

Aija Silfsten, Hanna-Mari Toiviainen

KOKEMUKSISTA KEHITTÄMISEHDOTUKSIIN

Bikva-arviointitutkimus Savonlinnan
mielenterveyspalvelujen avohoidosta

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Sosionomi (YAMK)


Marraskuu 2012



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILOLEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä 21.11.2012
Tekijä(t) Aija Silfsten, Hanna-Mari Toiviainen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, sosionomi YAMK	
Nimeke KOKEMUKSISTA KEHITTÄMISEHDOTUKSIIN. Bikva-arviointitutkimus Savonlinnan mielenterveyspalvelujen avohoidosta		
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen vaatii käyttäjien odotusten ja palvelukokemusten ymmärtämistä. Suomessa käyttäjien osallistaminen on erityisen ajankohtaista lainsäädännön ja suositusten antaman ohjauksen vuoksi. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli arvioida Savonlinnan seudun mielenterveys-työn perustason avopalveluja keräämällä ja analysoimalla asiakkaiden kokemuksia. Teimme opinnäytetyömme Bikva-arviointimallilla, jonka lähtökohtana on tuoda esille asiakkaiden näkemyksiä palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta.		
Haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1. Kuinka mielenterveyspalvelujen avohoito vastaa asiakkaiden tarpeisiin? 2. Kuinka asiakkaat kokevat osallisuutta mielenterveyspalvelujen avohoidossa? 3. Millaisia tarpeita palvelujen kehittämiseen asiakaslähtöisesti on Savonlinnan alueella? Aineisto kerättiin viidellä ryhmähaastattelulla, jotka toteutettiin palvelujen käyttäjille, työntekijöille sekä johtavassa asemassa oleville henkilöille. Kuhunkin asiakashaastatteluun (3) osallistui neljä henkilöä, yhteensä kaksitoista mielenterveyspalvelujen käyttäjää. Työntekijätason haastatteluihin osallistui viisi avopalveluiden työntekijää, ja johtotason haastatteluun neljä henkilöä. Bikva-arviointimallin periaatteet ohjasivat haastatteluprosessissamme asiakkaiden kokemustiedon siirtymistä työntekijätasolle ja sen jälkeen johdolle. Poliittisten päättäjien tietoisuuteen haastattelujen tulokset saatettiin kertomalla ne kaikille kuntalaisille avoimessa mielenterveysfoorumissa.		
Tämän arviointitutkimuksen tulokset osoittivat, ettei mielenterveyspalvelujen kehittäminen alueellamme vaadi merkittäviä henkilöstön lisäyksiä tai toimintojen muutoksia asiakkaiden näkökulmasta. Pikemminkin on kyse luottamukseen, kokemusten jakamiseen sekä yhteistyömallien suunnitelmallisuuteen liittyvistä kehittämiskohteista. Asiakkaiden pysyminen muutosten mukana sekä suhtautuminen muutoksiin ja kehittämiseen on riippuvainen osallisuuden kokemuksista. Lisäksi tulostemme perusteella tehtyjen kehittämis ehdotusten jatkotyöstäminen edellyttää eri toimijoiden yhteisten kehittämistavoitteiden laatimista esimerkiksi mielenterveysstrategian muodossa.		
Asiasanat (avainsanat) mielenterveyspalvelut, asiakaslähtöisyys, osallisuus, Bikva-arviointimalli		
Sivumäärä 75 s. + 5 liitettä	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Leena Uosukainen, Kati Vapalahti	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the master's thesis	
Author(s) Aija, Silfsten, Hanna-Mari Toiviainen		Degreeprogramme and option Development and Leadership in Health Care and Social Services, Master of Social Services	
Name of the master's thesis From Experiences into Development Suggestions. Bikva evaluation of Non-institutional Mental Health Care and Services in Savonlinna region.			
Abstract <p>The development of social and health care services requires understanding of the clients' experiences and expectations. Participatory approach with clients is especially current in Finland due to guidance given by legislation and recent guidelines. The main goal of this THESIS was to evaluate and analyse non-institutional mental health care and services in Savonlinna region through collecting and analysing clients' experiences. This analysing and evaluating was done by using BIKVA model, an evaluation and quality enhancement method which aims to highlight and disclose clients' views, experiences and opinions regarding the quality and efficacy of the service system.</p> <p>In this THESIS we approached the theme with three following questions: 1. How do non-institutional mental health care and services meet the needs of the clients? 2. How do the clients interviewed participation in the non-institutional mental health care and service system? 3. What kind of needs are there in Savonlinna region for the development of the services from the point of view of client-orientation and participatory approach? The data was collected through five group interviews, which were carried out with the users of the mental health care services, people working in the sector, and those in executive positions in the field. Each client interview (3) was taken part by four people, so in all twelve people using mental health care services were interviewed. Employee interviews were carried out with five people working in the non-institutional mental health care sector, and from the executive level there were four interviewees.</p> <p>The principles of Bikva evaluation model directed our interview processes so that the clients' experiential knowledge was passed on to employee level, and after that to the executive level. The results from the analysis were brought to the awareness of the local policymakers in a public mental health forum, which was open to all the citizens of the region. The findings of this evaluation study provide evidence that the development of mental health care and services in Savonlinna region does not demand significant increase in personnel resources or changes in procedures. On the contrary, there is a need for developing trust, opportunities for sharing experiences, and orderliness of cooperation models. Whether or not the clients can keep up with the changes taking place in the field, and how they react and want to take part in developing those changes depends on their experiences of participation and involvement. In addition to that, the developmental suggestions made in this thesis on the grounds of the findings of the analysis could be executed and refined through compiling of a shared set of development goals for all the different actors working in the field. This could be done for example in the form of a collaborative mental health strategy.</p>			
Subjectheadings, (keywords) Mental health services, client-oriented approach, participation, Bikva evaluation model			
Pages 75 pages + 5 appendices	Language finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Leena Uosukainen, Kati Vapalahti		Master's thesis assigned by	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	NÄKÖKULMIA MIELENTERVEYSTYÖHÖN JA -PALVELUIHIN.....	3
2.1	Mielenterveyspalvelut ja avohoito.....	4
2.2	Kehittämistyöhön osallistetut Savonlinnan mielenterveystyön avopalveluyksiköt	5
2.3	Eettisyys mielenterveystyössä	7
2.4	Mielenterveyspalvelujen laatusuositus	9
2.5	Mielenterveys- ja päihdestrategia mielenterveystyön kehittämisen välineenä	10
3	ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TARKASTELUA	11
3.1	Potilaita vai asiakkaita?	11
3.2	Asiakaslähtöisyyden määrittelyä	12
3.3	Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ja kehittämissuunnitelmissä	15
3.4	Asiakaslähtöisyyden edellytyksiä ja esteitä.....	17
3.4.1	Lähtökohtia asiakaslähtöiseen toimintaan	18
3.4.2	Johtaminen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta.....	19
3.4.3	Asiakaslähtöisen toiminnan esteitä.....	20
4	OSALLISUUS	21
4.1	Osallisuuden määrittelyä	22
4.2	Asiakkaat osallisina palvelujen arvioinnissa ja kehittämisessä	23
4.3	Kokemusasiantuntijuus arviointi- ja tutkimustoiminnassa.....	25
5	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	26
6	BIKVA-ARVIINTIMALLI KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄNÄ	27
6.1	Bikva-arviointimalli.....	27
6.2	Bikva-arviointimallin toteuttamiseen liittyviä haasteita.....	29
6.3	Kehittämistyön eteneminen Bikva-arviointimallin mukaisesti	29
6.3.1	Aineiston hankinta haastatteluina	32
6.3.2	Ryhmähaastatteluprosessin eteneminen.....	33
6.3.3	Sisällönanalyysi aineiston analyysin menetelmänä	36
6.3.4	Aineiston analysointiprosessi.....	38
7	TULOKSET	40
7.1	Haastatteluiden tulokset.....	40

7.1.1	Yhteistoiminnallisuus	42
7.1.2	Palautteenantomahdollisuudet	46
7.1.3	Tietoisuus palvelutarjonnasta.....	47
7.1.4	Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus	48
8	POHDINTA	49
8.1	Tulosten tarkastelua tutkimuskysymysten mukaisesti.....	50
8.1.1	Savonlinnan mielenterveyspalveluiden toimivuus	50
8.1.2	Asiakkaiden osallisuus.....	53
8.1.3	Kehittämisehdotukset.....	57
8.2	Kehittämistyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua	60
8.3	Kehittämistyöprosessin arviointia ja jatkotutkimusehdotuksia	63
	LÄHTEET.....	68
	LIITTEET	
	1 Asiakkaiden haastattelusuostumus	
	2 Asiakkaiden haastattelun runko	
	3 Työntekijöiden haastattelun runko	
	4 Johtotason haastattelun runko	
	5 Analyysiesimerkki	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan lähivuosisikymmenten vision mukaisesti muutossuunta laitoshoidosta avohoitopainotteisuuteen koetaan edelleen yhdeksi tärkeimmistä kehittämisen osa-alueista. Mielenterveyspalvelujen uudistamisen strategiana tulee olla avopalvelujen helppo saatavuus. (Vesterinen 2011, 31–32.) Sosiaali- ja terveysministeriön asiakasstrategian mukaan asiakaslähtöisyys tulee asettaa palvelujen kehittämisen lähtökohdaksi. Tavoitteena onkin, että vuoteen 2020 mennessä asiakkaan asema on selkeästi vahvistunut, ja palvelujärjestelmä on mahdollisimman asiakaskeskeinen. (Kaseva 2011, 5.)

Ihmisten vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen sekä yhteiskunnalliseen ja kunnalliseen päätöksentekoon ovat tärkeitä sekä inhimillisesti että myös palvelujen toimivuuden kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 39). Palvelujen käyttäjillä on runsaasti kokemustietoa ja ideoita, joita kannattaa hyödyntää mielenterveystyön kehittämiseksi (Laitila 2010, 183; Krogstrup 2004, 7). Sosiaali- ja terveyspalveluita tarjoavilla julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla asiakaslähtöinen kehittäminen on käynnissä, mutta vuoropuhelua ei useinkaan tapahdu toimintojen rajapintojen yli. Eri sektorien välinen yhteistyö voisikin olla avain yhteisen asiakaslähtöisyyšnäkemyksen kehittymiseen (Virtanen ym. 2011, 9).

Myös Savonlinnan seudulla mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on tapahtunut suuria muutoksia erityisesti erikoissairaanhoidon alueella, ja avohoitopainotteisuutta lisätään jatkuvasti (ks. Ahlblad 2012). Eri toimijat keräävät asiakaspalautetta, mutta asiakkaan äänen kuuleminen koko palvelujärjestelmää ja mielenterveyskuntoutujien osallisuutta koskien on kollegoidemme kanssa käytyjen keskustelujen perusteella ollut puutteellista. Yleisesti ottaen asiakastyytyväisyyskyselyjen tulokset ovat usein kohtuullisen hyviä, mutta ne eivät kerro sitä, mikä työn kehittämisen kannalta olisi tärkeää. Terveystieteiden laadun mittaaminen lomakekyselyjen avulla onkin monien tutkimusten mukaan saanut osakseen kritiikkiä. Lomakkeiden kieli ja kysytyt asiat saattavat olla vastaajille vieraita. Vaikeinta asiakaspalautetyyppisillä kyselyillä on saada tietoa asiakkaan kannalta ainutlaatuisista ja yksilökohtaisista kokemuksista. (Fröjd ym. 2003, 4, 21; Krogstrup 2004, 7.)

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön tavoitteena on koota asiakkaiden kokemuksia Savonlinnan seudun mielenterveystyön avopalveluista. Keskitymme tässä kehittämistyössä peruspalvelujen avohoitoon, koska kansallinen kehittämissuuntaus on ennen kaikkea peruspalvelujen tehostamista painottava (ks. Partanen ym. 2010, 15–16). Kehittämistyömme tärkeänä tehtävänä on tiedon jakaminen mielenterveyspalvelujen kehittämiskohteista palvelujärjestelmän eri tasoilla. Kehittämistyön tavoitteena on myös se, että palvelujen tuottajat ja mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevät työntekijät saavat tarpeellista tietoa toiminnastaan ja voivat pohtia palvelujärjestelmän toimivuutta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Elettäessä jatkuvaa muutosten aikaa koemme asiakaslähtöisen arvioinnin tärkeäksi työvälineeksi omaa työtämme kehitettäessä sekä laajemmin palvelujärjestelmää tarkasteltaessa. Tässä kehittämistyössä käytetään pääkäsitteinä asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta, jotka ovat hyvin lähellä toisiaan.

Palvelujen kehittämistoiminnassa huolellista suunnittelua vaatii sen näkökulman valinta, kenen lähtökohdista kehittäminen aloitetaan. Tällöin tulee arvioiduksi myös asiantuntijuuden olemus; onko kehittämisen alkuunpaneva voima hallinnon, työntekijöiden vai asiakkaiden asiantuntijuus. (Toikko & Rantanen 2009, 48–49.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Mielenterveyspalvelujen laatusuositus on rakennettu erottamalla kolme eri näkökulmaa kussakin laadun osa-alueessa; kuntalaisen näkökulma, ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen näkökulma ja hallinnon näkökulma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 3). Nämä kolme näkökulmaa huomioidaan myös tässä kehittämistyössä, mutta painopisteemme on asiakasnäkökulma. Palvelujen laatua tarkasteltaessa ja kehitettäessä asiakkaiden osallisuus on tärkeää, ja erityistä herkkyyttä vaatii palautteen kerääminen niiltä asiakkailta, jotka eivät oma-aloitteisesti kykene palautetta antamaan (Toikko & Rantanen 2009, 91). Valtakunnallinen laatusuositus auttaa tässä kehittämistyössä fokusoimaan tutkittavia teemoja oleellisiin mielenterveystyön rakenteisiin ja toimintoihin.

Myös kansainvälisessä keskustelussa sosiaali- ja terveysalojen tieteellinen tutkimus on alkanut etsiä uudenlaisia tiedonlähteitä, kuten kokemusperäistä ja käytäntöön perustuvaa tietoa. Todistettavan tiedon rinnalla on alettu tunnustaa myös asiakkaiden ja alan ammattilaisten käytännön viisauden merkitys. Kokemuksiin perustuvan tiedon tulee olla yhtä validia kuin muodollinen tutkimuskin. (Glasby & Bedersford 2006, 268–284; Beresford 2007, 329–341.) Myös tämä näkökulma vaikutti kehittämistyömme

menetelmän valintaan. Osallistavassa Bikva-arviointimallissa asiakkaat nähdään oppimisen ja palvelujen kehittämistyön käynnistäjinä. Siten tehdään näkyväksi palvelujärjestelmää koskeva kritiikki ja ideat tulevia käytäntöjä varten. Arviointimallin tavoitteena on lisätä tietoisuutta kyseisistä asioista niin kenttätyöntekijöiden, johtajien kuin poliittisten päättäjienkin taholla. (Krogstrub 2004, 7–8.)

Tämä kehittämistyö on käytettävissä palveluita ja mahdollisesti myös koko palvelujärjestelmää asiakaslähtöisesti kehitettäessä. Kaikkiin kuntiin tai yhteistoiminta-alueille suositellaan tehtäväksi mielenterveys- ja päihdetyön strategia (ks. esim. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa 2009, 6–7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 26). Tällä hetkellä kyseisen kaltaista strategiaa ei ole alueellamme. Tämä kehittämistyö voikin toimia mielenterveyspalvelujen kehittämisen ja yleisen informoinnin työkaluna sekä erityisesti tukea alueemme mielenterveystyön strategian suunnittelua.

Bikva-arvioinnin tulokset esittelemme mielenterveysfoorumissa, jossa saatamme tiedon arvioinnin tuloksista asiakkaista aina poliittisiin päättäjiin saakka. Bikva-arviointimallin painopisteiden mukaisesti myös palvelujen käyttäjien tulee olla tietoisia siitä, kuinka arviointia on käsitelty ja miten palautetta voidaan käyttää kehittämistyössä. Tämän vuoksi tavoitteenamme on myös raportoida hyvin selkeäkielisesti (ks. esim. Högnabba 2008, 13; Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 11). Kehittämistoiminnan raportointi tuokin esille kehittämisessä ja tutkimuksessa yleisesti piilevän eroavaisuuden; tutkimus vaatii ehdottomasti tieteellisten raportointikriteerien täyttymistä, kun taas kehittämistoiminnassa tärkeämpää on käyttökelpoisuuden näkökulma. (Toikko & Rantanen 2007, 159.) Bikva-arvioinnin jälkeen käsittelemme esille nousseita teemoja ja asioita tulevaisuusorientoituneesti ja tarjoamme kehittämisehdotuksia peilaten tutkimustuloksiamme yhteiskunnalliseen kontekstiin Högnabban suosituksen mukaisesti (Högnabba 2008, 12–13).

2 NÄKÖKULMIA MIELENTERVEYSTYÖHÖN JA -PALVELUIHIN

Tässä luvussa kiinnitämme huomiota ajankohtaisiin mielenterveystyötä ohjaaviin seikkoihin, kuten mielenterveystyön eettisyyteen, laatusuositukseen sekä mielenterveysstrategiaan työn kehittämisen välineenä. Ensin määrittelemme kuitenkin kehittämis-

työssämme käytettyjä käsitteitä mielenterveyspalvelut ja avohoito sekä esittelemme lyhyesti avohoidon kehittämiseen liittyviä seikkoja.

2.1 Mielenterveyspalvelut ja avohoito

Mielenterveislain mukaan mielenterveyspalvelut ovat osa mielenterveystyötä, johon katsotaan lisäksi kuuluvan väestön elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveyttä tukeväksi. Mielenterveyspalvelut määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiksi, joita annetaan mielisairauksia tai mielenterveysongelmia sairastaville henkilöille. (Mielenterveislaki 1990/1116.) Myös kuntoutus nähdään osana mielenterveyspalveluja, ja sen avulla parannetaan suoriutumista, työkykyä sekä elämänlaatua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27). Mielenterveyskuntoutuksen toiminta-alueeseen kuuluu erityisesti mielekkään toiminnan ja riittävän sosiaalisen tuen varmistaminen (Järviskoski & Härkäpää 2011, 237).

Laki säätelee mielenterveyspalvelujen järjestämistä ja asettaa kunnille vaatimuksia väestön mielenterveyden huolehtimisesta. Palvelujen toteuttamisesta vastaavat kuitenkin kuntien lisäksi myös mm. kuntayhtymät, yksityiset toimijat sekä kolmas sektori. Lainsäädäntö on suhteellisen väljä, mikä aiheuttaa suurta vaihtelevuutta palvelujen tarjoamisessa. (Moring 2010a, 32.)

Mielenterveystyön erityispalveluita ei pystytä järjestämään kaikille, minkä vuoksi vahvistamista vaatii erityisesti lähiyhteisötason työ kaikilla yhteiskuntasektoreilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27, 31). Yksittäiset toimintakohtaiset muutokset voivat johtaa toiminnan vaikeutumiseen jossain muussa pisteessä tai sektorilla, ja siksi työssä tulee huomioida pitkäjänteinen kehittäminen sekä laaja-alainen yhteistoiminta (Kaivosoja 2006, 1193). Kehittämistyömme näkökulmasta on merkille pantavaa se, että mielenterveyspalvelujen kehittämisen suurimpina haasteina nähdään resurssien turvaaminen, avohoidon kehittäminen sekä itsenäisen asumisen mahdollistaminen (Tuori 2011, 4). Avopalvelujen kehittäminen nähdäänkin laitoshoidon panostamista vaikuttavammaksi toimenpiteeksi. Luonnollisesti avohoidon kehittäminen vaatii kustannuksien siirtämistä laitoshoidosta avohoitoon sekä keskittymistä järjestämään palvelut lähelle niiden käyttäjiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 30.)

Entinen peruspalveluministeri Eva Biaudet ja hallintoneuvos Pekka Järvinen painottavat henkilön omaehtoista vaikutusmahdollisuutta palvelujen ja asumisen järjestämiseksi. He määrittelevät avohoitoa asumismuodon ja palvelujen mukaan. Avohoitoa katsotaan heidän mukaansa olevan kaikki ne tukimuodot ja palvelut, joita henkilö tarvitsee asuakseen kotona. Avopalveluita saava asuu vuokra- tai omistusasunnossa, ja hänelle on yleensä tehty suunnitelma palveluista. Avohoidossa olevaksi katsotaan kuitenkin myös asumispalveluja saava henkilö. (Biaudet ym. 1999.)

Valtakunnallisesti avopalveluvalikoimaa on monipuolistettu kehittämällä sosiaalisia yrityksiä, klubitaloja, tuettua työllistymistä, asumispalveluita ja itsenäisen pärjäämisen tukitoimia. Järjestöt sekä yhdistykset ovat olleet kehittämistyössä aktiivisia, ja yksityisten palveluntuottajien määrä on kasvanut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 72.) Järjestösektoria kuvataan lukuisin eri käsittein, mikä jo sinänsä ilmentää sen monitahoisuutta ja elävyyttä. Seuraavat käsitteet ovat käytössä Suomessa: kolmas, järjestö-, yhteisö-, vapaaehtois-, epävirallinen sektori, yleishyödylliset organisaatiot, kansalaisyhteiskunta ja välitaso. (Julkunen 2006, 118.) Tässä kehittämistyössä käytämme kyseisistä toimijoista käsitettä kolmas sektori.

2.2 Kehittämistyöhön osallistetut Savonlinnan mielenterveystyön avopalveluyksiköt

Tässä luvussa kuvaamme kehittämistyömme osallistuneita Savonlinnan mielenterveystyön perustason avopalveluita, joita tuottavat Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja kolmannen sektorin toimijat. Kehittämistyön rajauksesta kerromme lisää alaluvussa 6.3.1. Tutkimuskohteidemme lisäksi mielenterveysasiakkaille suunnattuja avopalveluja tarjoavat osaltaan myös sosiaalitoimi, seurakunnat, Kela sekä yksityiset palveluntuottajat.

Savonlinnan mielenterveysvastaanotto, Mielitiimi ja kotisairaanhoito ovat osa Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon toimintaa. Mielenterveysvastaanoton työn tavoitteena on vastata asiakkaiden avun tarpeeseen mahdollisimman ajoissa ja madaltaa kynnystä hoitoon hakeutumisessa. Vastaanotolle voi hakeutua varaamalla ajan puhelimitse, eikä hoitoon pääsy edellytä lähetettä. Hoitoon hakeutumisen syynä voi olla erilaiset arkielämän kriisit, pelko, ahdistus, masennus tai ihmissuhdevaikeudet. Hoitosuhde voi toimia myös jatkohoitona psykiatrisen osasto-

hoidon jälkeen. Mielenterveysvastaanoton hoitomuotoina ovat yksilökeskustelut, perhekeskeinen työskentely, verkostopalaverit ja hoitokokoukset sekä työskentely eri yhteistyötahojen kanssa. Lisäksi tarjotaan neuvontaa ja ohjausta, toiminnallisia ryhmiä sekä pitkäaikaispotilaan hoidon seurantaa. (Savonlinnan mielenterveysvastaanoton esite 2012.)

Mielitiimin toiminnalla pyritään kotona asuvien mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn tukemiseen ja omatoimisuuden ylläpitämiseen. Sen asiakkaaksi tullaan pääsääntöisesti psykiatrian osaston, mielenterveysvastaanoton ja Kotilo ry:n työntekijöiden yhteydenoton kautta. Näiden lisäksi tärkeimpiä yhteistyökumppaneita ovat kotihoito, sosiaalitoimi ja omaiset. Mielitiimin työllä tuetaan ja ohjataan mielenterveyskuntoutujaa henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, asumiseen sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseen. Aluksi pidetään hoitokokous tai tehdään kotikäynti, jossa arvioidaan ja suunnitellaan tuen tarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Mielitiimin toimintaan kuuluu kuntouttavalla työotteella toteutettava kodinhoidollisten töiden tukeminen, ohjaus, neuvonta, työskentely eri yhteistyötahojen kanssa sekä ryhmätoiminta. (Mielitiimin esite 2012.)

Kotihoito järjestetään lähipalveluna ja se toteutetaan pääsääntöisesti asiakkaan kotona. Näihin lähipalveluihin kuuluvat sosiaalipalveluna kotipalvelu erilaisine tukipalveluineen sekä terveydenhuoltopalveluina kotisairaanhoito. Kotihoidon perustehtävänä on järjestää avopalveluina tarvittava hoiva ja sairaanhoito alueen väestölle ja edistää etenkin kotona asuvien ikäihmisten terveydentilaan. Hoidon toteuttamisessa käytetään kuntouttavaa työtettä, jonka pohjalta tuetaan, ylläpidetään ja opetetaan asiakasta selviytymään mahdollisimman omatoimisesti askareista ja hoitotoimenpiteistä. Kotipalvelu ja kotisairaanhoito tekevät yhteistä työtä, mutta kotisairaanhoidon työn painopiste on hoidollisissa tehtävissä, joita ohjaavat Savonlinnan alueella Sosterissa laaditut sairauskohtaiset hoitomallit. (Kemppanen & Hämäläinen 2011.)

Kansainvälinen, Yhdysvalloista alkunsa saanut Fountain House -mallinen klubitalotoiminta, LinnaKlubi, toimii Savonlinnassa viisivuotisena projektina (vuodet 2009–2013). LinnaKlubi on Savonlinnan ja ympäristökuntien mielenterveyspalveluiden täydentäjä tarjoten työpainotteista kuntoutusta yhteisönä. Klubitalotoiminnan tavoitteena on edistää klubitalon jäsenten elämänlaatua työpainotteisen päivän, vapaa-ajan ohjelman, siirtymätyöohjelman ja vertaistuen avulla. Tavoitteena on myös vähentää mie-

lenterveyskuntoutujien sairaalahoidon sekä muiden mielenterveyspalveluiden tarvetta. Tärkeänä tehtävänä on ylläpitää työntekijöiden ja jäsenten yhteistyöllä yhteisöä, joka mahdollistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sosiaalisia suhteita jäsenilleen. Klubitalotoimintaa ohjaavat kansainväliset klubitalostandardit. Tärkeitä ajatuksia klubitalon toiminnassa ovat usko kuntoutumiseen, usko työhön, oikeus paikkaan johon tulla, oikeus rakentaviin ihmissuhteisiin ja omanarvontunnon kohottaminen. (Klubitaloprojektin toimintakertomus 2011.)

Savolaiset Selviytyjät ry on mielenterveyskuntoutujien potilasjärjestö, ja se on perustettu Savonlinnaan 1993. Yhdistys kuuluu Mielenterveyden Keskusliittoon, joka on Euroopan suurin mielenterveystyötä tekevä järjestö. Selviytyjien toimintaa johtaa jäsenistöstä koottu hallitus, joka on sen ylin päättävä elin. Toiminnan tarkoituksena on tarjota kuntoutujille apua ja tukea omaan, itsenäiseen elämään sekä mahdollisimman monipuolista vertaistuki- ja ryhmätoimintaa sekä kokemusasiantuntijuutta. Yhdistys toimii myös työllistäjänä, ja eri työllistämisen muodoilla on yhdistyksen toimitiloissa henkilöitä palkkatuella, työelämävalmennuksessa tai työharjoittelussa. Lisäksi yhdistys tarjoaa työllistetyille erilaisia tukitoimia oman työllistymisen polun rakentamiseen. (Vuorinen 2012.)

