

KATSAUS MIELENTERVEYSKUNTOUTUJILLE TARJOTTAVIIN
PALVELUIHIN VANTAALLA

Tavoitteena rajoja ylittävän yhteistyön kehittäminen

Jenni Kuitunen

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kuitunen, Jenni. Katsaus mielenterveyskuntoutujille tarjottaviin palveluihin Vantaalla. Tavoitteena rajoja ylittävän yhteistyön kehittäminen. Helsinki, kevät 2010, 52 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä katsaus mielenterveyskuntoutujille suunnattuihin palveluihin ja arvioida organisaatioiden välisen yhteistyön sujuvuutta. Lisäksi keskityttiin arvioimaan Vantaan omaistoiminnan neuvottelukunnan toimintaa ja kehittämishaasteita organisaatioiden välisen yhteistyön rakentajana. Tutkimuksen lähtökohtana oli paremmin kysyntää vastaavan palveluverkoston rakentamisen tarve asiakasmäärien kasvaessa.

Tutkimus toteutettiin sähköpostikyselynä, joka lähetettiin viisitoistahenkiselle Vantaan omaistoiminnan neuvottelukunnalle. Neuvottelukunnan jäsenet ovat eri palvelutarjoajien edustajia. Lisäksi neuvottelukuntaan kuuluu yksi omaisjäsen.

Sähköpostikyselyt, joissa oli vain avoimia kysymyksiä, lähetettiin neuvottelukunnan jäsenille lokakuussa 2009. Toimintaa pyydettiin arvioimaan SWOT-analyysin periaattein. Organisaation edustajille oli kysymykset ammatinäkökulmasta ja omaisjäsenelle omat kysymykset. Neuvottelukunnan toimintaa käsittelevä osio oli kaikille vastaajille sama. Vastausaikaa oli kuukausi. Joulukuussa 2009 järjestettiin vastausten pohjalta Heurekassa tapaaminen, jossa esiteltiin siihenastiset tulokset. Tapaamisessa käyty keskustelu palvelujen toimivuudesta on huomioitu osana tutkimusaineistoa. Tiedonkeruu oli kaksi vaiheinen. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysia.

Tulokset osoittivat, että kehitys kohti parempaa palveluverkostoa ja toimivampaa yhteistyötä on ollut erityisesti viimeaikoina voimakasta. Asiakkaiden määrän kasvu on asettanut paljon haasteita, mutta myös jouduttanut kehitystä. Haasteena koettiin palvelutarjoajien kasvu hankalasti hallittaviksi kokonaisuuksiksi, puutteellinen henkilöstöresurssointi, alueelliset erot ja yhteistyön toimivuuden vaihtelevuus eri palvelutarjoajien kanssa. Kielteisten asenteiden koettiin myös hankaloittavan palvelujen järjestämistä. Neuvottelukunnan toiminnassa positiivisena kehityksenä koettiin yhteistyön helpottuminen eri palvelutarjoajien tullessa tutuksi. Toisaalta haasteena nähtiin neuvottelukunnan vaikutusvallan lisääminen todellisten muutosten aikaansaamiseksi.

Katsaus osoittaa, että yhteistyössä eri palvelutarjoajien välillä on tapahtunut paljon kehitystä eteenpäin erityisesti viime aikoina. Toisaalta resurssipula rajoittaa palveluverkoston rakentamista monin paikoin. Tulokset vaikuttivat erityisesti neuvottelukunnan toiminnan kehitykseen.

Asiasanat: mielenterveys, kuntoutus, kehittäminen, yhteistyö, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Kuitunen, Jenni.

An Overview of Services which are provided to Mental Health Rehabilitants in Vantaa. Developing Co-operation over Boundaries.

52 p., 3 Appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing,
Degree: Nurse.

The purpose of this study was to make an overview of services which are provided to mental health rehabilitants in Vantaa. The aim was to find out how different organizations have experienced the co-operation and challenges in development in mental health services between service suppliers. The other purpose was to find out how the members of Vantaan omaistoiminnan neuvottelukunta, a negotiation group consisting of mental health care professionals and one relative of a patient, had experienced negotiation group's work as a developer in co-operation between organizations.

The overview was qualitative and it was conducted via open enquiries to the members of The Relative activity's negotiation group. The group had fifteen members and six of them answered. The overview information was also gathered in negotiation group's members discussion meeting held in December 2009. The overview information was analyzed using content analysis.

The findings showed that the development towards improved service network and better co-operation had recently been considerable. The increase in the number of patients is considered to have had a positive impact on the recent development. Challenges experienced included, for example, the service suppliers growing into entities that are difficult to manage, shortage of human resources as well as the varying quality of co-operation between service suppliers. The experience was that the activities of negotiation group had facilitated the co-operation between organizations. On the other hand, increasing negotiation group's influence to make real changes was experienced as a challenge.

The overview showed that plenty of development had happened lately in mental health-care services. Service networks had become more efficient. On the other hand, the lack of resources had limited the development of co-operation in many ways. The research had an impact especially on activities of the negotiation group.

Keywords: mental health, rehabilitation, development, co-operation, content analysis

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 MIELENTERVEYSTYÖ.....	8
2.1 Mielenterveys ja mielenterveystyö.....	8
2.2 Kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus.....	9
2.3 Muutokset mielenterveystyössä.....	11
2.4 Mielenterveyspalvelujen nykytila ja tulevaisuus.....	13
2.5 Terveyspalvelujen suunnittelu.....	14
2.6 Lainsäädäntö.....	17
3 MIELENTERVEYSTYÖN NYKYTILA JA KEHITYS VANTAALLA.....	19
3.1 Mielenterveys- ja päihdeongelmat.....	19
3.2 Sateenvarjoprojekti muutoksen viitoittajana.....	20
3.3 Vantaalaisen hyvä mieli -kehittämishjelma.....	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	26
5.1 Tutkimusote.....	26
5.2 Aineiston keruu.....	26
5.3 Analyysimenetelmä.....	28
6 TULOKSET.....	30
6.1 Yhteistyö.....	30
6.2 Palvelujen toimivuus.....	32
6.3 Omaishenkilöiden palvelujen toimivuudesta.....	35
6.4 Neuvottelukunnan toiminta.....	35
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	39
8 POHDINTA.....	40
8.1 Tulosten tarkastelua.....	40
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	41
8.3 Eettiset kysymykset.....	43
8.4 Prosessin arviointia.....	44
LÄHTEET.....	46
LIITE 1. Saatekirje.....	49
LIITE 2. Kyselylomake organisaatioiden työntekijöille.....	50
LIITE 3. Kyselylomake omaisjäsenedelle.....	52

1 JOHDANTO

Yhteiskunnassamme eletään haastavia aikoja. Moni on jäänyt työttömäksi ja toisaalta töissä käyvät joutuvat monin paikoin tiukoille, kun resursseja vähennetään. Sosiaali- ja terveysalalla hyviin tuloksiin olisi päästävä mahdollisimman pienin kustannuksin ja samalla henkilöstömäärällä, vaikka asiakasmäärät ovat olleet viime vuosina kasvussa. Psykkiset sairaudet vaikuttavat sairastuneeseen kokonaisvaltaisesti. Toisin kuin somaattisesti sairastuneiden potilaiden kanssa, psyykkisesti sairastuneita ei päästä kotiuttamaan täysin terveinä sairaalahoidon päättyessä. Kotiutusvaiheessa erityisen tärkeää mielenterveyspotilaiden kohdalla on riittävän tukiverkoston rakentaminen. Tämä vaatii monialaista sektorien rajat ylittävää työtä eri palveluntarjoajien välillä. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat paljon myös sairastuneen sosiaaliseen ympäristöön. Potilaiden läheiset huolehtivat sairastuneista kotona ja myös he tarvitsevat tukea ja neuvoja saadakseen voimavaroja omaisen tukemiseen. Tästä syystä on alettu yhä enemmän kiinnittää huomiota perheiden ja läheisten tukemiseen osana hoitoprosessia. (Toivio & Nordling 2008, 84–85.)

1990-luvulla psykiatrinen hoitojärjestelmä koki suuria muutoksia. Sairaalapainetta vähennettiin huomattavasti. Avohoidon palvelujen kehittämiseen ei kuitenkaan tarjottu riittävästi vapautuneita resursseja, jotka olisivat mahdollistaneet yhä voimakkaammin avohoitopainotteisen hoitojärjestelmän kehittymisen toimivaksi ja riittäväksi vastaamaan erityisesti pitkäaikaispotilaiden tarpeita. Suomessa vuosittain tapahtuvien itsemurhien määrä suhteutettuna väestömäärään on hyvin suuri. EU-maissa joka neljäs kansalainen voi psyykkisesti pahoin. (Toivio & Nordling 2008, 308–310.)

Koska psyykkiset sairaudet vaikuttavat potilaaseen kokonaisvaltaisesti, myös hoidon ja kuntoutuksen tulisi olla kokonaisvaltaista. Mielenterveystyössä on alettu painottaa terveyden edistämisen sekä ennaltaehkäisyn tärkeyttä (Toivio & Nordling 2008, 309). Mielenterveyskuntoutujien kanssa työtä tehneiden kokemus on, että yhteistyötä eri tahojen kanssa on tiivistettävä, jotta voitaisiin rakentaa nykyistä parempi palveluverkosto, joka vastaisi mielenterveyskuntoutujien tarpeita. Tämä tarkoittaa yhteistyön parantamista psykiatrian, päihdehuollon ja sosiaalipalvelujen, kuten tuettua asumista tarjoavien organisaatioiden välillä.

Tärkeää on myös huomioida asiakkaiden läheiset osana tukiverkostoa. Lisäksi organisaatioiden tehtävä on toimia tiennäyttäjänä psyykkisiin sairauksiin liittyvien asenteiden muuttamistyössä.

Opinnäytetyön yhteistyötahona toimi Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry, jonka yhtenä projektina on vuodesta 2000 ollut kuntien ja järjestöjen yhteistyön kehittäminen. Käytännössä tämä on tarkoittanut verkostojen rakentamista ja tiedon jakamista eri osapuolten kesken. (Suominen 2009. Omaiset mielenterveystyön tukena. Uudenmaan yhdistys ry. 2009.) Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n tekemän aloitteen myötä Uudellemaalle on syntynyt 11 neuvottelukuntaa, joissa on mukana yhteensä 24 kuntaa. Neuvottelukuntien tehtävänä on ollut tuoda yhteen eri tahoja yli sektorirajojen mielenterveyskuntoutujille ja heidän omaisilleen suunnatussa työssä ja pyrkiä näin rakentamaan monialaista yhteistyötä toimivammaksi. Opinnäytetyö keskittyy Vantaan 15-henkisen neuvottelukunnan toimintaan sekä neuvottelukunnan jäsenten näkemyksiin palvelujen ja yhteistyön toimivuudesta.

Alustavaa tietoa ja suunnitelmaa tehtiin ensimmäisessä tapaamisessa yhteyshenkilö Eija Suomisen kanssa tammikuun lopulla. Vantaan neuvottelukunnalla oli maaliskuussa 2009 kokous, jossa esiteltiin opinnäytetyön aihe. Neuvottelukunnan jäsenet olivat kiinnostuneita ja innokkaita tulemaan opinnäytetyöhön mukaan, sillä aihe oli heidän mielestään ajankohtainen ja tärkeä. Katsauksen tekoon on kuulunut tekijän osallistuminen neuvottelukunnan kokouksiin. Neuvottelukunnan jäseniin kuuluvat Hakunilan ja Tikkurilan seurakunnan, Vantaan mielenterveysyhdistys Hyvät Tuulet ry:n, Suomen mielenterveysseuran, ASPA-palvelut Oy:n, Peijaksen kuntoutuskeskuksen, Aikuissosiaalityön, asumispalveluita tarjoavan Casa Francan ja HCN:n sekä Omaiset mielenterveystyön tukena edustajat. Lisäksi neuvottelukuntaan kuuluu yksi omaisjäsen

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä katsaus neuvottelukunnan jäsenten kokemuksiin palvelujen toimivuudesta sekä organisaatioiden välisen yhteistyön sujuvuudesta Vantaalla. Lisäksi katsauksessa selvitettiin jäsenten kokemuksia neuvottelukunnan toiminnasta. Katsauksessa keskityttiin kuvaamaan palvelujen toimivuuden, yhteistyön ja neuvottelukunnan toiminnan sujuvuutta sekä kehittämishaasteita.

Vuonna 2005 käynnistettiin Vantaan ja Keravan sekä HYKS Peijaksen sairaalan yhteistyöhanke Sateenvarjo-projekti, jonka tarkoituksena oli mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen. Nelivuotisen projektin tavoitteena oli kehittää kokonaisuusmalli, jossa painotetaan peruspalveluja, ongelmien varhaista tunnistamista, sekä matalan kynnyksen palveluja. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 3.) Vuonna 2009 päättyneen projektin pohjalta syntyneet toimintamallit ovat nykyään osa Vantaan mielenterveys- ja päihdetyötä. (Vantaan kaupunki 2010.) Neuvottelukunta on toiminut Sateenvarjo-projektin uudistusten eteenpäin viejänä, katsauksessa on arvioitu osittain myös hankkeen tuomia uudistuksia.

Vantaan mielenterveystyötä on viime vuosina viitoittanut Vantaalaisen hyvä mieli, Vantaan kaupungin ja HYKS-sairaanhoitoalueen mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelma 2008–2010. Ohjelman perustana on ennaltaehkäisyyn ja avohoitoon painottuva hyvin toimiva mielenterveystyö. Tarkoituksena on parantaa kaikkien toimialojen välistä yhteistyötä vantaalaisten psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Ohjelman taustalla on mielenterveyspalvelujen tarpeen ja kysynnän kasvu ja sen myötä tarve parantaa erikoissairaanhoitoa ja peruspalveluja sekä erityisesti niiden välistä yhteistyötä. (Aronkytö, Appelberg, Solantaus, Pesonen, Vuorilehto & Kuosmanen 2008, 1–2.)

Ollessani töissä ja harjoittelujaksoilla psykiatrisilla osastoilla ja avopuolella olen huomannut moniammatillisten tiimien työn tärkeyden. Potilaat tarvitsevat tukea kokonaisvaltaisesti. Tämä tarkoittaa myös yhteistyön toimivuutta eri palvelutarjoajien välillä siinä vaiheessa, kun rakennetaan toimivaa ja kannattelevaa verkostoa sairaalasta kotiin ja jatkohoitoon siirtyvälle potilaalle. Usein verkosto, joka pystytään muodostamaan, koetaan riittämättömäksi. Siksi rakennustyö yhteistyöverkostojen muodostamiseksi on tärkeää. Koen, että työ psyykkisesti sairaiden kanssa on tärkeää ja siirryinkin tälle alueelle suurella mielenkiinnolla, kun valmistun.

