
**Henkilökunnan näkemyksiä asiakkaan osallisuudesta
ja kuulluksi tulemisesta verkostopalaverissa**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Sosiaalialan koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2015

Anne Forstadius



HÄMEENLINNA

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosiaalipedagoginen sosiaalityö

Tekijä	Anne Forstadius	Vuosi 2015
Työn nimi	Henkilökunnan näkemyksiä asiakkaan osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta verkostopalaverissa	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa henkilökunnan näkemyksistä asiakkaan osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta verkostopalaverissa. Tarkoituksena oli rakentaa kuva siitä, mikä verkostopalaverissa on henkilökunnan näkemyksen mukaan oleellista asiakkaan osallisuuden ja kuulluksi tulemisen kannalta. Tulosten avulla asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemisen kokemusta voidaan parantaa.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä olivat käsitykset kehitysvammaisuudesta ja mielenterveydestä sekä asiakkaan osallisuuteen liittyviä määritelmiä. Tässä opinnäytetyössä verkostopalaveri eli verkostoneuvottelu tarkoittaa moniammatillista kokousta, jossa kehitysvammaisen tai muun erityistarpeisen asiakkaan palveluista tai kuntoutuksesta sovitaan.

Työn toimeksiantajana oli eteläsuomalainen palveluntarjoaja, joka halusi kehittää verkostopalaveria asiakaslähtöisemmäksi. Organisaation asiakaina ovat henkilöt, joilla on vaativia erityistarpeita liittyen esimerkiksi mielenterveyteen ja kehitysvammaisuuteen. Verkostopalaveri on asiakkaan elämään voimakkaasti vaikuttava tekijä, sillä joidenkin asiakkaiden kohdalla palaverin päätökset vaikuttavat heidän elämäänsä ja asuinpaikkaansa. Tästä syystä asiakkaan osallisuus omaan palaveriin on erityisen tärkeää.

Tutkimus oli laadullinen ja aineisto kerättiin teemahaastattelemalla kolmea organisaation kuntoutustyöntekijää. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Keskeisimpinä tutkimustuloksina ilmeni, että vastuuhoitajan rooli oli merkittävä asiakkaan osallisuuden mahdollistajana verkostopalaverissa. Palaverin eri vaiheista ennakointi sekä palaverin läpikäyminen jälkikäteen osoittautuivat itse palaveria tärkeimmiksi vaiheiksi.

Avainsanat osallisuus, asiakaslähtöisyys, verkostopalaveri, kehitysvammaisuus, vastuuhoitaja

Sivut 49 s. + liitteet 1 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Social Services
Sociopedagogical Social Work

Author	Anne Forstadius	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	The Employees' Views on Client Involvement, And on How a Client Is Being Heard in Net- work Meeting	

ABSTRACT

The objective of this thesis was to provide information about the employees' views on client involvement, and on how a client is being heard in network meetings. The purpose of this thesis was to describe essential points related to client engagement from the employees' point of view. The results of this thesis can be used for improving client involvement and their experience of being consulted.

The theoretical framework consisted of perceptions of intellectual disabilities, mental health and of client involvement. In this thesis the concept of network meeting stands for a multi-professional meeting in which an individual rehabilitation and service plan for a person with an intellectual disability or other special needs will be agreed.

The thesis was commissioned by a service provider in Southern Finland. They wanted to develop the network meeting into a more client-oriented direction. The clients of this organization have demanding special needs, for example related to mental health and intellectual disability. A network meeting may have a strong influence on a client's life through its impact on the client's living conditions. Therefore, client involvement is especially important.

This thesis was qualitative. The data were collected from three rehabilitation workers in thematic interviews. The data were analyzed by using content analysis. The main results of the study showed that a primary nurse had an essential role in enabling client involvement in the network meeting. Preparation phase as well as going through the meeting afterwards turned out to be more important than the actual network meeting.

Keywords involvement, client-oriented approach, network meeting, intellectual disability, primary nurse

Pages 49 p. + appendices 1 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITYSVAMMAISUUS.....	2
2.1	Kehitysvammaisuuden käsite.....	2
2.1.1	Sosiaalinen näkökulma.....	3
2.1.2	Toimintakyvyn näkökulma.....	4
2.2	Mielenterveys ja kehitysvammaisuus.....	5
2.3	Palvelujärjestelmä.....	7
2.3.1	Palvelujärjestelmän muutos.....	7
2.3.2	Lainsäädäntö.....	8
2.3.3	Kuntoutuminen.....	9
2.3.4	Verkostotyö.....	10
3	ASIAKKAAN OSALLISUUS.....	11
3.1	Lähtökohdat.....	12
3.2	Asiakkuus ja osallisuus palvelujärjestelmässä.....	13
3.3	Esteettömyys luo osallisuutta.....	14
3.4	Osallisuuden tasot.....	15
3.5	Vuorovaikutus.....	16
3.5.1	Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu.....	16
3.5.2	Kommunikaatio.....	17
3.5.3	Dialogisuus.....	18
4	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET.....	18
4.1	Hankkeet.....	19
4.2	Tutkimukset.....	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
5.1	Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	22
5.2	Toimintaympäristön kuvaus.....	22
5.3	Aineiston hankinta.....	23
5.3.1	Aineiston keruu.....	24
5.3.2	Aineiston analyysi.....	25
5.3.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	26
6	TULOKSET.....	27
6.1	Vastuuhoitajan rooli.....	27
6.2	Vastuuhoitajan tuki verkostopalaverin vaiheissa.....	28
6.3	Asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys ja itsemäärääminen.....	30
6.4	Käytännön järjestelyt ja asenteet.....	32

7	JOHTOPÄÄTÖKSET	34
7.1	Osallisuus verkostopalaverin eri vaiheissa.....	35
7.2	Asiakkaan osallistuminen ja kuuleminen	36
7.3	Palaverikäytännöt osallisuuden mahdollistajina.....	38
7.4	Asenteet ja vuorovaikutukselliset taidot	39
8	YHTEENVETO JA POHDINTA.....	40
8.1	Yhteenveto	40
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	41
8.3	Pohdinta.....	41
8.4	Jatkotutkimukset.....	42
	LÄHTEET	43

Liite 1 Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Asiakkaan osallisuus on ollut 2000-luvulta lähtien kehittämisen kohteena muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmissa. Asiakkaan osallisuutta korostavat myös Suomen vammaispoliittinen ohjelma sekä Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista. Osallisuus on yksilön vaikuttamista omiin asioihin ja yhteisöön-sä ja se nähdään myös syrjäytymisen vastavoimana.

Osallisuus on käsitteenä laaja, mutta tässä opinnäytetyössä se ymmärretään omaan elämään vaikuttamisena, oman mielipiteen esille tuomisena ja kuulluksi tulemisen kokemuksena. Jotta osallisuus on mahdollista, tulee fyysisen ja sosiaalisen ympäristön tukea osallisuutta. Se tarkoittaa esteettömyyttä eli saavutettavuutta ympäristössä ja palveluissa kaikille tasavertaisesti, mahdollistaen yhdenvertaisuuden ja vähentäen syrjintää.

Opinnäytetyö tehtiin eteläsuomalaiselle palveluntarjoajalle, jonka asiakaina ovat henkilöt, joilla on vaativia erityistarpeita. Ne voivat liittyä muun muassa kehitysvammaisuuteen, mielenterveydenhäiriöihin tai autismin kirjon ongelmiin. Palveluna tarjotaan kriisi-, intensiivi- ja kuntoutusjaksoja sekä organisaatio tuottaa vastoin tahtoa tehtävän tutkimuksen ja erityishuollon toteutuksen. Opinnäytetyön tekijä oli työskennellyt organisaatiossa erimittaisia sijaisuuksia ja osallistunut muutamaan verkostopalaveriin.

Erityishuoltoa annetaan henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja hän ei saa tarvitsemiaan palveluita muiden lakien nojalla. Erityishuollon tarpeessa olevalle henkilölle laaditaan aina erityishuolto-ohjelma, joka on laadittava mahdollisuuksien mukaan henkilön itsensä ja hänen holhoojansa tai muun huoltajansa sekä sosiaalilautakunnan kanssa. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä, kuinka kehitysvammaisen mielenterveys- tai käytöshäiriöisen asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemistä voidaan tukea verkostopalaverissa. Verkostopalaverilla eli verkostokokouksella tarkoitetaan moniammatillista kokousta, jossa laaditaan asiakkaan palvelu- tai kuntoutussuunnitelma tai erityishuolto-ohjelma. Verkostopalaverissa voidaan sopia myös asiakkaan tarpeesta esimerkiksi vastentahtoiseen hoitoon. Suunnitelmat tehdään yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä mahdollisuuksien mukaan kuntoutujan kanssa. Suunnitelman tekemiseen voivat osallistua myös omaiset ja läheiset.

Opinnäytetyö tehtiin ilman toimeksiantajan tietoja yhteistyöorganisaation eettisen lautakunnan suositusten perusteella. Myös Hämeen ammattikorkeakoulun tavoitteena on julkiset opinnäytetyöt.

Teoreettisena viitekehyksenä ovat erilaiset määritelmät kehitysvammaisuudesta sekä kehitysvammaisuuden ja mielenterveyshäiriöiden yhtäaika-

sesta esiintymisestä. Niiden avulla saadaan yleiskuva asiakasryhmästä, joiden kuntoutuksesta ja palveluista verkostopalaverissa keskustellaan. Muita teoreettisia viitekehyksiä ovat määritelmät asiakkuudesta ja osallisuudesta, jotka ilmentävät kuinka tärkeää on asiakkaan osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.

Opinnäytetyö oli laadultaan kvalitatiivinen ja sen aineistonhankinta toteutettiin teemahaastattelemalla kolmea kuntoutusta ohjaavaa työntekijää, joista käytetään tässä opinnäytetyössä nimellä hoitaja, kuten organisaatiosakin heitä kutsutaan. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä ja se teemoiteltiin teorian ja intuition ohjaamina tuloksiksi, joiden toivotaan tuottavan uutta tietoa asiakkaan osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta verkostopalaverissa. Tutkimuksen tuottaman tiedon pohjalta voidaan asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemistä kehittää verkostopalaverissa.

2 KEHITYSVAMMAISUUS

Kehitysvammaisuutta voidaan määritellä erilaisista näkökulmista. Perinteisesti kehitysvammaisuutta on tarkasteltu lääketieteen näkökulmasta, jolloin kiinnostuksen kohteena ovat olleet vamman syyt ja sen vaikutukset ihmisen terveydentilaan ja hyvinvointiin. Kehitysvammaisuutta määriteltäessä on verrattu henkilön ominaisuuksia niihin tiloihin, joita lääketieteessä pidetään normaalina, terveenä ja vammattomana. (Lääketieteellinen näkökulma 2014.)

Kuntoutuksellisesta näkökulmasta henkilöä pyritään kuntouttamaan toimintakykyä ylläpitämällä ja sitä parantamalla. Kuntoutus voidaan jakaa useaan eri osa-alueeseen, joissa henkilön toimintakykyä kehitetään. (Kas-ki, Manninen & Pihko 2012, 218–219.) Sosiaalisessa näkökulmassa kehitysvammaisuutta tarkastellaan yhteisön ja yksilön välisenä suhteena ja se haluaa muistuttaa, että kehitysvammainen henkilö on samanlainen kuin kaikki muutkin (Seppälä & Rajaniemi 2013).

Koska opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kehitysvammaisten mielen-terveyshäiriöisten henkilöiden osallisuuden tukemista verkostopalaverissa, on syytä selostaa kehitysvammaisuuden ja mielen-terveyden käsitteitä sekä niiden yhtäaikaista esiintymistä. Ensimmäiset kappaleet käsittelevät kehitysvammaisuuden määritelmiä ja mielen-terveyttä. Luvussa 2.3. kerrotaan palvelujärjestelmässä tapahtuneista muutoksista, käydään läpi keskeistä lainsäädäntöä, avataan kehitysvammaisen kuntoutusta sekä esitellään verkostopalaverin eli verkostoneuvottelun käsitettä.

2.1 Kehitysvammaisuuden käsite

Kehitysvammaisuudella tarkoitetaan ymmärtämisen ja käsityskyvyn alueella olevaa vammaa, jolloin käsitteellinen ajattelu sekä uusien asioiden oppiminen ovat vaikeampia kuin muille (Matero 2006, 8). Kehitysvammaisen henkilön on myös vaikeampi soveltaa oppimiaan asioita uusissa tilanteissa sekä itsenäisen elämän hallinta on vaikeampaa. Kehitysvamma ilmenee laaja-alaisena ja henkilön sosiaaliset, kielelliset, älylliset ja moto-

riset taidot ovat heikompia kuin vammattoman saman ikäisen. Myös oma-toimisuustaidot, tarkkaavuus sekä hahmottamiskyky ovat heikommat. (Arvio 2011a, 12.)

Kehitysvammaisia on Suomessa arviolta noin 50 000. Kehitysvammaisuuden syyt voidaan jakaa karkeasti neljään pääluokkaan, joista jokaisessa osuus on länsimaissa 25 prosenttia. Ensimmäiseksi kehitysvammaisuuden syy voi olla geneettinen eli perintötekijöistä johtuva. Toiseksi hankinnaisella kehitysvammaoireyhtymällä tarkoitetaan ei-perityviä, ennen syntymää tai sen jälkeen vaikuttaneita ulkoisen tekijän aiheuttamia sairauksia, oireita tai jälkitiloja. Näitä ovat muun muassa aivovauriot ja sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyvät oireyhtymät. Hankinnaisiksi vammoiksi luokitellaan myös äärimmäisen vaikeat ja poikkeavat kasvuolosuhteet, jotka ovat harvinaisempia vamman aiheuttajia. Kolmantena luokkana ovat monitekijäiset syyt, jotka tarkoittavat perimää sekä ympäristötekijöitä. Neljäsosassa kehitysvammaisuuden syy jää selviämättä. (Arvio 2011a, 12; Arvio 2001b, 39–41.)

Jotta kehitysvammaisuudesta voidaan puhua, tulee sen ilmetä lapsuudessa tai viimeistään nuoruudessa. Suomessa on käytössä WHO:n ICD-10 tautiluokitus, jossa kehitysvamma määritellään neljään eri asteeseen: lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja syvään kehitysvammaan. Kehitysvammaisuuden astetta määritellään vakioituilla älykkyystesteillä, joita voidaan täydentää sosiaalista sopeutumista tiettyyn ympäristöön mittaavilla asteikoilla. (Verner 2014b). Vaikka kehitysvammaiset henkilöt ovat varsin heterogeeninen joukko, on älykkyysosamäärästä tullut yksi keskeisimmistä kehitysvammaisuuden vaikeusasteen kriteereistä (Seppälä 2010, 181).

Maailman terveysjärjestön eli WHO on määrittelyt älyllisen kehitysvammaisuuden tilana, jossa mielen kehitys on estynyt tai epätäydellinen. Erittäin kehitysiässä ilmaantuvat taidot eli yleiseen älykkyystasoon vaikuttavat älylliset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset kyvyt ovat heikosti kehittyneitä. Älylliseen kehitysvammaisuuteen saattaa liittyä myös henkisiä tai ruumiillisia häiriöitä. (Lääketieteellinen näkökulma 2014.)

Kuten WHO:n määritelmästä ilmenee, saattaa älylliseen kehitysvammaisuuteen liittyä myös muita kehityshäiriöitä, lisävammoja ja -sairauksia. Näitä voivat olla aisti-, puhe- ja liikuntavammat, epilepsia, autismi, mielen terveydenhäiriöt ja haastava käyttäytyminen. Diagnoosit eivät kuitenkaan ole ihmisten luokitteluun varten. Niiden avulla saadaan kohdennettua henkilölle sopivat palvelut sekä pyritään ymmärtämään, mikä osaamattomuus johtuu vammasta ja mikä ei. (Kaski ym. 2012, 18.)

2.1.1 Sosiaalinen näkökulma

Älykkyuden mittaamista on käytetty kehitysvammaisuuden mittarina, vaikka se on vain osa ihmisen persoonallisuutta. Kasvatus, elinympäristö, oppiminen ja kokemukset vaikuttavat siihen millainen ihminen kehitysvammaisesta kasvaa. (Matero 2006, 8.) Kehitysvamma ei määrittele ihmisen elämän kaikkia osa-alueita. Kehitysvammainen henkilö on persoona kuten muutkin, hän vain tarvitsee enemmän tukea löytääkseen omat vah-

vuutensa, kykynsä ja mahdollisuutensa. (Mitä kehitysvammaisuus on? 2014.)

Sosiaalisessa näkökulmassa korostetaan, että vamman haitta ei johdu vammasta vaan ympäristöstä ja yhteiskunnasta ja siitä kuinka hyvin se tarjoaa erilaisia apuvälineitä ja tukea. Avainasemassa on oikean kommunikointitavan löytäminen. Sen avulla vaikeastikin kehitysvammaisen henkilö pystyy tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia päätöksiä. (Seppälä & Rajaniemi 2013.)

Sosiaalinen näkökulma tuo esiin kehitysvammaisen henkilön riippuvuuden muista ihmisistä. Sen myötä korostuu, että yhteiskunnassa ei olekaan riittävästi huomioitu kaikkia sen jäseniä. (Seppälä & Rajaniemi 2013.) Mitä enemmän huomioitaisiin erilaisten ihmisten tarpeita, sitä paremmin myös kehitysvammaiset henkilöt selviytyisivät arjessa. Yksilöllinen ja tarpeen mukainen tuki ja palvelut auttavat kehitysvammaista ihmistä elämään tasa-arvoista ja itsenäistä elämää yhteiskuntamme tasa-arvoisena jäsenenä. (Matero 2006, 8–9.)

Kehitysvammaisuus on aina suhteessa vallitsevaan kulttuuriin sekä sidoksissa yhteiskunnassa oleviin esteisiin ja asenteisiin (Seppälä & Rajaniemi 2013). Näin ollen vammaisuuden käsite on jatkuvasti kehittyvä. Ympäristössä ja ihmisten asenteissa olevat esteet muun muassa vuorovaikutuksessa luovat vammaisuutta. (Suomen YK-liitto 2012, 12.)

2.1.2 Toimintakyvyn näkökulma

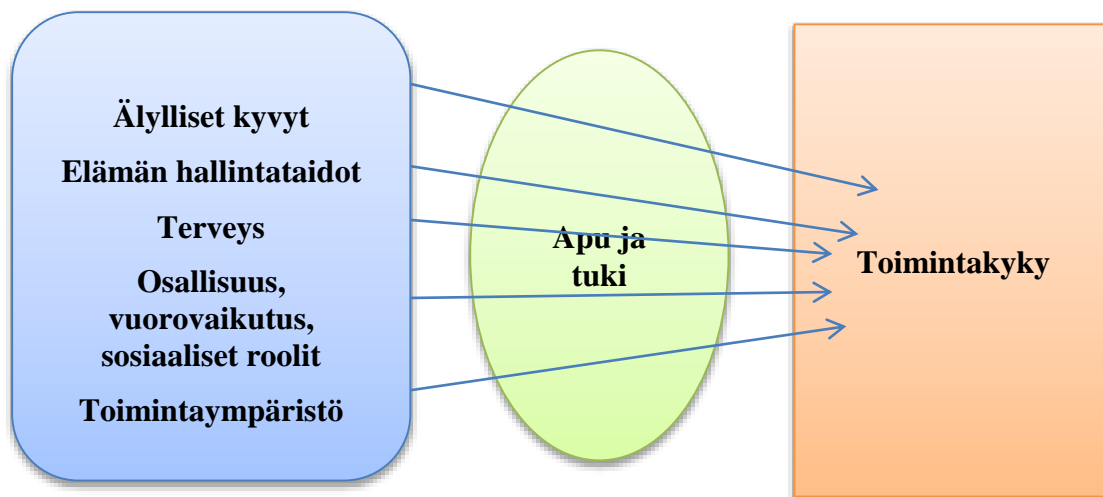
Amerikkalaisen kehitysvammajärjestön AAIDD:n eli American Association of Intellectual and Developmental Disabilities määritelmä kehitysvammaisuudesta painottaa kehitysvammaisen henkilön toimintakykyä. AAIDD:n mukaan kehitysvammaisuus on vammaisuutta, jota luonnehtivat huomattavat rajoitukset. Nämä rajoitukset esiintyvät sekä älyllisissä toiminnoissa että adaptiivisessa käyttäytymisessä ilmeten käsitteellisissä, sosiaalisissa ja käytännöllisissä taidoissa. Tämä vammaisuus ilmenee, ennen kuin henkilö on täyttänyt 18 vuotta. (Toimintakyvyn näkökulma 2014.)

