkimuskysymykseeni aineistosta jäin aluksi miettimään, mistä osasta projektiselostusta parhaiten löydän vastaukset. Olisiko projektiselosteista löydettävissä joku paikka, josta voisi löytää olennaisimman tiedon. Päädyin kuitenkin siihen, että aineistoon on tutustuttava perusteellisesti ja luettava aineisto useaan kertaan. Lukemisen myötä alkoi hiljalleen jäsentymään teemat projektisuunnitelmissa mainituista toiminnoista. Tehtyäni useita luokittelurunkoja aloin löytämään runsaasta tekstimäärästä hiljalleen tutkimukseni kannalta keskeisen informaation eli kussakin projektissa toteutettavat toimintamuodon. Tämän pohjalta tein luokittelurungon, joka koostuu pääluokista ja alaluokista. Luokittelurunko syntyi esittämällä aineistolle kysymykset mikä on projektin tarkoitus, mille kohderyhmälle tuotokset on suunnattu ja mitkä ovat projektihakemuksen perustelut.

Ensimmäisellä aineistolle esittämälläni kysymykselle tarkoituksena oli löytää monisanaisesti esitetystä projektihakemuksesta ytimekkäästi konkreettiset projektin tuotokset. Hakemuksista osassa oli liitteenä monisivuisia tarkennuksia projekteista, mutta osa projekteista oli ainoastaan laadittu RAY:n projektiselostekaavakkeelle. Lukiessani hakemuksia ensimmäistä kertaa päädyin rajaamaan aineistoon mukaan ainoastaan projektiselostekaavakkeet, koska selosteessa on tutkimukseni kannalta kaikki oleellinen tieto. Samalla tutkimusaineisto muodostui homogeenisemmaksi ulkoasultaan. Aineiston rajaaminen helpotti myös oman tutkimuskysymykseni rajaamista.

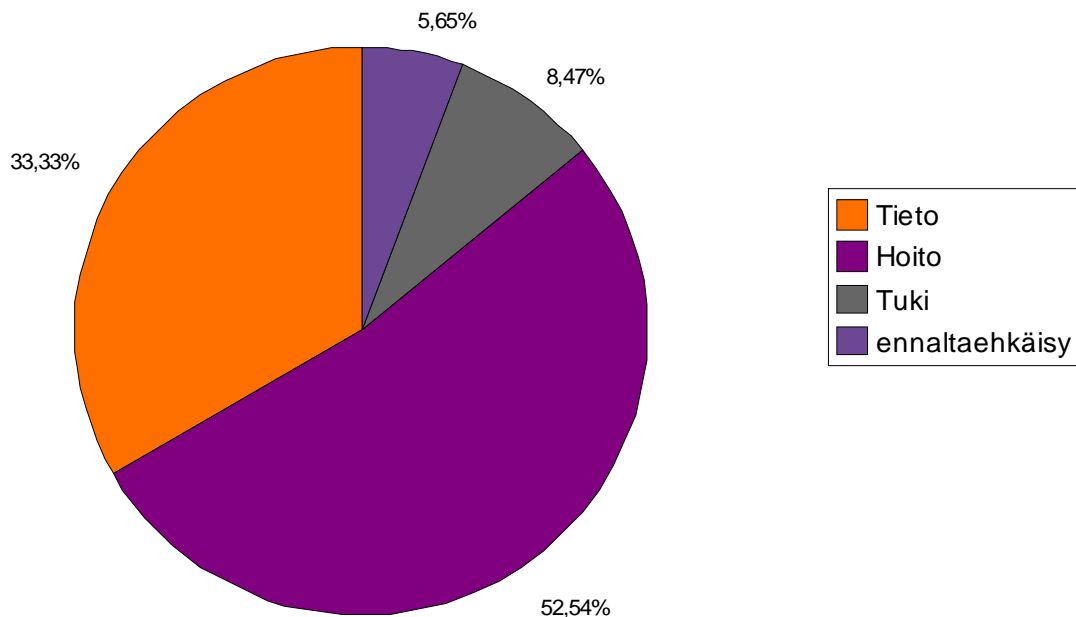
Tehtävä ei ollut aineiston rajaamisesta huolimatta selkeä. Hakemuksissa oli monisanaisia lauseita ja projektin konkreettisten tuotosten kertominen ei ollut yksiselitteistä. Havaitsin oleellisen tiedon löytyvän helpommin, kun olin lukenut useampia hakemuksia ja opin hakemuksissa käytetyn kielen. Selosteissa käytettiin toistuvasti tiettyjä ilmauksia ja sanoja. Lisäksi tietojen löytymistä helpotti tutkimuskysymyksen selkiytyminen tutkimuksen edetessä.

Esimerkkinä tutkimuksen kannalta keskeisen tiedon löytämisen vaikeudesta otan Suomen Mielenterveysseura ry:n selosteen Mielenterveyden Millenium 2000-2002 projektista. Seloste alkaa virkkeellä ”Projektin tavoitteena on mielenterveystilanteen yleinen selvittäminen”. Tekstiä eteenpäin lukemalla selviää, että mielenterveystilanteen yleinen selvittäminen on ensimmäinen askel varsinaisen projektin tavoitteen saavuttamiseksi. ”Tavoitteena on yhtenäisen, yhdenvertaisen ja saumattoman, portaittaisen hoidon ja seurannan takaavan hoitomallin luominen Suomeen”.

Leimallista selosteiden kielelle onkin ammatillisen kielen käyttäminen. Tämän kielen oppiminen vaati tutkijalta useita lukukertoja. Projektien varsinaiset tuotokset on osassa hakemuksia kirjoitettu projektin perusteluihin ja ilmaistu melko laajassa muodossa erittelemättä tarkemmin tavoitteita.

Hiljalleen luokittelurunko alkoi muodostua. Löysin ensin pääkategoriat. Projektien tuotoksista muodostui neljä yläluokkaa. Yläkategorioiksi muodostuivat tieto, ennaltaehkäisy, tuki ja hoito. Kaikki projektien tuotokset sopivat näihin kategorioihin. Hoidon kategoria muodostui suurimmaksi eli järjestöjen kaikista projekteista tuotettaisiin 52,5 % hoitoa mielenterveyden järjestelmään. Kaikista projekteista 33 % tuotettaisiin tietoa. Nämä olivat kaksi suurinta kategoriaa. Näiden lisäksi muodostuivat kategoriat ennaltaehkäisy ja tuki. Seuraavassa kuvataan täsmällisemmin näitä kategorioita.

## Projektit 2000-2005



**Kuva 1:** Projektit 2000-2005.

**Taulukko 1:** Projektien toimintamuodoista muodostetut luokat.

<b>tieto</b>	<b>ennaltaehkäisy</b>	<b>tuki</b>	<b>hoito</b>
jakaminen		omaisille	kuntoutumisvaiheessa
kouluttaminen		vapaaehtoisille	sairastamisvaiheessa
kehittäminen			
kartoittaminen			

Pääluokkien alle tein alaluokkia, jotka kuvaavat tarkemmin toiminnan kohdentumista käytännössä. Pääluokan tieto alaluokiksi muodostuivat tiedon jakaminen ja kartoittaminen sekä kouluttaminen ja kehittäminen. Pääluokan tuki alaluokaksi muodostuivat omaisille ja vapaaehtoisille suunnattu tuki. Pääluokan hoito alaluokaksi muodostuivat kuntoutumisvaiheessa ja sairastamisvaiheessa. Seuraavassa kuvaan näitä alaluokkia tarkemmin. Näin muodostuu perusteellisempi käsitys niiden sisällöistä.

#### **4.1. Järjestöt tiedon tuottajina**

Aluksi vaikeuteni oli päästä eroon ajatuksesta, että yksi projekti tuottaa yhden tuotoksen, mutta useita luokittelurunkoja luotuaani ajatus asiasta kirkastui. Yhden projektin alla tarjotaan useissa tapauksissa useita tuotoksia. Esimerkkinä jo aiemmin käyttämäni Mielenterveyden Millenium- projekti tuottaa selvityksen mielenterveystilanteen yleisen selvityksen eli kartoituksen kokonaistilanteesta. Toisena tuotoksena projektin alla on tarkoituksena yhtenäisen hoitomallin luominen Suomeen ja kolmantena tuotoksena vielä eri toimijoiden yhteistyön tehostamiseen. Projektin kaikki tuotokset menevät yläluokkaan tieto, mutta jakautuvat eri alakategorioihin.

