

Asiakaslähtöisyys

**vakavaa mielen sairautta sairastavien
nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla**

Etnometodologinen tapaustutkimus



**KIRSI GÜNTHER • SUVI RAITAKARI • KIRSI JUHILA •
SIRPA SAARIO • RIINA KAARTAMO • ANNA KULMALA**

Asiakaslähtöisyys

**vakavaa mielen sairautta sairastavien
nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla**

Etnometodologinen tapaustutkimus

**KIRSI GÜNTHER
SUVI RAITAKARI
KIRSI JUHILA
SIRPA SAARIO
RIINA KAARTAMO
ANNA KULMALA**



© Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry
ja kirjoittajat



Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry
Motarinkuja 2 A, 33800 Tampere
Sähköposti: toimisto@muotiala.fi
Internet: www.muotiala.fi



Graafinen suunnittelu ja toteutus
Marita Alanko

Kansi
Marita Alanko

ISSN 1798-5226
ISBN 978-952-67527-1-6

Tampere 2013

Sisällys

Esipuhe	5
OSA I TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
1 Johdanto	9
2 Psykoositasoista mielen sairautta sairastavat nuoret aikuiset ja eriarvoisuus	13
3 Etnometodologinen tapaustutkimus	16
3.1 Tutkimuksen taustaoletukset	16
3.2 Tapaustutkimuksen aineistot ja niiden kokoaminen	21
OSA II KUNTOOUTUSKURSSIN KUVAUS	25
4 Kuntoutuskurssi prosessina	27
4.1 Kurssi suunnitelmissa	27
4.2 Kurssi numeroina	29
4.3 Kurssi tilana ja paikkana	30
4.4 Kurssin rakenne ja käytännöt	33
4.5 Kurssin arviointitoiminta	39
4.6 Kurssi yhteistyön tekemisen paikkana	43
4.7 Kurssien muutokset	46
4.8 Kurssin hyödyt ja merkittävyys	49
OSA III: ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ARJEN KÄYTÄNNÖT	53
5 Kurssilaisten palveluverkostot ja kuntoutuspolut	55
5.1 Palveluverkostot kurssilaisten kuvaamina	56
5.2 Kurssilaisten kuntoutuspolut	64
5.3 Moninaiset verkostot, polut ja asiakaslähtöisyys	70

6	Tietodiskurssit ja ymmärrys asiakkaan toimijuudesta	73
6.1	Tietodiskurssit ja kuntoutuspolut	74
6.2	Arviointitieto välineenä kuntoutuksen hallinnassa	75
6.3	Tieto itsehoidon välineenä	78
6.4	Rajattu kokemustieto osana kuntoutusta	81
6.5	Tietodiskurssien asiakaslähtöisyys	85
7	Rajatyö kuntoutuspolun siirtymäkohdissa	88
7.1	Rajatyö asiantuntijuuden määrittämisessä	89
7.2	Rajatyö siirtymien pulmakohdissa	90
7.3	Rajatyö siirtymäneuvotteluissa	93
7.4	Rajatyö ja asiakaslähtöisyys	95
8	Kurssilla kirjattujen loppulausuntojen äänet	97
8.1	Loppulausunnon kirjoittaminen	98
8.2	Moniääniset loppulausunnot	99
8.3	Loppulausuntojen äänet ja asiakaslähtöisyys	103
9	Moninaiset palveluvalinnat ja asiakkaan rooli	105
9.1	Valintojen tekeminen	105
9.2	Valinnan tekeminen verkostopalavereissa	106
9.3	Valintatilanteet ja asiakaslähtöisyys	112
10	Asiakkaan osallisuus: vahva ja rajoitettu toimijuus	115
10.1	Osallisuuden komponentit ja jana	116
10.2	Asiakkaan vahva ja rajoitettu toimijuus	117
10.3	Osallisuus ja asiakaslähtöisyys	122
	OSA IV ASIAKASLÄHTÖISYYS KOKONAISVALTAISENA TYÖORIENTAATIONA JA SEN TUTKIMINEN	125
11	Asiakaslähtöisyys haastaa työkäytäntöjä monella tasolla	127
12	Tutkimus osallistuu ajankohtaiseen kehittämistyöhön ja keskusteluun	130
13	Tutkimuksen onnistumisen ja siirrettävyyden arviointia	135
	Kirjallisuus	138

Esipuhe

Tutkimusprojekti ”TÄSMÄ-toimintamallin asiakaslähtöisyys skitsofreniaa sairastavan näkökulmasta” (2010–2012), johon tämä raportti perustuu, oli osa Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskuksen (Tekes) ”Innovaatiot sosiaali- ja terveystaloudessa” -ohjelmaa. Tutkimusprojektin rahoittivat yhteistoiminnallisesti Tekes ja Tampereen yliopisto. Projektin ollessa käynnissä saimme Suomen Akatemialta hankerahoituksen tutkimukselle ”Asiakkaiden ja työntekijöiden vastuullistaminen mielenterveystyön käytännöissä” (2011–2015). Uudessa hankkeessa jatkamme kuntoutuskurssin käytäntöjen tutkimista asiakaslähtöisyyden näkökulmasta samalla kun laajennamme tutkimuskenttää muihin mielenterveyskuntoutuksen organisaatioihin ja teemme vertailua suomalaisten ja englantilaisten käytäntöjen välillä. Haluamme lämpimästi kiittää kaikkia mainittuja organisaatioita tutkimuksen resursoinnista. Tutkimusprojekteista on syntynyt ja syntyy tämän raportin jälkeenkin muita julkaisuja. Näistä löytyy lisätietoa projektien kotisivuilta:

http://www.uta.fi/yky/sty/tutkimus/kaytannot_ ja_vuorovaikutus/projektit.html

Tutkimuksen tekeminen on yhteistyötä, eikä tämäkään raportti olisi syntynyt ilman monien ihmisten mukanaoloa, heidän aikaansa ja ideoitaan. Haluamme kiittää Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:tä pitkäaikaisesta ja innostavasta tutkimusyhteistyöstä. Kiitos kuuluu myös aktiiviselle tutkimuksen johtoryhmälle, johon kuuluivat Soile Kaarela (toiminnanjohtaja, Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry), Eija Kouhia (suunnittelija, Tampereen kaupungin tilaajaryhmä), Anna Kulmala (kuntoutussuunnittelija ja tutkimushankkeen tutkija, Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry), Olli-Pekka Mehtonen (ylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri), Eeva Mustonen (sosiaalityöntekijä, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri), Esa Nordling (kehittämispäällikkö, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos), Hannu Pälviranta (kokemusasiantuntija, Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry) ja Satu Tiitinen (vastaava ohjaaja, Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry). Erityisesti haluamme kiittää Hannu Pälvirantaa ja Eija Kouhssia tutkimusraporttiin paneutumisesta ja arvokkaista keskusteluista. Kiitos kuuluu myös teknologia-asiantuntija Petteri Jääskeläiselle (Tekes), joka opasti hankkeen muodollisessa toteuttamisessa useaan otteeseen ja antoi tärkeää sisällöllistä palautetta osallistuessaan johtoryhmän kokoukseen.

Tutkimusprojektin aikana olemme sukeltaneet syvälle kuntoutuskurssin ja sitä ympäröivän palvelujärjestelmän maailmaan. Ilman tämän maailman toimijoita ja heidän panostaan tutkimus olisi jäänyt tekemättä, sillä asiakaslähtöisyyden käytäntöjä ei voi tutkia ilman kiinteää yhteyttä asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksiin ja keskinäisiin kohtaamisiin. Kuntoutuskurssin toteuttajat ja sitä lähellä olevia toimijat – kurssilaiset, kurssin työntekijät ja kurssin yhteistyökumppanit palvelujärjestelmän moninaisissa organisaatioissa – ovat tehneet tämän tutkimuksen mahdolliseksi. Suurkiitos siitä, että avasitte tutkimukselle omaa työtänne, elämäännne ja palvelujärjestelmäkokemuksianne.

Hämeenlinnassa ja Tampereella joulukuussa 2012

Projektin tutkijat

Kirsi Günther, Kirsi Juhila, Riina Kaartamo, Anna Kulmala,
Suvi Raitakari ja Sirpa Saario

OSA I

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

1 Johdanto

Tämä julkaisu kokoaa yhteen tutkimusta, jota tehtiin kahden vuoden ajan (1.8.2010–31.7.2012) nuorille, vakavaa mielen sairautta sairastaville aikuisille suunnatuilla kuntoutuskursseilla. Kuntoutuskurssit (yhteensä 8), toteutettiin määräaikaisella Raha-automaattiyhdistyksen projektirahoituksella vuosina 2009–2012.

Kuntoutuskurssia, sen sisältöä ja tavoitteita, kuvaa esitteessä käytetty erittely. Kuntoutuskurssi on:

- *Suunnattu skitsofreniaa sairastaville (18–30 v.)*
- *Toiminta- ja kuntoutumismahdollisuuksien arviointia*
- *Suunnitelmallisen kuntoutusohjauksen kehittämistä*
- *Uusien yhteistyömallien luomista*

Kyseessä oli kolmannen sektorin ja julkisen sektorin yhteistyönä syntynyt kolmen kuukauden avohoidollinen kuntoutuskurssi 18–30-vuotiaille vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastaville nuorille aikuisille. Kurssin kohderyhmänä olivat nuoret aikuiset, joiden kohdalla oli tarpeen arvioida ja miettiä tarkoituksenmukaista kuntoutusmuotoa. Kuntoutuskurssi toimi eräänlaisena pysähdyspaikkana henkilöille, joilla oli melko lyhyt sairastamishistoria. Kurssille saattoi tulla esimerkiksi omasta kodista, vanhempien luota, tukiasumisesta, kuntoutuskodista tai sairaalasta.

Kurssi oli intensiivinen jakso, jossa yhdistettiin kuntoutuksen ja arvioinnin menetelmiä. Kurssilaisten kanssa työskenteli kuusi sosiaali- ja terveysalan ammattilaista. Kurssilla paneuduttiin avohoidolliseen kuntoutukseen ja pyrittiin näin vähentämään erikoissairaالاتasoisen hoidon tarvetta ja mahdollistamaan osallistujille mahdollisimman hyvä elämä vakavasta sairaudesta huolimatta. Tavoitteena oli kehittää suunnitelmallista eri sektoreiden ja organisaatioiden yhteistyöhön perustuvaa toimintamallia nuorten vakavaa mielen sairautta sairastavien kuntoutukseen.

Kuntoutuskurssi syntyi pyrkimyksestä vastata muuttuvan palvelujärjestelmän haasteisiin. Muuttuvaan palvelujärjestelmään liitetään seuraavankaltaisia trendejä: a) liikutaan laitospainotteisuudesta avohuoltoon, b) siirrytään vahvasta julkisesta sektorista sosiaali- ja terveysalan toimijoiden verkostoon ja kumppanuuteen eli monitoimijamalliin, c) korostetaan asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan omaa asiantuntijuutta, osallisuutta, valintaa ja yksilöllistä toipumisprosessia, d) pyritään jäykistä rakenteista

joustaviin asiakaspolkuihin ja palvelupakettien räätälöintiin. Kurssi edustaa tapausesimerkkiä muuttuvasta palvelujärjestelmästä ja uudenaikaisesta mielenterveyskuntoutuksesta. Sen tavoitteista on luettavissa pyrkimys vastata mielenterveyskuntoutuksen toimintaympäristöön ja toteuttamiseen liittyviin ongelmiin ja muutoksiin.

Kun lähdimme suunnittelemaan tutkimusta kuntoutuskurssista, asetimme työlemme **neljä tavoitetta**, jotka kaikki kytkeytyvät asiakaslähtöisyyden tematiikkaan. Ensinnäkin tavoitteenamme oli arvioida asiakkaan asemaa. Miten skitsofreniaa sairastava tulee nähdä ja kuulla oman kuntoutuksensa asiantuntijana? Toiseksi halusimme tavoittaa sitä, millaisia uudentapaisia toimintatapoja tarvitaan, jotta skitsofreniaa sairastavat saisivat vahvemman asiantuntijan roolin omassa kuntoutumisessaan. Kolmas tavoite oli tuottaa suuntaviivoja asiakaslähtöisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämiseksi muuttuvassa toimintaympäristössä. Neljänneksi suunnitelimme mallintavamme syntyneitä asiakaslähtöisiä yhteistyökäytäntöjä. **Asiakaslähtöisyydellä** tarkoitimme työskentelyotetta, jossa asiakkaan oma tilanne ja asiantuntijuus otetaan kuntoutuksen lähtökohdaksi. Kaiken kaikkiaan ajattelimme, että tutkimus voisi omalta osaltaan lisätä ymmärrystä mielenterveyden häiriöiden edellyttämästä kuntoutuksesta. Siihen nähden, kuinka merkittävästä kansanterveydellisestä ja -taloudellisesta haasteesta on kyse, puhutaan mielenterveyskuntoutuksesta julkisuudessa vähän ja siihen suunnattavat resurssit ovat usein riittämättömät.

Tutkimussuunnitelmassa lähdimme siitä, että emme pyri arvioimaan kuntoutuskurssia toteutusta tai toimivuutta kokonaisuutena vaan keskityimme siihen, **mitä asiakaslähtöisyys on, kuinka se toteutuu ja mitä hyötyä asiakkaalle on yli sektorirajojen tehtävästä yhteistyöstä**. Asiakaslähtöisyys säilyikin tutkimuksemme keskiössä, mutta tutkimuksen kuluessa se alkoi näyttää yhä monitahoisemmalta ja -mutkaisemmalta ilmiöltä. Sen todentumista voidaan tarkastella eri tasoilla: asiakkaiden omina kokemuksina, asiakas-ammattilaiskohtaamisissa, ammattilaisten työkäytännöissä ja ammattillisuuden elementtinä sekä palvelujärjestelmän toimivuutena ja responsiivisuutena. Asiakaslähtöisyys on sekä pieniä tekoja vuorovaikutuksessa että koko palvelujärjestelmän kykyä osallistaa asiakas päätöksentekoon omassa asiassaan ja laajemmin palveluiden kehittämiseen. Se on myös saumattomien, tarpeenmukaisten, yksilöllisten palvelu- ja kuntoutuspolkujen räätälöintiä. (Ks. Helén 2011.) Tämä monitahoisuus tekee asiakaslähtöisyyden tutkimuksesta ja mallintamisesta mutkikkaan tehtävän. Tässä tutkimusraportissa asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan asiakkaiden kokemusten, ammattilaisten ymmärryksen, asiakas-ammattilaiskohtaamisten ja kuntoutuspolkujen kautta. Raportin johtopäätöksissä palaamme vielä arvioimaan, miten kykenimme tutkimuksen alussa asettamiimme tavoitteisiin vastaamaan.

Aiheellisesti voidaan pohtia onko asiakaslähtöisyyden nousussa mielenterveys-työssä 1990- ja 2000-luvuilla kyse kehittämispuheen uudesta suuntauksesta, joka on vaarassa jäädä irralliseksi mielenterveystyön käytännöistä, kehittämisraporttien kuorutukseksi (ks. Helén 2011). Lähdemme kuitenkin siitä, että (kehittämis)puhe ja käytännön mielenterveystyö kytkeytyvät aina toisiinsa, joskaan eivät suoraviivaisella tai

yksiselitteisellä tavalla. Sosiaalisessa elämässä toiminta ja kieli kun ovat erottamattomassa yhteydessä toisiinsa.

Vaikka pyrimmekin sanomaan asiakaslähtöisyydestä jotakin myös yleisellä tasolla, on tutkimuksemme sidoksissa ja tulee ymmärrettäväksi vain suhteessa kuntoutuskurssin toimintaan. Lisäksi tutkimuksen lähtökohdat ja toteutustapa määrittävät ja rajavat sitä, millaisia analyysituloksia tutkimus tuottaa ja miten niitä tulee lukea. Tutkimuksemme on **etnometodologinen tapaustutkimus**, jota avaamme lähestymistapana tarkemmin luvussa kolme. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen kohteeksi otetaan ihmisten arki, tässä tapauksessa kurssilaisten, työntekijöiden ja muiden kurssia lähellä olevien toimijoiden tapa orientoitua vuorovaikutukseen sekä tehdä mielenterveys-työstä ymmärrettävää. Lähdemme siitä, että (asiakaslähtöinen) toiminta edellyttää ammatillisten ideaalien ja tavoitteiden soveltamista vaihtuvissa käytännön tilanteissa. Asiakaslähtöisyyden periaatteiden, sääntöjen ja normien tuntemus ei tällöin riitä tutkimuksessakaan, vaan tulee vakavasti ja yksityiskohtaisesti tarkastella sitä, mitä osapuolet tekevät kussakin tilanteessa ja miten he selittävät itselleen ja toisilleen toiminnan mieltä. (Garfinkel 1967 ja 1974; Juhila 2004.) Asiakaslähtöisyys on puhetta ja yhdessä tekemistä. Tämänkaltainen tutkimusote edellyttää tutkijan menemistä ”kentälle”, niin lähelle mielenterveystyön arkista toimintaa kuin mahdollista ja aineistojen keräämistä työkäytännöistä ja kohtaamisista. Tätä aineiston keruun prosessia kuvaamme luvussa 3.2.

Tapaustutkimuksen toisessa osassa kuvaamme kuntoutuskurssia sellaisena, kuin se välittyy havainnointipäiväkirjojen, työntekijöiden yksilö- ja ryhmähaastatteluiden, kurssilaisten haastattelujen sekä kuntoutuskurssin esitteiden ja loppuraportin valossa (luku 4). Kuntoutuskurssia tarkastellaan kurssille osallistuneiden, työntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Kyseessä on tutkimuksen tuloksena syntynyt konstruktio kurssin tavoitteista, toiminnasta, muutoksista sekä sen hyödyistä ja merkittävydestä. Kuvaamme kurssilla tehtyä kuntoutus- ja arviointityötä sekä ylisektoraalista yhteistyötä. Kuvauksen tarkoituksena on jäsentää tutkimuksen kohteena olevaa uutta mielenterveyskuntoutuksen käytäntöä, jotta mahdollistuisi yhtäältä tutkimuksen paikantaminen, ja toisaalta hyvistä mielenterveyskuntoutuskäytännöistä oppiminen sekä niiden edelleen kehittäminen ja siirtäminen.

Raportin kolmas osa koostuu itsenäisistä pienoistutkimuksista (luvut 5-10). Niitä voi lukea omina kokonaisuuksinaan haluamassaan järjestyksessä. Analyysiluvuissa asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan kurssilaisten palveluverkostojen ja kuntoutuspolkutyyppeiden kautta (luku 5), erilaisina tietämisen tapoina ja tietodiskursseina (luku 6), rajatyönä (luku 7), asiakkaan äänen kuulumisena loppulausunnossa (luku 8) sekä valinnan ja osallisuuden kysymyksinä (luvut 9 ja 10). Asiakaslähtöisyydelle on arjen käytännöissä paljon tilaa ja se ohjaa sitä, mitä kuntoutuskurssilla tehdään, mutta sillä on institutionaaliset ja ammatilliset rajansa. Asiakkaiden ja työntekijöiden kohtaamisissa huomioidaan ja hyödynnetään myös muita orientaatiotapoja, kuten kustannustehoa ja työntekijävetoisuutta. Jokaisen pienoistutkimuksen loppuun olemme

koonneet huomioita siitä, mitä tulisi jatkossa pohtia ja työstää mielenterveyshäiriön käynnistyessä, jotta niissä enenevässä määrin pystyttäisiin vahvistamaan asiakkaan asemaa kansalaisena, asiakkaana, aktiivisena yhteistyökumppanina, asiantuntijana, valitsijana ja tukea tarvitsevana.

Raportissa käyttämämme aineistoesimerkit olemme anonymisoineet poistamalla esimerkeistä tunnistetiedot ja muuttamalla paikkatietoja yleisiksi. Esimerkeissä käytetyt henkilöiden nimet ovat keksittyjä. Olemme valinneet esimerkit siten, että ne kuvaavat kulloinkin käsiteltävää aihetta parhaalla mahdollisella tavalla ja edustavat sitä tyypillisimmin. Lisäksi olemme muokanneet alun perin puhekielisiä aineistoesimerkkejä kielellisesti tunnistettavuuden välttämiseksi ja myös niiden luettavuuden helpottamiseksi.

Ennen tapaustutkimukseen sukeltamista avaamme kuitenkin psykoositasoisten mielen sairauksien yksilölähtöistä ja yhteiskunnallista tulkintatapaa (luku 2). On tärkeä pohtia, mitä psykoositasoinen mielen sairaus on kunkin sairastuneen yksilön kohdalla, mutta yhtä olennaista on kysyä, miten ajassamme on mahdollista elää ja selviytyä sairauden kanssa.

2 Psykoositasoista mielen sairautta sairastavat nuoret aikuiset ja eriarvoisuus

Kuntoutuskurssilla työntekijöiden työkäytäntöjä ja kurssilaisten kohtaamista ohjasi tieto psykoositasoisten mielen sairauksien luonteesta ja niistä kuntoutumisesta. Kuntoutuskurssin arki ei ole ymmärrettävissä ilman taustatietoa näistä sairauksista ja niiden hoidosta. Siksi avaamme lyhyesti yksilöön keskittyvää ja yhteiskunnallista tulkintatapaa vakaviin psykoositasosiin mielen sairauksiin. Sairautta otetaan nykyisin haltuun sekä yksilön sairautena ja toimintakykyä rajoittavana tekijänä, jota voidaan hoitaa lääketieteen ja kuntoutuksen keinoin, että laaja-alaisesti yksilön elämään, lähi-suhteisiin ja yhteiskunnalliseen asemaan vaikuttavana tekijänä, josta toipuminen edellyttää yhteiskunnalta ja kanssaihmisiltä osallistavaa arvopohjaa ja toimenpiteitä.

Yksilölähtöisessä tulkintatavassa psykoositasoisiksi mielen sairauksiksi luokitellaan skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottistasoinen masennus, alkoholipsykoosit ja synnytyspsykoosit. Psykoosit eroavat syntyhistorialtaan ja oireilultaan. Kuntoutuskurssille osallistuvilla nuorilla aikuisilla oli suurimmalla osalla diagnosoitu skitsofrenia. Usein skitsofrenia diagnosoidaan varhaisaikuisuudessa, jolloin ihmiset itsenäistyvät lapsuuden kodistaan ja odotus on, että he sitoutuvat opiskeluun, työhön ja parisuhteeseen. (Toivio & Nordling 2009, 119–124.)