2 MIELENTERVEYSTYÖ

2.1 Mielenterveys ja mielenterveystyö

Mielenterveys on vaikeasti määriteltävissä oleva monimuotoinen käsite. Siihen vaikuttavat perimä, lapsuuden vuorovaikutussuhteet erityisesti vanhempiin, elämäkokemukset, ihmissuhteet ja sosiaalinen verkosto sekä vallitsevan elämäntilanteen kuormittavuus. Mielenterveyttä on mahdoton mitata tarkasti. Joihinkin psyykkisiin sairauksiin kuuluu myös sairaudentunnon puuttuminen, mikä voi hidastaa hoitoon hakeutumista. Vaikka psyykkisistä sairauksista puhuminen onkin muuttunut avoimemmaksi yleistymisen ja tutuksi tulemisen myötä, liittyy mielenterveyden häiriöihin edelleen usein pelon, häpeän ja syyllisyyden tunteita, jotka voivat vaikuttaa hoitoon pyrkimiseen, toipumiseen ja johtaa jopa syrjäytymiseen. (Toivio & Nordling 2008, 84.)

Maailman terveysjärjestön (World Health Organisation) määritelmän mukaan:

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Psykkisellä pahoinvoinnilla tarkoitetaan mielenterveyden ongelmia ja psyykkistä rasittuneisuutta, ahdistuneisuuteen ja oireisiin liittyvää toimintakyvyn alenemista sekä diagnosoitavissa olevia mielenterveyden häiriöitä. (Toivio ja Nordling 2008, 308.)

Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ovat yksilön kannalta omanarvon tunne ja elämään liittyvä hallinnan tunne sekä myönteinen elämänsäsenne. Suojaavia tekijöitä ovat myös vuorovaikutustaidot ja tunne-elämän taidot, fyysinen terveys ja hyvä kunto. Riskitekijöitä ovat itsetunnon vähyys, avuttomuuden tunne ja kokemus vieraantuneisuudesta sekä vuorovaikutustaitojen vähyys, eristäytyneisyys ja fyysiset sairaudet. (Toivio & Nordling 2008, 309.)

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että ne ennaltaehkäisevät mielen-

terveyshäiriöitä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä ja kehittämistä, kuuluu mielenterveystyöhön. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

2.2 Kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus

Kuntoutuksella tarkoitetaan suunnitelmallista monialaista toimintaa, joka tukee kuntoutujan elämänhallintaa. Yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa sosiaaliseen selviytymiseen silloin, kun sairaus tai muut syyt uhkaavat arjessa selviytymistä. Kuntoutuksen tarjoamilla sosiaalisilla verkostoilla on tärkeä tehtävä syrjäytymisen ehkäisemisessä. Kuntoutuksen tulisi olla suunnitelmallista toimintaa, jossa on mukana useita palveluja eri järjestelmistä ja organisaatioista. Kuntoutusprosessi muodostuu palvelu- ja hoitoverkoston toteuttamisen tuloksena. Kuntoutujan hoitoverkostot laaditaan kuntoutujan, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä tarvittaessa lisäksi kolmannen sektorin yhteistyönä. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa on huomioitava kuntoutujan psyykinen vointi, toimintakyky, voimavarat ja sosiaaliset tukiverkostot. (Toivio & Nordling 2008, 279–281.)

Kuntoutuksella pyritään saamaan aikaan positiivisia muutoksia asiakkaan terveydessä, toimintakyvyssä ja työllistymisessä. Yleiseksi päätavoitteeksi kuntouttavassa työssä on määritelty myös sosiaalisen osallisuuden edistäminen. On melko yleistä, etteivät kuntoutujat koe olevansa kansalaisina tasavertaisia. Kuntoutus ei ole enää vain tarvemäärittäykseen ja lainsäädäntöön perustuva tukitoimi, vaan ihmisoikeus. Kuntoutujan osallistumista asioidensa käsittelyyn on korostettu viime aikoina yhä enemmän. (Mattila-Aalto 2009, 11, 15, 34–35.) Kuntoutukseen kohdistuva kritiikki liittyy sen perusajatukseen määritellä yksilön ominaisuudet ja kohdistaa kuntoutettavaan toimenpiteitä yhteiskuntaan palauttamiseksi. Kuntoutuksen kehitys on kuitenkin suuntaamassa kohti toimintaa, jossa yksilö, läheiset, palveluorganisaatiot ja yhteiskunta muodostavat vastavuoroisen kokonaisuuden. (Mattila-Aalto 2009, 36.)

Kuntoutus on ennen kaikkea vuorovaikutusprosessi, joka avaa kuntoutujalle mahdollisuuksia ja välineitä kokea olevansa osa yhteiskuntaa ja tulla osalliseksi (Mattila-Aalto 2009, 40). Mielenterveysongelmista kärsivien kanssa toimiessa melko yleinen haaste ammattilaisille on hoitoon sitoutumisen puute. Riittämättömät palvelukokonaisuudet eivät paranna psyykkisesti sairaiden hoitoon sitoutumista. Resurssien ollessa monin

paikoin riittämättömät, luottamuksellisen suhteen rakentaminen potilaan ja hoitavan tahon välillä on haasteellista. Juuri luottamuksellisuus on kuitenkin erityisesti mielen-terveystyössä erityisen tärkeää. Sairaus ja heikko sosiaalinen asema johtavat usein avuttomuuden tunteeseen, joka puolestaan voi johtaa heikkoon itsetuntoon. Tällöin potilaan on vaikea tuoda esille omia ajatuksiaan tai ajaa oikeuksiaan.

Mielenterveystyössä tulisi voida pyrkiä päätöksenteossa yhteistyöhön potilaan kanssa ja välttää tilannetta, jossa hoitava taho tekee päätöksiä potilaan puolesta. Molemminpuolista luottamusta heikentää esimerkiksi potilaan jääminen pois sovitulta vastaanotolta. (Välimäki 2004, 217–218.) Kuntoutuksen onnistumiseksi tärkeää olisi sosiaalisten suhteiden tukiverkoston rakentaminen avohoitoon pitkään sairaalassa olleille. Toteutuakseen nykyistä paremmin tämä vaatii sairaalan, avohoidon ja muiden palvelutarjoajien sekä yhteisöjen välisen yhteistyön tehostamista. Jotta tämä voisi toteutua, tarvittaisiin nykyistä enemmän henkilöstöresursseja avohoitoon, kuntoutusportaikon loppupäähän. (Mattila 2002, 143.)

Mielenterveyskuntoutuja on usein kuukausia tai jopa vuosia psykiatrisessa sairaalahoidossa ollut henkilö, usein masennus- tai skitsofreniadiagnoosilla. Sairauden luonteeseen kuuluvat havaitsemiseen, ajatteluun, kieleen ja muistiin liittyvät häiriöt. Lisäksi tunteiden kokeminen ja ilmaiseminen voi olla vaikeutunutta. Pitkäaikaisessa sairaalahoidossa potilas ei pääse tai sairauden toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden vuoksi kykene suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista, kuten siivoamisesta tai kaupassakäynnistä. Tämä johtaa vähitellen arjen toiminnoista vieraantumiseen. Toimintakyky selviytyä monimutkaisissa elämäntilanteissa voi laskea huomattavastikin. Pitkän hoitojakson aikana osastosta on voinut tulla potilaalle koti, jossa on samat tutut ja turvalliset henkilöt. Sairaalamailma ei kuitenkaan vastaa toiminnaltaan ympäröivää yhteiskuntaa, mikä usein hankaloittaa sairaalasta kotiutumista ja arkeen palaamista. (Mattila 2002, 10–11.)

Pitkään sairaalahoidossa olleet ovat usein tottuneet tiettyihin kaavamaisiin tapoihin ja rutineihin. Tällainen toiminta jatkuu helposti sairaalan ulkopuolellakin. Myös työntekijöillä on suuri taipumus mukautua potilaiden omaksumiin tapoihin. Tällöin potilaat usein kokevat, että heidän kykynsä ottaa vastuuta ja vastata elämän haasteisiin ja velvollisuuksiin heikkenee. Lisäksi heidän itsekunnioituksensa voi heiketä ja yksilölliset kokemukset ja historia saattavat menettää merkitystään. Siksi kuntouttavilla tahoilla on

tärkeä tehtävä asiakkaan ohjaajana tiellä kohti yhteiskuntaa. (Mattila 2002, 12–13.)

Mielenterveyden häiriöihin liittyy korostunut leimautumisen ja syrjäytymisen vaara. Jos henkilön odotetaan käyttäytyvän psyykkisesti sairaan tavoin, häneen usein myös suhtaudutaan kuten psyykkisesti sairaaseen. Tämä johtaa sairauden peittelyyn ja sairauteen kohdistuvaan häpeään. Sekä sairastuneet itse että läheiset ja perheenjäsenet pyrkivät usein salaamaan psyykkisen sairauden. Kuntoutukseen kuuluukin tärkeänä osana paitsi eri toimijoiden välinen yhteistyö, myös omaisten ja läheisten huomioiminen potilaan tärkeänä tukiverkostona. (Toivio & Nordling 2008, 283.)

2.3 Muutokset mielenterveystyössä

Sotien jälkeisessä Suomessa 1950–1960-luvulla maahan luotiin uusi 8 800 sairaalapaikan B-sairaalaverkosto. Lisättyä jo olemassa oleviin B-sairaaloihin Suomessa oli enemmän psykiatrisia laitospaikkoja väestömäärään suhteutettuna kuin missään muussa maassa. Ajan näkemykseen kuului, ettei mielisairaudesta voinut parantua, mutta pitkäaikaispotilaat kykenivät tekemään maataloustöitä. Työ muodostikin suuren osan hoitoa ja sairaalat olivat pitkälti potilastyövoimalla toimivia maatalousyksiköitä. Avohoito oli tuohon aikaan tuntematon hoitomuoto. Asenteet mielisairauksia kohtaan olivat voimakkaan kielteisiä, niitä pelättiin ja kammoksuttiin. (Eskola 2007, 16–17.)

1950-luvulla käyttöön tulivat uudet keskushermoston kautta vaikuttavat lääkkeet. Tällöin voitiin alkaa luopua aikaisemmista hoitomuodoista, kuten aivokirurgisista lobotomioista, joita oli tehty vaikeasti levottomille ja voimakkaan harhaisille potilaille heidän rauhoittamiseksi. Uudet lääkkeet syrjäyttivät myös insuliinihoidon ja vaikeaan masennukseen käytetyn sähkösokin silloisessa muodossaan. Uudet psykelääkkeet paransivat huomattavasti psyykkisten sairauksien hoidettavuutta ja mahdollistivat hoidon muuttamisen avoimemmaksi. Tämä tarkoitti myös merkittävän yhteiskunnallisen muutoksen alkamista. Psykiatrisen hoidon toteuttaminen tuli vähitellen hyväksytyksi sairaaloiden ulkopuolella. Lisäksi hoitomenetelmät muuttuivat inhimillisimmiksi ja yhteiskunnallisella tasolla psykiatriseksi potilaaksi leimaantuminen alkoi vähitellen lieventyä. Psykiin sairauksiin kohdistunut pelko ja paheksunta alkoi hiljalleen väistyä. (Eskola 2007, 17.)

1970-luvulla Suomen terveystalouden politiikka oli muutosvaiheessa; Alettiin painottaa yhteiskunnallisella tasolla koko kansan terveyttä. Panostettiin sairauksien ehkäisyyn, varhaiseen hoitoon ja kuntoutukseen sekä sen myötä työ- ja toimintakyvyn palauttamiseen. (Eskola 2007, 19.) Muutoksen taustalla oli uusi kansanterveyslaki, joka painotti kaikkien oikeutta samoihin palveluihin asuinkunnasta riippumatta sekä kuntien vastuuta terveyspalvelujen järjestäjänä (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66). Uuden linjauksen mukaan psykiatrisen hoidon nähtiin tulevaisuudessa toteutuvan pääasiassa avohoitona ja terveyskeskusten yhteydessä. Suoritettiin perusteellinen potilaskartoitus, joka osoitti, että mielisairaaloiden sairaansijojen määrä oli huomattavasti ylikuormitettu, suuri osa potilaista oli todellisuudessa jonkun muun somaattisen pitkäaikaishoidon, kehitysvammaishuollon tai tuetun avo- ja asumishoidon tarpeessa. 1980-luvulla aloitettiin sairaansijojen supistaminen, joka toteutui näkyvimmin 1990-luvun taloudellisen laman vaatimassa säästöpolitiikassa. (Eskola 2007, 24–25.)

Mielisairaanhoidon hallinnollinen hajanaisuus päättyi yhtenäisten sairaanhoitopiirien muodostamiseen, jolloin psykiatriasta tuli osa erikoissairaanhoidoa (Eskola 2007, 29). 1990-luvun aikana psykiatrian puolella sairaanhoitopäivien määrä puolittui. Vastaavasti hoitajaksojen määrä lisääntyi kolmanneksella. Suurelta osalta muutosta selittää pitkäaikaispotilaiden siirtyminen pois psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiristä. Tällä palvelumuutoksella on heikennetty niiden ryhmien palveluja, joiden palvelujen tarve on samaan aikaan kuitenkin ollut eniten nousussa. Mielisairaaloita supistettiin huomattavasti, mutta avohoitoa ei suunniteltu tai kehitetty vastaamaan muuttuneen tilanteen tarpeita. Lama, korkea työttömyys, taloudelliset katastrofit ja niihin liittyvät sosiaaliset ongelmat ja väestön psyykinen rasittuminen johtivat ongelmiin. Asiakasmäärät kasvoivat samaan aikaan, kun palveluverkosta supistettiin. (Eskola 2007, 31.)

Psykiatrian erikoisaloilla hoidettavien potilaiden määrä on edelleen lisääntynyt viime vuosikymmenen aikana. Valtio on siirtänyt pitkälti kuntien vastuulle alueensa terveyspalvelujen järjestämisen. Tämä on osittain aiheuttanut alueellista eriarvoisuutta terveyspalvelujen kattavuudessa. (Teperi 2005, 67.) Huomattavaksi mielenterveyspolitiikan tukijaksi muodostui potilas- ja omaistoiminnan pohjalta kolmas sektori. Kehittämistoiminnan huomattavana taloudellisena tukijana on toiminut Raha-automaattiyhdistys, jonka tuki monille tahoille on toisaalta ollut viime aikoina vähäisempää. (Eskola 2007, 35.)

Asiakkaita on käännytetty viime vuosina enemmän erikoissairaanhoidon puolelta perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskuksiin, sekä myös sosiaalihuollon puolelle, jotka eivät kuitenkaan kykene vastaamaan tarvittavalla tavalla mielenterveyspuolen asiakkaiden ja heidän omaistensa avuntarpeeseen (Nyman & Stengård 2001, 5). Tästä johtuen esimerkiksi seurakuntien työntekijät kohtaavat yhä enemmän työssään mielenterveys- ja päihdepuolen asiakkaita, jotka tulevat hakemaan apua ja tukea, johon seurakunnan työntekijöillä ei ole koulutusta tai valmiuksia (Suominen 2009). Käytännössä muutokset tarkoittavat sitä, että palvelut on vähitellen hajautettu eri tahoille esimerkiksi osittain julkiselle ja toisaalta kolmannelle sektorille. Tämä kuormittaa mielenterveyspalveluja käyttävien omaisia, sillä he ovat usein mukana järjestämässä ja auttamassa läheisiään tarvittavien palvelujen piiriin. Näin ollen mielenterveyspalvelujen piirissä tehtävät muutokset vaikuttavat monilla tavoilla paitsi omaisten hyvinvointiin, myös huolenpitotehtäviin. Lisäksi hajauttaminen on ajanut monet tahot erilleen verkostoitumisen tasolla. Useiden tahojen kesken yhteistyö ei ole vielä riittävän toimivaa. Yhtenä ongelmana onkin hoitoonohjaus, joka ei nykyisellään tavoita läheskään kaikkia avun tarvitsijoita. (Nyman & Stengård 2005, 19. Suominen 2009.)