Tiedon alakategorioita ovat tiedon kartoittaminen, jakaminen, kehittäminen ja kouluttaminen. Tiedon kartoittaminen pitää sisällään erilaisia tapoja informaation keräämisestä, esimerkiksi projektin tuotoksena voi olla jonkun palvelun tarvekartoitus. Kartoituksen pohjalta pystytään määrittämään tarpeen laajuus ja mahdollisesti ryhtyä tarjoamaan jotakin toimintoa tai alkaa kehittämään jotakin vanhaa toimintoa tarvetta vastaavaksi. Vuodelle 2001 Tukiranka ry on hakenut rahoitusta RAYltä kartoittaakseen mielenterveyskuntoutujien asumisen tarvetta (4805). Suomen Mielenterveysseuran projektiselosteesta ilmenee, että yhdistys on aiemmin tehnyt kartoituksen internetissä liikkuvien kriisiauttamistarpeista ja sen pohjalta yhdistys on ideoinut projektin tarpeeseen vastaamiseksi, mihin hakee nyt rahoitusta. Tarvetta on hyvä perustella aiemmin tehdyn kartoituksen perusteella ja

näin ollen kartoituksen tulokset toimivat hyvänä pohjana projektin tarpeellisuutta perusteltaessa. (472b.)

Luokka tiedon jakaminen sisältää tiedon levittämistä järjestöiltä muiden käyttöön. Järjestöjen sisällä tehdyt kartoitukset ja erilaiset kehittämishankkeet ovat tuottaneet uutta tietoa liittyen mielenterveyssektoriin. Tämän tiedon ajatellaan olevan hyödyllistä toisille mielenterveyssektorin toimijoille kuten esimerkiksi alalla työskenteleville. Jakamisen käsitteen sisälle kuuluu myös informaation tuottaminen ja jakaminen kohderyhmille ja mahdollisesti koko väestölle. Esimerkkinä tietoa jakavasta projektista on Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n valtakunnallisesti suunnattu tiedotuskampanja omaisen masennuksesta. Projektin tavoitteena on tiedon lisääminen psykiatristen potilaiden omaisten tilanteesta ja psyykkisistä sairauksista. Tietoa jaetaan esimerkiksi valtakunnallisissa tiedotustilaisuuksissa, ulkoista ja sisäistä tiedotusta kehittämällä ja julkaisutoimintaa suunnittelemalla sekä toteuttamalla.

Kolmantena tiedon alaluokkana on kehittäminen. Kehittämällä tarkoitan tiedon kehittämistä eteenpäin. Aineistosta nousee vielä kehittämisen alaluokiksi jo olemassa olevan toiminnan kehittäminen tai kokonaan uuden luominen. Projektin tuotoksen ollessa konkreettinen hoitoon liittyvä palvelu, olen luokitellut sen vain luokkaan hoito kuuluvaksi, vaikka kyseessä olisi myös kehittäminen. Alaluokkaan kehittäminen menevät ainoastaan projektit, joiden tavoitteena voi olla uuden toimintamallin luominen, mutta mitä kehitetään ainoastaan projektin tässä vaiheessa tiedollisin perustein. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille konkreettiset asiat mitä yhdistyskenttä tuottaa ja projektin päätuotos on näin ollen olennaisinta tämän ilmi tuomiseksi. Huomioitavaa luokittelun suhteen on myös se, että suurimmassa osassa projekteja joiden tuotoksena kehitetään toimintaa, toteutetaan se myös käytännössä jo kyseisen projektin aikana.

Esimerkkinä ajatteluni avaamiseksi otan Esimerkkiprojektina kehittämishankkeesta Sopimusvuori ry:n projekti ”laatu järjestelmien luominen sosiaalipsykiatriseen kuntoutustyöhön”. Pohjana projektilla on yhdistyksen aiemmin kehittämä malli sosiaalipsykiatrisesta kuntoutuksesta. Tämän käytössä olleen mallin pohjalta tavoitteena on kehittää laatu järjestelmä, joka soveltuu sosiaalipsykiatriseen kuntoutukseen ja terapeutiseen yhteisötyöskentelyyn. ”Sopimusvuori ry on uranuurtajana Suomessa mielenterveyskuntoutujien kanssa kehittänyt sosiaalipsykiatrisen kuntoutusmallin”. (1189.) Projektissa varsinaisena tuotoksena syntyy laatu käsikirja, mikä kehitetään aiempaa kehitystyötä apuna käyttäen.

Toisenlainen esimerkki on Jyränkölän Setlemetti ry:n projekti Reelinki, minkä päämääränä on luoda Heinolaan mielenterveyskuntoutujille tukihenkilötoiminnan malli ja tukihenkilöiden perehdytystä ja koulutusta varten materiaalia (1127). Projekti kuuluu yläkategoriaan tieto ja alakategoriaan kehittäminen, koska toimintaa ollaan vasta mallintamassa projektin aikana ja varsinainen toiminnan aloittamisen vaihe on vasta edessä. Pyrkimyksenä on luoda mielenterveyskuntoutujille tukijärjestelmä, mutta projektin tässä vaiheessa tuotokset kohdistuvat tiedon tuottamisen vaiheeseen.

Kolmas malliesimerkki alaluokkaan tiedon kehittäminen on Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n projekti ”Palvelujen käyttäjien kouluttautuminen kouluttajiksi, arvioijiksi ja vertaistukiryhmien ohjaajiksi”. Projekti eroaa kahdesta edellisestä esimerkistä tuotoksien perusteella. Projektin tuotoksena on tukihenkilötoiminnan kehittäminen ottamalla palvelujen käyttäjät toiminnan tuottajiksi, mutta samalla toiminta on hoidollista hyödyntämällä palvelujen käyttäjien voimavaroja mielekkäästi.

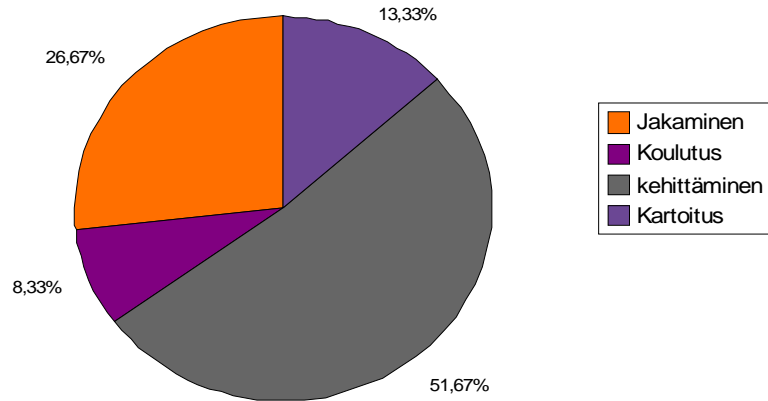
Projekti pitäisi toteuttaa, koska se avaa uusia mahdollisuuksia palvelujen käyttäjien voimavarojen mielekkääseen hyödyntämiseen. Perinteiset lähinnä kädentaitoihin liittyvät toimintamuodot eivät sovellu tai tyydytä kaikkia mielenterveyden häiriöitä potevia henkilöitä. (Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.)

Projekti kuuluu tuotoksiansa perusteella kahteen eri yläkategoriaan.

Neljäs alakategoria yläluokan tieto alla on kouluttaminen. Luokka sisältää esimerkiksi päihdekasvatuksen järjestämistä kouluille, vapaaehtoisten työntekijöiden kouluttamista yhdistysten tehtäviin. Kategoriaan ei kuulu kuitenkaan kuntouttava työtoiminta ja koulutus mielenterveyskuntoutujille, koska sen tavoitteena on hoito ja kuntoutus. Tiedon alakategoriaan koulutus eroaa myös kategorias- ta tiedon jakaminen tiedon tuottamisen tavassa. Jakamisessa olennaista on yhdistyksen itse tuottama tieto. Luokassa koulutus sitä vastoin painottava elementti on koulutuksen järjestäminen. Koulutuk- sella on aina jokin päämääränä oleva tavoite kuten työntekijöiden kouluttaminen tietyssä tehtävässä toimimiseen tai nuorten valistaminen aiheesta.

Länsi-Pohjan Mielenterveyseura ry:n JEPPE projekti on esimerkki koulutustoiminnasta. Projektin tarkoituksena on kouluttaa organisaatioiden henkilökuntaa kuten kouluilla, jotka toimivat nuorten kanssa. Tavoitteena on koulutuksen avulla antaa toimintamalleja ja myös ennaltaehkäistä tätä kautta nuorten päihdekäyttöä. Saman projektin alla koulutetaan vapaaehtoistyöntekijöitä päihde- ja huu- meinopuhelimen päivystäjiksi ja tukihenkilöiksi. (2073.) Projekti kuuluu todellisten tuotoksiansa vuoksi kategorioihin tieto ja alakategoriaan kouluttaminen sekä yläkategoriaan ennaltaehkäisy.