2.3 Eettisyys mielenterveystyössä

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE ottaa kantaa siihen, kuinka mielenterveyskuntoutujien osallisuutta ja asemaa voidaan yhteiskunnassamme parantaa. Mielenterveysetiikan avulla pyritään myös turvaamaan mielenterveyspalvelujen asiakkaiden ja heidän omaistensa oikeuksia. Mielenterveyspalvelut eivät lukuisista tutkimuksista, selvityksistä ja raporteista huolimatta edelleenkään toteudu ihmisoikeuksien mukaisesti. Eettisen neuvottelukunnan vahvana näkemyksenä on palvelujen käyttäjien ihmisarvon kunnioittaminen sekä sitä tukevan mielenterveyskuntoutuksen järjestäminen. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta ETENE 2009, 3.) Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry:n ammattieettinen lautakunta on myös laatinut ohjeet ammatillisuuden toteuttamiselle. Näillä ohjeilla pyritään konkretisoimaan erilaisten eettisten pulmien ratkaisemista. Sosiaali- ja terveydenhuollon lait velvoittavat ammattilaisia toiminaan oikeudenmukaisesti, mutta ne eivät pysty tarjoamaan konkreettisia ratkaisumalleja tai takaamaan oikeudenmukaisuutta palvelutilanteissa. (Ammattieettinen lautakunta 2005, 5.)

Ammattilaisilta edellytetään sitoutumista alan eettisiin periaatteisiin, mikä ilmenee motivaationa toimia oikein. Eettinen herkkyyks edellyttää pohdintaa siitä, kuinka oma toiminta vaikuttaa toisten ihmisten hyvinvointiin. Lisäksi siihen kuuluu erilaisten mahdollisten toimintatapojen pohtiminen ja niiden mahdollisten seurausten päättely sekä ennakointi kunkin osapuolen kohdalla. (Juujärvi ym. 2007, 21.) Asiakkaan kohtelu kokonaisuutena on tärkeää, ja hänen hyvinvoinnistaan tulee huolehtia yksilöllisten tarpeiden, odotusten sekä tavoitteiden mukaisesti. Työntekijöiden toiminnassa tulee korostua ihmislähtöisyys, kunnioittava kohtelu, työhön sitoutuminen ja positiivisten muutosten edistäminen. Palvelujen käyttäjien aktiivinen kuunteleminen ja näkemyksiensä huomioiminen ovat myös hyvän hoidon edellytyksiä. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta ETENE 2009, 19–20; Ammattieettinen lautakunta 2005, 6–8.)

Eettisesti hyvässä palvelussa asiakkaiden osallisuus palvelujen suunnitteluun voi toteutua palautejärjestelmien aidon tarkastelun kautta. Näin ollen palveluihin liittyviä virheitä, puutteita tai laiminlyöntejä tulee käsitellä vakavasti. Palvelujen käyttäjien sekä heidän omaistensa osallisuutta ja asemaa voidaan vahvistaa myös tiedonsaantia edistämällä. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta ETENE 2009, 7, 20; Ammattieettinen lautakunta 2005, 14.) Eettisesti hyvä vuorovaikutus asiakkaiden ja ammattilaisten kesken on tärkeää luottamuksen syntymiselle. Tiedonsaannin avoimuus sekä tasavertainen toimiminen luovat asiakassuhteeseen turvallisuutta ja luottamusta. Asiakkaiden kohtelu ja kohtaaminen ammattilaisten taholta onkin hyvin merkityksellistä myös työn vaikuttavuuden kannalta. (Narkilahti 2003, 91.) Näiden näkökulmien vuoksi tämän kehittämistyön kivijalkana ovatkin juuri asiakkaiden kokemukset ja näkemykset, joihin tekemämme kehittämissuhteet perustuvat.

Jotta asiakkaat voivat saada ajanmukaista palvelua, ammattihenkilöstön tulee pitää yllä osaamistaan ympäristön muutosten edellyttämällä tavalla ja reflektoida työtään eettiseltä kannalta (Ammattieettinen lautakunta 2005, 11, 26). Moniammatillisuus työskentelytapana edistää yhteistä eettistä keskustelua sekä yhteisten pelisääntöjen ja vastuiden rakentamista. Asiakkaiden muuttuvat tarpeet ja ongelmat vaativat yhteistä keskustelua palvelukäytännöistä. Lisäksi niillä voidaan karsia mahdollisia päällekkäisiä toimintoja sekä estää asiakkaiden ”putoamista palvelujen väliin”. (Narkilahti 2003,

101.) Tämän kehittämistyön yhtenä tavoitteena onkin asiakaslähtöisyyden ja palvelujen järjestämisen pohtiminen eri sektorien ja organisaatiotasojen kesken.

2.4 Mielenterveyspalvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2001 Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen. Suositus kuvaa mielenterveystyön laatuun vaikuttavia rakenteellisia ja toiminnallisia seikkoja. Siinä on otettu huomioon käytännön kokemus, ja se on rakennettu tarvelähtöisesti kolmen eri näkökulman kautta. Suositus ottaa huomioon a) kuntalaisen näkökulman, kuntalaisen ja potilaan tarpeet, b) ammattihenkilöiden ja ammattillisten käytäntöjen näkökulman, palvelut ja toimintatavat sekä c) hallinnon näkökulman, edellytykset, joita toiminta vaatii hallinnolta ja päättäjiltä.

Suositusta voidaanakin hyödyntää mielenterveystyön strategisessa suunnittelussa, kehittämistyössä, toiminnan seurannassa sekä vertaisarvioinnin välineenä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 3–4). Laatusuositus vastaa hyvin tähänhetkiseen kehittämiskulttuuriimme, jossa erilaisten normien sijaan käytetään informaation kautta toteutettavaa ohjausta. Suosituksen tavoitteena on ollut mahdollisimman tuoreen ja tulevaisuutta ennakoivan tiedon yhdistäminen sekä käyttökelpoisten, hyvin hyödynnettävien kriteerien laatiminen. (Lassila 2006, 3615.)

Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen mukaan kuntalaisia tulee auttaa pääsemään elämäntilanteensa sekä ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin. Kaikessa hoidossa avohoidon tulee olla ensisijaista, mutta tarvittaessa potilas pääsee myös psykiatriseen sairaalahoitoon. Mielenterveyspalveluissa kunnioitetaan ihmisarvoa sekä ihmisoikeuksia, ja hoito toteutetaan päätetyn suunnitelman mukaisesti. Suositukseen liittyy myös se, että palveluita ja toimintaa seurataan. Näitä havaintoja tulee käyttää hyödyksi suunnittelussa sekä silloin, kun tehdään kokonaissuunnitelma mielenterveystyötä varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 7–13.) Lähtökohtana suosituksen käyttämisessä ja palvelujen kehittämisessä tulee olla se, että olemassa oleva toiminta on voimavara. Näitä toimintoja edelleen kehitettäessä suositusten rakenne auttaa osaltaan kohdentamaan toiminnan oleellisiin asioihin. (Upanne ym. 2005, 13.)

Tämän kehittämistyön kysymyksenasettelun näkökulmasta mielenterveyspalvelujen laatusuositus on varsin käyttökelpoinen apuväline. Se ohjaa fokuoimaan teemahaastattelun teemoja oleellisiin laatuun ja asiakaslähtöisyyteen liittyviin asioihin, sekä sen avulla voidaan Upanteen ym. (2005, 27) kokemusten mukaisesti koota myös tarkoituksenmukaisten haastattelun apukysymysten runkoa. Laatusuositus toimii hyvänä runkona myös asiakaslähtöisen keskustelun aikaansaamiseksi. Se ohjaa keskustelemaan merkityksellisistä asiakkaiden ja ammattilaisten vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön liittyvistä asioista, ja käytämmekin sitä haastatteluteemojen ja apukysymysten laatimisessa.

2.5 Mielenterveys- ja päihdestrategia mielenterveystyön kehittämisen välineenä

Tämän kehittämistyön yhtenä tavoitteena on koota asiakasnäkökulmaa Savonlinnan seudulle mahdollisesti laadittavaa mielenterveysstrategiaa varten. Kuntalaisten osallisuus ja palvelujen käyttäjien kokemusten kerääminen kokonaissuunnitelman laatimiseksi on tarpeellista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 8, 41–42). Asiakasnäkökulmaa mielenterveysstrategian valmisteluvaiheessa voidaakin selvittää mm. kokoamalla kirjallista arviointia järjestöiltä ja luottamushenkilöiltä sekä yleisemmin myös jakamalla kyselylomakkeita eri toimipaikoissa (Upanne ym. 2005, 12). Näemme, että tämä kehittämistyö palvelee alueemme strategista suunnittelua mielenterveyskuntoutujien asiakasnäkökulman sekä työntekijöiden ja johdon näkemyksen esiin tuomiselle.

Perehtyessämme teoriaan ja tutkimuksiin havaitsimme, että mielenterveysstrategiasta, mielenterveyden suunnitelmasta ja mielenterveystyön kokonaissuunnitelmasta puhutaan synonyymeinä. Joissakin kunnissa suunnitelma on tehty yhteisesti mielenterveys- ja päihdetyötä varten, jolloin puhutaan mielenterveys- ja päihdestrategiasta. Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksessa (2001) käytetään termiä mielenterveystyön kokonaissuunnitelma ja Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009) mielenterveys- ja päihdetyönstrategiaa (ks. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa 2009). Tässä kehittämistyössä käytämme mielenterveysstrategia-termiä kuvaamaan mielenterveyspalvelujen paikallisia toteuttamis- ja kehittämissuunnitelmia.

Hyvässä kokonaissuunnitelmassa tulee keskittyä vain pääkohtiin, ja sen tulee olla riittävän niukka sekä tarkkaan harkittu. Kokonaissuunnitelman tulee myös tarjota konk-

reettisiä toteuttamistapoja. Suunnitelman ei tarvitse olla lopputuote, vaan sitä tulisi tarkistaa, arvioida ja päivittää. (Upanne ym. 2005, 16.) Sen tulee lisätä myös kunta-laisten tietoisuutta siitä, mitä palveluja on tarjolla, ja kuinka ne ovat saatavilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 42). Lisäksi suunnitelman tarkoituksena on edistää yhteistyötä ja osallisuutta sekä tukea hyvinvointia, terveyttä ja palvelujen käyttäjien asemaa. (Partanen ym. 2010, 15, 68.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TARKASTELUA

Tässä luvussa esittelemme kehittämistyömme teoreettista viitekehystä ja siihen liittyvää käsitteistöä asiakaslähtöisyyden osalta. Kuvaamme tapamme käsitteellistää asiakaslähtöisyyttä, joka toimii osallisuuden ohella lähtökohtanamme ja lähestymistapanamme kehittämistyön teemaan. Osallisuutta käsittelemme erikseen luvussa 4.

3.1 Potilaita vai asiakkaita?

Terveydenhuollossa palvelujen käyttäjistä on yleisesti käytetty sanaa potilas (patient), mutta asiakkuusajattelun myötä terveydenhuollossakin ollaan siirtymässä byrokraattisesta asiantuntijalähtöisyydestä potilaan suurempaan valinnanvapauteen (Fröjd ym. 2003, 17). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanastossa potilaaksi määritellään terveydenhuollon asiakas (client), jolla voidaan todeta olevan terveydentilaa koskeva ongelma. Asiakkaaksi sanastossa puolestaan määritellään palvelun vastaanottava luonnollinen henkilö, ryhmä tai organisaatio. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto 2006.)

Asiakaskäsitteellä voidaan kuitenkin yleisesti kuvata kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden palvelujen käyttäjiä, jolloin myös potilaista käytetään sanaa asiakas (Ruotsalainen 2000, 15). Asiakas on hyvä käsite tämänhetkisenä muutoksen aikana, jolloin ihmisyys ja yksilöllisyys ovat yleisiä arvoja, joita tavoitellaan uusilla työtapoilla sekä vuorovaikutuksen muotoja kehiteltäessä (Laitinen & Pohjola 2010, 13).

Tässä kehittämistyössä käytämme synonyymeinä käsitteitä asiakas ja palvelujen käyttäjä, jotka sisältävät sekä asiakkaat että potilaat. Asiakas- käsite korostaa asiakkaan päätösvaltaa sekä toimijoiden tasavertaisuutta, minkä vuoksi se sopii tämän kehittä-

mistyön asiakaslähtöiseen viitekehykseen hyvin. Palvelujen käyttäjä -termillä tarkoitamme asiakkaita, jotka ovat käyttäneet mielenterveyspalveluja avohoidossa tai käyttävät niitä edelleen. Myös Hyväri ja Salo (2011) määrittelevät palvelujen käyttäjän ja asiakkaan määritelmät synonyymeiksi, jolloin palvelujen käyttäjä korostaa asiakkuutta selkeämmin osallistumista vuorovaikutussuhteisiin. Palvelujen hyödyt ja haitat asiakkaiden näkökulmasta syntyvät juuri tällaisissa vuorovaikutussuhteissa. (Hyväri & Salo 2011, 14.)

3.2 Asiakaslähtöisyyden määrittelyä

Asiakaslähtöisyyttä on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Käsite tarkoittaa eri toimintaympäristöissä hyvinkin erilaisia asioita, ja liian usein sitä pidetään itsestään selvyytenä. Tärkeää onkin miettiä, mitä asiakaslähtöisyys juuri kyseisessä toimintaympäristössä, organisaatiossa tai työyhteisössä tarkoittaa. (Immonen 2005, 23.) Kirjallisuudessa asiakaslähtöisyyttä määritellään monimuotoisesti, minkä vuoksi Sorsa (2002) päätyy toteamaan käsitteen olevan vielä melko epäkypsä ja vasta kehittymässä. Käsitteen kanssa rinnakkain käytetään potilaslähtöisyyttä (patient-centered) ja osallisuutta (participation). (Sorsa 2002, 22.)

Kiikkalan (2000, 116–119) mukaan asiakaslähtöisyyttä tulee tarkastella useista eri perspektiiveistä, ja hän onkin kuvannut sitä tutkimuksensa perusteella neljän eri ulottuvuuden avulla:

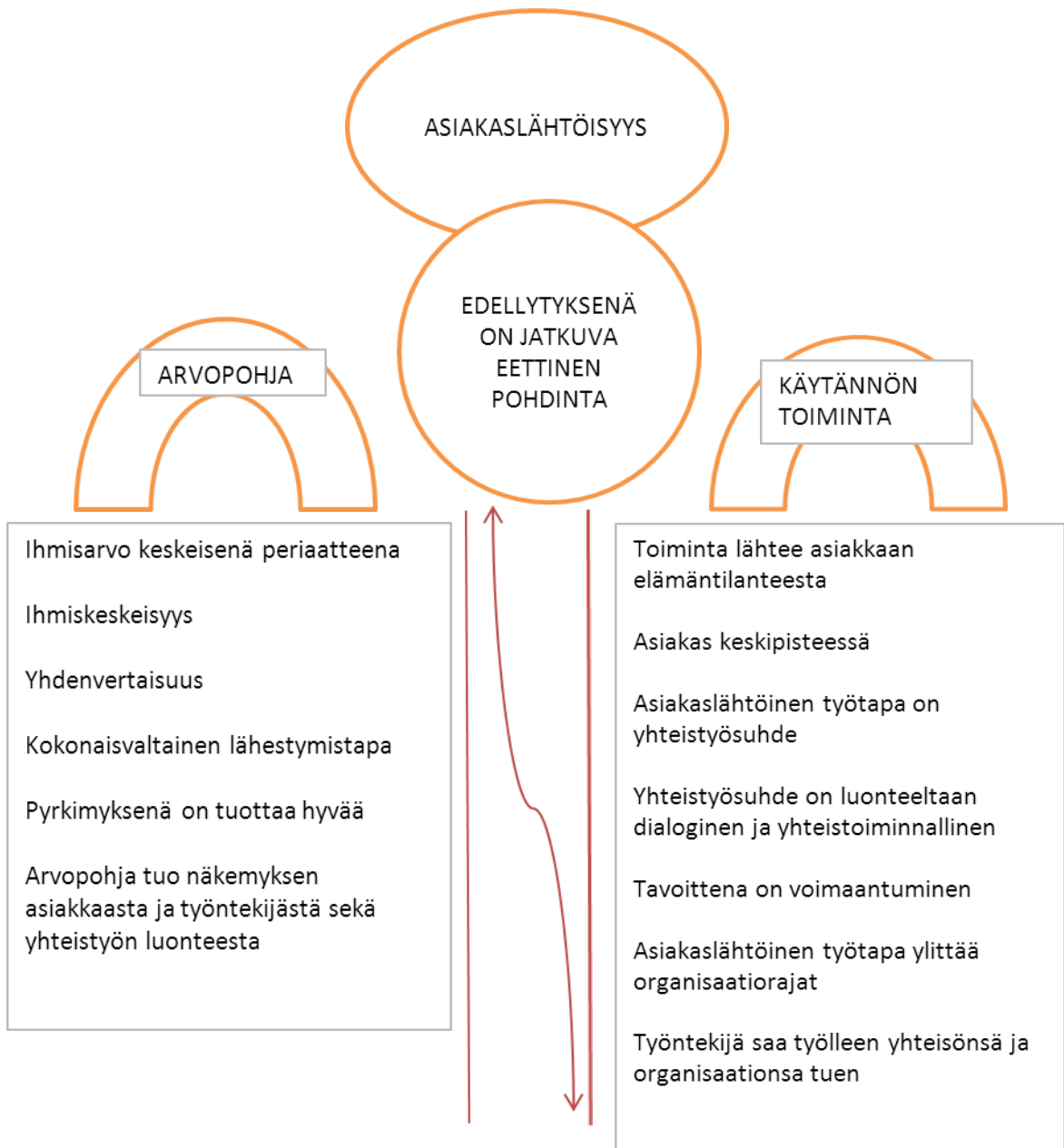
- 1) **Asiakaslähtöisyys toiminnan arvoperustana** painottaa asiakkaan kohtaamista yksilönä. Asiakkaan aktiivinen rooli vuorovaikutussuhteessa korostuu ja häntä kunnioitetaan. Aitous ja ihmisten yhdenvertaisuus kuvaavat tätä lähestymistapaa.
- 2) **Asiakaslähtöisyys näkemyksenä asiakkaasta** ilmenee eri tasoissa, ulottuvuuksissa ja yhteyksissä. Asiakas nähdään ainutkertaisena yksilönä, mutta myös perheen ja lähiyhteisön jäsenenä. Asiakaslähtöisyys näkemyksenä asiakkaasta merkitsee myös yleisten yhteiskunnallisten linjausten tunnistamista yksilötasolla.

- 3) **Asiakslähtöisyys näkemyksenä hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta** korostaa toiminnan alkamista aina asiakkaan lähtökohdista käsin. Työntekijän taito kuunnella aidosti ja ymmärtää asiakkaan tarpeita on tämän näkemyksen mukaan keskeistä.

- 4) Neljäs asiakslähtöisyyden ulottuvuus Kiikkalan mukaan on **asiakslähtöisyys näkemyksenä työntekijästä**. Työntekijän tulee olla syvällisesti tietoinen siitä, mitä varten hän on olemassa, ja hänen tulee olla halukas kehittämään itseään asiakasta tukevaksi persoonaksi.

Sorsa on pro gradu -tutkielmassaan ”Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystalvveluissa” muodostanut kuvauksen siitä, mitä asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveystalvveluissa. Tutkielmassaan Sorsa ei pitäydy vain jonkin yksittäisen tieteenalan tietoperustassa, vaan käyttää materiaalina eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien kuvauksia sekä kirjallisuutta asiakslähtöisyydestä. (Sorsa 2002, 8–9.)

Sorsa on määritellyt asiakslähtöisyyden toiminnaksi, joka perustuu yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvoon. Se merkitsee myös eri organisaatioiden rajapinnat ylittävää työskentelyä, jolla varmistetaan asiakkaan tarkoituksenmukaisimman avun ja tuen saaminen. (Sorsa 2002, 62, 67–68.) Sorsan määritelmä ottaa huomioon erilaisia lähestymis- ja ajattelutapoja sekä myös käytännön toiminnan. Hän on kuvannut asiakslähtöisyyttä tutkielmansa perusteella seuraavanlaisen kuvion avulla (kuvio 1):



KUVIO 1. Asiakslähtöisyys Sorsan mukaan (Sorsa 2002, 67)

Rantakari (2005) on ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvässä opinnäytetyössään tarkastellut asiakslähtöisyyttä sosiaalityössä, ja päätyy hyvin samankaltaiseen määritelmään kuin Sorsa. Rantakarin tarkastelussa asiakslähtöisyys koostuu käytännön toiminnasta, perustuu arvopohjaan ja edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa. Hän korostaa tutkimustuloksissaan lisäksi luottamuksen merkitystä kaikilla organisaation tasoilla asiakkaasta poliittiseen päätöksentekoon. (Rantakari 2005, 73–74.)

Vuokon (1997) mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaiden tarpeiden huomioon ottamista, minkä edellytyksenä on niiden tarpeiden selvittäminen. Organisaatioilla tulee olla keinot asiakkaiden tarpeiden selvittämiseen ja sen jälkeen keinot asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseen. (Vuokko 1997, 9, 42.) Myös sosiaali- ja terveysministeriön uudistamistyöryhmän väliraportissa asiakaslähtöisyys määritellään siten, että asiakkaiden sosiaali- ja terveysministeriön toteuttaminen tapahtuu asiakkaiden tarpeista käsin ja heidän toiveitaan sekä mielipiteitään kunnioittaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 46).

Tässä kehittämistyössä käytetty asiakaslähtöisyyden määritelmä on muodostettu painottaen asiakkaan suhdetta ja osallisuutta palvelujärjestelmään sekä tarjolla oleviin palveluihin. Vuokon määritelmä asiakaslähtöisyydestä tavoittaa hyvin tämän kehittämistyön tarkoituksen: Tavoitteena on koota palvelujen käyttäjien kokemuksia palvelujen laadusta (saatavuus ja tarkoituksenmukaisuus) sekä yhdistää ne työntekijöiden, johtotason ja poliittisten päättäjien näkemyksiin. Täydennämme Vuokon määritelmää sosiaali- ja terveysministeriön uudistamistyöryhmän näkemyksellä asiakaslähtöisyydestä, koska siinä korostuu lisäksi palvelujen käyttäjien osallistaminen palvelujen suunnittelemisessa. (Vuokko 1997, 9, 42, 50; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 46.)

3.3 Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ja kehittämislinjauksissa

Useat lait ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat kehittämislinjaukset korostavat palveluita suunniteltaessa ottamaan huomioon asiakaslähtöisyyden, sekä arvioimaan ja kehittämään toimintoja asiakkaiden näkökulmasta. Asiakaslähtöisyyden perusta on säädelty jo perustuslaissa, johon on kirjattu kansalaisten oikeus saada riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Suomen perustuslaki 731/1999.) Lainsäädännöllä on pystytty turvaamaan tietynlaisia oikeuksia asiakaslähtöisyyden perustaksi, mutta laki ei sinällään velvoita tai ohjaa kuntia asiakaslähtöisempien palveluiden tarjoamiseen. Uusilla tai valmisteilla olevilla sosiaali- ja terveysalan laeilla sekä erilaisilla suosituksilla ja kehittämislinjauksilla pyritään muuttamaan tätä asetelmaa. (Virtanen ym. 2011, 8–9.)

Tällaisia asiakaslähtöisyyttä korostavia ja kehittäviä sekä valinnanvapautta lisääviä lakeja ovat mm. uusi terveydenhuoltolaki ja valmisteilla oleva sosiaalihuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18, 40–46).

Myös Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta edistää asiakaslähtöisyyttä julkisella sektorilla valinnan vapauden lisääntymisen myötä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 811/2000).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa asiakasta kohdeltavan hyvin. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa saamiensa palvelujen toteuttamiseen, sekä palvelujen suunniteltaessa tulee ensisijaisesti ottaa huomioon asiakkaiden toivomukset ja mielipide. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.) Terveydenhuollossa vastaavasti Laki potilaan asemasta ja oikeuksista painottaa potilaalla olevan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, jossa kohtelu on potilasta kunnioittavaa. Potilaan henkilökohtainen etu sekä hoitajan ja potilaan yhteisymmärrys ovat hoitamisen lähtökohtina. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1. toukokuuta 2011. Terveydenhuoltolain myötä asiakkaiden vapaus valita hoitopaikka sekä häntä hoitava henkilöstö lisääntyy. Potilaan roolia hoidon suunnittelussa ja sen toteutuksessa korostetaan. Tavoitteena uudessa terveydenhuoltolaissa ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki korostaa perusterveydenhuollon vahvistamista, terveyden edistämistä sekä toiminnan tehokkuutta. Mielenterveystyöstä säädetään tämän lain pykälässä 27. Terveydenhuoltoon liittyvän mielenterveystyön tulee muodostaa toimiva kokonaisuus kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Valmisteilla olevan uuden sosiaalihuoltolain liikkeelle panevana voimana on ollut kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-uudistus ja sitä ohjaava puitelaki) sekä tarve supistaa julkisen sektorin osuutta palveluiden järjestämisessä. Järjestelmäkeskeiset toimintatavat tulee kääntää asiakkaista lähteviksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18, 40–46.)

Myös vuosille 2012–2015 laaditussa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) yhtenä painotusalueena on palvelujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Kaste-ohjelman mukaan palvelujen käyttäjien osallisuus heille suunnattujen palvelujen suunnittelussa tulee taata. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012,

10–15.) Niin sosiaalihuoltolain uudistamisen kuin myös Kasteen yhtenä tavoitteena on vastata mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishaasteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 40.)

Mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015 on Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa. Suunnitelma linjaa asiakkaan aseman vahvistamisen yhdeksi tärkeäksi painotusalueeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 5–19.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien tasavertaisen aseman vahvistuminen on yhteydessä mielenterveyden sairauksiin liitetyn stigman vähenemiseen. Tämä puolestaan vahvistaa mielenterveyspalvelujen käyttäjien osallistumista palvelujen kehittämiseen ja arviointiin. (Moring 2010b, 66–67.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevassa kehittämissuosituksessa todetaan, että palvelukokonaisuuteen kuuluvien toimintojen tulee olla kuntoutujalähtöisiä ja joustavia. Erityisesti kotona asuvien kuntoutujien riittävät tukipalvelut tulee turvata. Palvelujen säilyminen kuntoutujalähtöisinä tai kehittyminen entistä enemmän kuntoutujien tarpeita vastaaviksi vaatii luonnollisesti jatkuvaa arviointia ja palautteen keräämistä. Kehittämiskohteista ja toimenpiteistä tulisi päättää yhteistyössä ottaen huomioon mahdollisimman laajasti eri toimijoiden ja asiakkaiden näkökulmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 23, 28.)