1980-luvulla käynnistynyt psykiatrisen hoitojärjestelmän muutos on tarkoittanut esimerkiksi sairaalajaksojen lyhenemistä. Potilaat palaavat melko nopeasti akuutin vaiheen jälkeen kotiin omaisten ja läheisten luokse. Tämä on lisännyt omaisten vastuuta mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnista. Toistaiseksi avopuolen resursseja ei ole vielä kyetty lisäämään sairaalapaikkojen vähenemistä vastaavalla tahdilla. Tästä johtuen omaiset ovat usein joutuneet haastaviin tilanteisiin vajailla tiedoilla ja riittämättömällä tuella. Tämä on rohkaissut omaisia verkostoitumaan ja aktivoitumaan mielenterveystyön kehittämiseksi. (Nyman & Stengård 2001, 15.) Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksessa korostetaan, että omaiset ja läheiset tulisi huomioida osana hoitoverkoston. Heille tulisi tarjota paitsi tietoa, myös riittävästi tukea. (Nyman & Stengård 2005, 20).

2.4 Mielenterveyspalvelujen nykytila ja tulevaisuus

WHO:n arvion mukaan vuonna 2020 masennus tulee olemaan teollisuusmaissa sepelvaltimosairauksien jälkeen toiseksi yleisin terveysongelma. Mielenterveysongelmat ovat

jo nousseet osaksi kansallista ja globaalia terveystoliittista keskustelua. Tarvitaan mit-tavia investointeja ja asenteiden muutoksia. Mielenterveysongelmien taloudellinen ja yhteiskunnallinen hinta tulee nousemaan nopeasti. 1990-luvun jälkeen mielenterveydel-lisestä syystä korvattujen sairauspäivien lukumäärä nousi 120 prosenttia vuoteen 2004 mennessä. Masennuksen vuoksi alkaneiden päiväraha-kausien määrä kasvoi kaksinker-taiseksi vuosien 1996 ja 2004 välillä. (Eskola 2007, 39–40.)

Suomalaisen yhteiskunnan muutosvauhti on ollut hyvin nopeaa viimeisten 50 vuoden aikana. Maatalousyhteiskunnasta on siirrytty teollistumisen palvelupainotteisen yhteis-kunnan kautta informaatiovallankumoukseen. Sen jälkeen tulivat markkinavetoinen kilpailuyhteiskunta ja globalisoituva maailmantalous. Tässä voimakkaassa muutoksessa samalle sukupolvelle on kertynyt monta muutosaaltoa. Tämä on aiheuttanut psyykkisel-le sietokyvyille aivan uusia sopeutumisvaatimuksia, ongelmat kumuloituva, eikä niiden käsittelylle jää aikaa. Mielenterveyshäiriöiden luonne muuttuu kokoajan ja psyykkiset häiriöt kehittyvät yhä moninaisemmiksi. (Eskola 2007, 41.) Potilas, jolla on yksi selkeä diagnoosi, on jo nyt harvinaisuus.

Nopeiden muutosten luonteeseen kuuluu, että ne heikentävät sosiaalisia verkostoja, tuki ja kontrolli vähenevät, sosiaalinen syrjäytyneisyys kasvaa, avioerot lisääntyvät, perheen ulkoiset tukirakenteet haurastuvat ja lapset joutuvat tämän myötä kasvamaan ympäris-töissä, jotka eivät tarjoa riittävästi tukea ja turvallisuudentunnetta. Mielenterveyspalve-lut ovat olleet pitkään muiden palvelujen kehittyessä väliinputoajan asemassa. Nyt huomiotta jättäminen on kostautunut yhteiskunnalle. (Eskola 2007, 41.) Yksi vastaus ongelmaan olisi riittävä määrä koulutettua, sitoutunutta ja pitkäaikaiset hoitosuhteet tarjoavaa työvoimaa. Nykyisellään henkilöstöresursointi on kuitenkin kaikkea muuta, kuin riittävä. Lisäksi tarvittaisiin julkisen sektorin vahvaa tukea palvelujen kehittämi-ässä ja turvaamisessa. (Eskola 2007, 206.)

2.5 Terveyspalvelujen suunnittelu

Suunnittelutyö perustuu kysymyksiin siitä, tehdäänkö oikeita asioita ja tehdäänkö asioi-ta oikein. Puhutaan strategisesta ja operatiivisesta suunnittelusta. Terveyspalvelujen suunnittelua viitoittavat kansallinen ja kunnallinen terveystoliittikka, terveyspalvelujen

tarve ja kysyntä. Myös yhteiskunnan yleisillä arvoilla ja trendeillä on suuri vaikutus terveystalvveluja suunniteltaessa. Terveystenhuollossa on erityisen tärkeää, että asiat tehdään ammatillisesti oikein. Hoidon ja muiden terveystalvvelujen tulee olla mahdollisimman pitkälle tieteelliseen näyttöön perustuvaa. Lisäksi talvvelujen tulee olla hallinnollisesti oikein toteutettuja. Tämä tarkoittaa lakien ja asetusten mukaisia sekä käytössä olevat voimavarat huomioiden mahdollisimman kustannustehokkaasti toteutettuja talvveluja. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala 2004, 18–20.)

Aikaisemmin hyvin toimivia järjestelmiä on jouduttu muuttamaan väestön muuttuneiden tarpeiden mukaisiksi tai käytössä olevissa voimavaroissa tapahtuneiden muutosten myötä. Puhutaan muutosjohtamisesta, johon kuuluu muutoksen suunnittelu ja toteuttaminen sekä seuranta ja arviointi. Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset ovat vaatineet myös terveystalvvelutarpeiden muutosta. Talvvelujärjestelmien kehittämisen lisäksi myös väestön käyttäytymiseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan. (Mäntyranta ym. 2004, 21–22.)

Nykyisten hyvinvointivaltioiden terveystalvvelujärjestelmiä suunniteltaessa kymmeniä vuosia sitten ei osattu varautua talvvelujen tarpeen kasvuun. Terveystenhuollon suunnitteluun ja viime vuosina yhä enemmän priorisointiin liittyvän keskustelun perustana on ollut kysymys väestön ja väestöryhmien tulevien talvvelutarpeiden ennakoinnista. Julkinen valta, käytännössä kunnat on velvoitettu järjestämään jokaiselle tarvittavat terveystalvvelut. Talvvelutarpeiden määrittelyä voidaan pitää tärkeimpänä kuntien sosiaali- ja terveystenhuollon päätöksentekoa koskevana asiana. Esimerkiksi talvvelujen rahoitusta ja järjestämistä koskevat päätökset tulisi tehdä talvvelutarpeiden määrittelyn jälkeen. Jos taas taloudelliset raamit asetetaan etukäteen, seurauksena on helposti riittämättömästi tarpeisiin vastaavat talvvelut ja perusoikeudet ovat vaarassa jäädä toteutumatta. (Lehto 2004, 24–25, 26.)

Julkinen talvvelujärjestelmän ulottuvuudet ovat talvvelujen järjestäminen, rahoitus ja tuotanto. Suomessa kunnat vastaavat omien alueittensa talvvelujen järjestämisestä. Talvvelut on rahoitettu pääosin verovaroin. Yksityistäminen, kilpailuttaminen ja ulkoistaminen ovat viime aikoina yleistyneet. Lähivuosien terveystalvveluihin kohdistuvassa kehittämistyössä talvvelujen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen tulee edelleen lisääntymään. (Liukko & Luukkonen 2004, 35, 37.)

Mielenterveyspalveluissa tapahtuneet muutokset ovat johtaneet palvelujen pirstoutumiseen usealle toimijataholle. Lisäksi muutokset ovat johtaneen suuriin eroihin palvelujen tuottamisessa kuntien välillä. Osa kunnista tuottaa mielenterveyspalvelut itse ja osa ostaa ne naapurikunnilta, sairaanhoitopiiriltä tai yksityisiltä palvelutarjoajilta. Kolmannen sektorin rooli on suuri erityisesti asumis- ja kuntoutuspalvelujen tuottajana. (Kilkku 2004, 219–220.)

Mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevät ammattilaiset ovat alkaneet perustaa enenevässä määrin yksityisiä palveluja, sillä kysyntä on lisääntynyt. Mielenterveyskuntoutajat ovat asiakasryhmä, jotka usein pitkän laitoshoidon seurauksena tulevat riippuvaisiksi erilaisista hoito- ja tukipalvelujärjestelmistä. Palvelurakennemuutos on synnyttänyt ostopalveluita tarjoavat asumis- ja kuntoutuspalvelut vastaamaan kasvavaa kysyntää ja tarvetta kunnissa. Lisäksi kunnat ovat perustaneet mielenterveyskeskuksia, päiväosastoja, toimintakeskuksia sekä kuntoutuskoteja. Osa psykiatrisista potilaista siirtyy sairaalahoidosta jatkohoitoon näihin palveluihin. Osa kotiutuvista palaa perheiden, vanhempien tai muiden sukulaisten luo ja osa muuttaa asuntoloihin tai asumispalvelujen piiriin. Vain harva pitkäaikaispotilaista palaa omistusasuntoon. (Mattila 2002, 8.)

Mielenterveysongelmia ei hoideta vain terveydenhuollon toimipisteissä, vaan myös sosiaalitoimen palveluilla on keskeinen rooli. Puhutaan palvelukokonaisuuksista. Kuntien palvelutarpeita arvioitaessa asiakaskohtaisesti kuntien peruspalveluilla ja henkilökunnan osaamisella on tärkeä rooli. Kuntatasolla esille on noussut osaaminen, mahdollisuudet moniammatilliseen yhteistyöhön, työnohjaukseen ja tarvittaessa konsultaatioon. Tähän asti mielenterveystyötä kehitettäessä ollaan kerätty asiakasnäkökulmaa lähinnä asiakastyytyväisyyskyselyjen kautta. Jatkossa asiakkaan roolin tulisi olla entistä merkittävämpi mielenterveyspalveluja kehitettäessä. Tämä edellyttää työntekijöiltä entistä tehokkaampaa asiakkaiden kokemusten ja mielipiteiden kuulemista, arvostamista ja ennen kaikkea kirjaamista. (Kilkku 2004, 221–222.)

Kuntatasolla asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen on haastavaa, sillä moni palvelujen käyttäjistä kärsii useammista samanaikaisista ongelmista. Tämä näkyy monenlaisena oirehdintana sekä tarpeena käyttää monia palveluja samanaikaisesti. Erityisesti tämä näkyy moniongelmaisissa perheissä sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävien kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla. Palveluita kehitettäessä tarvitaan lisäksi tietoa

riskitekijöistä, tehokkaista hoitomuodoista, toimivista palveluratkaisuista, kustannuksista sekä seurantamenetelmistä. Mielen terveystalvöspalvelujen kehittämistyö vaatiikin monien tahojen välistä saumatonta yhteistyötä. (Kilkku 2004, 223.)

2.6 Lainsäädäntö

Vuoden 1999 perustuslaki määrää, että julkisen vallan tulee turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvöspalvelut, sekä edistettävä väestön terveystä. Lain mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lisäksi laki velvoittaa julkisen vallan edistämään jokaisen oikeutta asuntoon ja tukemaan asumisen omatoimista järjestämistä. (Suomen perustuslaki, 11.6.1999/731; Teperi 2005, 60; Välimäki 2000, 74.) Mielen terveystalvöstyön järjestämistä kunnissa määrittelevät mielen terveystalvöslaki, erikoissairaanhoidolaki, laki sosiaali- ja terveystalvödenhuollon suunnittelusta, sekä valtionosuudesta (Mäkitalo 2000, 78).

Mielen terveystalvöslaki velvoittaa kuntia huolehtimaan mielen terveystalvöspalvelujen järjestämisestä alueellaan kansanterveystalvöslain ja sosiaalihuoltolain mukaisesti. Tämä tarkoittaa sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tarpeiden mukaisten palvelujen järjestämistä. Erikoissairaanhoidolaki puolestaan velvoittaa sairaanhoitopiirien kuntayhtymiä järjestämään erikoissairaanhoidona annettavat mielen terveystalvöspalvelut alueellaan. Erikoissairaanhoidolain 3.luku 10§ velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymiä huolehtimaan erikoissairaanhoidopalvelujen järjestämisestä ja yhteensovittamisesta terveystalvökeskusten kanssa ja yhteistyössä sosiaali-toimen kanssa. Vuonna 1990 voimaan tullut mielen terveystalvöslaki on velvoittanut kuntia järjestämään palvelut pääsääntöisesti avopalveluina. Lain myötä alettiin painottaa asiakkaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista, sekä itsemääräämisoikeutta. Laki korosti sosiaali- ja terveystalvödenhuollon yhteistyön tärkeyttä. (Mielen terveystalvöslaki 14.12.1990/1116 1.luku 3§, 4§, 5§.)

Vuonna 1993 voimaan tuli valtionosuusmuutos, joka siirsi terveystalvödenhuollon järjestämisen kuntien vastuulle (Välimäki 2000, 73). Valtion vastuulle jäi huolehtia kuntien kyvystä tuottaa tarvittavia palveluja myöntämällä valtionosuuksia niin, että kunnat kykenivät tarjoamaan lainpuitteissa vaaditut mielen terveystalvöspalvelut (Mäkitalo 2000, 77). Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta, 2. luku 5 b § määrittää, että kunnan tai kuntayhtymän oman osuuden tulee olla vähintään 25 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Tämän valtion kunnille antaman valinnan vapauden perusteena on ollut ennen kaikkea pyrkimys taloudellisempaan palvelujen tarjontaan. Kunnat ovat voineet kilpailuttaa eri palveluntuottajavaihtoehtoja ja tehostaa näin julkista palvelun tuottoa. (Laamanen, Ala-Kauhaluoma & Nouko-Juvonen 2002, 20.) Tämä antoi kunnille paljon vapautta organisointiin, mutta aiheutti samalla suuria eroja kuntien sekä sairaanhoitopiirien ja hallinnon välille. Erot ovat johtaneet eriarvoisuuden asiakkaiden hoidossa kuntien välillä ja toisaalta eriytymiseen kuntien sisäisesti hallinnon ja palvelujen tarjoajien kesken. (Teperi 2005, 67.)