## Tietoa tuottavat projektit



**Kuva 2:** Tietoon liittyvien projektien osuudet.

### 4.2. Järjestöt hoidon tuottajina

Toinen luokka kuvaa yhdistysten tuottamaa hoitoa sairauden eri vaiheissa. Yhdistysten tuottamasta hoidosta suurin osa kohdistuu kuntouttavaan hoitoon ja pienempi osa sairastamisvaiheen hoitoon. Kuntouttavan hoidon luokkaan menevät projektit, joissa kohderyhmänä ovat mielenterveyskuntoutajat tai toiminta on muuten kuntouttavaksi luokiteltavaa. Käsittelen luokittelua seuraavaksi esimerkkien avulla.

Espoon Mielenterveysyhdistys – Esbo Metalhygieniska förening EMY ry hakee rahoitusta toiseen EMY jäsentaloon Espooseen. Jäsentalon toimintaidea perustuu vertaistukeen, jäsentila tarjoaa kohtaamispaikan, tekemistä, keskustelu- ja harrasteryhmiä sekä mielekästä työtoimintaa. Toimintatapa perustuu mielenterveyskuntoutujien itse toteuttamaan toimintaan eikä valmiiseen palveluun asiakkaalle. (1917.) Erilaiset jäsentalot ovat projektiselosteiden perusteella yksi tapa tarjota tukea ja kuntoutusta mielenterveyskuntoutujille. Niiden toimintatavat vaihtelevat , mutta päämäärä on sama.

Toinen esimerkki jäsentalo toiminnasta on klubitalo- toiminnaksi nimitetty toiminnan muoto. Etelä-Kymen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry hakee rahoitusta projektiin Karhulan klubitalo. Sosiaalipsykiatrista kuntoutusta tarjoava Karhulan klubitalo on perustettu jo 1998, mutta yhdistys hakee vasta

nyt rahoitusta toimintaansa RAYlta. Projektiselosteessa eritellään klubitalon toimintaa, joka jakautuu neljään eri osa-alueeseen joita ovat sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu, mielekästä työtä ja toimintaa klubitalolla, tuetun työllistymisen ohjelma eli ns. siirtymätyöpaikkojen kautta työelämään ja asunto-ohjelmaan. (Etelä-Kymen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry). Klubitalon sisällä tuotoksina syntyy useita erilaisia kuntoutukseen tähtääviä toimintamalleja, jotka kaikki menevät luokittelussa hoito ja kuntoutus alle.

Toinen mielenterveyskuntoutujien yhdistysten tuotantoon liittyvä toiminta, joka nousi vahvasti esille aineistosta on kuntouttava työtoiminta. Jäsentalojen toimintaan saattaa sisältyä myös kuntouttavaa työtoimintaa, mutta osa projekteista tuottaa pelkästään työtoimintaa. Esimerkkinä Haukiputaan Yhdessä yhdistys ry, joka hakee rahoitusta nuorten mielenterveyskuntoutujien kohdennettuihin toimintapalveluihin. Palvelut pitävät sisällään päivätoimintaa, koulutusmahdollisuuksien etsimistä ja tuettuja työpaikkoja.

Toinen esimerkki kuntouttavasta työtoiminnasta on Kuusamon työkeskus ry:n projekti Paja valmentaa. Projektin aikana perustetaan pajakoulutyypinen koulutusmuoto, minkä avulla tarjotaan mielenterveyskuntoutujille mahdollisuus siirtyä vaativuustasoltaan porrastettujen työtehtävien kautta työmarkkinoille. Mielenterveyskuntoutujille tuotetaan myös yhdistystasolla asumisen tukipalveluja. Esimerkiksi Hyvinkään seudun mielenterveysseura ryllä on projekti Asumisen tukipalvelut. Projektin tavoitteena on tukea mielenterveyskuntoutujien itsenäistä asumista tukihenkilötoiminnalla. (161565.)

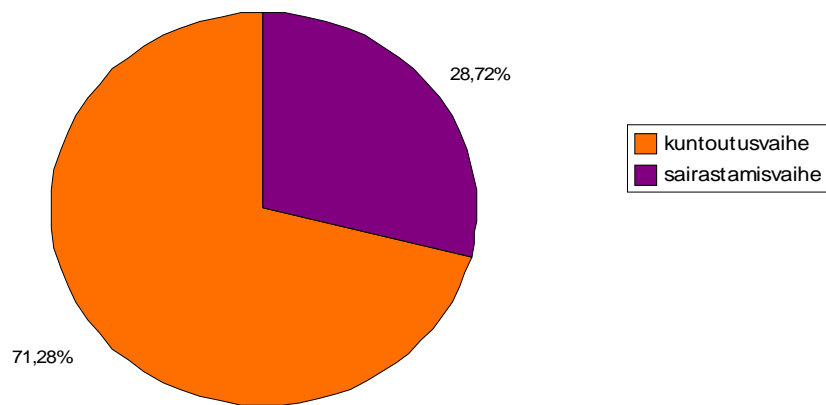
Otan vielä yhden esimerkin esille mielenterveyskuntoutujille suunnatusta palvelusta. Projektiselosteessa tuodaan selvästi esille, että neljävuotisen projektin päättyessä yhdistys voi tarjota palvelua kunnille ostopalveluna. Projektin aikana on tarkoitus saada toimimaan Kokkolan alueella toimivasta työkuntoutuksesta sovellettu malli toimimaan Keski-Pohjanmaan pienissä kunnissa. (1472.) Yhdistysten tuottamat ostopalvelut kunnille luovat yhdistysten totuttuun toimikenttään oman leimansa. Käsittelen aihetta tarkemmin johtopäätös osuudessa.

Sairastamisvaiheen hoitoon liittyvät tuotokset yhdistysten kautta liittyvät pääosin tuettujen asumispalvelujen tuottamiseen ja omaisten tukemiseen. Nuorten ystävät ry tarjoaa kuntouttavaa asumispalvelua projektin Kintas-palveluasumisyhteisö alla mielenterveyshäiriöistä kärsiville, jotka eivät tarvitse sairaalapaikka, mutta tarvitsevat yövalvottua asumista. Palveluasumisyhteisön paikka on

välimuotoisena palveluna sairaalasta omaan asuntoon tai päinvastoin. (1583.) Palvelulla tuotetaan todella konkreettisesti hoitoa mielenterveyshäiriöistä kärsiville.

Luokkaan hoito kuuluu kaksi alaluokkaa, jotka ovat sairastamisvaiheen hoito ja kuntoutusvaiheen hoito. Jako muodostuu mielenterveyshäiriöistä kärsivien sairastamisen vaiheesta. Huomioitavaa on kuitenkin kuntouttava ote palvelussa, vaikka kyse olisi sairastamisvaiheen hoidosta. Sairastamisvaiheessa pyritään myös mahdollisimman itsenäisen elämän tukemiseen, kuitenkin realiteetit huomioidaan.

### Hoitoon liittyvät projektit



**Kuva 3:** Kuntoutumisen ja sairastamisen jakaantuminen hoitoon liittyvissä projekteissa.

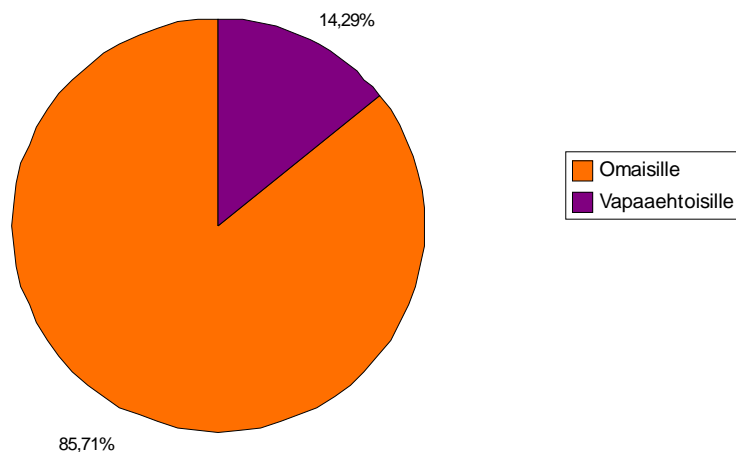
#### 4.3. Järjestöt tuen antajina

Järjestöjen tukitoiminnasta on ominaista tuen kohdentuminen omaisille tai vapaaehtoistyöntekijöille. Tuki on kohderyhmästä riippuen erilaista ja näin ollen luokan tuki alle kategoriat omaisille annettava tuki ja vapaaehtoisille annettava tuki muodostuivat luonnollisesti kyseisellä jaolla. Vapaaehtoisille suunnattu tuki on kuitenkin huomattavasti pienempää projektiselosteiden perusteella kuin omaisille suunnatut tukitoimet. Tarkennan aluksi omaisille annettavan tuen luokkaa ja tämän jälkeen vapaaehtoisille annettavan tuen muotoja.