Vakavaan psykoositasoiseen mielen sairauteen liitetään usein sellaisia oireita ja piirteitä, jotka vaikeuttavat yksilön toimintaa arjessa ja sosiaalisissa tilanteissa, kuten harhaisuutta, eristäytymistä, ahdistuneisuutta, pelkotiloja, väsymystä, aloitekyvyttömyyttä sekä muisti-, kommunikointi-, keskittymis- ja tarkkaavaisuusvaikeuksia (Isohanni ym. 2001; Mueser & McGurk 2004; Rissanen 2007, 38–42; Hirvonen & Salokangas 2007; Awad & Voruganti 2008, 151; Toivio & Nordling 2009). Lisäksi sairauteen liitetään apaattisuus, puheen niukkuus, tunteiden latistuminen ja uuden oppimisen vaikeus.

Oireet voidaan jakaa sairauden kulun mukaan ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin ja jälkioireisiin. Lisäksi ne luokitellaan usein positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan poikkeuksellisten mielentoimintojen esiintymistä, kuten perusteettomat luulot, yliaktiivisuus, käsityskyvyn hajanaisuus ja suuruusharhat. Negatiivisilla oireilla viitataan normaalien mielentoimintojen kaventumiseen ja osittaiseen puuttumiseen, kuten tunteiden latistumiseen, vuorovaikutuksen köyhtymiseen, sosiaaliseen eristäytymiseen ja passiivisuuteen. Skitsofreniaa sairastavilla on lisäksi vaikeuksia erityisesti tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn, muistin

sekä toiminnanohjauksen alueilla. (Toivio & Nordling 2009, 119–124.) Kuntoutuskurssilla pyrittiin vaikuttamaan mainittuihin oireisiin ja sairauden kulkuun kunkin kurssilaisen tilanteen sallimissa rajoissa sekä parantamaan kurssilaisten selviytymistä arjessa sairauden kanssa.

Yksilölähtöisellä tulkintatavalla on kiistaton paikkansa edistettäessä terveyttä ja hoidettaessa sairauksia. Ilman sitä yksilöllä ei välttämättä ole tarvittavaa tietoa ja välineitä, joiden avulla tulla toimeen sairautensa kanssa. Tulkintatapa on kuitenkin kapea ja peittää näkyvistä monimutkaiset yhteydet sairauksien, sosiaalisten olojen ja yhteiskunnan väliltä (Roger & Pilgrim 2003). Yksilölähtöinen sairaustulkinta päästää ”terveet” kansalaiset helpolla, sillä siinä sairaut määrittävät poikkeaviksi, jolloin terveiden ihmisten toimintatavat ja yhteiskunta voidaan säilyttää ennallaan. Tällöin tarve muutokseen ja paranemiseen kohdistuu vain sairaaksi diagnosoituun henkilöön. (Suikkanen 2000; Helne 2002, 94; Kulmala 2005, 291.) Kuntoutuskurssille osallistuneet tukeutuivat haastattelupuheessaan voittopuolisesti yksilölähtöiseen tulkintatapaan ja toivat esille, miten heidän tulisi muuttua, jotta pärjäisivät tavallisessa elämässä. Vain harvoin he puhuivat siitä, miten toisten tai yhteiskunnan tulisi tulla ”vastaan”, jotta heidän olisi helpompi osallistua ja elää hyvää elämää. (Raitakari ym. 2011.)

Yhteiskunnallisessa tulkintatavassa keskitytään tarkastelemaan vakavaa psykoositasoista mielen sairautta yksilön ja yhteisöjen väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavana tekijänä. Tulkintatavassa sairautta lähestytään eriarvoisuuskysymyksenä – eriarvoisuus sairastuttaa ja sairaus eriarvoistaa. Vakavaa mielen sairautta sairastavat kohtaavat erilaisen yhteiskunnallisen todellisuuden kuin ”terveet” kansalaiset. Heillä on huonommat lähtökohdat saavuttaa resursseja, joita hyvin voiminen edellyttäisi. Mielen sairauksista kärsiville eriarvoisuudet ovat arjessa elettyä todellisuutta. Heidän elämänsä on usein syrjässä olemista ja yksinäistä selviytymistaistelua. Sairaudesta kärsivän oikeus taloudelliseen turvallisuuteen, läheisiin ihmissuhteisiin, onneen ja osallistuvaan kansalaisuuteen saatetaan unohtaa. Kyse on syrjinnän ja ohittamisen hyväksyvistä kulttuurista (Johnstone 2001).

Eriarvoisuuden yhtenä osoituksena on se, että suuri osa vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavista haluaisi tehdä työtä, mutta kuitenkin vain harvat työllistyvät (Evans & Repper 2000; Schulze & Angermeyer 2003; Honey 2004; Marwaha & Johnson 2004; Mielenterveysbarometri 2010). Eriarvoisuudesta kertoo myös se, että sairastavat viettävät usein vapaa-aikaansa yksin; heillä on vähän ystäviä ja oma perhe määrittynyt tärkeimmäksi sosiaalisiksi resurssiksi (esim. Harvey ym. 2006; Davidson ym. 2001). Vakavat mielen sairaudet synnyttävät helposti ennakkoluuloja, leimaimista, kuulematta jäämistä ja ”uloslyöntiä” esimerkiksi asuin-, työ- ja opiskeluyhteisöistä sekä terveydenhuollon palveluista (Davidson ym. 2001; Schulze & Angermeyer 2003; Farone 2006; Van Den Tillaart ym. 2009; Hyväri 2011).

Anne Rogers ja David Pilgrim (2003) tuovat esille mielenterveyttä ja eriarvoisuuksia käsittelevässä teoksessaan, miten vakavaa mielen sairautta sairastavat kohtaavat epäluuloja ja huonoa kohtelua niin palvelujärjestelmässä kun lähiyhteisössään.

Köyhyys, osattomuus, huonomuus, häpeä ja yksinäisyys ovat usein läsnä heidän arjessaan. Palvelujärjestelmällä on kaksitahoinen vaikutus vakavaa mielen sairautta sairastavien asemaan; yhtäältä se tarjoaa yksilölle apua ja resursseja, mutta toisaalta palveluiden käyttö vahvistaa yksilön leimautumista sairaaksi ja asettaa hänet kontrollin kohteeksi. (myös Farone 2006, 32; Van Den Tillaart ym. 2009; Hyväri 2011.) Kuntoutuskurssille osallistuneet puhuivat haastatteluissa elämästään tietoisina mielen sairauksiin liittyvistä leimoista, ennakkoluuloista ja kontrollista, mutta myös tuen ja avun mahdollisuuksista. He kertoivat osallistumisen vaikeuksista, ”tavalliseen” yhteiskuntaan palaamisen välttämättömyydestä ja kuinka suurta ponnistelua se heiltä vaatii. Sairauteen he liittivät myös huolen toisten ymmärtämättömyydestä ja yksin jäämisestä.

Yhteiskunnallisen tulkintatavan mukaan sairauden katsotaan todentuvan aina sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa. Olennainen kysymys on, millaiseksi ilmiöksi tai ongelmaksi vakava mielen sairaus kussakin kulttuurissa ja yhteiskunnassa määrittyy. Tähän liittyy olennaisesti se, millaisia mahdollisuuksia yhteisöt ja yhteiskunta tarjoavat toipumiseen ja sairauden kanssa selviytymiseen. Tulkintatapa mahdollistaa keskustelun siitä, kuinka ”terveiden” eli toisten toiminta, tieto, ymmärrys ja arvostus vaikuttavat sairauden kanssa selviytymiseen. Olennaisia mielen sairauksista toipumisessa ovat selviytymistä edistävät resurssit, kuten tukevat ihmissuhteet sekä ajanvietto-, asumis-, työ- ja toimeentulomahdollisuudet. (Evans & Repper 2000; Stein & Wemmerus 2001; Masterson & Oven 2006; Farone 2006.) Siten vakavasta mielen sairaudesta toipuminen on mitä suurimmassa määrin sidoksissa yhteiskunnallisiin rakenteisiin, tuki- ja palvelumuotoihin sekä siihen, kuinka ”mukaan ottavassa” ja erilaisuuksille tilaa antavassa yhteiskunnassa elämme.

Yhteiskunnallinen tulkintatapa ei ollut kovin vahvasti läsnä kuntoutuskurssin arjessa, yksilöön keskittyvä tulkintatavan ollessa hallitsevassa asemassa. Kuntoutuskurssilla kuitenkin vahvistettiin tämän tulkintatavan suuntaisesti nuorten aikuisten osallistumista yhteiskuntaan muun muassa tukemalla heitä osallistumaan liikunta- ja kulttuuritoimintaan sekä parantamalla kurssilaisten ja hänen perheidensä keskinäistä kommunikaatiota ja vuorovaikutusta. Kuntoutuskurssi tarjosi osallistujille myös resursseja, kuten ilmaisen asumisen, ruuan ja päivätoiminnan. Tämä lisäsi osaltaan kurssilaisten osallistumista ja lievensi heidän eriarvoista asemaansa ”terveisiin” nähden. Monet kurssilaiset korostivat, että selkeä päivärytmi, toiset ihmiset ja yhdessä oleminen, tekeminen ja kulkeminen olivat niitä seikkoja, jotka auttoivat toipumisessa ja voinnin paranemisessa.

3 Etnometodologinen tapaustutkimus

Tässä luvussa kuvaamme tutkimustapaamme, etnometodologista tapaustutkimusta. Raportissa on kyse yhteen tapaukseen, kuntoutuskurssiin perustuvasta tutkimuksesta. **Etnometodologia viittaa** siihen, että tapausta tarkastellaan siitä näkökulmasta, miten osapuolet eli kuntoutuskurssin asiakkaat, työntekijät ja yhteistyökumppanit toimivat ja tekevät yhdessä ymmärrettäväksi kurssin ja sitä ympäröivän palveluverkoston arkisia käytäntöjä. Tutkimustulokset ovat aina sidoksissa tapaan, jolla tutkimus on toteutettu. Tulosten selitysvoimaa, pitävyyttä ja yleistettävyyttä tulee arvioida tutkimuksen lähtöoletusten ja toteutustavan valossa. Siten on tärkeää ennen analyysi- ja tuloslukuja avata tapaustutkimuksen ja etnometodologian periaatteita ja hyödyntämiämme aineistoja.

3.1 Tutkimuksen taustaoletukset

Hyvä tapaustutkimus on kärsivällinen, refleктоiva ja halukas näkemään tapausten toisesta näkökulmasta. Tapaustutkimus on ei-interventionistinen ja empaattinen. Toisin sanoen tutkijat yrittävät olla häiritsemättä tapauksen tavallista toimintaa, eivät testaa ja jättävät jopa haastattelematta, mikäli tarvittava informaatio on saatavilla havainnoimalla ja perehtymällä asiakirjoihin. Tutkijat yrittävät kovasti ymmärtää, kuinka toimijat näkevät asioita. Lopulta tutkijoiden tulkintoja todennäköisesti huomioidaan herkemmin kuin tutkimuksessa mukana olleiden, mutta laadullisen tapaustutkimuksen tutkijat pyrkivät säilyttämään monenlaisia todellisuuksia, erilaisia ja ristiriitaisia näkemyksiä siitä mitä tapahtuu. (Käännös kirjoittajat)¹

Tapaustutkimus on tutkimuksen tekemisen tapa, jota käytetään nykyisin monella tieteenalalla – kuten sosiologiassa, politiikan tutkimuksessa, psykologiassa, kasvatustieteessä sekä sosiaalityössä – erilaisiin tutkimuskysymyksiin vastattaessa. Tapaustutkimuksen avulla tuotetaan tietoa muun muassa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden

¹ *Good case study is patient, reflective, willing to see another view of the case. We see case study as being noninterventive and empathic. In other word, we try not to disturb the ordinary activity of the case, not to test, not even to interview, if we can get the information we want by discrete observation or examination of the record. We try hard to understand how the actors see things. Ultimately the interpretations of the researcher are likely to be emphasized more than those being studied, but the qualitative case study researcher tries to preserve the multiple realities, the different and contradictory views of what is happening. (Stake 1995, 12.)*

toiminnasta sekä poliittisista ja sosiaalisista ilmiöistä. Tapaustutkimuksella tavoitellaan usein ymmärryksen lisäämistä ajankohtaisista ja tässä ajassa tapahtuvista ilmiöistä. (Yin 2009, 4,11; Hammersley & Gomm 2000, 1–2.)

Usein kun tapaustutkimusta määritellään, sitä verrataan kokeelliseen tutkimukseen ja kyselytutkimukseen. Mainituista tutkimustavoista poiketen **tapaustutkimuksessa keskitytään** vain yhteen tai joskus muutamaan tapaukseen, joista kerätään monipuolista, yksityiskohtaista ja moninäkökulmallista aineistoa. Olennaista on, että **tapaustutkimuksessa ollaan kiinnostuneita** ihmisten keskinäisestä kanssakäymisestä, toiminnasta, olemisesta ja ajattelusta luonnollisissa sosiaalisissa tilanteissa, kuten esimerkiksi työpaikoilla, auttamisinstituutioissa, kehittämisohjelmissa ja projekteissa tai harrastetoiminnoissa. Tapaustutkimus mahdollistaa monimutkaisten sosiaalisten ilmiöiden tarkastelun kokonaisvaltaisesti ja läheltä, osana ihmisten ja organisaatioiden arkista toimintaa. (Hammersley & Gomm 2000, 2–3.)

Tapaustutkimusta määriteltäessä olennaisia kysymyksiä ovat: mikä on tapaus? mikä tekee tapauksesta tapauksen? mistä tapauksen oletetaan kertovan? mikä tapauksesta valikoituu tutkimuskohteeksi? Tapaustutkimus tähtää seikkaperäiseen kuvaukseen tutkittavasta kohteesta, joka voi olla tapahtumakulku, kurssi, ohjelma, ilmiö, yksilö, yhteisö, yritys, organisaatio, kaupunki, valtio tai sivilisaatio. (Laine & Bamberg & Jokinen 2007, 9–10, Zonabend 1992, 52; Stake 1995, 2 ja 2000, 23–24.) Robert E. Stake (1995 ja 2000) korostaa, että tapaus on kompleksinen, erityinen ja toiminnallinen systeemi. Kuntoutuskurssi täyttää hyvin tapauksen määritelmän. Onhan kyseessä ajallisesti rajattu tapahtumakulku (kurssit alkoivat ja loppuivat, kehittämistyöllä oli alku ja loppu), mielenterveystyön organisaatio ja työyhteisö, joka muodostuu ihmisten keskinäisen kanssakäymisen tuloksena.

Todellisen elämän tapaukset ovat monimutkaisia ja laaja-alaisia, kuten kuntoutuskurssikin, eikä niitä voida tavoittaa kokonaan yhdellä tutkimuksella (Laine & Bamberg & Jokinen 2007, 21). Ihmistieteissä kohdataan aina monimutkaisuuden ongelma (Donmoyer 2000, 47). Tapaustutkimuksessa on siten tärkeää avata tapauksen valintaa sekä sitä mistä näkökulmasta tapausta tutkitaan ja miksi sitä on tärkeä tutkia. Tapaustutkimus on aina rajattu ja tiettyjen käsitteiden valossa tuotettu ja tulkittu jäsenyys tapahtuneesta toiminnasta.

Usein tapaustutkimuksissa tutkitaan tyypillisiä, oletetusti keskivertoyhteiskunnasta kertovia tapauksia, joskin tällöin törmätään vaikeuteen määritellä tyypillinen ja keskiverto. Toinen tapa on keskittyä tutkimaan tapauksia, joiden oletetaan olevan uutta etsiviä ja kehityksen kärjessä, poikkeuksellisia ja tulevaisuuteen kurottavia. (Stake 1995, 4; Schofield 2000.) Lähdimme tutkimaan kuntoutuskurssilla tehtävää kehitystyötä viimeksi mainitun kaltaisena tapauksena, joskin oletamme sen käytännöissä olevan paljon myös mielenterveystyölle tyypillisiä piirteitä ja toimintatapoja. Meille kurssi on ennen kaikkea tapaus pyrkimyksestä kehittää psykoositasoista mielen sairautta sairastavien toimintakyvyn arviointia ja kuntoutusta paremmaksi sekä tuottaa nykyistä suunnitelmallisempia, ylisektoriaalisia kuntoutuspolkuja. Tapausta on tärkeä tutkia, sillä se tuo esille sairastuneiden kohtaamia arjen vaikeuksia, kuntoutumisen

ja selviytymisen erityisehtoja sekä mahdollisia suuntaviittoja tulevaisuuden mielenterveystyölle.

Koska kuntoutuskurssia oli mahdoton lähestyä kaikki sen aspektit huomioon otavana ”kokonaistapauksena”, tarvitsimme tiukemmin määritellyn tutkimuskohteen ja tutkimusongelman. Sekä omasta tutkimuksellisesta kiinnostuksestamme että Tekesin tutkimusohjelman painotuksia mukailemalla päädyimme tarkastelemaan kuntoutuskurssia asiakkuuden näkökulmasta. Tarkemmin sanoen kiinnitimme tutkimuksemme laajaan asiakaslähtöisyys- ja asiakasosallisuuskeskusteluun. Asetimme tapauksen tutkimisen tavoitteeksi tavoittaa sitä, **miten mielenterveystyön osapuolet ymmärtävät ja määrittelevät asiakasta arkisessa vuorovaikutuksessa sekä tuottavat yhdessä asiakkaan näkökulman vahvemmin tai heikommin läsnä olevaksi. Asiakkaasta ja asiakaslähtöisyydestä** tuli siten koko tutkimusta ja sen sisältämiä erilaisia analyttisiä avauksia kokoava käsite. Katsomme, että näkökulmavalinta on perusteltu ja tärkeä, sillä kuntoutuskurssilla pyrittiin muutoksiin yksittäisen ihmisen elämässä, hänen saamiinsa palveluissa ja hänen asemassaan palvelujärjestelmässä.

Tutkimusraporttimme mukaillee tapaustutkimukselle tyypillistä kuvailevaa ja yksityiskohtaista raportointitapaa eniten luvussa neljä, jossa myös sivutaan tapauksen historiaa ja yhteiskunnallisia yhteyksiä. Tutkimuksen tavoite ei kuitenkaan ole ensisijaisesti vain kuvata kurssin toimintaa. Lukua neljä seuraavissa analyysiluvuissa näkyy etnometodologisen tutkimusotteen vaikutus. Niissä keskitytään laajojen tapahtumakulkujen sijaan erittelemään sitä, miten tutkittava ilmiö (asiakkaan ja asiakaslähtöisyyden määrittäminen haastatteluissa, erilaisissa palavereissa ja teksteissä) tulee läsnä olevaksi erilaisissa vuorovaikutustilanteissa ja erilaisten metodisten käsitteiden näkökulmasta tarkasteltuna (esim. ääni, valinta, osallisuus, rajatyö).

Etnometodologisessa tapaustutkimuksessa tavoitellaan ymmärryksen lisäämistä siitä, mitä arkisessa vuorovaikutuksessa ja kielenkäytössä tapahtuu. Kyse on tapauksen toimijoiden yhdessä tuottaman, tilanteisen ja kulttuurisen sosiaalisen järjestyksen tutkimisesta. (Jokinen & Juhila & Suoninen 2012.) Tutkimuksen mieli nojaa näkemykseen, että sitä mitä emme osaa sanoa, emme useinkaan osaa nähdä. Tällöin olennaista on tutkia ja avata sitä, millä käsitteistöllä osapuolet kulloinkin operoivat ja millaista todellisuutta siten rakentavat arjen käytännöissä. (Donmoyer 2000, 45.)

Etnometodologisen tapaustutkimuksen tavoitteiden lisäksi tutkimushankkeellamme on mallintamiseen, selittämiseen ja ehdotusten esittämiseen tähtääviä tehtäviä, jolloin törmätään tapaustutkimuksessa paljon pohdittuun kysymykseen tulosten yleistettävyydestä. Raportissa ei ole mahdollista mennä yleistämisen kysymyksissä kovin syvälle. Perusajatus on, että tapaus ei ole otos, eikä tapaustutkimus perustu määrälliseen yleistämiseen perusjoukosta. (Yin 2009, 15.)

Usein tapausta tutkitaan sen itsensä tähden, jolloin ajatellaan, että tapaus itsessään sisältää kiinnostavia elementtejä, joista on syytä kertoa laajemmalle yleisölle (Stake 1995, 3). Tämä lähtöoletus on läsnä kaikessa tapaustutkimuksessa, eikä yleistäminen ole silloin tutkimuksen päätavoite vaan pikemminkin tutustuminen erityiseen ja paikalliseen ilmiöön. Toisinaan kuitenkin korostetaan tämän lisäksi, että tapausta tutki-

malla saadaan tietoa, joka auttaa jonkin yleisemmän ongelman ymmärtämisessä tai ratkaisemisessa (esimerkiksi asiakkaiden passiivisuus omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa). Tällöin tapauksen tutkiminen on väline yleisemmän ilmiön ymmärtämiseen. Tutkimuksessamme yhdistyvät nämä kaksi tapaa ajatella tapaustutkimuksen mielekkyydestä ja yleistämisen mahdollisuuksista. Kuntoutuskurssi on kiinnostava tutkimuskohde itsessään, mutta tutkimuksen tavoite on tuottaa myös tuloksia, jotka ovat **siirrettävissä ja sovitettavissa** toisiin yhteyksiin. Yleistäminen ei kuitenkaan ole yksiselitteinen tai suoraviivainen prosessi, vaan edellyttää harkintaa, tulosten tulkintaa ja ”kääntämistä” uudessa yhteydessä.