Vuonna 2004 tehdyt muutokset erikoissairaanhoitolakiin, sekä kansanterveyslakiin velvoittavat terveyskeskuksia ja sairaanhoitopiirejä järjestämään kiireettömän hoidon kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeellisuuden arvioinnista. Tilanteen vaatiessa kolmen kuukauden raja voidaan ylittää enintään kolmella kuukaudella edellyttäen, ettei hoidon viivästyminen ole asiakkaan terveydelle haittaa. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, 1.luku 15 b.) Uudistusten tavoitteena on ollut taata jokaiselle samanlaiset palvelut riippumatta asuinkunnasta. Myös kansanterveyslaki painottaa kuntien ja kuntayhtymien vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (Kansanterveyslaki, 28.1.1972/66, 2.luku 5§; Teperi 2005, 63.) Käytännössä määrärajoissa pysyminen on tuottanut ongelmia resurssipulan vuoksi.

3 MIELENTERVEYSTYÖN NYKYTILA JA KEHITYS VANTAALLA

3.1 Mielenterveys- ja päihdeongelmat

Vantaa on nopeasti kasvava kaupunki. Kasvava väestömäärä on haaste palvelujen tarjoamiselle. Lisähaastetta tuo sosiaali- ja terveystoimelle yhä enemmän myös henkilöstöresurssien turvaaminen. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat nousseet yleisyydessään sille tasolle, että puhutaan jo kansanterveysongelmista. Ehkäisevään ja varhaiseen hoitoon on pyritty panostamaan yhä enemmän. Tämän työn tuloksena yhteistyö peruspalveluiden, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin, sekä yksityisten palvelun tuottajien välillä on Vantaan alueella melko hyvin toimivaa. 2000-luvun taantuma näkyy jo ihmisten hyvinvoinnissa. Moni on menettänyt työpaikkansa tai elää työpaikan menettämisen uhan alla. Taloudellinen tilanne on huonontunut ja ihmiset voivat epävarmuudessa huonommin. Nämä muutokset ovat lisänneet viime vuosina mielenterveyspotilaiden määrää huomattavasti samalla, kun rahoitusta ja työvoimaresursseja on monin paikoin tiukennettu. Tällä hetkellä Vantaalla vallitsee tilanne, jossa mielenterveyspalvelujen tarvisijoita on paljon enemmän, kuin resursseja palvelujen tarjoamiselle. (Vantaan kaupunki 2009, 3.)

Suurimmat ongelmat mielenterveys- sekä päihdepalveluissa liittyvät masennukseen, psykiatrisen sairaanhoidon tarpeeseen, sekä runsaaseen alkoholin käyttöön. Viime vuosina Vantaalla on laskettu kaikkien edellä mainittujen ryhmien asiakkaita olevan kokonaan keskivertoa enemmän. Lisäksi Vantaan alueella on suhteessa asukasluvuun muutama enemmän kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia ja nuoria, sekä pitkäaikaistyöttömiä. (Vantaan kaupunki 2009, 3.) Koska mielenterveys- ja päihdeongelmat näkyvät kaikilla elämänalueilla, yksi palvelutaho ei tämän ryhmän asiakkaille riitä, vaan tarvitaan moniammatillista, organisaatioiden välistä yhteistyötä. Tämä asettaa kunnalle haasteita pysyä ajan tasalla palveluiden tarpeesta.

Vantaan kaupungin ja HYKS-sairaanhoidon yhteistyöprojekti Sateenvarjossa (2005–2009) on pyritty kehittämään moniammatillisia mielenterveys- ja päihdetyön malleja perusterveydenhuollossa. Mallia on hyödynnetty myös muissa kunnissa. Kehittämistä vaatisi vielä mielenterveystyö sosiaalitoimessa, sekä päihdehuollon ja peruster-

veydenhuollon väliset yhteistyömallit. Lisäksi enemmän yhteistyötä tarvittaisiin edelleen lasten- ja nuorisopsykiatriassa toimivien yhteistyötahojen kesken. Kokemus on, että enemmän tarvittaisiin palvelujen käyttäjien asiantuntemusta, sekä asennemuutoksia eri organisaatioiden välillä. (Vantaan kaupunki 2009, 9.)

3.2 Sateenvarjoprojekti muutoksen viitoittajana

Vantaan, Keravan ja Peijaksen sairaalan yhteistyöhanke Sateenvarjo toimi 2005-2009. Projektin tavoitteena oli mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen. Sen pohjalta luotiin peruspalveluja, varhaista tunnistamista ja matalan kynnyksen palveluja painottava malli, joka toimii nykyään perustana mielenterveys- ja päihdetyölle Vantaalla. (Vantaan kaupunki 2010.)

Uudenlaisten työnkuvien ja toimintamallien kautta on painotettu kaiken ikäisten riskiryhmiin kuuluvien, depression ja alkoholin suurkulutuksen seulomista. Lisäksi moniammatillisuuden tärkeyden korostaminen sekä tehostetun yhteistyöverkoston luominen peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välille on kuulunut projektin tavoitteisiin. Käytännössä Sateenvarjoprojektin työnkuvauudistuksia ovat olleet esimerkiksi lapsiperheissä esiintyvän depression tunnistaminen ja hoito neuvolatyössä, kouluterveydenhuollon keskittyminen nuorten vakavan masennuksen ennaltaehkäisyyn, sekä depressiohoitaja- ja päihdehoitajamallien käyttöön saattaminen terveyskeskuksissa. Lisäksi projekti on edesauttanut perusterveydenhuollon yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa pyrkimällä saattamaan psykiatrian konsultaatioita helpommin saataville. Myös kotihoitoon tehostettu mielenterveys- ja päihdetyö on kuulunut projektin tavoitteisiin. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 4.)

Projektin myötä jonot lasten- ja nuorten psykiatrisille poliklinikoille, sekä terveyskeskuksen psykologille ovat lyhentyneet. Kouluissa on kokeiltu sairaanhoitajan apua terveydenhoitajan tukena, sekä stressinhallintakurssi-menetelmää yläaste- ja lukioikäisille. Stressinhallintakurssin ohjaajakoulutus on käynnistynyt syksyllä 2007 kouluterveydenhoitajille ja kuraattoreille. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 5.)

Terveyskeskuksissa depressiohoitajan tehtävänä on 1–6 käynnin hoitajaksot yhteistyös-

sä konsultoivan psykiatrin kanssa. Hoitojakson aikana tarjotaan potilaalle psykososiaalista tukea ja huomioidaan perheen lasten hyvinvointi. Tutkimusten mukaan kolmikan-tamalla lisää depression tunnistamista, nopeuttaa toipumista ja vähentää pitkien sairaslomien tarvetta. Lisäksi mallin on todettu tasa-arvoistavan potilaita lääkäripulan aikana. Vantaan ja Keravan kaikilla terveysasemilla toimii depressiohoitaja. Samantyyllisesti terveyskeskuksissa on toiminut päihdehoitajia, joiden tehtävänä on ollut seuloa alkoholin suurkuluttajia ja tarjota heille opastusta, sekä tehnyt seurantakäyntejä ja toiminut yhteistyössä päihdepalvelujen kanssa. Päihdehoitajan tehtävänä on ollut luoda omalle terveysasemalle yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa seulontasäännöstö. Jatkossa tavoitteena on, että kaikille terveysasemille saataisiin osa-aikainen päihdehoitaja. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 6, 7.)

Asiakkaiden ongelmien monimutkaistuessa konsultoivan psykiatrin asiantuntemuksen tarve peruspalveluissa on kasvanut. Konsultoivan psykiatrin työnkuvaan kuuluu konsultaatioiden lisäksi terveyskeskuslääkärien, depressiohoitajien, psykologien, sekä neuvola- ja sosiaalityöntekijöiden kouluttaminen. Näin konsultoiva psykiatri osallistuu erikoissairaanhoidon edustajana psykiatristen tarpeiden kartoitukseen, sekä uusien toiminta- ja yhteistyömallien suunnitteluun perusterveydenhuollossa. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 6.)

Kotihoidon puolella on keskitytty seulomaan asiakkaiden masennusoireita, sekä alkoholin suurkulutusta. Samalla on pyritty luomaan uusia moniammatillisia toimintatapoja, sekä ryhmämuotoisia hoitokeinoja. Konsultaatioavuksi on luotu kotihoidon psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdevastuuhoitajan toimet. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 8.)

Organisaatioita ja eri sektoreita, terveys- ja sosiaalipalvelut, erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, koulutus- ja tutkimustahoja, sekä kolmannen sektorin toimijoita on kutsuttu yhteistyöhön projektin nimissä. Näitä uudistuksia ovat olleet pyrkimys saattaa krooniset psykoosipotilaat erikoissairaanhoidon puolelta terveyskeskuseurantaan, sekä masennuksen hoito päihdepalveluissa ja päihdeongelman hoito psykiatrian puolella. Lisäksi on pyritty yhdistämään kroonisen somaattisen sairauden ja depression hoito. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 8.)

Projekti on saanut aikaan liikettä ja positiivisia muutoksia mielenterveys- ja päihdetyössä ja siitä on otettu mallia muissa kunnissa. (Vuorilehto & Kuosmanen 2007, 10.) Yhteiskunnassa tapahtuvien suurten muutosten aikaan työtä on kuitenkin vielä paljon, jotta terveyspalvelut saataisiin tarvetta vastaaviksi ja toimiviksi.

3.3 Vantaalaisen hyvä mieli –kehittämishjelma

Vuonna 2008 aloitetun ohjelman tavoitteena on rakentaa parempi ja toimivampi mielenterveyspalvelujen kokonaisuus. Vantaalaisen hyvä mieli korostaa palvelutarjoajien vastuuta tarjota oikeita palveluja oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Tarkoituksena on pyrkiä kohti yksilön ja yhteisön parempaa hyvinvointia ja hyvää mieltä. Ohjelmalla on kolme painopistettä: mielenterveyspalveluiden avohoidon järjestäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä, lasten ja nuorten mielenterveystyön kehittäminen sekä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden avohoidon tehostaminen ja kuntouttavan asumisen järjestäminen. (Aronkytä ym. 2008, 1–3.)

Ohjelma korostaa avohoidon tärkeyttä ja toimivimpien palvelujen järjestämistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Palvelukehityksessä esille nousee erityisesti varhainen hoito ja ennaltaehkäisy sekä ikääntyvän väestön tarpeet. Ongelmana tähän asti on ollut se, ettei avohoito ole kyennyt vastaamaan sille tarkoitettuihin tehtäviin riittävän laadukkaasti. Tämä on jättänyt perusterveydenhuollon varaan paljon haastavia potilaita, eikä erikoissairaanhoidon ole kyennyt tarjoamaan riittävää tukea hoidon jatkamiseen perustasolla. (Aronkytä ym. 2008, 3.)

Asiakaslähtöisyyden kannalta kielikysymykset ovat nousseet ohjelmassa esille. Jatkossa tulisi pystyä tarjoamaan ruotsinkielisiä palveluja tehokkaammin. Lisäksi mielenterveyspalvelujen olisi kehityttävä vastaamaan jatkuvasti kasvavan maahanmuuttajaväestön sekä vammaisten tarpeisiin entistä paremmin. Tämä asettaa uusia vaatimuksia ammattilaisten kielitaidolle sekä useisiin kulttuureihin liittyvien tapojen tuntemusta. Tavoitteisiin kuuluu ennakkoluulottomuus sekä mielenterveyden ongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden vähentäminen. (Aronkytä ym. 2008, 4.)

Terveyskeskusten depressiohoitajajärjestelmä on koettu toimivaksi lievempien mielen-terveyshäiriöiden hoidossa. Osa depressiohoitajien potilaista tarvitsisi kuitenkin erikoissairaanhoidotasosta hoitoa. Depressiohoitajilla on mahdollisuus psykiatrien konsultointiin tarvittaessa. Esimerkiksi lastensuojelu ja aikuissosiaalityö joutuvat usein toimimaan mielen-terveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kanssa ilman riittävää psykiatrasta tukea. Toisaalta erikoissairaanhoidossa on potilaita, jotka eivät enää hyödy uusista sairaalajaksoista, mutta tarvitsisivat harvajaksoisen tuen ja seurannan. Tämä olisi mahdollista järjestää terveyskeskuksissa erikoissairaanhoidon nykyistä paremmalla tuella. (Aronkytä ym. 2008, 4.)

Terveyskeskuslääkäreiden ja kotihoidon henkilöstön osaamista pyritään parantamaan, jotta vanhusten masennus ja eristäytymiseen johtavat mielen-terveyden häiriöt huomattaisiin jatkossa entistä paremmin. Konsultaatiomahdollisuuksia vanhuspsykiatria- ja geriatria- parannetaan erityisesti kotihoidossa. Syrjäytymistä pyritään estämään vapaaehtoistyötä kehittämällä ja lisäämällä vapaaehtoisten koulutusta ja rekrytointia. (Aronkytä ym. 2008, 4.)

Päihdeongelmaisten mielen-terveyspotilaiden kohdalla hoito pyritään järjestämään terveysasemilla ja A-klinikoilla, jos se vain mahdollista. Vaikeat ja moniongelmaiset potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidossa yhteistyössä päihdepalvelujen kanssa. Vaativat kaksoisdiagnoosipotilaat hoidetaan kokonaan erikoissairaanhoidon puolella. (Aronkytä ym. 2008, 5.)

Kehittämishaasteena ohjelmassa on myös vaikeiden mielen-terveyspotilaiden hoidon ja kuntouttavan asumisen järjestäminen. Psykoosien avohoidon toteuttaa Vantaalla HYKS Peijaksen Kuntoutuskeskus. Peruspalvelujen tehtävä on vastata ennaltaehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta ja erikoissairaanhoidon ohjaamisesta sekä pitkäaikaisseurannan toteuttamisesta. Erikoissairaanhoidon tukee peruspalveluja aina, kun tukea tarvitaan esimerkiksi konsultaatiota varten. Mielen-terveyskuntoutujien asumis- ja palvelujärjestelmä on ollut hyvin hajanainen. Toimivamman ja kustannustehokkaan järjestelmän rakentaminen vaatii sosiaali- ja terveystoimen sekä erikoissairaanhoidon yhteistyön parantamista. Sateenvarjoprojektin aloittamaa työtä jatkaa sosiaali- ja terveystoimen mielen-terveyskeskus, jonka tehtävänä on mielen-terveys- ja kuntoutuksen kehittämisen jatkaminen kohti toimivampaa palvelukokonaisuutta. (Aronkytä ym. 2008, 11.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä katsaus eri palvelutarjoajien välisen yhteistyön sujumuuteen sekä mielenterveyskuntoutujille suunnattujen palvelujen toimivuuteen Vantaalla. Lisäksi Vantaan omaistoiminnan neuvottelukunnan jäseniä pyydettiin arvioimaan neuvottelukunnan toimintaa organisaatioiden välisen yhteistyön rakentajana. Katsauksessa keskityttiin kuvaamaan palvelujen, yhteistyön ja neuvottelukunnan toiminnan toimivuutta sekä kehittämishaasteita. Toimivuuden ja kehittämishaasteiden esille saamiseksi vastaajia pyydettiin arvioimaan kysymyksissä SWOT-analyysin periaattein eri tekijöiden vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia. Kaikki kysymykset olivat avoimia.