Omaisista tuetaan omassa jaksamisessa jonkun perheen jäsenen sairastuttua. Esimerkiksi Sopimusvuorisäätiön Yhteys projektissa yhtenä osana toimintaa on omaisten tukeminen ja auttaminen kotitalanteissa selviämiseksi. Projektin kohderyhmänä ovat dementoituneet ja heidän omaisensa. Omaisten tuki ja apu sisältää virkistys- ja koulutustilaisuuksia.

Omaiset mielenterveystyöntukena on nimensäkin mukaisesti painottanut toimintansa omaisten tukemiseen ja yhdistys toimii useilla paikkakunnilla. Omaiset mielenterveystyön tukena Lounais-Suomen yhdistys ry:n Käsikkäin projekti pyrkii psyykkisesti oireilevien lasten ja nuorten perheiden tukemiseen antamalla tietoa eri tahoilta saatavissa olevasta avusta ja tuesta, järjestämällä virkistysvertaisryhmätoimintaa sekä kummitoiminnalla. (2354.) Omaisista tuetaan myös Suomen Mielenterveysseuran Perhe pulassa projektin puitteissa. Projektin tavoitteena on auttaa koko perhettä riippumatta siitä kuka perheessä oirehtii ja tukea perheitä yhteiskunnallisten muutospaineiden edessä. (472c.)

### Tukitoimia sisältävät projektit



**Kuva 4:** Tukitoimien kohdentuminen omaisille ja vapaaehtoisille.

#### **4.4. Järjestöt ennaltaehkäisijöinä**

Ennaltaehkäisevän toiminnan muodot jäävät projektiselosteissa pienimmäksi luokaksi. Leimallista kuitenkin kaikille projekteille on pyrkimys ennaltaehkäisyyn. Huomioin jaottelussa ennaltaehkäisevänä toimintana ainoastaan toiminnan, millä pyritään vaikuttamaan jo ennen kuin sairastaminen on alkanut ja projektin päätuotos todella painottuu ennaltaehkäisevään työhön. Monissa projektiselosteissa projektin tarpeellisuutta perustellessa tuodaan esille ennaltaehkäisevä näkökulma esimerkiksi sairaalajaksojen ennaltaehkäisemiseksi, mutta tämänkaltaisen ennaltaehkäisevä työ ei sisälly luokittelun tähän kategoriaan.

Kuopion seudun mielenterveysseura Hyvä Mieli ry:n Kuopion Kriisikeskuksen Nuorten kanssa tehdävän kriisityönprojekti 2001-2003 on esimerkki ennaltaehkäisevästä toiminnasta, joka kuuluu tähän luokkaan. Projektin tavoitteena on ennaltaehkäistä nuorten kriiseihin joutuminen kehittämällä nuorten elämänhallintataitoja oppitunteja pitämällä, hyödyntämällä internetiä ja kriisipäivystyksellä. Kriisit pyritään jo alkuun ennaltaehkäisemään, mutta mikäli niitä kuitenkin kehittyä pyritään kriisilanteesta selviytymistä tukemaan. Projekti on siis kaksijakoinen sisältäen ennaltaehkäisevää toimintaa, mutta pyrkii myös antamaan hoitoa tarvittaessa.

## 4.5. Järjestöjen perusteluja projektien tarpeellisuudesta

**Taulukko 2:** Perustelut projektien toteuttamisesta.

Rajalliset resurssit	Ehkäisy	yhteiskunnassa selviäminen	Yhteistyön kehittäminen	Palvelua ei tarjolla/liian vähän	Koke-mus/tutkimus tulokset	Laitoskierteen katkaisu
henkilöstön osalta	jaksamivälineitä läheisille	syrjäytymisen katkaisu	yhteistyömallien luominen	tarve	yhteiskuntaan vaikuttaminen	itsenäinen selviytyminen tuetusti
julkisen puolen resurssit riittämättömät	omaisten sairastumisen ehkäisy	työllistymisen vapaille markkinoille	julkisen puolen kanssa	siirtymäpaikka verkoston rakentaminen	valistus	tuettu asumisen
tarpeeseen ei pystytä vastaamaan	liian varhaisen sairaalan hoidon ehkäisy	elämään sisältöä koulutuksen/työtoiminnan kautta	muiden yhdistysten välillä	julkisella puolella	projektin perustana	yhteiskunnan säästöt
	sairaalajaksojen tarpeen väheneminen	syrjäytymiskehityksen katkaiseminen		sairaala-paikkojen alasajo-avopalveluja ei tarjolla	uusia toimintamalleja	
	etsivät palvelut				hyvät tulokset	
					toiminnan laajentaminen hyvien tulosten perusteella	

Lukiessani perusteluja projektien tarpeellisuudelle havaitsen, että niissä toistuvat tietyt sisällölliset perustelut. Usein toistettuja perusteluja ovat rajalliset resurssit, ennaltaehkäisy, yhteiskunnassa selviäminen, yhteistyön kehittäminen, palvelun puuttuminen tai määrällinen niukkuus, laitoskierteen katkaisu ja aikaisemmat tutkimustulokset tai kokeilujen tulokset toiminnan tarpeellisuudesta. Suurimmassa osassa perusteluja on resurssien säästämisen ja ennaltaehkäisyn näkökulma. Seuraavassa esittelen kuitenkin perusteellisemmin näitä projektin tarpeen perusteluja.

#### 4.5.1. Rajalliset resurssit

Projektien perusteluista rajalliset resurssit, palvelua ei tarjolla ja laitostien katkaisu liittyvät kiinteästi yhteen sisältäen toisiinsa nähden päällekkäisiä asioita. Tein niistä kuitenkin erilliset luokat, koska tällöin tulee esille yksityiskohtaisemmin perustelujen pääkohdat.

Luokittelin projektin tarpeellisuuden perustelut liittyväksi rajallisiin resursseihin, mikäli hakemuksessa suoraan vedottiin riittämättömiin resursseihin tai projektin tarpeellisuus perustui muuten resurssien rajallisuuteen. Taulukossa on esitetty seikkaperäisemmin resursseihin liittyvät perustelut. Rajallinen resurssi on liian pieni henkilöstömäärä, erityisesti ammatillista henkilökuntaa vaativan toiminnan osalta. Esimerkkinä järjestön oman henkilökunnan riittämättömyydestä on Vammalan - Huittisten seudun Mielenterveysseura ry:n projekti asumisen tukitoiminnasta ”Toiminnan laajentaminen edellyttää ammattikoulutetun työntekijän palkkaamista”. Samassa projektiselosteessa asumisen tukitoiminnan tarvetta perustellaan myös laitoshoidon tarpeen vähentämisellä ja yhteiskunnan kustannusten vähenemisellä. (2976.)

Projektiselosteen perusteluissa saatetaan nostaa esille julkisen puolen riittämättömät resurssit palvelujen tarjoamiseksi ja tällä perustellaan projektin tarpeellisuutta. Julkisen puolen resurssipulaan palvelujen järjestämisessä liittyy myös perustelut, joiden mukaan tarpeeseen ei pystytä vastaamaan. Julkisen puolen resurssien riittämättömyyteen liittyvät myös perustelut, joiden mukaan palvelua ei ole tarjolla tai palvelua on tarjolla liian vähän. Esimerkki kyseisistä perusteluista on Tukiranka ry:n projektissa Mielenterveyspotilaiden asumisen tarvekartoitus. Perustelut liittyvä julkisen puolen resurssien vähenemiseen ”Sairaaloiden tarjoamien hoitopaikkojen määrä mielenterveyspotilaille on selvästi ollut 1990-luvulla aleneva”. (4805.)

Toinen esimerkki julkisten resurssien riittämättömyydestä on Mielenterveyden Keskusliiton hakuksen valmentavan koulutuksen kehittäminen mielenterveyskuntoutujille. Perusteluissa vedotaan määrärahojen vähenemiseen “[...]Kelan määrärahat ovat vähentyneet pohjakoulutuksen sekä työhönvalmennuksen osalta yli 50% vuodesta 1992”. Samassa selosteessa vedotaan myös siihen, että palvelua ei ole tarjolla ”Nykyinen koulutusjärjestelmä ei pysty tarjoamaan koulutusta psyykkisen sairauden sosiaalisesti vammauttamille henkilöille.” (Mielenterveyden Keskusliitto.)

Toinen puoli resursseihin liittyvistä perusteluista on yhteiskunnalle tulevat taloudelliset säästöt, mikäli laitostien pystyttäisiin katkaisemaan ja laitospäiviä vähentämään. Esimerkiksi Alvi Ry:n pro-

jektissa tukipiste skitsofreniaa sairastaville, vaikeasti vetäytyville yksinasuville henkilöille. Projektiselosteessa esitetään, että sairaalasta tai kuntoutuskodista uloskirjoitetut yksinasuvat selviytyvät korkeintaan kuukauden tai puolitoista kuukautta kotona, jonka jälkeen he joutuvat uudestaan sairaalaan. Projektiselosteessa on eritelty tämän kaavan mukaisesti kustannukset, joita yhteiskunnalle syntyy sairaalajaksoista. Projektin avulla sairaalajaksoja pystyttäisiin vähentämään. (2466.)