Älyllisillä toiminnoilla tarkoitetaan tässä tapauksessa henkilön kykyä tehdä havaintoja itsestään ja ympäristöstään ja tehdä sen perusteella johtopäätöksiä. Älyllinen toimintakyky on myös ongelmienratkaisutaitoa, monimutkaisten asiayhteyksien ymmärtämistä ja kokemuksesta oppimista. Se on oman toiminnan suunnittelua, joka vaatii keskittymiskykyä, olennaisen erottamista epäolennaisuuksista, tehtävien jakamista osiin sekä asiassa pysymistä. Älyllisten toimintojen rajoitukset tulevat esiin eriasteisina henkilön kokonaiskapasiteetissa. Suuret asiakokonaisuudet ovat vaikeasti hallittavissa ja henkilö pystyy käsittelemään informaatiota kerralla vain vähän ja sekin saattaa olla vaivalloista ja hidasta. (Toimintakyvyn näkökulma 2014.)

Adaptiivisella käyttäytymisellä tarkoitetaan käsitteellisiä, sosiaalisia ja käytännöllisiä taitoja eli elämän hallintataitoja, joita tarvitaan selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä. Käsitteellisiä taitoja ovat muun muassa äi-

dinkielen puhuminen ja ymmärtäminen, lukeminen ja kirjoittaminen, rahan arvon ymmärtäminen ja aikakäsitteen hallitseminen. Sosiaalisilla taidoilla viitataan muun muassa kykyyn muodostaa ja ylläpitää ihmissuhteita sekä käyttäytyä tilanteen vaatimalla tavalla. Käytännön taidot ilmenevät muun muassa hygieniasta huolehtimiseen, asumiseen ja vapaa-aikaan liittyvissä asioissa. (Toimintakyvyn näkökulma 2014.)

Kuvio 1. esittää toimintakyvyn rakentumisen osa-alueet (Vammaispalvelujen käsikirja 2014). Toimintakyky liittyy ihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Se tarkoittaa selviytymistä omassa ympäristössään ja arjessaan olevista asioista. Ihmisen toimintakyky näyttäytyy eri tavoin erilaisissa ympäristöissä ja tilanteissa. Kehitysvammaisen henkilön kohtaamat vaikeudet johtuvat usein siitä, että hänen oma toimintakykynsä on ristiriidassa tilanteen vaatimuksiin. Joissain olosuhteissa henkilö voi olla hyvin vammaisen, toisissa olosuhteissa ja tilanteissa hänen toimintakykynsä voi olla aivan normaalilla tasolla. (Toimintakyvyn näkökulma 2014.)



Kuvio 1. Toimintakyvyn rakentumisen osa-alueet (Vammaispalvelujen käsikirja 2014).

2.2 Mielensterveys ja kehitysvammaisuus

Kehitysvammaisuus lisää yksilön haavoittuvuutta sekä fyysisesti että psyykkisesti. Mielensterveydenhäiriöt ja erilaiset liitännäissairaudet ovat kehitysvammaisilla yleisiä. (Seppälä 2013.) Onkin tärkeää avata kehitysvammaisuuden ja mielensterveyshäiriöiden yhtäaikaista esiintyvyyttä, koska niiden vaikutuksilla on huomattava merkitys yksilön arjessa selviytymiseen. Kehitysvammaisten mielensterveysongelmat ovat nykyään jo lähes yleisesti myönnetty ja on tärkeää, että kehitysvammadiagnoosi ja mielensterveyshäiriödiagnoosi erotetaan toisistaan (Aaltonen 2011, 140). Tässä alaluvussa avataan mielensterveyden ja kehitysvammaisuuden käsitteitä ja kerrotaan niiden yhtäaikaisen esiintymisen haasteista.

Mielensterveys voidaan määritellä siten, että henkilö kykenee selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan, eikä aiheuta haittaa itselleen tai muille. Elämäntilanteet ja olosuhteet vaikuttavat mielensterveyteen, jolloin mielensterveys ei ole pysyvä ja muuttumaton tila. Mielensterveyteen vaikut-

tavat asiat voidaan jakaa perimään, biologiisiin, sosiaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin tekijöihin sekä yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin ja kulttuurisiin arvoihin. Kaikki nämä ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja joko synnyttävät uusia voimavaroja tai kuluttavat niitä. Normaalin ja häiriintyneen raja on suhteessa vallitsevaan kulttuuriin ja yhteiskuntaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 12–13.)

Nykytietämyksen mukaan mielenterveyden häiriöt ovat kehitysvammaisilla jopa viisi kertaa yleisempiä kuin väestöllä keskimäärin. Kehitysvammaisista 35–50 prosenttia kärsii erilaisista mielenterveys- tai käytöshäiriöistä. (Kaski ym. 2012, 102.) Käytöshäiriöt ovat varsin tavallisia autisteilla, joista 75–80 prosentilla on jonkin asteinen kehitysvamma (Kaski ym. 2012, 99–100; Arvio 2011b, 91).

Kehitysvammaisten käyttäytymis- ja mielenterveyshäiriöitä on vaikea tutkia ja niistä on ollut varsin vähän tietoa saatavilla. On myös saatettu tulkita, että mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt kuuluvat vammaan. (Matero 2006, 194–195.) Nykyisin käytetään nimitystä käyttäytymisfenotyyppi. Sillä tarkoitetaan oireyhtymään liittyvää suurempaa todennäköisyyttä tietyyntyyppiseen psyykkiseen kehitykseen, persoonallisuuden ja käyttäytymisen piirteisiin sekä haavoittuvuutta tietyille psyykkisille sairauksille. (Aaltonen 2011, 158.)

On varsin vaikeaa vetää rajaa käytöshäiriön ja mielenterveydenhäiriön välille. Ne voivat esiintyä myös limittäin. (Aaltonen 2011, 140.) Kaikki käyttäytymishäiriöt eivät johdu mielenterveysongelmista vaan voivat johtua vääristyneistä selviytymisstrategioista, kommunikoinnin ongelmista, sosiaalisten taitojen puutteesta tai käyttäytymisen fenotyypeistä (Seppälä 2013).

Kehitysvammaisista henkilöistä 10–15 prosentilla on vaikeita, toimenpiteitä vaativia mielenterveyden tai psykososiaalisen eli psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia. Varsinkin psykososiaaliset toimintakyvyn ongelmat ovat monisyisiä ja -kerroksisia. Kehitysvammaliiton erityisasiantuntija Heikki Seppälän mukaan niitä voivat olla muun muassa toimintakyvyn ja elämänhallinnan ongelmat, sosiaaliset taidot, tukiverkkojen toimintakyky ja jaksaminen, neurologisten toimintahäiriöiden vaikutus sekä mielenterveyshäiriöiden erityiset ilmenemismuodot. (Seppälä 2013.)

Kehitysvammaisen henkilön mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöt oireilevat ulospäin esimerkiksi aggressiivisuutena tai tuhoavana käyttäytymisenä. Oire voi olla myös sisäänpäin suuntautunutta kuten ahdistuneisuutta, pelokkuutta ja vetäytymistä. (Aaltonen 2011, 140.) Yleisemmät vakavat psyykkiset sairaudet ovat kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia (Kaski ym. 2012, 110).

On tärkeää selvittää käyttäytymisen syyt, varsinkin somaattisten sairauksien mahdollisuudet tulee selvittää ja tarkastaa henkilön fyysinen vointi. Mielenterveydenhäiriöiden arviointi voi olla vaikeaa, koska kehitysvammaisten henkilöiden on vaikea nimetä tunteitaan ja kommunikointi on rajoittunutta. Voi olla ettei henkilö löydä tunnetiloilleen sanoja. Mielenterveydenhäiriöiden arviointi vaatii kokemusta ja moniammatillista ja laaja-

alaista tutkimusta. On tärkeää kerätä tietoja henkilön lähi-ihmisiltä mielen-terveys- ja käytöshäiriöiden syiden selvittämiseen. Kehitysvammaisen on vaikeampi selvittää mielenterveyshäiriöistä oppimis- ja toimintakyvyn hirtauden vuoksi. Hoitoina erilaisiin häiriöihin käytetään lääkehoitoa sekä erilaisia käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä. (Aaltonen 2011, 140–144.)

2.3 Palvelujärjestelmä

Kehitysvammaisille suunnatussa palvelujärjestelmässä on tapahtunut muutoksia viime vuosina. Muutosten taustalla ovat olleet muun muassa YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista, joissa painottuu erityisesti syrjinnän kieltäminen ja yhdenvertaisen elämisen edistäminen. Sopimuksen tavoitteena on ollut vahvistaa vammaisen henkilön taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä osa-alueita, jotka ovat olleet harkinnanvaraisia. Sopimuksella on haluttu korostaa vammaisten henkilöiden subjektiivista. Vammaisen halutaan nähdä aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä, jolla on oikeus päättää omasta elämästään. (Suomen YK-liitto 2012, 6-8.)

Myös Euroopan Neuvoston vammaispoliittisen ohjelman 2006–2015 tavoitteena on ollut laatia ja panna käytäntöön malli, joka perustuu täyteen kansalaisuuteen ja itsenäisen elämän periaatteille. Yhdenvertaisuuden ja osallistumisen mahdollisuudet ovat toimintaohjelman keskeisiä asioita. Saavutettava ja esteetön rakennettu ympäristö sekä esteetön liikkuvuus lisäävät vammaisen henkilön aktiivisen osallisuuden ja itsenäisyyden mahdollisuuksia. Asumisessa tuetaan laitoshoidosta siirtymistä yhteisöpohjaisiin asumismuotoihin sekä tuki- ja palveluasumiseen. (Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma 2006, 5-6.)

Seuraavassa luvussa kerrotaan palvelujärjestelmässä tapahtuneiden muutosten käytännön vaikutuksista. Luvussa 2.3.2 käydään läpi pääpiirteittäin kehitysvammaisuuteen liittyvää lainsäädäntöä. Luvussa 2.3.3 esitellään kehitysvammaisen henkilön kuntoutusta. Se on yksi osa palvelujärjestelmää ja sitä säätelee laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977, 2 §) sekä laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005, 3 §).

Neljännessä luvussa käsitellään verkostotyötä, joka on oleellisessa roolissa muun muassa erityishuollon asiakkaiden kuntoutusta tai muita palvelutarpeita suunniteltaessa. Varsinkin dialogisen verkostotyön avulla voidaan paremmin kartoittaa asiakkaan tilannetta ja löytää uusia näkökulmia ja ratkaisuja asiakkaan asioihin.

2.3.1 Palvelujärjestelmän muutos

Palvelujärjestelmän muutos, jossa on korostettu yhdenvertaisuutta ja itsenäisyyttä, on tarkoittanut käytännön tasolla kehitysvammaisten laitoshoidon vähentämistä. Tavoitteena on ollut mahdollistaa jokaiselle yksilöllinen asuminen sekä tarpeen mukaiset palvelut ja tuki. Tavoitteena on luopua laitosasumisesta vuoteen 2016 mennessä siten, että laitoksissa asui tuolloin noin 500 henkilöä. Tämä ei tule todennäköisesti toteutumaan, sillä

arvioiden mukaan vuonna 2016 laitospaikoilla asui noin 1110 henkilöä. (Laitoksista yksilölliseen asumiseen 2012, 27.)

Laitoshoidon vähentäminen on tarkoittanut asiakkaiden siirtymistä avopalveluihin. Myös kaikkein vaikeimmin vammaiset henkilöt ovat siirtyneet ja siirtymässä perusterveydenhuollon asiakkaiksi. Vaikeasti vammaisiksi henkilöiksi voidaan määritellä vaikeasti monivammaiset, vaikeasti vammaiset autismin kirjon henkilöt, harvinaiset oireyhtymät sekä erityisen vaikeat käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöt. (Seppälä 2013.)

Avopalveluihin siirtyminen koetaan haasteelliseksi. Kehitysvammaliiton Heikki Seppälän mukaan sosiaali- ja terveystieteiden tiivis yhteistyö on ainoa mahdollisuus löytää ratkaisuja vaikeasti vammaisten henkilöiden haasteisiin. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyönä asiakkaan tilanne tulee tutkia ja arvioida sekä sen lisäksi hänen hoito- ja kuntoutustavoitteenensa tulee määritellä ja niiden toteutus ja seuranta järjestää. (Seppälä 2013.) Sosiaali- ja terveysministeriön raportin mukaan puutteelliset yhteistyökäytännöt eri sektoreiden välillä sekä lainsäädäntö, joka ei tue asiakkaan valinnan vapautta, tulevat olemaan ongelmallisia asiakkaan kannalta (Laitoksista yksilölliseen asumiseen 2012, 27).

2.3.2 Lainsäädäntö

Lainsäädännön tasolla on pyritty tasa-arvoistamaan lainsäädäntöä vammasta riippumatta. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista tuli voimaan 1988. Lain tavoitteena oli lisätä yhdenvertaisuutta sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuudesta aiheutuvia esteitä ja haittoja. Lain mukaan asiakkaan ja hänen huoltajansa kanssa on määräajassa laadittava palvelusuunnitelma, josta selviää asiakkaan tarvitsemat palvelut ja tuki. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 380/1987.)

Ensisijaisesti palvelut järjestetään vammaispalvelulain mukaan. Jos sen tarjoamat palvelut ovat riittämättömät, niin kehitysvammaisten erityishuoltolain perusteella järjestetään palveluja, jotka edellyttävät erityistä pe-rehtyneisyyttä kehitysvammaisuuteen. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987, 4 §.)

Kehitysvammaisten erityishuoltolaki on tarkoitettu henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Henkilö ei saa muiden lakien perusteella tarvitsemiaan palveluita, jotta suoriutuisi päivittäisistä toiminnoistaan ja voisi elää yksilöllistä elämäänsä. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.)

Erityishuoltolain tarkoituksena on turvata henkilön tarvitsema hoito ja muu huolenpito. Erityishuollon tarpeessa olevalle henkilölle laaditaan aina erityishuolto-ohjelma, joka on laadittava mahdollisuuksien mukaan henkilön itsensä ja hänen holhoojansa tai muun huoltajansa sekä sosiaalilautakunnan kanssa. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.)

Kehitysvammaisten erityishuollon 6 §:n mukaan Suomi on jaettu erityishuoltopiireihin, joiden tehtävänä on järjestää erityishuolto-ohjelman mukaiset palvelut. Palveluita ovat 2 §:n mukaan muun muassa yksilöllinen tutkimus, tarpeen mukainen ohjaus, kuntoutus ja valmennus sekä 32 §:n mukaan vastoin tahtoa annettava erityishuolto. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.)

Tahdon vastaista erityishuoltoa annetaan henkilölle, kun hänen hoitoaan ei voida muuten järjestää. Henkilö voi ilman huoltoa joutua vakaavan hengen tai terveyden vaaraan tai vammaisuutensa vuoksi uhkaa omaa tai toisten terveyttä ja turvallisuutta. (Valtanen 2014.)

2.3.3 Kuntoutuminen

Kuntoutumisella tarkoitetaan muutosta, joka mahdollistetaan kuntoutuksen avulla. Se on prosessi, jonka tavoitteena on kuntoutujan elämänhallinnan ja selviytymisen mahdollisuuksien paraneminen. Kuntoutumista mitataan toimintakyvyn paranemisen perusteella. Kuntoutus on tavoitteellista, suunnitelmallista ja tuloksellista. (Malm, Repo & Talvela 2006, 47–49.)

Kuntoutuksen avulla tuetaan ja parannetaan kehitysvammaisen henkilön osallisuutta arjessa. Aivan pienestä lapsesta saakka osallistumisen mahdollisuudet sekä vuorovaikutus perheen ja muiden kanssa tukevat yksilön kehitystä. Kuntoutus kaikkina ikäkausina on kehitysvammaiselle tärkeää. (Kaski ym. 2012, 155.)

Kuntoutuksen tavoitteena on saada fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sille tasolle, jotta henkilö suoriutuu helpommin päivittäisistä toiminnoistaan ja kokee henkilökohtaista tyytyväisyyttä elämäänsä. Kehitysvammaisten henkilöiden kuntoutuksessa voidaan käyttää termiä habilitaatio, jolla tarkoitetaan uusien taitojen oppimista. Kuntoutuksen osa-alueita ovat lääkinällinen, sosiaalinen, kasvatuksellinen ja ammatillinen kuntoutus. Usein nämä on luonnollista yhdistää kokonaisuudeksi, jossa vaaditaan moniammatillista työotetta. (Kaski ym. 2012, 218–220.)

Kuntoutuksen perustana on kuntoutussuunnitelma, joka laaditaan yhdessä kuntoutujan, hänen omaistensa ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Kuntoutussuunnitelma pitää sisällään kuntoutujan nykyisen elämäntilanteen. Suunnitelmaan määritellään kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Lisäksi kuntoutumisen vastuujat sovitaan ja laaditaan kuntoutuksen aikataulu ja sen etenemisen seuranta-suunnitelma. (Reuter 2013.)

Voimavarakeskeisessä kuntoutumisen ajattelumallissa kiinnitetään huomiota kuntoutujan voimavaroihin. Kuntoutumisessa tähdätään tulevaisuuteen ja pyritään löytämään merkityksiä elämälle. Kuntoutujan itsemääräämistä, vaikutusmahdollisuuksia ja elämänhallinnan tunnetta tulee lisätä dialogien eli kuntoutujan ja kuntouttajan välisten vuoropuheluiden avulla. (Malm ym. 2006, 48–50.)

Kuntoutuja on oman elämänsä päähenkilö ja hänen asiantuntemustaan ja voimavarojaan pyritään vahvistamaan. Voimavarakeskeisessä kuntoutuksessa tavoitteena on lisätä kuntoutujan tietoisuutta sekä tarjota tukea ja harjoitusta hänestä itsestään lähtevään muutokseen. Kuntouttajan eli hoitajan tai ohjaajan tehtävänä on rakentaa voimavarakeskeinen ja myönteinen ilmapiiri muun muassa tarkkailemalla kysymysten asettelua ja antamalla kuntoutujalle valtaa keskusteluissa. (Malm ym. 2006, 48–49.)

Kuntoutus on perinteisen käsityksen mukaan ollut lakien, asetusten ja yhteiskunnallisten sopimusten määrittelemä moniammatillinen palvelujärjestelmä, jossa vammaisuus on ollut kuntoutuksen ja huolenpidon kohde. Nykyaikana nähdään, että vammaisuus henkilö on muuttumassa oman elämänsä ohjaajaksi, johon asiantuntijat ja viranomaiset antavat oman panoksensa tukemalla ja auttamalla. Myös vammaisuuden henkilön palvelusuunnitelman tulee rakentua henkilön itsensä ja hänen perheensä määrittelemiin näkemyksiin omannäköisestä elämästä eri elämäntilanteilla. (Arvio 2011c, 178.)

2.3.4 Verkostotyö

Verkostoneuvotteluja pidetään, kun asiakkaan ongelmien ratkomiseen tarvitaan organisaatorajat ylittävää yhteistyötä ja selkeää hoidon, kuntoutuksen ja tukitoimien koordinaatiota. Kyseessä voi olla asiakas, jolla on monia ongelmia ja niiden ratkaisemiseksi tarvitaan eri vastuutahojen yhteistä näkemystä. Verkostoneuvottelun malli sopii muun muassa palvelusuunnitelmiin, kuntoutusjaksojen tulo- ja lähtöpalavereihin, kuntoutustutkimus- tai kehitysvammapoliklinikan ensikäynneille tai asiakkaan siirtoneuvotteluihin. (Lindberg 2012.)

Sama ajatuksen jakaa Arnkill ja Seikkula (2007, 8). Heidän mukaansa moniammatillista työskentelyä tapahtuu varsinkin silloin, kun käsiteltävänä ei ole selvärajainen ongelma. Varsinkin psykososiaalisessa työssä verkostotyöskentely on tyypillistä, koska asiakkaan kokonaistilanteen selvittäminen vaatii monien osa-alueiden huomioimista.