Etenkin etnometodologinen tutkimustapa lähtee siitä, että universaalien, paikasta ja ajasta riippumattomien yleistysten tekeminen on ihmistieteissä mahdotonta. Voidaan korkeintaan puhua ”työhypoteeseista”, ”vallitsevista puhetavoista” tai teoreettisesta yleistämisestä. On mahdotonta kuvitella inhimillistä toimintaa, joka olisi kontekstista riippumatonta. Tällöin on vaikea saavuttaa tietoa, joka olisi pätevää kaikkialla, kaikille ja kaikissa tilanteissa. Tapaustutkimuksessa on tärkeällä tavalla pohdittu kysymystä, että jos inhimillisestä toiminnasta on mahdoton esittää universaaleja, kaikkialla ja kaikille päteviä yleistyksiä, niin onko mitään mahdollisuuksia saavuttaa tuloksia, jotka olisivat päteviä kontekstissa B, vaikka ne ovat tuotettu kontekstissa A? (Lincoln & Guba 2000, 27–30, 39.)

Tutkijan ensisijainen tehtävä on huolellisesti tutustua, kuvata, käsitteellistää ja ymmärtää tutkittava tapaus (konteksti A), jonka jälkeen hän voi esittää ”työhypoteesin” kaltaisia päätelmiä, joiden soveltamista toiseen tapaukseen (kontekstiin B) sekä yksittäisiin asiakastilanteisiin tulee punnita huolella. Tällöin tulee huomioida jokaisen tilanteen yleisyys ja erityisyys. Käytännössä juuri paikalliset olosuhteet tekevät yleistämisen, pitävien säännönmukaisuuksien esittämisen mahdottomaksi. Tällöinkin voidaan arvioida tiedon siirrettävyyttä ja sovitettavuutta. Tämä arviointityö edellyttää tietoa yhtäältä tiedon tuottamisen olosuhteista ja toisaalta paikallisesta kontekstista, jossa tietoa tullaan soveltamaan. Etnometodologisessa tapaustutkimuksessa pyritäänkin avaamaan ja kuvaamaan seikkaperäisesti tapauksen taustaa sekä sitä miten tiettyihin tutkimustuloksiin päädytään, jotta tutkimustiedon käyttäjällä olisi mahdollisuuksia arvioida tiedon soveltuvuutta toisten tapausten ymmärtämisessä ja selittämisessä. (Lincoln & Guba 2000, 39–40.)

Yleistettävyyden rajoituksista huolimatta **tapaustutkimuksella tuotettu tieto on** kuitenkin monessa tilanteessa paremmin käytäntöön sovellettavissa kuin tilastollisesti yleistettävä tieto. Mielenterveystyön arjessa ammattilaiset soveltavat tietojaan yksittäistapauksiin. Yleinen tieto ei välttämättä päde, eikä auta yksittäistapausten ymmärtämisessä. Yksikään yleistys ei kykene kertomaan ilmiön ”koko tarinaa” (Lincoln & Guba 2000, 32–36). Siten kapea, tilastollinen tulkinta yleistettävyydestä on hankala sovellettaessa tutkittua tietoa erilaisten auttamistyön ammattilaisten työhön (Donmoyer 2000, 46). Sosiaaliset ilmiöt ovat usein niin monimutkaisia, että tutkimuksella on mahdoton antaa yksiselitteisiä ratkaisuja käytännön ongelmiin. Kun tutkimustuloksia sovelletaan yksittäisiin tilanteisiin, niihin tulee suhtautua alustavina, tunnustelevina, mahdollisina

selityksinä ja ratkaisuin. Herkkyys yksittäisten tilanteiden erityisyydelle ei vähennä tutkimustulosten arvoa sinänsä. Tutkimuksen tehtävä on esittää uusia kysymyksiä ja näkökulmia, ei etäältä ”sanella” ammattilaisten työn sisältöjä. (Donmoyer 2000, 52.)

Tapaustutkimus on tutkimustapa:

- jossa tapaus voi olla tapahtumakulku, kurssi, ohjelma, ilmiö, yksilö, yhteisö, yritys, organisaatio, kaupunki, valtio tai sivilisaatio.
- joka selvittää ajankohtaista ilmiötä syvällisesti, kokonaisvaltaisesti ja kontekstiin sidottu.
- joka ottaa huomioon sosiaalisten ilmiöiden monimutkaisuuden ja monien `muuttujien` yhtäaikaisen läsnäolon ja merkityksen.
- joka perustuu erilaisten aineistojen keräämiseen ja hyödyntämiseen.
- joka hyödyntää aineiston keruussa ja analyysissä aikaisemmassa tutkimuksessa esitettyjä teorioita, käsitteitä ja ideoita.
- joka tavoittelee ensisijaisesti valittujen tapausten tarkkaa kuvaamista ja ymmärtämistä valitusta näkökulmasta ja toissijaisesti arvioi tulosten siirrettävyyttä toisiin yhteyksiin.

(Laine & Bamberg & Jokinen 2007; Yin 2009, 18.)

Etnometodologisen tutkimuksen lähtöoletukset:

- tutkimuksen kohteena on ihmisten keskinäinen, vuorovaikutuksellinen ja tilannekohtainen merkityksenantoprosessi. Yhteiskuntaa ja kulttuuria on mielekästä tutkia alhaalta ylöspäin: ihmisten keskinäisenä, arkisena toimintana ja (kielellisinä) tekoina ”tässä ja nyt” tilanteissa.
- tutkimuksen kohteena ovat tavat, joilla ihmiset orientoituvat keskinäiseen toimintaan ja toisiinsa, ja siten vahvistavat, tuottavat sekä rikkovat arkielämän itsestään selvänä pidettyä sosiaalista järjestystä eli odotuksenmukaisia ja hyväksyttäviä puhe- ja toimintatapoja.
- kulttuuriset normit, säännöt ja yleistyksiset ovat joustavia resursseja, joita ihmiset hyödyntävät tulkitessaan sosiaalisia tilanteita; niiden tavallisuutta tai odotuksenvastaisuutta. Kulttuurisia sääntöjä ei voi seurata mekaanisesti, sillä arkielämässä tilanteet ja olosuhteet eivät koskaan toistu täysin samanlaisina, vaan edellyttävät jatkuvaa uudeleen tulkintaa ja refleksiivisyyttä.
- ihmisten toimintaa ei voi tutkia ”ulkopuolelta” tai selittää psykologisilla tai yhteiskunnallisilla teorioilla suoraan, vaan olennaista on se, miten ihmiset arkisessa toiminnassaan hyödyntävät ja viittaavat teoreettiseen sanastoon ja osaamiseen.

(Button 1991; ten Have 2007; Donmoyer 2000; Suoninen 2001; Jokinen & Juhila & Suoninen 2012.)

Tapaustutkimuksen hyödyt:

- lukija voi tutkimusraportin kautta tutustua instituutioihin, ilmiöihin ja henkilöihin, joihin hänellä ei ole suoraa kontaktia, eikä siten mahdollisuutta oppia niistä oman kokemuksen kautta.
- se avaa mahdollisuuden nähdä ilmiötä ”tutkimuksen silmin” ja näin laajentaa (teoreettista) ajattelua ja tapaa ymmärtää asioita.
- tutkimuksen tuottama käsitteellinen etäisyys helpottaa lähellä olevien ja arkisten asioiden näkemistä ja mahdollisten muutosten tekemistä.
- tutkimus tuottaa työhypoteeseja sekä jäsentää vallitsevia ja marginaalisia ajattelutapoja, joiden siirrettävyys ja sopivuus ovat tilannekohtaisesti ratkaistavia asioita.

(Lincoln & Guba 2000; Donmoyer 2000, 61–65.)

3.2 Tapaustutkimuksen aineistot ja niiden kokoaminen

Yksi tapaustutkimuksen vahvuus on, että siinä pyritään pääsemään lähelle tutkittavaa ilmiötä ja keräämään monipuolinen aineisto. Tapaustutkimuksessa on tyypillistä, että **tutkijat keräävät monenlaista materiaalia eli aineistoa ”kentältä”**. Tapausta lähestytään kokonaisvaltaisesti ja tutkijat pyrkivät ymmärtämään eri osapuolten näkökulmasta mitä tapauksessa tapahtuu ja miten osapuolet merkityksellistävät tapauksen todellisuutta. Tämä edellyttää arjessa tapahtuvan toiminnan havainnointia, osapuolten haastattelua sekä dokumenttiaineiston kokoamista. (Yin 2009, 11; Laine & Bamberg & Jokinen 2007.)

Etnometodologisessa tapaustutkimuksessa tutkimuksellinen kiinnostus kohdistuu siihen, kuinka osapuolet arkisessa vuorovaikutuksessa tekevät ja puhuvat tapauksen käytäntöjä läsnä oleviksi ”tässä ja nyt”. Tämä edellyttää luonnollisten vuorovaikutustilanteiden nauhoittamista ja/tai videokuvaamista. (ten Have 2007, 147.) Aineiston keruun jälkeen nauhoitettu vuorovaikutusaineisto kirjoitetaan tekstimuotoon eli literoidaan ja siitä poistetaan kaikki tunnistetiedot. Tutkijat työskentelevät käytännössä siis paljon ”puhutun tekstin” parissa (Raitakari & Günther 2012).

Tapaustutkimuksen periaatteiden mukaisesti tutkimusryhmä keräsi ja rakensi kuntoutuskursseilta monipuolisen aineiston. Aineistoa tuotettiin kuntoutuskursseilta 3–7 ajanjaksolla 19.4.2010–28.10.2011. Jokaiselle kurssille jalkautui yksi tutkijoista. Kutsumme kulloinkin kentällä ollutta tutkijaa kummitutkijaksi. Hän oli mukana kurssin arjessa noin yhden päivän viikossa. Käytäntö osoittautui hyväksi tavaksi kerätä aineistoa sekä pitää yhteyttä ammattilaisiin ja kurssilaisiin. Tavoitteemme oli, että tutkimus niveltäisi mahdollisimman luontevasti kurssin arkeen ja häiritäisi sitä mahdollisimman vähän.

Tutkimusluvut saimme sekä kuntoutuskurssia hallinnoivalta mielenterveysjärjestöltä että 28:lta tutkimukseen osallistuvalla kurssilaiselta. Jokaisen kurssin alussa järjestettiin lyhyt tutkimuksen infotilaisuus ja lisäksi kurssin arjessa kummitutkija kertoi kurssilaisille tutkimuksesta. Tutkijat korostivat sitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä se vaikuta kurssilla tehtäviin arviointeihin. Lisäksi tutkijat toivat esille, että aineistosta poistetaan raportointivaiheessa tunnistetiedot ja sitä käsitellään luottamuksellisesti ja kunnioittavasti.

Kerätty aineisto sisältää erilaisia laadullisia aineistoja. Aineistokorpuksen ensimmäisen osan muodostavat tutkimusta varten järjestetyt erilaiset haastattelut ja toinen osa pitää sisällään niin sanottuja ”luonnollisia” aineistoja eli tutkimuksesta riippumatta pidettyjen tapaamisten ja palaverien nauhoituksia sekä asiakirjamateriaalia. Kolmas aineiston osa ovat kummitutkijoiden kirjoittamat havaintopäiväkirjat kurssin arjesta sekä heidän ottamansa valokuvat. Alla on eritelty aineistotyyppit ja niiden määrä:

1. Asiakashaastattelut (N.25)
2. Työntekijöiden ryhmähaastattelut (N.12)
 - a. Ryhmähaastattelu (N.7)
 - b. Seurantahaastattelu (N.5)
3. Yhteistyökumppaneiden haastattelut (N.12)
4. Ammatillisten vuorovaikutustilanteiden nauhoitukset
 - a. Työntekijöiden keskinäiset tiimipalaverit (N.29)
 - b. Moniammatilliset palaverit (N.12)
 - i. Asiakasverkostopalaverit (N.8)
 - ii. Verkostopalaverit (N.1)
 - iii. Asiakasohjauspalaverit (N.3)
5. Asiakirja-aineisto (N.27)
6. Havaintoaineisto
 - a. Havaintopäiväkirjat
 - b. Valokuvat

Reilusti yli puolet kurssilaisista osallistui **asiakashaastatteluun** (25 36:sta). Haastatteluun osallistuneet kurssilaiset olivat iältään 18–36-vuotiaita. Naisia haastateltavista oli kuusi ja miehiä 19. Haastattelut olivat löyhästi strukturoituja teemahaastatteluja, joissa käsiteltiin: 1) kurssille osallistuneen elämänhistoriaa kuten asuinpaikkoja ja palvelujärjestelmäkontakteja, 2) sairauden vaikutusta arkeen, haastateltavalle tärkeitä henkilöitä ja näkemyksiä kuntoutuskurssista ja 3) tulevaisuudenodotuksia ja -suunnitelmia sekä muiden ihmisten haastateltavaan kohdistamia odotuksia. Haastatteluteemat oli suunniteltu siten, että tavoittaisimme kuntoutuskurssille osallistuneiden tapaa antaa merkityksiä sairautelleen ja elämälleen, hoidolleen ja kuntoutukselleen sekä asiakkaana olemiselleen. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Ne ajoitettiin kurssin loppupuolelle. Ajoitus mahdollisti sen, että kurssin mukana ollut kummitutkija oli osallis-

tujille tuttu, jolloin haastattelutilanne ei ollut kahden aivan toisilleen vieraan ihmisen kohtaaminen.

Työntekijöiden ryhmähaastattelut toteutettiin kahdessa vaiheessa – jokaisen kurssin päätyttyä ennen seuraavan kurssin alkua sekä vielä uudestaan kun kurssista oli kulunut kolme kuukautta. Ensimmäisen vaiheen ryhmähaastattelut toteutettiin yliopistolla ja seurantahaastattelut pääsääntöisesti kuntoutuskurssin toimintapaikassa. Läsnä olivat kaksi tutkijaa ja 3–6 kuntoutuskurssin työntekijää. Ryhmähaastattelut kestivät tunnista vajaaseen kolmeen tuntiin. Niiden rakenne oli yhteneväinen. Ensin käytiin läpi yleisiä tunnelmia loppuneesta kurssista ja keskusteltiin mahdollisista muutoksista, joita tehdään seuraavalle kurssille (ei seurantahaastatteluissa). Tämän jälkeen käytiin yksitellen läpi kukin asiakas eli mistä hän oli tullut kurssille, mikä hänen tilanteensa oli ja miten työntekijät arvioivat asiakkaan toimintakykyä ja edistymistä kurssilla sekä mitkä ovat asiakkaan jatkosuunnitelmat. Seurantahaastattelut keskittyivät kunkin asiakkaan kuntoutuskurssin jälkeiseen aikaan, jatkosuunnitelmien toteutumiseen ja mahdollisiin muutoksiin elämäntilanteessa. **Yhteistyökumppaneiden haastatteluissa** olivat edustettuina psykiatrisen sairaalan, avohoidon, kuntoutuksen ja asumispalvelujen sekä asiakasohjauksen työntekijöitä. Haastattelujen tarkoituksena oli tavoittaa ja kuulla asiakkaiden kannalta keskeisiä hoidon, kuntoutuksen ja asumisen ammattilaisia. Haastattelut olivat löyhiä teemahaastatteluja ja niissä käsiteltiin asiakasohjausprosesseja, kurssilaisten, ammattilaisten sekä omaisten välisiä yhteistyösuhteita sekä asiakaslähtöisyyttä. Haastattelut kestivät tunnista kahteen tuntiin.

Luonnollinen aineisto koostuu **ammattillisista vuorovaikutustilannenuhoituksesta** eli a) työntekijöiden keskinäisistä tiimipalaverista ja b) moniammatillisista palaverista. Tiimipalaverit ovat aineisto, jonka kurssin työntekijät nauhoittivat itse tutkimusryhmän pyynnöstä. Keskinäisiä tiimipalaverista työntekijät pitivät säännöllisesti noin kerran viikossa. Muutamaa palaveria lukuun ottamatta tutkija ei ollut palaverissa läsnä. Kyse on työntekijöiden epävirallisista keskusteluista, joissa he raportoivat toisilleen, käyvät läpi ja arvioivat kunkin asiakkaan tilannetta, vointia ja edistymistä. Palaverissa he myös suunnittelevat tulevaa toimintaa. Keskustelut ovat luonteeltaan vertaistuellisia, joissa työntekijät miettivät yhdessä esimerkiksi miten jatkossa tulisi toimia kunkin asiakkaan kanssa. Tiimipalaverit kestävät alle puolesta tunnista reiluun tuntiin.

Moniammatilliset palaverit pitävät sisällään asiakasverkostopalaverit, verkostopalaverit ja asiakasohjauspalaverit. Kurssilla järjestettiin säännöllisesti asiakasverkostopalaverista, joita aineistossa edustavat alkukartoituspalaverit ja asumisen suunnittelupalaverit. Alkukartoituspalaverit ovat palaverista, joita pidetään asiakkaan ja kotikuntoustyötä tekevien ammattilaisten kesken tilanteessa, jossa asiakas on siirtymässä kurssin jälkeen asumaan itsenäisesti kotikuntoustyötä tekevän tiimin tuella. Asumisen suunnittelupalaverissa pohdittiin asiakkaan jatkokuntoutusta ja asumista. Kurssin työmuotoihin kuuluivat lisäksi laajemmat verkostopalaverit. Usein niitä järjestettiin, kun oli tarvetta suunnitella ja keskustella asiakkaan asumis- ja kuntoutumis-

vaihtoehtoista kurssin jälkeen. Näissä palaverissa olivat läsnä asiakas, kuntoutuskurssin työntekijöitä ja vaihdellen asiakkaan omaisia, sosiaalityöntekijä ja edustajia muista kuntoutus- ja asumisyksiköistä. Erityinen moniammatillinen palaverityyppinsä olivat kurssin työntekijöiden ja kaupungin asiakasohjauksesta vastaavien ammattilaisten väliset keskustelut. Kaupungin asiakasohjauksessa tehdään palvelupyyntöjen perusteella lopulliset päätökset siitä, kuka osallistuu kuntoutuskurssille ja mihin kyseisen kaupungin asiakkaat sijoittuvat kuntoutuskurssin jälkeen.

Aineistonamme ovat myös kuntoutuskurssilla kirjatut **asiakaskohtaiset asiakirjat**. Asiakirja-aineisto pitää sisällään asiakkaasta kurssilla kirjatut asiakirjat eli loppulausekunnat, päiväkirjamuistiinpanot ja kuntoutussuunnitelmat. Asiakirja-aineisto kerättiin puoli vuotta kurssin päätyttyä. Keräämisen yhteydessä asiakirjat anonymisoitiin. Jokainen kummitutkija raportoi kurssilla tekemistään havainnoista **havaintopäiväkirjan** muodossa. Havaintopäiväkirjaa kirjoitettiin kursseilta 3–7. Havaintomuistiinpanot pitävät sisällään kuvauksia kurssin päivittäisistä toiminnoista ja tapahtumista, jotka tutkija on nähnyt ja kokenut merkittäviksi. Lisäksi aineistonamme on tutkijoiden ottamia **valokuvia** kuntoutuskurssin ympäristöstä: sen sisä- ja ulkotiloista. Valokuvien kautta luotiin kuvaa kuntoutuskurssin fyysisistä tiloista, missä kurssilaiset ja työntekijät viettivät arkeaan.

OSA II

KUNTOUTUSKURSSIN KUVAUS

Käsillä oleva tutkimusraportin osa on ajallisesti etenevä kuvaus kuntoutuskurssille suunnitteluvaiheessa asetetuista tavoitteista, sen määrällisestä toteutumisesta ja henkilökunnasta, arjen kuntoutus- ja arviointitoiminnasta, kurssien välisistä eroista, kurssin hyödyistä ja merkittävydestä sekä tulevaisuuteen ja kehittämistyöhön liittyvistä kysymyksistä. Kuvauksen aineistoina käytämme havaintopäiväkirjoja ja haastatteluja (ks. luku 3.2).

4 Kuntoutuskurssi prosessina

4.1 Kurssi suunnitelmissa

Raha-automaattiyhdistykselle osoitetussa projektihakemuksessa kurssilla tehtävälle kehittämistyölle asetetut tavoitteet peilautuvat mielenterveyskuntoutuksen toimintaympäristöön, jota kuvastavat palveluiden hajanaisuus ja pirstaleisuus, koordinaation ja suunnitelmallisuuden riittämättömyys, lyhyet hoito- ja kuntoutusjaksot, kasvavat odotukset nopeasta kuntoutumisesta ja itsenäisestä asumisesta. Lisäksi asiakkaalle sekä hänen läheisilleen annetaan yhtä useammin aktiivinen rooli kuntoutumisprosessissa ja heiltä edellytetään vastuunottoa. Kehittämistyössä odotettiin tartuttavan näihin mielenterveyskuntoutuksen ongelmiin ja muutossuuntiin. Mielenterveystyön rakenteellisten ongelmien ratkaiseminen yhden toimijan voimin kolmessa vuodessa on mahdoton tehtävä, mutta paljon myös saatiin aikaan. Erityisesti kuntien kanssa tehtävä yhteistyö jäsenyi ja syveni projektivuosina. Muutokset yksittäisen kurssilaisen voinnissa ja arjessa sekä hänen kuntoutus- ja asumispolussaan olivat sen sijaan helpommin kuntoutuskurssin saavutettavissa.