Sopimusvuori ry:n paljon tukea tarvitsevien mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisohjelma- projekti perustelee tarvetta yhteiskunnan resurssien säästämiseksi. “Kuntoutuskotipalvelu on toiminut vuodesta 1998 ja tulokset toimintavuosien aikana ovat osoittaneet mielenterveyden häiriöistä kärsivien kuntoutuvan itsenäisempään asumiseen vuosien tai vuosikymmenten sairaalahoidon jälkeen. “ (1189b.) “[...]taloudellinen perustelu: jokainen päivä, jonka nuori selviytyy omassa kodissa tai vastaavissa oloissa, säästää päivää kohden sairaalamaksuja n.2000mk ja sijoituskotimaksuja 400 mk päivä.” (3792). “Osastohoitoon on pitkät jonot, avopalveluista puute.” (3644).

#### **4.5.2. Ehkäisevät projektit**

Ehkäisevä näkökulma esiintyy monien hakemusten perusteluissa. Projektit perustelevat tarvetta ehkäisevällä näkökulmalla. Projekteilla ehkäistäisiin muun muassa omaisten sairastumista, liian varhaista sairaalahoitoa ja sairaalapaikkojen tarve vähenisi ehkäisevillä toimenpiteillä. Projektien tuotoksia tarkastellessani yhdeksi luokaksi projektien tuotoksista muodostui ennaltaehkäisy. Perustelujen puolella ennaltaehkäisy ja ehkäisevät toimenpiteet muodostuivat myös omaksi luokakseen.

Ehkäisevän näkökulman esittää esimerkiksi Kantti ry (1541) Uusi avain- projektissa, “[...]sairalahoidon ehkäiseminen ja vähentäminen.” Toinen esimerkki ehkäisevästä projektista on “Perhekuntoutuskursseilla ennaltaehkäistään perheenjäsenten sairastumista[...]”Pro Sofia-viisas kehitys ja ekologinen elämäntapa ry, projektissa ARNIKA - perhekuntoutuskurssit masentuneille henkilöille perheineen.

Ennaltaehkäisevällä toiminnalla on perusteltu kyseistä projektia, “[...]etsii avuntarvitsijoita verkossa.” (472b). Avuntarvitsijoiden luokse hakeutumalla pyritään mahdollistamaan riittävän varhainen ongelmiin puuttuminen.

#### **4.5.3. Yhteistyön kehittäminen**

Yksi projektiselosteissa paljon käytetty perustelu on yhteistyön kehittäminen muiden toimijoiden kanssa. “Yhteistyön tehostuminen – uudenlainen verkostoituminen [...]. Tavoitteena uudistaa ja pur-

kaa päällekkäisyyksiä mielenterveyskuntoutujien avopalveluissa.”(P-K:n Mielenterveydentuki ry).  
Projekti toteutettaisiin yhteistyössä eri järjestöjen ja kaupungin kanssa. Yhteistyötä käytetään projektin perusteluna.

“Julkiset mielenterveyspalvelut turvaavat kuntoutujan hoidon ja lääkityksen tarpeet. Mutta lisäksi tarvitaan kolmannen sektorin tukea. ”Kiteen mielenterveysyhdistys Pilke ry, Elämäntukiprojekti. Edellä esitetty lainaus viittaa siihen, että julkisen puolen mielenterveyspalveluista on saatavilla vain perushoito, joka ei ole riittävää ja sitä paikkaan tarvitaan järjestön palveluja. Yhteistyön tekeminen julkisen sektorin ja järjestöjen välillä on erityisen tärkeää.

Yhteistyön kehittäminen esiintyi suurimassa osassa hakemuksia. Yhteistyötä halutaan kehittää niin julkisen puolen palveluiden järjestäjien kanssa kuin muiden järjestökentän toimijoiden kesken tai yhteistyötä kehitetään molempien kanssa. Projektiselosteissa yhteistyön kehittämistä painotetaan perusteluna projektin toteuttamiseksi.

#### **4.5.4. Yhteiskunnassa selviäminen**

Projektiselosteissa tärkeäksi ja paljon käytetyksi perusteluksi projektien tarpeellisuudesta nousi yhteiskunnassa selviäminen. Projektien avulla tuetaan yhteiskuntaan sosiaalistamista, syrjäytymiskierteen katkaisemista ja elämään sisällön luomista.

Nostin esille muutamia esimerkkejä projekteista, joissa perusteluna on yhteiskunnassa selviäminen. “Toiminnan tarkoituksena on ohjata nuoret kuntoutujat omaan elämänhallintaan[...].” (Haukiputaan Yhdessä yhdistys ry). “[...]valmiuksia selviytyä normaaliin arkielämään liittyvistä toimista ja ongelmista sekä parantaa heidän elämänhallintaa kodeissa[...].”(Kiteen mielenterveysyhdistys Pilke ry). “[...]mahdollisuuden omaehtoiseen elämään [...]” (3792). Erityisesti elämänhallinta ja omaehtoinen elämä ovat käsitteitä, joilla ilmaistiin projektin tarpeellisuutta perusteluissa.

#### **4.5.5. Kokemus ja tutkimustulokset perusteena**

Projektiselosteissa toistuva elementti on kokemukseen tai tutkimustuloksiin vetoaminen projektin perusteluissa. Kyseistä toimintaa on toteutettu jo hyvin tuloksin joko itse tai muualla tai tutkimustulokset osoittavat projektia tarvittavan. “Näiden toimintavuosien aikana on jo tuloksia siitä[...].” (1189b). Perusteluissa vedotaan myös asiantuntijuuteen erittelemättä, mistä tieto on peräisin, esimerkiksi “Asiantuntijoiden arvioiden mukaan[...].” (2466).

Projektin perusteluna voi toimia myös projektin tuotos, jos tarkoitus on kehittää jotakin. “Projektin tavoitteena on kokeilla ja kehittää[...]” (2543). Näin ollen se toimii osana perustelua. Järjestön oma kokemus projektin tukena tuodaan esille usein seuraavasti “[...] tietotaidollisia valmiuksia [...] kehittämiseksi” (2543).

Järjestön omilla hyvillä kokemuksilla ja hyvillä tuloksilla tietyistä toimintatavoista perustellaan projektien tuloksellisuutta ja näin ollen perustelu toimii lähtökohtana projektin tarpeellisuudelle. Perustelusta ilmenee järjestöjen rooli kehittäjänä, mikä tuli esille myös projektien tuotoksissa. Uudet toimintatavat pohjautuvat suurelta osin tutkimukseen ja pilottihankkeisiin sekä niistä saatuihin tuloksiin.

## 5. Johtopäätökset

### 5.1. Järjestöissä hoito korostuu, ennaltaehkäisy jää taka-alalle

Tämän tutkimuksen merkitys liittyi siihen, että tutkimuksen avulla saatiin uutta tietoa mielenterveysalalla toimivien järjestöjen näkemyksistä suomalaisen mielenterveysjärjestelmän tilaan liittyen. Projektiselosteissa järjestöt kuvasivat näkemyksiään mielenterveysjärjestelmän muutostarpeista. Tutkimustuloksista nousi esille yhteneväisyyksiä suhteessa TATO:n ja Ray:n avustusstrategiaan. Peilaan nyt aluksi näitä yhteneväisyyksiä suhteessa omiin tuloksiini sekä aiempaan tutkimukseen.

TATO:ssa painotetaan avopalveluiden ensisijaisuutta. Palveluiden saamisessa ensisijainen taho on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Seuraavana tasona sosiaali- ja terveydenhuollon erikoispalvelut, erikoissairaanhoidon järjestämät avopalvelut ja vasta avopalveluiden ollessa riittämättömiä annetaan sairaalahoitoa. Ray:n strategiassa linjataan vähäisen osan järjestöjen palveluista olevan Ray:n avustustoiminnan piirissä, koska suurimman osan palveluista järjestöt myyvät ostopalveluina kunnille.

Tutkimustulokseni hoitoon liittyvien projektien suuresta määrän osalta on yllättävä. Tutkimusaineistooni kuuluvista projekteista (2000-2005) 52,54 % haki rahoitusta hoidon järjestämiseksi. Hoidon tuottamiseen liittyvät projektit sijoittuvat pääosin avopalveluihin ja Pirkkolan ja Sohlmannin (2005) määrittelemien välimuotoisten palveluiden kohtaan järjestelmässä. Ray:n linjauksen mukaisesti avustukset eivät saisi kuitenkaan aiheuttaa vähäistä suurempaa kilpailua tai markkinoiden toimintaa vääristävää vaikutusta. Linjauksen tausta on lainsäädännössä.