Asiakkuuden muutokseen sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavat lakien ja suositusten lisäksi myös muut tekijät. Asiakkaiden valinnanvapaus on lisääntynyt ja tulee edelleen lisääntymään mm. palvelusetelien ja henkilökohtaisen budjetoinnin vuoksi. (Kaseva 2011, 44–45.) Kansalaisten vastuu, aktiivisuus ja oman elämän hallinta ovatkin tavoiteltavia asiakkaisiin liitettäviä piirteitä 2000-luvun sosiaali- ja terveyspoliittisissa linjauksissa (Valokivi 2008, 8-9; Satka 1993, 23–26). Myös yleiset arvomaailman muutokset vaikuttavat asiakaslähtöisten palvelujen määrittelemiseen ja asiakkuuden muuttumiseen. Tulevaisuuden asiakkaat haluavat palveluja heille sopivana aikana, yksilöllisesti sekä laadukkaasti tuotettuna. (Kaarainen 2010, 35.)

3.4 Asiakaslähtöisyyden edellytyksiä ja esteitä

Tässä alaluvussa tarkastelemme niitä edellytyksiä, joilla organisaatioiden toiminta voi rakentua asiakaslähtöiseksi. Merkittävää on tässä yhteydessä tarkastella myös asiakas-

lähtöisyyden toteutumisen esteitä, joita eri tutkimuksissa on löydetty. Näiden tulosten avulla pystymme analysoimaan tämän kehittämistyön tuloksia laajemmin.

3.4.1 Lähtökohtia asiakaslähtöiseen toimintaan

Julkisten palvelujen asiakaslähtöisyys on parantunut huomattavasti siitä, mitä se oli esimerkiksi 1980-luvulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a, 18–23). Vielä 1990-luvullakin asiakkaiden mukaan ottaminen palvelujen kehittämiseen tarkoitti lähinnä asiakastyytyväisyystutkimuksia, joilla saatiin selville asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 11). Asiakaslähtöisyys on edelleen ajankohtainen käsite sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän modernisoinnissa (Virtanen ym. 2011, 41–42). Palvelutuotanto kohtaa kritiikkiä mm. palvelujen saataavuudesta ja ihmisten eriarvoisuudesta palveluihin nähden. Toisaalta palvelujen kritisoidaan toimivan enemmän ammattilaisten ja palvelujen tuottajien kuin asiakkaiden ehdoilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a, 18–23.) Nyt palvelujen kehittäminen on demokratisoitunut niin, että asiakkaat haluttaisiin saada asettamaan laatuksiterit itse. (Hänninen ym. 2007, 9–11.)

Kokkola ym. (2002, 84) ovat kuvanneet asiakaslähtöisesti toimivan työntekijän reflektoivan omaa toimintaansa. Työntekijän tulee olla myös motivoitunut kehittämään itseään palautteen avulla. Merkityksellistä on luopua asiakkaan yläpuolella olevasta asiantuntijuudesta sekä asettua dialogiseen tasavertaiseen vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Työyhteisöissä, joissa keskustelu on sallivaa ja innostavaa, on tilaa myös asiakaslähtöiselle toiminnalle (Immonen 2005, 25).

Kujala (2003) päätyy väitöskirjassaan toteamaan asiakaslähtöisyyden edellyttävän asiakkailta saadun palautteen säännöllistä analysointia. Lähtökohtana tulee olla asiakkaiden osallisuus omaan hoitoonsa, ja hoidon laatua voidaan määritellä asiakkaiden kokemuksia tutkimalla. (Kujala 2003, 15–17, 160, 163.) Karttunen (2005) on tutkimuksessaan tarkastellut asiakaslähtöisiä toimintamalleja hoitotieteen alalla. Tutkimuksensa tuloksena hän on löytänyt asiakaslähtöisyyden kehittämisessä myönteisten asiakaskokemusten lisäksi muitakin merkittäviä positiivisia seurauksia. Karttunen päätyy toteamaan, että hoidon organisointi voi myös järkevoityä asiakaslähtöisyyden myötä selvästi. Palvelujen käyttäjien aktiivisuus, lisääntyy ja sen myötä myös hoidon

vaikuttavuus tehostuu. Karttunen tuo kuitenkin esille monien muiden tutkijoiden ta-
voin, että asiakkaiden ja omaisten vaikutusmahdollisuudet hoitotyössä ovat edelleen
puutteellisia. (Karttunen 2005, 53–55.) Toisaalta asiakaslähtöisyyden vahvistaminen
edellyttää organisaatioissa ennen kaikkea työntekijälähtöistä ja inhimillistä johtamista.
Asiakaslähtöistä työtä on helpompi toteuttaa, kun siihen on johdon selkeä tuki ja kun
joustava asiakastyö on mahdollistettu. (Immonen 2005, 25.)

3.4.2 Johtaminen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta

Myös Rantakarim opinnäytetyön tutkimustuloksissa johtajuuden rooli asiakaslähtöi-
syyden edistäjänä tulee selkeästi esille. Johdon tuki työntekijöiden asiakaslähtöisyy-
den kehittymiselle voi näkyä esimerkiksi koulutusmyönteisyyden, työnohjauksen tar-
joamisen sekä palkkauksen kautta. Rantakarim tutkimustuloksissa korostuu avoimen
viestinnän vaikutus asiakaslähtöisyyteen. Viestinnän toimivuus on merkittävää jo pää-
tösten valmisteluvaiheessa sekä tietenkin päätösten perusteluissa ja niiden liittämises-
sä pidempiaikaisiin suunnitelmiin. (Rantakari 2005, 79–82.)

Virtasen ym. (2011) tapaustutkimusten mukaan johtajuuden merkitys asiakaslähtöi-
syyden kehittämisessä on pitkälti esimerkkinä olemista. Esimiesten kannustus ja roh-
kaisu osaamisen käyttöön sekä uusien toimintamallien kehittämiseen on tärkeää. Tä-
män lisäksi tietoinen asiakaslähtöisyyden esille nostaminen, siitä keskustelu sekä joh-
tajien keskinäinen vertaistuki ovat avaimia herkkyyteen asiakkaiden tarpeille. Tapaus-
tutkimusten mukaan erityisesti esimiestason vertaistuki on usein puutteellista, kun taas
johtotasolla sitä jo mm. johtoryhmätyöskentelyissä on saatu aikaan. (Virtanen ym.
2011, 46–47.)

Mertaniemi ym. (2011, 31–35) ovat kirjallisuuskatsauksessaan löytäneet asiakasläh-
töisyyden johtamisen neljä painopistealuetta aineistonsa avulla. Ensimmäiseksi he
mainitsevat asiakaslähtöiset arvot ja toiminnan tehokkuuden. Muita alueita ovat asia-
kaslähtöinen tiedonvälitys päivittäisjohtamisen osana, asiantuntijoiden kuuleminen ja
lainsäädännön seuraaminen sekä asiakaslähtöisen kehittämistyön tukeminen. Asiakas-
lähtöisyys edellyttää tulosten mukaan vahvaa johtamista, johon katsotaan selkeästi
kuuluvan myös työntekijöiden itsensä johtaminen sekä arvojohtaminen. Johtamisen
merkitys on suuri, kun puhutaan verkostoituneesta asiakaslähtöisyyttä edistävästä yh-
teistyöstä eri toimijoiden kesken ja palvelujärjestelmän eri tasojen välillä.

Kokkola ym. (2002, 84) ovat tutkimushankkeessa ”Kunta ja mielenterveyskuntoutuja. Asiakaslähtöiset peruspalvelut ja toimintamallit” todenneet, että asiakaslähtöisen toiminnan johtaminen on työntekijälähtöistä ja painopiste on ihmisten johtamisessa. Työyksikössä tulee säännöllisesti käydä keskustelua siitä, mitä asiakaslähtöisyys juuri siinä toimintayksikössä käytännössä tarkoittaa. (Kokkola ym. 2002, 84–86.)

Erityisen haasteen johtajuudelle asettaa erilaisilla rajapinnoilla toimiminen, koska asiakaslähtöisyys ja asiakasymmärrys saattavat poiketa hyvinkin paljon eri ammattialojen kesken. Tämän haasteen näkökulmasta erityisesti johtajuudella luodaan mahdollisuuksia asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehittämiseen yli ammatti- tai sektori-rajoiden. Johdon tehtävänä on varmistaa asiakkaiden tarpeiden huomioiminen kaikilla organisaation tasoilla ja viestiä asiakaslähtöistä toimintaa arvostaen. (Virtanen ym. 2011, 49, 53.)

Johtajien paneutumista vaatii myös palautejärjestelmien kautta saadun asiakastiedon muuttuminen organisaatioissa asiakasymmärrykseksi. Tällöin vuorovaikutuksen parantaminen asiakastilanteissa sekä asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden kohtaaminen organisaation toimintatapojen kanssa voivat kehittyä. Tämä on haasteellista varsinkin julkisten palveluiden johtamisessa, koska asiakasmäärät ovat suuria ja tarpeet hyvin yksilöllisiä. (Virtanen ym. 2011, 41–42.)

3.4.3 Asiakaslähtöisen toiminnan esteitä

Tutkimusten perusteella on pystytty määrittelemään myös asiakaslähtöisyyttä estäviä elementtejä. Asiakaslähtöisyyttä mielenterveyspalveluissa painottavan kehittämistyömme näkökulmasta nämä elementit tarjoavat tärkeitä huomioita kehittämiskohteiden löytämiseen. Sosiaali- ja terveysaloilla puhutaan rajojen ylittämisestä eri sektoreiden kesken. Rajojen ylittämistä ja dialogista yhteistyötä saattaa hankaloittaa se, että eri toimintajärjestelmät eivät puhu samaa kieltä. Arnkil ym. (2000, 45) asettavat kyseenalaiseksi eri toimijoiden kesken tapahtuvan viestinnän puhuessaan dialogisuudesta. He kysyvät, kuinka perustason työntekijät, johto ja erikoistuneet ammattilaiset kommunikoivat keskenään sekä toisaalta kuinka kansalaiset pystyvät tähän keskusteluun osallistumaan.

Tuusa (2005) on kuntouttavaa sosiaalityötä tarkastelevassa tutkimuksessaan pohtinut asiakaslähtöiseen työhön liittyviä organisatorisia haasteita. Tulosten mukaan asiakaslähtöisyyttä voi vaikeuttaa käytännön mahdollisuuksien puuttuminen, vaikka organisaation tavoitteet edellyttäisivätkin asiakaslähtöistä työskentelytapaa. Perinteinen viirastomainen, byrokraattinen työskentelymalli, kova työtahti ja osittain myös osaamisen puute eivät ainakaan edesauta asiakaslähtöisyyden toteutumista. Tutkimustaan varten haastatellut sosiaalityöntekijät tuovatkin esille asiakastyön osaamiseen liittyvän jatkuvan kouluttautumisen ja kehittämisen tarpeen. (Tuusa 2005, 68–69.)

Myös Norlamo-Saramäen lisensiaattitutkimuksen (2009) tulokset osoittavat, että asiakaslähtöisyydellä ei ole pystytty selättämään organisaatiokeskeisyyttä. Hänen tutkimustulokset tuovat esille asiakkaiden subjektiivisuuteen ja toimijuuteen liittyvät ristiriidat organisaatioiden ja asiakkaiden välillä; asiakkaat kokevat toimijuuden kuvaavan hyvin itseään, kun taas hallinnon asiakkuuspuheessa siihen perustuva asiakkuus on vasta tavoiteltava ihannetila. Asiakkaiden näkemys asiakkuudesta näyttäisi olevan muuttunut nopeammin kuin organisaatioiden käsitys. (Norlamo-Saramäki 2009, 29, 120–122.)

Rantakarin opinnäytetyön tuloksissa asiakaslähtöisyyden toteutuminen on puolestaan yhteydessä luottamukseen. Asiakaslähtöisyyttä estävinä tekijöinä nähdään epäusko ja epäluottamus eri toimijoiden välillä sekä erilaiset epäluottamusta edistävät asiat. Tällaisina epäluottamusta ruokkivina seikkoina hän mainitsee tuloksissaan johdon sitoutumattomuuden, suunnitelmallisuuden puutteen sekä paineen resurssien lisäämisestä. (Rantakari 2005, 77.)

4 OSALLISUUS

Tällä luvussa kuvaamme osallisuutta määrittelemällä sen käsitettä ja esittelemällä osallisuus-teemaa asiakkaiden näkökulmasta. Kuvaamme myös kokemusasiantuntijuutta, jonka kautta asiakkaiden osallisuus voi toteutua.

4.1 Osallisuuden määrittelyä

Kehittämistyössämme käytetään asiakaslähtöisyyden lisäksi myös sitä lähellä olevaa osallisuuden käsitettä. Laitilan (2010) mukaan asiakaslähtöisyys ja osallisuus vaativatkin rinnakkaista tarkastelua. Tämän hän perustelee näkemyksellään näistä käsitteistä; asiakaslähtöisyys kuvaa organisaatioiden ja niiden työntekijöiden toimintatapaa ja asiakkaan osallisuus asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista. (Laitila 2010, 5.) Laitila päätyy väitöskirjansa tuloksena määrittelemään osallisuuden asiakkaiden asiantuntemuksen hyväksymiseksi, huomioimiseksi ja hyödyntämiseksi. (Laitila 2011, 9–10.)

Osallistumisen ja osallistamisen käsitteet liittyvät kiinteästi toisiinsa. Osallistamisesta puhuttaessa korostetaan toimijoiden subjektiutta, vaikka siihen liittyykin ulkoapäin tuleva vaikuttaminen. Osallistamisen nähdään kuitenkin johtavan omaehtoiseen osallistumiseen. Toikko ja Rantanen (2009, 90) määrittelevät näitä käsitteitä seuraavasti: ”*Osallistaminen on mahdollisuuksien tarjoamista, kun taas osallistuminen on mahdollisuuksien hyödyntämistä*”. Pohjola (2010) kuvaakin osallisuuden osallistumista kehittyneempänä asiakassuhteen muotona. Osallisuudesta puhuttaessa asiakas on aktiivinen, tasavertainen työntekijän yhteistyökumppani. Osallisuuden edistyneimpänä muotona hän näkee asiakkuuden yhteistyösuhteen, jossa aito yhteistyö toteutuu. (Pohjola 2010, 58.)

Kujala (2003) määrittelee osallisuuden osallistumista laajemmaksi käsitteeksi. Hänen mukaansa osallisuus perustuu ajatukseen, jonka mukaan palvelujen käyttäjä tai asiakas voi aidosti vaikuttaa toiminnallaan palveluihin. Osallisuuden (involvement) ja osallistumisen (participation) käsitteitä Kujala toteaa käytettävän kuitenkin lähes synonyymeinä ja käsitteellä viitattavan potilaan motivaatioon osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Kujala 2003, 47.)

Osallisuuden määritelmässä korostuu asiakkaiden aktiivinen toimijuus omaan hoitoon liittyen ja toisaalta myös aito jaettu asiantuntijuus asiakkaan ja työntekijän tai jopa koko organisaation kesken. Myös tässä kehittämistyössä osallisuus nähdään Laitilan tavoin omaan hoitoon liittyvän osallisuuden lisäksi asiakkaiden asiantuntijuuden huomioimisena ja sen käyttämisenä palvelujen kehittämiseksi (vrt. Laitila 2010, 138–139).

4.2 Asiakkaat osallisina palvelujen arvioinnissa ja kehittämisessä

Hyvinvointijärjestelmän kehityksessä on nähtävissä erilaisia vaiheita, joihin ovat vaikuttaneet erilaiset ideologiset ajattelutavat. Myös hyvinvointipolitiikkaan rantautunut arvo asiakkaiden osallisuuden korostamisesta on yksi demokraattisten toimintatapojen merkeistä. Tällä hetkellä asiakkaiden näkeminen subjekteina ja osallisina palvelujen kehittämiseen on historiallisen kehityksen uusi askel. (Pohjola 2010, 56.) Kananaja ym. (2008) toteavatkin jälkimodernismiin siirtyvässä yhteiskunnallisessa kulttuurissa erilaisten ohjausvoimien saattavan vähentyä. Sitä vastoin palvelujen kehittämisen suunta on yhä lähemmäs ihmisten arkiympäristöjä ja paikallistasoja, jolloin puhutaan kansalaisten osallistumisen teemasta. Asukkaiden ja asiakkaiden osallisuus synnyttää myös sosiaalista voimaa ja johtaa kuluttaja-asiakasta laajempaan osallisuuteen (Kananaja ym. 2008, 200–201; Toikko & Rantanen 2009, 172.)

Julkisten palvelujen kehittämisen haasteena on lisäksi asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin vastaaminen. Joustavuus palveluissa nousee ensiarvoisen tärkeäksi, ja monimuotoiset tarpeet tulisi ottaa organisaatorajat ylittäen huomioon. (Norlamo-Saramäki 2009, 137.) Sosiaali- ja terveystieteiden tuottajille suunnattu velvoite palvelujen käyttäjien osallisuuden huomioimisesta on johtanut erilaisten vuorovaikutuksellista osallisuutta korostavien arviointimenetelmien leviämiseen. Arvioinnin välineiksi eivät enää riitä erilaiset mittarit tai indikaattorit, vaan dialogisen osallistavan keskustelukulttuurin katsotaan yhtäläillä olevan välttämätöntä palvelujen arvioinnin ja kehittämisen kannalta. Tällöin puhutaan myös kommunikatiivisesta arvioinnista, jonka tärkeänä elementtinä on yhteisen ymmärryksen luominen. Kommunikatiivisen arvioinnin tavoitteena on yhdistää tutkimus, teoria ja käytäntö. (Lindh & Suikkanen 2008, 68–70.)

Kehittämistyön etenemisen kannalta oleellista on se, kenen intresseistä muutokseen tähtäävä kehittäminen on saanut alkunsa. Toikko ja Rantanen (2009) jakavat kehittämistoiminnan karkeasti kahteen eri suuntaan eteneväksi; se voi olla ylhäältä alaspäin tai alhaalta ylöspäin etenevää. Perinteinen, ohjelmallinen organisaatioiden kehittäminen on saanut alkunsa poliittisten päättäjien huomion kiinnittymisestä yhteiskunnallisiin haasteisiin. Tällöin kehittämistyöhön varataan myös tarvittavat resurssit. Organisaatioiden strateginen kehittäminen on usein myös tyypillistä ylhäältä alaspäin kehittämistä, vaikka prosessiin pyritään osallistamaan myös työntekijätasoa. Yhä

yleistyvämpää on myös huomion kiinnittyminen toimijalähtöiseen kehittämiseen, missä osallisina voivat olla myös palvelujen käyttäjät. (Toikko & Rantanen 2009, 48–49.)

Suomessa käyttäjien osallistaminen on erityisen ajankohtaista lainsäädännön ja suositusten antaman ohjauksen vuoksi. Myös vahva laitoshoidon ja professionaalisen vallan perinne luovat painetta asiakaslähtöisyyden lisäämiseen. Palvelujen kehittäminen vaatii palvelujen käyttäjien odotusten ja palvelukokemusten ymmärtämistä. Jos asiakasta ei nähdä kehittämistyön keskiössä, on vaarana se, että organisaatio kehittää jatkuvasti palveluja muuttuviin ja kasvaviin tarpeisiin, mutta asiakkaiden tarpeet eivät tule koskaan aidosti tyydytetyiksi. Virtanen ym. puhuvat tällöin jatkuvasta kehittämisen syndroomasta. (Virtanen ym. 2011, 42, 58; Hyväri 2011, 9–10.)

Korkeatasoinen ammatillinen osaaminen ei saa aiheuttaa mielenterveystyössä jakoa antaviin ja saaviin osapuoliin (Kaivosoja 2006, 1193). Palvelujen käyttäjien asiantuntemus ei tule huomioiduksi tarpeeksi palveluja kehitettäessä, ja tämän vuoksi erilaiset asiakkaita osallistavat menetelmät ovat myös Suomessa saaneet sijaa kehittämistyössä. (Toikko 2006, 15,19; Kaivosoja 2006, 1193.) Konkreettisina työkaluina asiakkaita osallistavassa ja demokraattisessa kehittämisessä voivat toimia mm. erilaiset keskustelutilaisuudet, neuvostot, fokusryhmät ja foorumit (Kaseva 2011, 45; Kananoja ym. 2008, 196–197). Tässä kehittämistyössä käytetään Bikva-arviointimallia, joka on yksi asiakaslähtöisyyttä arvioiva ja osallisuutta kehittävä malli (ks. luku 5.) Asiakkaiden osallisuus asiakaslähtöisyyden kehittämisessä on kirjallisuuteen perehtymisemme perusteella johtanut varsinkin suuremmissa kaupungeissa todelliseen paneutumiseen. (ks. esim. Kuntalaisten ja asiakkaiden osallisuutta lisäävät menetelmät Espoon sosiaali- ja terveystoimessa 2010; Borg ym. 2008.)

Paikallisia palveluja suunniteltaessa asiakkaiden kuunteleminen on hyvin tärkeää ja myös erilaisia yhteisöllisyyteen perustuvia kuntoutusmuotoja ja vapaaehtoistoimintaa tulee tukea. Palvelujen käyttäjien näkemysten selvittämiseen pitää kehittää paikalliset asiat huomioon ottaen sopivia kuulemiskeinoja. (Norlamo-Saramäki 2009, 137.) Kananoja ym. (2008) toteavatkin, että mm. kansalaisjärjestöjen kuuleminen demokraattisessa järjestelmässä on tärkeää, koska yksittäisten kansalaisten poliittinen aktiivisuus on laskusuunnassa. Järjestöjen kautta voidaan tuoda demokraattisuutta lähemmäs palvelujen käyttäjiä ja siten tuetaan kansalaisten suoraa vaikuttamista. Myös palvelujen saatavuuteen ja sisältöihin voidaan vaikuttaa järjestöjen harjoittaman jäsenten

etujen valvomisen kautta. Päätäjien tulisikin ymmärtää tällaisen kansalaislähtöisen vaikuttamisen mahdollisuus. (Kananaja 2008, 206–207.)

Tutkimuksia asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaiden osallisuudesta sosiaali- ja terveysaloilla on jo tehty jonkin verran. Lisää tietoa tarvitaan nyt erityisesti asiakasosallisuuden, itsemääräämisen ja vaikuttamisen toimivista malleista sekä hyviksi osoittautuneista käytännöistä. Tutkimusten mukaan asiakkaalla on sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikutus- ja kehittämismahdollisuuksia etenkin päästessään kokemusasiantuntijoiksi sekä järjestäytymällä muiden samoja asioita kokeneiden ihmisten kanssa. (Kaseva 2011, 44–45.)

4.3 Kokemusasiantuntijuus arviointi- ja tutkimustoiminnassa

Tätä kehittämistyötä taustoittaa myös kansainvälisesti käytävä keskustelu kokemusasiantuntijuudesta, jonka uranuurtajana pidetään Peter Beresfordia. Eri maiden kontekstien ja sosiaalipolitiikan sekä palveluiden eroavaisuuksien vuoksi emme näe kuitenkaan tarkoituksenmukaisena vertailla eri maiden tutkimustuloksia omiin tuloksiimme. Kuitenkin kokemusasiantuntijuutta arvostavaa lähestymistapaa voidaan pitää yhtenevänä eri maiden kesken (ks. esim. Beresford 2010). Mielenterveyskuntoutujana ja sosiaalipolitiikan professorina Beresford korostaakin kokemusasiantuntijuudesta puhuessaan osallisuuden voimaannuttavaa (empowerment) merkitystä. (Beresford & Salo 2008, 17.)

Empowerment-käsite voidaan suomentaa eri tavoin. Siitä on käytetty mm. suomenoksia voimaantuminen, voimautuminen, valtaistuminen ja voimavaraistuminen (Jankko 2008, 21). Asiakaslähtöisen toimintatavan yhtenä ulottuvuutena pidetään asiakkaiden voimavarojen ja voimaantumisen problematiikkaa (Kokkola ym. 2002, 23). Kun asiakastyössä pystytään edistämään voimaantumista, edistetään samalla mielen-terveyttä. (Immonen 2005, 27.)

Mielenterveyspalvelujen käyttäjien motivaatio olla mukana palvelujen kehittämiseen tähtäävässä muutostyössä on edellytys sille, että palvelujen käyttäjät voivat kokea osallisuutta ja voimaantumista palveluverkoston asiakkaina. Kokemusasiantuntijuuden hyväksyminen ammattilaistiedon rinnalle mahdollistaa lisäksi voimaantumisen (empowerment) kokemuksia myös työntekijöiden taholla (Hyväri & Salo 2011, 17;

Jankko 2008, 122–123.) Kokemusasiantuntijuudessa on kyse siitä, että ihmisten tieto ja asiantuntemus koostuvat heille tapahtuneista asioista ja niistä syntyneistä kokemuksista (Beresford & Salo 2008, 39).

Tasavertainen toimijuus ammattilaisten rinnalla vaatii kuitenkin systemaattista käytäntöjen luomista sille, kuinka asiakkaiden osallistuminen mahdollistetaan myös arviointi- ja tutkimustyössä (Hyväri & Salo 2011, 17). Tämä on tärkeä näkökulma siksi, että vaativat kansalaiset kyllä saavat äänensä kuuluviin palvelujärjestelmää koskien, mutta toimintakyvyn rajoitteet asettavat oikeuksien toteutumisen kyseenalaiseksi joidenkin palvelujen käyttäjien kohdalla. (Valokivi 2008, 73–80.)

Kokemusasiantuntijuutta on käytetty Suomessa jo jonkin verran sosiaali- ja terveyspalvelujen arviointi- ja kehittämistyössä (Lehtinen 2011, 18). Suomessa kokemustutkimuksella ja arvioinnilla on kuitenkin vielä lyhyet perinteet, toisin kuin kansainvälisesti (Salo 2012, 17–18). Esimerkiksi Englannissa kokemusasiantuntijuus on nostettu tieteellisen tutkimuksen rinnalle perustamalla kokemusasiantuntijoiden ryhmä kansalliseen mielenterveysinstituuttiin (The National Institute for Mental Health England). Instituutti on koontanut yhteen mielenterveyspalveluiden käyttäjiä, minkä avulla pyritään tuottamaan mahdollisimman relevanttia käyttäjäkokemusta palveluista. (Rose 2009, 38.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on arvioida Savonlinnan seudun mielenterveystyön perustason avopalveluja keräämällä ja analysoimalla asiakkaiden kokemuksia. Tavoitteena on vahvistaa mielenterveyskuntoutujien ääntä Savonlinnan mielenterveyspalvelujen eri tasoilla ja herättää keskustelua asiakaslähtöisen mielenterveystyön merkityksestä.

Asiakkaiden kokemukset ja niistä tehdyn analyysin tulokset toimivat lähtökohtina työntekijöiden ja johtajien teemahaastatteluissa. Mielenterveyskuntoutujien kuuleminen, kokemusten jakaminen ja tiedon saattaminen palveluista päättävälle tahoille voivat olla osaltaan lisäämässä kuntoutujien osallisuutta palvelujen arviointiin ja kehittämiseen.

Opinnäytetyön tekeminen Bikva-arviointimallilla antaa mahdollisuuden tunnistaa työmallien ja -tapojen kehittämiskohteita sekä tehdä ehdotuksia asiakkaita osallistavasta kehittämisestä. Lisäksi opinnäytetyön raporttia voidaan käyttää seudun mielen-terveysstrategiaa laadittaessa, etenkin asiakkaiden äänen kuulemisen näkökulmasta.