Ammatinedustajille lähetetyssä kyselylomakkeessa pyydettiin kertomaan oma organisaatio sekä palvelujen kohderyhmät. Lisäksi vastaajia kehoitettiin arvioimaan palvelujen kattavuutta ja toimivuutta oman kuntakeskuksen alueella kuvaamalla näiden tekijöiden vahvuuksia ja heikkouksia ja mahdollisuuksia ja uhkia. Ammatinedustajia pyydettiin myös arvioimaan yhteistyön toimivuutta, sen vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia eri yhteistyötahojen kanssa. Omaisjäsenen kyselyssä pyydettiin kertomaan tahoja, joiden kanssa vastaaja oli ollut tekemisissä mielenterveyskuntoutujan läheisenä sekä arvioimaan palvelujen toimivuutta asiakkaan ja avun saannin näkökulmasta. Kaikille kyselyyn vastaajille neuvottelukunnan toimintaa vastaava osio oli yhteinen. Vastaajia pyydettiin kertomaan neuvottelukunnan toiminnasta ja aikaansaannoksista sekä arvioimaan neuvottelukunnan toiminta-ajatusta. Kyselyssä pyydettiin arvioimaan neuvottelukunnan toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia. (Liitteet 1, 2 ja 3.)

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten neuvottelukunnan jäsenet ovat kokeneet organisaatioiden välisen yhteistyön sujumuuden? Millaisia muutoksia yhteistyössä on tapahtunut, mikä toimii ja mitkä ovat yhteistyön kehittämishaasteet?
2. Miten neuvottelukunnan jäsenet ovat kokeneet palvelujen toimivuuden? Millai-

sia muutoksia palvelujen toimivuudessa on tapahtunut, mikä toimii ja mitkä ovat palvelujen toimivuuden kehittämishaasteet?

3. Miten neuvottelukunnan jäsenet ovat kokeneet neuvottelukunnan toiminnan? Mikä on sujunut ja miten toimintaa voisi kehittää?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusote

Katsaus on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisesta tutkimuksesta puhutaan silloin, kun keskitytään kuvaamaan ilmiöiden laatua, ei määrää. Laadulliselle tutkimusotteelle on ominaista jonkin ilmiön kokonaisvaltainen tarkastelu, esimerkiksi yhteiskunnallisen kontekstin huomioiminen, kuten tässä katsauksessa on tehty perehtymällä mielenterveyspalvelujen kehitykseen ja psyykkisten sairauksien yleisyyteen sekä palvelujen nykytilaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 27–28; Niskanen 2008, 68.)

5.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin lähettämällä sähköpostikyselyt Vantaan 15 henkiselle omaistoiminnan neuvottelukunnalle lokakuussa 2009. Jäsenistä 14 on eri palvelutarjoajien edustajia ja yksi omaisjäsen. Neuvottelukunnan jäsenet ovat HCN Oy:n, ASPA Palvelut Oy:n sekä Casa Francan, Tikkurilan ja Hakunilan seurakunnan työntekijöitä. Lisäksi jäseniin kuuluu Suomen mielenterveysseuran ja Vantaan mielenterveysyhdistyksen edustajat sekä Peijas kuntoutuskeskuksen, Vantaan kaupungin aikuissosiaalityön ja Vantaan asumispalvelujen edustajat.

Organisaatiokaavio Vantaan omaistoiminnan neuvottelukunnasta

Vantaan kaupunki	Julkinen sektori	Yksityiset palvelutuottajat	Järjestöt	Kolmassektori	Muut
sosiaalitoimi	erikoissairaanhoido	HCN Oy.	Suomen mielenterveysseura	seurakunta	omainen
terveyspalvelut		Aarni-Hoiva Oy.	Vantaan mielenterveysseura		
mielenterveys- ja päihdeyksikkö		Aspa-säätiö	Vantaan mielenterveysyhdistys		
Sosiaali- ja terveyslautakunta			Alvi ry. Casa Franca		
			Omaiset mielenterveys-työn tukena, Uudenmaan yhdistys ry.		

Vastauksia saatiin kuusi. Kyselyissä oli avoimet kysymykset. Kysely on toimiva aineistonkeruumenetelmä silloin, kun halutaan tietää, mitä vastaaja ajattelee jostain asiasta tai miksi toimii niin kuin toimii (Tuomi & Sarajärvi 2006, 74). Vastaajia pyydettiin arvioimaan yhteistyön sujuvuutta ja palvelujen toimivuutta eri palvelutarjoajien välillä mielenterveyskuntoutujille kohdistuvassa työssä oman ammatin ja työnkuvan kautta. Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan omaistoiminnan neuvottelukunnan toimintaa. Vastaajia pyydettiin käyttämään arvioinnissa SWOT-analyysia, eli arvioimaan yhteistyön vahvuuksia ja heikkouksia, sekä mahdollisuuksia ja uhkia oman työnkuvan kautta ja neuvottelukunnan toiminnassa (Entersol Oy. 2010).

Omaisjäsenen vastausta lukuun ottamatta katsauksessa keskityttiin ammatinedustajien näkökulmaan. Kyselyissä käytettiin avoimia kysymyksiä, sillä kysymykset vaativat laaja-alaista pohdintaa organisaatioiden välisen yhteistyön toimivuuteen ja neuvottelukunnan toimintaan liittyen. Organisaatioiden edustajille ja omaisjäsenelle oli omat kysymykset. Omaisjäsenelle lähetetyssä kyselyssä pyydettiin kertomaan tahoista, joiden kanssa on toiminut mielenterveyskuntoutujan läheisenä sekä arvioimaan jonkun tukea tarjonnan tahon toimintaa omaisnäkökulmasta tarkemmin. Neuvottelukunnan toimintaa

koskeva osio oli kaikille vastaajille sama.

Kyselyjen lisäksi aineistoa kerättiin vastausten saannin jälkeen joulukuussa 2009 Heurekassa pidetyssä tapaamisessa, jonka osallistujamäärä oli suurempi kuin kyselyyn vastanneiden määrä. Tapaamiseen kutsuttiin kaikki neuvottelukunnan jäsenet. Kyselyyn vastanneiden lisäksi paikalla oli neuvottelukunnan jäseniä, jotka eivät olleet osallistuneet kyselyyn. Tapaaminen oli yhteistyötahon, Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n kustantama ja siihen kuului lounas. Tapaamisessa esiteltiin yhteenveto saaduista vastauksista. Vastaukset herättivät paljon keskustelua aiheesta. Keskustelusta tehtiin muistiinpanot, jotka toimivat osana tutkimusaineistoa. Keskustelu mahdollisti kyselyjen perusteella epäselväksi jääneiden asioiden selvittämisen tutkimuksen tekijän ja vastaajien välillä. Katsauksessa on käytetty kahta aineistoa, sähköpostikyselyyn saatuja vastauksia ja Heurekassa käydyn keskustelun aikana tehtyjä muistiinpanoja.

5.3 Analyysimenetelmä

Joulukuussa pidetyn tapaamisen jälkeen tehtiin yhteenveto myös Heurekassa käydyn keskustelun pohjalta. Keskustelun yhteenveto lisättiin kyselyistä tehtyyn yhteenvetoon, jonka jälkeen koko tutkimusaineisto analysoitiin. Tulosten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Tässä menetelmässä tutkijan on mahdollista päättää ja erotella kiinnostavimmat asiat tutkimusaineistosta analyysia varten. Yhteenveto tehdään näiden valittujen asioiden pohjalta ja vähemmän tärkeäksi todetut asiat voidaan jättää pois. Sisällönanalyysin haasteisiin liittyy se, että aineistosta löytyy usein jotain odottamatonta, mutta kaikkea ei kuitenkaan voi tutkia ja analysoida. Siksi tutkittavan ilmiön selkeä rajaus on tärkeää. Lisäksi haasteena tutkijalle sisällönanalyysia tehdessä on se, että aineiston analyysin tulisi tapahtua aineiston tiedonantajien ehdoilla. Tutkijan tulisi siis voida tunnistaa omat mahdolliset ennakkoluulonsa ja pyrkiä puolueettomuuteen aineistoa analysoidessa. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93–94, 98.)

Sisällönanalyysi on kolmivaiheinen. Aineiston läpikäymisen ja kiinnostavien asioiden valitsemisen jälkeen jäsennetään sitä, mitä aineistossa käsitellään. Viimeisessä vaihees-

sa luokitellaan ja teemoitellaan yhteenvedosta ilmeneviä asioita. Tässä vaiheessa selvitetään myös, haetaanko aineistosta erilaisuutta vai samuutta. Tarkemmin määriteltynä tutkimuksen analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia. Tässä analyysimenetelmässä aikaisempi tieto ohjaa aineiston analysointia. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 95, 98.) Katsauksen analysoinnissa tämä menetelmä osoittautui toimivaksi, sillä tulokset kuvasivat jo tiedossa olevaa palvelujen nykytilaa. Tuloksista kävi ilmi myös eroja kokemuksissa eri toimijoiden välillä.

Kyselyyn saatujen vastausten ja Heurekassa käydyin keskustelun pohjalta tehtyjen yhteenvedojen pohjalta etsittiin yhteneväisyyksiä ja eroja. Yhteenvedoissa oli kuvattu organisaatioiden välisen yhteistyön sujuvuutta, palvelujen toimivuutta, sekä neuvottelukunnan toimintaa. Aineistojen sisältö jäsennettiin näiden osa-alueiden alle. Muita vastauksissa tai keskustelun pohjalta tehdyissä muistiinpanoissa kuvattuja asioita ei olla huomioitu katsauksessa. Tulokset kuvasivat sitä todellisuutta, mitä tunnettu palvelujen nykytila käytännössä tarkoittaa eri organisaatioissa. Vaikka katsaus ei itsessään tuonut esille uusia asioita palvelujen nykytilasta, sen näkökulma on tuore, sillä vastaavaa yhteistyötoimintaa ei olla juurikaan tutkittu.

6 TULOKSET

6.1 Yhteistyö

Yhteistyön koettiin organisaatioiden välillä toimivan pääsääntöisesti hyvin. Kehityksen todettiin olleen erityisesti viime aikoina voimakasta. Tähän on vaikuttanut tukea tarvitsevien määrän kasvu, mikä on tuonut kaikille organisaatioille lisähaasteita. Toimivuus ilmenee molemminpuolisena luottamuksena ja arvostuksena yhteistyötahojen välillä. Tämä on mahdollistanut asiakkaiden tuen tarpeen ja auttamistapojen arvioinnin yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa. Vastavuoroisuus sekä informaation kulku on ollut koko ajan parempaa, mikä on tehnyt mahdolliseksi toimivampien palvelujärjestelmien muodostamisen.

Haasteena koettiin yhteistyön tilannelähtöisyys. Tämä ilmeni siinä, että yhteistyötilanteet muodostuivat asiakaskohtaisesti ja muuta yhteydenpitoa toiseen organisaatioon esimerkiksi yhteisten toimintamallien luomiseksi ja ylläpitämiseksi ei ollut.

Yhteistyö on kuitenkin tilannelähtöistä, emme siis kokoontu säännöllisesti muuten.

Lisäksi yhteistyötahojen määrän noustessa kokemus oli, että järjestäytynyt ja toimiva yhteistyö vaatisi enemmän aikaa ja ihmisiä. Tämän hetkisen henkilöstöresursoinnin ei monissa organisaatioissa koettu olevan riittävää, eikä yhteistyön parantamiseksi tarvittavaa ohjausta kyetä sen vuoksi tällä hetkellä toteuttamaan. Palveluntarjoajien koettiin kasvaneen tai olevan kasvamassa hankalasti hallittaviksi kokonaisuuksiksi. Paikoitellen myös kunnan ja kolmannen sektorin välisen vastakkainasettelun todettiin vaikeuttavan yhteistyön rakentamista.

Hyvä yhteistyö vaatii jatkuvaa aktiivisuutta ja kontaktihakuisuutta. Heikon resursoinnin vuoksi mahdollisuuksia ei ehditä selvittää eikä tarvittavaa yhteistyötä yksilötason ohjauksessa tehdä. (Asumispalvelujen ja kolmannen sektorin välisestä yhteistyöstä.)

Keskitetyllä toiminnalla voidaan saada aikaan saumaton palvelujärjestelmä. Uhkia: yksityiset palvelut paisuvat vaikeasti hallittaviksi kokonaisuuksiksi. Kunnan henkilöstöresursointi ei vastaa hyvään työnhallintaan

tarvittavaa määrää työntekijöitä. (Asumispalveluyksiköiden välisestä yhteistyöstä.)

Yhteistyön toimivuudessa eri palveluntarjoajien välillä oli eroja. Esimerkiksi sosiaali-toimen kokemus oli, että yhteistyö on toiminut päihdehuollon kanssa mielenterveyspuolta paremmin. Hyvänä oli koettu yhdistetyt sosiaali- ja terveysasemat, joista osaa tosin ollaan lakkauttamassa. Yhtenä yhteistyötä hankaloittavana tekijänä esimerkiksi asumispalvelujen ja sosiaaliaseman välillä oli koettu työntekijöiden suuri vaihtuvuus sosiaaliasemalla. Koska mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvan auttamisen tulisi sairauden luonteen vuoksi olla mahdollisimman kokonaisvaltaista, olisi järkevää yhdistää terveydenhuolto ja sosiaalipuoli asumispalvelujen järjestämistä varten.

Haasteena yhteistyön rakentamiselle oli koettu mielenterveystyössä eri tahojen välillä vallitseva ”eri kulttuurisuus”. Toisaalta juuri tästä syystä yhteistyön lisääminen eri toimijoiden välillä olisi erityisen tärkeää, esimerkiksi psykiatrisen toiminnan ja sosiaali-toimen välillä. Suurena ongelmana ovat edelleen vallitsevat stereotypiat. Kuitenkin käytännössä esimerkiksi sosiaalipuolella työn tekoa monesti hankaloittava salassapito on kiinni ainoastaan asiakkaan luvasta. Haasteena sosiaalipuolen ja psykiatrian välillä koettiin olevan asiakkaan vaikea lähestyttävyyys. Asiakkaan todettiin sosiaalipuolen näkökulmasta olevan lähetteen, lääkärin ja organisaation takana ja siten vaikeasti tavoitettavissa.

Seurakunnan ja psykiatrian poliklinikan välillä oli kokemus, että yhteistyö on toiminut pääsääntöisesti hyvin.

Koen, että olen tullut kuulluksi, jos olen ilmaissut huoleni jonkun yhteisen asiakkaan huonontuneesta voinnista.

Yhteistyö oli ollut seurakunnan diakoniatyöntekijöiden ja psykiatrisen poliklinikan välillä vastavuoroista.

Myös psyk. poli on tehnyt asiakasohjausta meille päin.

Tämä kertonee luottamuksesta meihin ammattilaisina, ihmisen koko elämäntilanteen huomioivan tuen lähteenä.