Monien hakemusten kohdentuessa hoidon alueelle voisi ajatella, että tässä saattaa olla ristiriita, jota tulisi selvittää enemmän. Useissa hakemuksissa ilmeneekin perusteluina projektin toteuttamiseksi, että kyseistä palvelua ei ole tarjolla tai sitä tarjotaan liian vähän tarpeeseen nähden tai palveluun kohdistettuja määrärahoja on supistettu (esim. KELA). Poliittisista lähtökohdista asetetut tavoitteet eivät toimi ideaalimallin mukaisesti käytännön tasolla. Uutena mielenkiintoisena tutkimusaiheena olisi perehtyä kuinka suuri osa hoidollisista projekteista on saanut rahoituksen, mikä kertoisi taas lisää järjestelmän tilasta.

Tutkimukseni kohteena oli suomalainen mielenterveysjärjestelmä. Tästä näkökulmasta katsottuna tuntui luontevalle, että hoidon kategoria muodosti tutkimuksessa määrällisesti suurimman luokan.

Kaikki tällä sektorilla toimivat järjestöt ovat jonkinlaisessa suhteessa mielenterveyden häiriöihin. Kyseessä on siis sairaus. Ray:n rahoittamilla projekteilla tuotettaisiin siis useimmiten hoitoa. Hoito kohdistuu luonnollisesti juuri psyykkisesti sairastuneisiin henkilöihin. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että suurin osa projektihakemuksista on tehty mielenterveyshäiriöistä kärsivien tilanteen parantamiseksi. Mielenterveyshäiriöiden hoito on lakisääteistä toimintaa ja hoitoa tarjoavat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Järjestöjen ei tarvitse koskaan tuottaa palveluita lakisääteisesti. Kaikki järjestöjen tuottamat palvelut ja toiminnot ovat niille harkinnanvaraisia. Projektiselosteita lukiessa havaitsee kuitenkin, että järjestöt pyrkivät tuottamaan mielenterveyshäiriöistä kärsiville henkilöille moninaista psykososiaalista tukea. Tämän tutkimuksen on todettu olevan riittämätön julkisen sektorin tarjoamana. Hoidon tuottamisessa saattaa todentua Murron (2003) ajatus 'kiusallista ongelmista', joita on helpompi ostaa ostopalveluina kuin tuottaa itse.

Yllätyin siis siitä, että suurin osa projekteista tuottaisi hoitoon liittyviä palveluja. Ray:n avustusstrategiassa ennaltaehkäisy on keskeisessä asemassa. Ajattelin, että projektiselosteet saattaisivat heijastella Ray:n avustusstrategian linjauksia, mutta ennaltaehkäisevyyden osalta näin ei käynyt. Avustusstrategiassa määritellään heikkomat väestöryhmät Ray:n avustusten kohderyhmäksi. Tämä linjaus saattanee vaikuttaa siihen, että useimmissa projektihakemuksissa korostetaan kohderyhmän ongelmia ja vaikeuksia. Tutkielman tuloksissa esiintyy ehkäisevä näkökulma. Pääpaino on kuitenkin ehkäisyssä (sairastumisen jälkeinen), ei ennaltaehkäisyssä (ennen sairastumista). TATO:ssa linjataan avopalveluiden ensisijaisuutta suhteessa sairaalahoitoon ja tutkielman tuloksissa näkyikin tämä ehkäisevän työn näkökulma. Esimerkiksi sairaalahoitoa pyritään ehkäisemään avopalveluiden avulla.

Tämän tutkimuksen tulokset yllättivät myös järjestöjen edunvalvontatehtävän niukkuuden osalta. Ennakko-oletukseni mukaan järjestöt toimivat tietyn rajatun kohderyhmän edunvalvojana. Tämä toimintamuoto esiintyi harvoin projektiselosteissa. Jatkossa olisikin tarpeellista pohtia, kuinka paljon järjestöjen rooli palvelujen tuottajana vähentää järjestöjen mahdollisuutta toimia kohderyhmän etujen ajajana. En voi olla mainitsematta tässä kohtaa vanhaa sanontaa ”Kenen leipää syöt, sen lauluja laulat.”

Tämän tutkielman aineistossa projektien tarpeellisuuden perustelut liittyvät usein yhteiskunnassa selviämiseen. Kohderyhmän ongelmia ja vaikeuksia korostamalla tuotiin esille ehkäisevän työn tarpeellisuutta, jotta vaikeudet eivät pahenisi. Tällöin avustusstrategian toinen päälinja korostui eli heikommassa asemassa olevan väestöryhmän tukeminen. (Ray 2002.) Väestöryhmän syrjäyty-

mistä pyritään katkaisemaan tuottamalla erilaisia palveluita ja sopeuttamalla yhteiskuntaan. Perusteissa korostuu ehkäisevä näkökulma useammin kuin ennaltaehkäisy. Aloittaessani aineistoon tutustumisen oli ennako-oletukseni, että ennaltaehkäisyn näkökulma olisi vahvemmin havaittavissa aineistosta. Tämä mielenterveystyön näkökulma on kuitenkin korostunut 2000-luvulla mielenterveystyön kentällä. Tämä on ollut myös Ray:n avustusstrategian yhtenä linjauksena. Yllättävää oli myös hoidon kategorian suuruus, koska ennako-oletukseni mukaan hoidon järjestäminen kuuluu julkiselle sektorille. Tästä päättelenkin, että suomalaisessa mielenterveystyön kentässä järjestöt toimivat merkittävässä roolissa psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen alueella.

## **5.2. Tiedon rakentumisen monet jännitteet järjestötoiminnassa**

Tutkielmaa tehdessäni ymmärsin, että järjestöt voivat toimia monipuolisesti, koska niiden toiminnan sisältöjä määrittää niukka lainsäädäntö. Tämä monipuolisuus ja innovatiivisuus oli havaittavissa myös projektiselosteista. Järjestöjen oli mahdollista lähteä ideoimaan mielenterveysjärjestelmää rakentavia toimintamuotoja. Tästä mahdollisuudesta kehittää uusia toimintamuotoja syntyy muutosta ja tietämättömyyttä mielenterveysjärjestelmään. Tämä heijastune ajoittain kritiikkinä kolmatta sektoria kohtaan. Jännitettä julkisen ja kolmannen sektorin välille luo varmasti myös järjestöjen tapa perustella oman toimintansa tarpeellisuutta julkisen sektorin palveluiden riittämättömyydellä. Kolmannen sektorin projektiselostuksiin liittämässä perusteluissa nähdään usein julkinen sektori riittämättömänä toteuttamaan tehtäviään. Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin suhde on jännitteinen. Tätä suhdetta tulisikin tutkia perusteellisemmin.

Tätä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin jännitteisyyttä tuo esille lisäksi tämän tutkimuksen tulos, jonka mukaan noin 33% projektihakemuksista liittyy tiedon kategoriaan. Tämä tutkimus osoitti, että järjestöt haluavat kerätä systemaattisesti tietoa kohderyhmän asioista ja kouluttaa myös muita tietämään näitä asioita. Tämä järjestöissä luotu tieto halutaan myös muiden toimijoiden käyttöön. Näin ollen voisikin ajatella, että järjestöt muokkaavat yhteiskuntaa tuomalla esiin yhä uusien ryhmien tarpeita ja heidän elämän ongelmakohtia. Kostamo-Pääkköhän (2001) esitti väitöskirjassaan näkemyksen, jonka mukaan kolmannen sektorin tiedolliseen osaamiseen suhtaudutaan julkisella sektorilla varautuneesti. Tämän pro - Gradu tutkielmani teoriaosuudessa Helander (1998) kirjoittaa järjestöjen professionalistumisen ongelmasta. Toisaalta hänen mukaansa järjestöjen ongelma on samanaikaisesti myös amatörismi. Tästä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin vertaamisesta ja määrittelemättömästä suhteesta saattaa nousta myös järjestöjen tiedon tuottamisen ja jakamisen intressi.

Pro - Gradu tutkielmani teoriaosuutta kirjoittaessani havaitsin, että kirjallisuudessa puhutaan paljon julkisen sektorin ja kolmannen sektorin suhteesta. Yhteiskuntatieteellisessä kirjallisuudessa ei kirjoiteta juurikaan järjestötoiminnasta ilman, että sitä verrattaisiin julkisen sektorin toimintaan. Järjestöt ja kolmas sektori ovat siis tiiviissä suhteessa toisiinsa. Tutkielmani teoriaosuudessa kirjoitan enemmän järjestöistä, koska tutkimuksen aineisto on järjestökentältä. Tutkielman avulla tarkastelen kuitenkin järjestöjen näkemyksiä suomalaisesta mielenterveysjärjestelmän tilasta ja järjestöjen suunnitelmia toteutettavista toimintamuodoista. Järjestöt tuottavat projektihakemuksissaan tietoa suhteessa koko mielenterveysjärjestelmän kenttään, joten tämä tutkimus on pakottanut tarkastelemaan myös julkisen sektorin ja kolmannen sektorin suhdetta.