Edellä kuvatun tutkimusteeman muotoilimme kolmeksi konkreettiseksi tutkimuskysymykseksi, joiden pohjalta teimme asiakaslähtöistä arviointia:

- 1. Kuinka mielenterveyspalveluiden avohoito vastaa asiakkaiden tarpeisiin?**
- 2. Kuinka asiakkaat kokevat osallisuutta mielenterveyspalvelujen avohoidossa?**
- 3. Millaisia tarpeita palvelujen kehittämiseen asiakaslähtöisesti on Savonlinnan alueella?**

6 BIKVA-ARVIOINTIMALLI KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄNÄ

Tässä luvussa esittelemme kehittämistyömme metodit ja niiden konkreettiset soveltamistavat. Ensin kuvaamme Bikva-arviointimallia, joka toimii kokonaisvaltaisena menetelmällisenä lähestymistapana ja näkökulmana teemaamme halki koko kehittämistyön. Luomme yleiskuvan Bikva-arviointimallista, minkä jälkeen esittelemme tapamme soveltaa sitä juuri tämän kehittämistyön eri vaiheissa. Tässä luvussa esittelemme myös kaksi muuta metodologista työkaluamme, aineistonkeruumenetelmänä käytetyn puolistrukturoidun teemahaastattelun sekä aineiston analysointiin käytetyn sisällönanalyysin.

6.1 Bikva-arviointimalli

Arvioinneilla tuotetaan tietoa paitsi päätöksentekoa varten, myös toimintojen ohjaamiseen ja kehittämiseen. Sen myötä, kun arvioinnin tehtävät ja kohteet ovat monimuotoistuneet, on sen käsitteellistämisestä tullut vaikeampaa. Yleisesti arvioinnilla tarkoitetaan arviointitutkimuksia sekä käytännöllistä arviointitoimintaa. Arvioinnista käytetään myös vierasperäistä sanaa evaluaatio. (Rajavaara 2006, 9–10, 16–18.)

Menetelmänä Bikva-arviointimalli on luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen. Siihen liittyvien ryhmähaastattelujen kautta saadaan uutta tietoa, joka viedään keskustelun eteenpäin seuraaviin haastatteluihin. (Krogstrup 2004, 10.) Tanskasta lähtöisin oleva Bikva-arviointimalli on valtaistava ja osallistava, ja se asettuikin kommunikatiivisen arvioinnin kehykseen. (Lindh & Suikkanen 2008, 68–70.) Valtaistavan ja osallistavan arvioinnin etuna pidetään mahdollisuutta paneutua syvällisesti myös sosiaalialan eettisiin periaatteisiin ja palvelujen eettisyyden arviointiin (Kivipelto 2008, 22).

Bikva-arviointimallin tavoitteena on saada asiakkaiden näkemykset palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta esiin. Asiakkaiden ääni tuodaan esille organisaation eri tasoille, ja lopuksi mahdollistetaan myös päättäjien tietoisuus asiakkaiden kokemuksista. Mallin on kehittänyt tanskalainen Hanne Krogstrup. Lyhenne Bikva tulee tanskan kielen sanoista ”Brugerinddragelse i Kvalitetsvurdering”, joka tarkoittaa asiakkaiden osallisuutta laadunvarmistajana (User Participation in QualityAssessment). (Krogstrup 2004, 3–8; Anttila 2007, 139–140.)

Bikva-arviointimallia toteutetaan Krogstrupin (2004, 16) mukaan yleensä seuraavien vaiheiden mukaisesti:

1. Asiakkaat on kutsuttu ryhmähaastatteluun, jossa he voivat keskustella siitä, mitä he ovat pitäneet myönteisinä ja mitä kielteisinä asioina palvelujärjestelmässä. Ryhmähaastattelussa saadaan tietoa asiakkaiden kokemuksista ja laatu-arviointeja tehdään heidän näkökulmastaan.
2. Asiakkaiden haastatteluista kerätty palaute esitellään kenttätyöntekijöille, jotka pohtivat ryhmähaastattelussaan perusteluja asiakkaiden arvioinnille.
3. Asiakkaiden palaute sekä työntekijöiden ajatukset palautteesta esitellään hallintojohdolle, joka taas omassa ryhmähaastattelussaan pohtii syitä edellisiin palautteisiin.
4. Asiakkaiden, kenttätyöntekijöiden ja hallintojohdon palaute esitellään poliittisille päättäjille, joilta odotetaan arviota palautteen syistä.

Bikva-arviointimallin käyttämisen perusajatuksena myös tässä kehittämistyössä on se, että asiakkaiden asiantuntijuus tulee saada käyttöön toimintojen kohdentamiseksi. Tämän vuoksi arviointiprosessi suoritetaan alhaalta ylöspäin alkaen palvelujen käyttäjien kokemuksista. Prosessin tavoitteena on olla oppimislähtöinen, ja sen avulla voi-

daan vaikuttaa menetelmien kehittämiseen. (Krogstrup 2004, 13–15.) Tässä kehittämistyössä tarkastelun kohteena ovat Savonlinnan seudun mielenterveyspalvelut, mikä vuoksi koemme kaikkien palvelujen tasojen osallistamisen tärkeäksi. Bikva-arviointimalli ottaa huomioon osallistavan otteen arvioinnin tulosten suhteen, mutta voi edesauttaa myös verkostojen ja työntekijöiden ammattitaidon kehittymistä ja toisaalta tehdä palvelujärjestelmää läpinäkyvämmäksi (Virtanen 2007, 238).

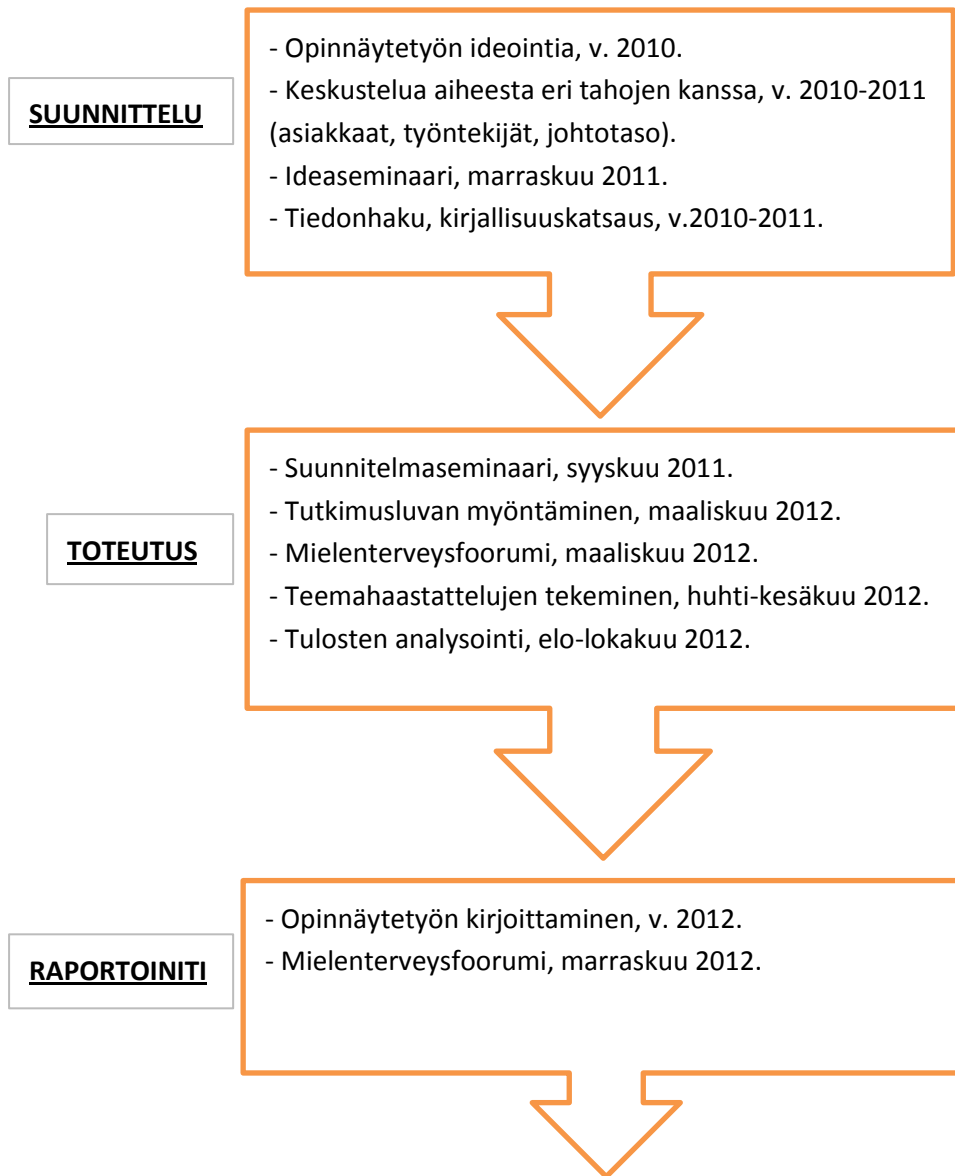
6.2 Bikva-arviointimallin toteuttamiseen liittyviä haasteita

Bikva-arviointimallin käyttö on tuonut esille myös monia asiakaslähtöiseen arviointiin liittyviä ongelmia, joista yksi merkittävä on asiakkaiden osallistaminen arviointiprosessiin. Tähän tuleekin kiinnittää riittävästi huomiota, koska asiakkaiden kertomat kokemukset ovat lähtökohtana koko prosessin ajan. Haastattelutilanteeseen voi liittyä monia haasteita; asiakkaat saattavat tuntea olonsa epävarmaksi tai turvattomaksi ja toisaalta he voivat olla hyvin pidättyväisiä kertomaan kokemuksistaan. Krogstrubin mukaan haastatteluihin osallistujat ovat usein passiivisia ja keskustelua voi olla vaikea saada aikaiseksi. (Krogstrup 2004, 25–30.) Kokemus Bikva-prosesseista on myös osoittanut, että erityisesti johtotason haastatteluihin on vaikea saada osallistujia mukaan (Hänninen ym. 2007, 19–21).

Bikva-arviointimalli asettaa haasteita myös työntekijöille, koska palautteen vastaanottaminen ei ole aina helppoa. Prosessin onnistuminen on kiinni myös siitä, kuinka kehittämismyönteinen koko organisaatio on. Ilmapiiriin tulisi olla avoin muutoksille ja kehittämiselle. (Hänninen ym. 2007, 19, 41–43.) Omassa työskentelyprosessissamme huomioimme nämä osallistamiseen liittyvät haasteet ja kiinnitimme erityisesti huomiota tiedottamiseen (ks. alaluku 6.3.1).

6.3 Kehittämistyön eteneminen Bikva-arviointimallin mukaisesti

Tässä alaluvussa kuvaamme kehittämistyömme etenemisen, Bikva-arvioinnin valmistelun sekä aineiston hankintaa ja analyysiprosessia. Seuraavassa kuviossa 2 on esitetty tiivistettynä opinnäytetyöprosessin eteneminen.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

6.3.1 Bikva-arvioinnin valmistelu

Tämän kehittämistyön aiheen muotoutuminen alkoi jo aloittaessamme ylempään ammattikorkeakoulututkintoon tähtäävät johtamis- ja kehittämisopinnot vuonna 2010. Työskentelymme mielenterveystyön avopalvelujen eri sektoreilla johti mielenkiintoon kehittää mielenterveyspalveluja yli sektorirajojen yhteistä näkemystä etsien. Kehittämistyön tarpeesta keskustelimme paitsi omissa työyksiköissämme, myös useiden yhteistyötahojen kanssa. Tarkoituksenmukaisen aiherajauksen jälkeen saimme tutkimusluvan Itä-Savon sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta. Yhdistyspohjaisten toimijoiden osalta organisaatiotasolta lupaa ei tarvittu kuin suullisena.

Opinnäytetyössämme arviointiin osallistuvina yksikköinä olivat Savonlinnan alueen mielenterveystyön perusterveydenhuollon avopalvelut, joita ovat Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon mielenterveysvastaanotto ja kotihoidon Mielitiimi. Lisäksi arviointiin otettiin mukaan osallistujia kotisairaanhoidosta ja kolmannen sektorin palveluista Klubitalolta sekä Savolaisista selviytyjistä. Arviointiin osallistuvat asiakkaat valikoituivat näiden palvelujen käyttäjistä.

Erityisenä haasteena koimme arvioinnin rajaamisen. Laista ja suosituksista vahvasti nouseva vaatimus peruspalvelujen avohoidon tehostamisesta ohjasi tekemään arviointia ja kehittämissuhteita edellä mainittujen palvelujen osalta. Opinnäytetyömme laajuus huomioon ottaen palveluvalikoima osoittautui maksimaalisen laajaksi aineiston hankintaa varten.

Tässä kehittämistyössä arviointitutkimuksen tiedottamisen, siitä keskustelun, sekä arvioinnin tulosten esittämisen kanavana käytettiin mielenterveysfoorumia, johon kaikilla kuntalaisilla on mahdollisuus osallistua. Kerroimme maaliskuussa 2012 pidettävässä ”Yhdessä tulevaisuuteen” -mielenterveysfoorumissa kehittämistyöstämme sekä tavoitteestamme koota asiakasnäkökulmaa Savonlinnan mielenterveyspalveluista. Kehittämistyön suunnitelman esittäminen mahdollisimman laajalle joukolle oli tärkeää siksi, että haastatteluun saatiin osallistettua tavoitteiden mukainen määrä mielenterveyskuntoutujia ja myös alan ammattilaisia. Kehittämistyön tulokset esitettiin marraskuussa 2012 järjestettävässä mielenterveysfoorumissa, jonka teemana oli ”Kokemustieto käyttöön”.

Erilliset kutsut foorumiin lähetettiin mielenterveystyötä tuottaville organisaatioille ja järjestöille niiden osallistamiseksi. Tilaisuuksista oli myös lehti-ilmoitus paikallisessa sanomalehdessä. Esiteltäessä kehittämistyön tuloksia lähetettiin kutsu erikseen vielä poliittisille päättäjille, jotta tietoisuus asiakkaiden kokemuksista voi johtaa resurssien suuntaamiseen tarpeita vastaaviin toimintoihin.

Foorumi menetelmänä tarkoittaa työtappaa, joka tarjoaa asiantuntijoille, ammattilaisille, palvelujen tuottajille ja käyttäjille tai kenelle tahansa mahdollisuuden osallistua kehittämistyöhön. Sen tarkoituksena on löytää keskusteluyhteyksiä erilaisten toimijoiden välillä, tarkastella asioita teorian ja käytännön sekä paikallisen toiminnan ja valtakunnallisten linjanvetojen näkökulmasta. Kokemusten perusteella on todettu, että foo-

rumimenetelmä tarjoaa tavanomaista yhteisökokousta paremman perustan mielenterveysfoorumien kehittämiseksi eri toimijoiden yhteisenä hankkeena. Menetelmä mahdollistaa monitoimisuuden, demokraattisuuden, jatkuvuuden sekä erilaisten tietojen ja taitojen yhdistämisen, jolloin näiden ulottuvuuksien toteutuminen voidaan varmistaa jo suunnitteluvaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 82–83; Kananoja ym. 2008, 196.)

Mielenterveysfoorumien jälkeen toimipisteisiin toimitettiin vielä tiedote arvioinnista, ja samalla haettiin osallistujia asiakkaiden ryhmähaastatteluun. Haastatteluihin suostuvaisia oli enemmän kuin mitä kolmeen ryhmähaastatteluun voitiin ottaa (12 henkilöä), ja heistä valittiin osallistujat satunnaisvalinnalla. Ennen haastattelua osallistujille ilmoitettiin haastattelun aika ja paikka.

6.3.1 Aineiston hankinta haastatteluina

Koska tarkoituksenamme oli kerätä mahdollisimman paljon kokemuksia mielenterveyspalveluista, valitsimme haastattelumetodiksi teemahaastattelun, jota kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Vilkan (2007) mukaan teemahaastattelun runko tehdään poimimalla tutkimusongelmasta keskeiset aiheet eli teemat, joita haastattelussa olisi välttämätöntä käsitellä. Teemahaastattelun tarkoituksena on, että kukin haastateltava kertoo oman kokemuksensa kaikista haastattelun osa-alueista. (Vilka 2007, 101–102.) Teemahaastattelun rungon laadimme mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen avulla, koska laatusuosituksessa on huomioitu monipuolisesti ja tarkoituksenmukaisesti kuntalaisten, palvelujen käyttäjien, näkökulma laatuindikaattoreita esiteltäessä. Kehittämistyömme vahvana viitekehysnä olevat asiakaslähtöisyys ja osallisuus saavat näin riittävän monipuolisen huomion. Lisäksi laatusuositukset huomioivat hyvin myös ammattihenkilöiden sekä hallinnon näkökulman. (Vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 6–7.)

Haastattelurunгон pääkysymyksiä oli kolme, ja ne oli johdettu suoraan sivulla 27 kuvatuista tutkimuskysymyksistämme. Esitimme näiden pääkysymysten lisäksi apukysymyksiä kunkin tilanteen ja konkreettisen keskustelun mukaisesti, jotta löysimme mahdollisimman merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun näkökulmasta. Apukysymykset muodostimme alaluvussa 2.4 kuvatulla tavalla Mielenterveyspalvelujen laatusuositusta hyödyntäen (ks. liite 2). Teemahaas-

tattelumme rakentui siis kehittämistyömme viitekehyksen varaan, mutta avoimuudessaan mahdollisti tärkeiden ja kokemusperäisten kokemusten ilmaisemisen. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; ks. myös Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 197.)

Mielestämme palvelujen osalta on tärkeä olla tietoinen järjestelmän toimivista ja toimimattomista kohdista, sillä totutuilla toimimattomilla työtavoilla on taipumus jatkua käytännössä. Asiakashaastatteluissa pyydettiin kertomaan kokemuksia Savonlinnan seudun mielenterveyspalvelujen perustason avohoidosta. Lisäksi haastatteluissa selvitettiin asiakkaiden näkemyksiä mielenterveyspalvelujen kehittämistarpeista sekä heidän kokemuksiaan osallisuudesta oman hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun sekä toteutukseen.

6.3.2 Ryhmähaastatteluprosessin eteneminen

Tiedonkeruu Bikva-arviointimenetelmässä tapahtuu yleensä ryhmähaastattelujen avulla ja perustelujä ryhmähaastattelun käyttöön on saatu pääasiassa sosiaalipsykiatrian alueella toteutetuista yksilöhaastatteluista. Palaute palveluista on ollut yksilöhaastatteluissa hyvin tunnepitoista, vaikka asiakkaille on selitetty haastattelun tavoitteena olevan kokemukset palveluista. Ryhmähaastattelun eduksi puolestaan on havaittu luottamus nimettömänä pysymiseen ja vivahteikkaampi palaute yhteistyössä muiden haastateltavien kanssa. Myös kommunikaation edistäminen ja erilaisten näkökulmien esiin saaminen onnistuu ryhmähaastattelun kautta paremmin. (Krogstrup 2004, 11.)

Ryhmähaastattelun etuna onkin mahdollisuus käyttää ryhmädynamiikkaa hyväksi. Kuuntelemalla toisten ajatuksia kyseessä olevasta teemasta voivat keskustelijat (haastateltavat) saada kimmokkeita omaa ajattelua varten. (Anttila 2007, 126.) Tässä kehittämistyössä ryhmähaastattelut tehtiin kolmelle neljän hengen asiakasryhmälle, koska halusimme erityisesti korostaa palvelujen arviointia asiakkaiden näkökulmasta. Työntekijä- ja johtotason ryhmähaastatteluja toteutettiin yksi kumpaakin.

Kaikki haastattelut toteutettiin saman peruskaavan mukaisesti. Aluksi kerrottiin haastateltaville, miksi haastattelu tehdään ja kuinka se etenee, sekä painotettiin, että on hyvin tärkeää saada esille erilaisia näkemyksiä ja kokemuksia. Osallistujille kerrottiin myös haastattelun ehdottomasta luottamuksellisuudesta sekä siitä, että haastattelut toteutetaan ja kirjataan nimettöminä.

Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin asiakkaiden ryhmähaastattelut 20.4., 23.4. ja 24.4.2012 Savolaisten selviytyjien toimipisteessä, Klubitalolla sekä Savonlinnan keskussairaalan ryhmätilassa. Keskussairaalan ryhmätilan sijasta haastateltavat olisivat saattaneet kokea muun kuin sairaalaympäristön miellyttävämmäksi ympäristöksi keskustelulle. Mielestämme haastattelu onnistui kuitenkin hyvin, eikä valittu paikka tehnyt tilanteesta turhan virallisen tuntuista.

Asiakashaastattelutilanteisiin oli varattu 1,5 tuntia, johon sisältyi myös alkukahvittelu. Tällä alun kahvihetkellä pyrimme luomaan luotettavan ja avoimen ilmapiirin kaikkien haastattelutilanteessa olevien kesken. Kahvin juonnin lomassa kertosimme vielä tutkimuksemme kulkua, ja haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen haastattelua varten (liite 1). Suostumuslomakkeesta kävi ilmi, että osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista, eikä henkilötietoja käytetä tutkimuksen missään vaiheessa. Haastattelijoina sitouduimme myös säilyttämään haastatteluaineistoa niin, ettei se joudu ulkopuolisten käsiin, sekä tuhoamaan muistiinpanot niiden käytön jälkeen. Lisäksi kerroimme, kuinka tärkeää tutkimuksemme kannalta olisi, että jokainen kertoisi kokemuksistaan mahdollisimman rohkeasti ja avoimesti.

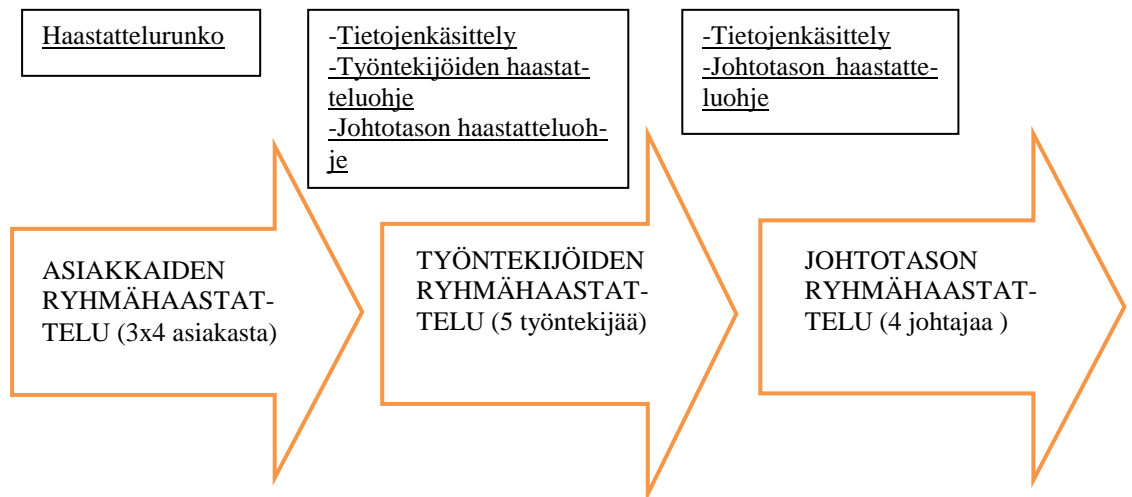
Kukin haasteltava sai kertoa temasta oman ymmärryksensä ja näkökulmansa mukaisesti. Bikva-arviontimallin näkökulmasta ratkaisu oli toimiva: asiakkaiden kokemukset tulivat kuulluiksi. Tästä seurasi, että esiin nousi myös tutkimusteamimme kannalta vähemmän relevantteja asioita, kuten toistuvia mainintoja sairaalakokemuksista. Haastattelun yhteydessä tämä ei kuitenkaan ollut ongelma, koska itse haastattelijoina kuljetimme keskustelua tarvittaessa kehittämistyömme kysymyksenasettelun suuntaan.

Perehdyttyämme aikaisempiin ryhmähaastattelumenetelmällä tehtyihin tutkimuksiin valitsimme asiakashaastattelujen dokumentointitavaksi käsimuistiinpanot nauhoituksen sijaan. Tämän metodologisen ratkaisun eettisistä perusteista enemmän alaluvussa 8.2. Käytimme haastatteluissa ulkopuolista sihteeriä, joka kirjoitti muistiinpanot tietokoneella. Tällöin keskustellut asiat olivat haastateltaville heti näkyvillä videotaululla ja toisaalta myös korjattavissa, mikäli haastateltava totesi asian kirjatun eri tavoin kuin hän oli sen tarkoittanut tuoda esille (vrt. esim. Krogstrup 2004, 23–24).

Sihteerin käyttäminen mahdollisti myös sen, ettei meidän itse haastattelijoina tarvinnut keskittyä muistiinpanojen tekemiseen, vaan voimme ylläpitää vuorovaikutusta sekä tehdä havaintoja (vrt. Paavilainen 2010, 55). Tekstiä asiakashaastatteluista kertyi kymmenen sivua 1,5 rivivälillä. Haastattelujen jälkeen asiakkaiden palautteet käsiteltiin ja järjesteltiin aihepiireittäin. Niiden pohjalta teimme tutkimuskysymystemme kannalta oleellisista asioista koosteen työntekijöiden ryhmähaastattelua varten. Lisäksi laadimme haastatteluun kysymysrunгон (ks. liite 3).

Tämän jälkeen haastattelimme kenttätyöntekijöitä, joille esitettiin asiakkaiden palaute ryhmähaastattelussa. Haastattelu toteutettiin 31.5.2012 Itä-Savon sairaanhoitopiirin tiloissa. Haastateltavana olivat työntekijä mielenterveysvastaanotolta, Mielitiimistä, kotisairaanhoidosta, Savolaisista Selviytyjistä ja Klubitalolta (yhteensä viisi). Krogstrupin (2004, 21) mallista saadun ohjeen mukaisesti kysymykset esitettiin niin, että niistä välittyi se, kuinka asiakkaat kokevat kenttätyöntekijöiden käytännöt ja työtavat. Tämä haastattelu nauhoitettiin ja nauhaa kertyi 87 minuuttia. Litteroituna tekstiä tuli nauhasta yhdeksän sivua rivivälillä 1,5.

Asiakkaiden ja kenttätyöntekijöiden palautteen pohjalta laadittiin kooste johtajien haastattelua varten. Lisäksi myös tähän haastatteluun tehtiin kysymysrunko (ks. liite 4). Haastattelu toteutettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin tiloissa 20.6.2012, se nauhoitettiin ja nauhaa kertyi 60 minuuttia. Litteroitua tekstiä tästä syntyi kuusi sivua rivivälillä 1,5. Haastateltavina tässä ryhmähaastattelussa olivat kunkin osallistuneen kenttätyöntekijän esimies lukuun ottamatta Savolaisia selviytyjiä, koska tässä tapauksessa työntekijän esimiehenä ovat palvelujen käyttäjät (yhdistyksen hallitus), jota ryhmää haastateltiin jo asiakashaastattelujen yhteydessä. Bikva-arviointimallin periaatteet ohjasivat halki haastatteluprosessin kokemustiedon siirtymistä toimijatasolta toiselle: asiakaskokemusten päätyminen työntekijätason kautta johdon kuultaviksi ja reflektoitaviksi. Haastatteluprosessin etenemisen esittelemme vielä seuraavan kuvion 3 avulla.