Kuntoutuskurssin tavoitteina oli Raha-automaattiyhdistykselle lähteneen projektihakemuksen mukaan:

- 1. Kehittää kuntoutuksen suunnitteluun ja tarkoituksenmukaiseen toteutukseen liittyvää arviointia. Arvioinnilla tavoitellaan lisätietoa siitä, millainen kuntoutusmuoto olisi kunkin skitsofreniaa sairastavan nuoren aikuisen kohdalla ja hänen tilanteeseensa nähden paras mahdollinen ja/tai millaista tukea henkilö tarvitsee asumisessaan ja arjessaan. Tavoitteena on myös perhetilanteen huomioiminen, jolloin saadaan tietoa ja tukea sairastuneen henkilön kokonaisvaltaisen kuntoutuksen suunnittelemiseksi.*
- 2. Lieventää psyykkisesti sairastavan henkilön kognition puutoksia, parantaa hänen mahdollisuuksiaan arkielämässä selviytymisessä, lisätä hänen sosiaalista toimintakykyään (ehkäistä eristäytymistä ja yksinäisyyttä) ja edesauttaa hänen valmiuksiin riittävän tuen turvin itsenäiseen asumiseen.*

3. *Luoda toimivia käytäntöjä mielenterveyskuntoutustyöhön ja uusia innovatiivisia yhteistoimintamalleja julkisen sektorin sekä kolmannen sektorin välille. Julkisen sektorin keskeisiä toimijoita ovat tässä yhteydessä sairaanhoitopiiri ja kunnat.*
4. *Kehittää psyykkisesti sairastuneen henkilön toimintakyvyn arviointitapoja, suunnitelmallista kuntoutusta ja tietokoneavusteisten neuropsykologisten ohjelmien käyttöä kuntoutustyössä.*
5. *Ennaltaehkäistä palvelujen epätarkoituksenmukaista käyttöä ja välttää epäonnistuneita kuntoutusyrittäjiä.*

Yllä kuvatut tavoitteet tuottivat kolme perustehtävää: 1) kehittää vakavaa psykoosita-soista mielen sairautta sairastavan nuoren aikuisen toimintakyvyn ja hänelle soveltu-vien kuntoutusmuotojen arviointia 2) kehittää arviointiin perustuvia kuntoutuskäy-täntöjä sekä 3) luoda toimivaa yhteistoimintaa julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välille. Perustehtävän laaja-alaisuus oli nähtävissä esimerkiksi työntekijöiden työnku-vissa ja kurssilaisten viikko-ohjelmassa. Kiinnostavalla tavalla kuntoutuskurssilla kehi-tettiin yhtä aikaa yksilötasolla toimintakyvyn arviointia ja toimintakyvyn parannus-keinoja sekä palvelujärjestelmätasolla tehtävää yhteistyötä ja palvelukokonaisuuksien asiakaslähtöistä räätälöintiä. Tavoitteet suuntasivat siten sellaisen kunnianhimoisen toimintamallin kehittämiseen, jossa yhdistyvät kuntoutuksen yksilö- ja järjestelmäläh-töinen suuntautuminen.

Perustehtävistä kuntoutus ja arviointi limittyivät kiinteästi toisiinsa. Niiden toteut-tamisessa työntekijät tukeutuivat ymmärrykseen psykoositasoisesta mielen sairaudesta sekä yksilön sairautena että ihmissuhteisiin ja yhteiskunnassa selviytymiseen vaikut-tavana sosiaalisena tekijänä (ks. luku 2). Kuntoutuksen ja arvioinnin päämäärät ovat tiivistettävissä kuntoutumisvalmiuden käsitteeseen (Peltomaa 2006). Käsitteellä työn-tekijät viittasivat siihen, että kuntoutuskurssin aikana on mahdollista arvioida osal-listujan tämän hetkistä toimintakykyä ja kokonaiselämäntilannetta eli kuntoutumisen lähtötilannetta, nostaa osallistujan kuntoutusmotivaatiota ja saattaa kuntoutumis-prosessi alkuun. Kurssin tehtävä oli siten luoda kurssilaisen jatkokuntoutumiselle par-haat mahdolliset edellytykset ja rakenteet.

No ehkä se on enemmän kuitenkin arviointikurssi. Kyllähän se painottuu siihen arviointiin, mutta kyllä siinä ohessa lähinnä sitä kuntoutumisvalmiutta arvioi-daan. Jos sitä ei ole niin sitä yritetään herätellä sitä kuntoutumisvalmiutta, että alkaisi edes se kuntoutuminen tässä. Kyllähän kuntoutuskurssi on molempia. (ote työntekijän haastattelusta)

4.2 Kurssi numeroina

Kuntoutuskursseja toteutettiin ajanjaksolla 14.9.2009–27.1.2012. Alla olevaan taulukoon on koottu kuntoutuskurssin numerotietoja:

Taulukko 1: Kuntoutuskurssille osallistujat

Kuntoutuskurssit	Kurssien lkm	Kurssilaisten lkm	Kurssilaisten keski-ikä	Sukupuoli
2009–2012	8	45	26,5	N 12 M 33

Taulukosta on luettavissa, että ajanjakson aikana pidettiin yhteensä kahdeksan kolmen kuukauden kuntoutuskurssia. Kuntoutuskursseille osallistui yhteensä 45 henkilöä, joista neljä keskeytti kurssin. Yhdelle kurssille osallistui keskimäärin 5,6 henkeä.

Kurssilaiset olivat pääsääntöisesti Tampereelta ja sen lähikunnista. Kurssille osallistui 33 miestä ja 12 naista. Kurssilaiset olivat iältään 19–37-vuotiaita. Keski-ikä oli 26,5 vuotta. Alla olevaan taulukoon on koottu tiedot henkilökunnan koulutustaustaista:

Taulukko 2: Kuntoutuskurssin henkilökunta

Henkilökunta	
lähihoitaja	2 (1)
sosionomi	1
toimintaterapeutti	1 (3)
psykiatrinen sairaanhoitaja	1
ostopalveluna psykologi	1

Työntekijöitä kurssilla oli viisi; kaksi lähihoitajaa, sosionomi, toimintaterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Kurssilla työskenteli kolme eri toimintaterapeuttia. Sosionomin jäädessä vanhempainvapaalle hänen sijaisekseen tuli lähihoitaja. Lisäksi työryhmää täydensivät ostopalveluna ostetut psykologin palvelut. Psykologi teki kurssilaisille kurssin alussa ja päätteeksi kognitiiviset toimintakyvyn arviointitestit.

4.3 Kurssi tilana ja paikkana

Kuntoutuskurssi toteutettiin erityisessä ympäristössä ja tiloissa, joilla oli merkitystä kurssilaisten ja ammattilaisten kohtaamiselle. Tila ja paikka ovat konteksteja², joissa ihmisten toiminta tapahtuu. Ilman tietoa tästä kontekstista, on vaikea saada käsitystä kurssista konkreettisenä toimintana ja fyysisenä ympäristönä. **Tilan** käsitteen avulla kuvaamme ja tarkastelemme kurssin fyysistä ympäristöä (ks. tilan käsitteestä Törrönen 1999; Vanhala 2005). **Paikka** on laajempi käsite, se muodostuu tilasta, sosiaalisista suhteista ja vuorovaikutuksesta (Vanhala 2005, 30). Jaamme kuntoutuskurssin tilat henkilökunnan, kurssilaisten ja kaikille yhteisiin tiloihin. Suurin osa kuntoutuskurssin tiloista oli kaikkien käytössä, kurssilaisten ja ammattilaisten yhteisesti jakamia. Kurssilaisille kuntoutuskurssi oli työnteon, arjen, vapaa-ajan, yhdessäolon ja lepäämisen paikka. Työntekijöille kurssi oli työnteon ja yhdessäolon paikka. Kurssilaiset asuivat pääsääntöisesti (joitain poikkeuksia lukuun ottamatta) kurssin tiloissa viidestä seitsemään päivään viikossa kolmen kuukauden ajan. Sen sijaan kuntoutuskurssin henkilökunta oli paikalla keskimäärin 12 tuntia päivässä viitenä päivänä viikossa, aikavälillä 8–18. Poikkeuksena lauantai, jolloin henkilökunta oli paikalla neljä tuntia, yhdeksästä yhteen. Työntekijät ja kurssilaiset olivat tietoisia tilassa olevista rajoista ja toimivat niiden mukaisesti. Tilan ja paikan kuvauksessa hyödynnämme tutkijoiden keräämiä valokuvia ja havaintopäiväkirjoja.

Kuntoutuskurssin ympäristö ja pihapiiri

Ajettaessa kuntoutuskurssille tie halkoo maalaismaisemaa, metsäisen tieosuuden jälkeen käännetään sairaalan piha-alueelle. Alue jossa kuntoutuskurssi sijaitsi, on järven rannalla, keskellä isoja ruohikkoalueita. Piha-alue rajautuu maantiehen, peltoon ja järveen. Kurssille tultaessa sairaalarakennukset jäävät selän taakse harmaina, ympäristöä hallitsevina kerrostalorakennuksina. Sairaalan ja kuntoutuskurssin erottaa pieni mäki ja ”metsikkö”, jolloin kurssin ympäristö oli selkeästi erillinen sairaalan pihasta. Kurssilla oli ”oma” piha ja rakennuksensa, vaikkakin sairaalan alueella. Pääpihakadun varteen ei ole laitettu erillistä opastetta kuntoutuskurssille. Sen sijaan sivupihaakadulta löytyi opastekyltti. Kurssin käytössä oli valkoinen tiilitalo. Rakennus poikkeaa muista sairaalan kerrostalonomaisista rakennuksista. Etupihalla oli nimikyltti, jossa luki kuntoutuskurssin nimi. Etupihan tupakkapaikalla oli usein kurssilaisia ja ohjaaja. Kun kiersi rakennuksen ympäri, näki upean järvimaiseman ja hyvin hoidetun nurmialueen. Järvenrannalla, kävelytiellä oli monasti ihmisiä kävelemässä. Rakennuksesta pääsi takaovesta suoraan nurmikentälle, jossa kurssilaiset pelasivat esimerkiksi krokettia.

² Kontekstilla tarkoitamme sitä, että tarkastelemme ihmisten toimintaa tietyssä ajassa ja paikassa (Jokinen ym. 1993, 30).

Takapihan suuntaan, parvekekorkeudella oli terassi, jossa on laatoitettu lattia. Sen parvekelaatikoissa pidettiin kesällä kukkia. Terassilla oli kaksi ruskeaa puista pöytää ja useita puisia tuoleja sekä grilli. Kun kurssin pihaan tuli, huomasi miten hiljaista oli, edes vieressä kulkevalta maantieltä ei juuri kuulunut ääniä. Tulija oli tullut rauhalliseen, luonnonläheiseen ympäristöön.

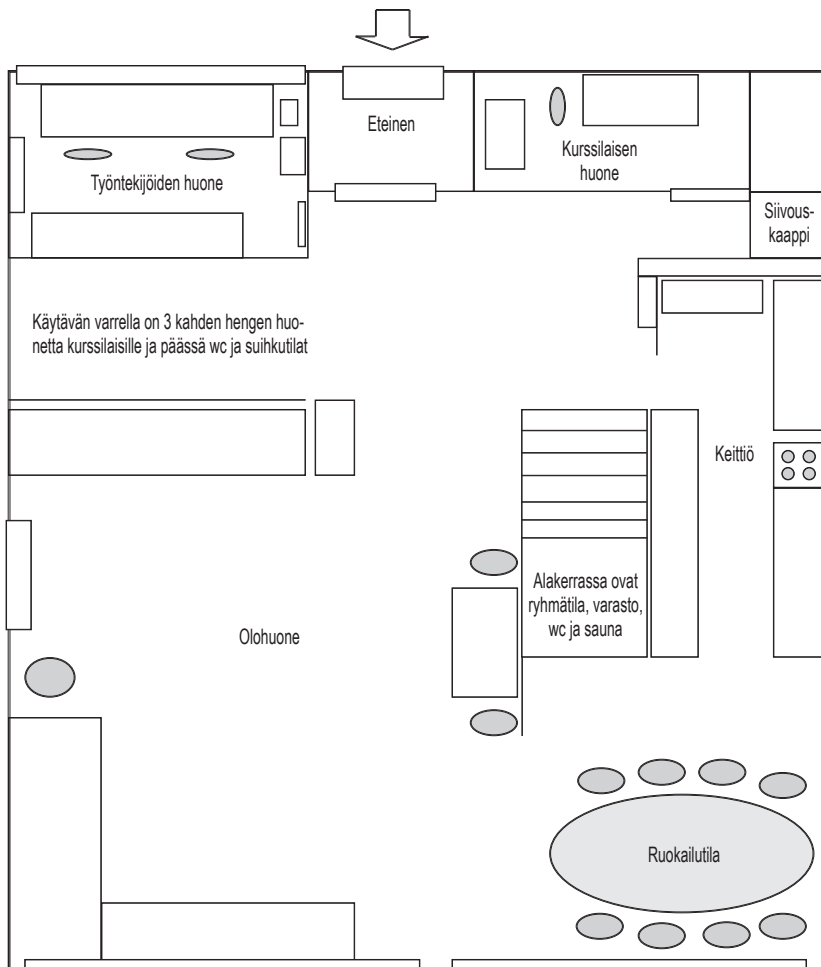
Sairaala-alue on etäällä kaupungin keskustasta. Kaikki palvelut kuten kaupat ja apteekit ovat kaukana. Tämä tuotti sen, että kaikkien asioiden hoitaminen vaati sekä työntekijöiltä että kurssilaisilta lähtemistä kaupunkiin ja vei paljon aikaa. Osa kurssilaisista koki vaikeaksi tulla kurssille, joka fyysisesti sijaitsee sairaalan vieressä ja kaukana kaupungista. Osa taas toi esille, että rauhallinen maalaisympäristö oli auttanut toipumisessa.

Kuntoutuskurssin tilat, toiminnan puitteet ja toimijat

Rakennuksen ulko-ovi oli valkoinen ja se oli liki aina lukossa. Useimmiten oven avasi tulijalle joku työntekijöistä – saattoi vastaan tulla kurssilaisen koirakin. Työntekijät olivat pukeutuneet omiin vaatteisiinsa, kuten kurssilaisetkin. Vaatetuksen perusteella ei siten pystynyt erottamaan työntekijöitä ja kurssilaisia toisistaan. Kun ulko-ovesta astui sisään, vastassa oli pieni tuulikaappi, jonka sisempi eteisaulaan johtava ovi oli liki aina auki. Eteisestä näkymä oli avara. Oikealla puolella oli työntekijöiden yhteinen toimistohuone. Huone oli pieni ja kaikkien työntekijöiden ollessa läsnä tila kävi ahtaaksi. Ovea pidettiin lukossa, emmekä havainneet, että toimistossa olisi tapahtunut asiakas- ja työntekijäkohtaamisia, vaan selkeästi kyse oli työntekijöille rajatusta tilasta, jossa he kävivät yhdessä läpi päivän tapahtumia, suunnittelivat tulevaa toimintaa, hoitivat puheluita ja sähköpostiliikennettä sekä tekivät asiakaskirjauksia. Mikäli kurssilaisilla oli työntekijöille asiaa, he koputtivat oveen ja esittivät asiansa ovelta. Huoneen ikkunan edessä oli työpöytä, jossa oli kaksi työpistettä. Ikkunaseinää vastapäätä oli pieni sohva. Vasemmalla oli pieni lipasto ja kopiokone, sen vieressä kirjahylly ja tuoli. Oikealla oli pieni lipasto ja naulakko. Seinälle oli laitettu ilmoitustaulu, työvuorolistat, kalenteri ja muistilappuja.

Työntekijöiden huoneiden vieressä oli kurssilaisen huone. Huoneessa oli sänky, pöytä ja tuoli. Pitkällä käytävällä, joka kulkee työntekijöiden huoneen ja olohuoneen välissä, oli kolme ovea kurssilaisten huoneisiin. Huoneet oli kalustettu likimain samalla tavalla. Toiset huoneista olivat kahden hengen huoneita. Kurssilaisten huoneet olivat yksityisiä. Tutkija kävi huoneissa vain, jos huone oli sovittu haastattelunkopaiaksi. Työntekijät koputtivat kurssilaisen huoneen oveen ennen kuin avasivat sen, kävivät herättelemässä kurssilaisia huoneissa ja ainakin kerran viikossa tarkistivat siivouksen. Kurssilaisille oli tärkeää, että he saattoivat tuoda mukanaan henkilökohtaisia tavaroita, kuten tietokoneen. Eteisaulan vasemmalla puolella oli naulakko ja naulakon vieressä siivouskaappi. Naulakko oli lähinnä tarkoitettu vierailijoille. Eteisaulan seinää koristi

Kuvio 1: Kuntoutuskurssin yläkerta



taulu. Kun astui askeleen eteenpäin, näki kenkätelineen ja monet kenkäparit. Kenkätelineen yllä oli lääkekaappi ja ilmoitustaulu, jossa olivat muun muassa ensiapuohjeet ja linja-auto-aikataulut. Eteisestä oli suora näkymä olohuoneeseen.

Olohuoneessa katse kiinnittyi kulmasohvaan ja kahteen suureen ikkunaan, joista oli näkymä järvelle. Ikkunoissa oli valkoiset lintukoristeiset verhot. Kulmasohvan takana seinällä oli iso taulu ja lattialla iso palmu. Vastapäätä kulmasohvaa oli takka ja taulutelevisio sekä dvd-soitin, jota kurssilaiset käyttivät elokuvien katseluun. Tavallinen tilanne oli, että jokunen kurssilainen vietti aikaa sohvilla: makoillen, istuen, lukien päivän lehteä ja/tai katsoen musiikkikanavaa televisiosta. Hiukan oikealla oli pieni pöytä ja kaksi tuolia sekä seinällä kello ja ilmoitustaulu, jonne kirjoitettiin päiväoh-

jelma ja työnjaot. Vaikka olohuone oli kodinomainen, viesti ilmoitustaulu siitä, että kyse on institutionaalisesta tilasta, jota raamittavat tietyt rutiinit, säännöt ja toimintatavat. Olohuoneen vieressä, samassa tilassa oli ruokailunurkkaus, jossa oli iso pöytä ja sen ympärillä monta tuolia. Kahvin tuoksu valtasi tilan pitkin päivää. Ruokailutilan valkoista seinää koristi iso maalaus ja isoa ikkunaa ikkunalaudalla olevat kukat. Ruokailutilasta pääsi suoraan keittiöön. Keittiö oli tilana pieni kotikeittiö. Siellä oli kaksi jääkaappia, tiskikone, hella ja kahvinkeitin sekä vedenkeitin. Keittiönkaappeihin oli merkittynä lapuin mitä kustakin kaapista löytyy. Keittiöstä oli pääsy eteisaulaan, jolloin kyseessä oli myös läpikulkutila.

Eteisaulasta johtivat portaat alas. Vasemmalla oli suljettu ovi varastoon. Varastosta löytyi muun muassa askartelu- ja urheiluvälineitä. Varastohuoneen takana oli lukittu huone, jossa oli pakastin, ruokatavaroita ja muuta tavaraa. Oikealla oli iso tila, johon ikkunoiden alle oli asetettu seitsemän lepotuolia ympyrän muotoon. Tuolien keskellä oli matto ja takana seinällä piirtotaulu ja seinämaalaus. Vasemmalla puolella huonetta oli iso valkoinen pöytä ja tuolit. Niiden takana oli tietokone, joka oli tarkoitettu kurssilaisien käyttöön. Valkoisen pöydän vieressä oli ovi vessaan ja saunatiloihin. Näistä tiloista löytyi myös pyykkikone. Siinä missä yläkerran tilat viestivät oleskelusta ja arjen elämisestä, alakerran tila oli suunniteltu ryhmätyöskentelyyn ja varastointiin. Alakeran ryhmätyötilassa pidettiin usein myös omatyöntekijän ja kurssilaisen välisiä keskusteluhetkiä.

Lisäksi työntekijöillä oli käytettävissään kokoustilana erillinen, samassa pihapiirissä oleva huoneisto, jossa oli kaksi huonetta, keittiö ja wc. Huoneistossa pidettiin erilaisia palavereita ja yksilökeskusteluja kurssilaisen kanssa. Kun astui huoneistoon, avautui pitkänomainen eteinen. Eteisessä oikealla oli naulakkotila vaatteille. Naulakon jälkeen oli huone, jossa oli työpiste tietokoneineen eli työtilat yhdelle ihmiselle. Eteiskäytävän vasemmalla puolella oli kaksi ovea, joista toinen johtaa vaatekaappiin ja toinen vessaan. Kun käytävää käveli eteenpäin, tuli vastaan keittiö, joka oli kalustettu pelkistetysti. Huoneessa oli kahvinkeitin, lattialla matto ja ikkunalla verhot. Keittiöstä ja eteisestä pääsi suoraan olohuoneeseen, joka oli kalustettu kokoustilaksi: oli iso pöytä, useita tuoleja ja fläppitaulu.

4.4 Kurssin rakenne ja käytännöt

Yhdeksältä on yhteisen aamupalan jälkeen aamukokous. Ensin käydään läpi kuka oli jäämässä kurssille viikonlopuksi, vain Kalle oli jäämässä. Työntekijä kyselee kurssilaisilta kuka on lähdössä ja koska on maanantaina palaamassa ja mihin ruokailuihin on kukin osallistumassa. ”Mikä fiilis”-kierroksella useampi tuo esille, että tekemistä voisi olla enemmänkin. Kokouksessa käydään läpi päiväohjelma, joka oli kirjoitettu taululle. (ote havainnointipäiväkirjasta)

Aloitamme lounaalla Rossossa. Ruokalista oli innokkaimmat katsoneet netissä etukäteen. Kyseessä on harjoittelutehtävä ”ravintolakäyttäytymisestä”. Lounaalta siirrymme ostoskeskukseen, jossa kaikille on määrätty ennalta tehtävät. Nämä tehtävät liittyivät asioihin, joita kukin kurssilainen oli nimennyt erityisen vaikeiksi aikaisemmissa sosiaalisten taitojen ryhmissä. Kallen pitää löytää kirjakauppa ja kysyä myyjältä eräästä kirjasta, josta hän oli usein puhunut (hintaa ja saatavuus). Lisäksi hänen pitää hakea itse lääkkeet apteekista. Martan tehtävä on vaatekaupassa asioiminen; Pekalla parturista ajan varaaminen. Kaikki suoriutuvat hyvin. Osa porukasta liikkuu vapaasti, samalla osa pitää ”leiriä” kahvilassa. Pöydässä ehditään ihmetellä sitä, miten se oma keskittymiskyky katoaa kuin savuna ilmaan vilkkaissa paikoissa, ja että ilman porukkaa olisi ”aivan pihalla” täällä. Kyseessä oli selvästi merkittävä ja suuri reissu. (ote havaintopäiväkirjasta)

Yllä olevat otteet kuvastavat sitä, miten kuntoutuskurssin arki oli suunniteltu siten, että se tuki kuntoutumista ja mahdollisti kuntoutumisen arvioinnin. Olennaisia toimintoja olivat yhdessä tehdyt arjen askareet ja ryhmät kuntoutuskurssin tiloissa sekä harjoitustehtävät, joiden tekeminen edellytti lähtemistä luontoon, kaupunkiin ja julkisille paikoille. Kuntoutuskurssin **päivässä vuorottelivat ohjattu tekeminen ja vapaa-aika**, jolloin kurssilaisten tuli itsenäisesti suunnitella ja ohjata omaa tekemistään. Tämä synnytti keskustelua sekä työntekijöiden että kurssilaisten keskuudessa siitä, onko kullakin kurssilla liian vähän, sopivasti vai liikaa ohjattua päivätekemistä. Suuri osa kurssilaista toi haastatteluissa esille, miten merkittäviä ja vointia kohentavia ekskursiot kuntoutuskurssin ulkopuolelle olivat.