Helanderin (1998) mukaan julkisen rahoituksen kohdentuessa tarkoin rajattuihin kohdeavustuksiin yleisten toiminta-avustusten sijaan on tuloksena helposti järjestöjen välineellistyminen. Järjestöjen jäsenistö jää taka-alalle ja järjestöistä tulee palveluntuotanto organisaatioita palkattuine toimihenkilöineen. Tätä näkökulmaa vahvistaa myös Murron ajatus 'kiusallisista ongelmista', joiden hoitamiseksi kunnat mieluummin ostavat palvelut kuin tuottavat ne itse. Ray:n avustusstrategian linjaukset myös tukevat järjestöjen ammatillistumista amatörismin ja kansalaisten maalaisjärjellä tuottamien palveluiden ja jäsenistön edunvalvonnan sijaan. Toisaalta strategiassa tuodaan esille myös avustusten kohdentamista edunvalvontatehtäviin, mutta samassa lauseessa painotetaan järjestöjen asiantuntijuutta ja konsulttina toimimista eli edunvalvonnan lähtökohtana on myös professionaalisuus amatörismin sijaan.

Näkökulma on mielenkiintoinen, koska järjestöt on useimmiten perustettu jäsenten etujen ajamiseksi. (Helander 1998.) Motivaatioperusta saattaa kuitenkin muuttua ulkopuolelta saadun rahoituksen luonteen johdosta. Harrastetoimintaisista jäsenperustaisista järjestöistä muotoutuu organisaatioita ja jäsenten merkitys pienenee. Toinen skenaario on vapaaehtoistyöstä lähtevä. Mitä enemmän palveluja tuotetaan vapaaehtoisten voimin sitä enemmän tarvitaan palkattuja ammattilaisia ohjaamaan vapaaehtoisten toimintaa. Kaikissa skenaarioissa järjestöjen luonne on muuttumassa ammatilliseen suuntaan. Omissa tuloksissani kehityssuunta näkyy järjestöjen projektisuunnitelmissa, joissa tieto muodostaa toiseksi suurimman luokan. Toiminnan perusteluissa painotetaan aiempia tutkimustuloksia ja kokeiluja perusteluna uusille projekteille. Toisin sanoen projektit eivät perustu ainoastaan jäsenistön kohtaamiin ongelmiin, vaan toiminta pyrkii kehittämään ja järjestöjen toiminnat perustellaan tutkimuksin eli lähtökohdat ovat varsin professionaalisia.

Ristiriitaa kyseisen kehityksen suhteen on havaittavissa Kostamo-Pääkkön (2001) tutkimustulosten mukaan julkisella mielenterveysjärjestelmän kentällä. Siellä henkilökunta näkee järjestökentän ammattitaidottomana pienenä puuhastelijana, eikä heillä ole ymmärrystä siitä, miten he voisivat järjestöjen työ voisi tukea omaa työtä. Tutkielmani tulokset ja muun muassa Helanderin (1998) näkemykset ovat erisuuntaisia edellä esitetyn kanssa. Ajattelumuutokset ovat saavuttaneet järjestökentän ja julkisen puolen hallinnon, mutta julkisella puolella käytännön tasolla toimitaan vielä toisista lähtökohdista käsin. Kostamo-Pääkkön väitöskirja nimi tiivistää tämän julkisen sektorin työntekijöiden näkökulman: ”Puheet avoimuus- ja palveluskeskeisiä, toimenpiteet laitoskeskeisiä.”

Suomalainen järjestelmä, jossa Ray tukee sosiaali- ja terveysalan järjestöjä on ainutlaatuinen maailmassa. Tämän tutkielman tulokset ovat osoittaneet järjestöjen toimivan suhteessa julkiseen sektoriin. Järjestökentällä seurataan julkisen sektorin toimintaa ja kehitetään sen puutteista käsin uutta toimintaa tuottavia projekteja. Tämän tutkimukseen tulokset vahvistavatkin teoriaosuudessa esitettyä näkemystä, jonka mukaan julkinen ja kolmas sektori tulisi nähdä toisiaan täydentävinä mielenterveysjärjestelmämme kentällä. Järjestöissä tuotetaan tietoa tietyn kohderyhmän tarpeista ja tätä tietoa julkisen sektorin olisi mahdollista käyttää omassa toiminnassaan.

### 5.3. Tutkimuksen arviointia

1990-luvulla ja 2000-luvulla tehdyissä tutkimuksissa on lähinnä vain kommentoitu julkisen ja kolmannen sektorin välistä suhdetta. Näiden sektoreiden välisestä suhteesta ei kuitenkaan löydy perusteellisia tutkimuksia. Tämä tutkimus pyrkii osaltaan ottamaan osaa tähän keskusteluun.

Valitsin tämän tutkielman lähtökohdaksi ja analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Tämä lähestymistapa kuuluu laadullisen tutkimuksen perinteeseen, joka mahdollistaa ilmiön perusteellisemmän ymmärtämisen. Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineiston moninaisuus ja siitä kumpuavat erilaiset sisällön ulottuvuudet. Tässä lähestymistavassa tutkijan tulee tarkastella omia ennakko-oletuksiaan, joiden vaikutus tulisi minimoida aineiston analyysissä. Tämän takia tutkijana perehdyin esimerkiksi Ray:n avustusstrategiaan vasta luotuaani ensimmäisiä versioita sisältöluokista. Aineistolähtöisyyttä kohtaan on esitetty kritiikkiä, että tutkimus ei voi olla koskaan ennakko-oletuksista ja teorioista täysin vapaata. Tutkijana olen osa yhteiskuntaa ja ajatteluni on myös osa yhteiskunnallista merkitysjärjestelmää. Aloittaessani tekemään tätä tutkielmaa minulla ei ollut juurikaan tietoa mielenterveysjärjestöistä ja niiden toiminnasta. Näin ollen tutkielman kohde oli minulle melko uusi.

Sisällönanalyysi mahdollisti suhteellisen laajan ja tarkoituksenmukaisen aineiston järjestämisen. Ei ole tehty moniakaan tutkimuksia, joissa olisi ylipäättään suomalaisten järjestöjen tai mielenterveysjärjestöjen toimintakenttää lähestytty konkreettisten toimintasuunnitelmien näkökulmasta. Tästä syystä projektiselosteiden valinta tutkielmani aineistoksi osoittautui hyväksi ratkaisuksi. Tämän aineiston avulla pääsin tarkastelemaan järjestöjen konkreettisia toimintasuunnitelmia. Näin sain muodostettua tutkimuksen avulla tuloksia siitä, mitä suomalaiset mielenterveysjärjestöt näkevät tarpeelliseksi tuottaa ja miksi.

Tämä tutkielma osoittaaakin mielenterveysjärjestöjen toimivan vahvasti hoidon ja tiedon kentillä. Kärjistäen toteankin, että mielenterveysjärjestöt toimivat hoidon ja tiedon areenoilla mielenterveyssektorille riittämättömästi ohjattujen resurssien vuoksi.

## LÄHTEET

- Cavanagh, Shannon (1997), Content analysis: Concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4, 5-16.
- Chandhoke, Neera (2003). The “Civil” an the “Political” in Civil Society. Teoksessa Carolyn M. Elliot (toim.). *Civil Society and Democracy*. Oxford University Press: New York.
- Dufva, Virpi (2003), Sosiaali- ja terveystajärjestöperheet kuvassa. Teoksessa Niemelä, Jorma & Virpi Dufva (toim.), *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat, Sosiaali- ja terveystajärjestöt uudella vuosituhanella*, 11-29. PS-kustannus: Jyväskylä.
- Harju, Aaro (2005), Kansalaisyhteiskunta vapaaehtoistoiminnan innoittajana. Teoksessa Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.). *Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus*. Vastapaino: Tampere.
- Helander, Voitto (1998), *Kolmas sektori. Käsitteistöä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista*. Gaudeamus: Saarijärvi.
- Isaksson, Per-Erik (1997), *Den tredje sektorn. En samhällsmodell för framtiden*. Schildts:Esbo.
- Kallio, Olavi (1998), *Kuntiin kohdistuva hyvinvointipalvelujen kysyntä, palvelukysyntä ja sen muutokset kuntatalouteen vaikuttavina tekijöinä uuden vuosituhanen kynnyksellä*. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Kuhnle, Stein & Per Selle (toim.) (1995), *Government and voluntary organizations*. Aldershot: Avebury.
- Kostamo-Pääkkö, Kaisa (2001), ”Puheet avohuoltopainotteisia, toimenpiteet laitoskeskeisiä”- analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä mielenterveyssektorilla. Lapin yliopisto: Rovaniemi.
- Lehtinen, Ville (1994), *Mielenterveystyö kunnan asialistalle!* STAKES. Oppaita 19. Gummerus Kirjapaino Oy:Jyväskylä.
- Leppo, Kimmo (1996), Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Teoksessa Viialainen, Riitta & Juhani Lehto, *Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos*. Stakes raportteja 196. Gummerus: Jyväskylä.
- Lincoln, Yvonna & Egon Guba (1985), *Naturalistic inquiry*. Sage: Beverly Hills.
- Lundström, Tommy & Filip Wijkström (1995), *Från fröst till service? Den svenska ideella sektorn i förändring*. Stocholm. Sköndalsinstitutets skiftserie. Nro.4.
- Lönnqvist, J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. (toim.) (2001), *Psykiatria*. 2.uud.p. Duodecim: Hämeenlinna.