Verkostotyö on oleellinen osa kaikkea asiakastyötä. Vaikka työskenneltäisiin vain kahden kesken asiakkaan kanssa, ei voida olla välittämättä verkostoista, joihin asiakas kuuluu joko välillisesti tai välittömästi. Näitä voivat olla asiakkaan sosiaaliset suhteet ja muut työntekijät asiakkaan työntekijäverkostoissa. Verkostot ovat aina jollain tasolla keskusteluissa läsnä ja keskusteluissa asiakkaan kanssa puhumme myös asiakkaan verkostoille. Tom Erik Arnkill ja Jaakko Seikkula ovat kehittäneet dialogista verkostotyötä, jossa oleellista on hyvä kohtaaminen, ennalta määrittelemättömät ajattelu- ja toimintatavat sekä kuuleminen että kuulluksi tuleminen. (Arnkill & Seikkula 2007, 7–8.)

Moniammatillinen kokonaisuus muodostaa parhaimmillaan toisiaan täydentäviä osia, jolloin asiakkaat saavat asiantuntevaa apua ja palveluita osaavilta työntekijöiltä. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa, että asiantuntijoiden vastuut ovat selkeitä ja jokainen tekee oman osuutensa asiakkaan auttamiseksi. Asiakkaalle se näkyy siten, että hän tulee kuulluksi,

tarvittavat toimenpiteet sopivat hyvin hänen elämäntilanteeseensa sekä asiakas saa kokemuksen, että ammattilaisten toimet muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden hänen tilannettaan parantamaan. (Arnkil & Seikkula 2007, 9–10.)

Erilaisten verkostojen tavoitteena on muodostaa jaettua asiantuntijuutta. Jaettua asiantuntijuutta voi olla moniammatillisen järjestelmän sisäiset sekä maallikoiden ja asiantuntijoiden välillä tapahtuvissa kohtaamisissa. Näiden kohtaamisten avulla asiakkaan tilannetta saadaan paremmin kartoitettua ja etsiä sopivia ratkaisuja tilanteeseen. (Arnkil & Seikkula 2007, 10.)

3 ASIAKKAAN OSALLISUUS

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus ovat laajasti ymmärrettävissä ja sidoksissa aina kontekstiin. Tässä luvussa pyritään tuomaan esiin niitä seikkoja, jotka ovat oleellisia kehitysvammaisen henkilön osallisuudessa. Näkökulmassa painottuvat demokraattisuus, yksilöllisyys ja asiakkaan äänen kuuluminen.

Osallisuus on ihmisen osallistumista yhteisönsä ja vaikuttamista omiin asioihin. Osallisuus nähdään syrjäytymisen vastavoimana. (Särkelä-Kukko 2014, 36.) Osallisuus voidaan jakaa eri osa-alueisiin. Se voi olla osallisuutta yhteiskunnassa, jossa demokratialla on keskeinen sija. Toisaalta osallisuus voidaan nähdä kiinnittymisenä omaan ympäristöön ja kuulumi-
sen tunteena omaan yhteisöön ja sitä kautta yhteiskuntaan. Yksilölle osallisuus merkitsee osallistumista ja vaikuttamista omaan elämään ja siitä vastuun ottamista. Osallisuus on aina yhteydessä henkilön elämämaailmaan. (Jämsen & Pyykkönen 2014, 9.) Samoilla linjoilla on Toikko (2011, 104), jonka mukaan asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja siten hänellä on oikeus osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon.

Lainsäädännössä asiakkaan osallisuutta korostaa myös uusi sosiaalihuoltolaki, joka tuli voimaan 1.4.2015. Sen ensimmäisen luvun 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on edistää osallisuutta ja vähentää eriarvoisuutta, turvata yhdenvertaiset, riittävät ja laadukkaat palvelut sekä edistää asiakaskeksyyttä ja asiakkaan oikeutta hyvää palveluun sosiaalihuollossa. Asiakkaan edun mukaista on ensimmäisen luvun 4 §:n mukaan mahdollistaa hänen osallistumisensa ja vaikuttamisen mahdollisuudet omiin asioihinsa. Lisäksi sosiaalihuoltoa toteutettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota niiden asiakkaiden edun toteutumiseen, jotka tarvitsevat erityistä tukea. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Asiakkaan osallisuus liittyy myös sosiokulttuuriseen innostamiseen eli ranskaksi animation socioculturelle. Sosiokulttuurisen innostamisen perusajatuksena on saada ihmiset osallistumaan oman ja yhteisönsä elämän aktiiviseen ja tiedostavaan rakentamiseen. Arkipäivän toiminnat ovat innostamisen lähtökohtana. Innostamisen tavoitteena on yksilön tietoisuuden herääminen, joka tarkoittaa käytännössä osallistumista. (Kurki 2006, 151.)

Sosiokulttuurisessa innostamisessa ajatellaan, että vain osallistumalla rakennetaan omaa arkipäivää ja ihminen on keskeinen toimija omien tar-

peidensa määrittelyssä. Innostaminen on yksilön herättelyä johonkin toimintaan, joka tuntuu hänen oman elämänsä kannalta tärkeältä ja merkitykselliseltä. Motivaation perustana on yksilön oma tahto. (Kurki 2006, 152–153.)

Työntekijän tehtävänä on toimia innostajana, olla tukena, motivoida sekä herkistää löytämään arjen keskeltä kiinnostusta oman elämän kohentumiseen. Työntekijän ja yksilön välinen suhde on tasavertainen ja työntekijä on valmis siirtymään syrjään sitten kun yksilön omat voimavarat ovat läheneet liikkeelle. (Kurki 2006, 152–153.)

Valtautumisessa, englanniksi empowerment, on kyse vallan siirtämisestä niille joilla sitä ei ole tai heidän pitäisi sitä itse ottaa. Stephen M. Rosen (2003) mukaan kaikilla ihmisillä on kykyjä ja vahvuuksia, jotka tulee ensin tunnistaa. Niitä kehittämällä ja vahvistamalla luodaan pohjaa toiminnalle. Sopivan ohjauksen ja riittävien aineellisten resurssien turvin ihmiset kykenevät oppimaan, kasvamaan ja muuttumaan eli vaikuttamaan omaan elämäänsä. (Juhila 2006, 120–121.)

3.1 Lähtökohdat

YK:n yleissopimuksessa vammaisten henkilöiden oikeuksista on tuotu esiin palveluiden kehittämisen keskeisinä teemoina vammaisten henkilöiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet, itsenäisyys ja osallisuus. Suomi allekirjoitti YK:n yleissopimuksen ja valinnaisen pöytäkirjan ensimmäisten maiden joukossa jo vuonna 2007, mutta ei ole vielä ratifioinut sitä eli saattanut voimaan myös lainsäädännöllisellä tasolla. Useita lainsäädäntöön liittyviä prosesseja on Suomessa vielä kesken, josta syystä sopimusta ei ole vielä ratifioitu. (Suomen YK-liitto 2012, 3–8.)

YK:n vammaisyleissopimuksella on haluttu täydentää ja vahvistaa vammaisten henkilöiden ihmisoikeuksia. On haluttu muuttaa perinteisiä ajattelutapoja, joiden mukaan vammaiset henkilöt saatettiin nähdä hyväntekeväisyyden ja lääkehoidon kohteina. Vammaiset henkilöt halutaan nähdä oman elämänsä vaikuttajina, aktiivisina yhteiskunnan jäseninä. Tämä lähestymistapa korostaa osallistumista, osallisuutta sekä tasa-arvoa. Näiden lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös esteettömyyteen ja saavutettavuuteen, jotka laajasti toteutettuina parantavat osallisuuden ja osallistumisen mahdollisuuksia. (Suomen YK-liitto 2012, 5–8.)

Sosiaali- ja terveystieteiden vuoteen 2020 ulottuvassa strategiassa tavoitellaan esteetöntä palvelujärjestelmää ja yhdenvertaista sekä asiakaskeskeistä kohtelua. Kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluiden lähtökohdaksi on ihmisarvo, itsensä toteuttamisen mahdollisuus sekä ihmisen oman toimintakyvyn tukeminen hänen omassa arjessaan. Tavoitteena ovat yleiset ja kaikille sopivat sosiaali- ja terveyspalvelut, joiden lisäksi toteutetaan kohdennettuja palveluita vähemmistöryhmille sekä vaikeissa olosuhteissa eläville. Yksilön tarpeet ja niiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen ovat tärkeässä osassa palvelujen toteutuksessa. (Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020 2010, 11–12.)

Tavoitteena on kehittää palvelujärjestelmää asiakaslähtöisemmäksi ottamalla palveluiden käyttäjät eli asiakkaat aktiivisiksi kehittäjiksi. Tavoitteena on tukea kansalaisten omaa vastuuta ja tarjota riittävästi tietoa, jotta muun muassa potilaat voivat arvioida hoitovaihtoehtoja ja osallistua hoitonsa toteuttamiseen. Uudistus tähtää jokaisen mahdollisuuteen hyvästä ja toimivasta arjesta ensisijaisesti omassa koti- ja asuinympäristössä. (Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020 2010, 12.) Voidaan tulkita, että asiakaslähtöisyys tarkoittaa esteetöntä palvelujärjestelmää, yhdenvertaisuutta ja yksilöllistä palvelua, jossa yksilön tarpeisiin pyritään vastaamaan. Asiakkaat nähdään kehittäjinä, osallistuvina ja vastuullisina.

Lainsäädäntö tukee asiakaslähtöisyyttä. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on tarkoitettu edistämään asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta. Sen tarkoituksena on myös edistää asiakkaan hyvää kohtelua ja palvelua sosiaalihuollossa. Lain mukaan asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää tai hakee sosiaalihuoltoa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

Osallisuus tulee esiin sosiaalihuoltolaissa asiakkaan oikeutena saada tietää toimenpidevaihtoehdoista sekä asiakkaan toivomusten, mielipiteen, edun ja yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta. Jos sosiaalihuollon henkilöstöllä on asiakkaan ymmärtämisessä vaikeuksia, johtuen käytetystä kielestä tai asiakkaan aisti- tai puheviasta tai muusta syystä, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

Terveydenhuollosta löytyy vastaava laki. Sen mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava ihmisarvoa loukkaamatta, hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Potilaalle on selvitettävä hänen terveydentilansa, hoidon merkitys, eri hoitovaihtoehdot ja niiden vaikutus sekä muut potilaan hoitoon liittyvät merkittävät seikat. Selvitys on annettava siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Myös tässä laissa tulkitsemisesta on huolehdittava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Uusi itsemääräämisoikeuslaki on suunnitteilla. Lain pääasiallisena tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta sekä vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Sen myötä asiakkaan osallisuus ja hänen kuulemisensa ovat entistä tärkeämmässä roolissa palvelusuunnitelmaa tehdessä. Lain mukaan asiakkaan tulee saada ymmärrys häntä koskevissa asioissa omien kykyjensä mukaan. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus 2014.) Itsemääräämisoikeuslain myötä asiakastyön painopiste siirtyy yhä enemmän ennakointiin, jolloin tarve henkilöstön täydennyskoulutuksiin ja perehdyttämiseen sekä itsemääräämisoikeutta tukevien työmenetelmien tuntemiseen lisääntyy (Paavilainen 2014).

3.2 Asiakkuus ja osallisuus palvelujärjestelmässä

Sosiaalipalveluiden asiakkuudessa osallisuutta voidaan määrittellä monin tavoin. Se voidaan määrittellä markkinoiden viitekehyksestä, joka korostaa

asiakkaan valintoja. Asiakas on kuluttaja, jonka valintoihin luotetaan. Samanaikaisesti demokraattinen näkökulma tuo esiin osallisuuden ja huolehtii kansalaisuuden toteutumisesta. Asiakkuudessa voivat korostua vuoroin yksilöllisyys, toisinaan kollektiivisuus. (Toikko 2012, 111–113.)

Palvelujärjestelmässä käsitys asiakkaasta rakentuu usein kahden toisilleen vastakkaisen adjektiivin, positiivisen ja negatiivisen, kautta. Positiivisesti asiakkaasta puhutaan, kun hänen itsemääräämistään ja valinnan mahdollisuuksiaan ja vapauttaan korostetaan. Asiakas on subjekti, jolloin hänen asiakaslähtöistä, aktiivista ja osallistuvaa näkökulmaansa painotetaan. Palvelujärjestelmän negatiivinen mielikuva tulee esiin ongelmien määrittelyn kautta rakentuvasta asiakkaasta. Asiakkaaseen liitetään ongelmasta lähtöisin olevia määritelmiä, joiden mukaan ammattilaiset hänet myös kohtavat. (Pohjola 2010, 29–31.)

Kehitysvammaliiton erityisasiatuntija Seppälä kuvaa samaa asiaa käyttämällä termiä kehitysvammaisuuden kahdet kasvot, joissa toisaalta korostetaan lääketieteellisiä diagnooseja ja toisaalta toimintakykyä ja itsemääräämistä. Kaksijakoisuus voi näyttäytyä kehitysvammaisen ihmisen määrittämisenä vuorotellen tai jopa samanaikaisesti sekä vajavaiseksi ja puutteelliseksi että toimintakykyiseksi omista asioista päättäväksi yksilöksi. Määritelmille on myös todellista tarvetta varsinkin julkisissa palveluissa, jotta asiakas saa tarpeen mukaisen avun ja tuen. (Seppälä 2010, 185–186.)

3.3 Esteettömyys luo osallisuutta

Esteettömyyden perustana on parantaa ihmisten yhdenvertaisia mahdollisuuksia toimia yhteiskunnassa, edistää ihmisoikeuksia ja vähentää syrjintää ja syrjäytymistä. Esteettömyydellä tarkoitetaan ympäristön suunnittelua ja palveluiden tuottamista niin, ettei ihmisen toimintakyky rajoita hänen osallistumistaan ympäristössä toimimiselle ja palveluiden käyttämiselle. Esteettömyys luo tilanteen, jossa erilaisia ominaisuuksia omaavien yksilöiden osallisuus mahdollistuu yhdenvertaisesti. (Kempainen 2008, 13–14.)

Esteettömyys tarkoittaa myös sosiaalista esteettömyyttä eli syrjimätöntä ilmapiiriä, jossa jokainen voi olla turvallisesti oma itsensä. Asenteilla on suuri merkitys sosiaalisen esteettömyyden saavuttamisessa. (Sisäasianministeriö 2011, 15–16.) Osallisuuden kokemukseen vaikuttavat lisäksi yksilön voimavarat, joita ei aina osata tunnistaa eikä hyödyntää. (Särkelä-Kukko 2014, 39–40).

Ihmisten yksilöllinen osallisuus ja osallistuminen yhteiskuntaan edellyttävät erilaisten esteiden poistamista. Ympäristön esteettömyys voidaan nähdä laajasti, jolloin voidaan käyttää termiä saavutettavuus. Termi kuvastaa paremmin erilaisten asioiden saavutettavuutta eli käytettävyyttä ja ymmärrettävyyttä jokaiselle. Esteettömyyden ja saavutettavuuden tavoitteena on luoda yhteiskunta, joka on kaikilta osin saavutettavissa oleva ja näin ollen se mahdollistaa yksilöiden osallistumisen. (Kempainen 2008, 13–14.)

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista tuo tietoisuuteen saavutettavuutta monesta näkökulmasta. Sopimuksen osapuolet muun muassa: ”ovat tietoisia siitä, että saavutettavuus on tärkeää fyysisessä, sosiaalisessa, taloudellisessa ja kulttuurisessa ympäristössä, terveydenhuollossa ja koulutuksessa sekä tiedottamisessa ja viestinnässä, jotta vammaiset henkilöt voisivat täysimääräisesti nauttia kaikkia ihmisoikeuksia ja perusvapauksia” (Suomen YK-liitto 2012, 17).

Universaalilla eli kaikille sopivalla suunnittelulla tarkoitetaan tuotteiden, ympäristöjen, ohjelmien ja palveluiden suunnittelua sellaiseksi, että kaikki ihmiset voivat käyttää niitä mahdollisimman laajasti ilman mukautuksia ja erikoissuunnittelua. Universaali suunnittelu ei kuitenkaan poista tarvetta käyttää vammaisille suunnattuja apuvälineitä. Edellä mainitussa lainauksessa viestintä tulee ymmärtää laajasti aina pistekirjoituksesta ja viittomakielestä erilaisiin puhetta tukeviin ja korvaaviin menetelmiin. (Suomen YK-liitto 2012, 19–21, 31–33). Yhteisellä kommunikointitavalla on suuri merkitys yhteisöön ja yhteiskuntaan liittymisessä ja sitä myöten osallisuuden toteutumisessa (Särkelä-Kukko 2014, 41).

3.4 Osallisuuden tasot

Osallisuus voidaan nähdä monin tavoin riippuen painotuksesta. Sen voidaan ajatella olevan erilaisia tasoja, joista alimman tason täytyy toteutua, jotta pääsee seuraavalle. Seuraavaksi esitellään kaksi hieman toisistaan poikkeavaa tapaa osallisuuden tasoista.

Toikko näkee asiakkaan omiin asioihin vaikuttamisen osallisuudessa neljä tasoa. Ensimmäisellä tasolla asiakas ei ole vielä tilanteessa mukana. Kyse on asiakkaan ymmärtämisestä, jolloin ammattilaiset pyrkivät eri foorumeiden kautta selvittämään asiakkaiden tarpeita ja toiveita ja niistä muodostuneen käsityksen perusteella kehittämään palveluita. Toisella tasolla asiakkaat saavat rajoitetusti osallistua, jolloin asiakas saa esittää mielipiteensä ja näkemyksensä. Asiakas saa olla mukana palveluiden kehittämisessä, mutta kehittämisen tavoite ja muoto on asetettu ennalta ulkoapäin. (Toikko 2011, 107–108.) Tällä tasolla asiakkaan osallistuminen saattaa olla hyvin ohutta. Asiakkaan yli saatetaan puhua tai asiakkaalle jää epäselväksi mitä neuvotteluissa on sovittu. (Pohjola 2010, 58.)

Kolmantena tasona on asiakkaan tasavertainen osallistuminen, joka tarkoittaa kokemusasiantuntijuuden rinnastamista ammattilaisuuden tasolle. Asiakkailta ovat samat oikeuden kehittää toimintaa kuin muillakin toimijoilla. Tavoitteet ja tulokset muotoutuvat kaikkien toimijoiden yhteisissä prosesseissa. Asiakkaiden tunnustaminen päämiehinä on neljäs osallistumisen taso, jolloin asiakkaat omistavat kehittämisprosessin. (Toikko 2011, 107–108.)

Osallisuuden toteutumisen muodot voidaan jakaa myös viiteen osaluokkaan. Ensimmäiseksi tieto-osallisuudessa asiakas huomioidaan yksilöllisesti ja hänellä on oikeus saada esteettömästi tietoa saatavilla olevista palveluista tai omasta palveluprosessistaan. Asiakas otetaan mukaan niihin

prosesseihin, joissa hän voi kokea osallisuutta. (Pirkanmaan vammaiskasteen osahanke 2012, 8–9.)

Toisella tasolla, suunnitteluosallisuudessa, vammainen hyväksytään asiantuntijana ja hänet otetaan mukaan erilaisiin suunnitteluprosesseihin. Asiakas voi osallistua tuetusti, jolloin ammattilaisen vuorovaikutuksen taidot luovat perustan asiakkaan osallisuudelle. (Pirkanmaan vammaiskasteen osahanke 2012, 8–9.)

Kolmantena on päätösosallisuus, joka tarkoittaa palveluiden käyttäjien päätösvaltaa palvelujen tuottamisessa. Neljäntenä osallistumisen muotona on toimintaosallisuus, joka luo mahdollisuuden toimia omassa ympäristössään. Henkilölle tulee tunne osallisuudesta ja mukana olemisesta sosiaalisten suhteiden kautta. Jotta asiakkaiden ja palvelunkäyttäjien palautetta voidaan kuulla, tulee viidenneksi huomioida arviointiosallisuus. (Pirkanmaan vammaiskasteen osahanke 2012, 9–10.)