Alla on päiväohjelma, johon on kerätty viikko-ohjelmasta kurssilla tyypillisesti toistuneita tapahtumia. Työntekijöiden työajan päätyttyä kurssilaiset viettivät illat keskenään ja se oli heille vapaa-aikaa.

Kalevi keittiövuorossa

Veskitsekki Martta

8.30	aamupala
9.00	aamukokous ja lenkki
10.15	oireidenhallintaryhmä
12.00	lounas (sairaalalla)
13.15	omien huoneiden siivous
14.15	Kallen palaveri
15.30	päivällinen (sairaalalla)
15.30–16.30	yksilöllisiä keskusteluaikoja
16.00–16.30	sauna (vain Mari menossa)
16.30–17.00	sauna (vain Pekka menossa)

Kuntoutuskurssilla yhteisöllisyys ja yksilöllisyys olivat molemmat läsnä. Niiden välillä tasapainoiltiin ja molempia orientaatioita hyödynnettiin kuntoutumisessa. Tämä tulee näkyväksi viikko-ohjelmassa, joka muodostui ryhmistä, yksilötapaamisista, kunkin kurssilaisen suorittamista askareista sekä kurssilaisten kuntoutussuunnitelma- ja hoitoneuvotteluista. Työntekijöiden orientaatioissa ja työtavassa korostuivat kuitenkin yksilöllisyys ja räätälöinti työmenetelmänä. Yhteisöllisyys ei määrittynyt strukturoiduksi työmenetelmäksi. Kyseessä ei ollut terapeuttinen yhteisö, vaikka yhteisöllisyyden elementtejä hyödynnettiin kurssin arjessa. Kurssille osallistuneet toivat haastattelussa esille sitä, kuinka tärkeää oli tulla kohdatuksi sekä yksilöllisesti että osana ryhmää.

Kurssilla paneuduttiin kokonaisvaltaisesti kunkin osallistujan tilanteeseen ja pyrittiin parantamaan hänen mahdollisuuksiaan toimia itsenäisesti ja aktiivisesti omissa elämässään. Kurssilla harjoiteltiin esimerkiksi sosiaalisia vuorovaikutustaitoja ja oireidenhallintaa. Erittäin tärkeää oli sosiaalisissa tilanteissa selviytymisen harjoittelu. Näitä toimintoja harjoiteltiin sosiaalisten taitojen ryhmässä ja toiminnallisessa ryhmässä. Sosiaalisia ja toiminnallisia taitoja harjoiteltiin paljon liikkumalla julkisilla liikennevälineillä ja käymällä esimerkiksi ravintoloissa, elokuvissa, museoissa, virastoissa ja kauppoissa. Monella kurssilaisella oli vaikeuksia liikkua itsenäisesti ja tämän nähtiin lisäävän eristäytymis-, syrjäytymis- ja eriarvoistumisriskiä. Harjoituksia tehtiin sekä yksilöllisesti että ryhmässä. Tästä toiminnasta oli kurssilaisten näkemysten mukaan erittäin paljon hyötyä. Keskeisellä sijalla oli myös tiedon antaminen sairautesta. Näin pyrittiin lisäämään ymmärrystä siitä, millaisen ilmiön kanssa nuori aikuinen ja hänen läheisensä olivat tekemisissä. Lähtökohta oli, että kurssilaiset löytäisivät keinoja oman sairautensa hallitsemiseen ja hoitamiseen, ja siten murtautuisivat ulos passiivisen sairaan roolista.

Oireiden hallinnan ja kuntoutumisen syventämisen ohella kurssilla paneuduttiin osallistujien kognitiivisten valmiuksien kohentamiseen. Kognitiivisia taitoja harjoiteltiin tietokoneharjoitusten ja kirjallisten tehtävien muodossa. Kognitiivisten taitojen kohenemisella tarkoitettiin kurssilaisen muistin ja keskittymiskyvyn paranemista sekä oman toiminnan suunnittelua ja toteuttamista loogisesti. Jotta kognitiivisten taitojen paraneminen saatiin nivellettyä kurssilaisten arkeen, sisältyi viikko-ohjelmaan myös arkisia askareita, kuten esimerkiksi ruoanlaittoa, pyykinpesua ja kaupassakäyntiä.

Ryhmät olivat olennainen osa kurssilla tapahtuvaa kuntoutusta. Eri kursseilla ryhmät oli toteutettu hiukan eri tavoin lähtien kurssilaisten tarpeista. Ryhmien perusideat pysyivät pitkälti samoina alusta saakka. Ryhmien tarkoitus oli tarjota vertaistukea ja oppimisen mahdollisuuksia. Seuraavassa esittelemme ensin eri ryhmät ja sen jälkeen kuvaamme kurssilla käytettyjä keskeisiä työmenetelmiä.

Ryhmät:

- *Avoimen ryhmän* sisältö vaihteli nimensä mukaisesti kurssilaisten ja työntekijöiden ideoiden mukaan. Ryhmä oli keskusteleva (esim. päihteet, lääkkeet, vuorovaikutus, ajankohtaiset asiat), toiminnallinen (pelaaminen, lenkkeily) ja opetuksellinen (tiedon tuominen).
- *Omatoimiryhmässä* kurssilaiset toimivat ilman työntekijöitä. Ryhmästä vastasi aina kaksi kurssilaista työparina. He suunnittelivat aiheen (esim. levyraati, maalaaaminen, syömään lähteminen kaupungille) ja laativat budjetin. Ryhmän tavoitteena oli ryhmäytymisen ja kurssilaisten omatoimisuuden vahvistaminen.
- *Sosiaalisten taitojen ryhmässä* harjoiteltiin vuorovaikutustaitoja. Kurssin alussa kartoitettiin kyselylomakkeen avulla sitä, missä vuorovaikutustaidoissa kurssilaiset tarvitsivat harjoitusta ja tämän perusteella suunniteltiin ryhmän sisältö (esim. katsekontaktin, itsensä esittelemisen, oman mielipiteen esittämisen ja eri tilanteissa olemisen harjoittelua).
- *Toiminnallisessa ryhmässä* keskeisenä asiana oli liikkumisen harjoittelu kurssin ulkopuolella. Ryhmässä tutustuttiin harrastusmahdollisuuksiin ja vapaa-ajanviettopoihin. Tavoitteena oli saada sisältöä elämään ja löytää itselle mielekästä tekemistä.
- *Oireidenhallintaryhmässä* perehdyttiin sairauteen ja sen oireisiin. Kyseessä oli strukturoitu ryhmä, joka perustui Satakunnan Sairaanhoidopiirissä tehtyyn DVD:hen. Ryhmässä keskityttiin löytämään kunkin kurssilaisen omat sairauden varomerkit, pysyväisoireet ja niiden hallintakeinot.
- *Aamukokous* aloitti päivän ja yhdellä kurssilaisella oli vuorollaan vetovastuu kokouksesta. Aamukokouksen rakenne vaihteli kurssilta toiselle. Kokouksessa katsottiin aamu-uutiset, ja käytiin läpi kurssilaisten kuulumiset sekä päivän ohjelma.
- *Ruokaryhmä* kokoontui epäsäännöllisesti. Ruokaryhmässä kurssilaiset valmistivat ruokia yhteisiin juhliin ja vieraille. Ryhmässä tehtiin myös toisinaan ruokaa illoiksi. Ruuanlaitto oli tärkeä osa arjen taitojen opettelua ja toimintakyvyn arviointia.

Työmenetelmät:

- Kuntoutuskurssilla korostettiin alusta alkaen yksilöllisyyttä ja räätälöintiä työmenetelmänä. *Yksilökeskustelut* sisältyivät viikko-ohjelmaan. Yksilöaikoja järjestettiin kunkin kurssilaisen kanssa alkuun päivittäin ja kurssin edetessä niitä harvennettiin viikoittaisiksi tapaamisiksi. Säännöllisten tapaamisten lisäksi yksilöaikoja järjestettiin tarpeen mukaan (esim. kun kurssilaisella oli jokin akuuttiasia). Yksilöaikojen sisältöjä olivat esimerkiksi: Foramen-Rehab ohjelmalla työskentely, ruu-

- anlaitto, liikkuminen, pelit, keskustelut, sosiaalitoimen kanssa hoidettavat asiat, tutustumiskäynnit esimerkiksi jatkokuntoutus- ja opiskelupaikkoihin.
- ”Keinoja omaan kuntoutumiseen” -mallin (MTKL) työvälineitä käytettiin vaihtelevasti ja soveltuvin osin eri kursseilla ja eri ryhmissä. MTKL:n mallin tarkoitus on tukea kuntoutumista lisäämällä tietoa kuntoutumisesta ja toimintakyvyn edistämistä.
 - *Luovassa toiminnassa* harjoiteltiin taiteellista ilmaisua ja kädentaitoja.
 - *Yksilöllisten taitojen ohjaamista ja arviointia* toteutettiin erilaisissa tilanteissa (kuten viikko- ja päivittäissiivouksen ja aamupalan valmistuksen yhteydessä).
 - *Tietokoneavusteiset harjoitukset*, joissa tehtiin tehtäviä, jotka harjaannuttivat keskittymiskykyä, tarkkaavaisuutta, muistia sekä toiminnanohjaus- ja ongelmaratkaisukykyä.
 - *Perheet ja läheiset* otettiin mukaan monin eri tavoin kurssilaisen kuntoutumiseen. Kuntoutuskurssin edetessä työskenteleminen perheiden kanssa muuttui intensiivisempään ja strukturoidumpaan suuntaan. Perhe- ja vanhempaintapaamiset vakiintuivat työkäytännöksi. Lähes alusta alkaen jokaisen kurssin aikana järjestettiin omaisten ilta, jossa olivat vierailijoina muun muassa psykiatri ja edustaja Omaiset mielenterveystyöntukena ry:stä. Viimeisillä kursseilla otettiin käyttöön perheohjaus, joka on omaisille ja läheisille suunnattua ryhmämuotoista toimintaa.
 - *Verkostoyhteistyö* palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa piti sisällään mm. tulevien kurssilaisten valitsemisneuvotteluja sekä jatkokuntoutuspolkujen suunnittelua.

Yllä kuvatut kuntoutustyön muodot tekivät kurssista yksilöön kokonaisvaltaisesti kohdistuvan ja intensiivisen. Työntekijöiden työ määrittyi laaja-alaiseksi pitäen sisällään yksilö- ja ryhmäkuntoutusta, palveluohjausta ja kulkemista kurssilaisen mukana esimerkiksi lääkäri- ja laboratoriokäynneillä, hoitoneuvotteluissa ja virastoissa. Kolmen kuukauden ajan työntekijät olivat lähellä kurssilaista. He oppivat tuntemaan kunkin kurssilaisen vahvuudet sekä sairauden mukanaan tuomat esteet ja rajoitteet. Kuitenkaan kuntoutumista ei tapahtunut ainoastaan ammattilaisten tuella. Olennaisia olivat myös yksilön omat resurssit, toiminta ja hänen lähiympäristönsä. Kurssilaisten vapaaajalla ja ryhmissä korostuivat vertaistuen, ryhmäytymisen, yhdessä tekemisen ja puhumisen merkitys kuntoutumisessa:

Oireidenhallintaryhmässä keskustellaan psykoosin oireista, psykoosin tulemisesta ja siinä olemisesta. Olemme alakerran huoneessa ympyrässä. Kalle kertoo, miten ensimmäinen psykoosi tuli opistossa. Pekka kertoo, että pahinta sairastamisessa on itseinho ja se, että pelkää enemmän kaikkea kuin aikaisemmin. Ryhmässä tulee

esille vertaistuen voima, mutta myös haasteet; kokemusten erilaisuus ja samanlaisuus, mahdollisuus saada positiivista palautetta, mutta myös vaara lannistua, kun ei ole kuntoutunut kuten muut. (ote havaintopäiväkirjasta)

*Oireidenhallintaryhmä alkaa DVD:llä, jossa käsitellään varomerkkejä, pysyväis-
oireita ja lääkkeiden sivuvaikutuksista johtuvia oireita. Tämän jälkeen siirryttiin
viereiseen kaksioon, jossa kaikki täyttivät kyselyn, jossa oli mainittu 48 varomerk-
kiä, ja tuli vastata oliko kyseinen varomerkki ilmaantunut ennen sairaalaan jou-
tumista, usein sen jälkeen, ei koskaan. Tehtävä ei ollut helppo. (ote havaintopäi-
väkirjasta)*

Moni kurssilainen tuli kuntoutuskurssille tilanteessa, jossa sairastuminen oli uusi, hämmäntävä, huolta herättävä ja pelottava asia. Heillä ei juuri ollut tietoa psykoosi-
soisesta mielen sairaudesta, sen hallitsemisesta ja sen kanssa elämisestä. Siten oireiden-
hallintaryhmä muodostui monelle tärkeäksi kokemukseksi ja informaatiokanavaksi,
joskin oman sairauden kohtaaminen oli myös vaikeaa ja raskasta. Lisäksi kurssilaiset
toivat haastatteluissa esille sitä, miten juuri toiset kurssilaiset ja se, ettei tarvinnut olla
yksin, oli kuntoutuskurssilla parasta ja se mikä auttoi. Tämä oli tutkijoidenkin silmin-
nähdessä nähtävissä monien kurssille osallistuneiden kunnon kohentumisena. Kolmen
kuukauden aikana ihmisten olemuksessa ja olemisessa tapahtui merkittäviä muutok-
sia, kuten piristymistä, rauhoittumista, puheen selkiytymistä, katseen kirkastumista,
olemuksen siistiyymistä ja toivon heräämistä.

HAASTATTELIJA: *Mikä on ollut täällä kaikkein tärkeintä tai semmoista mikä jää mie-
leen kun täältä lähtee pois?*

KURSSILAINEN: *Että on mahdollista olla yhdessä muiden ihmisten kanssa eikä tar-
vitse olla aina huolissaan. Siihen on mahdollisuus.*

HAASTATTELIJA: *Ja se on tuntunut hyvältä.*

KURSSILAINEN: *Joo.*

HAASTATTELIJA: *Mikä on ollut ehkä vaikeinta ja hankalinta täällä ollessa?*

KURSSILAINEN: *Nuo draamaharjoittelut missä pitää esittäytyä ja siinä on ollut aina
vaikeuksia.*

(ote kurssilaisen haastattelusta)

* * *

HAASTATTELIJA: *No mikä täällä on ollut parasta tai tärkeintä sinulle?*

KURSSILAINEN: *No minä tykkään kun on ihmisiä.*

(ote kurssilaisen haastattelusta)

Moni kurssilainen oli elänyt eristäytyneenä ja yksinäistä arkea. Haastattelupuheessa sosiaalisiksi verkostoiksi ja tärkeiksi ihmisiksi määrittäytyivät lähes poikkeuksetta äiti, isä ja sisarukset. Kuitenkin kurssilaiset pääsääntöisesti sopeutuivat ja pärjäsivät hyvin yhteisasumisessa ja sosiaalisesti intensiivisellä kuntoutusjaksolla. Moni kertoikin pelkäävänsä paluuta arkeen, jos se tarkoittaa sitä, että he ovat yksin asunnossaan tai huoneessaan ilman mielekästä päivätekemistä.

4.5 Kurssin arviointitoiminta

Sosiaalisten taitojen ryhmän jälkeen työntekijät keskustelevat jokaisen ryhmässä olemisesta ja kirjaavat ylös havaintojaan. Kirjaaminen on kuntoutuskurssilla suuri haaste: mihin kirjata, milloin kirjata, mitä kirjata. Keskustelutilanne on sekä purku-, arviointi-, että kirjaamistilanne. (ote havainnointipäiväkirjasta)

* * *

Mari hääri ohjaajan kanssa keittiössä ja suunnittelivat jouluruokaa. He sopivat, että Mari alustaa rosollin, keittää sitä varten porkkanat ja perunat sekä pilkkoo ne eri astioihin. Ennen rosollin teon aloittamista hän etsii netistä Rosollireseptin. Rosollin teon on tarkoitus toimia Marin ICF³-arviointina. (ote havaintopäiväkirjasta)

Havaintopäiväkirjan otteet kuvaavat sitä, kuinka arkiseen kurssitoimintaan kietoutui kuntoutus, kuntoutumisen arvioiminen ja toiminnan kirjaaminen. Tavallinen ruuanlaittilanne oli sekä oppimis- että mittaamistilanne, joka tuli raportoida. Tämä työkuvan laaja-alaisuus tuotti haasteita työntekijöille. He tekivät jatkuvasti ratkaisuja sen suhteen mikä kurssilaisen toiminnassa on relevanttia arvioinnin ja kirjaamisen näkökulmasta. Siten arviointi oli havainnointi- ja tulkintatyötä sekä asioiden arvottamista suhteessa kunkin yksilön kohdalla toivottavaan, tavalliseen ja tavoiteltavaan toimintakykyyn.

Kurssilla perehdyttiin kurssilaisen nykytilanteeseen ja arvioitiin hänen toimintakykyään. Arviointia tekivät niin työntekijät kuin kurssilainen itse ja sitä tehtiin kurssilla koko ajan ja kaikessa toiminnassa. Arviointi toteutettiin sekä **erillisissä arviointitilanteissa** että **jokapäiväisessä arjessa**. Erillinen yksilön toimintakyvyn arviointi perustui ammattilaisten käyttämiin testeihin ja lomakkeisiin. Arjen arviointi puolestaan perustui työntekijöiden tekemiin havaintoihin ja kirjauksiin kurssilaisten toiminnasta,

3 ICF (International Classification on Functioning, Disability and Health) eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus on väline kokonaisvaltaiseen terveydentilan ja toimintakyvyn arvioimiseen. Siinä on kaksi osaa 1) toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä 2) yksilöön ja ympäristöön liittyvät kontekstuaaliset tekijät. (Smolander & Hurri 2004.)

voinnista ja tunnetiloista. Se tuotti yksityiskohtaista tietoa kurssilaisen olemisesta ja selviytymisestä kurssilla. Sitä toteutettiin suunnitelmallisesti. Esimerkiksi siivous-, kodinhoito- ja keittiötyöt olivat tarkoin ohjeistettu ja pilkottu työvaiheisiin. Näiden avulla kunkin kurssilaisten toimintaa seurattiin ja arvioitiin. Kurssilaiselle annettiin myös suullista palautetta töiden suorittamisesta.

Työntekijät osallistuivat arviointivälineiden käyttöä käsitteleviin koulutuksiin ja pohtivat arviointivälineiden soveltuvuutta käytännön kuntoutustyössä. Arvioinnin osalta kaikkien työnkuvaan kuului sekä arjen arvioinnin että toimintakyvyn arviointimenetelmien hallinta, käyttö ja kehittäminen. Erityisiä arvioinnin tehtäviä oli toimintaterapeutilla ja psykologilla.

Toimintaterapeutin työnkuvaan kuului asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi sekä ryhmien ohjaaminen. Toimintaterapissa ollaan kiinnostuneita arkisista asioista; asiakkaan mahdollisuuksista huolehtia itsestään, tehdä työtä, opiskella ja viettää vapaa-aikaa. Toimintamahdollisuuksien arvioinnissa kartoitetaan asiakkaan arkeen kuuluvia toimintoja, rutiineja ja rooleja. Lisäksi selvitetään sairauteen liittyviä ympäristö- ja yksilötekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan hyvinvointiin ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Arvioinnissa kartoitetaan myös asiakkaan vahvuuksia, mielenkiinnon kohteita ja toiminnallisia taitoja, jotka edistävät asiakkaan toimimista (Kuntoutuskurssin loppuraportti 2011, 18; Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa...).

Arvioinnista saatujen tietojen pohjalta laadittiin kurssitavoitteita ja jatkosuunnitelmia kurssin jälkeen. Toimintaterapeutin tekemä arviointi perustui kurssilaisen itsearviointiin ja hänen kanssaan keskustelemiseen. Lisäksi toimintaterapeutti havainnoi toiminnallisia tilanteita, kuten esimerkiksi asioimista, ruuanlaittoa ja vapaa-ajan toimintaa. Hän käytti apunaan ”Inhimillisen toiminnan” -malliin (The Model of Human Occupation, MOHO) pohjautuvia menetelmiä (Kuntoutuskurssin loppuraportti 2011, 18), kuten:

MOHOST = toiminnan havainnointiin pohjautuva arviointimenetelmä, joka antaa tietoa miksi asiakas ei sitoudu itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen tai vapaa-aikaan. Arvioidaan kattavasti henkilöön ja fyysiseen/sosiaaliseen ympäristöön liittyviä tekijöitä: toimintaan motivoitumista, toimintatapaa, viestintä- ja vuorovaikutustaitoja, prosessuaalisia taitoja, motorisia taitoja sekä ympäristöä. Menetelmä tuo esiin myös asiakkaan vahvuudet. (Kielhofner, 2008, 294–295.)

OCAIRS = puoli-strukturoitu haastattelu, joka tuottaa tietoa asiakkaan toiminnallisen osallistumisen määrästä ja laadusta. Kiinnostuksen kohteena ovat mm. asiakkaan mielenkiinnon kohteet, arvot sekä lyhyen- ja pitkänaikavälin tavoitteet. (Kielhofner, 2008, 262–263.)

ACIS = toiminnan havainnointiin perustuva arviointimenetelmä, joka antaa tietoa asiakkaan vahvuuksista ja heikkouksista vuorovaikutus- ja kommunikaatio- taidoissa (Kielhofner, 2008, 223).

OSA = toimintamahdollisuuksien itsearviointi, joka nostaa esiin asiakkaan tärkeiksi kokemat toiminnat sekä kuinka hän itse hahmottaa suoriutuvansa niistä. Arviointilomakkeistossa on väittämiä, jotka nostavat esiin arjentaiteihin ja hallintaan liittyviä teemoja sekä tietoa asiakkaan tavoista, rutiineista ja mielenkiinnoista. (Kielhofne, 2008, 246.)