Vastauksista nousi esille diakoniatyöntekijöiden huoli siitä, etteivät he kykene tarjoamaan riittävää tukea, terapiaa tai kovin pitkäkestoista tai tiivistä tukea mielenterveys-

kuntoutujille. Haastavat tilanteet ovat vastausten mukaan edesauttaneet kontaktien syntymistä uusien tahojen kanssa.

Joukko kroonisesti psyykkisesti sairaita ihmisiä, jotka eivät mahdu perusterveydenhuoltoon eivätkä psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelusabluunoihin, ja heitä ohjataan mm. tänne meille. Tarjoamamme tuki ei kuitenkaan ole eikä voi olla terapiaa, emmekä resurssisyistä pysty tarjoamaan kovinkaan pitkäkestoista tai tiivistä tukea.

6.2 Palvelujen toimivuus

Kuten yhteistyön kehityksessä, myös palvelujen toimivuuden osalta organisaatiot olivat kokeneet kehityksen parempaan suuntaan olleen erityisen voimakasta viime aikoina. Tämä on ilmennyt systemaattisena järjestäytymisenä ja sijoittumisena sekä asiakkaan ja läheisen kokonaisvaltaisempaan huomioimiseen koko auttamisprosessin ajan. Toimivuuden kokemisessa oli kuitenkin eroja kunnan ja yksityisten palvelutarjoajien välillä. Kaupungin taloudellinen tilanne oli johtanut esimerkiksi asumispalveluissa jonojen muodostumiseen, eikä uusia asuntoja saada ennen kuin vanhoihin tulee tilaa. Asumispalveluyksikön edustajan vastauksen mukaan toimivuudessa positiivista on ollut vahva kehitys palveluohjauksen ja itsenäisen asumisen tukitoimien suuntaan. Uhkana oli koettu työntekijöiden palkkaaminen projektirahoituksella ja sen myötä syntynyt epävarmuus toiminnan jatkuvuudesta. Vantaan asumispalvelujen näkökulmasta kehitystä kuvattiin vastauksessa seuraavasti:

Voimakkaassa positiivisen kehityksen vaiheessa. Palvelut on uudelleen organisoitu syksyllä 2007. Palvelujen järjestäminen on systemaattista, sijoitusprosessi on kunnossa. Asiakas ja läheinen huomioidaan asiantuntijana koko prosessin ajan.

Kolmannen sektorin asumispalvelujen tarjoajat ovat kokeneet asiakasjonot positiivisena ja ne ovat mahdollistaneet toiminnan laajentamisen.

Palvelumme toimii hyvin koko Vantaan alueella. Koko ajan on asiakkaita jonossa ja olemme kasvattaneet yksikköä koko ajan kysynnän vuoksi.

Terveystieteiden kehitys on johtanut siirtymiseen erikoissairaanhoidosta yhä enemmän perusterveydenhuollon puolelle. Asumispalveluissa ollaan oltu siirtymässä enene-

vissä määrin palveluohjauksen ja itsenäisen asumisen tukitoimien suuntaan. Haasteena palveluasumiselle on se, että työntekijöitä on palkattu projektirahoituksella, joka on päättymässä. Tämä uhkaa johtaa työntekijämäärän vähenemiseen entisestään. Terveystenhuollon kuormittuminen resurssipulan vuoksi johtaa potilaiden ohjautumiseen muualle, kuten seurakuntien diakoniatyön piiriin. Tällainen erityisen paljon viime aikoina kasvanut ryhmä on kroonisesti psyykkisesti sairaita, etenkin masennuspotilaat. Tämä on johtanut seurakunnissa siihen, että aikaa jää vähemmän muille asiakasryhmille. Toisaalta seurakunnan työntekijöiden kokemus on ollut myös se, ettei ammattitaito riitä antamaan tarvittavaa tukea ja apua psyykkisesti sairaille.

Terveyspalveluissa psykiatrian poliklinikat ovat muuttaneet Vantaalla Tikkurilaan yhdeksi isoksi kokonaisuudeksi. Tässä muutoksessa positiivista ovat suuren yksikön edut, esimerkiksi oireenmukaisten palvelujen järjestäminen. Asiakkaat ovat siirtyneet erikoisosaamisen piiriin diagnoosikohtaisesti. Ongelmana voi olla kulkuyhteyksien vaikeutuminen osalle asiakkaista, mikä voi hankaloittaa hoitoon tuloa paljonkin. Positiivisena esimerkkinä palvelujen toimivuudesta koettiin terveyskeskusten depressiohoitajat ja jatkuvasti toimivat depressiokouluryhmät.

Palvelujen kattavuudessa alueittain Vantaan sisällä todettiin eroja. Selkeästi muita huonompi tilanne mielenterveyskuntoutujille tarjottavia palveluja ajatellen on Itä-Vantaalla, jossa ei ole tarjolla palveluasumista, eikä päivä- tai työtoimintaa. Lisäksi kokemus oli, että terveyskeskus on erityisen kuormittunut juuri Itä-Vantaalla. Vantaalla oli Klubitalohanke, joka kaatui rahoituksen puuttumisen vuoksi. Klubitalot tarjoavat monenlaista toimintaa mielenterveyskuntoutujille esimerkiksi Espoossa ja Helsingissä. Arkista toimintaa tukevien paikkojen puute koettiin suurena. Itä-Vantaan alueella todettiin lisäksi olevan suuri ero sosiaalipalvelujen saatavuuden ja psykososiaalisen tuen piiriin pääsemisen välillä. Toimeentulotukipalvelut olivat kattavammat, kuin mielenterveyspalvelut. Muilla Vantaan alueilla ei todettu olevan tällaista suurta eroa saatavilla olevien palvelujen välillä.

Itäinen Vantaa on miltei tyhjä kartta, mitä tulee mielenterveyskuntoutujille tarjottavaan apuun ja tukeen. Terveyskeskus on jatkuvasti tukossa. Itä-Vantaalla ei ole palveluasumista mt-kuntoutujille, eikä päivä- tai työtoimintaa.

Palvelujen todettiin kehittyneen voimakkaasti viime aikoina. Toisaalta kokemus oli, että resursointi oli monin paikoin ollut heikkoa. Resurssipulan koettiin koskettavan paitsi työvoimaa, myös rahoitusta ja aikaa. Moni koki voivansa tehdä työssään vain välttämättömimmän. Käytännössä tämä on tarkoittanut monessa organisaatiossa, ettei lain vastaamaan tavoitteeseen päästä, eikä lain vaatimaa tukea kyetä antamaan.

Pystymme tarjoamaan minimitoimeentulon, mutta emme kykene vastaamaan lain tavoitetta tukea ja auttaa asiakkaittemme omatoimista selviytymistä ja ehkäistä syrjäytymistä.

Toimeentulotukipalvelut ovat kattavat, mutta psykososiaalinen työ heikkoa. Käsittelyajat toimeentulotuessa ovat pysyneet lain puitteissa. Lain edellyttämiä suunnitelmia ei ehditä riittävästi tehdä.

Resursseja ei tule lisää, minkä vuoksi palvelutaso heikkenee, kun asiakasmäärät uhkaavat kasvaa laman myötä.

Organisaatioissa pelätään, että edellisen laman tapahtumat toistuvat ja pysyvästi syrjäytyneiden määrä nousee. Asiakasmäärät kasvavat, mutta resursseja ei saada lisää. Tämä johtaa palvelutason heikkenemiseen. Keskittämisen ja linjaorganisaation vahvistumisen myötä yhteistyö on vaarassa vähentyä ja kilpailu niukoista resursseista voimistuu. Tämä ei vastaa terveydenhuollon perustehtävää tarjota tasavertaisesti palveluja kaikille niitä tarvitseville, vaan eriarvoisuus asiakkaiden välillä uhkaa kasvaa.

Mielenterveyspuolella suurena ongelmana ovat tällä hetkellä suuret kustannukset. Sairaalapäivien määrä on suuri asuntojen, erityisesti tarjolla oleva tuetun asumisen ja muiden tukipalvelujen ollessa riittämättömiä. Potilaat joudutaan kotiuttamaan puolikuntoina, mikä johtaa omaisten kuormittumiseen. Tämä liittyy mielenterveys sairauksien hankaluuteen. Ne vaikuttavat ihmiseen kokonaisvaltaisesti, jolloin ei ole mahdollista lähettää terveitä kotiin. Näin ollen suurena apuna olisi, jos avohoitoon saataisiin lisää rahoitusta, mikä ei kuitenkaan organisatorisista syistä ole tällä hetkellä mahdollista, vaan varat ja paikat vähenevät. Hankalana koettiin edelleen voimakkaana vallitseva joko tai –ajattelu. Potilaan ja asiakkaan kannalta tämä vaikeuttaa hoidon ja tukipalveluiden ketjun toteutumista. Esille nousi myös huoli siitä, nähdäänkö nykyisillä organisaatiomuutoksilla ja työntekijäresursseilla asiakkaiden ja omaisten todellinen vointi. Lisäksi vastauksista tuli esille huoli työntekijöiden voinnista ja jaksamisesta nykyisissä haastavissa työolosuhteissa.

Keskittämisen ja linjaorganisaation vahvistumisen myötä yhteistyö vähennee ja kilpailu niukoista resursseista voimistuu.

6.3 Omaisnäkökulma palvelujen toimivuudesta

Omaisedustajalla oli kokemuksia lukuisista eri tilanteissa tukea tarjoavista tahoista, kuten sairaala, lääkärit, terapeutti, poliisi, sosiaalitoimi, kolmas sektori, asumispalvelut, kunta ja seurakunta. Lisäksi omaisen kokemuksen mukaan erityisen tärkeään asemaan tuen antajana nousi oma sekä sairastuneen läheisen ystäväverkosto. Omaisen asema mielenterveyskuntoutujan tukipilarina on huomattava. Vastauksesta nousi lisäksi selvästi esille laajan palveluverkoston toimivuuden tärkeys, jotta kuntoutujaa voitaisiin tukea riittävästi ja tehokkaasti.

Tukipalveluista lähempään arviointiin oli valittu terapiapalvelut. Palveluista kokemus oli se, että tapaamisia oli ollut liian vähän. Lisäksi yhteistyö terapeutin kanssa ei ollut toiminut kovin hyvin. Esimerkiksi terapeutin ja kuntoutujan ikäero oli koettu ongelmalliseksi, yhteinen sävel oli puuttunut. Terapeutti ei ollut onnistunut motivoimaan kuntoutujaa toivotulla tavalla. Lisäksi hankala välimatka oli koettu ongelmalliseksi. Omaisen kokemus oli, että resurssipula näkyi terapiapalvelussa. Käytännössä tämä näkyi liian harvajaksoisissa tapaamisissa terapeutin kanssa, tukea ei saanut silloin, kun sitä olisi tarvittu ja toisaalta silloin, kun tapaaminen oli, yhteistyö ei toiminut toivotulla tavalla.

6.4 Neuvottelukunnan toiminta

Omaistoiminnan neuvottelukunnan toiminnan koettiin mahdollistaneen tiedon saannin ja jakamisen monipuolisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kolmannen sektorin ja muiden palvelutarjoajien välillä. Yhteistyössä todettiin olleen mukana monia tahoja, joten myös oman organisaation tunnettavuuden koettiin kasvaneen neuvottelukunnan toiminnan myötä.

Mielestäni on hyvä, että eri toimijoita istuu saman pöydän ääressä. Voimme vaihtaa tietoja ja näin lisätä tunnettavuutta ja tietoutta eri toimijoista Vantaalla.

Olen pitänyt neuvottelukunnan kokouksia hyvänä tiedonsaantikanavana ja jossain määrin verkottumisen apuna.

Toiminnan tavoitteena on ollut pyrkimys aktiiviseen vaikuttamiseen poliittisella tasolla ja ymmärryksen lisääminen eri toimijoiden kesken. Koulutuspäivät ja tapaamiset ovat antaneet jäsenille paljon informaatiota. Keskustelun ja vaikuttamisen todettiin olleen aktiivista. Neuvottelukunnan toiminnan koettiin helpottaneen yhteyksissä oloa uusien tahojen välillä, kun kontaktihenkilö yhteistyökumppaneiden kanssa on ollut kokousten myötä olemassa. Tiedon vaihtamisen kokouksissa ”silmästä silmään” koettiin olleen toimivampaa, kuin vaihtoehtoisesti informaation lukemisen jostain.

Neuvottelukunnassa on ollut monen työntekijän ja omaisen edustus.

Luottamusmiesten edustus on puuttunut. Neuvottelukunta antaa mahdollisuuksia uusille ideoille, mutta keskustelut jäävät helposti neuvottelukunnan sisälle.

Neuvottelukunnassa mukana olemisen koettiin olleen hyödyksi omassa työssä. Tapaamisten kautta tieto on kulkenut osallistujilta organisaatioihin. Neuvottelukunnan toiminnan vaikutus koettiin työntekijätasolla hyväksi. Haasteena koettiin se, että toiminnalla tulisi saada aikaan enemmän käytännön muutoksia. Toistaiseksi tapaamisten todettiin olleen pääasiassa ajatusten ja kuulumisten vaihtoa eri toimijoiden kesken. Erityisesti neuvottelukunnan vaikutusmahdollisuudet, sekä tehtävän ja tavoitteiden selkiyttäminen nousivat vastausten pohjalta kehityshaasteiksi. Eräissä vastauksista kuvattiin kokemusta siitä, että neuvottelukunnan jäsenet ovat osittain mukana viran puolesta, mikä näkyy toiminnassa.

Ei kenenkään intohimo, tehdään viran puolesta, mikä näkyy ulos.

Uhkana toiminnalle on kyllästyminen aikaansaamattomuuteen.

Positiivisena toiminnassa nähtiin myös ammatillisuus, monipuolisuus ja mukana olevien tuoma verkosto.

Osaaminen ja sitoutuminen yhdessä mietittäviin tavoitteisiin.

Tutkimuksen pohjalta jäsenet kaipasivat selkiyttämistä neuvottelukunnan tehtävään: Toimia mielenterveystyön verkostona tavoitteena psyykkisesti sairastuneisiin kohdistuvan ymmärryksen lisääminen paitsi eri toimijoiden välillä, myös kuntalaisten keskuudessa sekä poliittisella tasolla.

Mikä on neuvottelukunnan missio? Mitkä ovat neuvottelukunnan tavoitteet? Miten pääsemme tavoitteeseemme? Olemmeko suunnanneet keskustelua päällämme leijuvaan lamaan? Pitäisikö oikeasti tehdä jotain?

Tärkeää olisi luoda suhteita poliittisiin päätöksentekijöihin ja vahvistaa kytköksiä asiakkaisiin ja kuntalaisiin.

Kolmannen sektorin edustaja verkoston vetäjänä koettiin positiivisena ja sujuvan neuvottelukunnan toiminnan mahdollistajana. Jos kunta ja terveydenhuollon edustaja olisi toiminut neuvottelukunnan vetäjänä, olisi se tehnyt hankalan vastakkainasettelun eri toimijoiden kesken. Näin ollen järjestövetäjä koettiin hyvänä ja puolueettomana. Kolmannen sektorin koettiin myös olleen avain, joka on mahdollistanut neuvottelukunnan toiminnan monialaisen asiakaslähtöisyyden. Lisäksi järjestö sai positiivista palautetta toiminnan, tapaamisten ja tapahtumien hyvästä organisoinnista.