3.5 Vuorovaikutus

Seuraavissa luvuissa kerrotaan yksilökeskeisestä elämänsuunnittelu-menettelystä, kommunikoinnista ja dialogisuudesta asiakastyössä sekä verkostotyössä. Koska vuorovaikutus ihmisten välillä, on avain osallisuuteen, tulee siihen kiinnittää erityistä huomiota. Vuorovaikutuksen kehittämiseen voidaan käyttää esimerkiksi yksilökeskeistä elämänsuunnittelua. Sen avulla saadaan selville muun muassa, millaista tukea henkilö tarvitsee vuorovaikutuksensa ja kommunikointinsa tueksi. Myös dialogisuus on vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on rakentaa yhteistä ymmärrystä. Dialogisuus voi esiintyä kahden ihmisen välillä tai sitä voidaan hyödyntää muun muassa verkostopalaverissa.

3.5.1 Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu

Kehitysvammaisen henkilön osallisuutta arjessa voidaan tukea esimerkiksi käyttämällä YKS-menetelmää eli yksilökeskeistä elämänsuunnittelu-menettelystä. YKS-menetelmässä ihmiset halutaan nähdä muina kuin toimenpiteiden kohteina. Heidän oma äänensä ja näkemyksensä on tarkoitus saada YKS-menetelmän avulla kuuluviin. Tavoitteena on voimaantumisen siten, että ihminen on itse mukana luomassa ja tekemässä muutosprosessiaan. Tavoitteena on tulla tietoisiksi omista kyvyistään ja toiveistaan ja sitä kautta päästä johtamaan itse itseään haluamaansa lopputulosta kohti. Muutosprosessissa tarvitaan rohkaisua, inhimillistä välittämistä, ohjausta ja rinnalla kulkemista. (Laurén 2012.)

YKS-menetelmä on vuorovaikutuksellinen kuuntelemis- ja oppimistapah-tumien sarja kehitysvammaisen henkilön ja hänen ohjaajansa välillä. Sandersonin (2013) mukaan erilaisten karttojen ja mielikuvaharjoitusten avulla voidaan käydä läpi kehitysvammaisen henkilön toiveita elämästään. On tärkeää, että prosessi on asiakkaasta lähtöisin ja hänen oma mielipiteensä tulee esiin. Henkilön elämää tarkastellaan hänen tarpeittensa mukaan, ei sen mukaan, mitä tukipalveluita yhteiskunta tarjoaa. (Manninen 2014, 10.)

Kilbane ym. (2008) kiinnittävät huomiota asiakkaan toimintakykyyn. Sen lisäksi tulee huomioida henkilön käyttämät kommunikointimenetelmät, vammaan laatu ja muut henkilön käyttämät palvelut. Tavoitteena on, että tuntemalla ja tietämällä asiakkaan tämän hetkisen elämän tärkeät asiat ja henkilöt, on helpompi löytää hänen tulevaisuutensa tavoitteet. Tuntemalla asiakkaan syvällisellä tasolla, osataan tarjota hänelle erilaisia mahdollisuuksia elämänsä toteuttamiseen. (Manninen 2014, 10.)

3.5.2 Kommunikaatio

Jokaiselle on tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Kommunikoinnin avulla pystytään ilmaisemaan ja vaikuttamaan itseä koskeviin asioihin sekä tekemään erilaisia valintoja. Kommunikaatio on vastavuoroista kykyä vastaanottaa viestejä, tulkita niitä ja vastata niihin. Kehitysvammaisuuteen liittyy pääsääntöisesti puheen kehityksen viivästymistä ja erityisvaikeuksia, mutta yksilölliset vaihtelut ovat kuitenkin suuria (Matero 2006, 131–132; Mitä on puhevammaisuus 2014; Kaski ym. 2012, 178.)

Puhetta käytetään tavallisesti pääasiallisena kommunikaatiomenetelmänä keskinäisten viestien välittämiseen. Tällöin voi henkilön, joilla on neuropsykiatrisia kehityshäiriöitä, vaikea ymmärtää monimutkaista, erilaisia viestejä tuottavaa puhetulvaa. Asioita voidaan ymmärtää ja tulkita väärin. Liiallinen selittäminen vain sekoittaa henkilöä entisestään. Visualisoinnin avulla asioita voidaan selkeyttää. (Andersson 2006, 8–11.)

Puhetta korvaavia, tukevia ja täydentäviä menetelmiä eli AAC-menetelmiä käytetään puheilmaisun rinnalla. Lyhenne AAC tulee englannin kielen sanoista Augmentative and Alternative Communication. Ne voidaan jakaa ei-avustettaviin ja avusteisiin menetelmiin. Ei-avusteisia menetelmiä ovat esimerkiksi tukiviittomat, eleet ja esineen osoittaminen. Avusteisia menetelmiä ovat muun muassa erilaisten kuvien käyttäminen kommunikoinnissa. Kuvien avulla kommunikointiin on monia mahdollisuuksia. Yleisesti käytettyjä kuvia ovat pictogramit ja PCS-kuvat eli englanniksi Picture Communication Symbols. Erilaisia teknisiä apuvälineitä kuten puhelaitteita tai tietokonepohjaisia ohjelmia voidaan myös käyttää kommunikoinnin apuna. (Matero 2006, 132–141).

Eräs avusteinen menetelmä on sosiaalinen tarina. Se on myös pedagoginen oppimiseen tähtäävä menetelmä. Sen avulla voidaan opettaa sosiaalisia taitoja kirjoittamalla ja piirtämällä tai käyttämällä valmiita kuvia esimerkiksi PCS-kuvia. Tulevaa tapahtumaa voidaan ennakoida piirtämällä ja kirjoittamalla siitä sarjakuvamainen tapahtumien sarja tai jo aiemmin tapahtunutta tilannetta voidaan käydä läpi kirjoittaen ja piirtäen. (Alho-Näveri, Ikonen, Karjala, Kortelainen, Ruotsalainen, Salmi & Sauna-aho 2011, 26).

Ohjaajan on tärkeää tuntea henkilö, jonka kanssa sosiaalista tarinaa aikoo käyttää. Esimerkiksi yksilökeskeistä elämänsuunnitelma-menetelmää apuna käyttäen opitaan ensin tuntemaan henkilön kommunikointimenetelmät

ja – taidot. Näin tulee selkeämpi käsitys siitä, millaiset tarinat henkilöllä parhaiten toimivat.

3.5.3 Dialogisuus

Dialogisuus on vuorovaikutusta, jossa pyritään yhteisen ymmärryksen rakentumiseen. Dialogisuudessa tärkeintä on vastavuoroisuus, jolla tarkoitetaan tilanteeseen menoa sekä työntekijän että asiakkaan ehdoilla. Dialogisuudessa kohtaavat paitsi ihmiset niin myös heidän maailmankuvansa ja ihmiskäsityksensä. (Mönkkönen 2007, 86–87.)

Mönkkönen vertaa vuorovaikutusta tanssiin, jossa ihmiset kutsuvat toisiinsa tietynlaisiin askelkuvioihin. Tanssissa, kuten vuorovaikutuksessa, säädellään läheisyyttä ja etäisyyttä, joka kertoo myös tanssijoiden suhteesta. Taitava työntekijä osaa sovittaa askeleensa asiakkaan rytmiin ja antaa tilaa hänen askelkuviolleen, vaikkakin työntekijä hallitsee kokonaistilannetta. Luottamuksellinen suhde luo pohjan dialogisuudelle. (Mönkkönen 2007, 86–89.)

Dialogisuus asiakastyössä tarkoittaa tasavertaisen suhteen ja keskusteluyhteyden luomista. Dialogisessa näkökulmassa vuorovaikutuksen tavoitteena ei ole ongelmien analysointi tai asiakkaan ymmärtäminen siten, että ne hallitsisivat vuorovaikutusta. Dialoginen asiakastyö kysyy työntekijältä rohkeutta asettua asemaan, jossa hän ei tiedä asiakkaan asioissa oikeaa vastausta vaan yhdessä asiakkaan kanssa luo uutta tietämystä. (Mönkkönen 2007, 94–95.)

Dialogisuus on asettumista asiakkaan kanssa suhteeseen, jossa voi syntyä uusia oivalluksia. Tällaisessa asiakastyössä työntekijä kohtaa epävarmuutta ja tietämättömyyttä. Vuorovaikutustilanteiden kriittisen arvioinnin eli reflektoinnin kautta työntekijä oppii muuttamaan ja kehittämään toimintaansa. (Mönkkönen 2007, 96–99.)

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä on tutkittu ja kehitetty viime vuosina paljon muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon Kaste-hankkeilla. Ne ovat sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamia kansallisia kehittämisohjelmia, joiden tarkoituksena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja rakenteet asiakaslähtöisesti. Vammaispalveluille on omat Kaste-hankkeet. Ohjelmien tavoitteena on ollut siirtyä ongelmien hoidosta niiden ennaltaehkäisyyn. Valtioneuvosto vahvistaa Kaste-ohjelman joka neljäs vuosi. (STM 2014.)

Seuraavaksi esitellään tämän opinnäytetyön aiheeseen liittyviä Kaste-hankkeita ja muita tutkimuksia. Muihin tutkimuksiin on otettu mukaan myös muutama ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, sillä juuri tähän aiheeseen liittyviä tutkimuksia ei ole suomeksi.

4.1 Hankkeet

Valtakunnallinen vammaispalvelujen Kaste-kehittämishankkeet vuosilta 2010–2013 oli jaoteltu yhdeksään osahankkeeseen. Esimerkiksi Keski-Suomen hankkeessa kysyttiin asiakastyön ammattilaisilta näkemyksiä vammaisalan tulevaisuuden haasteista. Vastauksissa todettiin, että tärkeimmät osaamisalueet olivat verkostoyhteistyö, lainsäädäntö sekä asiakkaiden avun ja tuen tarpeen arviointi sekä perhekeskeinen työote. Tärkeänä osaamisalueen haasteena pidettiin myös oman työn kehittämistä, yksilökeskeisestä ja asiakaslähtöistä työtettä sekä toimimista asiakkaan haasteellisissa elämäntilanteissa. (Lehtovaara & Talvensola, 2012, 14–15.)

Pirkanmaan Vammaiskaste-osahankkeen raportissa käsiteltiin osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä monipuolisesti vammaisuus huomioon ottaen. Tuloksena todettiin muun muassa, että asiakaspalautteen kehittämistyössä tulee kiinnittää huomiota työntekijöiden vuorovaikutustaitoihin sekä palveluohjauksessa on tärkeää puhua yhteisellä kielellä, jota myös asiakas ymmärtää. (Pirkanmaan vammaiskaste osahanke 2012.)

Kaste-hankkeessa nimeltä Keinoja osallisuuden vahvistamiseksi, tavoitteena oli kehittää kehitysvammaisten henkilöiden palvelusuunnittelua siten, että asiakkaan kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksia lisättäisiin. Havaittiin, että asiakas tarvitsee tukea ja aikaa palaveriin valmistautumiseen. Todettiin, että asiakas tarvitsee oman tukihenkilön, jonka kanssa asioita voisi pohtia etukäteen ja tukihenkilö voisi antaa apua päätösten ja valintojen tekemisessä. Aktiivinen havainnointi arjessa ja sieltä nousevien tietojen kerääminen ja koonti sekä ennakoivaltautuminen palaveriin koettiin itse palaveria tärkeämmäksi asiaksi. Konkreettisenä tuloksena hankkeesta oli kuvallinen sanasto palvelusuunnitelman läpikäymiseen, jota voidaan hyödyntää asiakkaan kanssa esimerkiksi keskustelumaton avulla. (Koski & Viitanen 2013, 8–12.)

Yhtenä Kaste-hankkeena kehitettiin asiakaslähtöisen verkostoneuvottelun toimintamallia. Hankkeessa koettiin tarpeelliseksi kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin yhteisesti sopivaa toimintamallia, jossa otetaan huomioon työnjako, moniammatillinen yhteistyö sekä tarpeenmukaiset ja oikein ajoitetut palvelut. Verkostoneuvottelun tavoitteena on räätälöidä palvelut asiakkaalle sopiviksi ja ottaa asiakas mukaan neuvotteluihin, joissa kokoontuvat lisäksi asiakkaan läheiset ja muut tarvittavat toimijat kotikunnan sosiaali- ja terveystalouksista, koulutoimista, erikoissairaanhoidosta ja erityishuollosta. Mallissa on paljon huomionarvoisia ja käyttökelpoisia ideoita asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi. Siinä myös kiinnitettiin huomiota esteettömyyteen, asiakkaan tukemiseen sekä kommunikointiin. (Lindberg 2012.)

Tuetusti päätöksentekoon -projektissa 2010–2014 on levitetty ja juurrutettu tietoa tuetusta päätöksenteosta. Toimintaa on suunnattu kehitysvammaisille henkilöille, heidän läheisilleen sekä heidän kanssaan työskenteleville ammattilaisille. Projektin keskiössä ovat olleet päämiehet eli henkilöt, jotka tarvitsevat tukea tehdäkseen elämästään omannäköisen. Projekti on tuottanut paljon materiaalia, kuten laajan selkokielisen ja selkokuvitetun oppaan tuetusta päätöksenteosta. (Savon vammaisasuntosäätiö 2014.)

4.2 Tutkimukset

Asiakkaan osallisuutta on tutkittu laajasti integroidussa kirjallisuuskatsauksessa, jossa 2000-luvulla kotimaassa ja kansainvälisesti tehtyjä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan osallisuuteen ja asemaan liittyviä tutkimuksia ja tuloksia käytiin läpi. Tutkimustulokset osoittivat asiakkaan voimaantumisen ja itsemääräämisen olevan merkittäviä asioita asiakkaan aseman muutoksessa. (Kaseva 2011, 41–43.)

Aineiston mukaan osallisuutta heikentävinä tekijöinä voitiin pitää alaikäisen asiakkaan mielenterveydellisiä ja elämännhallinnallisia ongelmia, sosioekonomista asemaa sekä kieli- tai muuhun vähemmistöryhmään kuulumista. Tutkimuksista selvisi, että asiakkaat voivat kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokemusasiantuntijoina sekä muodostamalla keskinäisiä käyttäjätiimejä ja järjestäytyneen toiminnan avulla. Puutteita havaittiin yksittäisten asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksissa. (Kaseva 2011, 41–43.)

Minna Laitila on tutkinut asiakkaan osallisuutta päihde- ja mielenterveys-työssä. Väitöskirja, kuten Kasevan integroitu kirjallisuuskatsaus, tuovat esiin asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden moniulotteisuuden. Laitilan tutkimuksen tuloksena asiakkaan osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. (Laitila 2010.)

Laitilan tutkimuksen mukaan asiakkaan osallisuus toteutui omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuus palveluiden kehittämiseen ja osallisuus palveluiden järjestämiseen. Tutkimuksessa ilmeni myös, että asiakaslähtöisyys tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti ajateltuna tavoitteiden asettamista työskentelylle. Esiin tuli myös, että asiakaslähtöisyys asiakkaiden käsityksen mukaan oli pelkkää retoriikkaa. Asiakaslähtöisellä työllä oli työntekijöiden käsityksen mukaan positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteessa niin asiakkaille kuin työntekijöille (Laitila 2010.)

Toinen huomionarvoinen väitöskirja on Sanna Järnströmin etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tutkimuksessa selviää, että asiakaslähtöisyys jäi geriatrisen sairaalan osastoilla vain ideaaliksi ilmiöksi. Vanhusten itsemääräämisen toteutuksessa oli monia puutteita. Asiakkaiden ajatuksia ja toiveita ei kysytty, avuntarpeeseen vastaamisessa oli ongelmia, jatkohoitosuunnitelmat tulivat muiden päättäminä, osallisuutta omissa asioissa ei ollut, eikä omia tarpeita tai tavoitteita päässyt itse määrittelemään sekä liikkumisen vapautta rajoitettiin. (Järnström 2011.)

Osallistumisessa, tasavertaisessa vuorovaikutuksessa ja tiedonsaannissa ilmeni myös monenlaisia puutteita. Myös vanhuksen kategorinen sijoittaminen toimintakyvyn mukaan vaikutti asiakkuuteen. Kotiutuviin vanhuksiin panostettiin eniten, heidät määriteltiin jo muutenkin virkeämmiksi ja oma-aloitteisiksi. Pitkäaikaissairaiden vanhusten toiveilla tai näkemyksillä ei ollut juuri sijaa vaan työntekijöiden arvioinnit vanhuksen toimintakyvystä ja laadullisen ja määrällisen hoidon tarpeesta määrittivät asiakkaan kategorian. (Järnström 2011.)

Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista henkilökunnan kokemana vastuukuntoutuksessa tutkittiin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyössä. Tutkimuksessa todettiin, että asiakkaan itsemäärääminen toteutui paremmin, mikäli asiakkaan omainen osallistui kuntoutuspalaveriin. Omahoitajilla nähtiin olevan keskeinen rooli asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Jos hoitaja ymmärsi oman roolinsa ammattiauttajana, joka tukee ja kuntouttaa asiakasta, niin asiakkaan itsemääräämisoikeus oli parempaa. (Laaksonen & Pentti 2013.)

Asiakkaiden osallistumisella oman kuntoutuksensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin nähtiin olevan suuri merkitys itsemääräämisen toteutumisessa. Tutkimuksessa huomattiin myös, että asiakkaiden oma halu vaikuttaa asioihin, oli kasvanut. Tätä tulosta selitettiin asiakkaiden mukaan ottamisella kuntoutuksen suunnitteluun. (Laaksonen & Pentti 2013.)

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelmassa tehdyn opinnäytetyön aiheena oli vammaisten henkilöiden kuntoutuksen suunnittelun malli. Tuloksissa todettiin samansuuntaisesti kuten Laaksonen ja Pentin opinnäytetyössä, että asiakkaan osallisuudella hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun oli merkitystä asetettujen tavoitteiden sekä asiakkaan motivoitumisen kannalta. Suurimmaksi haasteeksi todettiin kuntoutujan omien vaikutusmahdollisuuksien parantaminen saamalla ennakkoon tietoa kuntoutuksen suunnitteluun liittyvistä käytänteistä ja kokouksessa keskusteltavista asioista. (Koivisto 2010.)

Fysioterapian lisensiaatin tutkielman aiheena oli asiakkaan osallistuminen ja asema kuntoutussuunnittelussa. Työssä tutkittiin terveydenhuollon ammattilaisten ja kuntoutujien puhetta kuntoutussuunnitelmakokouksissa sekä kuntoutujien asemaa sekä osallistumista kokouksissa käytyihin keskusteluihin. Kuntoutajat olivat erikoissairaanhoidon tutkimus- ja kuntoutusosaston työ- ja toimintakyvyn arviointijaksolle osallistuneita henkilöitä. (Perttinen 2001.)

Tutkimuksen mukaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet keskusteluun ja päätöksentekoon olivat rajoitetut johtuen kokouksen rakenteesta ja siellä käytettävästä puheesta. Tutkimuksen mukaan asiakkaan mielipide kuunneltiin, mutta sillä ei ollut juuri vaikutusta häntä koskevassa päätöksenteossa. Asiakas tuli kuulemaan häntä koskevia päätöksiä. Asiakkaan osallisuutta rajasivat ammattilaisten asiantuntijuudessa pidättäytyminen sekä kokouksen muodollisuus. (Perttinen 2001.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa esitellään, kuinka tämän opinnäytetyön tutkimus on toteutettu. Ensin kerrotaan tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset, jonka jälkeen esitellään toimintaympäristö, jonka kenttään tutkimus sijoittuu. Kolmantena perustellaan tutkimusmenetelmän valinnat, esitellään aineiston keruu- ja analyysimenetelmät sekä pohditaan eettisyyttä ja luotettavuutta.

5.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli kuvata henkilökunnan näkemyksiä asiakkaan osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta verkostopalaverissa. Henkilökunta tarkoitti tässä tapauksessa asiakkaiden arjessa työskenteleviä kuntoutusta ohjaavia työntekijöitä, joista käytetään nimeä hoitaja. Opinnäytetyön lähtökohtana oli, että hoitajilla on parhaiten käytännön ja arjen kokemusta ja näkemystä asiakkaan tukemisesta ja ohjaamisesta. Hoitajat ovat myös mukana verkostopalavereissa ja he vastaavat pääosin niiden suunnittelusta.

Haasteluaineiston tulosten perusteella voidaan rakentaa kuva siitä, mikä verkostopalaverissa on henkilökunnan näkemyksen mukaan oleellista asiakkaan kannalta osallisuudessa ja kuulluksi tulemisen kokemuksessa. Tulosten avulla asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemisen kokemusta voidaan kehittää.