KUVIO 3. Haastattelujen eteneminen Bikva-arviointimallin mukaisesti

Laadulliset kertomukset palvelujen käyttäjien kokemuksista ovat tärkeitä ja ne tulee saattaa myös poliittisen päätöksenteon perusteeksi. Bikva-arviointimallin eteneminen ”päätyykin” poliittisiin päättäjiin. Heidän haastattelunsa on yleensä keskustelua arviointituloksista. Tässä yhteydessä on tärkeä tuoda esiin ne ongelmat, jotka ovat konkreettisesti poliittisten päättäjien ratkaistavissa. He tekevät päätöksiä syntyneiden ongelmien ratkaisemiseksi tai päättävät, ettei nykyistä käytäntöä ole keskustelun pohjalta syytä muuttaa. Lisäksi joillekin ongelmille ei voida tehdä mitään esimerkiksi lakisäädösten johdosta. (Krogstrup 2004, 22–23.) Poliittisten päättäjien tietoisuuden lisääminen tapahtuu tässä kehittämistyössä yleisen mielenterveysfoorumin kautta, jolloin myös eri toimijoiden ja palveluiden käyttäjien dialogiselle keskustelulle tarjotaan mahdollisuus.

Vaikka opinnäytetyömme tavoitteena ei ole ensisijaisesti kehittää uusia toimintamalleja, on asiantuntijaryhmällä ryhmähaastattelun aikana mahdollisuus luoda omaa keskustelukulttuuria ja käsitteitä yhteisistä käytännöistä. Vilkan (2007, 103) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tavoite on olla emansipatorinen, eli sen tulisi lisätä myös tutkittavien ymmärrystä käsiteltävästä asiasta ja luoda mahdollisuuksia muutokseen.

6.3.3 Sisällönanalyysi aineiston analyysin menetelmänä

Analysoimme Bikva-arviointimallin avulla keräämämme haastatteluaineiston *laadullisen sisällönanalyysin* metodilla (Tuomi & Sarajarvi 2009, 95–98). Arviointimalli

osoittautui rakenteellisesti ja haastatteluprosessin kulun näkökulmasta varsin helppokäyttöiseksi, mutta sen avulla saatava aineisto oli runsasta ja monikerroksista. Tämä muodosti haasteen analyysimetodin käytölle. Laadullinen sisällönanalyysi tarjosi kuitenkin käyttökelpoisia työkaluja aineiston lukemiseen, erittelyyn ja jäsentämiseen tutkimuskysymystemme näkökulmasta. Laadullinen sisällönanalyysi on laaja-alainen lähestymistapa ja viitekehys aineistojen tarkasteluun, ja tässä alaluvussa kuvaammekin sitä käyttötapaa, jolla sovelsimme tuota metodia tämän kehittämistyön aineistoon.

Laadullinen sisällönanalyysi on usein tapana luokitella aineistolähtöisesti, teoriaohjaavaksi tai teorialähtöiseksi (esim. Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–98). Omassa prosessissamme huomasimme, että nuo lähestymistavat voivat limittyä, ja analyysimetodimme onkin yhdistelmä aineistolähtöistä ja teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Analyysimme on *teoriaohjaava ja -sidonnainen*, koska luimme ja teemoittelimme aineistoamme luvuissa 2–3 esittelemämme aiemman teoreettisen viitekehysten ja käsitteistön silmälasien läpi. Teoreettiset käsitteet – kuten asiakaslähtöisyys ja osallisuus – kulkivat koko ajan prosessissa mukana ja nousivat valitsemamme viitekehysten sekä Bikva-arviointimallin suuntaviivojen pohjalta. Empiirinen aineisto liitettiin siis teoreettisiin käsitteisiin; teoriaohjaava metodi vaikutti siihen, mistä näkökulmasta aloimme analysoida ja teemoitella aineistoa. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.) Vaikka asiasisällöt sekä niistä muotoillut teemat valittiin aineistosta, aikaisempi tieto auttoi ja ohjasi analyysia.

Analyysissa oli paljon *aineistolähtöisiä* elementtejä. Vaikka teoria toimi apuna analyysin etenemisessä kaikki, teoreettiset kytkennät ja temaattiset löydöt eivät pohjautu suoraan teoriaan vaan nousevat aineistosta. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin potentiaali voi yllättää ja tuoda esiin myös tutkijoille itselleen ennalta suunnittele mattomia teemoja. Teemaluokkiin päätyi mukaan haastatteluissa ilmenneitä ja painottuneita teemoja (esim. palveluohjaus), jotka eivät nousseet esille taustateoriassamme. Toisaalta tutkimuksen alkuvaiheessa valitsemamme teoreettinen viitekehys tarkentui ja terävöityi analyysin kuluessa. Voimmekin todeta, että sisällönanalyysiprosessissamme aineistolähtöisyys ja toisaalta teoreettiset mallit vaihtelivat ja limittyivät hedelmällisesti. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 98–99, 110–116.)

6.3.4 Aineiston analysointiprosessi

Konkreettisesti analyysimme eteni seuraavien askelten mukaisesti (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112; Hirsikoski 2006, 20–21):

1. **AINEISTON LÄHILUKU:** Tutustuimme koko aineistoon eli asiakashaastattelujen muistiinpanoihin ja työntekijä- sekä johtotason haastattelujen litteroituun materiaaliin. Näin analyysin perustaksi rakentui aineiston syvä tuntemus.
2. **AINEISTON PELKISTÄMINEN:** Muotoilimme aineistosta pelkistettyjä ilmaisuja eli yksinkertaistimme ja pilkoimme vastauksia osiin, jotka kuvasivat täsmällisesti mutta napakasti haastateltavien viestejä. Erittelimme ja listasimme nuo pelkistetyt ilmaukset. Pehdyimme kaikkiin lauseisiin ja argumentteihin, ja valitsimme niistä tutkimuskysymystemme kannalta oleelliset ja relevantit.
3. **AINEISTON ILMAUSTEN YHDISTELEMINEEN TEEMALUOKIKSI:** Tulosten teemoihin johtaneet asiasisällöt on muodostettu kaikkien haastattelutason (asiakkaat, työntekijät, johtotaso) haastattelukoosteiden perusteella. Haastattelukoosteet rakentuivat pelkistetyistä ilmauksista, koska emme tarkoituksenmukaisesti käyttäneet suoria lainauksia. Luokittelimme valitut pelkistetyt ilmaukset erillisiksi asiasisällöiksi. Tässä yhteydessä aineiston sisältämien argumenttien ja ajatusten yhteydet sekä samankaltaisuus suuntasivat analyysiprosessia teemoittelun saavuttamiseksi. Samaa asiaa painottavat asiat ryhmiteltiin siis yhdeksi teemaksi, joka nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Näin aineiston yksittäiset osat liitettiin yleisempiin kokonaisuuksiin. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineistossamme yksittäisiä vastaajia ei erotella eikä heitä ryhmitellä esimerkiksi taustamuuttujien mukaan. Ainoa erottelu, joka kysymyksenasettelumme näkökulmasta on relevantti, koskee sitä, missä haastateltavaryhmässä (asiakkaat, työntekijät, johtotaso) mikäkin painopiste esiintyy ja millaisia yhteyksiä sekä eroja niiden välillä voidaan havaita. Emme käytä työssämme suoria lainauksia (tämän ratkaisun eettiset perusteet alaluvussa 8.2.) Analyysiyksiköksi on päätynyt laaja lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Esimerkkikuvio yhden teeman muodostumisesta (pelkistetyt ilmaukset – asiasisällöt - teema) on tämän raportin liitteenä 5.

Metodina sisällönanalyysi on tulkitseva. Lopullinen jäsenitys ja teemat syntyivät tässäkin tapauksessa tekemiemme havaintojen, tulkintojen ja prosessoinnin tuloksena. Aineistossa esiintyvien eri lausumien merkityssuhteet ja painoarvo perustuvat paitsi muistiin kirjattuihin kommentteihin, myös haastattelutilanteissa tehtyihin havaintoihin. Havainnointi on hyvin subjektiivista, emmekä tästä syystä käyttäneet etukäteen laadittua havainnointisuunnitelmaa, vaan annoimme haastattelutilanteen ohjata havaintojamme (ks. Eskola & Suoranta 1998, 103).

4. AINEISTON ABSTRAHOINTI ELI KÄSITTEELLISTÄMINEN: Aineiston pohjalta muodostetut teemat liitettiin teoreettisiin käsitteisiin ja keskusteltiin aiemman tutkimuksen sekä kehittämistyömme viitekehyksen kanssa. Tällä tavoin empiirinen aineistomme johti lopulta kohti käsitteellistä ja laaja-alaista näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Merkittävää oli myös aineiston erilaisten osien ja eri haastatteluryhmien argumenttien keskinäinen keskusteluttaminen sekä asettaminen rinnakkain. Tässä yhteydessä tuomme esille myös aineistojen kautta nousseita havaintoja Savonlinnan mielenterveyspalvelujen avohoidon kehittämisen näkökulmasta.

5. TULOSTEN RAPORTOINTI: Lopuksi seurasi varsinainen analyysiprosessin aukikirjoittaminen, jonka tuloksia tarkastellaan luvussa 8. Vaatimus raportoinnin selkeäkielisyydestä nousee tässä kehittämistyössä tärkeäksi, koska sitä mahdollisesti käyttävät substanssiosaamista omaavien asiantuntijoiden lisäksi myös poliitikot, jotka eivät välttämättä ole sosiaali- tai terveysalan ammattilaisia. Virtanen (2007, 205) suosittelee kirjallisen raportoinnin lisäksi mahdollisuutta esittää raportissa esiin tulevat kehittämissuhteet myös suullisesti. Suullisen raportoinnin toteutimme mielenterveysfoorumissa.

Kaiken kaikkiaan analyysiprosessi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa tutkimuksen tekijöinä kuljimme pitkän tien. Ensin loimme haastattelurungon ja valitsimme haastateltavat ryhmät. Analyysivaiheessa annoimme metodin sekä aineiston johtaa uuteen teemoitteluun ja eri haastateltavaryhmistä nousseiden aineistojen yhdistämiseen sekä niiden keskusteluttamiseen teoreettisen viitekehyksen kanssa. Tässä yhteydessä on hyvä huomioda myös se, ettei analyysia tehdä vain yhdessä tutkimusprosessin vaiheessa vaan pitkin matkaa (Hirsjärvi ym. 2004, 211).

7 TULOKSET

Tässä luvussa tarkastelemme tutkimuskysymysten kannalta merkityksellisiä tuloksia. Ensin esittelemme tulokset teemojen alla Bikva-arviointimallin luonteen mukaisesti. Alaluvussa 7.1. esitämme tiivistelmän teemoihin johtaneista asiasisällöistä.

7.1 Haastatteluiden tulokset

Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon olemme koonneet analyysiprosessin aikana haastattelujen tulosten perusteella syntyneet asiasisällöt. Taulukossa esitellään asiasisällöt sen mukaan, millä haastattelutasolla (asiakas, työntekijä- ja johtotaso) ne ovat esiintyneet. Asiasisällöt, jotka on esitelty jo aiemman haastattelutason kohdalla, jätetään mainitsematta uudelleen. Esimerkiksi asiasisältö kiire nousi esille kaikilla haastattelutasoilla, mutta taulukossa se mainitaan ainoastaan ensimmäisen kerran esiintyessään (asiakashaastattelut). Taulukossa esitellään myös asiasisältöjen perusteella muodostetut neljä teemaa: **yhteistoiminnallisuus, palaute, tietoisuus palvelutarjonnasta sekä vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus** (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1. Haastatteluissa esille nousseet asiasisällöt ja teemat

ASIAKKAAT	TYÖNTEKIJÄTASO	JOHTOTASO	TEEMA
<ul style="list-style-type: none"> - keskustelujen merkitys - kuulluksi tuleminen - kiire - toimintojen tarkoituksenmukainen järjestäminen - leimautuminen - tasavertaisuus - omaisten osallistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - somaattisten vaivojen hoidon järjestäminen - lääkäriresurssi - suunnitelmallisuus - työtavat ja persoonallisuus - sairauteen liittyvät kokemukset 	<ul style="list-style-type: none"> - moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen - asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen - priorisointi - ryhmätoiminnot - yksinäisyys - suorituskeskeisyys 	YHTEISTOIMINNALLISUUS
<ul style="list-style-type: none"> - valitukset ainoa keino vaikuttaa - avohoidossa palautetta ei ole voinut antaa - ei ole kysytty palautetta - tietoisuus palautteenantomahdollisuuksista puutteellista - palautteen kerääminen koettaisiin hyväksi - palautteen vaikutukseen ei luoteta 	<ul style="list-style-type: none"> - palautteen merkitys on suuri työn vaikuttavuuden kannalta - työn reflektointi vaatii palautetta - miten kerätä palautetta 	<ul style="list-style-type: none"> - palautteiden asiasisällön tulisi tukea työn kehittämistä - jatkuva palaute olisi merkityksellistä 	PALAUTE
<ul style="list-style-type: none"> - muutokset koetaan säästötoimenpiteinä - palveluja karsittu - tiedon etsiminen palveluista hankalaa - tuki taloudellisten asioiden hoitoon - tietoisuuden merkitys avohoidon palveluissa 	<ul style="list-style-type: none"> - palveluohjaus - epätietoisuus palvelutarjonnasta - tietoisuuden merkitys asiakkaiden tyytyväisyyteen 	<ul style="list-style-type: none"> - kokonaisvaltainen tukeminen - palveluohjauksen koordinoiminen - matalan kynnyksen tiedonhankintatoimipisteet - oikeuksien toteuttaminen 	TIETOISUUS PALVELUTARJONNASTA
<ul style="list-style-type: none"> - vertaiselle puhumisen merkitys - vertaistuen ohjausta - vertaistuen kuormittavuus - kolmannen sektorin merkitys - kokoontumispaikat 	<ul style="list-style-type: none"> - ryhmätoiminnot - vertaistuen muotona - kokemusasiantuntijakoulutus - asiakkaat osallisina palvelujen toteuttamisessa 	<ul style="list-style-type: none"> - vertaistuen järjestäminen 	VERTAISTUKI JA KOKEMUSASIAN-TUNTIJUUUS

7.1.1 Yhteistoiminnallisuus

Tutkimuksemme asiakashaastatteluun osallistujat olivat mielestään saaneet mielenterveysasioissa pääsääntöisesti hyvin apua virka-aikana. Lisäksi kotihoito oli auttanut asiakkaitaan myös viikonloppuisin sekä öisin, ja kotihoitoon oli voitu soittaa tarpeen vaatiessa. Toisaalta ne haastateltavat, jotka eivät olleet kotihoidon asiakkaita, eivät kokeneet saavansa viikonloppuna apua aina riittävästi. Asiakkaat kuvasivat, että virkajan ulkopuolella palveluja olisi tarvittu enemmän. He toivat esille, että jo tieto mahdollisuudesta saada apua helpottaisi vaikean tilanteen yli pääsemisessä itsenäisestikin. Joidenkin haastateltavien mielestä myös kriisiapu oli ollut liian vähäistä, esimerkiksi itsemurha-ajatuksiin ei ollut reagoitu riittävän vakavasti.

Keskusteluavun merkitystä korostettiin niin kotiin annettavien palvelujen, kuin myös kodin ulkopuolisen tuen kohdalla. Haastattelussa kuvattiinkin, että keskusteluapu olisi toimivaa tukea arjessa selviytymisessä. Kuitenkin keskustelusta ammattilaisen kanssa oli koettu, ettei olla tasavertaisia vaan keskustelu on ammattilaisen määrittelemää. Lisäksi haastateltavat kuvasivat, etteivät uskalla kertoa työntekijälle kaikkia tilanteeseensa liittyviä asioita. Joistakin oli tuntunut vaikealta kertoa työntekijöille erityisistä ongelmistaan, joihin olisi apua tarvinnut. Heidän mielestään hoitohenkilökunta ei tiedä, kuinka elää sairauden kanssa, kun heillä ei ole siitä kokemusta.

Asiakashaastatteluissa todettiin, että pienillä avuilla voi olla suuri merkitys autettavalle. Joskus auttaisi paljon se, että joku tulisi paikalle ja pitäisi vaikka vain kädestä kiinni, kun on paha olo. Suunnitelluilla kotikäynneillä asiakkaita oli autettu muistamista vaativissa asioissa. Lisäksi heitä oli hyvin kannustettu ja tuettu omien asioiden hoidossa. Työntekijä oli voinut olla tarpeen vaatiessa mukana kodin ulkopuolisissa asioinneissa. Myös se, etteivät kaikki halua osallistua ryhmätoimintoihin, oli syy, miksi haastateltavat kokivat kotiin annettavan tuen tärkeäksi. Toisaalta todettiin, että asiakkaissa on myös niitä, jotka viihtyvät hyvin yksinkin.

Asiakkaat kokivat avohoidon kehittämisen tärkeäksi, jotta sairaalahoito olisi vasta viimesijainen hoitomuoto. Useat haastateltavat halusivatkin kertoa kokemuksiaan sairaalahoidosta. Osastohoitoa tulisi heidän mukaansa kehittää myönteisempään suuntaan. Mielenterveyspotilaina he eivät kokeneet kuntoutuvansa ainoastaan oleilun ja lääkkeiden avulla, vaan kaipasivat myös kehittävämpää ohjelmaa. Asiakkaat olivat

motivoituneita kuntoutumaan avohoidon tuen avulla. Toisaalta osa kuvasi avohoitoa niin, että se on jatkumo sairaalahoidolle ja sitä olisi syytä kehittää. Esille tuotiin ajatuksia siitä, että palveluja tulisi suunnata ja jalkauttaa niin sanottuihin matalan kynnyksen toimipisteisiin. Asiakkaiden mukaan näin he tulisivat paremmin autetuiksi, kun palvelu tulisi sinne, missä ihmisetkin ovat. Kuntoutumisen tukemiseen tarvittaisiin myös parempaa ohjausta lääkehuollon toteuttamisessa. Heidän mielestään suurin osa asiakkaista haluaisi vähentää lääkitystään heti voinnin salliessa.

Jotkut asiakashaastateltavista kertoivat, että heillä oli ollut mahdollisuus vaihtaa työntekijää, jos henkilökemiat eivät ole toimineet. Se oli lisännyt avopalvelujen hoitosuhteen toimivuutta. Osa asiakashaastateltavista kertoi, että on voinut vaikuttaa omaan hoitoonsa, mutta joidenkin mielestä taas heidän ehdotuksiaan ei ollut otettu huomioon. Haastateltavilla oli kokemuksia siitä, että omaisia oli osallistettu pyytämällä heitä mukaan hoitokokouksiin, joissa asiakkaan asioista oli yhdessä puhuttu. Tässä omaisten osallisuutta oli saattanut kuitenkin rajoittaa se, että he ovat voineet jo olla väsyneitä läheisensä asioiden hoitamiseen.

Asiakkailta välittyi kokemus siitä, että somaattisesti sairastuttaessa psyykinen sairaus on leimannut heitä niin, ettei fyysisiä oireita ole kuunneltu tai he olivat joutuneet vaatimaan lääkäriltä lähetettä tutkimuksiin. He toivat esille myös, että raitistumisen jälkeen on pyritty hoitamaan vain alkoholiriippuvuutta ja heidän psyykkiset oireensa ovat jääneet ottamatta todesta. Yksi haastateltava kuvasikin tunteneensa loukkaavansa, että vaikka ei ole käyttänyt alkoholia enää useaan vuoteen, niin hoitoon hakeutuessa oli asia otettu vielä keskustelussa heti esiin.

Työntekijät tunnistivat asiakkaiden vaikeuden päästä hoitoon somaattisten vaivojen vuoksi. He kuvasivat tärkeäksi, että voivat järjestää asiakkaille tarpeen mukaan hoidon ja tutkimuksen muissakin kuin mielenterveysongelmissa. Asiakkaat ovat antaneet hyvää palautetta, kun työntekijät ovat huomioineet somaattisten oireiden hoidon osana työtään. Käytännön kokemus on osoittanut, että ammattilaisen on ollut helpompi saada lääkäriaikaa asiakkaalleen kuin asiakkaan itse. Asiakkaiden voimavarat eivät aina riitä hoidon vaatimiseen. Työntekijät toivat vahvasti esille tarpeen resursoida perusterveydenhuollon mielenterveystyön verkostoon omaa lääkäripalvelua. Heidän mukaansa päivällä saatava konsultointiapu lääkäriltä helpottaisi työn organisointia ja asioiden loppuun saattamista. Muutenkin perusterveydenhuoltoon kannattaisi työnteki-

jöiden mielestä panostaa enemmän voimavaroja ja ammattitaitoa, jotta kalliin erikoissairaanhoidon palvelujen käytön tarve vähenisi.

Työntekijöiden haastattelussa keskusteltiin siitäkin, että mielenterveystyössä on pitkä perinne käydä hoitajan vastaanotolla, vaikka varsinaisille terapiakäynneille ei olisi-kaan enää tarvetta. He pohtivat sitä, tarvitsevatko asiakkaat enää vastaanottoaikoja entiseen tapaan, kun kotiin annettavat palvelut ja kolmannen sektorin mielenterveystyö ovat laajentuneet. Heidän mukaansa asiakkaissa on niitä, jotka pitävät kiinni aina seuraavasta vastaanottoajasta, vaikka tulisivat enemmän autetuksi esimerkiksi aktiivilla kotikäynneillä. Palvelutarvetta tulisikin osata arvioida hyvin ja olla valmiita lupamaan niistä palveluista, joiden ei katsota enää tukevan asiakkaita tarkoituksenmukaisesti.

Työntekijähaastattelussa korostettiin työn tavoitteellisuutta ja selkeää tietoisuutta siitä, mihin työllä pyritään. Heidän mielestään asiakkaat itse pystyvät tekemään kuntoutumisen työtä. Tuotiin myös esille, että vanhat asenteet näkyvän ajattelussa edelleen jollain tasolla. Esimerkkinä tästä kuvattiin ajateltavan, että eläkkeellä oleva mielenterveyskuntoutuja tarvitsee vain lääkinnällistä kuntoutusta. Asiakkaiden erilaisuus tulisi kuitenkin huomioida, ja näin ollen tarvittaisiin lisää sosiaalista sekä työ kuntoutusta. Toisaalta työikäisten avun saantia haluttiin nopeuttaa ja varsinkin hoidon piiriin pääsyä kuvattiin liian hitaaksi. Myös ennaltaehkäisyyn, syrjäytymiseen ja aikaisempaan puuttumiseen tulisi löytää lisää keinoja.

Johtotasolla avohoidon toimivuutta tarkasteltiin asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen kautta. Oletuksena oli, että asiakkailla on yksilölliset tavoitteet ja tuen tarve vaihtelee sen mukaan. Osa johtajataso haastateltavista kuvasi, että ammattitaitoa on resurssien kohdentaminen asiakkaan sairaudesta lähtevän tarpeen mukaan. Kaikille ei voi tarjota kaikkea. Myös se otettiin esille, että yksilökäynnit eivät auta kaikkia asiakkaita. Ryhmätoimintojen vahvuutena kuvattiinkin sitä, että ryhmässä joutuu ”skarppaamaan” ja peilaamaan itseään suhteessa muihin sekä ryhmiin voi sisältyä muitakin hoitavia elementtejä. Johtotaso toi myös esille ajatusta siitä, että osa palvelujen käyttäjistä hakee palveluja siitä syystä, että heillä ei ole omaisia tai he asuvat kaukana. Palveluntarpeen nähtiin silloin johtuvan yksinäisyydestä, jota asiakas on pyrkinyt ratkaisemaan käyttäen ammattiapua.

Johtajataso haastattelussa käytiin myös keskustelua siitä, että työntekijä saattaa jäädä yksin. Vaikka mielenterveyspotilaan tukemiseksi olisi mahdollisuuksia tehdä moniammatillista yhteistyötä, ei sitä ole aina osattu käyttää ja hyödyntää. Varsinkin pienten paikkakuntien hoitajat toivovat yhteistyötä enemmän, ettei verkosto ikään kuin karkaisi. Työntekijöiden esille tuoma tarve perusterveydenhuollon mielenterveystyön lääkäristä oli tiedostettu johtotasollakin ja rekrytointia oltiin käynnistämässä. Lisäksi johtajat puhuivat asiakkaiden tavoin mielenterveys sairauksien leimaavuudesta.

Asiakkaiden haastatteluissa nousi vahvasti esille työntekijöiden kiire, jonka asiakkaat kokivat omaa vointia heikentävänä asiana. Kiire vähensi selkeästi tulojen kokemusta. Asiakashaastattelut eivät aina olleet halunneet vaivata omilla asioillaan työntekijöitä, vaikka tarvetta sille olisi ollut. Näin he olivat omalta osaltaan halunneet vähentää työntekijöiden kuormittumista. Myös omalle hoitajalle keskusteluun oli ollut toisinaan vaikea saada aikaa, ja toisaalta työntekijöiden sijaisjärjestelyt oli joskus koettu puutteellisina.

Työntekijähaastattelussa kiireestä puhuminen sai aikaan vilkkaan keskustelun ja toi esille erilaisia näkökulmia. Asiakkaiden kokemuksia kiireestä jopa hämmästeltiin, koska työntekijöiden mukaan asiasta oli keskusteltu paljon ja asian tiimoilta oli saatu koulutustakin. Työntekijät kertoivat työssään pyrkivänsä kiireettömyyteen ja kuvasivat todellisen kiireen olevan vain ajoittaista. Asiakkaiden kokeman kiireen tunteen he pohtivat johtuvan työntekijän työtavasta ja persoonallisista ominaisuuksista sekä asiakkaan sairauteen liittyvistä kokemuksista. Työntekijät myös kertoivat, että usein asiakkaan kannalta oleellinen asia voi tulla esiin vasta sitten, kun varattu aika on loppumassa tai ollaan jo ”ovenraossa” menossa pois.

Johtajataso haastattelussa keskusteltiin siitä, että asiakkaiden kuvaamassa työntekijöiden kiireessä oli usein kyse kuulluksi tulemisen kokemuksesta. Johtajien käsityksen mukaan kiireestä puhuminen voi olla yleinen tapa. Työtä pyritään tekemään nopeasti ja tehokkaan tuntuisesti, vaikka aikaa asiakastyöhön olisi usein kauemminkin. Eräs kuvasikin tätä niin, että työtraditiossa olisi parannettavaa. Hänen mukaansa työnteossa on vieläkin yleisenä johtavana arvona se, että työtä tulee tehdä paljon.

7.1.2 Palautteenantomahdollisuudet

Haastateltavilla asiakkailla ei ollut kokemuksia siitä, että heiltä olisi kysytty palautetta heidän saamistaan avohoidon mielenterveyspalveluista. Palautteen annosta kuvattiin esimerkiksi niin, että jotkut asiakkaista olivat nähneet jossain postilaatikon, johon palautetta kai voisi kirjoittaa. Lisäksi asiakkailta välittyi näkemys siitä, että valitukset ovat lähinnä se keino, jolla he voivat vaikuttaa. Pohdittiin myös sitä, että ammattilaisilla tulee ensin olla halu kehittää toimintaansa ja vasta sitten palautteella on merkitystä.