Neuvottelukunta piti katsauksen tekemisen jälkeen alkuvuodesta 2010 ylimääräisen tapaamisen, jonka teemana oli toiminnan kehittäminen. Kehittämishaasteisiin kuului tapaamisten ajankäytön muuttaminen suunnitelmallisemmaksi. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että tapaamisten aiheet kootaan ja suunnitellaan etukäteen ja lähetetään osallistujille. Jokaista tapaamista kohden on pyritty miettimään yksi tai muutama pääaihe. Lisäksi neuvottelukunta pyrkii selkiyttämään tehtäväänsä ja tavoitteitaan vuoden 2010 aikana. Tutkimuksessa mukana olleiden kokemus oli, että jatkossa sähköpostitulvan on neuvottelukuntaan liittyen vähennyttävä. Suuren sähköpostimäärän oli koettu vähentävän viestien, kuten muistioiden, informaatioarvoa erityisesti tilanteissa, jolloin neuvottelukunnan edustaja ei ole ollut paikalla tapaamisessa, jossa läpikäydyistä asioista muistio on tehty.

Katsauksen valmistumisen aikana neuvottelukunta on kasvanut jäsenmäärältään yli 20. Toiminnan parantamiseksi on suunniteltu sisäisten koulutusten järjestämistä. Käytännössä tämä tulee tarkoittamaan ulkopuolisten tahojen kutsumista neuvottelukunnan ta-

paamisiin ja tällä tavoin tunnettavuuden lisäämistä eri toimijoiden kesken entisestään. Eri organisaatioiden edustajien vierailujen tarkoituksena uudet tahot tulevat tutuiksi neuvottelukunnalle ja samalla vierailijat tutustuvat neuvottelukunnan toimintaan. Monialaisena tahona neuvottelukunta on tehokas väylä, jonka kautta tieto kulkee helposti kerralla useille organisaatioille.

Kaikista vastauksista nousi esille jonkinasteinen voimattomuuden tunne ja kyllästymisen toiminnan aikaansaamattomuuteen. Neuvottelukunnan jäsenet kokivat työntekijöiden välisten kontaktien lisäämisen ja toisten organisaatioiden toimintaan tutustumisen entistä laajemmin tärkeänä tehtävänä jatkossa. Yhtenä vaihtoehtona tutustumisen laajentamiselle tuotiin esille tutustumiskäyntien järjestäminen uusiin tahoihin. Tämä toisi myös näkyvyyttä ja korostaisi neuvottelukunnan tehtävää ”sillanrakentajana”. Toistaiseksi jäsenillä on ollut kokemus siitä, että neuvottelukunta on hakenut vielä rooliaan. Vastauksista nousi selkeästi esille konkreettisten asioiden tekemisen tarve ja neuvottelukunnan toiminnan mahdollisuuksien selkiyttäminen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Neuvottelukunnan jäsenten kokemukset kertovat, että mielenterveyskuntoutujille palveluja tarjoavat organisaatiot kokevat laadukkaiden palvelujen turvaamisen nykyisillä resursseilla haastavana. Asiakkaiden ja läheisten kokonaisvaltainen huomiointi ja riittävän tuen turvaaminen on vaarassa jäädä toteutumatta. Katsaus kertoo, että sekä eri tahojen edustajat että mielenterveyskuntoutujien läheiset kokevat toimivampien monialaisten palveluverkostojen rakentamisen ja yhteistyön kehittämisen hyvin tärkeänä. Palvelujen toimivuuden parantaminen edellyttää nykyistä laajempaa sektorirajat ylittävää yhteistyötä. Käytännössä tämä vaatii erityisesti kunnan ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittämistä sekä sosiaali- ja terveystalouden entistä tiiviimpää yhteistyötä. Esille nousi myös se, että nykyisellään palveluja kehitetään ulkoisesti toimivammiksi ja tehokkaammiksi kokonaisuuksiksi, mutta monin paikoin resurssipula heikentää organisaatioiden sisäisen kehittymisen mahdollisuuksia erityisesti julkisen sektorin puolella.

Katsauksessa on kuvattu sektorirajat ylittävää yhteistyötä mielenterveyskuntoutujille suunnatussa työssä. Aikaisemmin tätä aihetta on tutkittu vähän, joten näkökulma on uusi. Toimivaa yhteistyötä tarvitaan, joten jatkossa vastaavanlaista yhteistyötä käsittelevä tutkimus on tarpeen toimivien muutosten aikaansaamiseksi. Mielenterveyspalvelujen tila on muutoksessa sekä hajanainen. Jatkossa tärkeää voisi olla myös laajempi ja tarkempi kuvaus eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä sekä selvitys siitä, missä kohdin yhteistyötä vielä erityisesti tarvitsisi kehittää. Tämä selkiyttäisi tällä hetkellä monin paikoin hajanaista palvelujen tilaa.

Tätä opinnäytetyötä tullaan käyttämään vuoden 2010 aikana koottavassa Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n tekemässä Kuntayhteistyön julkaisussa, jossa tullaan kertomaan järjestön luomasta neuvottelukuntien työtavasta ja miten tämä verkostotyö on onnistunut. Opas tullaan kohdentamaan RAY:n, kuntien ja järjestöjen käyttöön. Lisäksi opinnäytetyö luovutetaan yhteistyötaholle, jota kautta katsaus tulee toimimaan esimerkkinä myös muiden neuvottelukuntien toiminnan kehittämistyössä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Neuvottelukunta koki tutkimuksen aiheen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Eri tahojen yhteinen kokemus oli, että yhteistyössä ja palvelujen kehityksessä on tapahtunut muutoksia toimivampaan suuntaan erityisesti viime aikoina. Organisaatiot tunnistivat asiakkaiden määrän kasvun luoneen positiivista painetta muutosten tekemiselle. Toisaalta moni taho koki nykyisen resursoinnin riittämättömänä vastaamaan nykyisien ja yhä kasvavien asiakasmäärien tarpeisiin. Moni vastaajista oli kokenut sekä taloudellisen tuen että henkilökunnan määrän supistuksia, vaikka asiakaskunnat ovat olleet kasvussa. Vastauksista nousi jonkin verran esille kunnan ja kolmannen sektorin vastakkainasettelu. Esimerkiksi kolmas sektori oli kokenut asiakasmäärien kasvun positiivisena ja uusia mahdollisuuksia luoneena tekijänä. Toisaalta kunnan toimijat olivat monin paikoin joutuneet tiukoille asiakasmäärien kasvaessa samaan aikaan, kun resursseja on tiukennettu.

Kyselyn vastaukset vastasivat yleisesti kuvattua mielenterveyspalvelujen nykytilaa ja toimivamman palveluverkoston rakentamisen tärkeyttä. Toisaalta vastauksista nousivat esille myös toimijoiden nykytilanteeseen liittyvä todellisuudentaju ja resurssipulan aiheuttama kehittämistyön rajallisuus. Periaatteessa lääkkeitä muutoksiin ovat olemassa, mutta resurssit eivät riitä parannusten toteuttamiseen.

Omaisat tukevat ja huolehtivat sairastuneesta läheisestä monin tavoin. Näihin huolenpito-tehtäviin kuuluvat arkiaskareissa auttaminen tai puolesta tekeminen, sairastuneen valvominen siltä varalta, että läheinen toimisi itselleen tai muille vahingollisella tavalla, yleinen huolehtiminen läheisen terveydentilasta, toimeentulosta ja tulevaisuudesta sekä sairastuneen ja omaisen lähipiirissä usein syntyvien vuorovaikutustilanteiden ristiriitojen selvittely. Aikaisempien tutkimusten mukaan noin 60 % omaisista kokee läheisen sairauden aiheuttamasta tilanteesta johtuen psyykkistä kuormittuneisuutta. (Nyman & Stengård 2001, 18.)

Omaisjäsenen vastauksesta kävi ilmi omaisten ja läheisten huomioimisen tärkeys mielenterveystyössä. Psykkisesti sairastuneen omaisille tarjottava tuki on hyvin tärkeää.

Sosiaalisilla verkostoilla, järjestöillä sekä hoito- ja kuntoutusjärjestelmillä on vastuu selviytymiskeinojen ja voimavarojen etsimisessä omaisten tukemiseksi (Nyman & Stengård 2001, 91.)

Neuvottelukunnan toiminta näytti parantaneen yhteistyön toimivuutta ja lisänneen tunnettavuutta neuvottelukunnan jäsenten ja heidän edustamiensa tahojen välillä. Erityisesti jäsenet kokivat hyötynensä neuvottelukunnan työskentelyn kautta kasvaneesta tiedosta yksilötasolla. Tärkeäksi todettiin jatkossa neuvottelukunnan toiminnan kehittäminen organisoidummaksi sekä vaikutusvallan lisääminen. Tutkimuksen pohjalta neuvottelukunnan toiminnassa onkin tapahtunut käytännön muutoksia. Esimerkiksi tapaamisten aiheet ja käsiteltävät asiat on alettu suunnitella etukäteen, koska jäsenet kokivat, että toiminnan on tärkeää olla muutakin, kuin kuulumisten vaihtoa eri toimijoiden välillä. Lisäksi neuvottelukunta on ottanut tavoitteekseen vaikuttavuuden ja näkyvyyden lisäämisen.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy erityisesti kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Tutkimustulosten tulee vastata todellista vallitsevaa tilaa, tässä tapauksessa esimerkiksi ammattilaisten kokemuksia ja yleisesti todettua faktaa resurssipulasta. Objektiivisuus puolestaan liittyy havaintojen puolueettomuuteen ja luotettavuuteen. Kysymys on siitä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään tiedonantajaa vai tekeekö hän tulkintoja oman viitekehyksensä kautta ja jos tekee, niin kuinka paljon tämä viitekehys vaikuttaa siihen, mitä tuloksissa on huomioitu ja mitä ei. Luotettavuuden arviointiin vaikuttavat esimerkiksi tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset valittuun aiheeseen, aineistonkeruumenetelmät ja analysointi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 131–133, 135, 188.)

Sähköpostikyselyitä lähetettiin 15 ja vastauksia saatiin 6. Lisäksi aineistoa kerättiin joulukuun tapaamisen keskustelusta, jonka osallistujamäärä oli suurempi, kun kyselyyn vastanneiden määrä. Omaisjäsenen vastaus oli yksittäinen, mutta tärkeä ja vastasi ammattinäkökulmista annettujen vastausten kuvaamaa todellisuutta. Jos vastauksia olisi saatu enemmän, tulosten näkökulma olisi ollut laajempi ja siten luotettavampi koko-

naiskuva neuvottelukunnan toiminnasta ja toimijoiden kokemuksista yhteistyön sujuvuudesta ja palvelujen toimivuudesta. Toisaalta vastaukset olivat hyvin yhteneviä ja toisiaan täydentäviä, joten tulokset eivät todennäköisesti olisi kovin erilaiset, vaikka vastauksia olisi saatu enemmän. Vastaukset vastasivat hyvin yhteiskunnallisella tasolla kuvattua mielenterveyskuntoutujille tarjolla olevien palvelujen nykytilaa.

Menetelmänä sähköpostikysely ei ollut ehkä paras mahdollinen. Vaihtoehtoisesti esimerkiksi ryhmähaastattelulla olisi saanut varmasti enemmän informaatiota. Sähköpostikysely vaikutti todennäköisesti vastausten määrään. Katsauksen vastauksissa näkyi neuvottelukunnan jäsenten väsyminen sähköpostitulvaan. Katsauksen toteuttaminen tässä muodossa vähensi mahdollisesti vastaajien mielenkiintoa, vaikka aihe koettiin hyvin tärkeänä ja ajankohtaisena. Vastaajilta tuli jonkin verran palautetta myös siitä, että SWOT-analyysin käyttö vaikeutti vastaamista. Toisaalta Heurekassa pidetty tapaaminen ja siellä käyty keskustelu kertoivat neuvottelukunnan jäsenten mielenkiinnosta aihetta kohtaan. Keskustelu oli vilkasta ja mahdollisti selvennysten tekemisen katsauksen tekijän ja kyselyyn vastanneiden välillä. Kyselyyn vastanneiden määrää suurempi osallistujamäärä kertoi siitä, että neuvottelukunnan jäsenet kokivat tapaamisen mielenkiintoisempana, kuin kyselyyn vastaamisen.

Opinnäytetyön tekijällä oli neuvottelukunnan kokouksiin osallistumisen pohjalta melko tarkka kuva siitä, millaisia asioita vastaukset tulevat kuvaamaan. Tämä on saattanut vaikuttaa jonkin verran tutkimuksen analysointivaiheessa aineistosta noussutta näkökulmaa kapeuttavasti. Tutkimustulosten analysointi tapahtui muutaman kuukauden aikana, mutta tutkimuksen työstäminen valmiiksi tapahtui muutamassa viikossa, mikä on vaikuttanut lopputuloksen laatuun ja siten tutkimuksen luotettavuuteen. Analysoitava aineisto oli laajuudeltaan melko pieni ja rakenteeltaan aika selkeä. Vastaukset ja yhteenvedot olivat yhteneväisiä, joten katsauksen kannalta esille nostettavat tärkeät asiat oli melko helppo löytää ja eritellä.

Aineiston sisältöön on saattanut vaikuttaa se, että neuvottelukunnan jäsenet ovat keskustelleet katsauksessa käsitellyistä aiheista tapaamisissa ja eri toimijoiden tilanteeseen liittyen kaikilla jäsenillä on todennäköisesti ollut melko yhteneväinen linja jo ennen katsaukseen osallistumista. Neuvottelukunnan jäsenet paitsi tuntevat eri organisaatioiden edustajien tilanteet, ovat lisäksi muodostaneet neuvottelukunnan sisällä yhteisen

käsityksen palvelujen tilasta. Tällä on saattanut olla vaikutusta siihen, miksi vastaukset olivat niin samansuuntaisia. Toisaalta itse neuvottelukunnan toiminnasta ja sen kehittämishaasteista ei oltu keskusteltu juurikaan ennen katsauksen tekemistä. Tämä on todennäköisesti vaikuttanut siihen, että neuvottelukunta on lähtenyt kehittämään toimintaansa aktiivisesti katsaukseen osallistumisen jälkeen.

8.3 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyys liittyy tutkimusaiheiden valintaan ja siihen, mitä pidetään tärkeänä. Laajemmin se voi liittyä myös tutkimukseen osallistuvien informoimiseen, aineiston keräämiseen ja analysointiin. Yhtenä tärkeänä osana on usein tutkimukseen osallistuvien antamien tietojen käsitteleminen luottamuksellisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 125.) Mielenterveyskuntoutujille suunnatussa työssä tärkeimpänä eettisenä kysymyksenä voi pitää asiakkaiden arvokasta kohtaamista. Moni psyykkisesti sairastunut on kokenut joskus tulleen kohdelluksi vähempiarvoisena sairautensa vuoksi.

Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ajatteluun ja kokemukseen vallitsevasta ympäristöstä. Usein psyykkisesti sairaan on tavallista vaikeampi tehdä esimerkiksi omaa terveyttä koskevia päätöksiä. Mielenterveystyö on alue, johon liittyy paljon eettisiä ongelmia. On melko yleistä, että hoitavan tahon ja potilaan välille syntyy ristiriitatilanteita siitä, mikä on potilaalle tai asiakkaalle hyväksi. Arkisista toimista selviytyminen on usein vaikeutunut mielenterveyspotilailla ahdistuksen, pelkojen tai masennuksen vuoksi. (Välimäki 2004, 215–216.) Tämä vaatii yhteistyötaholta erityistä herkkyyttä asiakkaan kohtaamisessa. Lisäksi asiakkaat tuntevat nykyään oikeutensa entistä paremmin ja osaavat vaatia hoidolta ja palveluilta tasokkuutta (Mattila 2002, 39).

Mielenterveyshäiriöiden luonteeseen kuuluu se, että ne vaikuttavat sairastuneeseen kokonaisvaltaisesti esimerkiksi vaikuttamalla toimintakykyyn. Lisäksi psyykkiset sairaudet aiheuttavat edelleen kielteisiä asenteita. Myös hoitavalla henkilökunnalla voi olla kielteisiä asenteita mielenterveyshäiriöistä kärsiviä kohtaan. Tämä voi aiheuttaa ongelmia hoitotyöhön. (Välimäki 2004, 219.) Hoitavien tahojen tulisi toimia esimerkkinä yhteiskunnalle kielteisten asenteiden vastaisessa työssä. Omat asenteet eivät myöskään saisi näkyä hoitotyössä, eivätkä vaikuttaa potilaaseen suhtautumiseen. Tutkimuksessa

käsiteltiin eettisesti hankalia kysymyksiä tilanteessa, jossa moni toimija kokee olevansa voimaton. Toisaalta tämä kertoi vastaajien kantavan ammattiensa puolesta eettistä vastuuta asiakkaistaan.

Kuntoutukseen kuuluu eettisen ohjauksen käsite, jolla tarkoitetaan sitä, että mielenterveyskuntoutujille on erityisen tärkeää työntekijän aidon läsnäolon aistiminen (Mattila 2002, 156–157). Tähän työntekijän ja kuntoutujan väliseen vastavuoroisuuteen liittyy arvostuksen ja luottamuksen rakentaminen (Mattila-Aalto 2009, 195). Katsauksen tulokset näyttivät, että monen organisaation työntekijä koki työn laadun ja asiakaslähtöisyyden kärsivän nykyisillä resursseilla.

Moniammatillinen ja useiden palvelutarjoajien välinen yhteistyö voi myös tuoda esille eettisiä ongelmia, jos eri ammatedustajien näkökulmat eroavat toisistaan. Tämä saattaa tehdä vastakkainasetteluja ja vaikeuttaa toimivan palvelukokonaisuuden luomista. (Välimäki 2004, 220.) Katsauksessa moni palvelutarjoaja koki toimineensa jo jonkin aikaa resurssien ääri rajoilla. Vastauksista nousi esille myös kokemus omasta riittämättömydestä ammatedustajana ja tukea tarvitsevan auttajana. Esimerkkinä tästä oli kokemus, ettei lain mukaisia vaatimuksia ole välillä kyetty resurssipulan vuoksi toteuttamaan. Kun henkilökunta joutuu toimimaan omien periaatteiden vastaisesti ja henkilökunnan arvot ovat ristiriidassa organisaation arvojen kanssa, muodostuu eettinen ongelma (Välimäki 2004, 221).

8.4 Prosessin arviointia

Opinnäytetyön aihe oli henkilökohtaisesti kiinnostava ja hyvin ajankohtainen. Prosessin aikana ja erityisesti alussa toimiva yhteistyö Omaiset mielenterveyden tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n edustajan Eija Suomisen kanssa auttoi aiheen rajaamisessa ja eteenpäin työstämisessä paljon. Sähköpostikyselyt lähetettiin kahdesti vastausmäärän lisäämiseksi, mutta toisaalta Heurekaassa pidetty tapaaminen ja siellä käyty keskustelu täydensivät tutkimusaineistoon sen, mikä jäi kyselyn vastauksista ehkä puuttumaan. Tutkimusaineiston analysointiin käytetty aika, muutama kuukausi oli riittävä, mutta työ tehtiin loppuun käytännössä vajaassa kuukaudessa. Tutkimusprosessin olisi voinut aika- tauluttaa paremmin.

Olen ehtinyt toimia sairaanhoitajan tehtävissä psykiatrian puolella jo jonkin verran ja tälle alueelle olen myös toistaiseksi jäämässä valmistuessani. Opinnäytetyön tekoprosessi näytti mielenterveys- ja kuntoutustyöstä vilauksen niiden koko laajuudesta, minkä uskon olevan hyödyksi työelämässä. Toisaalta tutkimus on myös ajantasainen kuvaus palvelutarjoajien nykytilasta ja asioista, joihin tarvittaisiin kehitystä hyvin pian. Mielenterveyskuntoutuksessa ammatinedustajien tehtävänä ja haasteena on nähdä ja kohdata asiakkaan tai potilaan takana oleva ihminen. Kuntoutujan ja läheisten toive on myös tulla kohdelluksi ihmisenä. Tutkimus osoitti, että palvelutarjoajilla olisi halu toimia asiakkaiden persoonaa ja yksilöllisyyttä kunnioittaen, mutta monin paikoin se on nykyisillä resursseilla hyvin vaikeaa tai mahdotonta. Positiivista on kuitenkin se, että kehitystä tapahtuu koko ajan ja on ammattilaisia, ihmisiä ihmisille, jotka ovat motivoituneita toimimaan tämän muutoksen puolesta.

LÄHTEET

- Aronkytä, Timo; Appelberg, Björn; Solantaus, Juhani; Pesonen, Maritta; Vuorilehto, Maria & Kuosmanen, Lauri 2008. Vantaalaisen hyvä mieli. Vantaan kaupungin ja HYKS-sairaanhoidoalueen kehittämisojelma 2008–2010. Vantaan kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi. 4/2008
- Entersol Oy. 2010. SWOT-analyysi. Viitattu 1.3.2010. <http://www.qualitas-forum.fi>.
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.
- Eskola, Jarkko 2007. Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa Jarkko Eskola & Antti Karila. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita, 14–44.
- Kansanterveislaki 28.1.1972/66.
- Kilkku, Nina 2004. Mielenterveyspalvelujen tarpeen arviointi. Teoksessa: Taina Mäntyranta; Outi Elonheimo, Jukka Mattila & Juha Viitala (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim, 219–223.
- Laamanen, Elina; Ala-Kauhaluoma, Mika & Nouko-Juvonen, Susanna. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin projektiyhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.
- Lehto, Juhani 2004. Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve. Teoksessa: Taina Mäntyranta; Outi Elonheimo; Jukka Mattila & Juha Viitala (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim. 24–26.
- Liukko, Matti & Luukkonen, Aino-Maija 2004. Kunnan vastuu terveyspalvelujen järjestäjänä. Teoksessa: Taina Mäntyranta; Outi Elonheimo; Jukka Mattila & Juha Viitala (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim. 35–38.
- Mattila-Aalto, Minna 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. (Viitattu 29.3.2010.)
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/50629/kuntoutu.pdf?sequence=1>

- Mattila, Eija 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukotikehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja. (Viitattu 28.3.2010.)
<https://oa.doria.fi/handle/10024/3583>.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Mäkitalo, Juha 2000. Psykiatrinen terveystalvorganisaatio. Teoksessa Maritta Välimäki; Arja Holopainen & Maija Jokinen (toim.) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 77–84.
- Mäntyranta, Taina; Elonheimo, Outi; Mattila, Jukka & Viitala, Juha 2004. Terveystalvvelujen suunnittelukompassi. Teoksessa Taina Mäntyranta; Outi Elonheimo; Jukka Mattila & Juha Viitala (toim.) Terveystalvvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim. 18–23.
- Niskanen, Vesa A. 2008. Kohti tutkivaa työtapaa. (Viitattu 17.3.2010.)
http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotutapa_niskanen08.pdf
- Nyman, Markku & Stengård, Eija 2001. Mielenterveystalvtilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija 2005. Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001-2004. Helsinki. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Viitattu 15.12.2009.
<http://www.otu.fi>.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Suominen, Eija 2009. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n aluevastaava. Haastattelu, Helsinki 28.1.2009.
- Teperi, Juha 2005. Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa Juha Teperi; Mikko Kautto & Matti Heikkilä. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 60–91.
- Toivio, Timo & Nordling, Esa 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Vantaan kaupunki 2009. Mielenterveys- ja päihdetyötä koordinoiva yksikkö, hankesuunnitelma. Teksti tekijän hallussa.
- Vantaan kaupunki 2010. Sateenvarjoprojekti. Viitattu 23.3.2010.
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?
- Vuorilehto, Maria & Kuosmanen, Lauri 2007. Sateenvarjoprojekti 2005–2007.

Väliraportti. Teksti tekijän hallussa.

Välimäki, Maritta 2000. Muutokset psykiatrisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Teoksessa Maritta Välimäki; Arja Holopainen & Maija Jokinen (toim.)

Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva. WSOY, 70–76.

Välimäki, Maritta 2004. Eettiset kysymykset mielenterveystyössä. Teoksessa Helena

Leino-Kilpi & Maritta Välimäki. Etiikka hoitotyössä. Porvoo. WSOY,

215–226.

LIITE 1.

Saatekirje

17.10.2009

Hyvä vastaanottaja

Opiskelen sairaanhoitajaksi Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingissä. Valmistun kesäkuussa 2010. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa mielenterveyskuntoutujille sekä muille apua ja tukea tarvitseville tarjolla olevien palvelujen tilaa, sekä yhteistyön toimivuutta eri organisaatioiden välillä Vantaalla. Työtäni ohjaavat opettajat Anneli Laavi ja Kirsti Nieminen sekä yhteistyökumppanina Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:stä Eija Suominen.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut elävät murrosaikaa. Palveluja on hajautettu ja siirretty avohoidon puolelle. Samaan aikaan, kun palvelujen tarve kasvaa, varoja vähennetään. Vantaan neuvottelukunnan tehtävänä on ollut koota yhteistyöhön eri palvelutuottajia omalla alueellaan. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää organisaatioiden kokemuksia yhteistyöstä sekä miten neuvottelukunnan toiminta on tähän asti sujunut ja mitä voisi vielä parantaa. Vastausten perusteella tullaan saamaan hyvä kuva siitä, miten palvelut Vantaalla neuvottelukunnan näkökulmasta voivat. Kaikki vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Vastauksien kokoamisen jälkeen pidetään 14.12. Heurekassa klo 12-14. tapaaminen, jonne kaikki vastanneet ovat tervetulleita. Tapaamisessa esitellen tulokset ja vastaajilla on mahdollisuus keskustella kyselyn herättämistä ajatuksista. Heurekassa tarjotaan myös lounas joten paikan päälle voi tulla klo 11.30. lähtien.

Toivon saavani vastaukset sähköpostiini 13.11. mennessä. Vastauksenne voitte kirjoittaa suoraan lomakkeen kysymysten alle.

Yhteistyöstänne kiittäen:

Jenni Kuitunen

jenni.kuitunen@student.diak.fi.

LIITE 2.

Kyselylomake organisaatioiden työntekijöille

1. Mikä on työyhteisönne, sekä toimenkuvanne siellä? Kertokaa lisäksi tarjoamienne palvelujen kohderyhmä tai kohderyhmät.
2. Kuvailkaa oman toimenkuvanne kautta työpaikkanne kohderyhmälle tarjoamianne palvelumuotoja. Arvioikaa näiden palvelumuotojen vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia.
3. Kertokaa, minkä tahojen kanssa toimitte yhteistyössä oman työnkuvanne kautta? Arvioikaa yhteistyön toimivuutta, sen vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia.
4. Arvioikaa kohderyhmällemme tarjottavien palvelujen kattavuutta ja toimivuutta, vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia oman kuntakeskukseenne alueella.
5. Kertokaa oman toimenkuvanne näkökulmasta Vantaan neuvottelukunnan yhteistyötoiminnasta organisaatioiden välillä. Mitä neuvottelukunta on toiminnallaan saanut aikaan? Huomioikaa lisäksi vastauksessanne:
 - Arvio siitä, miten neuvottelukunnan työmuodot tukevat tätä yhteistyötä.
 - Oletteko kokeneet ajankäytön neuvottelukunnan kokouksissa ja muussa toiminnassa palvelevan neuvottelukunnan toimintaideaa?
 - Miten olette kokeneet keskustelun muista organisaatioista tulevien kanssa palvelevan neuvottelukunnan toiminta-ajatusta?

Arvioikaa neuvottelukunnan toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia.

6. Vapaa sana. Jos mielessänne on vielä jotain, minkä haluatte huomioitavan tutkimuksessa Vantaan tilanteesta, tai neuvottelukunnan toiminnasta, voitte kirjoittaa tähän loppuksi.

Kiitos vastauksestanne!

LIITE 3.

Kyselylomake omaisjäsenelle

1. Kertokaa, minkä tahojen kanssa olette olleet tekemisissä mielenterveyskuntoutujan läheisenä.
2. Kertokaa, millaisia palveluja mainitsemanne toimijat ovat tarjonneet.
3. Arvioikaa näiden palvelujen toimintaa asiakkaan avun saannin näkökulmasta.
 - A.) Vahvuuksia ja heikkouksia
 - B.) Mahdollisuuksia ja uhkia
4. Kertokaa omasta näkökulmastanne Vantaan neuvottelukunnan yhteistyötoiminnasta organisaatioiden välillä. Mitä neuvottelukunta on toiminnallaan saanut aikaan? Huomioikaa lisäksi vastauksessanne:
 - Arvio siitä, miten neuvottelukunnan työmuodot tukevat tätä yhteistyötä.
 - Oletteko kokeneet ajankäytön neuvottelukunnan kokouksissa ja muussa toiminnassa palvelevan neuvottelukunnan toimintaideaa?
 - Miten olette kokeneet keskustelun muista organisaatioista tulevien kanssa palvelevan neuvottelukunnan toiminta-ajatusta?
5. Arvioikaa sitä, miten neuvottelukunnan eri työmuodot tukevat organisaatioiden välistä yhteistyötä ja neuvottelukunnan toiminta-ajatusta yhteistyön parantamisesta?
7. Arvioikaa neuvottelukunnan toiminnan:
 - A.) Vahvuuksia ja heikkouksia
 - B.) Mahdollisuuksia ja uhkia.
8. Vapaa sana. Jos mielessänne on vielä jotain, minkä haluatte huomioitavan tutkimuksessa Vantaan tilanteesta, tai neuvottelukunnan toiminnasta, voitte kirjoittaa tähän loppuksi.

Kiitos vastauksestanne!