(lainattu Kuntoutuskurssin loppuraportista 2011)

Psykologin työpanos ostettiin ulkopuolelta, läheisen psykiatrisen sairaalan työntekijältä. Psykologin tehtäviin kuului testata kaikki kurssilaiset sekä kurssin alussa että lopussa. Tutkimusmenetelmänä hän käytti haastatteluja ja erilaisia kognitiivisiin toimintoihin kuten esimerkiksi kielelliseen päättelyyn, havainnointiin ja muistin toimintoihin liittyviä testejä. Tarkoitus oli kartoittaa kurssille osallistuvien kognitiivista toimintakykyä eli työmuistia, muistitoimintoja kokonaisuudessaan, kielellistä muistia, ei-kielellistä muistia, kielellisiä taitoja, visuaalista muistia sekä toiminnanohjausta. (Kuntoutuskurssin loppuraportti 2011.)

Kuntoutuskurssin moniammatillisessa työryhmässä kaikki tekivät kuntoutumisen arviointityötä sekä osallistuivat arviointilomakkeiden kehittämiseen. **Ohjaajien vastuulla** oli ennen kaikkia luvun alussa kuvattu arjen arviointi. Tässä työssä he käyttivät suunnittelemaansa lomakkeita kurssilaisten sosiaalisten taitojen, ryhmätyöskentelyn ja itsenäisen toimimisen kirjaamiseen ja arvioimiseen. Lisäksi ohjaajat käyttivät yhdessä kurssilaisten ja omaisten kanssa ASTA-arviointilomaketta, joka on Asumispalvelusäätiö ASPAn ”Omaan-elämään” -turvallisen asumisen projektin kehittämä päivittäisten asumisen toimintojen arviointilomakkeisto. Lomakkeisto otettiin käyttöön kuntoutuskurssilla keväällä 2010, sillä työntekijät katsoivat tarpeelliseksi vahvistaa arjenhallinnan arvioinnin työmenetelmiä. Lomakkeistoa käytettiin eri tavoin, yksilöllisesti kunkin kurssilaisen kohdalla. Lomakkeisto ohjasi työntekijän haastattelu- ja havainnointityötä sekä toimi kurssilaisen itsearvioinnin välineenä. Tavoitteena oli tuottaa omaohjaajan ja kurssilaisen yhdessä tekemä ja keskusteltu tilannearvio. (Kuntoutuskurssin loppuraportti 2011, 19.)

Arvioinnissa ja kuntoutumisen tavoitteiden määrittelyssä käytettiin apuna myös ICF-luokitusta (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, International Classification on Functioning, Disability and Health). Työntekijät muokkasivat ICF-lomakkeistoa kuntoutuskurssille paremmin sopivaksi ja lopputuloksena syntyi yksinkertaistettu arviointilomake, jossa arvioitiin kurssilaisen:

- temperamenttia ja persoonallisuustoimintoja
- henkistä energiaa ja viettitoimintoja
- tarkkaavuustoimintoja ja muistitoimintoja
- ongelmien ratkaisemista
- yksittäisten tehtävien tekemistä
- päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittamista
- stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsittelemistä
- keskustelutaitoja

(lainattu Kuntoutuskurssin loppuraportista 2011)

Käytännössä arviointi toteutettiin niin, että sekä kurssilainen itse että omaohjaaja arvioivat kurssilaisen toimintakykyä yllä mainittujen osa-alueiden osalta. Tämän jälkeen osapuolet vertasivat näkemyksiään. Tavoitteena oli keskustelun pohjalta kartoittaa kurssilaisen vahvuudet ja kehittämistä vaativat osa-alueet. ICF-arvioinneista saatuja tietoja käytettiin kuntoutumistavoitteiden laatimisessa, joita saattoivat olla esimerkiksi sosiaalisten taitojen ja ajanhallinnan harjoittelu, toiminnanohjauksen kehittäminen, pitkä- ja lyhytkestoisen muistin ja tarkkaavaisuuden harjaannuttaminen.

Kaikien edellä kuvatun arviointimateriaalin pohjalta työntekijät kirjoittivat kullekin kurssilaiselle loppulausunnon, joka lähetettiin kurssin päätyttyä kurssilaiselle ja hänen hoitotaholleen. Työntekijät kehittivät loppulausunnon rakennetta ja sisältöä kurssien kuluessa, joskin loppulausuntojen muuttuminen ei ole kovin selkeästi nähtävissä tutkimushankkeen käytössä olevista lausunnoista. Tämä näkyy muun muassa siinä, että loppulausuntojen rakenne pysyi koko kuntoutuskurssin ajan lähes samana. Lausunnossa tapahtui muutoksia lähennä otsakkeissa, joista joitain poistui ja joitain korvautui uusilla.⁴

Itsearviointi, tarpeiden määrittely ja jatkosuunnitelmien tekeminen oli usein kurssilaisille vaikeaa. He olivat tottuneet siihen, että muut arvioivat heidän puolestaan heidän vointiaan ja tulevaisuuden mahdollisuuksiaan. Kurssilaisella ei välttämättä ollut tarvittavia käsitteitä, joiden avulla kuvata tunnetilojaan, vointiaan ja sairauden mukanaan tuomia rajoitteita. Tästä syystä työntekijät ”valmensivat” ja rohkaisivat kurssilaisia tuomaan esille omia näkemyksiään, puhumaan omasta puolestaan arvioinneissa ja palaveritilanteissa.

4 Loppulausuntojen rakenne muodostui seuraavanlaiseksi: lausuntojen alussa asiakkuus määritellään kertomalla kenen loppulausunnon on kyse ja mikä on hänen sairausdiagnoosinsa. Tämän jälkeen esitellään kurssi ja sen toimijat. Seuraavaksi palataan asiakkaaseen ja kuvataan hänen tulonsa kurssille, hänen kurssitavoitteensa ja kurssin kulku. Näiden jälkeen on tiivistelmä kurssista ja tiivistelmät ryhmistä kuten oireidenhallinnan ja sosiaalisten taitojen ryhmistä. Seuraavaksi lausuntoihin on kirjattuna asiantuntijoiden: toimintaterapeutin ja psykologin yhteenvedot. Loppulausunto päättyy kirjaukseen kurssilaisen kurssilta lähtötilanteesta. Lopuksi asiat kootaan vielä yhteenvedoon ja tehdään jatkosuunnitelmasuosituksia.

Tällainen asianajo ja asiakkaan aseman vahvistamistyö on nähdäksemme erittäin merkityksellistä vakavasta psykoositasoisesta mielen sairaudesta toipumisessa ja asiakaslähtöisyyden toteutumisessa. Usein kurssin osallistujat, kuten me kaikki, tarvitsevat keskusteluapua, jotta selkiintyisi se hyvä elämä, johon itse haluaisi pyrkiä ja johon on mahdollista pyrkiä. Kuntoutuskurssilla tehtävään arviointityöhön kietoutui siten kurssilaisien identiteettiyö; heidän itsenäisyytensä ja itsetuntonsa vahvistaminen – työntekijän suuntaamana ja tukemana.

Arjen arvioinnin merkittävyys on juuri siinä, että sen avulla tavoitetaan yksityiskohtaista, tilannesidonnaista tietoa yksilön toimintakyvystä hänen arjessaan. Tosin kuntoutuskurssi arviointiympäristönä oli sekin erityinen, eikä täysin vastaa niin sanottua tavallista arjen ympäristöä. Arjen arviointi edellyttää läheistä ja suhteellisen pitkäaikaista työskentelysuhdetta työntekijän ja kurssilaisen välillä. Olennaista arvioinnissa on se, että sen avulla ammattilaiset, kurssilainen ja hänen omaisensa saavat tietoa siitä, miten vakava psykoositasoinen mielen sairaus ilmenee arjen vuorovaikutussuhteissa, ajankäytössä, askareissa, asioiden hoidossa ja itsestä huolehtimisessa. Arviointitiedon rajoituksena on kuitenkin se, että se tavoittaa yksilön toimintaa ja tunnetiloja aina vain kunakin hetkenä ja siten kuin työntekijä tulkitsee havaintojaan. Vakavaan psykoositasoiseen mielen sairauteen kun kuuluu se, että yksilön vointi ja toimintakyky voivat vaihdella nopeastikin.

Arvioinnissa työntekijät tulkitsivat havaintojaan suhteessa sairauteen liitettäviin oireisiin, kurssilaisen odotettavaan toimintakykyyn ja itsenäisessä asumisessa vaadittaviin taitoihin. Työntekijät kehittivät kurssien kuluessa tapoja saada kiinni arjen ”pienet suuret” tapahtumat ja käyttivät paljon aikaa niiden dokumentoimiseen. Kurseilla kehitettiin tärkeällä tavalla mielenterveystyön arjen arvioinnissa syntyneen tiedon näkyväksi ja vakuuttavaksi tekemistä.

4.6 Kurssi yhteistyön tekemisen paikkana

Tämän kurssin aikana mietin monta kertaa teidänkin tutkimukseen liittyviä aiheita, että mitkä tahot vaikuttaa siihen, mitenkä ihmisen kuntoutumispolku etenee. Kyllähän sieltä tulee aika murskaavia nyrkkejä. Vaikka hienoa polkua rakennetaan, niin ei se vaan rakennu, kun sieltä tulee, eri ammattikunnan edustajia, jotka ovat eri mieltä tai istuvat rahakirstujen päällä ja päättävät, että homma ei etene näin, että lähetetäänkin toiseen suuntaan. Niin, kyllä se vähän epätoivoa ja vihaa ja kaikkea herätti tuossa kurssin aikana. Niin epäoikeudenmukaista, että ihmiset eivät sitten loppuviimein kuitenkaan saa sellaista kuntoutumispolkua, millaista he tarvitsisivat ihan vaan sen takia, että ei ole esimerkiksi rahaa. (ote työntekijöiden ryhmähaastattelusta)

Yllä olevassa otteessa työntekijä pohtii kuntoutuspolun rakentamisen vaikeutta ja polun etenemiseen vaikuttavia tekijöitä. Työntekijöille olivat tunnekuormittavia tilanteet, joissa kurssilainen syystä tai toisesta jäi kuntoutuskurssin jälkeen ilman tukea ja palveluita, joita he katsoisivat asiakkaan tarvitsevan. Kuitenkin suurimmaksi osaksi kuntoutuskurssilaisille jatkokuntoutuminen järjestyi hyvässä yhteistyössä ja riittävän intensiivisenä. Kuntoutuspolun rakentamisessa oli paljolti kyse sen neuvottelemisesta, mitä kurssilainen jatkossa kenenkin mielestä tarvitsi ja kenellä oli olemassa se oikea tieto kurssilaisen voinnista (ks. luvut 7 ja 9).

Tärkeä osa työntekijöiden työtä oli kunkin osallistujan kurssin jälkeisen kuntoutuspolun suunnittelu ja kuntoutumisen jatkoseuranta. Kurssin päätyttyä jokaiselle kurssilaiselle oli pakko löytää mahdollisimman sopiva kuntoutumis- ja asumispaikka, eivätkä työntekijät voineet yksin tätä paikkaa nuorelle aikuiselle järjestää, vaan olivat sidoksissa muihin mielenterveyskuntoutuksen toimijoihin. Jatkokuntoutumisen ja arjessa selviytymisen varmistaminen edellyttivät yhteistyösuhteiden luomista kuntien virkamiehiin, sosiaalityöntekijöihin, hoidosta vastaaviin lääkäreihin sekä toisiin kuntoutus- ja asumisyksiköihin. Siten kuntoutuskurssi oli yhteistyön ja eteenpäin lähettämisen paikka ja palvelujärjestelmän risteysasema.

Kuntoutuspolkua suunniteltaessa työntekijät pyrkivät kurssilaisen kanssa löytämään tarpeenmukaisia julkisia ja yksityisiä palveluita. Kuntoutuspolku sisälsi usein monenlaisia palveluita ja tukiverkkoja, kuten asumispalveluita, kotikäyntityötä, ammatillista kuntoutusta, vertaisryhmä-, vapaa-ajan- ja kansalaistoimintaa. Tavoite oli löytää kullekin kurssilaiselle yhteistyössä hänen kanssaan sopiva asuinpaikka, mielekkäitä harrastuksia, opintoja tai kuntouttavaa työtä. Kun kurssi oli ohi, jatkui kurssilaisen ja työntekijän yhteistyö noin kolmen kuukauden jatkoseurannalla. Jatkoseurannan sisältö sovittiin yksilöllisen tarpeen mukaan. Yleensä se sisälsi puhelinsoittoja, kotikäyntejä ja sovittujen jatkokuntoutusmuotojen onnistumisien varmentamista.

Kurssilla räätälöitiin yksityisen ja julkisen rajat ylittäviä palvelukokonaisuuksia, joiden toteutuksessa tai toteutumatta jättämisessä asiakkaalla, mutta myös ammattilaisilla oli valtaa. Palveluiden verkostossa kurssilainen toimi usein itsenäisenä päätöksentekijänä esimerkiksi sovittaessa kuntoutussuunnitelmasta, mutta oli myös tilanteita, joissa sopijaosapuolina olivat kotikunnan sosiaalityöntekijä ja palveluntuottaja. Tällöinkin nuori aikuinen kohdattiin kuntoutusprosessin asiakkaana, joka mahdollisuuksien mukaan vastasi omasta elämästään. Kurssilaisen kohdalla ei kuitenkaan voida puhua asiakkaasta, joka kuluttajan tapaan voisi itselleen valita minkä tahansa tukipalvelun. Kyse oli enemmän yhteistyöstä ja ammattilaisten raamittamasta ja suunnattamasta palveluvalinnasta (ks. luku 9).

Työntekijät tekivät kurssilaisten asioissa yhteistyötä kuntien, sairaanhoitopiirin, yritysten ja kolmannen sektorin järjestöjen kanssa sekä ajoivat tärkeällä tavalla kurssilaisten asioita palvelujärjestelmässä. Yhteistyö muodostui tiiviiksi ja syventyi esimerkiksi kaupungin asiakasohjauksen ja toisen alueella toimivan mielenterveysjärjestön eri toimintamuotojen kanssa. Kuntoutuskurssi osoitti miten kuntoutuspolkujen raken-

taminen edellyttää sekä työntekijältä että asiakkaalta paikallisen palvelujärjestelmää hyvää tuntemusta, henkilökohtaisten yhteistyösuhteiden luomista ja neuvottelutaitoja. Konkreettisesti törmättiin siihen, miten etenkin pienillä paikkakunnilla vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastaville on vain vähän tuki- asumispalveluja tarjolla, ja vaikka palveluja olisikin tarjolla, ei niihin välttämättä ohjata ihmisiä säästösyistä.

Ammatillisten yhteistyökumppaneiden näkemyksiä yhteistyöstä kuntoutuskurssin kanssa

Yhteistyökumppanihaastatteluissa yhteistyön luonnehdittiin sujuneen kuntoutuskurssin kanssa pääsääntöisesti hyvin: sitä kuvattiin sujuvaksi, työntekijät olivat helposti tavoitettavissa ja kommunikaatio oli selkeää. Yhteistyön pulmia tuotiin haastatteluissa vähemmän esille. Osin tämä saattoi johtua myös siitä, että tutkijat profiloituivat väistämättä kuntoutuskurssin tutkijoiksi, jolloin haastateltavat ehkä valikoivat enemmän myönteisiä yhteistyökokemuksia keskustelunaiheiksi. Joissakin tilanteissa yhteistyö kuitenkin koettiin liian vähäisenä, mutta yleisesti katsottiin sen olleen riittävän tiivistä. Yhteistyön vähäisyys määrittyi enemmän resurssipulaksi kuin kuntoutuskurssin työntekijöistä johtuvaksi asiaksi.

Yhteistyökumppanit olivat saaneet tietoa kuntoutuskurssista avoimien ovien päivän, esitteiden ja sähköpostin kautta. Osa haastateltavista toi esiin sen, kuinka kuntoutuskurssi saattoi unohtua, jos työntekijöistä ei hetkeen kuulunut mitään. Siten tuli esille säännöllisen tiedottamisen tärkeys uuden toimintamallin vakiinnuttamisessa. Yhteistyökumppanit ohjasivat asiakkaan kuntoutuskurssille, mikäli ajattelivat sen soveltuvan asiakkaan tilanteeseen. Käytännössä ohjaus tapahtui usein siten, että yhteistyökumppani keskusteli asiasta asiakkaan kanssa, otti yhteyttä kuntoutuskurssille ja kunnan sosiaalityöntekijään/asiakasohjauksesta vastaavaan tahoon. Tutustumiskäynnin jälkeen asiakkaan kanssa yhdessä päätettiin osallistuuko hän kuntoutuskurssille vai ei.

Yhteistyöhön kuuluivat verkostopalaverit, joissa olivat useimmiten läsnä asiakas, hänen läheisiään, kuntoutuskurssin työntekijöitä sekä asiakkaan kurssille lähettävä tai/ja kurssin jälkeen vastaanottava taho. Yhteistyökumppanit pitivät yhteistyöpalavereita tärkeinä ja myönteisinä tilaisuuksina. Merkittäväksi määrittyi se, että kaikki kokoontuivat asiakkaan asian äärellä. Verkostopalavereiden lisäksi yhteistyötä tehtiin paljon puhelimitse. Yhteistyökumppanit pitivät kuntoutuskurssin arviointi- ja tiedontuottamistehtävää erityisen keskeisenä. Tiedontuottamistehtävä herätti haastatteluissa laajempaa pohdintaa tiedonkulun ja tiedonkäytön ongelmista. Esimerkiksi kuntoutuskurssilla tuotetun tiedon siirtymiseen ja hyödyntämiseen seuraavassa kuntoutuspaikassa suhtauduttiin varauksella.

Yhteistyötä asiakkaan asiassa helpottivat yhteistyökumppaneiden tuttuus sekä saman kohderyhmän kanssa toimiminen. Kuntoutuskurssi teki enemmän yhteistyötä sellaisten yhteistyökumppaneiden kanssa, jotka työskentelivät saman kohderyhmän,

nuorten aikuisten kanssa. Esimerkiksi kuntoutuskurssin ja työtoiminnan asiakkaat tekivät yhteisiä luonto- ja kaupunkiretkiä.

Yhteistyökumppaneiden mukaan kolmen kuukauden seurantajakso oli tarpeellinen osa kurssia, mutta sen toteuttaminen olisi edellyttänyt uudelleenpohtimista. Hyödyllisenä pidettiin sitä, että kuntoutuskurssiin voitiin olla yhteyksissä asiakkaiden päätyttyäkin, etenkin silloin, kun asiakas oli vastaanottavalle taholle entuudestaan tuntematon ja syntyi ongelmatilanteita. Kuitenkin yhteistyökumppanit kyseenalaistivat osittain sen, oliko kuntoutuskurssin työntekijöiden tarpeellista tavata asiakasta tai soitella hänelle ilman, että uuden kuntoutuspaikan työntekijät olivat tietoisia näistä yhteydenotoista. Yhteistyöhön vaikuttivat siten erilaiset rajat ja rajan ylitykset eri organisaatioiden välillä (ks. luku 7).

Yhteistyön osalta kuntoutuskurssilla kehitettiin toimivia käytäntöjä, kuten kursikohtaiset yhteistyöpalaverit kaupungin asiakasohjauksen kanssa, tiivis puhelin- ja sähköpostiyhteydenpito yhteistyökumppaneiden ja omaisten kanssa, markkinointi- ja tutustumiskäynnit sekä yhteiset retket työtoimintapaikan asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa. Kurssilaiskohtainen yhteistyön tekeminen vaati työntekijöiltä paljon aikaa. Alkuperäinen tavoite kuntoutuskurssin tiivistä yhteistyöstä psykiatrisen sairaalan kanssa jäi osin toteutumatta, joskin kurssi toimi samassa pihapiirissä ja sairaalan omissa rakennuksissa. Kurssi risteyspaikkana teki näkyväksi vakavaa psykoosita-soista mielen sairautta sairastaville välttämättömän ja tukea-antavan palveluverkoston sekä tyypilliset kuntoutuspolut, mutta myös palveluverkoston pirstaleisuuden, sattumanvaraisuuden ja aukkoisuuden (ks. luku 5).

4.7 Kurssien muutokset

Kun sinä kysyit, että mitä tekisimme toisin, niin me oikeastaan jouduttiin jo tekemään toisin tämän kurssin kohdalla kuin mitä me alun perin suunniteltiin. Se kävi aika pian sen parin viikon aikana selväksi, että muutetaan. Käytäntö oli, että tehdään aina viikko kerrallaan se ohjelma ja katsotaan miten porukka pysyy missäkin vauhdissa. (ote työntekijöiden ryhmähaastattelusta)

Kurssien välillä työntekijöillä oli noin kaksi viikkoa aikaa suunnitella ja kehittää uutta kurssia sekä käydä esimerkiksi tutustumassa tuleviin kurssilaisiin ja kirjoittaa edellisen kurssin loppulausuntoja. Ennen uuden kurssin alkua tehtiin paljon töitä kurssilaisten valitsemisessa ja tutustuttamisessa etukäteen kuntoutuskurssin toimintaan.

Kutakin kurssia muutettiin aina hivenen edellisestä. Edellisellä kurssilla oli syntynyt oivalluksia uusista käytännöistä tai oli huomattu, ettei jokin tietty tapa toimia ole paras mahdollinen. Kurssit toteutettiin hieman toisistaan poikkeavina myös sen mukaan, millaisia tarpeita ja kiinnostuksen kohteita kurssilaisilla on. Esimerkiksi jollain kurssilla tarvittiin yksilöaikoja enemmän kuin toisella. Jollain kurssilla taas tietokoneavusteinen ohjelma jätettiin vähemmälle kuin toisella, koska se ei soveltunut

sen hetkisille kurssilaisille. Muutokset kurssin kokonaisrakenteessa olivat kuitenkin pieniä ja hienovaraisia. Suurimpana muutoksena työntekijöiden ryhmähaastattelujen pohjalta näyttäytyi perheohjauksen muotoutuminen selkeäksi ja suunnitelmalliseksi toimintamuodoksi. Lisäksi yksi kurssi oli toisia pidempi (4 kk) ja yhdellä kurssilla kokeiltiin päiväkävijyyttä, jolloin yksi kurssilainen osallistui kurssin päiväohjelmaan kotoaan käsin. Viimeisille kursseille otettiin muutamia jo aikaisemmin kuntoutuskurssin käyneitä ”jatkokurssille”.