Työntekijöiden mielestä asiakkailla tulisi olla tieto muustakin palautteenantomahdollisuudesta kuin virallisen potilasasiamiehen kautta tapahtuvasta valittamisesta. Heidän mielestään asiakkaiden palautteenantotavan olisi oltava yksinkertainen ja mahdollisimman helppokäyttöinen. Negatiivista palautetta epäiltiin myös olevan vaikea antaa, koska asiakkaat saattavat pelätä, että se huonontaa heidän asemaansa hoidossa. Tähän liittyen ulkopuoliselle taholle palautteen antamisen uskottiinkin olevan helpompaa. Työntekijöiden keskustelussa mietittiin sitä, onko virallisen palautteen aina oltava kirjallista. Myös sanallisella palautteella tulisi olla merkitystä ja vaikutusta työssä. Toisaalta joku työntekijä luotti omaan kykyyn tiedostaa, missä kunakin hetkenä työskentelyssä mennään, eikä kokenut palautteen keräämistä tärkeänä.

Johtajatasen haastattelussa keskusteltiin siitä, että palautelaatikossa on vain toiveita. Palautteeseen toivottiin sisältyvän myös parannusehdotuksia siitä, kuinka asioita tulisi muuttaa. Eräs johtajista kuvasi asiakaspalautetta hyvin tärkeäksi ja monen tason asiakksi, josta tulisi keskustella päivittäin. Asiakkaiden esille ottamaa tietämättömyyttä asiakaspalautemahdollisuuksista ei keskustelussa kommentoitu.

Asiakkaat kokivat tekemämme Bikva-arviointitutkimuksen poikkeuksetta onnistuneina, ja hyvänä koettiin mahdollisuus kertoa kokemuksista ja antaa palautetta. Osa haastateltavista toi esille kuitenkin myös epävarmuuden siitä, onko palautteella todella vaikutusta. Toisaalta palautteiden antaminen tuntui tärkeältä jo siitäkin syystä, ettei tarvitse enää pitää asioita vain omana tietona. Jonkun asiakkaan kuvauksen mukaan Bikva-arvioinnilla voidaan huomata sellaiset sokeat kohdat, joita ammattilaiset eivät muuten huomaa. Sitä pidettiinkin hyvänä lähtökohtana asiakkaan äänen kuulemiselle.

7.1.3 Tietoisuus palvelutarjonnasta

Asiakkaat keskustelivat siitä, että muutokset palvelujen tarjonnassa ovat säästötoimenpiteitä ja palveluja on jatkuvasti vain karsittu. Kaiken kaikkiaan haastateltavat kertoivat joutuneensa itse etsimään tietoa palveluista sekä hoitoon liittyvistä asioista. Epätietoisuus oli vaikeuttanut olemassa olevien palvelujen käyttämistä, ja itsenäinen tiedonhankkiminen koettiin työläänä. Lisäksi sairauksien pohdittiin omalta osaltaan vaikeuttavan palveluihin hakeutumista. Osa asiakkaista oli sitä mieltä, että heillä olisi edunvalvonnan sijaan tarvetta taloudellisten asioiden hoitamisen ohjaukseen. He kokivat tärkeäksi sen, että pystyisivät itsenäisesti huolehtimaan omista raha-asioistaan. Lisäksi haastateltavat kokivat pienien tulojen olevan taakka kuntoutumisprosessissa, koska esimerkiksi sairaalahoitajakso voi vaikeuttaa merkittävästi kykyä hallita omaa taloutta.

Asiakashaastateltavat kuvasivat, että laitoshoidosta kotiuduttaessa ei ollut selvillä nimettyä henkilöä, johon olisi voinut ottaa yhteyttä tarvittaessa. He kertoivat kokemukseen myös siitä, että vasta kotiutumisen jälkeen asiakas konkreettisesti huomaa avun tarpeensa. Tämän tilanteen johdosta osa heistä oli kokenut joutuvansa etsimään palvelua monesta paikasta. Niillä asiakkailta, joilla oli omahoitaja avohoidossa, ei kyseistä ongelmaa ollut ilmennyt. Tästä syystä avohoidon suunnitelman merkitys korostuu juuri niillä henkilöillä, joilla hoitokontaktin tarvetta ei ole ollut. Huolta aiheuttaa myös lasten hyvinvointi, kun sairauden vuoksi omat voimavarat vanhempana ovat heikentyneet. Vanhemmuuteen liittyvät haasteet olivatkin yhtenä asiana, johon asiakkaat kokivat tarvitsevansa tukea.

Työntekijät kuvasivat kukin työssään ohjaavansa asiakkaita palvelujen piiriin. Myös heidän keskustelussaan tuotiin esille se, että palveluista tiedottaminen vaatisi kehittämistä. Koska muutoksia on viime aikoina ollut paljon, on kuitenkin vaikea pysyä ajan tasalla siitä, kuinka palvelut on kulloinkin järjestetty. Työntekijöiden mukaan palveluohjauksella voitaisiin palvella paitsi asiakkaita, myös omaisia. Pohdittiin, että tiedon hakeminen sähköisessä muodossa ei ole mahdollista kaikille mielenterveyspalveluiden käyttäjille. Toisaalta paperiset koosteet eivät palvele ajantasaisesti, ja asiakkailla on käytössään vanhentuneita tiedotteita. Työntekijöiden keskustelussa mietittiinkin sitä, miten tämä asia tulisi jatkossa hoidettua paremmin. Toimivaa ratkaisua tähän ongelmaan ei keskustelussa löydetty. Kokemusten kautta oltiin kuitenkin yksimielisiä siitä,

että kun asiakkailla on tietoa olemassa olevista palveluista, myös tyytyväisyys niihin lisääntyy. He kokevat palvelujärjestelmän tällöin kattavammaksi ja toimivammaksi.

Kokonaisvaltainen tukeminen nousi johtotason haastattelussa esille palveluohjauksesta puhuttaessa. Johtotason haastattelussa keskusteltiin siitä, millaista palveluohjausta tulisi järjestää, että mielenterveyskuntoutujat saisivat niitä palveluja ja sosiaalisia sekä taloudellisia etuuksia, joihin kuntoutuja on oikeutettu. Toisaalta palveluohjauksen kenttä todettiin todella laajaksi ja vaikeaksi koordinoida. Palvelujen kokonaisuuden hahmottaminen on vaikeaa, koska se jakautuu useille hallinnonaloille ja toimijoille. Matalan kynnyksen, kaikelle kansalle tarkoitettu toimipiste oli johtotason mielestä se tapa, miten palveluohjauksesta saataisiin parhaiten tarpeisiin vastaavaa.

Johtotaso kommentoi taloudellisten asioiden hoitamiseen liittyvää palveluntarjontaa niin, ettei edunvalvonta ole matalan kynnyksen palvelua ja edunvalvontaan hakeutuminen on raskas prosessi. Tästä syystä tuki taloudellisten asioiden hoitamisessa olisi palvelujen laadun kannalta tärkeää. Jos kuntoutujalla ei ole suuria taloudellisia vaikeuksia, niin hänelle kuuluvia etuisuuksia on voinut jäädä saamatta. Johtotaso kuvaakin, että Suomessa on osattava itse hakea etuuksia ja toisaalta saatetaan vieläkin ajatella, että hakemattomat etuudet voivat säästää yhteiskunnan varoja. Asian sanottiin olevan niin, että ihmisten taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet eivät toteudu tasavertaisesti.

7.1.4 Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus

Asiakashaastatteluissa vertaistuki ja kokemusasiantuntijuuden käyttöönotto ja arvostaminen nähtiin tärkeänä. Haastateltavat kuvasivat, että tunteet ja kokemukset tietävät vain ne, jotka ovat itse sairastaneet. Useat haastateltavat kertoivatkin vertaistuen ja vertaistukiryhmien olleen tehokkaimpana apuna vaikeissa tilanteissa. Vertaiselle puhuminen oli tuntunut myös helpommalta, mutta vertaistuen löytämiseen kaivattiin lisää ohjausta. Toisaalta tuotiin esiin joitakin kokemuksia siitä, että vertaistukijana oleminen oli myös joissakin tapauksissa tuntunut liian kuormittavalta.

Asiakkaat painottivat kolmannen sektorin toiminnan tärkeyttä kokoontumispaikkojen ja vertaistuen saamiseksi sekä tiedon jakamisen kannalta. He korostivat kommentissaan, että näille toiminnoille olisi turvattava riittävät resurssit. Osa haastatelluista asi-

akkaista ilmaisi rohkeuden ja halukkuuden osallistua kokemusten jakamiseen ammattilaisten työn kehittämistä varten. Kokemusasiantuntijuutta tulisi arvostaa enemmän ja sen käyttöä tulisi lisätä. Tähän tulisi heidän mukaansa luoda selkeä ja suunnitelmallinen järjestelmä.

Työntekijähaastattelussa vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus eivät herättäneet juurikaan keskustelua. He toivat kuitenkin esille, että vertaistuen avulla voitaisiin kehittää työtä paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Jotkut haastateltavat kuvasivat vertaistukena ryhmätoimintoja. He myös pohtivat sitä, mikä olisi keino saada asiakkaat sitoutettua olemassa oleviin ryhmiin. Kokemusasiantuntijuus tuntui joillekin työntekijöille käsitteenä vieraalta. He näkivät sen kuitenkin hyvänä keinona osallistaa asiakkaita. Lisäksi ehdotettiin, että mielenterveyskuntoutujille voisi järjestää koulutusta kokemusasiantuntijuudesta. Näin kuntoutujat harjaantuisivat antamaan oman panoksensa hoidon järjestämiseen ja yhteistyön ylläpitämiseen.

Myöskään johtajatasolla ei vertaistuki tai kokemusasiantuntijuudesta puhuminen saanut aikaan juurikaan keskustelua. Vertaistuki mainittiin ainoastaan ryhmätoimintojen yhteydessä. Joku haastateltava mainitsi, että kun ihmiset ovat hyvin erilaisia, on vertaistuen järjestäminenkin vaikeaa.

8 POHDINTA

Tässä viimeisessä luvussa tarkastelemme tuloksia ja pohdimme kehittämistyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä Bikva-arviointiprosessin kulkua. Lopuksi kuvaamme kehittämistyöprosessin aikana löytyneitä jatkotutkimusaiheita.

Alaluvussa 8.1. keskustelutamme empiiristä ja teoreettista aineistoa dialogisesti tutkimuskysymysten mukaisesti: Kuinka mielenterveyspalveluiden avohoito vastaa asiakkaiden tarpeisiin? Kuinka arviointiin osallistuvat kokevat osallisuutta mielenterveyspalvelujen avohoidossa? Millaisia tarpeita palvelujen kehittämiseen asiakaslähtöisesti on Savonlinnan alueella?

8.1 Tulosten tarkastelua tutkimuskysymysten mukaisesti

Bikva-arviointimallin avulla voidaan paitsi arvioida palvelujen hyviä sekä huonoja puolia, myös esittää niiden havaintojen avulla suosituksia palvelujen kehittämiseksi. Koska haluamme erityisesti korostaa kehittämisenäkökulmaa, raportoimme havaitsemistamme kehittämissuhteuksista ja tuomme esille mahdollisia uusia toteuttamismalleja. Keskeistä luvussa on se, että tutkimastamme ilmiöstä muodostuu tiivistetty ja analyttinen kuvaus, joka kytkeytyy yhteiskunnalliseen ja teoreettiseen kontekstiin.

8.1.1 Savonlinnan mielenterveyspalveluiden toimivuus

Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat arkielämässään usein monia erilaisia tukitoimia ja palveluja. He voivat tarvita toisten tukea jo palvelujen piiriin hakeutumisessa, koska oma kyky ja motivaatio ovat siihen riittämättömiä. (Notko & Järvikoski 2004, 2.) Kuntalaisille tulee tarjota riittävästi tietoa palveluista ja palveluiden tulisi olla läpinäkyviä sisältöjen, tavoitteiden sekä saavutettavuuden näkökulmasta. Julkisten palvelujen kehittämisen haasteena on lisäksi asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin vastaaminen. (Norlamo & Saramäki 2009, 137.) Suomalaiselle sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle onkin ollut leimallista professionaaliset piirteet sekä pirstaloituneisuus (Virtanen 2011, 10–11). Nämä näkökulmat tulivat esille tekemässämme kehittämistyössä kaikilla haastattelutasoilla. Haastattelujemme mukaan myös omaisten kokemukset viestivät palvelujen pirstaloituneisuudesta sekä tiedonsaannin vaikeudesta.

Palveluohjauksen suunnitteleminen ja sen tarkoituksenmukainen järjestäminen Savonlinnan alueella voisi olla osaltaan vastaus Norlamo-Saramäen (2009) esille tuomiin palvelujen järjestämisen haasteisiin. Tämän arviointitutkimuksen yhtenä tuloksena esitelty omaisten väsymys asioiden hoitamiseen on mielestämme huomionarvoista. ETENE toteaaakin, että avoimuus tiedonsaantiin liittyvissä asioissa on merkityksellistä paitsi palvelujen käyttäjien, myös omaisten hyvinvoinnin kannalta ja sillä voidaan ehkäistä omaisten sairastumista liian suuren taakan vuoksi (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta ETENE 2009, 20).

Avohoitoa tukevia palveluita kehitettäessä tulisi muistaa, että mielenterveyskuntoutujien nimeämät elämisen ongelmat liittyvät usein yksinäisyyteen, mielekkään tekemisen puutteeseen sekä palvelujen virka-aikaisuuteen (Sosiaali- ja terveysministeriö

2003, 88). Tutkimustamme varten haastateltujen asiakkaiden kokemukset yksinäisyydestä sekä tarpeet joustavien palvelujen järjestämisestä tulisi huomioida riittäväällä intensiteetillä. Olennaista on huolellisesti selvittää, mikä on sairaudesta aiheutuvaa turvattomuutta ja mikä puolestaan sosiaalista yksinäisyyttä. Psykososiaalinen tuki onkin arjessa selviytymisen kannalta yhtä tärkeää kuin psyykkinen ja fyysinen hoito. Haastattelujemme perusteella mielenterveyskuntoutujilta löytyy motivaatiota mahdollisimman itsenäiseen elämään. Mielestämme palvelujen ja kuntoutuksen ytimenä on asiakkaan tukeminen arjen hallintaan.

Asiakkaiden ja ammattilaisten välille tulisi saada aikaan yhteinen näkemys siitä, mikä tukisi parhaiten asiakkaan tarvetta. Kiikkalan mukaan asiakaslähtöisyyttä edistävä työntekijä uskaltaa kuitenkin toimia asiakassuhteessa avoimesti ja rohkeasti aitona persoonana mutta ammattitaitoisesti asiakasta itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen tukien (Kiikkala 2000, 119). Työntekijät ilmaisivat haastatteluissa, että mielenterveys-työssä tulisikin enemmän kiinnittää huomiota siihen, mistä asiakas oikeasti hyötyy. Siten myös kustannustehokkuutta voitaisiin lisätä.

Arviointitutkimuksemme perusteella mielenterveyspalvelujen käyttäjät kokivat leimaantumista, mikä tulee esille myös vuosittain tehtävässä mielenterveysbarometrissa. Yhteneväisiä ovat myös tulokset siitä, että fyysisiin oireisiin on vaikeampi saada apua silloin, kun kyseessä on mielenterveyskuntoutuja. (Mielenterveysbarometri 2011.) Järvikoski ja Härkäpää (2011) muistuttavatkin, että kaikkeen auttamistyöhön sisältyy se vaara, että asiantuntijat liittävätkin asiakkaaseen yleistäviä leimoja. Tällöin asiakkaasta saatetaan nähdä vain avun tarve, passiivisuus ja epäitsenäisyys. On mahdollista, että vähitellen ihmisten toimintatavat ja reaktiot alkavat vaikuttaa myös asiakkaan käsitykseen itsestään. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 184–185.) Tämän vuoksi työntekijöiden omien toimintatapojen avoin ja rohkea tarkastelu on avain asiakaslähtöiseen työotteeseen, jolloin asiakkaan ja työntekijän välinen työskentely näkyy aitona dialogina (Hirvikoski 2006, 7).

Merkittävä tulos tekemämme arviointitutkimuksen perusteella on mielestämme se, että mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevät ammattilaiset tiedostavat edellä mainitut epäkohdat. Mielenterveyspalvelujen työntekijät ovat edistäneet asiakkaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia auttamalla heitä esimerkiksi somaattisten vaivojen

vuoksi hoitoon pääsyssä. Yksilö on tullut näissä tilanteissa asiakaslähtöisesti autetuksi, ja tätä toimintatapaa kannattaa edelleen jatkaa ja vahvistaa.

Tekemistämme asiakashaastatteluista välittyi kokemuksia luottamuksen puutteesta ammattilaisia kohtaan, kuulluksi tulemisen problematiikasta ja ammattilaisten kiireen vaikutuksista. Edellä mainitut asiat esiintyvät myös useissa kirjallisuuslähteissä ja tutkimuksissa (ks. esim. Kokkola ym. 2002, 62; Virtanen 2011, 10–11; Pesonen 2006, 49–55). Edelliseen liittyen sekä työntekijöiden että johtotason kommentit viestivät jatkuvan koulutuksen tarpeesta. Koulutusten järjestäminen asiakaslähtöisestä työtavasta yhteisesti yli sektorirajojen on johdon järjestettävissä oleva keino asiakaslähtöisyyden ja luottamuksen parantamiseksi.

Myös Rantakari pitää luottamuksen lisäämistä avainasemassa asiakaslähtöisyyttä rakennettaessa (Rantakari 2005, 82). Metterin (2003) mukaan avoimella vuorovaikutuksella voidaan usein ehkäistä asiakkaiden mielestä kohtuuttomilta tuntuvia tilanteita. Asiakkaiden kokemusten kuulematta jättäminen voi puolestaan johtaa luottamuksen menetykseen koko palvelujärjestelmää kohtaan. (Metteri 2003, 158–160). Sorsa (2002, 67–68) korostaa pro gradu -tutkielmansa pohdinnassa sitä, että hänen mielestään asiakaslähtöinen yhteistyösuhde ei kuitenkaan voi pelkästään toimia asiakkaiden toiveiden pohjalta, vaikka kirjallisuus asiaa usein niin kuvaakin (ks. myös Ammattieettinen lautakunta 2005, 15–16). Koemmekin, että Savonlinnan seudulla on tärkeää kehittää erilaisia yhteistyömalleja, joissa myös asiakkaat ovat osallisina. Siten luottamusta voidaan lisätä.

Negatiiviset kokemukset sairaalan osastohoidosta olivat johtaneet epäluuloisuuteen ja luottamuksen puutteeseen myös avohoidon palvelutarjontaa kohtaan. Sairaalahoidon jälkeinen apu ja tuki olisi kuitenkin tärkeää kuntoutumisen edistymiseksi. Mielestämme tämä luottamuksen rakentaminen vaatii paneutumista ja on asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta olennaista. Lisäksi avopalvelujen tarkoituksenmukaisella järjestämisellä voidaan vähentää inhimillisesti ja yhteiskunnallisestikin kuluttavaa ”pyörö-ovi-ilmiötä”.

Kehittämistyömme tulosten mukaan epävarmuus kolmannen sektorin toimintojen jatkumisesta vaikeuttaa mielenterveyspalvelujen kokonaisuuden hahmottamista. Mielenterveysstrategian puuttuminen seudultamme aiheuttaa epätietoisuutta kehittämiskoh-

teiden määrittelyssä. Toimintojen kehittäminen ainoastaan yksikkökohtaisesti ei ole mielekästä, ja oman toiminnan ”puolustaminen” vaatii kohtuuttomasti voimavaroja. Toikon ja Rantasen (2009, 89) mukaan kehittämistoimintaa voidaankin luonnehtia vahvasti sosiaalisiksi prosessiksi, joka edellyttää vuorovaikutuksen lisäksi myös eri tahojen aktiivista osallistumista.

Ylisektorista palvelurakenteiden kehittämistä pohtivat Stakesin raportissaan Arnkil ym. jo vuonna 2000. He korostivat tämän kehittämistyön tavoitin strategisuutta nähdä palveluketjuja ja -verkostoa kokonaisuutena. (Arnkil ym. 2000, 226–227.) Voisiko Savonlinnassa hyödyntää ylisektoraalisia ohjausryhmiä mielenterveystyön suunnittelemisessä niin, että asiakkaiden kokemus saisi sille kuuluvaa huomiota? Hyvinä keinoina kuntoutujien aseman vahvistamiseksi voivat jatkossa olla keskittyminen yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen palveluohjaus sekä kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen hyödyntäminen.

8.1.2 Asiakkaiden osallisuus

Asiakkaita osallistavasta ja subjektiivista korostavasta ajattelutavasta on puhuttu kauan. Järjestelmälähtöisyyden tulisi sen keskustelun pohjalta olla jo historiaa. Arviointitutkimuksemme perusteella asiakkaiden aktiivinen vaikuttaminen palvelujärjestelmään on kuitenkin vasta tavoite eikä toteudu niin hyvin kuin siitä käytävä yhteiskunnallinen keskustelu antaa ymmärtää.

Kuvatessamme osallisuuden määritelmiä, kerroimme myös siitä, mitä käsitteellä tässä kehittämistyössä tarkoitetaan. Laitila (2010) on väitöstutkimuksessaan tarkastellut asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä, ja tulosten mukaan jaotellut sen toteutuvan kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen 2) osallisuutena palvelujen kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palvelujen järjestämiseen (Laitila 2010, 138–139). Pidimme näitä osa-alueita olennaisina myös omassa kehittämistyössämme peilatesamme osallisuutta tämänhetkiseen yhteiskunnalliseen kontekstiin. Haastatteluissa osallisuutta koskevilla apukysymyksillä halusimmekin saada vastauksia siihen, kuinka asiakkaiden osallisuus edellä mainituilla osa-alueilla Savonlinnan alueella kokemusten mukaan toteutuu.

Asiakkailla ei ollut tietoa omaan hoitoon liittyvistä suunnitelmista. Työntekijöissä tämä aiheutti hämmennystä, koska heidän mukaansa suunnitelmia kyllä tehdään tietyissä työryhmissä ja päivitetäänkin asiakkaiden kanssa yhteistyössä. Tämä hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin liittyvä ristiriitainen näkemys herättää kysymyksiä. Mielen-terveyden laatusuosituksen mukaan yksilöllisesti laaditut suunnitelmat tavoitteellisesta hoidosta ja kuntoutuksesta ovat tärkeitä. Sitä vastoin, että haastattelemamme asiakkaat olisivat kokeneet tärkeänä oman hoidon suunnitelmallisuuden, korostivat he palvelu- jen järjestämisen suunnitelmallisuutta ja pysyvyyttä sekä vuorovaikutukseen liittyvää osallisuutta. Myös Laitilan (2011, 10–11) tutkimuksen mukaan asiakkaiden on todettu arvostavan erityisesti toiminnan suunnitelmallisuutta, jatkuvuutta sekä työntekijöiden pysyvyyttä.

Mielestämme asiakkaiden osallisuutta palvelujen kehittämiseen voitaisiin merkittävästi lisätä palautteenantomahdollisuuksia parantamalla. Tämän arviointitutkimuksen tulosten perusteella palautejärjestelmien epäselvyys aiheuttaa mielenterveyspalvelujen asiakkaissa tällä hetkellä hämmennystä. Asiakkaiden kokemuksista välittyi epätietoisuus palautteen keräämisestä ja mahdollisuuksista antaa palautetta. Näin ollen palautejärjestelmien selkiyttäminen ja palautteen suunnitelmallinen kerääminen vaativat kehittämistä. Luottamuksen aikaansaaminen myös ns. virallista palvelujärjestelmää kohtaan edellyttää todellista paneutumista. Luottamuksen lisääntymisen edellytyksenä ovat asiakkaiden aktiivinen kuunteleminen ja mahdollisuus palautteen antamiseen.

Asiakkailla tulisi olla tieto siitä, kuinka heidän antamaansa palautetta käsitellään ja käytetään. Bikva-arviointimalli on palautteenkeräämisen muoto, jolla mahdollistetaan asiakkaiden osallisuuteen liittyvän luottamuksen lisääntyminen organisaatiota kohtaan. Palautteen perustumista pelkkään asiakaskyselyyn onkin kritisoitu useissa eri lähteissä, vaikka se voi olla yksi keskeinen osa asiakaslähtöisyyden mittaamista (ks. esim. Fröjd ym. 2003, 4, 21; Krogstrub 2004, 7; Rantakari 2005, 75).

Ilman selkeää ja systemaattista palautteenkeräämisjärjestelmää erityisesti negatiivinen palaute voi etsiä kanavia erilaisten kantelujen ja valitusten muodossa (ks. myös Arnkil ym. 2000, 87). Tällainen väylä ei liene palvelujen kehittämiseksi hyvä lähtökohta, vaikka sitä muihin tarkoituksiin tarvitaankin. Tilastot Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän potilasasiamiestoiminnasta vuosina 2010 ja 2011 osoittavat, että Savonlinnan alueella mielenterveyspalvelujen osalta yhteydenottoja on sinä aikana tullut

sosiaali- ja potilasasiamiehelle vain kaksi (Korhonen 2010, 4; Korhonen 2011, 4). Palautteen kysyminen voisi lisätä asiakkaiden osallisuutta ja antaisi mahdollisuuden rakentavaan palvelujen arviointiin. Tämä edesauttaisi sitä, että jatkossakin yhteydenotot potilasasiamieheen olisivat vähäisiä.

Merkittävä tulos palautteeseen liittyen on myös se, että muutokset koetaan asiakkaiden taholta uhkana ja palveluiden vähentämisenä, eikä laadukkaamman, asiakkaiden tarpeisiin paremmin vastaavan palvelun järjestämisenä. Tällä hetkellä Savonlinnassakin on erittäin ajankohtaista sosiaali- ja terveystalouden uudelleen järjestäminen. Dialoginen keskustelu eri tahojen välillä asiakkaista poliittisiin päättäjiin olisikin nyt välttämätöntä yhteisen näkemyksen luomiseksi. Mahdolliset muutokset tulee perustella huolellisesti, ja avoimesti täytyy myös keskustella siitä, kuinka asiakkaiden tarpeet ja kokemukset huomioidaan päätösten pohjaksi. Helaste on pro gradu -tutkielmansa tulosten perusteella tullut siihen tulokseen, että helppokäyttöiset vuorovaikutus- ja palautejärjestelmät olisivat merkittäviä asiakasymmärrystä lisääviä työvälineitä. Myös hänen mukaansa palautejärjestelmien luomisen lisäksi on syytä kiinnittää huomiota siihen, kuinka palautetta käsitellään ja miten niiden perusteella muutoksia tehdään. (Helaste 2011, 87–91.)

Laitilan (2011, 10–11) väitöstutkimuksen tulosten mukaan asiakkaiden todellinen osallisuus vaatii ammattilaisilta rohkeutta asettaa oma ja organisaation toiminta kriittisen arvioinnin ja palautteen kohteeksi. Tekemässämme arviointitutkimuksessa työntekijät kokivat asiakkaiden kokemuksilla olevat suurta merkitystä ammatillisuuden kehittämiseksi. Työntekijähaastatteluissa tuli esille työntekijöiden avoin asenne palautteen saamiseen ja sen kautta vuorovaikutukselliseen oppimiseen. Tämä on mielestämme hedelmällinen lähtökohta asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi. Toisaalta asiakkaiden tulisi olla tietoisia työntekijöiden motivaatiosta oppia palautteen kautta. Selkeiden työntekijöiden kehittämistä tukevien palautejärjestelmien kehittämisvastuu lähtee kuitenkin ylhäältä alaspäin. Johtotason tulee varmistaa kehittämistyölle resursseja niin, että myös asiakaslähtöisyyden yhteiselle pohjimiselle on järjestetty riittävästi aikaa.