Tutkimuskysymykset ovat:

Miten asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemistä voidaan tukea ennen ja jälkeen verkostopalaverin sekä palaverin aikana?

Miten verkostopalaveri tulisi käytännössä järjestää, jotta se tukisi asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemistä?

5.2 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli eteläsuomalainen organisaatio. Se on erikoistunut asiakkaisiin, joilla on vaativia erityistarpeita. Ne voivat liittyä kehitysvammaisuuteen, mielenterveydenhäiriöihin, autismikirjon ongelmiin, vuorovaikutukseen tai johonkin muuhun, joka aiheuttaa vakavaa haastavaa käyttäytymistä. Organisaatio tarjoaa kriisi-, intensiivi- ja kuntoutusjaksoja sekä antaa kehitysvammaiselle henkilölle vastoin tahtoa tehtävän tutkimuksen ja erityishuollon toteutuksen. (Yhteistyötaho, palvelutuotteet 2015.)

Kriisi- ja intensiivijakson kesto määritellään aina yksilöllisesti asiakkaan tarpeen mukaan. Kriisijakson tavoitteena on pysäyttää haastavan käyttäytymisen kierre. Intensiivijaksoa käytetään, kun asiakas tarvitsee erilaisia arviointeja, tutkimuksia, hoitoa ja lääkemutoksia, joita ei pystytä peruspalveluissa antamaan. Asiakkaan tilanteeseen perehtyy kehitysvammaisuuden erikoistunut henkilöstö ja psykiatri sekä asiakkaan tilannetta pohditaan kiinteällä verkosto- ja työryhmätyöskentelyllä. Kriisi- ja intensiivijaksojen jälkeen on asiakkaalla mahdollisuus jatkaa kuntoutusjaksolla. (Yhteistyötaho, palvelutuotteet 2015.)

Organisaation antama palvelu on rinnastettavissa erikoissairaanhoidon, vaikka olosuhteet ovat kodinomaisemmat ja työskentelytavat hieman erilaiset. Organisaatiossa on käytössä muun muassa yksilökeskeinen elämänsuunnittelu-menetelmä, joka ohjaa asiakkaan palveluiden sisältöä. Suunni-

telma tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. (Yhteistyötaho, palvelutuotteet 2015.)

Organisaation antama palvelu on aina yksilöllisesti suunniteltua, tavoitteellista ja määräaikaista sekä ratkaisuja asiakkaan ongelmiin haetaan moniammatillisen asiantuntemuksen avulla. Moniammatillisia kokoontumisia ovat muun muassa verkostopalaverit, joita järjestetään säännöllisesti. (Yhteistyötaho, palvelutuotteet 2015.) Verkostopalaverin yhtenä tavoitteena on saada yhtäläinen näkemys asiakkaan kuntoutuksen ja palveluiden tarpeista, jotka tähtäävät asiakkaan toimintakyvyn paranemiseen. Palaverin kesto on noin 90 minuuttia.

Verkostopalaverissa on mukana useita tahoja. Siihen osallistuu erilaisia asiantuntijoita kuten psykiatri, psykologi ja toimintaterapeutti. Mukana on aina palvelun tilaaja eli asiakkaan kotikunnan edustajina esimerkiksi sosiaalityöntekijä ja palveluohjaaja. Palvelua tarjoavasta organisaatiosta osallistuu yleensä oma sosiaalihoaja ja palvelupäällikkö mahdollisuuksien mukaan. (Yhteistyötaho suullinen tiedonanto 2015.)

Palaveriin voi osallistua asiakkaan elämismaailmaan liittyviä kuntoutuksen kannalta myös muita tarpeelliseksi koettuja henkilöitä. Niitä voivat olla työntekijät asiakkaan aikaisemmasta asuinyksiköstä, päivätoiminnasta tai opiskeluun liittyvältä taholta. Mukana ovat usein myös asiakkaan vanhemmat tai omaiset. Asiakkaan vastuuohjaaja osallistuu myös aina palaveriin ja asiakas itse mahdollisuuksien mukaan. (Yhteistyötaho suullinen tiedonanto 2015.)

5.3 Aineiston hankinta

Tämä opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin muun muassa toiminnan kehittämiseen ja erilaisten vaihtoehtojen etsimiseen. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii selittämään ja ymmärtämään ilmiöitä ja sen syitä. Lähtökohta kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. (Hirsjärvi 2006, 152.)

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Se on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastateltavien teema on sama, mutta kysymysten asettelussa saattaa olla eroja. Teemahaastattelu ei ole niin sitova kuin strukturoitu haastattelu, josta syystä haastattelu voi edetä haastateltavien elämymaailman ja heidän määritelmiensä mukaan. Teemahaastattelun etuna on joustavuus, jolloin haastateltavalle on mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä ja syventää saatuja vastauksia. Teemahaastattelun avulla tutkittavien näkökulma ja heidän äänensä tulee kuuluviin. Sen avulla päästään lähelle niitä merkityksiä, joita haastateltavat antavat ilmiöille ja tapahtumille. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 28, 35–36, 48.)

Koska opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia henkilökunnan näkemyksiä asiakkaan osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta, oli järkevää käyttää kvalitatiivista tutkimusta ja teemahaastattelua aineiston keräämiseen. Organisaatio oli etukäteen valinnut kolme haastateltavaa. Haastateltavilla oli vähintään kymmenen vuoden kokemus kehitysvamma-alalta.

Kolmen henkilön haastattelu on riittävä, koska laadullisessa tutkimuksessa ei ole oleellista pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin. Tärkeää on, että haastattelutavat henkilöt tietävät mahdollisimman paljon käsiteltävästä aiheesta tai heillä on kokemusta siitä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 87–88.) Myös Vilkan (2005, 126) mukaan tutkimusaineiston kokonaislaadulla on merkitystä, ei määrällä. Pienikin aineisto voi tuottaa saturaation eli kylläntymisen, jolloin haastattelussa esiintyvät asiat alkavat toistua. Saturaation aikaansaaaminen on yleensä riippuvainen tutkijan omasta oppineisuudesta ja uusien näkökulmien löytämisestä ja huomaamisesta. Tästä syystä pienikin otanta tuottaa riittävästi aineistoa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 169.)

Vaikka kohdetta tulisi tutkia kokonaisvaltaisesti, on tutkijan silti vaikea saavuttaa objektiivisuuttaan, koska kohde on aina tutkijan kanssa vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2010, 23). Alasuutarin (2001, 217–219) mukaan omaa itseä lähellä olevaan kulttuuriin perehdyttäessä kaikki ongelmat näytävät itsestään selviltä, latteilta ja ongelmattomilta.

Tutkijan objektiivisuuden toteuttaminen teemahaastattelussa sekä aineiston analyysissä ei ollut aivan helppoa, sillä opinnäytetyön tekijä oli työskennellyt organisaatiossa erimittaisia jaksoja. Pääasiassa haastateltavien ja käsiteltävän aiheen tuttuus helpotti haastatteluaineiston käsittelyä. Aikaisempi työskentely organisaatiossa helpotti myös haastateltavien elämämaailman ymmärtämistä.

5.3.1 Aineiston keruu

Teemahaastattelut toteutettiin yhden viikon aikana tammikuun 2015 loppussa. Haastattelujen runko (liite 1.) sekä saatekirje, jossa kerrottiin haastattelujen tulevan opinnäytetyöhön, lähetettiin sähköpostilla noin kaksi viikkoa ennen haastatteluja. Teemahaastattelurungon lähettämällä etukäteen ajateltiin auttavan haastateltavien henkilöiden valmistautumista tilanteeseen. Teemahaastattelun kysymykset muotoiltiin teoreettisen viitekehysten pohjalta sekä opinnäytetyön tekijän muutaman verkostopalaverin kokemuksen perusteella.

Haastattelut, joita oli kolme, äänitettiin sanelukoneella. Haastattelupaikaksi oli valittu yksikön tila, jossa oli rauhallista ja häiriötöntä. Ensimmäinen haastattelu oli pituudeltaan noin 60 minuuttia ja kaksi seuraavaa noin 30 minuuttista. Haastattelujen äänitykset siirrettiin sanelukoneesta suoraan tietokoneelle.

Haastattelut litteroitiin eli purettiin sanatarkasti. Haastattelujen purkamisen tekstimuotoon oli käytännössä varsin yksinkertaista, sillä tietokoneen näytöllä pystyi pitämään samaan aikaan auki kirjoitusohjelmaa sekä mediasoitinta, jossa äänitetty haastattelu oli. Litterointi vei yllättävän paljon aikaa tekijän kokemattomuuden vuoksi. Haastatteluaineisto purkamiseen meni noin tunti per 10 minuutin haastatteluaineisto. Näin ollen purkamiseen meni arviolta 18 tuntia. Tekstiksi kirjoitettua aineistoa kertyi 29 sivua.

Haastattelutilanteet olivat varsin leppoisia, koska haastateltavat henkilöt olivat opinnäytetyön tekijälle entuudestaan tuttuja. Opinnäytetyön tekijä oli työskennellyt kyseisessä organisaatiossa erimittaisia sijaisuuksia. Jo toisen haastattelun aikana tuli tuntemuksia samojen asioiden toistumisesta haastateltavien puheessa. Kun litteroituja aineistoja tutkittiin, huomattiin, että muut haastattelut toivat kuitenkin uusia asioista esiin tai tarkastelivat aihetta toisenlaisesta näkökulmasta.

5.3.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällön analyysillä. Siinä teoria ohjaa analyysiä, mutta sen tarkoituksena ei ole määrittää analyysia liikaa vaan avata mahdollisia uusia ajatuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 98.)

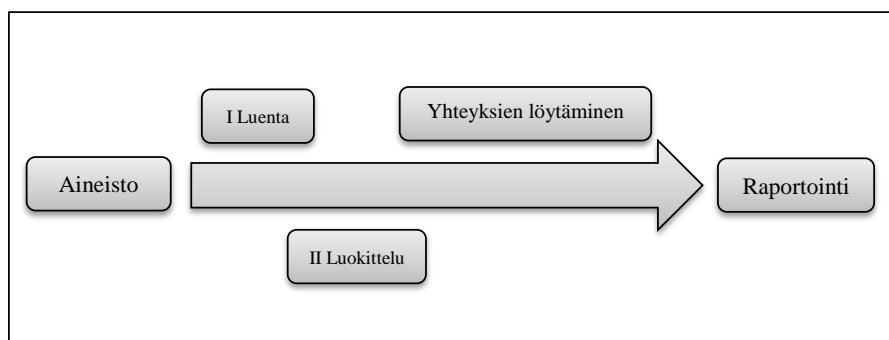
Tässä opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys ohjasi analyysiä. Viitekehys loi raamit opinnäytetyölle ja toi taustatietoa käsiteltävästä aiheesta. Viitekehys pyrittiin huomioimaan tuloksissa ja johtopäätöksissä. Huomiotta ei voi jättää kuitenkaan teemoittelua, jonka avulla aineistosta nousi esiin aiheeseen liittyviä ilmiöitä ja asioita.

Sisällön analyysilla pyritään kuvaamaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällön analyysi perustuu tutkijan päättelyyn ja tulkintakykyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105, 115.) Ennen kuin tutkittavaa ilmiötä voidaan analysoida, täytyy se lukea läpi monta kertaa. Huolellinen tutustuminen aineistoon helpottaa analysointia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 143.)

Aineistoon tutustumisen jälkeen sitä käydään läpi tutkimusongelman ja tutkimuskysymyksien perusteella. Aineistosta erotellaan ja merkitään tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin liittyvät ilmiöt. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 94–95.) Teemahaastattelun runkoa voidaan käyttää apuna ilmiöiden löytämiseksi, mutta aineistosta saattaa nousta esiin myös muita mielenkiinnon kohteita. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 173).

Kolmantena vaiheena eroteltu aineisto teemoitellaan eli pelkistetystä ja tiivistetystä aineistosta etsitään toistuvia piirteitä ja ilmiöitä. Teemoittelussa voidaan luoda useita kategorioita eli luokkia, joiden mukaan aineisto ryhmitellään. Kategorioita voidaan yhdistellä löytämällä niiden väliltä samankaltaisuuksia. Tiivistetystä ja yksinkertaistetusta aineistosta pystytään tekemään tulkintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 94–96, 102–103.)

Tässä opinnäytetyössä analysointi tehtiin etsimällä aineistosta toistuvia teemoja, jotka luokiteltiin ja tiivistettiin tutkimuksen tuloksiksi. Kuva 2. esittää yksinkertaistetun mallin haastatteluaineiston analyysin vaiheista. Opinnäytetyön tuloksissa sanatarkat sitaatit tuovat esille kuinka opinnäytetyön tekijä on teemoitellut aineiston.



Kuva 2. Haastatteluaineiston analyysin vaiheet (Hirsjärvi & Hurme 2010, 144).

Kun haastatteluita litteroitiin, löydettiin yhteyksiä aineiston asioiden välillä. Aineistoon tutustuttiin pääasiassa tietokoneen näytön kautta. Eri henkilöiden haastattelut muutettiin erivärisiksi tekstiksi, jotta niihin pystyttiin palaamaan helpommin jälkikäteen. Tekstin paksuntamista käytettiin aineistossa toistuvien asioiden etsimiseen, esiin nousevien teemojen mukaan. Myöhemmin niitä käytiin läpi ja karsittiin tutkimuskysymyksiin kuulumattomat pois. Tutkimuskysymyksiin liittyvät asiat kopioitiin ja liitettiin uuteen tiedostoon.

Edellä kerrotun tavoin käytiin läpi uuteen tiedostoon kerättyä aineistoa ja pyrittiin yhdistelemään samaan teemaan liittyvät asiat toisiinsa sekä nimettiin sopivia otsikoita. Aineiston teemoittelu oli toisten kategorioiden eli luokkien kohdalla vaikeaa, toisten helpompaa. Esimerkiksi erilaisten verkostopalaverijärjestelyjen löytäminen oli suhteellisen helppoa. Varsinaisten pääluokkien nimeäminen ja löytäminen koettiin vaikeaksi. Teemoittelussa koettiin, että luokittelun olisi voinut tehdä myös muilla tavoin.

5.3.3 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö kuuluu kaikkien erilaisten tutkimusten, selvitysten ja kartoitusten tekemiseen. Tutkimusetiikkaa on noudatettava samalla tavoin kuin ammattietiikkaa ammatinharjoittamisessa. Tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluu eettisesti kestävä tiedonhankintamenetelmä ja tutkimuksen laadukkaat suunnittelu-, raportointi- ja toteutusvaiheet. Tutkimukseen osallistuvia ja toimeksiantajaa ei myöskään ilman asianomaisten lupaa saa julkaista. Tutkimusta tulisi tehdä varsin neutraalilla asenteella. (Vilkka 2005, 29–40.)

Tuomen ja Sarajärven (2003, 126) mukaan eettisyys alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta ja jokaisella tieteenalalla on omat arvolähtökohdat, ihmiskäsitykset ja toiminnan tavoitteet. Tämän opinnäytetyön aihe on eettinen, koska asiakkaan osallisuutta korostetaan muun muassa lainsäädännöllä, Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmissa sekä Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksessa vammaisten henkilöiden oikeuksista.

Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan tutkimusetiikkaa huolellisesti. Ennen tutkimuksen tekoa haettiin lupa tutkittavan organisaation omalta tutkimuseettiseltä lautakunnalta sekä Hämeen ammattikorkeakoululta. Teemahaastattelut tehtiin nimettömästi ja luottamuksellisesti. Haastateltavia tiedotettiin tutkimuksen aiheesta ja heille kerrottiin etukäteen tema-

haastattelun runko. Haastateltavan henkilöllisyys ja tunnistettavuus pyrittiin häivyttämään mahdollisimman hyvin. Esimerkiksi sanatarkoissa lainauksissa vältettiin valitsemasta tyypillisiä henkilöiden käyttämiä sanontoja ja haastattelussa esiintyvät henkilöiden nimet ja paikkakunnat korvattiin toisella sanalla.

Luotettavuutta opinnäytteelle toi huolellinen perehtyminen teoreettiseen viitekehykseen. Tarkka raportointi ja sanatarkat aineistolainaukset kertovat esimerkkejä teemoittelusta.

6 TULOKSET

Tämän opinnäytetyön aiheena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä asiakkaan osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta verkostopalaverissa. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla kolmea kuntoutusta ohjaavaa hoitajaa. Hoitajat työskentelivät organisaatiossa, joka tarjoaa muun muassa kriisi-, intensiivi- ja kuntoutusjaksoja asiakkaille, joilla on vaativia erityistarpeita liittyen muun muassa kehitysvammaisuuteen ja mielenterveydenhäiriöihin.

Opinnäytetyössä haluttiin löytää vastauksia asiakkaan osallisuuden ja kuulluksi tulemisen tukemisesta ennen ja jälkeen verkostopalaverin sekä palaverin aikana. Haluttiin selvittää myös, miten verkostopalaveri tulisi järjestää, jotta se tukisi asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemisen kokemusta.

Tulokset esitellään haastatteluaineistosta löydettyjen teemojen mukaisesti. Hoitaja, jonka rooli on asiakkaan osallisuudessa ja kuulluksi tulemisessa merkittävä, tulee kuitenkin esiin lähes kaikissa teemoissa. Tulosten luotettavuutta on vahvistettu tuomalla esiin suoria lainauksia teemahaastatteluita. Suora lainaus viittaa aina sen yläpuolella olevaan tekstiin.

6.1 Vastuuhoitajan rooli

Haastatteluaineistosta ilmenee, että vastuuhoitajan rooli on merkittävä asiakkaan osallisuuden mahdollistajana verkostopalaverissa. Vastuuhoitaja on henkilö, joka vastaa työparinsa kanssa pääasiallisesti asiakkaan asioiden hoitamisesta. Aineiston perusteella vastuuhoitajan merkitys on oleellinen kaikissa verkostopalaveriin liittyvissä vaiheissa.

Hoitajalla on erilaisia toimenkuvia, joiden avulla asiakkaan osallisuus ja kuuleminen mahdollistuvat verkostopalaverissa. Vastuuhoitajan osallistumien on mahdollistettu aina työvuorojen suunnittelusta lähtien. Haastatteluita tuli esiin usein hoitajan roolin tärkeys verkostopalaverin eri vaiheissa.

Et hän osallistuu, niin silloin meidän hoitajien rooli ja tehtävä on aika suuri, koska mehän kerätään niitä asioita sitten ylös keskustelemalla sen asiakkaan kanssa. Ja me ollaan niitä, tavallaan niitä heidän sanansaattajia ja sitä niin kuin heidän ääntä, heidän ääntä tuomassa kuuluviin.

Aineistosta nousee esiin, että asiakkaat jännittävät palaveria ja sen odottaminen saattaa aiheuttaa levottomuutta, ahdistusta sekä lisätä haasteellista käyttäytymistä. Verkostopalaverin lähestyminen saattaa myös kannatella asiakasta, koska siellä keskitytään vain asiakkaan asioihin. Aineiston perusteella hoitajan antama tuki keskusteluiden muodossa saattaa vähentää palaverin aiheuttamaa jännitystä, mutta todetaan myös, ettei sekään aina auta.

Aineistosta tulee vahvasti esiin hoitajien näkemys, jonka mukaan asiakkaan osallisuus verkostopalaveriin tulee mahdollistaa aina jollakin tapaa. Osallisuus tulee mahdollistaa, vaikka asiakas ei pystyisi siihen itse fyysisesti paikan päällä osallistumaan. Aineistosta ilmenee, että osallistumisen ajatellaan olevan asiakkaan arvostamista ja hänen itsemääräämisoikeutensa huomioimista.

Mikäli asiakkaan psyykkinen vointi on sillä hetkellä huono, ettei myöskään palaveriin osallistuminen tue hänen vointiaan, niin asiakas tuo mielipiteensä ja toiveensa muulla tavoin esiin. Asiakas voi itse tai hoitajan avustamana kirjoittaa kirjeen tai mielipide kootaan yhdessä hoitajan kanssa valmiista kuvista. Kerran on asiakasta videoitukin.

Asiakkaan mukana oleminen verkostopalaverissa vaihtelee. Haastattelujen mukaan asiakas voi olla palaverin alussa tai lopussa tuomassa mielipiteensä tai osallistua koko palaverin ajan.