Aineiston valossa kurssien ilmapiiriin ja toteutukseen vaikuttivat kurssilaisten ikä, aktiivisuus, sosiaalisuus, sairauden vaikeusaste, sairautentuntoisuus, lääkekielteisyys ja -myönteisyys. Toisinaan kurssille kehittyi vahva ryhmähenki ja yhdessä tekemisen kulttuuri. Toisinaan taas kurssi koostui enemmänkin yksin aikaa viettävistä henkilöistä, jotka kokoontuivat yhteen lähinnä ohjatun ohjelman ajaksi. Kunkin kurssin ilmapiiri ja myös toiminnan sisältö rakentuivat siis pitkälle kurssilaisten mukaan, mutta myös työntekijöiden etukäteissuunnitelmien perusteella. Kurssilaiset kuvasivat haastatteluissa, kuinka he saattoivat vaikuttaa joidenkin ryhmien sisältöön ja sanoa omia ideoitaan, mutta kurssi oli kuitenkin enimmäkseen työntekijöiden suunnittelema. Alla olemme koonneet kurssikohtaisia muutoksia. Mainittu on ne seikat, jotka ovat muutoksia edellisestä kurssista. Emme ole maininneet samana pysyviä, kurssilta toiseen toistuvia käytäntöjä:

Kurssi kolme

- toteutetaan omaisten ilta ja käytäntö vakiintuu myöhemmin
- ”kummitutkija” aloittaa mukana olon kurssilla
- kurssilaisten vetämä omatoimiryhmä alkaa
- sosiaaliset taidot –ryhmä ja oireidenhallintaryhmä jatkavat
- suunnitellaan CRT:n⁵ mukaan ottamista seuraavalle kurssille
- otetaan käyttöön omaohjaajajärjestelmä ja yksilökeskusteluajat
- käytetään Foramen Rehab-tietokoneohjelmaa⁶
- kurssilaiset määrittävät nuoriksi ja aktiivisiksi

5 CRT-terapia on psykoositasoista mielen sairautta sairastavan kognitiivista toimintakykyä kohentava terapiamuoto. Kuntoutuskurssin työntekijöistä neljä kävi CRT-terapiakoulutuksen. Terapiaa toteutetaan ”kynä-paperi” -tehtävillä, joiden tarkoitus on kohentaa asiakkaan kognitiivista tasoa, kuten muistia, keskittymiskykyä, päättely- ja suunnittelukykyä sekä tiedon käsittelyä. Terapiaa ei käytetty kurssilla niin laajasti kuin alun perin oli suunniteltu, sillä tietokonepohjainen harjoitusohjelma korvasi sen. Tämä johtui lähinnä laajan materiaalin englanninkielisyydestä ja virallisen käännöksen puuttumisesta. (Kuntoutuskurssin loppuraportti 2011, 16.)

6 FORAMENRehab on aikuisille suunnattu kognitiivisten toimintahäiriöiden kuntoutusohjelma. Sen avulla voidaan harjoitella tarkkaavuuden, muistin, visuaalisen havaitsemisen ja visiospatiaalisia toimintoja sekä toiminnanohjausta ja ongelmanratkaisua (<http://www.intressi.com/foramen>).

Kurssi neljä

- ei toimintaterapeuttia
- pohditaan ICF:n ja Asta-arvioinnin mukaan ottamista seuraavalle kurssille
- kurssilaiset määrittyvät ”meille kuuluviksi asiakkaiksi”, aktiivisiksi ja kurssikuntoisiksi

Kurssi viisi

- pääsääntöisesti samat ryhmät toteutuvat kuin aikaisemmin
- toteutetaan väliarviointi
- kurssilaisten passiivisuus ja eristäytyminen haastavat kurssin toimintamallia ja tekevät kurssista raskaan

Kurssi kuusi

- tiimiin saadaan jälleen toimintaterapeutti
- Asta-arvioinnin tekeminen siirretään toimintaterapeutille
- perheitä aletaan ottaa entistä tiiviimmin mukaan kurssilaisen kuntoutusprosessiin
- vanhemmat otetaan mukaan Asta-arvioinnin tekemiseen
- viikko-ohjelmaan tulee lisää ryhmiä (avoin ryhmä, lehtikatsaus, omatoimiryhmä)
- kurssilaiset määrittyvät tavallisiksi: eivät erityisen aktiivisiksi tai passiivisiksi

Kurssi seitsemän

- perheohjaustapaamiset alkavat
- viikko-ohjelma vähän löyhempi
- kurssilainen osallistuu toimintaan päiväkävijänä
- etsitään rajoja sille kuka on ”kurssikuntoinen”
- viimeinen kurssi, jolla ”kummitutkija” on läsnä
- kurssilaisten huonovointisuus tekee kurssista raskaan

Kurssilaiset olivat sillä rajoilla, että ovatko kurssikuntoisia. Aika paljon juuri sairastunutta porukkaa. Oli kurssissa paljon hyvääkin. Perheiden mukana olo oli tosi hyvä. Kolme jatkaa seuraavalle kurssille. Kurssilla käytiin paljon lääkokeskusteluja. Seuraavaan kurssiin viedään perheohjaus vielä suunnitellumpana. Vapaaehtoista se kaikki on, että miten perheet haluavat osallistua. (ote työntekijöiden ryhmähaastattelusta)

Yllä oleva ote kuvastaa työntekijöiden oman työn ja kurssilaisten arviointia aina kursien välillä. Työntekijät olivat aina käytännössä kolmen kurssin välissä: edellisen kurssin osalta jatkui kurssilaisten jatkoseuranta, käynnissä oleva kurssi edellytti kuntoutumis-, arviointi- ja yhteistyön tekemistä, samaan aikaan tehtiin myös jo tulevan kurssin osallistujien valintaa ja pohdittiin mahdollisia toimintatapamuutoksia.

4.8 Kurssin hyödyt ja merkittävyys

Kuntoutuskurssilta odotettiin merkittäviä hyötyjä ja sitä pidettiin painavana satsauksena mielenterveyskuntoutuksen kehittämiseen. Kolme perustehtävää ja asetetut tavoitteet (ks. luku 4.1) tuottivat erilaisia odotuksia kuntoutuskurssin hyödyllisyydestä ja merkittävyydestä. Työntekijöillä, kurssilaisilla ja yhteistyökumppaneilla oli osin yhtenevä, mutta osin myös erilainen näkemys kuntoutuskurssin hyödyllisyydestä ja merkittävyydestä. Kuntoutuskurssin työkäytännöistä monet olivat sellaisia, jotka havainnoinnin perusteella edistivät vakavasta psykoositasoisesta mielen sairaudesta toipumista ja ovat siirrettävissä myös muualla kun kuntoutuskurssiympäristössä toteutettaviksi.

Aineistomme valossa monet kurssilaiset hyötyivät kuntoutuskurssista merkittävästi. Havaintopäiväkirjasta löytyy mainintoja siitä, miten kurssilaisen olemus, oleminen ja vointi muuttuivat silmin nähden kurssin aikana. Tutkija oli mukana tilanteissa, joissa kurssilaiset ylittivät itsensä arjen ”pienissä suurissa” asioissa ja kokivat onnistumisia. Haastatteluissa **kurssilaiset arvioivat** kurssin merkittävyyttä suhteessa voinnissaan tapahtuneisiin muutoksiin ja toivat esille sitä, mitä kurssi on tuonut heidän elämäänsä. Kuntoutustyön kehittämisen kannalta merkittävää oli se, että kurssilaiset korostivat sekä yhteisöllisyyden että yksilöllisesti annettavan (pitkän) ajan ja tuen tärkeyttä. Tiivistetysti voisi sanoa, että kurssilaisia kuntoutti selkeä päivärytmi, 24/7 läsnä olevat toiset ihmiset ja yksilönä huomioiminen.

Kuntoutuskurssin hyöty ja merkittävyys kurssilaisten näkökulmasta:

- antaa päivään rytmiä
- vointi on kohentunut: harhat ja jännittyneisyys vähentyneet, rohkeus ja itseluottamus lisääntyneet
- antaa hyvän fiiliksen ja on mukava olla
- näkee muita ihmisiä, jotka sairastavat samaa sairautta
- saa olla muiden ihmisten kanssa
- pääsee omasta huoneesta johonkin
- oppii kulkemaan bussilla ja asumaan omassa huoneessa
- on turvapaikka ja välipysäkki
- antaa elämään sisältöä, ettei se ole vaan sängyssä makaamista
- tuki ja verkosto ovat siellä missä asuu: toisten ihmisten seurassa oleminen on se kaiken parantavin tekijä
- rento paikka missä voi olla
- pääsee aina puhumaan omista asioistaan ja se auttaa

- HAASTATTELIJA: *Sanoit aikaisemmin, että minkälaisiin asioihin olet saanut apua. Sanoit, että sinulla on jännittyneisyyskö vähän ainakin vähentynyt?*
- KURSSILAINEN: *Se on melkein kokonaan lähtenyt pois.*
- HAASTATTELIJA: *Kokonaan lähtenyt pois, joo.*
- KURSSILAINEN: *Joo, enää ei ole kun se masennus ja ahdistus.*
- HAASTATTELIJA: *Joo. Ja ne ovat vaan ja sitten harhatkin ovat vähentyneet.*
- KURSSILAINEN: *Joo, on.*
- HAASTATTELIJA: *Ovatko ne täällä olon aikana vähentyneet?*
- KURSSILAINEN: *On, on. Varsinkin kun olin äidin tykönä lomilla, niin siellä ne olivat hyvin vähäisiä. Linja-autollakin menin jossain, niin ei ollut harhoja.*
- HAASTATTELIJA: *Aivan, pystyit liikkumaan.*
- KURSSILAINEN: *Joo.*

(ote kurssilaisen haastattelusta)

* * *

- KURSSILAINEN: *Minä sanoisin, että tämä menisi huonompaan päin, jos olisin siellä kotona.*
- HAASTATTELIJA: *Niin että olisi mennyt huonompaan päin?*
- KURSSILAINEN: *Vaikka siellä kotikaupungissa ne ryhmät aloittaisin, niin en olisi vielä valmis menemään bussilla tai muuttamaan omaan asuntoon. Ne olivat ne tärkeimmät kaks asiaa mitä täällä oli, se bussilla meno ja oma asunto.*
- HAASTATTELIJA: *Niin, että täällä on harjoiteltu sitä bussilla menemistä?*
- KURSSILAINEN: *Olen ne nyt oppinut, oman asunnon, millaista se on asua tällaisessa paikassa, omassa huoneessa.*
- HAASTATTELIJA: *Joo. Ovatko ne olleet vaikeita ne bussilla kulkemiset ja kaupunkireisut?*
- KURSSILAINEN: *Ne ovat olleet vaikeita. Ensimmäisen kerran, kun mentiin vierekkäin ohjaajan kanssa, sitten kun tuli täysi bussi, niin se on aika paha. Sitteen menin kerran yksin tietyn matkan, mutta se oli aika helppoa.*
- HAASTATTELIJA: *Niin, että olet yksinkin mennyt.*
- KURSSILAINEN: *Niin.*

(ote kurssilaisen haastattelusta)

Aineisto-otteet valottavat vakavaa psykoositasoista mielensairautta sairastavien todellisuutta, heidän arjessaan käymiään selviytymiskamppailuja sekä tapaa, jolla he arvioivat kuntoutuskurssin hyötyjä. Kurssilaiset kokivat kuntoutuskurssin hyödyn olotilan ja toimintakyvyn kohentumisena sekä uuden oppimisena ja itsevarmuuden kasvuna.

Työntekijät määrittivät kuntoutuskurssin hyödyllisyyden ja merkittävyyden samansuuntaisesti kuin kurssilaiset: kurssilaisen elämässä tapahtuneiden muutosten valossa. Työntekijät tekivät paljon töitä sen eteen, että kurssilaisten elämässä tapahtuisi konkreettisia muutoksia, jotka parantaisivat kuntoutumisvalmiuksia ja elämänlaatua. Siten he myös kurssilaisia enemmän nostivat hyötynä esiin kurssilla suunniteltuja kuntoutuspolkuja ja kurssilaisille haettuja palveluja. Kuntoutuskurssi määrittyi pysähtymisen, sairastumisen jälkeisen tilanteen jäsentämisen ja uudelleen suuntaamisen paikkana.

Kuntoutuskurssin hyöty ja merkittävyys työntekijöiden näkökulmasta:

- tarjoaa kurssilaiselle mahdollisuuden (ohjattuun) sosiaaliseen toimintaan ja mukanaolon ”porukassa”
- antaa mahdollisuuden purkaa omaa tilannetta ja asioita yksilökeskusteluissa
- lisää kurssilaisten itsevarmuutta ja rohkeutta ajatella tulevaisuutta: elämässä voisi jotain vielä saada aikaiseksikin
- antaa tilaa tulevaisuuden miettimiselle, tilanteen jäsentämiselle, pysähtymiselle ja rauhoittamiselle
- tuottaa kurssilaiselle hyvän ”fiiliksen” kurssilla ja sen jälkeen
- saa aikaan konkreettisia elämänmuutoksia, kuten asunnon saaminen, päivätoiminnan aloittaminen ja tukiverkoston vahvistuminen
- tarjoaa uusia kokemuksia tilanteessa, jossa elämä on aikaisemmin ollut kapeaa, eristäytynyttä ja rajoitettua
- antaa perustietoa sairaudesta ja välineitä tulla sen kanssa toimeen

Pekka hyötyi ihan selkeästi siitä, että sai vähän tietoutta siihen sairauteen. Ja että se tilanne rauhoittui. (ote työntekijöiden ryhmähaastattelusta)

* * *

Kalle koki hyötynsä paljonkin kuntoutuskurssista, ja kyllä se näkyi siinä, että siihen tuli sellaista selkeätä jäsentelyä ja rauhoittumista siihen tilanteeseen. (ote työntekijöiden ryhmähaastattelusta)

Aineisto-otteet kuvastavat työntekijöiden yksilölähtöistä tapaa arvioida kuntoutuskurssin hyötyjä. Eniten haastattelupuheessa tuotiin esille yksittäisissä kurssilaisissa tapahtuneita muutoksia ja pohdittiin työntekijöiden omaa työtä. Vähemmälle huomiolle jäivät arviointimenetelmien kehittämiseen ja ylisektoriaaliseen yhteistyöhön

liittyvien hyötyjen erittely, joskin niillä oli keskeinen rooli kuntoutuspolkujen rakentamisessa.

Yhteistyökumppanit korostivat, että kuntoutuskurssin vahvuus oli sen moniammatillisuudessa ja reilussa työntekijämitoituksessa, jolloin henkilökunnalla oli riittävästi aikaa paneutua asiakkaan asioihin kokonaisvaltaisesti. Kuntoutuskurssi hahmottui yhteistyökumppaneiden haastattelujen valossa ammattilaisten asiantuntijaryhmäksi, jolla oli mahdollisuus arvioida laaja-alaisesti asiakkaan toimintamahdollisuuksia ja kykyjä sekä tämän pohjalta suunnitella kuntoutuspolkua eteenpäin yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutuskurssin odotettiin ennen kaikkia tuottavan kokonaisvaltaista tietoa asiakkaan tilanteesta. Hyödylliseksi katsottiin myös se, että asiakas saa tietoa sairaudestaan, ja tätä kautta hänellä on mahdollisuus jäsentää sairauttaan uudella tavalla. Kurssi miellettiin paikaksi, jossa asiakkaat keskittyivät intensiivisesti työstämään ja pohtimaan omaa sairauttaan. Kurssia kuvattiin lisäksi paikaksi, jossa asiakkaan elämän ja tilanteen äärelle on mahdollisuus pysähtyä. Tärkeäksi määrittyi kurssimaisuus ja kuntoutuskurssia luonnehdittiin ”koulumaiseksi”. Yhteistyökumppanit odottivat kurssin olevan asiakkaalle voimaannuttava kokemus: ehkä kurssi auttaisi asiakasta tulevaisuuden haaveiden toteuttamisessa.

Yhteistyökumppanit arvioivat kurssin asiakasryhmän homogeenisuuden hyväksi asiaksi vertaisuuden ja ryhmämuotoisen kuntoutustoiminnan kannalta. Se, että kaikilla kurssilaisilla oli samantyyppinen psykoosisairaus, katsottiin tärkeäksi edellytykseksi sille, että asiakkaat hyötyisivät kurssin ohjelmasta. Tosin kurssille pääsyn diagnoosirajausta myös kyseenalaistettiin, sillä asiakkaiden pääsy kurssille estyi toisinaan oikean diagnoosin puuttumisen vuoksi.

Kuntoutuskurssin hyöty ja merkittävyys yhteistyökumppaneiden näkökulmasta:

- käytössä moniammatillinen, hyvin resursoitu asiantuntijatyöryhmä
- paneutuminen asiakkaan asioihin kokonaisvaltaisesti
- kokonaisvaltaisen tiedon tuottaminen
- asiakas saa tietoa sairaudestaan ja mahdollisuuden jäsentää elämäntilannettaan
- mahdollisuus pysähtyä asiakkaan elämän ja asioiden äärellä
- asiakkaalle mahdollisuus kurssimuotoiseen, intensiiviseen työskentelyyn ja voimaantumiseen
- mahdollisuus arvioida monipuolisesti asiakkaan toimintamahdollisuuksia ja kykyjä sekä tämän pohjalta suunnitella kuntoutuspolkua eteenpäin yhdessä asiakkaan kanssa

OSA III

ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ARJEN KÄYTÄNNÖT

Tutkimuksen kolmannessa osassa tuomme esille asiakaslähtöisyydestä käytyä keskustelua eri näkökulmista sekä katsomme miten eri tavat ymmärtää asiakaslähtöisyys ovat läsnä ja toteutuvat kuntoutuskurssin arjen käytännöissä. Yhteiskunnassa on laaja yksimielisyys siitä, että palvelujärjestelmän rakennemuutoksessa ja ammatillisen auttamistyön kehittämisessä kiintopisteenä tulee olla asiakaslähtöisyys. Kuitenkin asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan eri yhteyksissä erilaisia asioita. (Holma 1999a, 26; Tritter 2009, 214; Virtanen ym. 2011, 15.) Havaintomme on, että asiakaslähtöisyys on suhdekäsite; se pitää sisällään monia tulkintoja asiakkaan ja ammattilaisen roolista palvelujärjestelmässä ja se todentuu viime kädessä hyvinvointipalveluiden ammattilais-asiakassuhhteissa. Asiakaslähtöisyyttä ei tule ymmärtää vain yhdenlaisensa työskentelytapana tai esimerkiksi asiakkaan mahdollisuutena valita haluamansa palvelu vaan sillä on monta ilmenemismuotoa. Sen vahvistaminen mielenterveystyössä edellyttää monien tekijöiden huomioimista asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisessa sekä instituutioiden toimintakäytännöissä.

Analyysiluvuissa lähdemme ensin hahmottamaan kurssilaisten palveluverkostoja sellaisina kuin he itse niitä kuvaavat ja ovat ne kokeneet, minkä jälkeen siirrymme kuvaamaan heille mahdollisia kuntoutuspolkuja ennen ja jälkeen kuntoutuskurssin (luku 5). Palveluverkostoissa liikkumiseen vaikuttavat olennaisesti ensinnäkin se, millaiseen ja kenen tietoon siellä rakentuvat polut perustuvat: asiakkaan, omaisten vai ammattilaisten tietoon. Toiseksi merkittävää on se, miten yhteistyö ja tiedonvaihto verkoston toimijoiden välillä sujuvat erityisesti asiakkaiden erilaissa siirtymävaiheissa palveluista toiseen. Nämä teemat ovat lukujen 6 ja 7 keskiössä. Siirtymävaiheessa, jossa kurssilaiset jättävät kuntoutuskurssin ja liikkuvat polun seuraavaan vaiheeseen, mer-

kittävää on se, millaisena heidän tarinansa kirjautuu kurssilla laadittuihin loppulauseuntoihin; kenen ääni niissä on vahva, kenen heikompi tehtäessä arviota asiakkaan toimintakyvystä ja kehityshaasteista. Lausuntojen ääniä analysoimme luvussa 8. Palveluverkostot ja kuntoutuspolut sisältävät monia valintatilanteita, jolloin pohditaan sitä, millaista palvelua, missä ja koska asiakkaat näyttäisivät tarvitsevan juuri nyt. Palveluvalinnat ja erityisesti kurssilaisten rooli valintatilanteissa ovat luvun 9 teema. Viimeisenä, luvussa 10, keskitymme tarkastelemaan sitä, millaisina kurssilaiset hahmottavat palveluverkostossa oman osallisuutensa ja vaikutusmahdollisuutensa.

Analyysilukujen alussa tarkennamme ensin mistä näkökulmasta kyseisessä luvussa lähestytään asiakaslähtöisyyttä ja mitkä ovat tutkimuskysymykset, joihin etsitään vastausta. Kussakin luvussa hyödynnämme luvun teeman kannalta merkityksellisiä aineistotyyppisiä, joissain haastatteluja, joissain taas palaveri- tai asiakirja-aineistoja. Kaikissa luvuissa analyysi tehdään asiakaslähtöisyyden ja sen toteutumisen näkökulmasta. Luvut päättyvät pohdintoihin (listoihin) siitä, millaisiin asioihin olisi syytä kiinnittää jatkossa huomiota ajatellen asiakaslähtöisyyden toteutumista.

5 Kurssilaisten palveluverkostot ja kuntoutuspolut

Tässä luvussa tarkastelemme kuntoutuskurssin käyneiden asiakkaiden palveluverkostoja ja kuntoutuspolkuja. Kysymme ensinnäkin, **millaiseksi kurssilaiset kuvaavat omaa palveluverkostaan?** Tavoitteenamme on koota yhteen ja kuvata niitä hoito-, asumis- ja kuntoutuspalveluita, joita kurssilaiset ovat käyttäneet tai tulevat käyttämään kuntoutumisensa tukena. Lopputuloksena syntyy jäsenitys psykoositasoista mielen sairautta sairastavan nuoren aikuisen paikallisesta, ylisektoriaalisesta palveluverkostosta. Toiseksi kysymme, **millaisia ovat nuorten aikuisten kuntoutuspolut?** Vastausta kysymykseen etsimme kurssilaisten haastatteluista ja työntekijöiden ryhmä- ja seuranta-haastatteluista (ks. luku 3.2). Tavoitteenamme on kuvata kurssilaisten kuntoutuspolkuja siitä näkökulmasta, missä he asuivat ennen kuntoutuskurssia ja mihin he sijoittuivat asumaan sen jälkeen.