Julkisen mielenterveystyön kehittämiseen olisi hyvä osallistaa myös kolmannen sektorin toiminta. Asiakashaastattelujen mukaan järjestöissä toteutettava toiminta auttaa pääsemään lähelle asiakasta. Näin ollen jäsenistöltä olisi helppo kerätä palautetta pal-

veluista ja toisaalta myös kokemustietoa kehittämisen tueksi. Tämä vaatii työntekijöiltä uudenlaista ammatillisuutta ja avoimuutta ottaa palaute rakentavassa mielessä työvälineeksi. Työntekijähaastattelut toivat esille kuitenkin hyvän mahdollisuuden tällaiselle toiminnalle. Haastattelujen mukaan kolmannen sektorin toimijoilta löytyy motivaatiota olla mukana kehittämistyössä ja toisaalta julkisen sektorin työntekijöiltä avoimuutta ja kehittymishalua. Laitila (2011, 10–11) onkin todennut tutkimuksensa perusteella työntekijöiden motivaation ja avoimen asenteen kehittää omaa toimintaansa vuorovaikutuksen asiantuntijoina, olevan tärkeitä osallisuuden lisääntymisen ehtoja.

Asiakashaastattelujen tulosten perusteella osalla palveluiden käyttäjistä olisi halukkuutta ja rohkeutta kokemusasiantuntijana toimimiseen. Kokemusasiantuntijuus on saanut huomiota lainsäädännössä ja erilaisissa suosituksissa. Pesonen (2006) pohtii tutkimustulostensa perusteella palvelujen käyttäjien kokemusten huomioimista myös koulutuksen näkökulmasta. Hän ehdottaakin koulutuksia toteutettavan osin yhteistyössä mielenterveyspalveluja käyttävien asiakkaiden sekä käytännön työntekijöiden kanssa. (Pesonen 2006, 65–67.)

Kokemusasiantuntijuuden yhtenä merkittävänä päämääränä on mielenterveysasiakkaiden leimaantumisen vähentäminen. Leimaantumisen problematiikka tuli esille jo esitellessämme arviointitutkimuksen tuloksia alaluvussa 7.2.1. Yhdymme Jankon (2008) tutkielmansa perusteella esittämään ajatukseen siitä, että leimaantumista voidaan vähentää uudenvuotuisia osallistumismuotoja kehittämällä. Siten helpotettaisiin mielenterveysasiakkaiden kokemusten julkittamista ja keskusteluun osallistumista. Tämä lisäisi myös virallisesta asiantuntemuksesta poikkeavien näkemysten esille tuomista. (Jankko 2008, 23.) Kolmannen sektorin vahvuutena on selvästi ollut ammatillisuuden ja vertaistuen yhdistäminen, jota voidaan hyödyntää kokemusasiantuntijuutta kehitettäessä.

Palvelujen kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi alueellamme ei välttämättä tarkoita resurssien lisäämistä, henkilökunnan lisäämistä tai parempia etuja. Yhdistettäessä ammatilliseen toimintaan asiakkaiden kokemusten kuunteleminen saadaan palveluja kehitettyä ja kohdistettua paremmin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta kuuntelemisen ja kuulemisen taitoja. Ammatillisesti tärkeänä työvälineenä on silloin työntekijöiden asenne ja suhtautuminen

yksilöihin sekä kokemusten aito ymmärtäminen (Forsman 2003, 32). Palvelujen käyttäjien, tutkijoiden ja työn kehittäjien näkemykset eivät usein kuitenkaan kohtaa, koska systemaattisia yhteistyömalleja tällaiselle yhteiskehittämiselle ei ole riittävästi kehitetty. Tämänkaltainen kehittämistyö vaatii erityisesti palveluja tarjoavilta organisaatioilta vahvaa asiakaslähtöistä näkemystä. (Hyväri & Salo 2011, 13–14.) Jo vuosina 1998–2002 toteutetun laajan Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti korostaa useissa kohdissa asiakaslähtöisen toiminnan merkitystä mielenterveyskuntoutuksessa. Loppuraportissa todetaan, etteivät pelkät suositukset tai mitattavat kriteerit riitä laadukkaan työskentelyn takaamiseksi. Työssä tarvitaan erityisesti ihmisten kunnioittamiseen ja kokemusten kuulemiseen perustuvaa toimintamallia. (Immonen ym. 2003, 114.)

8.1.3 Kehittämisehdotukset

Koska kyseessä on kehittämistyö, on tärkeää huomioida se, että ilman selkeästi raportoituja kehittämisehdotuksia arvioinnin tulosten käyttäminen voi jäädä haluttua pienemmäksi. Arvioinnin tekijöiltä tämä vaatii ammattitaitoa tuoda johtopäätökset ja kehittämisehdotukset niistä hyötyvien tahojen käyttöön. Analyysia seurannut työvaihe onkin ollut kehittämisehdotusten tekeminen. Siinä pyrimme käyttämään hyväksemme tutkimustulostemme suoma arvioitavan toiminnan tuntemista ja toisaalta kykyä tunnistaa toteuttamisen näkökulmasta realistiset kehittämiskohteet. (Vrt. Virtanen 2007, 165–166, 171, 239.)

Kehittämisehdotukset koskien mielenterveystyön perustason avohoitoa perustuvat arviointitutkimuksen tuloksiin sekä teoreettiseen viitekehykseen. Keskeistä näiden ehdotusten tekemisessä on ollut asiakaslähtöisyyden ja asiakkaita osallistavien työmuotojen huomioiminen kansallisten suositusten mukaisesti. Perustelut kehittämisehdotuksille olemme kuvanneet jo tuloksia analysoitaessa ja tässä yhteydessä esitämme ne vain lyhyesti.

Saatomme arvioinnin tulokset kaikkien mielenterveyspalveluissa osallisina olevien tasojen käyttöön mielenterveysfoorumissa, jossa myös muiden kuntalaisten on mahdollisuus kuulla niistä. Tärkeänä tahona olemme halunneet huomioida myös poliittiset päätöksentekijät, jotka voivat asiakkaiden, työntekijöiden ja johtotason kokemuksia kuullessaan vahvistaa tai jopa muuttaa omia näkökulmiaan palvelujen tarkoituksen-

mukaisesta järjestämisestä ja kehittämisestä. Seuraavalla kuviolla 4 konkretisoimme tulosten perusteella huomioitavat kehittämissuhteet.



KUVIO 4. Kehittämissuhteet

- **Mielenterveysstrategian suunnittelu ja toteutus nähdään tämän arviointitutkimuksen perusteella keskeisimmäksi kehittämissuhteeksi.** Tavoitteellinen mielenterveyspalvelujen kehittäminen vaatii erityisesti kehittämiskohteiden esiin nostamista tässä suunnitelmassa. Suunnitelman tekeminen edellyttää kaikkien tasojen osallistumista asiakkaista poliittisiin päättäjiin ylisektoralisesti. Ne kunnat, jotka ovat raportoineet ottaneensa käyttöön mielenterveyspalveluiden kokonaissuunnitelman (strategian), ovatkin muita kuntia aktiivisemmin pystyneet kehittämään mielenterveyspalveluja avohoitopainotteisiksi (Harajärvi ym. 2006, 73). Kokonaisuudessa tulisi huomioida niin tämän arviointitutkimuksen tulosten kuin valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisestikin julkiset, kolmannen sektorin sekä yksityis-sektorin mielenterveys- ja päihdepalvelut (vrt. Partanen ym. 2010, 15–16).
- **Selkeä tarve järjestää kaikkien kuntalaisten saatavilla olevaa matalan kynnyksen palveluohjausta.** Jokaisella haastattelutasolla ilmeni epätietoisuutta olemassa olevista palveluista ja esiin tuotiin myös puutteellisuutta asiakkaille kuuluvien etuuksien hakemisessa. Kaikille kuntalaisille tarkoitettu palveluohjaus sosiaali- ja terveyspalveluista voisi osaltaan vähentää mielenterveyskuntoutujien kokemaa leimaantumista. Haastatteluissa tuotiin esille omaisten

tiedon saannin puutteellisuutta, mihin palveluohjauksella voitaisiin myös vastata. Koska tehtävää on haasteellista koordinoita, pitäisi pohtia sitä, minkä tahon järjestettäväksi palveluohjaus tulisi vai olisiko syytä jopa suunnitella uusi toimintamuoto tämän järjestämiseksi.

- **Kolmannen sektorin tuottama mielenterveystyö tulisi huomioida tavoitteellisemmin palvelujärjestelmän yhtenä osana.** Mielenterveyskuntoutusta tarjoavien yhdistyspohjaisten toimintojen suunnitelmallisen jatkuvuuden turvaaminen olisi tärkeä edellytys avohoidon kehittämiseksi. Niin asiakas- kuin työntekijätason haastatteluissa kolmannen sektorin toiminta koettiin erittäin tarpeellisena ja toimintoihin oltiin tyytyväisiä. Lisäksi kolmannen sektorin toiminta on kustannusvaikuttavuudeltaan tehokasta.
- **Mielenterveyspalvelujen avohoitoa vahvistamaan tarvitaan lääkäripalvelua.** Työntekijöiden mahdollisuus konsultoida lääkäriä mielenterveyskuntoutujien asioissa virka-aikaan voisi vähentää mielenterveyskuntoutujien päivystysluontoista lääkäritarvetta. Asiakaslähtöisen työskentelytavan vahvistamiseksi tämä koettiin haastatteluissa tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Johtotason haastattelussa tuotiin esille, että tästä tarpeesta ollaan tietoisia ja asiaa oli viety jo eteenpäin.
- **Palautejärjestelmien kehittäminen olisi merkittävä keino asiakkaiden osallistamiselle.** Eri toimijoiden käytössä olevat palautejärjestelmät ja niiden systemaattinen hyödyntäminen on yksi edellytys asiakkaiden kuulemiselle.
- **Kokemusasiantuntijuuden näkeminen yhtenä mielenterveystyön resurssina on tärkeää ja vaatii kehittämistä.** Tämä mahdollistaisi asiakkaiden kokemustiedon käyttöä ja voisi johtaa myös luottamuksen lisääntymiseen eri toimijoiden välillä.

Perehdyimme kehittämistyöprosessin aikana kehittämistoiminnan kuvauksiin ja havaitsimme yhteneväisyyttä arviointimme perusteella nousseiden kehittämiskohteiden ja Toikon (2006) kuvauksen kesken. Toikko on kuvannut palvelujen kehittämisen suuntia kuviolla, joka muodostuu neljästä lohkokosta. Ensimmäinen lohko pitää sisällään ammattilaisten osaamisen ja toiminnan kehittämisen. Toisena lohkona kuvataan viral-

lisen palvelurakenteen uudistamista sisäisen tai ylisektoraalisen yhteistyön kehittämällä. Kolmannessa lohkossa kansalaisjärjestöillä on aktiivinen rooli julkisten palvelujen kehittämisessä. Neljänneksi kysymys voi olla palvelujen käyttäjien äänen esille saamisessa virallisen näkökulman rinnalle. (Toikko 2006, 14–15.) Alla oleva kuvio 5 konkretisoi mielestämme hyvin suunnitelmalliseen kehittämiseen vaadittavat tahot.



KUVIO 5. Palvelujen kehittämisen suunnat Toikon mukaan (2006, 14)

8.2 Kehittämistyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua

Kehittämistyössämme oma asemamme ja roolimme arvioijina oli paitsi hedelmällinen, myös haastava; kokemuksemme ja asiantuntijuutemme alalta mahdollistivat syvällisen ymmärryksen teemasta, mutta toisaalta toimiminen ulkopuolisena arvioijana oli mahdotonta. Koska tiedostamme tuon problematiikan, olemme koko prosessin ajan huomioineet arviointimme eettisyyden ja luotettavuuden. Tätä reflektointia on edistänyt kehittämistyön tekeminen työparina ja erityisesti se, ettemme työskentele samassa työyksikössä. Emme ole kokeneita arvioijia, minkä vuoksi haasteena prosessissa oli pyrkiä estämään Virtasenkin mainitsemaa johdatelluksi tuleamista (Virtanen 2007, 236). Arvioijina olemme olleet hyvin lähellä arvioitavia teemoja, minkä vuoksi johtopäätösten ja kehittämis ehdotusten tekeminen on vaatinut erityistä huolellisuutta ja tarkkuutta.

Virtasen mukaan riippumattomuuden problematiikka on yksi tärkeä kriteeri arvioitaessa arviointimenetelmien eettisyyttä ja luotettavuutta (Virtanen 2007, 235). Riippumattomuuden tietoinen pohtiminen on haastattelutilanteen neutraaliuden ja puolueettomuuden kannalta ollut Tuomen ja Sarajärven (2009, 136) mukaisesti tässä kehittä-

mistyössä keskeistä, koska arvioitavana ovat olleet myös tämän Bikva-arvioinnin tekijöiden omat työyksiköt. Tämän johdosta painotimme haastateltaville kriittisen palautteen merkitystä palvelujen kehittämiskohteiden löytämisessä ja pyrimme luomaan ilmapiirin, jossa sen antaminen oli mahdollista. Korostimme haastateltaville myös sitä, että asiakkaiden ja asiakkaita lähellä olevien työntekijöiden kokemukset ovat äärimmäisen tärkeitä, jotta niin sanottu hiljainen tieto saadaan osaksi kehittämistoimia. Vain siten voidaan kerätä tietoa päivittäisistä ilmiöistä sekä siitä, millaisia merkityksiä niille annetaan (Krogstrup 2004, 10).

Haastateltavien anonymiteetin säilyminen on eettisesti ehdottoman tärkeää koko tutkimuksen ajan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138). Haastateltaville kerrottiin arvioinnin tarkoituksesta, haastatteluaineiston käsittelemisestä ja tuhoamisesta sekä mielenterveysfoorumista, jossa tulokset esitetään kirjallisen raportin lisäksi suullisesti. Asiakashaastatteluun osallistujilta pyysimme lisäksi kirjallisen luvan sekä kerroimme haastateltavan mahdollisuudesta keskeyttää arviointi omalta osaltaan prosessin missä tahansa vaiheessa (ks. liite 1.).

Luvussa 5.3.2 kuvasimme haastatteluaineiston keruumetodiamme, joka erosi eri haastateltavaryhmien kohdalla. Asiakashaastatteluissa päädyimme kuvatun kaltaiseen muistiinpanoratkaisuun nauhoittamisen sijaan, koska tutkimuksissa (esim. Paavilainen 2010, 55) haastateltavien on usein todettu jännittävän nauhoitusta. Monille sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaille kriittisen palautteen antaminen nauhoitetussa haastattelussa voi lisäksi olla vaikeaa mahdollisten sanktioiden tai muiden negatiivisten seurausten pelossa (Krogstrup 2004, 26).

Ennen haastattelun alkua ilmaisimme asiakasryhmille, ettei tilanteita nauhoiteta, vaan niistä kirjoitetaan muistiinpanot. Tämä informaatio loi tulkintamme mukaan helpottuneita reaktioita ja otettiin positiivisesti vastaan. Työntekijöiden sekä johtotason haastatteluissa nauhoitimme keskustelut, koska arvioimme, että edellä mainittuja esteitä ei näihin haastattelutasoihin liity ainakaan samassa mittakaavassa. Tämän menettelytavan johdosta meillä olin analyysivaiheessa käytössämme kahdenlaista aineistoa: asiakashaastattelujen muistiinpanot sekä litteroitu materiaali työntekijä- ja johtotason haastatteluista.

Nauhoituksen puuttumisen vuoksi emme voineet asiakashaastattelujen analyysin yhteydessä käyttää suoria lainauksia. Ne olisivat voineet tuoda paremmin esille asiakkaiden omakohtaisia kokemuksia, mutta samalla suorat lainaukset voivat vaarantaa haastateltavien anonymiteetin, erityisesti arvioitaessa pienehkön paikkakunnan palveluja. Paavilainen on lisäksi huomauttanut, että vastauksista irrotetut sitaatit eivät välttämättä osoita pitkälle menevää analyysiä, vaikka voivatkin olla mielenkiintoisia. (Vrt. esim. Paavilainen 52–54, 56, 59.) Ratkaisumme oli tämän kehittämistyön näkökulmasta toimiva myös siksi, ettemme pyrkineet tekemään yksityiskohtaista käsiteanalyysiä vaan etsimään asiakkaiden kokemuksia ja niissä esiintyviä temaattisia korostuksia.

Pohdimme arviointia tehdessämme otoksemme kokoa, koska arviointikohteena on ollut koko palvelujärjestelmä. Virtanen ym. (2011, 41–45) toteavat kuitenkin tapaus-tutkimustensa perusteella, että laadullisesta, vaikka usein pieneksi jäävästäkin otosmäärästä pystytään erottamaan ja ymmärtämään asiakkaiden tarpeita. Tietojen määrälliselle keräämiselle ei katsotakaan olevan niin suurta kysyntää selvitettäessä todellisia asiakkaiden tarpeita. Tässäkin arvioinnissa ei ole pyritty tilastolliseen yleistettävyyteen. Asiakasymmärryksen avulla pyritään löytämään vastauksia siihen, kuinka asiakaslähtöisyys pystytään huomioimaan erilaisten palvelujen käyttäjien kannalta. Asiakasymmärrykselle ei ole vielä löydettävissä vakiintunutta määritelmää, ja asiakastieto ja asiakasymmärrys rinnastetaankin usein samaa tarkoittavaksi asiaksi. Sen muodostuminen vaatii kuitenkin laadullisen asiakastiedon keräämisen lisäksi tiedon analysointia.

Tässä kehittämistyössä yksi mahdollisuus olisi ollut laajentaa asiakasnäkökulmaa kyselyn avulla. Päädyimme kuitenkin siihen, ettei se tämän kehittämistyön puitteissa ja asiakaskunnan kohdalla olisi ollut realistista. Sähköisen Webropol-kyselyn täyttämisen ei olisi onnistunut, koska läheskään kaikilla asiakkaista ei ole tietokonetta tai taitoja sen käyttämiseen. Myös kysymysten asettelu niin, että kaikki vastaajat olisivat ymmärtäneet ne tarkoittamallamme tavalla, olisi ollut äärimmäisen hankalaa. Laadullisen tiedon kerääminen haastatteluilla puolestaan mahdollisti kysymysten toistamisen ja selventämisen. Haastattelun etuna voidaankin pitää joustavuutta, jolloin väärinkäsityksiä voidaan välttää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Määrällisellä kyselytutkimuksella olisimme lisäksi voineet laajentanut arvioinnin *metodista triangulaatiota* eli usealla menetelmällä saatavaa, mahdollisesti laajempaa näkemystä arvioitavasta asiasta. Tässä kehittämistyössä koimme kuitenkin merkittävämmäksi toteuttaa *tutkimusaineistoon liittyvää* triangulaatiota, eli keräsimme kokemuksia samoista asioista eri tiedonantajaryhmiltä (asiakkaat, työntekijät ja johtotaso). Nämä kaikki näkökulmat ovat tärkeitä palvelujärjestelmän arvioinnin kannalta. (Ks. esim. Tuomi & Sarajärvi 2009, 144–145.) Tutkimusaineistoon liittyvää triangulaatiota perustelee myös metodologinen viitekehysemme: Bikva-arviointimallille tyypillistä on haastattelujen monikerroksisuus.

Tärkeää on arvioida myös sitä, kuinka siirrettävyys, yksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereistä, voi toimia tämänkaltaisessa arviointimallissa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten sovellettavuutta laajaan, monimuotoiseen palvelujen käyttäjien perusjoukkoon. (Hänninen ym. 2007, 15–16, 18.) Satunnaisotannasta huolimatta tavoitimme tässä kehittämistyössä haastateltaviemme joukkoon kaikkien eri mielenterveyspalvelujen perustason avohoidon nykyisiä tai entisiä asiakkaita. Siitäkin huolimatta tulee huomioida se, että tulokset ovat luonnollisesti riippuvaisia niistä yksilöistä, jotka palautetta ovat antaneet, eikä objektiivisiin tuloksiin voida edes pyrkiä (ks. esim. Krogstrup 2004, 10).

Nämä luotettavuutta ja eettisyyttä kuvaavat perustelut huomioiden keskeisintä on kuitenkin se, että arviointi raportoidaan riittävän yksityiskohtaisesti ja että arvioinnista tiedottaminen tapahtuu avoimesti ja luotettavasti (ks. myös Hänninen ym. 2007, 18). Arvioinnin keskeinen laatuksiteeri on se, että prosessissa osallisina olevat saavat tiedon arvioinnin tuottamista tuloksista. (Virtanen 2007, 220.) Tässä kehittämistyössä olemme tietoisesti kiinnittäneet tähän huomiota ja aktiivisesti jakaneet tietoa tuloksista sekä johtopäätöksistä kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla.

8.3 Kehittämistyöprosessin arviointia ja jatkotutkimusehdotuksia

Tämän päivän vaatimukset asiakaslähtöisestä toiminnasta, vaikuttavuuden arvioinnista sekä näyttöön perustuvasta työstä haastavat työntekijät kehittämään omaa työskentelyotetta analysoinnin ja arvioinnin avulla. Bikva-arviointimalliin perehtyminen auttoi meitä omaksumaan arvioinnin periaatteita sekä pohtimaan ja käyttämään niitä osana omaa työtä. Asiakasymmärryksen lisääntyminen omassa sekä työyhteisöjen toimin-

nassa vaatii erilaisten palautejärjestelmien suunnittelua ja strategiaa niiden hyödyntämisestä. Bikva-arviointimalliin liittyvien haastattelujen kautta yksilöt eri organisaatioiden tasoilla lähtien asiakastasosta ovat voineet jakaa kokemuksia ja oppia siten toisiltaan. Työntekijähaastattelussa konkretisoitui hyvin yhteisen keskustelun kautta lisääntyvä ymmärrys mm. asiakaspalautteen merkityksestä. Bikva-arviointimalli osoitautui toimivaksi kehittämisen välineeksi niin arvo- ja eettisten asioiden pohtimisen kuin asiakkaiden osallisuuden lisäämisen näkökulmasta.

Sosiaalialan ammattilaisina koemme dialogisuuden olevan erityisen tärkeää luotaessa yhteistä keskustelukulttuuria eri toimijoiden välillä. Myös laajempien strategioiden luomiseen tarvitaan erilaisten näkökulmien kokoamista ja esiintuomista. Lähtökohtana tulee mielestämme olla palvelujen käyttäjien kokemukset, joita myös tällä kehittämistyöllä kerättiin. Arnkil ym. (2000, 55) tuovatkin esille, että nykyinen erikoistuneista spesialisteista koostuva palvelujärjestelmä tuo palvelujen kehittämiseen omat vaikeutensa. Eri toimijat saattavat työskennellä samojen asioiden ja asiakkaiden kanssa ilman yhteistä kieltä ja näkemystä. Hännisen ym. mukaan (2007, 43) on tarpeellista saada aikaan asiakkaiden sekä käytännön työn ammattilaisten dialogisuutta, joka sitten yhdistetään tieteelliseen tutkimukseen. Nämä näkökulmat ovat olleet merkittävänä lähtökohtina tämän kehittämistyön aihetta suunniteltaessa.

Kehittämistyötä voidaan hyödyntää kuntanäkökulmasta arvioitaessa mielenterveyspalveluiden toimintamalleja Savonlinnan kaupungin ottaessa sosiaali- ja terveystalvet, sekä jatkossa mahdollisesti myös erikoissairaanhoidon omiksi järjestämisalueikseen. Saatoimmekin todeta prosessin edetessä arvioinnin olevan ajankohtaisempi kuin sitä aloittaessamme ymmärsimmekään. Meissä kehittämistyön tekijöissä tämä herätti kuitenkin pohdintaa myös siitä, kuinka asiakkaiden kokemukset saadaan valjastettua nopeiden muutosten vallitessa kehittämistoimien lähtökohdaksi tai edes osaksi niitä. Arvioinneista kirjoittaessaan Virtanen (2007) tuokin tärkeänä näkökulmana esille ajoitukseen liittyvät haasteet. Arviointitiedolla on merkitystä vain siinä tilanteessa, että se saadaan käyttöön oikeaan aikaan (Virtanen 2007, 235.) Kehittämistyöprosessin aikana koemme kohdallamme muutosjohtamisen osaamisen lisääntyneen ja ymmärryksen muutosten nopeasyklisyydestä konkretisoituneen.

Seudullamme yleisesti vallinnut epä tietoisuus tulevista muutoksista oli luultavasti osaltaan vaikuttamassa siihen, että yhteistyö työelämän kehittämisen näkökulmasta

tuntui meistä ajoittain raskaalta. Vaikka itse näimme kehittämistyömme ajankohtaisuuden ja käyttökelpoisuuden selkeästi, meistä tuntui siltä, että jouduimme vakuuttelemaan muita tahoja tästä asiasta. Mielestämme osallistamisen kautta pystyimme kuitenkin myös jakamaan hyvin tietoa tulevista haasteista ja kehittämistarpeista, niin omissa työyksiköissämme, kuin myös yhteistyötahojen kanssa. Voi olla niinkin, että nuo kokemukset valmensivat meitä entistä vaativimpiin asiantuntijatehtäviin epävarmuudensietokykyä kasvattaen.

Tämä kehittämistyö voi toimia tiivistettynä tietolähteenä asiakaslähtöisen työn edistämistä ja antaa näkökulmia asiakasymmärryksen syventämiseen uudenlaisen kokemuksen arvostavan työotteen näkökulmasta. Tekemämme arvioinnin tulokset osoittavat sen, ettei kehittäminen vaadi merkittäviä henkilöstölisäyksiä tai toimintojen muutoksia asiakkaiden näkökulmasta. Pikemminkin kyse on luottamuksesta, kokemusten jakamisesta sekä yhteistyömallien ja toimintojen pitkäjänteisestä suunnittelusta. Asiakkailta tullut palaute vahvistaa ajatuksiamme siitä, että asiakaslähtöisyyden kokemus ei ole välttämättä yhteydessä rahaan. Asiakkaiden pysyminen muutosten mukana ja toisaalta suhtautuminen muutoksiin ja kehittämiseen ovat riippuvaisia osallistumismahdollisuuksista ja osallisuuden kokemuksista.

Alaluvussa 8.1 esitettiin kooste tuloksista tutkimuskysymyksiin vastaten. Siinä lopussa kuvasimme kehittämis ehdotuksia Savonlinnan alueen mielenterveyspalvelujen perustason avohoitoa koskien. Tulosten analysointivaiheessa meille konkretisoitui kirjallisuuskatsauksessa vahvasti esiintynyt eri toimijoiden osallisuus asiakaslähtöisen työn kehittämisessä. Kehittämis ehdotukset limittyvät toisiinsa ja vaativat kaikkien toimijoiden osallisuutta asiakkaista poliittisiin päättäjiin. Bikva-arviointi-mallin kehittäneen Krogstrubin mukaan johtajien ja päättäjien vastuu asiakaslähtöisyyden kehittämisestä on suuri, koska kenttätöntekijöiden itsenäisyys asiakastyössä rajautuu työlle asetettuihin raameihin (Krogstrub 2004, 13–15, 29).