Tärkeätä olis, että asiakas pystyis oleen. Aika usein on kyllä niin ettei oo koko aikaa paikalla, mutta että pystyis oleen ees sit sen osan aikaa.

Että jos se vaan tukee sitä asiakkaan vointia sillä tavalla, että se ei heikennä sitä, niin ilman muuta asiakkaan täytyy saada osallistua omaan palaveriin.

6.2 Vastuuhoitajan tuki verkostopalaverin vaiheissa

Aineiston mukaan keskustelut asiakkaan kanssa ennen palaveria ja sen jälkeen tuovat asiakkaalle osallisuuden ja kuulemisen kokemuksen.

Mun mielestä se, että hänen kanssaan keskustellaan ennen kuin sinne palaveriin mennään. Se on yksi asia missä asiakas tulee kuulluksi.

...meidän tehtävä on niin kuin etukäteen valmistaa siihen verkostopalaveriin ja kuulla se asiakkaan oma mielipide.

Vastuuhoitajan, joka osallistuu palaveriin, antaa asiakkaalle ennen palaveria tietoa verkostopalaverissa käsiteltävistä asioista. Ennen palaveria hän keskustelelee asiakkaan kanssa ja kuulee hänen mielipiteensä ja toiveensa. Haastatteluissa saaduissa vastauksissa ilmenee, että hoitajat kokevat olevansa asiakkaan sanansaattajia verkostopalaverissa eli tuomassa asiakkai-

den ääntä kuuluviin. Tästä syystä asioiden käyminen ennalta asiakkaan kanssa läpi on välttämätöntä, jotta asiakkaan toiveet ja mielipiteet ovat selvillä.

Mut siinä täytyy sitten sen hoitajan vaan sit tavallaan toimia niinku sen asiakkaan äänenä. Sä et voi toimia asiakkaan äänenä, jos sä et ole käynyt sitä asiakkaan kanssa ennalta läpi, niitä asioita mitkä on hänen toiveita.

Haastatteluissa ilmenee, että palaverin aikana hoitaja tukee asiakasta monin tavoin, jotta asiakas saa tuotua mielipiteensä esiin. Voi olla myös niin, että asiakkaan valtuuttamana hoitaja voi kertoa asiakkaan mielipiteen tai toiveen. Palaverin aikana hoitaja voi kysyä asiakkaan vointia ja jaksamista.

Aineistosta selviää, että asiakkaan kommunikoinnin tukemiseksi hoitaja voi kääntää muiden puhetta selkokieliseksi tai kirjoittaa apusanoja tai piirtää sosiaalisia tarinoita. Puhetta tukeva kommunikointimenetelmä valitaan asiakkaan tarpeen mukaisesti. Kaikki haastateltavat käyttivät sosiaalista tarinaa, joka oli tämän tutkimuksen mukaan laajassa käytössä yksikössä.

...mutta sosiaaliset tarinat piirtämällä ja se teksti ihan sen asiakkaan omia tarpeita vastaavaksi ni se on kyllä ehdottomasti musta toimivin.

Asiakkaan ymmärrys mainittiin aineistossa huomattavan monta kertaa. Haastatteluissa selviää, että aina ei ole ole varmaa, että asiakas ymmärtää verkostopalaverissa käsiteltäviä asioita heti palaverin aikana, vaikka asiakasta tuetaan erilaisilla kommunikointimenetelmillä. Aineistosta tulee esiin, että verkostopalaverin läpikäymistä jälkikäteen asiakkaan kanssa pidetään hyvin tärkeää. Haastatteluiden perusteella hoitajan vastuulla on varmistaa, että asiakas ymmärtää palaverissa esiin tulleet asiat.

Tänäänkin, kun keskustelin asiakkaan kanssa, niin hän sanoi suoraan, että en mä ymmärrä aina mitä siellä puhutaan. Ja mä luulen, että hänellä oikeasti menee paljon ohi mitä palaverissa puhutaan. Niin siin on niin kuin hoitajalla tosi iso vastuu, että sä käyt sen asiakkaan kanssa läpi sitä palaveria ja sitä mitä siellä on päätetty.

Niin, usean kerran voi joutua käymään, että se asiakas ymmärtää oikeasti mitä siellä on tarkoitettu. Asiakas ottaa helposti sieltä sanan.., sanan sieltä, sanan täältä, ymmärtää hyvin väärin asioita ja tekee omia tulkintoja.

Verkostopalaverin läpikäyminen on yksikössä kirjoittamaton sääntö, joka tulee tehdä kaikkien asiakkaiden kanssa. Aineiston mukaan ei ole kuitenkaan aivan selvää, että kaikki toimivat kirjoittamattoman säännön mukaisesti ja jonkinlaisia ohjeita kaivataan jo uusien työntekijöiden perehdyttämisenkin kannalta.

Että jotenkin selkeät ohjeet, jotta se on niin kuin kaikille samanlainen. Sehän on helpompi, niin kuin tuli kuka hoitaja tähän tahansa niin sehän on, ymmärtää mistä on kysymys.

Jotkut asiakkaat tarvitsevat hieman aikaa palaverissa olleiden asioiden pohtimiseen, toiset haluavat käydä ne heti läpi. Asiakkaan ymmärryskyky huomioiden verkostopalaverissa olleita asioista tulee käydä niin kauan läpi, että asiakas on ne riittävästi ymmärtänyt, toisinaan se vaatii useita toistokertoja ja asian pilkkomista pienempiin osiin. Hoitajien mukaan jotkut asiakkaat ovat valveutuneita ja osaavat itsekin kysyä, jos eivät ole ymmärtäneet jotain asioita.

6.3 Asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys ja itsemäärääminen

Asiakaslähtöisyys tulee haastatteluaineistossa esiin hoitajan osaamisena ja asiakkaan yksilöllisenä tuntemisena. Hoitaja osaa yksilöllisesti huomioida asiakasta ja tuntee asiakkaan tarpeet ja toimintakyvyn. Haastatteluissa tulee esille asiakkaan tarpeet. Asiakasta huomioidaan verkostopalaverin eri vaiheissa yksilöllisellä tavalla, tarpeen mukaan. Eräässä vastauksessa asiakas tuodaan esille tasavertaisena osallistujana.

Haastattelujen mukaan suunniteltaessa ja päätettäessä asiakkaan asioista verkostopalaverissa, haluavat hoitajat toimia asiakkaan parhaan mukaan. Heidän tavoitteenaan on pyrkiä sellaisiin ratkaisuihin, jotka ovat asiakkaan todellisista tarpeista lähtöisin.

Tietysti nehän on kaikista onnistuneimpia palavereja, missä mennään sitä päämäärää kohti, mitä on ajateltu, että mitä se asiakas tarvitsee.

Haastattelujen mukaan asiakkaan kuulemisen ja kuulluksi tulemisen kokemusta pidetään tärkeänä ja sen nähdään edistävän asiakkaan kuntoutumista. Haastateltavien mukaan asiakkaan oma mielipide kuullaan verkostopalaverissa ja realististen mahdollisuuksien mukaan se pyritään huomiomaan ja toteuttamaan.

Nähdään kuitenkin myös, että asiakkaan ääni ei aina tule kuuluviin ja keinoja sen kehittämiseksi toivottiin. Haastattelujen mukaan kunnan resurssit ja erityistarpeisten henkilöiden tarjolla olevien palveluiden suppeus esti asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemusta. Kaikille asiakkaille ei ole esimerkiksi tarjolla tarpeen mukaisia palveluita heidän kotiseudullaan.

...kunnasta kiinni, että onko siellä rahaa ja onko paikkoja tarjota tai niin. En tiedä tuleeko se aina kuulluksi se asiakkaan ääni siinä.

Et vaikka hän toivois itse vaikka mitä ja kotipaikkakunnalla olisi se tahtokin heillä, että he haluaisi toteuttaa sitä asiakkaan, asiakkaan toivetta, niin ei heillä ole paikkoja.

Jos asiakas on niin..., tarvitsee sitä ympärivuorokautista valvontaa ja ne haasteet on sellaiset, että arjessa tarvii tukea niin runsaasti niin ei sitten kuitenkaan löydy sellasta. Että kyllähän niitä aika vähissä on niitä paikkoja sitten kumminkin.

Haastatteluissa saaduista vastauksista ilmenee, että verkostopalaverilla on suuri merkitys asiakkaalle. Asiakkaat kokevat epätietoisuutta tulevaisuudesta ja he odottavat verkostopalaverista päätöksiä, jotka vaikuttavat heidän elämäänsä. Näitä ovat jakson jatkuminen yksikössä, asuinpaikan muutokset, opiskeluun liittyvät odotukset, vapaa-ajan toiminnot ja kotilo-mailu.

Haastatteluaineiston perusteella asiakkaat odottavat konkreettisia päätöksiä ja haluavat niiden tapahtuvan heti. Jos asiakkaan toiveet eivät toteudu tai asiat eivät tapahdu niin nopeasti kuin he ovat ajatelleet, se näkyy haastateltavien mukaan pettymyksenä ja turhautumisena.

Se palaveri on jotain, jotain ihmeellistä se on tosi suurta ja he odottaa sitä aina.

...ja sitten se pettymys on aina välillä aika suuri jos sieltä palaverista ei sitten tuukkaan mitään semmosta konkreettista.

Asiakkaan vaikutuksen mahdollisuudet omaan elämään ja valintoihin liittyvät aineiston mukaan pääasiassa käytännön arjessa oleviin asioihin. Haastatteluista kuitenkin ilmenee, että viime vuosien aikana asiakkaan vaikutusmahdollisuudet esimerkiksi asuinpaikan valintaan ovat parantuneet. Verkostopalaveriin osallistuvien henkilöiden suhteen asiakkaalla ei ole juurikaan vaikutusvaltaa. Palaveriin osallistuva hoitaja on aina vastuuhoitaja, eikä asiakkaalle ole annettu valinnanmahdollisuutta. Vanhempien mukana olon määrittivät pääasiassa muut verkostopalaveriin osallistujat.

Ehkä johonkin siis arjen käytännön asioihin nykyisin pystyykin vaikuttamaan siis jonkun verran.

Usein ainakin näit, ketä siihen osallistuu, ni ei niitä oo oikeasti kysytty asiakkaalta itseltään, että ketä sä haluaisit sinne.

Aineistosta nousi esiin, että hyvin onnistuneessa verkostopalaverissa kaikki verkostopalaveriin osallistuneet, myös asiakas, ovat saaneet kuulemisen kokemuksen ja osallistujat ovat jakaneet yhteisen ymmärryksen asiakkaan tarpeiden mukaisesta toiminnasta ja sitoutuneet sen toteuttamiseen. Haastateltavien mukaan onnistumisen kokemukseen vaikuttaa asiakkaalle jäänyt tunne kuulluksi tulemisesta ja omiin asioihin vaikuttamisesta. Onnistuneessa verkostopalaverissa asiakaslähtöisyyden elementteinä nähtiin asiakkaan tarpeista lähtöisin olevat palvelut, joiden suunnittelussa asiakas on ollut mukana.

6.4 Käytännön järjestelyt ja asenteet

Verkostopalaverin käytännön järjestelyissä aineistosta nousi esiin sopiva hetki asiakkaan osallistumiselle, muut osallistujat sekä käytettävissä oleva tila. Muita asioita asiakkaan osallisuuden ja kuulemisen kannalta olivat verkostopalaverissa olevien henkilöiden asenteet ja taito kohdata asiakas. Haastattelujen perusteella palaverin käytännön järjestelyissä ja asennoitumisessa asiakkaaseen nähtiin olevan parantamisen varaa.

Kaikki asiakkaat eivät pysty osallistumaan verkostopalaveriinsa koko aikaa, joten he tuovat mielipiteensä ja ajatuksensa joko palaverin alkuun tai loppuun. Haastateltavien mukaan kummassakin vaihtoehdossa nähtiin sekä hyviä että huonoja puolia ja oikea osallistumisen hetki mietitytti paljon.

Aineiston mukaan asiakas ei saa kuulluksi tulemisen kokemusta, jos hän tulee palaverin loppuun kertomaan asioistaan, kun palaverissa on tehty jo asiakasta koskevat päätökset. Alussa oleva osallistuminen koettiin hankalaksi, koska asiakas saattoi poistua palaverista kuulumiset tuotuaan ja ei näin ollen myöskään ollut mukana päätösten teossa.

Siis se on aina sovittu et onko aluks vai lopuks, mutta... En mä tiedä, mä näkisin ehkä jotenkin ite että ois järkevämpää, et se olis aluks.

...mutta toisaalta aika usein on lopuksi sen takia, että asiakkaalle voidaan kertoa ne tehdyt päätökset, että se on vähän...

Haastateltavat totesivat yksimielisesti, että asiakkaan mukana oleminen saattaa heikentää asiakkaan psyykkistä vointia, kun verkostopalaverissa puhutaan rahasta tai pohditaan asiakkaan jakson jatkumista. Hoitajat kokivat, että rahan ja palveluiden kestoon liittyvät asiat eivät tee asiakkaan psyykkiselle voinnille hyvää.

Mut se on, se on oikeasti välillä vähän sekavaa. Justiin ne jatkot ja ne sellaiset, että ei oo ehkä aina..., aina semmonen mikä on hyvä asiakkaan kuullakkaan. On vähän sekaisin, kun omia ajatuksia sit alkaa työstään suuntaan ja toiseen.

Jos siinä puhutaan rahasta tai että jatkuuko jakso tai eikö se jatku ja mihinkä se menee. Ja sitten niitä vaihtoehtoja käydään, niin silloin ei asiakas välttämättä ymmärrä, että mistä tässä, mistä tässä on kysymys.

Aineistosta tuli esiin vaihtoehtoja asian ratkaisemiseksi. Ensimmäisenä oli palaverirunгон kehittäminen. Se voitaisiin käydä läpi asiakkaan kanssa ennen palaveria, jolloin voitaisiin sopia hänen kanssaan yhdessä missä kohdin hän osallistuu. Yhtenä vaihtoehtona tarjottiin pienimuotoisempia palavereja asiakkaan, omaisten ja asiantuntijoiden kanssa.

Ja sit käydä se sen runгон pohjalta sen asiakkaan kaa läpi, että mitä siinä käydään ja mitä asioita. Ja sitten mitä asiakas on niistä mieltä ja onko joku semmonen asia, hän ei halua,

että siellä puhutaan tai että ei halua olla paikalla, kun siitä puhutaan.

Ja voiko niitä sitten tehdä vähän niin kuin, että tarviiko kaikkien olla just siinä. Vai että tehdä niin kuin pienimuotoisemmin niitä asioita. Palavereita vähän pitää niin kuin omaisten kanssa, vähän omaa istuntoa.

Aineiston perusteella kokoustilalla ei ollut merkittävää vaikutusta asiakkaan osallisuuden kokemukseen. Haastattelujen perusteella verkostopalaveri tulisi järjestää asiakkaalle tutussa paikassa, joka on rauhallinen ja kodikas. Näin luotaisiin miellyttävä tunnelma, jolloin asiakkaan jännityskin saattaisi vähentyä.

Aineiston mukaan nykyistä neuvotteluhuonetta asiakkaat tuskin valitsisivat, jos saisivat päättää. Toisaalta ajateltiin, että asiakas saattaa kokea neuvotteluhuoneen, jossa palaverit pidetään, arvokkuutta ja tilanteen tärkeyttä luovana tilana. Yhden haastateltavan mukaan asiakkaalle tarjotaan alussa kahvit ja pientä syötävää, kuten muillekin kokoukseen osallistuville.

Mutta se pääasia, että se on rauhallinen tila. Ja toisaalta se voi jollekin ehkä ollakin se, että se on se neuvotteluhuone, niin sit taas sellainen, että se tekee siitä erilailla tärkeän siitä asiasta ja palaverista, että joku voi sen kyllä kokee sillai, että arvostetaan kun pääsee sinne neuvotteluun.

Aineistosta nousee esiin, että verkostopalaveriin osallistuvien henkilöiden asenne ja osaaminen vaikuttavat asiakkaan osallisuuden toteutumiseen ja kuulluksi tulemisen kokemukseen. Kaikilla palaveriin osallistuvilla henkilöillä ei ole osaamista asiakkaan kohtaamiseen. Haastatteluista ilmenee, että verkostopalaverissa asiantuntijuus korostuu ja kaikki eivät osaa aina huomioida asiakasta. Asiakkaalle saatetaan puhua liian pitkästi tai asiakas saatetaan ohittaa keskustelussa kokonaan ja puhua vain hoitajalle.

Erään haastateltavan mukaan olisi tärkeää asettua samalle tasolle asiakkaan kanssa ja puhua samaa kieltä hänen kanssaan. Aineiston mukaan jotkut asiakkaan kotikunnan edustajat osaavat kohdata asiakkaan hyvin palaverin aikana ja saattavat tavata asiakasta myös verkostopalaverin jälkeen. Tämä koettiin erittäin myönteisenä asiakkaan huomioimisena.

Joissakin palavereissa asiakas ohitetaan ihan kokonaan, vaikka se asiakas olisi siinä läsnä niin se kunnan ihminen puhuu vaan sille hoitajalle tai vanhemmille tai tavallaan ohittaa sen asiakkaan kokonaan. Mutta joissakin tapauksissa on hyvinkin tämmösiä, tämmösiä ihmisläheisiä, huomioonottavia kunnan edustajia, ketkä keskustelee niin kuin tosi kivas-tikin niitten asiakkaitten kanssa. Mut se vaihtelee.

Haastatteluissa tulee ilmi, että osa palaveriin osallistuvista asiantuntijoista ja kunnan edustajista saattavat olla asiakkaalle vieraita ja lisätä näin ollen asiakkaan jännitystä.

Meinaan se tuo siihen sellaisen oman jännityslisän, et sä meet neuvotteluhuoneeseen istuun pöydän viereen, mis on vaikka kuinka paljon ihmisiä ja sä et oikeasti tiedä ketä ne on ja sit sun pitäis kertoa omista, et miten sulla on mennä. Ja varsinkin jos puhutaan vaikeista asioista, ni kyllä se ehkä vaatisi jotain valmistelua.

No siis, hoitajat esittelee ja kättelee ja saattaa ehkä sille asiakkaallekin..., mutta se ehkä pitäis ennakkoon käydä läpi, että ketä nää ihmiset on ja onko ne joskus kenties aikaisemmin jo nähnyt niitä ihmisiä, että onks ne sillai tuttuja.

Haasteltavat ottivat esiin vanhempien mukana olon palaverissa. Vanhemmat ja omaiset koettiin pääsääntöisesti asiakkaan asianajajina, mutta heillä saattoi olla myös erilainen näkemys asiakkaan paremmasta kuin asiakkaalla itsellään. Erään vastauksen mukaan vanhemmat saattoivat kokea olevansa altavastaajan roolissa, kun asiakkaan asioista puhuttiin.

Kaikilla asiakkailla ei ole omaisia ajamassa heidän asioitaan. Aineistosta tulee ilmi, että myös asiakkaan omaisille ja vanhemmille verkostopalaveri saattoi olla jännittävä kokemus ja myös heillä saattoi olla vaikeuksia ymmärtää kaikkea palaverissa puhuttua, koska palaverissa käytettiin toiselta kieltä kuin tavallisesti.

Ja jos on fläpillä jotkut kirjoitukset, niin ei asiakas ymmärrä siitä kuitenkaan. Se on niin hienosti, kun se on tavallaan sille kunnalle ja omaisille ne fläpit, niin siinä on hirveen hienosti tehty se fläppi, niin ei asiakas siitä, siitä fläpistä ymmärrä mitään.

Vaikka aineiston perusteella hoitajat kokevat asiakkaan osallistumisen omaan verkostopalaveriin tärkeänä niin osa vanhemmista ja kunnan edustajista saattavat vastustaa asiakkaan läsnäoloa palaverissa, joillekin se on itsestään selvää.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tulokset esiteltiin teemoittain edellisessä luvussa. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin löytämään henkilökunnan näkemyksiä asiakkaan osallisuuden ja kuulluksi tulemisestä verkostopalaverin eri vaiheissa. Haluttiin myös löytää näkemyksiä asiakkaan osallisuutta ja kuulluksi tulemisesta tukevista verkostopalaverikäytännöistä.