Mahajan, Curpreet (2003). *Civil Society and Its Avatars. What Happened to Freedom and Democracy?* Teoksessa Carolyn M. Elliot (toim.). *Civil Society and Democracy, 169-177*. Oxford University Press: New York.

Markkola, Pirjo (2005), *Kristillissosiaalinen työ, kansalaisaktivismi ja naiset 1800-luvulla*. Teoksessa Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.). *Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus*. Vastapaino: Tampere.

Matthies, Aila-Leena (1994), *Epävirallisen sektorin ja hyvinvointivaltion suhteiden tarkastelua*. Jyväskylä. *Studies in education, psychology and social research*. nro.110.

Mielenterveyslaki 1116/1990, Edita & oikeusministeriö. Finlex.

Miles, Matthew. & Michael Huberman (1994), *Qualitative data analysis (2.painos)*. Sage: Kalifornia.

Murto, Lasse (2003), *Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajina*. Teoksessa Niemelä, Jorma & Virpi Dufva, *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituohannella*, 64-85. PS-kustannus: Jyväskylä.

Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma (2005), *Kunta ja kolmas sektori, yhteistyön uudet muodot*. PS-kustannus: Jyväskylä

Olsson, Jan (1995), *Den sociala ekonomin – en europeisk motmakt*. Teoksessa Peder Alex, Hans Andersson, Inger Schörling, Yohanan Stryjan & Berith Wikström (toim.), *Världen & omvärlden*. Föreningen Kooperativa Studier: Stokholm.

Patentti- ja rekisterihallitus, (2002), *Yhdistysrekisteri*, [http://www.prh.fi/fi/yhdistysrekisteri/yhdistyksen\\_perustaminen.html](http://www.prh.fi/fi/yhdistysrekisteri/yhdistyksen_perustaminen.html).

Pietilä, Veikko (1973), *Johdatus sisällön erittelyyn*. Gaudeamus: Helsinki.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (Toim.) (2005), *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Gummerus kirjapaino Oy: Stakes.

Putnam, Robert (edt.) (2002), *Democracies in flux. The evolution of social capital in contemporary society*. Oxford University press: New York.

RAY (2002), *RAY:n avustustoiminnan suuntaviivat ja painoalueet*. Avustusstrategia 2002-2007.

RAY, (2006a), *RAYtietoa, Organisaatio*, <http://www.ray.fi/raytietoa/ray/organisaatio.php?11=1>.

RAY,(2005b),*avustustoiminta*,

[www.ray.fi/avustustoiminta/hakeminen/pdf\\_hakuohjeet/RAY2006\\_tauustuomio\\_hallitus.doc](http://www.ray.fi/avustustoiminta/hakeminen/pdf_hakuohjeet/RAY2006_tauustuomio_hallitus.doc)

Ruohonen, Marita (2003), *Järjestöt vapaaehtoistoiminnan areenoina ja mahdollistajina*. Teoksessa Niemelä, Jorma & Virpi Dufva, *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituohannella*, 40-55. PS-kustannus: Jyväskylä.

Salamon, Lester (1987), *Of market failure, voluntary failure and third party government. Toward a theory of government-nonprofit relations in the modern welfare state*. Journal of voluntary action research, vol.16, nro 1-2.

STM

14.6.2007

<http://www.sosiaalihanke.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/hankkeet/terveys/mielenterveys.htx>

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) ( 2001), mielenterveyden valmistelu ja seuranta ryhmä, *Mielenterveyspalveluiden laatusuositus*, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen oppaita 2001:9, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Suomen kuntaliitto: Helsinki.

Särkelä, Riitta, *Sosiaali- ja terveysjärjestöt joutumassa ahtaalle*. Mieliä. Helsingin Sanomat 14.10.2005.

Taylor, Charles (2003). *Modes of Civil Society*. Teoksessa Carolyn m. Elliot (toim.) *Civil Society and Democracy*. New York:Oxford University Press, 49-59.

Wahlbeck, Kristian (2004), *Mielenterveyspalvelut*. Teoksessa Heikkilä, Matti & Milla, Roos (toim.) (2004), *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Saarijärvi:Stakes.

Vuori-Kemilä, Anne (2007), *Mielenterveystyö*. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva ja Annala, Tuula. *Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta*. Wsoy: Helsinki.

Väliaho, Tuomo, *Kotikäyntejä avohoitopotilaille?* Näkökulma. Helsingin Sanomat 3.10.2005.

## Aineisto

RAY, Projektirekisteri, <http://rayinternet1.ray.fi/ProjrekInternet/Search/SearchController.jspf>

Järjnro 472a, Suomen Mielenterveysseura ry, Mielenterveyden Millenium 2000-2002.

Järjnro 472b, Suomen Mielenterveysseura ry, SOS-palvelut verkossa.

Järjnro 472c, Suomen Mielenterveysseura ry, Perhe pulassa -projektit 2000-2004.

Järjnro 1127, Jyränkölän Setlementti ry, Reelinki.

Järjnro 1189, Sopimusvuori ry, Laatuajrjestelmän luominen sosiaalipsykiatriseen kuntoutustyöhön.

Järjnro 1189b, Sopimusvuori ry, Paljon tukea tarvitsevien mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisohjelma -projekti.

Järjnro 1472, Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry, Työkaveri-projekti.

Järjnro 1541, Kantti ry, Uusi avain-projekti.

Järjnro 1583, Nuorten Ystävät ry, Kintas-palveluasumisyhteisö.

Järjnro 1917, Espoon Mielenterveysyhdistys-Esbo Mentalhygieniska förening EMY ry, Laajentuva Emy: kohtaamispaikka jäsentila Emy2.

Järjnro 2073, Länsi-Pohjan Mielenterveysseura ry, JEPPE-Ehkäisevän päihdetyön projekti.

Järjnro 2354, Omaiset mielenterveystyöntukena Lounais-Suomen yhdistys ry, ”Käsikkäin” projekti psyykkisesti oireilevien lasten ja nuorten perheiden tukemiseksi.

Järjnro 2466, Alvi ry, Tukipiste skitsofreniaa sairastaville, vaikeasti vetäytyville yksinasuville henkilöille.

Järjnro 2543, Lounais-Suomen Miellenterveysseura ry, Vapaaehtoistoiminnan kehittämisprojekti.

Järjnro 2976, Vammalan-Huittisten Mielenterveysseura ry, Asumisen tukitoiminta.

Järjnro 3792, Keski-uudenmaan Mielenterveysseura, Kartta ja kompassi.

Järjnro 3644, Kotikartanoyhdistys ry, Lastenpsykiatrinen omaisprojekti.

Järjnro 4805, Tukiranka ry, Mielenterveystoipilaiden asumisen tarvekartoitus.

Järjnro 2543, Lounais-Suomen Mielenterveysseura ry, Vapaaehtoistoiminnan kehittämisprojekti.

Järjnro 161565, Hyvinkään seudun mielenterveysseura ry, Asumisen tukipalvelut.

Etelä-Kymen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry, Karhulan klubitalo.

Haukiputaan yhdessä yhdistys ry, nuorten mielenterveyskuntoutujien elämänhallinnan edistäminen.

Kiteen mielenterveysyhdistys Pilke ry

Kuopion seudun mielenterveysseura Hyvä Mieli ry, Kuopion kriisikeskuksen Nuorten kanssa tehtävän kriisityön projekti 2001-2004.

Mielenterveyden Keskusliitto, Valmentavan koulutuksen kehittäminen mielenterveyskuntoutujille.

Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, palvelujen käyttäjien kouluttautuminen kouluttajiksi, arvioijiksi ja vertaistukiryhmien ohjaajiksi.

Omaiset mielenterveystyön tukena, keskusliitto ry, Valtakunnallinen tiedotuskampanja – Omaisen masennus, 2000-2002.

P-K:n Mielenterveydentuki ry, Talo-projekti.

Pro Sofia-viisas kehitys ja ekloginen elämäntapa ry, ARNIKA-Perhekuntoutuskurssit masentuneille henkilöille perheineen.