Tulosten perusteella löydettyjen kehittämis ehdotusten jatkotyöstäminen vaatii käynnistyäkseen eri tahojen yhteisen näkemyksen aikaansaamista ja kehittämistavoitteiden laatimista esimerkiksi mielenterveysstrategian muodossa. Erilaisten toimintojen jatkuvuuden epävarmuus ja linkittyminen muuhun palvelujärjestelmään vaikuttavat tulosten mukaan yhteistyöhön. Tarkoituksenmukaista mielestämme olikin tässä vaiheessa

jättää ehdottomatta tarkempia kehittämisvastuita tai uudenlaisten toimintojen järjestämistapoja.

Hämmennystä työntekijätasolla aiheutti selvästi keskusteleminen yhteisesti koko palvelujärjestelmästä. Kehittämistyön yhtenä tuloksena onkin se, että on tärkeää kerätä palautetta myös yksikkökohtaisesti, jolloin oman työn kehittäminen on helpompaa. Bikva-arviointitutkimusta voisikin jatkossa kohdistaa myös eri yksiköjä koskevaksi, jolloin hiljaisen tiedon kerääminen mahdollistuisi ja kehittämiskohteet selkiytyisivät yksikkötasolla hyvin. Toisaalta keskusteleminen yli organisaatio- ja työyksikkörajojen auttoi hahmottamaan palvelujärjestelmää kokonaisuutena ja huomaamaan yhteistyön merkittävyyden myös mielenterveystyön vaikuttavuuden kannalta. Jatkotutkimusta mielestämme vaatisi myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä kolmannen sektorin rajapinnoilla tapahtuva työ. Vaikeiden osastohoitokokemusten selvittäminen sekä analysoiminen vielä osastohoidon jälkeen edistäisi tämän kehittämistyön perusteella avohoidon työn onnistumista ja vaikuttavuutta Savonlinnan seudulla.

Asiakaslähtöisyydestä on puhuttu kauan, mutta työkaluja sen kehittämiseen ja ylläpitämiseen täytyy kehittää jatkuvasti. Asiakkaiden tarpeet muuttuvat ja niihin tulee reagoida riittävän nopeasti, että mielenterveystyö on vaikuttavaa niin yksilöiden kuin myös yhteiskunnan näkökulmasta. Olemme halunneet raportoida laajasti työstämme, että sitä voivat hyödyntää päättäjät, mielenterveystyön johtotaso, työntekijät kuin myös palvelujen käyttäjät. Tässä yhteydessä on syytä huomioida asiakkailta esiintynyt epäily arvioinnin todellisista vaikutuksista. Kysymys siitä, onko asiakkaille kokemusten kysymisen kautta luvattu vaikuttaa palveluihin enemmän kuin käytännössä tulee tapahtumaan, herätti meissä Bikva-arvioinnin tekijöissä eettistä pohdintaa. Olemme kuitenkin mielestämme pystyneet kuvaamaan konkreettisia ja realistisia keinoja, joilla voidaan seudullamme vastata asiakkaiden tarpeisiin paremmin. Huomioimme siitä, että mm. Englannissa kokemustiedolla on pystytty vaikuttamaan palveluihin jo lainsäädännön tasollakin, vahvistaa kuitenkin ajatuksiamme kokemusten keräämisen merkityksestä.

Opinnäytetyöprosessi loppuu tähän teoreettiset asiat ja empiiriset arviointitulokset sekä kehittämisehdotukset esittelevään raporttiin. Opinnäytetyö on kasvattanut meitä työntekijöitä erityisesti kehittämis- ja arviointityöhön, mutta myös verkostotyöskenteilyn ja rajapintoja ylittävän yhteistyön näkökulmasta. Innostus arviointiin, työn vaikut-

tavuuden todentamiseen sekä todellisen asiakasymmärryksen kehittämiseen asiakkaiden kokemuksia ja tieteellistä tietoa yhdistäen kasvoi kehittämistyötä tehtäessä. Olemme tässä työssä ammattilaisina kuitenkin vasta alussa.

LÄHTEET

Aho, Päivi 1999. Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja 1999. Sosiaalityöntekijäin Liitto ry: Porvoo Werner Söderström Osakeyhtiö.

Ammattieettinen lautakunta 2005. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammatilliset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Helsinki: Kinnestasis Oy.

Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: AKATIIMI Oy.

Arnkil, Tom Erik, Eriksson, Esa & Arnkil, Robert 2000. Kunnallisten palveluiden dialoginen kehittäminen. Ylisektoraalinen lastensuojelu, vanhustenhuolto ja kaupunkipolitiikka. Palmuke-raportti. Toimittanut Petteri Halme. Helsinki: Työministeriö.

Ahlblad, Jaana 2012. Savonlinna notkisti psykiatrinsa. Mediuutiset. Verkkolehti. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/savonlinna+notkisti+psykiatrinsa/a777899>. Päivitetty 15.12.2012. Luettu 21.2.2012.

Beresford, Peter 2007. The role of service user research in generating knowledge-based health and social care: from conflict to contribution. Evidence & Policy. A Journal of Research, Debate and Practice 3 (3), **SIVUT?**

Beresford, Peter 2010. Re-Examining Relationships Between Experience, Knowledge, Ideals and Research: A Key Role for Recipients of State Welfare and Their Movements. Social Work and Society. International Online Journal 8 (3). <http://WWW.socwork.net/sws/article/view/19/56>. Päivitetty 19.6.2011. Luettu 28.10.2012.

Beresford, Peter & Salo, Markku 2008. Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palvelujen käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

Biaudet, Eva & Järvinen, Pekka 1999. Avo- ja laitoshoidon määrittäminen kunnallisten palvelujen ja sosiaalivakuutusetuksen yhteensovittamiseksi. Määräyskokoelma. 1999:81. Sosiaali- ja terveysministeriö 1999. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/nolo81/a&lhoito.htm#8/>. Päivitetty 13.1.2000. Luettu 3.4.2012.

Borg, Pekka, Högnabba, Stina, Kilponen, Marja-Riitta, Kopisto, Kaisa, Korteniemi, Pertti, Paananen, Ilkka & Pietilä, Niina 2008. Arviointi työtavaksi. Kokemuksia asiakastyön arvioinnin kehittämisestä Helsingin sosiaalivirastossa. Helsinki: Yliopistopaino.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Euroopan yhteisöjen komissio 2005. VIHREÄ KIRJA. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoiteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. PDF-dokumentti.

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fi/com/2005/com2005_0484fi01.pdf. Päivitetty 14.10.2005. Luettu 11.04.2012.

Forsman, Anna, Hetrberts, Kjell, Aromaa, Esa, Tuulari, Jyrki & Wahlbeck, Kristian 2009. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Menetelmäraportti. Helsinki: Valopaino Oy.

Forsman, Sinikka 2003. Toimeentulotukiasiakkuus, terveysongelmat ja auttamissuhteen käyttämättömät mahdollisuudet. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY Ry. Helsinki: Edita Publishing Oy, 24–42.

Fröjd, Sari, Laurila, Anne-Mari, Kilkku, Nina & Kaltiala-Heino, Riittakerttu 2003. ARVO-mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 19/2003. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Glasby, Jon & Beresford, Peter 2006. Commentary and Issues: Who knows best? Evidence-based practice and the service users contribution. *Critical Social Policy* 26 (1), 268–284.

Harajärvi, Minna, Pirkkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hirsikoski, Riitta 2006. Tartu arviointiin. Asiakaslähtöisen Bikva-mallin toteutus. Vaasan kaupunki: Painatuskeskus.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyväri, Susanna 2011. Kokemuslähtöinen osallistava tutkimus. Tiedon tuottajat ja käyttäjät - seminaarin Powerpoint-esitys.
http://www.diaktutkii.fi/docs/Praba/Praba_Hyvari.pdf. Päivitetty 28.4.2011. Luettu 3.4.2012.

Hyväri, Susanna & Salo, Markku 2011. Miksi asumispalvelujen kehittämisessä tarvitaan palvelujen käyttäjien osallistumista? Suuntaaja 1, 13–17.
<http://www.aspa.fi/digijulkaisut/suuntaaja/Suuntaaja12011.pdf>. Päivitetty 16.11.2011. Luettu 3.4.2012.

Hänninen, Kaija, Julkunen, Ilse, Hirsikoski, Riitta, Högnabba, Stina, Paananen, Ilkka, Romo, Henna & Thomasen, Tarya 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti Bikva-arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakes. Raportteja 6/2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Högnabba, Stina 2008. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointijärjestelmän vaikutuksista. Stakes. Raportteja 34. Helsinki: Valopaino Oy.

Immonen, Tuula, Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha (toim.). Mielekäs Elämä! – ohjelman loppuraportti 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2003:8. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Immonen, Tuula 2005. Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Stakes. Aiheita 15/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Jankko, Terhi 2008. Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujiin ja omaisten ryhmäkeskusteluissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Julkunen, Raija 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Juujärvi, Hannele, Myyry, Liisa & Pessa, Kaija 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kaarakainen, Minna 2010. Rakenteet muuttuvat - miksi ja mihin suuntaan? Seminaariesitys. Pdf-dokumentti. Itä-Suomen yliopisto. http://viisaankivi.fi/filebank/11026-minna_kaarakainen_kannonkoski141210.pdf. Päivitetty 12.12.2010. Luettu 20.2.2012.
- Kaivosoja, Matti 2006. Kuntoutujien osallisuudelle annettava mielenterveystyössä enemmän tilaa. Pääkirjoitus. Suomen lääkirlehti 11, 1193.
- Kaivosoja, Matti & Lassila, Antero 2007. Pohjanmaa-hanke hyvinvointia etsimässä. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kananoja, Aulikki, Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva: PS-kustannus.
- Kaseva, Kaisa 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki.
- Kemppanen, Kirsti & Hämäläinen, Eija-Riitta 2011. Kotihoidon / kotisairaanhoitojen palvelut. Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Sosterin kotihoito. Moniste.
- Kiikkala, Irma 2000. Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna, Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 112–121.
- Kivipelto, Minna 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Stakesin työpapereita 17/2008. Helsinki: Valopaino Oy.
- Klubitalo-projektin toimintakertomus 2011. LinnaKlubi.
- Kokkola, Anita, Kiikkala, Irma, Immonen, Tuula & Sorsa, Minna 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Korhonen, Heli. Potilasasiamiestoiminta 2010. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Moniste.
- Korhonen, Heli. Potilasasiamiestoiminta 2011. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Moniste.
- Krogstrup, Hanne Kathrine 2004. Asiakaslähtöinen arviointi. Bikva-malli. Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.
- Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden tutkimukseen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kuntalaisten ja asiakkaiden osallisuutta lisäävät menetelmät Espoon sosiaali- ja terveystoimessa 2010. Miten toteutamme asiakas- ja asukaslähtöisyyttä palveluiden ja toiminnan suunnittelussa, toteuttamisessa, arvioinnissa ja parantamisessa. Asiakkaiden osallisuutta lisäävät menetelmät 06/2010.
http://www.jelli.fi/lataukset/2011/05/Espoon_osallistavat_menetelmät_kesakuu.2010-2.pdf. Päivitetty 23.6.2010. Luettu 9.4.2012.
- Kuntoutussäätiö 2012. Kuntoutusportti. www-dokumentti.
http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/kohderyhmät/mielen_terveyskuntoutus/. Ei päivitystietoja. Luettu 20.2.2012.
- Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa 2009. Laitila, Minna & Järvinen, Tiia (toim.). Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 6. Helsinki: Yliopistopaino.
- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Kopijyvä Oy. Väitöskirja.
- Laitila, Minna 2011. Asiakkaan osallisuus mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Suuntaaja 1, 8-12. Sähköinen lehti erityisryhmien asumisesta.
<http://www.aspa.fi/digijulkaisut/suuntaaja/Suuntaaja12011.pdf>. Päivitetty 16.11.2011. Luettu 3.4.2012.
- Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli 2010. Asiakkuus sosiaalityön ydinteema. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Päivitetty 17.8.1992. Luettu 21.2.2012.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Päivitetty 22.9.2000. Luettu 4.6.2011.
- Lassila, Antero 2006. Prosessiajattelu mielenterveystyön kehittämisessä ja johtamisessa. Suomen lääkärilehti 36, 3615–3620.

Lehtinen, Ilona 2011. Kokemustieto asiantuntemuksen lähteenä. Suuntaaja 1, 18–19. Sähköinen lehti erityisryhmien asumisesta. <http://www.aspa.fi/digijulkaisut/suuntaaja/Suuntaaja12011.pdf>. Päivitetty 16.11.2011. Luettu 3.4.2012.

Lindh, Jari & Suikkanen, Asko 2008. Kommunikatiivisen arviointikulttuurin jäljillä. Kuntoutus 3, 68–73.

Mertaniemi, Anna-Maija, Suhonen, Marjo & Paasivaara, Leena 2011. Asiakaslähtöisen johtamisen painopisteet terveysalalla - kirjallisuuskatsaus. Premissi 6, 31–36.

Metteri, Anna 2003. Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämis ehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Helsinki: Edita Publishing Oy, 156–175.

Mielenterveysbarometri 2011. Mielenterveyden keskusliitto. Dia-esitys.TNS- gallup. <http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x946407=1230924>. Päivitetty 22.11.2011. Luettu 7.4.2012.

Mielenterveyslaki 1116/1990. WWW-dokumentti <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Päivitetty 30.12.2010. Luettu 13.3.2012.

Mielenterveysvastaanoton esite 2012. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Perusterveydenhuolto. Mielenterveystyö. Moniste.

Mielitiimin esite 2012. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Perusterveydenhuolto. Mielenterveystyö. Moniste.

Moring, Juha 2010a. Mielenterveyspalvelut hoitopääsytietojen valossa. Teoksessa Partanen, Airi, Moring, Juha, Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 31–35.

Moring, Juha 2010b. THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Partanen, Airi, Moring, Juha, Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 64–70.

Narkilahti, Riitta 2003. Totta vai satua? Omaishoitajan arki ja kokemukset palvelujärjestelmän toiminnasta. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämis ehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita Publishing Oy, 91–106.

Norlamo-Saramäki 2009. Asiakaslähtöisyyden ristiaallokossa. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Marginalisaatiokysymysten sosiaalityön erikoisala. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus.

- Paavilainen, Päivi 2010. Asiakkaan ääni – kuuluviin? Bikva-arviointimenetelmän soveltaminen erään kaupungin aikuissosiaalityössä. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma.
- Partanen, Airi, Moring, Juha, Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 2010. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Peräkoski, Hannele, Riihimäki, Kirsi, Vuorilehto, Maria & Kuosmanen, Lauri 2009. Kotihoidon mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi: Vantaan kaupungin paino.
- Pesonen, Arja 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Pohjola, Anneli 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus.
- Rajavaara, Marketta 2006. Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Rantakari, Sini-Maarit 2005. ”Toivottavasti siellä sit saa äänensä kuuluvaks”. Asiakaslähtöisyys sosiaalityössä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. Sosionomi (ylempi amk). Opinnäytetyö.
- Rose, Diana 2009. Survivor-produced Knowledge. Teoksessa Sweeney, Angela, Beresford, Peter, Faulkner, Alison, Nettle, Mary & Rose, Diana (toim.) This Is Survivor Research, Ross-on-Wye: PCCS Books, 38–42.
- Ruotsalainen, Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna, Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 7–32.
- Salo, Markku 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 22/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Satka, Mirja 1993. Kansalaiskeskeinen sosiaalityö - utopia ja vaihtoehto. Sosiaalityöntekijä 3, 23–26.
- Sorsa, Minna 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Stakes. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf. Päivitetty 4.5.2006. Luettu 26.2.2012.

- Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20003:8. Helsinki:EditaPrima Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Pdf-tiedosto.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf. Päivitetty 19.7.2010. Luettu 22.2.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Raportteja ja muistioita. PDF- dokumentti.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1578410. Päivitetty 2.2.2012. Luettu 23.2.2012.
- Suomen perustuslaki 731/1999. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Päivitetty 4.11.2011. Luettu 17.3.2012.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Päivitetty 30.12.2010. Luettu 28.2.1012.
- Toikko, Timo 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. Työpoliittinen Aikakauskirja 3, 13–22.
- Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuori, Timo 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1, 1–4. Sähköinen lehti erityisryhmien asumisesta. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>. Päivitetty 24.1.2012. Luettu 30.3.2012.
- Tuusa, Matti 2005. Sosiaalityö ja työllistäminen. Kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytännöt kuntien aktivointi ja työllistämispalveluissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus.
- Upanne, Maila, Stengård, Eija & Lohilahti, Mikko 2005. Mielenterveystyön kehittäminen laatusuosituksen avulla. Menetelmäraportti. Stakes. Aiheita 6/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Valokivi, Heli 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Acta Universitas Tamperensis 1286. Tampere: Tampere University Press.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2009. Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Vesterinen, Marja-Liisa (toim.) 2011. SOTE-ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Iisalmi: Painotalo seiska Oy.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Virtanen, Petri 2000. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Virtanen, Petri, Suoheimo, Maria, Lamminmäki, Sara, Ahonen, Päivi & Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Helsinki.
- Vuokko, Pirjo 1997. Mitä on asiakaslähtöisyys? Teoksessa Vuokko, Pirjo (toim.) Avaimena asiakaslähtöisyys. Yritysjulkaisut. Helsinki: Oy Edita Ab, 11–51.

SUOSTUMUS

Suostun sosionomi (YAMK) –tutkintoa opiskelevien Aija Silfstenin ja Hanna-Mari Toiviaisen haastateltavaksi heidän opinnäytetyöhönsä, jonka aiheena on asiakasnäkökulma mielenterveyspalvelujen avohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kokemustietoa, jonka perusteella palveluita voidaan kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita.

Olen saanut riittävästi tietoja tutkimuksen ja haastattelun tavoitteista sekä toteutustavasta, ja minulla on oikeus keskeyttää osallistumiseni haastatteluun ja tutkimukseen, jos niin haluan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista eikä henkilöllisyyteni tule esille tutkimustuloksissa. Haastattelijat sitoutuvat säilyttämään haastatteluaineistoa niin, ettei se joudu muiden käsiin sekä tuhoamaan aineiston käytön jälkeen.

Annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiseen ja siinä kerättyjen tietojen käyttöön tutkimuksessa.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Kiitos osallistumisestasi!

Aija Silfsten
puh: 044 417 2068

Hanna-Mari Toiviainen
puh: 044 519 5001

ASIAKKAIDEN NÄKÖKULMA **MIELENTERVEYSPALVELUJEN AVOHOIDOSTA**

TEEMA 1. MILLAISTA MIELENTERVEYSPALVELUA OLET SAVONLINNASSA SAANUT?

- MILLAISIA KOKEMUKSIA SINULLA ON HYVÄSTÄ MIELENTERVEYSPALVELUSTA SAVONLINNASSA?
- MIKÄ ON MIELESTÄSI MIELENTERVEYSPALVELUISSA TÄRKEINTÄ? MILLAINEN PALVELU ON HYVÄÄ?
- KOETKO, ETTÄ LÖYDÄT MIELENTERVEYSPALVELUT HELPOSTI (PÄÄSET NIIDEN PARIIN; KULKEMINEN, TARVITTAESSA KOTIIN, MATALA KYNNYS/HELPPO OTTAA TUKEA JA APUA VASTAAN)?
- OLETKO SAANUT RIITTÄVÄSTI TIETOA MIELENTERVEYSPALVELUISTA?
- KOETKO, ETTÄ SAAT SELLAISTA APUA JA TUKEA KUIN TARVITSET JA SILLOIN KUN TARVITSET?
- ONKO SINULLE NIMETTY YHTEYSHENKILÖ/TUKIHENKILÖ/OMAOHITAJA, KENEEN TIEDÄT VOIVASI OTTAA YHTEYTTÄ?
- KOETKO, ETTÄ AVOHOIDON MIELENTERVEYSPALVELUJEN VAIHTOEHDOT OVAT RIITTÄVÄT (ILMAN SAIRAALAOHITOAA)? SAATKO APUA JA TUKEA ARKIELÄMÄN ONGELMISSA?
- MILLAINEN PALVELU TUKEE SINUA PARHAITEN, ETTÄ SAIRAALAOHITOAA EI TARVITA?
- MILLAINEN KOKEMUS SINULLA ON SIITÄ, PÄÄSETKÖ SAIRAALAOHITOON, JOS ON TARVETTA?
- MILLAISTA PALVELU ON OLLUT? KUNNIOITTAVA KOHTELU, YHTEISTYÖ, ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS?
- KOETKO OLEVASI TASAVERTAINEN PALVELUJEN SAAMISEN SUHTEEN KUIN MUUTKIN KUNTALAISET?

TEEMA 2. MILLAISIA KEHITTÄMISTARPEITA PALVELUJEN SUHTEEN OLISI?

- MILLAISIA ASIOITA MIELENTERVEYSPALVELUISSA TULISI KEHITTÄÄ, PARANTAA?
- MILLAISIA HUONOJA KOKEMUKSIA SINULLA TULEE MIELEEN MIELENTERVEYSPALVELUISTA?
- MILLAISTA TUKEA TAI HOITOAA HALUAISIT MIELENTERVEYSPALVELUJEN TULEVAISUUDESSA? JOS PALVELUT OLISIVAT PAREMPIA KUIN NYT, NIIN MILLAISIA NE OLISIVAT?

Asiakkaiden haastattelun runko

TEEMA 3. MITEN OSALLISUUS OMAAN HOITON, KIRJALLISIIN SUUNNITELMIIN JA PALVELUIHIN ON TOTEUTUNUT?

- SAATKO VAIKUTTAA OMIIN PALVELUIHIN JA HOITON TARPEEKSI? KUUNNELLAANKO MIELIPITEITÄSI?
- VOITKO JA USKALLATKO ANTAA PALAUTETTA HOIDOSTA JA PALVELUISTA?
- ONKO SINULTA KYSYTTY MIELIPIDETTÄ MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄSTÄ HOIDOSTA JA PALVELUISTA?
- KOETKO, ETTÄ ANTAMASI PALAUTE OTETAAN VAKAVASTI JA SILLÄ ON VAIKUTUSTA PALVELUJEN PARANTAMISEEN?
- ONKO SINULLE ANNETTU RIITTÄVÄSTI TIETOA MAHDOLLISISTA VAIHTOEHDOISTA MIELENTERVEYSTYÖHÖN LIITTYEN?
- OLETKO SINÄ OLLUT MUKANA AKTIIVISESTI SUUNNITTELEMASSA OMAA HOITO-, PALVELU- TAI KUNTOUTUSSUUNNITELMAA?
- TIEDÄTKÖ MITÄ SUUNNITELMASSA LUKEE, MILLAISIA ASIOITA ON SUUNNITeltu?
- ONKO LÄHEISESI SAANUT OLLA MUKANA HOIDON JA PALVELUJEN SUUNNITTELUISSA?
- MILLAISelta OMIEN MIELIPITEIDEN KERTOMINEN TÄLLÄ TAVOIN TUNTUU?
- ONKO SE MIELESTÄSI TÄRKEÄÄ?
- HALUAISIKO OSALLISTUA OMIEN KOKEMUSTEN KERTOMISEEN JATKOSSA?
- OLISIKO SINULLA VIELÄ MUUTA VIESTIÄ MIELENTERVEYTTÄ TUKEVISTA ASIOISTA PÄÄTTÄJILLE?

Työntekijöiden haastattelun runko

TYÖNTEKIJÖIDEN RYHMÄHAASTATTELU

1. MIELENTERVEYSPALVELUJEN AVOHOIDON ASIAKASLÄHTÖISYYS SAVONLINNAN ALUEELLA

Millaisia ajatuksia teille tuli asiakaspalautteen tiimoilta?

Edellytyksiä asiakaslähtöisyyden toteuttamiselle?

Kolmannen sektorin merkitys työssänne?

2. MILLAISIA TARPEITA ON MIELENTERVEYSPALVELUJEN AVOHOIDON KEHITTÄMISEEN SAVONLINNAN ALUEELLA ASIAKKAIEN PALAUTTEEN PERUSTEELLA

Miltä arki näyttää teidän työssänne?

Miten asiakkaiden toiveita voisi huomioida?

Miten koette palveluohjauksen järjestämisen?

Mitä ajatuksia asiakkaiden kokemukset kiireestä teissä herättää?

Mitä kiireen vähentämiseksi voisi/pitäisi mielestänne tehdä?

Miten resursseja tulisi jatkossa suunnata?

Onko mielenterveyspalvelujen avohoidon yhteistyö ollut toimivaa?

Kuinka tiedottamista asiakkaille voisi mielestänne parantaa?

Millaisia muutoksia mielenterveyspalveluissa tulisi tehdä, etteivät asiakkaat kokisi niitä leimaaviksi?

Työntekijöiden haastattelun runko

3. ASIAKKAIDEN OSALLISUUS OMAAN HOITOOON JA KUNTOUTUKSEEN

Asiakkaan osallisuus omassa hoidossa ja kuntoutuksessa?

Millä keinoin asiakkaiden osallisuutta voitaisiin lisätä?

Miten asiakastyön hoidon- ja kuntoutuksen suunnitelmien teko tulisi mielestänne toteuttaa?

Miten asiakaspalautetta tulisi hyödyntää jatkossa?

Mitä asioita kokisitte tärkeäksi käsitellä seuraavassa haastattelussa (johtotaso)?

Johtotason haastattelun runko

JOHTOTASON RYHMÄHAASTATELU

Millaisia ajatuksia teille heräsi palautteen tiimoilta?

Avohoidon perusterveydenhuollon lääkäripalvelut

Miltä lääkäripalvelujen toive teistä kuulostaa?

Kiire

Miten voisi vaikuttaa asiakkaiden ja työntekijöiden kuvaamaan kiireeseen?

Yhteistyö

Minkälainen näkemys teillä on yhteistyön toimivuudesta mielenterveystyön avopuolen toimijoiden välillä?

Palveluohjaus

Mikä taho mielestänne tällä hetkellä vastaa palveluohjauksesta?

Onko teillä samanlainen näkemys palveluohjauksen puutteellisuudesta kuin miten asiakkaat ja työntekijät ovat sen kokeneet?

Miten mielestänne ajankohtainen tieto toimivimmin välittyisi kaikilla osapuolille?

Palautteen merkitys ja kerääminen

Millä tavalla tällä hetkellä arvostetaan ja otetaan huomioon asiakkaiden kokemuksia ja tietoa mielenterveyspalvelujen kehittämisessä?

Millaisia ajatuksia teissä herätti asiakkaiden kokemus siitä, etteivät he olleet tietoisia palautteen automahdollisuuksista? Tai ettei sillä ole merkitystä, mistä se voi johtua?

Millainen palautejärjestelmä tukisi mielenterveystyön avohoidon kehittämistä?

Johtotason haastattelun runko

Osallistaminen

Mitä keinoja asiakkaiden osallistamisen lisäämiseen tarvittaisiin ja olisi syytä kehittää?

Miltä alhaalta ylöspäin etenevän Bikva-arviointimallin käyttäminen tuntuu työn kehittämisen näkökulmasta?

Mitä asioita haluaisitte viedä päättäjien tietoisuuteen?