Vastuuhoitajan merkitys asiakkaan osallisuuden mahdollistajana oli oleellisessa roolissa tässä tutkimuksessa. Asiakkaan osallisuus rakentui verkostopalaverin kolmesta osasta, jotka olivat ennakointi, varsinainen verkostopalaveri ja kolmantena palaverin läpikäyminen. Ennakointi ja palaverin läpikäyminen muodostuivat aineiston perusteella jopa verkostopalaveria merkittävimiksi asiakkaan osallisuuden mahdollistajina. Hoitajan tuki kaikissa verkostopalaverin eri vaiheissa oli merkittävä.

7.1 Osallisuus verkostopalaverin eri vaiheissa

Yhteisellä kommunikaatiotavalla on merkitystä osallisuuden toteutumises-
sa (Särkelä-Kukko 2014, 41). Tämän opinnäytetyön haastatteluaineiston
perusteella hoitajan ja asiakkaan välisissä keskusteluissa pyrittiin aidosti
löytämään asiakkaan mielipide ja toiveet. Asiakkaan ymmärrys ja kom-
munikaatiotaito huomioon ottaen käytettiin erilaisia kommunikoinnin me-
netelmiä tukena.

Tämän opinnäytetyön perusteella organisaatiossa käytettiin laajasti sosiaa-
lista tarinaa kommunikoinnin tukena. Se sopii hyvin asioiden ennakoimi-
seen ja eri vaihtoehtojen esittämiseen (Savon vammaisasuntosäätiö 2014,
57).

Verkostopalaverin ensimmäisessä vaiheessa, ennen palaveria, asiakkaan
mielipide ja toiveet selvitettiin. Vaiheesta voidaan käyttää nimeä enna-
kointi, koska sen tavoitteena on ennakoida tulevaa palaveria ja konkreetti-
sesti kertoa asiakkaalle mistä palaverissa keskustellaan ja kuinka palaveri
rakentuu.

Pirkanmaan vammaiskasteen osahankkeessa (2012, 9) vastaavasta osalli-
suuden muodosta käytettiin nimeä tieto-osallisuus, joka ilmentää esteetön-
tä tiedottamista. Se on palvelunkäyttäjän perusedellytys, jossa asiakasta
kuullaan ja hänet kohdataan yksilöllisesti. Sen edellytyksenä on työnteki-
jän vuorovaikutuksellinen osaaminen.

Edellä mainitussa osahankkeessa yhtenä osallisuuden tasona oli arvioin-
tiosallisuus (2012, 9). Se näytti puuttuvan kokonaan, tämän opinnäytetyön
aineiston perusteella, tämän organisaation toimintakulttuurista. Lindbergin
(2012) mukaan se voidaan kerätä suullisena tai kirjallisena palautteena,
jossa arvioidaan verkostopalaverin onnistumista. Tärkein kriteeri palaut-
teen antamisessa on asiakkaan tavoitteiden toteuttamisessa tai sen suunnit-
telmassa.

Arvioinnin kerääminen kirjallisena olisi tämän opinnäytetyön verkstopa-
lavereissa parempi vaihtoehto. Se antaisi paremmat mahdollisuudet tuoda
vapaasti erilaisia näkökantoja esiin, eikä ole niin aikaan sidoksissa kuin
tiukka palaveriaikataulu. Lomake voisi olla osittain strukturoitu ja sisältää
lisäksi vapaamuotoista tilaa palautteen antamiseen.

Perttinän tutkimuksessa asiakkaalle annettiin tietoa kuntoutuspalaverissa
käsiteltävistä asioista ja siihen osallistuvista henkilöistä. Tutkimuksessa ei
informoitu asiakasta siitä, mitä häneltä itseltään odotettiin ja miten asioita
kokouksessa käsiteltäisiin. (Perttinä 2001, 54.)

Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston mukaan hoitaja tiedotti asiakasta
rehellisesti palaverissa käsiteltävistä asioista ja halusi selvittää asiakkaan
mielipiteen. Täten voidaan tulkita, että asiakkaalle oli selvää, mitä häneltä
odotettiin palaverissa: oman mielipiteen esille tuomista. Toisin kuin Pert-
tinän (2001) tutkimuksessa, tämän opinnäytetyön aineiston perusteella
verkstopalaveriin osallistuvat henkilöt saattoivat jäädä asiakkaalle vie-
raiksi.

Toisessa vaiheessa eli varsinaisessa verkostopalaverissa hoitajat kokivat tuovansa asiakkaan äänen kuuluviin. Palaverin aikana he pyrkivät selvittämään asiakkaalle palaverissa puhutut asiat erilaisia kommunikointimenetelmiä käyttäen. Hoitaja toimi asiakkaan tukihenkilönä.

Hyvin samankaltaista on tuettu päätöksenteko. Siinä päämies on henkilö, joka rakentaakseen oman näköisensä elämän, tarvitsee tukea päätöksensä tekemiseen ja vaihtoehtojen punnitsemiseen. Päätösten tekemisessä auttaa päämiehen valitsema puolueeton tukihenkilö. Tukihenkilö tukee tarpeen mukaan käyttäen asiakkaalle sopivia kommunikoinnin tukikeinoja. Hän kertoo päätettävästä asiasta päämiehen ymmärtämällä tavalla sekä huolehtii muiden läsnäolijoiden puheen selvittämisen asiakkaalle. Tukihenkilö toimii tilanteessa asiakkaan äänenä varmistaen että muut ymmärtävät päämiestä ja pitää huolta tilanteen etenemisestä päämiehen tahtiin. (Savon vammaisasuntosäätiö 2014, 5, 27.) Asiakaan valitsemaa tukihenkilöä käytettiin myös asiakaslähtöisessä verkostoneuvottelun mallissa (Lindberg 2012).

Kolmannessa vaiheessa asiakkaan kanssa käytiin läpi verkostopalaverissa olleet asiat. Hoitajan ammattitaidon ja asiakasta yksilöllisesti huomioiden palaverin asiat käytiin läpi asiakkaalle sopivalla hetkellä, yleensä kuitenkin saman päivän aikana. Aineiston perusteella ei ollut aivan selvää oliko toimintamalli kaikilla hoitajilla käytössä. Yhteneväisten käytäntöjen perusteella tulisi ainakin uusien hoitajien perehdytyksessä selvittää verkostopalaveriin liittyvät toimintatavat.

7.2 Asiakkaan osallistuminen ja kuuleminen

Asiakkaan osallistuminen ja mielipiteen esille tuominen verkostopalaverissa oli haastatteluaineiston mukaan hoitajille tärkeää ja se toteutui aina jollakin tavalla. Hoitajien mukaan asiakkaan osallisuus omaan verkostopalaveriin tuli mahdollistaa tavalla tai toisella.

Näkemyks on samassa linjassa lainsäädännön kanssa asiakkaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista. Esimerkiksi sosiaalihuoltolaki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2 luvun 8 §:ssä määrää, että asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutukseen. Myös lain 2 luvun 4 §:n mukaan asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon sosiaalihuoltoa järjestettäessä. Tiedot tulee antaa asiakkaalle hänen ymmärtämällään tavalla. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

Asiakkaan ymmärryskyky mainittiin aineistossa huomattavan monta kertaa, ja se vaikutti olevan esteenä asiakkaan osallisuuteen. Gunnar Kylén, joka on tutkinut kehitysvammaisten tapaa ymmärtää ympäröivää maailmaa, on todennut, että kehitysvammaisen todellisuuskäsitys on konkreettinen ja se on rakenteeltaan yksinkertainen. Rakenne muodostuu eri aistien välittämästä informaatiosta, joita henkilö työstää ja tulkitsee. (Kaski ym. 2012, 153.)

Samansuuntaisesti todettiin Kasevan kirjallisuuskatsauksessa, jossa tutkittiin asiakkaan ja potilaan osallisuutta. Tutkimuksessa todettiin, että asiakkaan osallisuuden lähtökohdiksi määritellään tiedon prosessoimiskyky, omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta, suhde asiantuntijavaltaan sekä sosiaalinen tuki. (Kaseva 2011, 41.) Voitaneen tulkita, että tiedon prosessoimiskyky ja asenteiden ja ajattelumallien hallinta viittaisivat vaikeuksiin ymmärryksessä ja todellisuuskäsityksessä.

Koska tämän opinnäytetyön asiakkailta oli ongelmia toimintakyvyn eri osa-alueilla, tulisi asiakkaan osallisuutta mahdollistaa muilla tavoin. Sosiaaliseen tukeen ja esteettömyyteen laajasti ymmärtäen voitaisiin kiinnittää vielä enemmän huomiota. Kasevan (2011, 41) mukaan sosiaalinen tuki vaikuttaa voimaantumiseen. Voimaantumisen avulla asiakkaan kokemukset pystyvyydestä päätöksentekoon, henkilökohtainen vastuunotto ja sitoutuminen päätöksiin vahvistuvat.

Aineiston mukaan asiakkaan psyykinen vointi huomioitiin verkostopalaverissa. Vointinsa mukaan asiakas kertoi mielipiteensä itse tai sen kertoi hoitaja asiakkaan valtuuttamana. Tavoitteena oli selvästi pyrkimys saada asiakkaalle osallisuuden ja kuulluksi tulemisen kokemus. Vaikka asiakkaan mielipide haluttiin aidosti tuoda esiin ja kuulla, niin asiakkaan vaikutusmahdollisuudet omiin asioihin olleet kovin suuret.

Mönkkösen kuvaus asiakaskeskeisyyden nousuajalta vaikuttaa samankaltaiselta: asiakkaalta opittiin kysymään mielipidettä, mutta sillä ei ollut juuri vaikutusta, vaan se jäi muodolliseksi tapahtumaksi (Mönkkönen 2007, 112). Myös Seppälän (2010, 185) käyttämä termi kehitysvammaisen henkilön kahdet kasvot tulee esiin samoin. Asiakasta halutaan kuulla, koska se kuuluu asiakaslähtöisyyteen, mutta asiakkaan toimintakyky huomioon ottaen, saattaa kuuleminen jäädä vaikutukseltaan kovin ohueksi.

Haastatteluaineistossa mainittiin usein asiakkaan tarpeet. Ne tulivat esiin muun muassa kerrottaessa onnistuneesta verkostopalaverista, jossa palvelut oli määritelty asiakkaan tarpeen mukaisesti ja kaikilla palaveriin osallistuvilla oli yhteinen näkemys asiakkaan parhaasta. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2 luvussa 8 §:ssä sanotaan, että asiakkaan etu on ensisijainen asian käsittelyssä ja ratkaisussa vaikuttava asia. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella aina näin ei ollut, vaan raha saattoi määritellä asiakkaan palveluita eikä näin ollen aina palvellut asiakkaan parasta.

Wahlmanin (2013) pro gradu -tutkielmassa tutkittiin kehitysvammaisten asiakkaitten kanssa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden moraalista järjkeyttä. Tutkielmassa todettiin taloudellisten resurssien nousevan keskeiseksi sosiaalityötä ohjaavaksi tekijäksi. (Wahlman 2013.)

Asiakkaan kuulluksi tulemistä vaikeutti haastatteluaineiston perusteella jonkin verran erityistarpeisten asiakkaiden asumispalveluiden heikko saatavuus. Asiakkaan kotikunnallakin saattoi olla halu toteuttaa asiakkaan oma toive ja saada asiakas lähelle omaisiaan. Tarvittavia palveluita ei ollut

asiakkaan kotikunnassa tai edes sen lähellä. Vaikuttaa siltä, että asiakkaiden tarpeissa ja palveluiden tarjonnassa on jonkin verran ristiriitaa.

7.3 Palaverikäytännöt osallisuuden mahdollistajina

Verkostopalaverin käytännöt olivat asiakkaan osallisuuden ja kuulemisen mahdollistajia tai sitä pois sulkevia. Käytännöillä tarkoitetaan verkostopalaverin käytännön järjestelyitä. Niitä olivat palaveriin osallistuvat henkilöt, kokoustila, palaverin asioiden etenemisjärjestys ja asiakkaan osallistumisen sopiva kohta palaverissa.

Aineiston perusteella palaveriin osallistui paljon henkilöitä. Toisinaan niissä oli mukana ihmisiä, joita asiakas ei tuntenut ja se saattoi aiheuttaa hänelle lisäjännitystä. Henkilöitä ei juuri esitelty asiakkaalle palaverin aikana.

Kaste-hankkeessa, jossa kehitettiin asiakaslähtöisen verkostoneuvottelun toimintamallia, kiinnitettiin myös huomiota palaveriin osallistuvien tuttuuteen. Samassa hankkeessa puheenjohtajan roolia pidettiin tärkeänä verkostoneuvottelun etenemisestä vastaavana henkilönä. Hänen tehtävinään oli aikarajoista kiinnittäminen, osallistujien tasapuolinen huomioiminen, myös asiakkaan, sekä osapuolten keskittyminen asiakkaan voimavaroihin ja yhteenvedon laatiminen neuvottelusta. (Lindberg 2012.) Puheenjohtajan rooli ei tullut millään tavalla esiin tämän opinnäytetyön haastatteluissa.

Jos asiakas osallistuu palaveriinsa vain osan aikaa, niin haastatteluiden perusteella sopivaa hetkeä osallistumiselle oli toisinaan vaikea löytää. Haastatteluaineiston mukaan yleensä asiakas toi omat kuulumisensa ja mielipiteensä palaverin alkuun tai hän tuli kuulemaan valmiit päätökset palaverin lopussa. Vaikuttaa siltä, että osittain osallistuminen ei tuo asiakkaalle osallisuuden ja kuulluksi tulemisen kokemusta, vaan enemmänkin luo epätoivoisuutta ja siten saattoivat vaikuttaa asiakkaan psyykkiseen vointiin. Myös palaverin vaiheet, jolloin keskusteltiin kuntoutuksen jatkumisesta ja maksusitoumuksista, eivät aineiston perusteella tukeneet asiakkaan psyykkistä vointia.

Haastatteluaineistossa ehdotettiin, että voitaisiin pitää pienimuotoisempia palavereja. Ne olisivat asiakaslähtöisempiä kokoonpanoltaan ja kestoltaan. Ennen palaveria voitaisiin tehdä kaikille lähetettävä ja jaettava asialista palaverissa käsiteltävistä asioista ja niiden etenemisjärjestys aikatauluineen sekä lista palaveriin osallistuvista henkilöistä. Listan perusteella voitaisiin tarvittaessa sopia asiakkaan kanssa missä kohtaa hän haluaa osallistua.

Asiakkaan osallisuuden ja kuulemisen kannalta verkostopalaverin tilalla ei ollut kovin suurta merkitystä. Kokoustilalta toivottiin rauhallista ja rentoa kodinomaista tunnelmaa. Sen ajateltiin vähentävän tilanteen aiheuttamaa jännitystä asiakkaalle.

7.4 Asenteet ja vuorovaikutukselliset taidot

Verkostopalaveriin osallistuvien muiden henkilöiden, kuten asiantuntijoiden, asiakkaan kotikunnan edustajien ja toisinaan myös vanhempien, asenteet ja vuorovaikutuksellinen kohtaaminen näyttäisivät vaikuttavan jonkin verran asiakkaan osallisuuden ja kuulluksi tulemisen kokemukseen. Aineiston mukaan kaikilla ei ollut kykyä kohdata asiakasta.

Tilanteissa, joissa potilaan tai asiakkaan elämään vaikutetaan kokonaisvaltaisesti, on ammattilaisten vuorovaikutusosaamisella merkitystä sekä asiakkaalle että hänen vanhemmilleen. Kun asiakas itse tai henkilön vanhemmat otetaan mukaan määrittelemään ammattilaisten kanssa tilannetta yhdessä, on suhtautumistapa parempi. (Mönkkönen 2007, 52–54.) Ihmisen kohtaamiseen vaikuttaa Pohjolan mukaan se, kuinka palveluiden työntekijät tuntevat asiakkaan, tiedostavat hänen elämäntilanteensa kokonaisuudessaan sekä pystyvät kohtaamaan hänet ihmisenä (Pohjola 2010, 32).

Vuorovaikutuksen lisäksi ongelmana saattaa olla, että verkostopalaverissa asiakas kokee eriarvoisuutta jo siksi, että sosiaalityöntekijällä on viimeisjainen määrittely- ja toimenpidevalta. Sosiaalityöntekijälle on kertynyt valtaa ja tietoa, joka saattaa luoda eriarvoisuuden kokemuksen asiakkaalle. (Maidell 2011, 257.)

Asettuminen asiakkaan tasolle onnistui toisilta asiantuntijoilta hyvin, ja vaikka kohtaaminen itse verkostopalaverissa saattoi olla muodollinen, saattoi osa kotikunnan edustajista tavata asiakasta palaverin jälkeen. Tämä olettavasti tuotti asiakkaalle osallisuuden ja kuulluksi tulemisen kokemusta. Hänestä oli todella kiinnostuttu.

Aineiston perusteella asiantuntijuus korostui palaverissa. Mönkkösen mukaan dialogisuudessa on tärkeää asettua toisen kanssa suhteeseen, jossa kumpikaan ei aina tiedä mitä tehdä. Asiantuntijoiden asettuminen tällaiseen tilanteeseen ei ole helppoa, koska asiantuntijuuden yhdistäminen tietämättömyyteen koetaan heidän auktoriteettiaan heikentävänä. (Mönkkönen 2007, 95–96.) Opie (1998) esittää, että asiantuntijat kontrolloivat tilannetta, jolloin dialogi ei pääse kehittymään. Asiantuntijoiden yksityiskohtaisen tiedon jakamisen merkityksellisyys asiakkaalle itselleen voidaan kyseenalaistaa. (Perttinen 2001, 60.)

Perttinen tutkimuksessa asiakkaan osallistumisesta ja asemasta kuntoutussuunnittelussa selvisi, että ammattilaisten pidättäytyminen oman organisaation edustajana ja muodollisen kielen käyttäminen eivät tukeneet asiakkaan osallisuutta. Myöskään kokouksen osallistuvat asiantuntijat eivät osanneet huomioida asiakkaita yksilöllisesti vaan toimivat rutiininomaisesti. Asiakkaille itselleen tilanne oli kuitenkin aina ainutkertainen. (Perttinen 2001, 61–63.)

Aineistosta nousee esiin huoli asiakkaan vanhempien huomioimisesta verkostopalaverissa. Asiantuntijuuden koetaan korostuneen ja asiakkaan vanhemmillakin saattaa olla puutteita osallisuuden kokemisessa ja kuulluksi tulemisessa. Aineiston mukaan vanhemmatkin saattavat jännittää palaveria ja käsitys palaverissa käsiteltävistä asioista voi jäädä heille epäselväksi.

Koska palaverissa käytettävä kieli eroaa arkikielestä ja on tyyliään muodollista ja vilisee termejä, jotka eivät välttämättä avaudu kaikille, estää se osallisuuden toteutumista, kuten edellä Perttinänkin (2001) tutkimuksessa todetaan. Ratkaisuna olisi yleiskielen käyttäminen ja erillisten palaverien pitäminen. Asiakkaan äänen voisi erilliseen palaveriin tuoda hoitaja, joka hallitsee myös asiantuntijoiden kielen.

8 YHTEENVETO JA POHDINTA

Yhteenvetoluvussa tuon esille tiivistetysti havaitsemani kehitysehdotukset asiakkaan osallisuuden sekä kuulluksi tulemisen kokemuksen lisäämiseksi verkostopalaverissa. Koin tarpeelliseksi vetää yhteen johtopäätöksissä esittämiäni ratkaisuvaihtoehtoja. Opinnäytetyön luotettavuutta on mietitty luvussa 8.2. Pohdinnassa tuon esiin tutkimuksessa olleita asioita, joita olen tämän opinnäytetyön edetessä erityisesti miettinyt. Viimeisenä ovat jatkotutkimukset, joita tästä aihepiiristä voisi ammentaa useita.

8.1 Yhteenveto

Tutkimuksen mukaan hoitajalla oli merkittävä rooli asiakkaan osallisuudessa ja kuulluksi tulemisen kokemuksessa verkostopalaverissa. Jotta kaikilla asiakkailta olisi yhtäläiset ja yhdenmukaiset mahdollisuudet osallisuuteen verkostopalaverissa, tulisi varmistaa, että kaikilla hoitajilla on samat käytänteet verkostopalaverin eri vaiheissa. Esimerkiksi uuden työntekijän perehdyttämisessä ne tuotaisiin esille. Lisäksi tulisi varmistaa, että palaveriin osallistuva hoitaja hallitsee asiakkaan tarvitsemia kommunikointimenetelmiä. Asiakkaan päätösvaltaa ja osallisuutta vahvistaisi hänen itsensä valitsema tukihenkilö verkostopalaveriin sekä sen muihin vaiheisiin.

Palaverikäytännöissä olisi mahdollisuuksia parantaa asiakkaan osallisuutta. Voitaisiin pitää pienempiä palavereja, joissa keskeisenä olisi asiakkaan osallisuus ja kuuleminen. Pienemmät palaverit saattaisivat vähentää asiakkaan jännitystä ja toisivat mahdollisuuden tutustua asiakkaaseen paremmin. Myös vanhempien huomioiminen saattaisi olla helpompaa ja heitä voitaisiin kuulla paremmin. Dialogisuuden hyödyntäminen moniammatillisissa verkostoissa voisi parantaa sekä asiakkaan että vanhempien ja muiden verkostopalaveriin osallistuvien osallisuutta.

Verkostopalaveriin osallistuvat asiantuntijat voisivat ottaa tavaksi tavata ennalta vierasta asiakasta, jolloin asiakkaan olisi helpompi osallistua palaveriin. Lisäksi kaikille palaveriin osallistuville voitaisiin lähettää verkostopalaverirunko, josta selviäisi käsiteltävät asiat, aikataulu ja läsnä olevat henkilöt. Palaverirunko käytäisiin asiakkaan kanssa ennakolta läpi. Verkostopalaveri tulisi arvioida kirjallisesti palaverin jälkeen ja sen pohjalta toimintaa voitaisiin kehittää.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä haastetta toivat useat asiat, jotka myös liittyvät opinnäytetyön luotettavuuteen. Yhtenä niistä oli yhteistyöorganisaation tuttuus. Koska olin työskennellyt organisaatiossa aiemmin jonkin verran, tunsin haastateltavat henkilöt ja tiedossani oli entuudestaan joitakin verkostopalaverin haasteita. Täten teemahaastattelutilanteet muodostuivat enemmän keskustelun kaltaisiksi tilanteiksi ja saatoinkin itsekin tuoda joitain kehittämisehdotuksia esiin. Objektiiivisena tutkijana oleminen oli vaikeaa.

Haasteita opinnäytetyössä toi myös analysointi. Vaikka työpöydälläni oli useita erilaisia oppaita analyysistä ja tieteellisestä kirjoittamisesta, niin niistä oli erittäin vaikea löytää yhdenmukaista ohjetta työskentelyyn. Tästä syystä koin hetkittäin epäilyksiä analyysin totuudenmukaisuudesta.

Mietteitä aiheutti myös haastateltavien henkilöiden määrä ja heidän näkemyksensä yhtenevyys muiden työntekijöiden kanssa. Eli kuinka yleistettävää saatu tieto oli? Alun perin olisin halunnut haastatella viittä työntekijää, mutta opinnäytetyön työmäärää oli pakko rajata. Toki olisin voinut litteroida haastattelut vain osittain, mutta koin että koko aineiston litterointi oli minulle parempi, vaikkakin työläämpi vaihtoehto. Aineistoon oli helpompi palata kirjoitettuna kuin kuunneltavana versiona.

Aihealueiden rajaaminen tuotti monta kertaa tuskaa eri kohdissa, kuten teemahaastatteluaineiston kysymysten muodossa tai teemoittelun aiheiden rajauksena. Kävin mielessäni sisäistä kamppailua ja perustelin päätöksiä itselleni, jotta pääsin etenemään asioissa. Myöskään teemahaastattelun runkoon en ollut kovin tyytyväinen, koska se olisi voinut olla vapaamuotoisempi ja lyhyempi. Pelkäsin, että liian vapaamuotoinen runko jättää huomiotta mielestäni oleellisia asioita tai en muista niistä kysyä haastattelun aikana.

Opinnäytetyön teemahaastatteluunhan oli yhteistyöorganisaatiosta valittu ne henkilöt, joiden ajateltiin antavan tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Jos henkilöt olisivat valittu sattumanvaraisesti, niin olisiko tulos ollut erilainen? Tähän mietintään vastaa Vilkka (2005, 126), jonka mukaan oleellista on päästä tutkimusaineistolla mahdollisimman kattavaan kuvaukseen aiheesta. Mahdollisesti kokemattomat haastateltavat olisivat tuottaneet erilaisen tuloksen. Tosin kokemattomuus voi joskus tuoda innovatiivisia ratkaisuvaihtoehtoja, joita ei kauan samaa työtä tehneelle välttämättä tule mieleen.

8.3 Pohdinta

Opinnäytetyön tutkimusaihe tuli jo keväällä 2014 esiin ja pohdin sitä monelta kannalta usean kuukauden ajan ennen kuin aloitin kirjoitusprosessin. Huomaan olleeni todella tutkimuksen sisällä, sillä aika ajoin se täyteen ajatukseni niin, etten juuri muuta ajatellut.

Koska tämän opinnäytetyön tilaaja ja asiakasryhmä olivat varsin poikkeukselliset, oli suomenkielisen lähdemateriaalin hankkimisessa hieman

haastetta. Sen joutui kursimaan kasaan useista eri lähteistä, joka näkyy lähdeluettelon pituudessa.

Tämän tutkimuksen tekeminen on ollut kiinnostavaa aivan alusta loppuun saakka jo senkin vuoksi, että olen saanut paljon uutta tietoa ja oppia, jota pystyn hyödyntämään minkä asiakasryhmän kanssa hyvänsä. Päätös tehdä opinnäytetyö ilman toimeksiantajan tietoja oli mielestäni erittäin hyvä, vaikka se vaikeutti jossain määrin asioista kertomista. Julkisena opinnäytetyönä tämä toivottavasti tuottaa tietoisuutta aihealueesta lisää, eikä hau-taudu arkiston uumeniin.

Opinnäytetöistä sanotaan, että ne ovat oppimista varten. Koen tämän opinnäytetyön todella palvelleen oppimistani ja kehittymistäni. Tietoisuuteni on lisääntynyt ja syventynyt huomattavasti hakiessani tietoa opinnäytetyöhön liittyvistä eri aiheista. Jossain vaiheessa koin jopa epävarmuutta opinnäytetyön aiheen sopivuudesta sosiaalialalle, koska samaa aihealuetta oli käsitelty muun muassa hoitotyön ja fysioterapian opinnäytetöissä. Kirjat dialogisesta asiakastyöstä (Mönkkönen 2007) ja sosiaalityön asiakkuuksista (Pohjola 2010) avasivat kuitenkin silmiäni ja näin, että dialogisuus ja käsitykset asiakkuudesta voivat koskea mitä tahansa asiakastyötä, huolimatta siitä millä sosiaali- tai terveysalan sektorilla työskennellään. Asiakkaan osallisuus ja kuulluksi tulemisen kokemukset ovat kaikilla sektoreilla tärkeitä ja lopulta muodoltaan hyvin samanlaisia.

8.4 Jatkotutkimukset

Tästä aiheesta nousi esiin erilaisia jatkotutkimusmahdollisuuksia. Koska kyseessä oli verkostopalaveri, jossa oli asiakkaan lisäksi usein omaisia tai läheisiä, asiakkaan vastuuhoitaja sekä eri alojen asiantuntijoita ja kotikunnan edustajat palvelun tilaajan roolissa, voitaisiin kaikkien osallistujien osallisuutta tutkia. Erityisesti voitaisiin selvittää asiakkaan ja omaisten osallisuuden ja kuulemisen kokemusta. Jos organisaatiossa otettaisiin käyttöön arviointimenetelmä verkostopalaverin arvioimiseksi, voitaisiin sen vaikutuksia tutkia eri osallistujien näkökulmasta.

Kiinnostava tutkimus olisi asiakkaan itsemäärääminen ja hoitajan suostutteleva puhe. Asiakkaan määrittelyä ja kategorioimista voitaisiin tutkia samaan tapaan kuin Järnströmin (2011) geriatriseen sairaalaan kohdistunut tutkimus. Tutkimuksen avulla selvitettäisiin, miten ja millä perusteella hoitajat määrittelevät asiakkaan ja kuinka se näkyy heidän käytännön työskentelyssään.

LÄHTEET

- Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammaisen mielenterveys. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 140–175.
- Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alho-Näveri, L. & Ikonen, T. & Karjala, M. & Kortelainen, S. & Ruotsalainen, T. & Salmi, K. & Sauna-aho, O. 2011. Autismikäsikirja 1.0. Eteva Kuntayhtymä julkaisu 3/11. Viitattu 2.2.2015. http://www.eteva.fi/Global/Tiedostot/Eteva/Oppaat%20ja%20julkaisut/Autismikäsikirja_1.pdf
- Andersson, B. 2006. Sosiaaliset tarinat ja sarjakuvitettu keskustelu. Jyväskylä: Kopijyvä Oy
- Arvio, M. 2011a. Mitä on kehitysvammaisuus? Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 12–33.
- Arvio, M. 2011b. Kehitysvammaoireyhtymät ja -sairaudet. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 36–104.
- Arvio, M. 2011c. Kuntoutus. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 178–186.
- Eskola, J. & Suoranta, J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 1999. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:18. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 2.12.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D LFE-3729.pdf&title=Euroopan_neuvoston_vammaispoliittinen_toimintaohjelma_fi.pdf
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. 2006. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Helsinki: Tammi, 111–163.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Oy
- Jämsén, A. & Pyykkönen, A. (toim.) 2014. Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. Viitattu 5.3.2015.

<http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>

Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Järnström, S. 2011. En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1097. Väitöskirja. Viitattu 31.10.2014. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8508-4>

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 29.10.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf

Kaski, M., Manninen A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kempainen, E. 2008. Kohti esteetöntä yhteiskuntaa. Yhteiskuntapolitiikan normatiiviset keinot esteettömyyden edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES. Raportteja 33/2008. Helsinki. Viitattu 4.3.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74978/R33-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Koivisto, A. 2010. Vammaisten henkilöiden kuntoutuksen suunnittelun malli Laukaassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kuntoutusohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 16.3.2015. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16212/Anne_Koivisto.pdf?sequence=1

Koski M. & Viitanen, L. 2013. Keinoja osallisuuden vahvistamiseksi. Vammaispalveluhankkeen Etevan osahankkeen loppuraportti. Eteva. Viitattu 3.12.2014. https://www.innokyla.fi/documents/134640/0/Loppuraportti_Keinoja+osallisuuden+vahvistamiseksi.pdf/f40791cf-d8ff-43a6-a3ad-2e9f96245a41

Kurki, L. 2006. Kansalainen persoonana yhteisössään. Teoksessa Kurki, L. & Nivala, E. (toim.) Hyvä ihminen ja kunnan kansalainen. Johdatus kansalaisuuden sosiaalipedagogiikkaan. Tampere: Yliopistopaino, 115–191.

Laaksonen, T. & Pentti, M. 2013. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen aikuisten kehitysvammaisten vastuukuntoutuksessa henkilökunnan kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 5.3.2015. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56618/Laaksonen_Tiina_Pentti_Merita.pdf?sequence=1

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences 31. Väitöskirja. Viitattu 31.10.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Laitoksista yksilölliseen asumiseen. Valtakunnallinen suunnitelma palvelujen kehittämiseksi lähiyhteisöön. 2012. Kehitysvammaisten asumisohjelman valtakunnallisen toimeenpanon ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 3.12.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-24202.pdf

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta nro 519/1977. 23.6.1977. Viitattu 31.10.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista nro 566/2005. 15.7.2005. Viitattu 27.4.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. nro 785/1992. 17.8.1992. Viitattu 31.10.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista nro 812/2000. 22.9.2000. Viitattu 31.10.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista nro 380/1987. 3.4.1987. Viitattu 10.4.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Laurén, M. 2012. YKS - Yksilökeskeinen elämänsuunnitelma. Viitattu 5.3.2015. <http://pumppu-hanke.blogspot.fi/2012/04/yks-yksilokeskeinen-elamansuunnitelma.html>

Lehtovaara, P. & Talvensola, S. 2012. Keskisuomalaisten vammaisalan asiakastyöntekijöiden näkemyksiä nykyisistä ja tulevaisuuden vammais- palveluista. Keskisuomen osaamiskeskus. Viitattu 6.3.2015. http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2014/01/Keskisuomalaisten_vammaisalan_asiakastyontekijoiden_nakemyksia_FINAL_3.pdf

Lindberg, L. 2012. Verkoston voimin asiakkaan asialla - asiakaslähtöisen verkostoneuvottelun eteneminen. Pirkanmaan vammaiskastehanke. Viitattu 6.3.2015. <https://www.innokyla.fi/web/verstas135274/etusivu/-/verstas/perustiedot>

Lääketieteellinen näkökulma. 2014. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vernerinet Viitattu 15.10.2014. <http://verneri.net/yleis/laaketieteellinen-nakokulma>

Maidell, H. 2011. Vammaistyö. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. Sosiaalityön käsikirja. Kolmas uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma Oy, 240–258.

Malm, M., Repo, M & Talvela E-L. 2006. Kuntoutuminen. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 47–79.

Manninen, T. 2014. Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu. Uuden työmenetelmän käyttöönotto Helsingin Kehitysvammatuki 57 ry:n toimintayksiköissä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö. Viitattu 1.3.2015. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70631/manninen_teija.pdf?sequence=1

Matero, M. 2006. Kehitysvammaisuus. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 165–203.

Matero, M. 2006. Kielelliset häiriöt ja AAC. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 130–164.

Mitä kehitysvammaisuus on? 2014. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vernerinet Viitattu 14.10.2014. <http://verneri.net/yleis/mita-kehitysvammaisuus-on>

Mitä on puhevammaisuus? Papunet.net. 2014. Viitattu 2.2.2015. <http://papunet.net/tietoa/mit%C3%A4-on-puhevammaisuus>

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Paavilainen, M. 2014. Kuntamarkkinat. Itsemääräämisoikeuslaki. Viitattu 21.10.2014. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2014/sote-kuma-aineistot-2014/Documents/2014-09-10-04-Paavilainen-Mika.pdf>

Perttinä, P. 2001. Kuka minusta puhuu? Asiakkaan osallistuminen ja asema kuntoutussuunnittelussa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Fysioterapian lisensiaatin –tutkielma. Viitattu 5.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-2001861587>

Pirkanmaan vammaiskaste osahanke. 2012. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden edistäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pikassos Oy. Viitattu 6.3.2015. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=24385&GUID={17783204-0385-4D35-BE54-C42D9B5ED86D}>

Pohjola, A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus University Press, 19–74.

Reuter, A. 2013. Kuntoutussuunnitelma. Päivitetty 28.8.2013. Kuntoutusportti. Kuntoutussäätiö. Viitattu 23.3.2015. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>

Savon vammaisasuntosäätiö. 2014. Tuettu päätöksenteko. Opas päätöksentekijälle ja tukihenkilölle. Viitattu 6.3.2015. http://www.savas.fi/userfiles/file/esitteet_ja_oppaat/savas_tuepaopas_2014.pdf

Seikkula, J. & Arnkill, T.E. 2007. 1.-3 painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Seppälä, H. 2010. Hoivan ja asumisen välimaastossa. Pohdintoja kehitysvammaisuuden kaksista kasvoista. Teoksessa Teittinen, A. (toim.). Pois laitoksista. Vammaiset ja hoivan politiikka. Helsinki: Gaudeamus Oy, 180–198.

Seppälä, H. & Rajaniemi, M. 2013. Sosiaalinen näkökulma. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vernerinet. Viitattu 4.3.2015. <http://verneri.net/yleis/sosiaalinen-nakokulma>

Seppälä, H. 2013. Kehitysvammaisen ihminen mielenterveyspotilaana. Kehitysvammaliitto. Viitattu 29.10.2014. http://www.savas.fi/userfiles/file/tepa/TEPA_Kv_mtptoil_07052013.pdf

Seppälä, H. Päivitetty 30.6.2014. Erityishuolto-ohjelma ja palvelusuunnitelma. Vammaispalvelujen käsikirja. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 3.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/erityishuolto-ohjelma-ja-palvelusuunnitelma>

Sisäasiainministeriö. 2011. Kop kop, pääseekö sisään? Yhdenvertaisen järjestötoiminnan opas urheilu- ja nuorisojärjestöille. Sisäasiainministeriön julkaisut 28/2011. Sisäasiainministeriö. Viitattu 5.3.2015. <http://yhdenvertaisuus-fi-bin.directo.fi/@Bin/c8bade2de02425aaf7159b1b7a435758/1429425579/application/pdf/183414/Kopkop.pdf>

Sosiaalihuoltolaki nro 1301/2014. 30.12.2014. Viitattu 30.4.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. 2014. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.3.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116147/URN_ISBN_978-952-00-3485-6.pdf?sequence=1

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015 Viitattu 5.3.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Suomen YK-liitto. Uudistettu painos 2012. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja 2006. Viitattu 4.3.2015. http://www.ykliitto.fi/sites/ykliitto.fi/files/ykn_vammaissopimus_uudistettu_painos_2012.pdf

Särkelä-Kukko, M. 2014. Teoksessa Jämsén, A. & Pyykkönen, A. (toim.) Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. Viitattu 5.3.2015. http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/oSallisuuden_j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf

Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. 2010. Tulevaisuus katsaus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3039-1>

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Toikko, T. 2011. Kokemusasiantuntijat palveluiden kehittäjinä. Teoksessa Ruuskanen, P., Savolainen, K. & Suonio, M. (toim.) Toivo sosiaalisessa. Helsinki: Unipress, 103–117.

Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Tampere University Press

Toimintakyvyn näkökulma. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vernerinet Viitattu 14.10.2014. <http://verneri.net/yleis/toimintakyvyn-nakokulma>

Valkonen, K. 2014. Kuntoutustyöryhmä. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vernerinet Viitattu 23.3.2015. <http://verneri.net/yleis/kuntoutustyoryhma>

Valtanan, S. 11.6.2014. Tahdonvastainen hoito-diasarja. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 29.4.2015. <http://www.slideshare.net/Satshp/tahdonvastainen-hoito>

Vammaispalvelujen käsikirja. 2014. Kehitysvammaisen henkilön toimintakyvyn arviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 27.6.2014. Viitattu 26.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/kehitysvammaisen-henkilon-toimintakyvyn-arviointi>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Wahlman, S-H. 2013. Kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden moraalinen järkeily. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityö. Pro gradu - tutkielma. Viitattu 25.3.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84991/gradu07039.pdf?sequence=1>

Yhteistyötaho. Palvelutuotteet 2015 -esite. 2015 Viitattu 28.4.2015.

Yhteistyötaho. Suullinen tiedonanto. 2015.

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Kysymykset haastatteluun:

1. Mikä on verkostopalaveri?
2. Mitä ajattelet asiakkaan osallisuudesta verkostopalaverissa?
3. Millaiset järjestelyt edesauttavat asiakkaan kannalta hyvän verkostopalaverin toteutumista?
 - a. tila
 - b. läsnä olevat henkilöt (saako asiakas valita oman tukihenkilön?)
 - c. ennakointi (asiakkaan kanssa keskustelu ennen palaveria)
 - d. kommunikointimenetelmät
4. Mikä merkitys verkostopalaverilla on asiakkaalle?
5. Millaisena näet asiakkaan vaikutuksen mahdollisuudet (osallisuus) koskien verkostopalaveria eli miten onnistuu omaan elämäänsä vaikuttaminen?
6. Miten asiakkaan osallisuutta tuetaan verkostopalaverissa?
7. Miten asiakas otetaan huomioon verkostopalaverissa?
8. Kuinka asiakkaan kuuleminen on toteutettu verkostopalaverissa?
9. Millainen verkostopalaveri on onnistunut?
10. Kuinka asiakas tulee huomioida ennen palaveria, palaverin aikana ja palaverin jälkeen? Onko siinä jotain erityistä?
11. Mitä voisit itse tehdä, jotta asiakkaan osallisuus ja kuuleminen toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla verkostopalaverissa?
12. Onko palaverikäytänteissä kehitettävää, joka edesauttaisi asiakkaan osallisuutta ja kuulemista?