Mielenterveyspalveluiden kentälle on tullut viime vuosina uusia palveluntarjoajia. Usein asiakas kohtaa pirstaleisen ja monimutkaisen palveluverkoston; hänellä on asiakkuus hoitotahoon, kunnan sosiaalitoimeen, asumispalveluihin ja päivätoimintaan. Huolimatta avohuollon ja peruspalveluiden painottumisesta myös asiakkaan yhteistyö laitos- ja erikoissairaanhoidon kanssa on lisääntynyt ja tullut tärkeämpään rooliin. Asiakkaiden ja ammattilaisten on haasteellista suunnistaa paikallisissa palveluissa ja löytää asiakkaille kulloinkin sopiva palvelukokonaisuus. Tämä voi johtaa riittämättömiin ja epäsopiviin palvelukokonaisuuksiin ja kuntoutuspolkuihin. Ei ole ihme, että viime vuosikymmenet **asiakaslähtöisyyteen** on liitetty vaade yksilöllisesti räätälöidyistä, suunnitelmallisista ja saumattomista kuntoutuspoluista, joissa asiakkaalla olisi aktiivinen rooli, kukin osapuoli tietäisi tehtävänsä ja kantaisi asiakkaan asioista vastuuta omalta osaltaan (ks. Nouko-Juvonen & Ruotsalainen & Kiikkala 2000). Kuntoutuspolun toimivuuteen vaikuttaa se, miten hoitojärjestelmä pystyy vastaamaan asiakkaan tarpeisiin ja minkälaisia mielenterveyspalveluita se pystyy tarjoamaan (Nordling 2007).

Suunniteltaessa asiakkaalle ja asiakkaan kanssa kuntoutuspolkua pyritään asiakkaalle löytämään tarpeenmukaisia julkisia ja yksityisiä palveluita. Kuntoutuspolku sisältää usein monenlaisia mielenterveyspalveluita ja erityyppistä tukityötä, kuten avohoittoa, asumispalveluita, psykiatrasta kuntoutusta sekä vertaisryhmä-, vapaa-ajan- ja kansalaistoimintaa. Asiakkaan kannalta on olennaista se mitä mielenterveyspalveluja, apua ja tukea hänen on mahdollista saada paikallisessa palvelujärjestelmässä ja vastaavatko tarjolla olevat palvelut hänen tilannettaan ja tarpeitaan. Asiakkaan kuntoutuspolku ja pääsy eri palvelujen piiriin on usein pitkällisten neuvottelujen ja monien päätöksentekovaiheiden lopputulema.

5.1 Palveluverkostot kurssilaisten kuvaamina

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja, joita yksilö saa mielenterveyshäiriön tai -sairauden vuoksi (Mielenterveyslaki 1990/1116, 1§).⁷ Sosiaali- ja terveysministeriön (2011) mukaan mielenterveyspalveluihin kuuluvat mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja perustason hoito, psykiatrinen avohoito, sairaalahoito ja psykiatrinen kuntoutus. Mielenterveyspalveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat (Mielenterveyslaki 1990/1116, 1§). Käytännössä kunnille tuottavat palveluita muun muassa kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat (ks. esim. Wahlbeck 2007, 87; Partanen ym. 2010). Kuntien välillä on eroja mielenterveyspalvelujen järjestämistavoissa ja siinä, miten monimuotoiset palvelut⁸ ovat (Harjajärvi ym. 2006, 67).

Tutkimuksissa mielenterveyspalveluja määritellään monilla eri tavoilla. Matti Rimpelä (2001, 11–12) rajaa mielenterveyspalvelujen käsitettä siten, että se kattaa vain psykiatrisen erikoissairaanhoidon, johon sisältyvät sairaanhoitopiirien ja kuntien tuottamat erikoislääkärijohtoiset sairaala- ja avohoitopalvelut (aikuis-, nuoriso- ja lastenpsykiatria). Tätä määrittelyä laajempaan tulkintaan mielenterveyspalveluista tukeuduttiin esimerkiksi Merttu-hankkeessa⁹, jossa mielenterveyspalvelujen määrittelymisen apuvälineenä on käytetty ESMS-instrumenttia (European Service Mapping Schedule¹⁰). ESMS-instrumentti on aikuisväestön mielenterveyspalvelujen kartoittamiseen kehitetty luokitteluväline. Sen mukaan mielenterveyspalveluihin kuuluvat ympärivuorokautiset palvelut, avohoidon palvelut, oma-apu ja ei-ammattilliset palvelut, joiden tavoitteena on mielenterveyshäiriön ja sen kliinisten tai sosiaalisten seuraamusten hallinta. Kyse voi olla julkisen terveydenhuollon, sosiaalihuollon, vapaaehtoistyön ja yksityissektorin palveluista. Palveluita, joita ei ole suunniteltu juuri mielenterveysongelmaisten tarpeita ajatellen, kuten toimeentulotukea, ei lueta mielenterveyspalveluihin. (Pirkola ym., 2; Harjajärvi ym. 2006, 28.) Tässä tutkimuksessa on otettu vaikutteita Merttu-hankkeen laajasta tavasta määrittellä mielenterveyspalveluja, mutta lähes tyyne mielenterveyspalveluita ennen muuta kuntoutuskurssilaisten näkökulmasta

7 Mielenterveyspalveluja ohjaavia säädöksiä on Mielenterveyslain (1990/1116) lisäksi useissa eri laeissa kuten Sosiaalihuoltolaissa (1982/ 710), Kansanterveyslaissa (1972/66), Erikoissairaanhoidolaissa (1989/ 1062), Terveydenhuoltolaissa (2010/1326) ja Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (1987/380). Mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

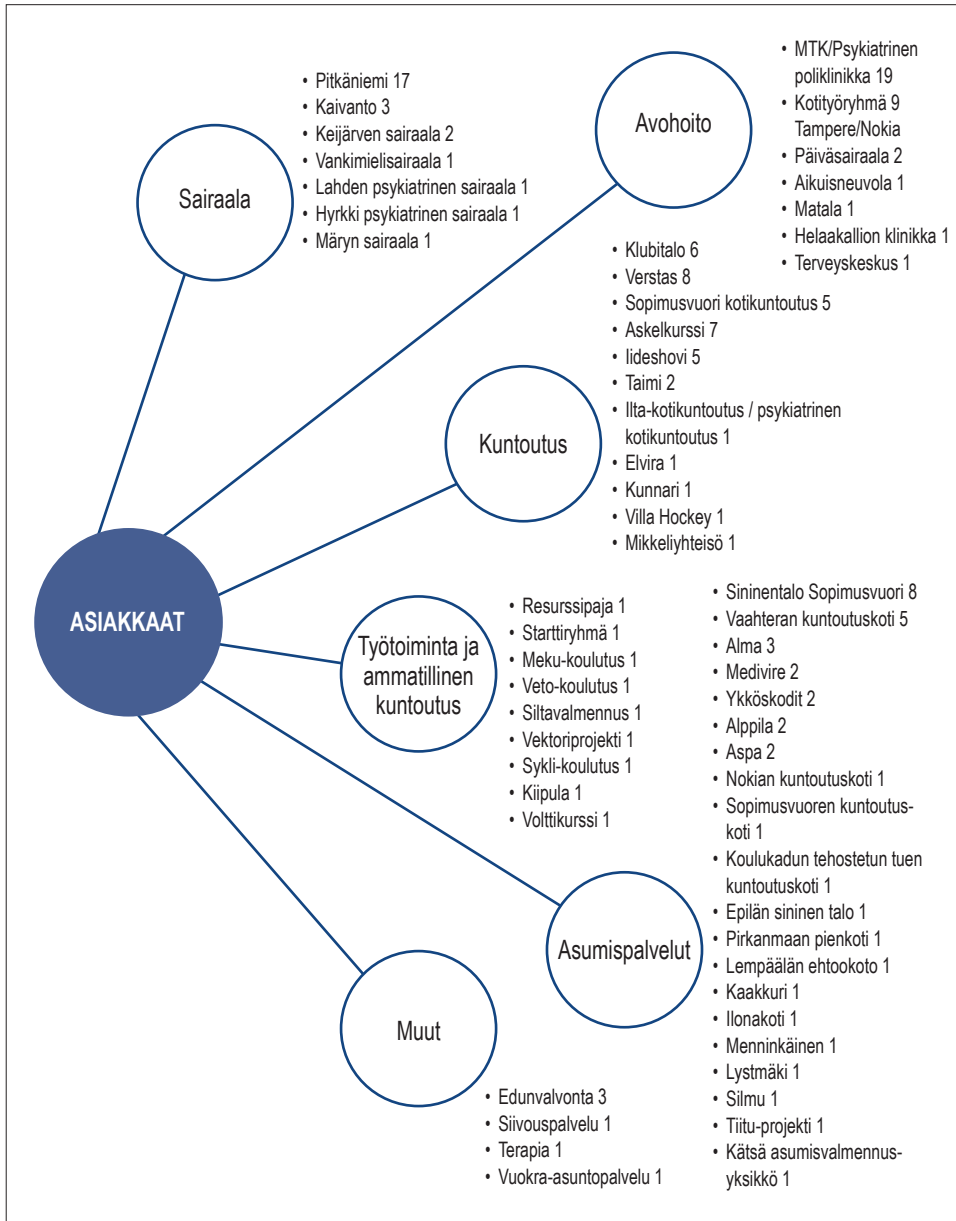
8 Mielenterveyspalveluita ja niiden kehittämistä ohjataan erilaisten suositusten (Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen 2001, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009) ja kehittämishankkeiden (esim. Merttu-hanke) avulla.

9 Suomen Akatemian ja Kuntaliiton rahoittamassa Merttu-hankkeessa (2004–2006) tutkittiin työikäisen väestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuutta.

10 European Service Mapping Schedule (2000) eli ESMS-instrumentti on aikuisväestön mielenterveyspalvelujen kartoittamiseen kehitetty luokitteluväline, jonka ovat kehittäneet Sonia Johnson ja Robert Kuhlmann sekä EPCAT Group.

käsin. Ymmärrämme siten mielenterveyspalveluiksi ne palveluverkoston toiminnot, joiden kurssilaiset itse kertoivat olevan merkityksellisiä omilla kuntoutuspoluillaan. Kertomuksista hahmottui seuraavanlainen palveluverkostomosaiikki (ks. kuvio 2).

Kuvio 2: Kuntoutuskurssin asiakkaiden kuvaama palveluverkosto



Kuviossa numerot viittaavat siihen, kuinka monta kertaa aineistossa mainitaan kyseinen palvelu.

Muodostimme siis kurssilaisten haastattelujen (N=25) pohjalta heille merkityksellisen palveluverkoston. Haastatteluissa kurssilaiset puhuvat kuntoutuspolkunsa aikana käyttämistään ja heille kursilla suunnitelluista hoito-, asumis- ja kuntoutuspalveluista. Palveluverkosta rakentaessamme luokittelimme kurssilaisten käyttämät palvelut kuuteen luokkaan: sairaala, avohoito, kuntoutus, työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus, asumispalvelut ja muut. **Sairaala** viittaa laitoshoidojaksoon psykiatrisessa sairaalassa. Sairaala on yksi merkittävä palveluverkoston paikka kurssilaisten kertomuksissa. **Avohoito** kattaa somaattisen ja psykiatrisen sairauden erikoissairaanhoidollisen avohoidon. Luokka **kuntoutus** kokoaa yhteen monimuotoiset kuntoutustoimintapaikat, joiden tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia. **Työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus** pitää sisällään kuntoutuspaikat, joissa asiakkaan ammatillista työkykyä ylläpidetään tai pyritään parantamaan. **Asumispalvelut** viittaavat monimuotoisiin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin. **Muut** luokka pitää sisällään ”sekalaiset” yksityiset ja julkiset tukipalvelut. Verkostokuvio tekee näkyväksi mielenterveyspalveluiden moninaisuuden. Seuraavaksi paneudumme näihin palveluverkoston luokkiin kurssilaisten omien kokemusten kautta.

Sairaala – toistuva asumispaikka

Kurssilaiset toivat haastatteluissa esiin sairaalan 26 kertaa yhtenä merkittävänä toimijana palveluverkostossaan. Kurssilaiset puhuivat seitsemästä eri psykiatrisesta sairaalasta. Alla kurssilaiset kertovat sairaalasta osana palveluverkostaan:

KURSSILAINEN: *Kerronko minä hoitopaikkoja vai kotipaikkoja?*

HAASTATTELIJA: *Ehkä molempiakin sinä voit kertoa.*

KURSSILAINEN: *Sairastuin skitsofreniaan ja hakeuduin oma-aloitteisesti Psykiatrisen sairaalaan ja sitten sitä tietä on kestänyt (...). Ja minä olen asunut Psykiatrisessa sairaalassa 1 ja Psykiatrisessa sairaalassa 2(...).*

* * *

HAASTATTELIJA: *Mikä sinun tilanne oli, mistä sinä sinne kuntoutuskotiin tulit? Jos mennään niin päin.*

KURSSILAINEN: *Minä olin Psykiatrisessa sairaalassa semmoisella, intensiivikurssilla. Olikohan se kolme kuukautta? Sitä ennen minä olin Psykiatrisessa sairaalassa.*

HAASTATTELIJA: *Oliko se sinun ensimmäisiä sairaalajaksoja?*

KURSSILAINEN: *Minä olen ollut tosi monta kertaa Psykiatrisessa sairaalassa.*

Ensimmäisessä esimerkissä kurssilainen kertoo sairastumisestaan skitsofreniaan ja siitä, kuinka hän on ollut hoidossa psykiatrisissa sairaaloissa ja asuneensa kahdessa eri psykiatrisessa sairaalassa. Kurssilainen käyttää kuvattessaan tiemetaforaa ja asu-
mismetaforaa: sairastaminen on pitkä prosessi ja viimeisimmät sairaalajaksot eivät ole hänelle olleet lyhyitä vaan pitkiä. Asiakas on kuvauksessa aktiivinen toimija, joka itse hakeutuu hoitoon. Vastaavasti toisessa esimerkissä kurssilainen kertoo, kuinka hän on ollut useita kertoja psykiatrisessa sairaalassa ja viimeisellä kerralla sairaalan intensiivikurssilla. Asiakkaan toimijuus näyttyy passiivisena. Asiakas ei kerro, miten hän on sairaalaan joutunut tai miten hän on kokenut sairaalan auttaneen. Esimerkit peilautuvat psykoositasoisen mielen sairauden vaikeuteen ja voinnin vaihteluihin. **Asiakaslähtöisyyden** näkökulmasta on olennaista, miten aktiiviseksi/passiiviseksi asiakkaat mieltävät oman toimijuutensa sairaalahoitoon hakeutumisessa ja sairaalajaksolla olemisessa. Vakavassa psykoositasoisessa mielen sairaudessa on tavallista, että asiakkaat ovat sairautensa aikana useammassa eri sairaalassa tai/ja useamman kerran samassa sairaalassa hoitajaksolla, jolloin sairaalakokemuksilla – positiivisilla ja negatiivisilla – on iso rooli kurssilaisten palveluverkostokuvauksissa.

Avohoito – vaihtuvat lääkärit ja pysyvät lääkärit

Haastatteluissa kurssilaiset toivat avohoidon 34 kertaa yhtenä tärkeänä osana palveluverkostojaan. Kurssilaiset puhuivat seitsemästä eri avohoitoyksiköstä. Seuraavassa kurssilaiset kuvaavat avohoitoa osana palveluverkkoaan:

HAASTATTELIJA: *Eli siis se oli lääkäri, psykiatri.*

KURSSILAINEN: *Kyllä.*

HAASTATTELIJA: *Ja se oli siellä mielenterveystoimistossa.*

KURSSILAINEN: *Tai siis se on kriisipsykiatrian puolella, mutta tämä minun nykyinen lääkäri on Kaupunginosassa.*

HAASTATTELIJA: *Kaupunginosassa?*

KURSSILAINEN: *Kaupunginosan mielenterveys(toimistossa)*

* * *

HAASTATTELIJA: *Muistatko sinä, onko siellä ollut muita sellaisia ammattilaisia?*

KURSSILAINEN: *Joo tuolta mielenterveystoimistosta on minun vanha, tai lääkäri minä kanssa jatketaan vielä ja sitten sosiaalityöntekijä, ja sitten lääkäri.*

Esimerkissä yksi kurssilainen kertoo lääkärin vaihtuneen, kun asiakkuus siirtyi kriisipsykiatriasta Kaupunginosan mielenterveystoimistoon (psykiatrian poliklinikka). Syntyy kuva, ettei asiakas voi vaikuttaa avohoitoyksikön ja lääkärin vaihdokseen. Asiakas puhuu muutoksista toteavaan sävyyn. Hoitopaikan vaihdos on tapahtunut ja häntä hoidetaan nyt mielenterveystoimistossa (psykiatrian poliklinikka). Esimerkissä kaksi kuvataan edelleen jatkuvaa ”vanhaa” lääkäri-potilassuhdetta. Kurssilainen kertoo jatkavansa hoitosuhdetta lääkäriin ja sosiaalityöntekijään. Siten asiakkaan palveluverkostossa on pitkäaikaisia asiakaskontakteja sosiaalityöntekijään ja lääkäriin. Vastauksen voi tulkita siten, että asiakas kokee voivansa vaikuttaa samaansa palveluun. Esimerkit kuvaavat sekä vaihtuvia että pysyviä avohuollon hoitosuhteita ja luovat samalla kuvaa pysyvistä ja muutoksessa olevista palveluverkostoista. **Asiakaslähtöisyyden** kannalta huomionarvoista on se, miten asiakkaat mieltävät oman toimijuutensa hoitoa määriteltäessä: kokeeko asiakas, että hän voi vaikuttaa omiin palveluihinsa vai ei? Tärkeää on myös mahdollistaa asiakkaalle suhteellisen pysyvät asiakassuhteet ja riittävät palvelut.

Kuntoutus – apua ja tukea arkeen

Kuntoutus on yksi keskeinen osa kurssilaisten palveluverkostoa. Haastatteluissa kurssilaiset toivat esiin kuntoutuksen 48 kertaa ja mainitsivat kaikkiaan 11 eri kuntoutuspalvelua tarjoavaa tahoja, joiden kanssa he ovat olleet tekemisissä. Alla olevissa esimerkeissä kurssilaiset kuvaavat menneitä ja suunnitteilla olevia kuntoutuspalvelujaan.

HAASTATTELIJA: *Oletko sinä ollut niin väsynyt, että et ehkä itsestäsi jaksaisi huolehtia, syömisistä ja suihkuista ja, että onko sinulla ollut ihan niin huono olo?*

KURSSILAINEN: *Lähinnä se kaupassakäynti, että minä en jaksa, sitä ruokaa tehdä, kyllä. Se tuntuu aika vaikealta mutta, minulle tulee nyt se kotikuntoutus(ryhmä).*

HAASTATTELIJA: *Sitten jatkossa?*

KURSSILAINEN: *Niin että ne varmaan auttaisi sitten vähän semmoisissa asioissa.*

HAASTATTELIJA: *Niin, että se ihan lähtisi kauppaan, ja ostaisi ruoat ja tekisi itsellensä ruokaa, niin se tuntuu?*

* * *

HAASTATTELIJA: *Tuota, minkälaista arkea sinä olet elänyt, ja mitä sinä olet tehnyt. Mitä sinun arkeen on kuulunut?*

KURSSILAINEN: *No viime vuosina, siinä on ollut jonkun aikaa sitä Kuntoutuspalvelussa käymistä(...).Ihan sellaista.*

Ensimmäisessä esimerkissä asiakas kertoo suunnitteilla olevasta, tulevasta kuntoutuspalvelusta ja miten hän odottaa tukea ja apua ruuanlaitossa. Kurssilainen kertoo: ”minulle tulee nyt se kotikuntoutus(ryhmä)”. Samalla hän kuvaa sitä, millaista apua ryhmä hänelle toisi – kotikuntoutus auttaisi vähän arjen asioissa. Toisessa esimerkissä asiakas määrittää itsensä aktiiviseksi kuntoutuspalveluissa kävijäksi. Esimerkit kuvaavat kuinka kuntoutuspalveluja toteutetaan joko ihmisen kotona tai ne perustuvat säännölliseen ”käymiseen”. Palveluverkosto muuttuu koko ajan; asiakkaiden elämässä on päätyneitä, suhteellisen pysyviä ja uusia, suunnitteilla olevia kuntoutuspalveluita. **Asiakaslähtöisyyden** näkökulmasta on tärkeää, miten asiakkaat mieltävät oman toimijuutensa kuntoutumisessa ja toipumisessa. Olennaista on myös monipuolinen kuntoutuspalvelutarjonta, jotta asiakkaalle löytyy hänen kuntoutumistaan edistäviä tukiratkaisuja.

Asumispalvelut – väliaikaisia asumisyksiköitä

Kurssilaiset toivat haastatteluissa esiin asumispalvelut 37 kertaa yhtenä merkittävänä osana omaa palveluverkostoaan ja he puhuivat 20 erilaisesta asumispalveluyksiköstä. Seuraavassa kurssilaiset kertovat asumispalveluistaan:

HAASTATTELIJA: *Missä paikassa sinä olet ollut ennen sitä, ennen kun sinä sinne Kuntoutuskotiin menit?*

KURSSILAINEN: *Minä olen ollut monessa paikassa(...). Psykiatrisen sairaalan jälkeen minä olin Kuntoutuksessa (...). Sitten sen jälkeen minä olin omassa asunnossa vähän aikaa tai vuokra-asunnossa, kuitenkin niin että asuin yksin. Sitten minä olin SPR:llä pari kuukautta. Sitten minä sain oman asunnon(...). Sitten minä olin semmoisessa kun Kuntoutuksessa, sen jälkeen minä olin Kuntoutuskodissa. Sitten tuli tämä Kuntoutuskoti, ja nyt tuli tämä, sitten olen nyt täällä.*

* * *

HAASTATTELIJA: *Hyvä. Millaisia suunnitelmia sinulla on tulevaisuuden nähden?*

KURSSILAINEN: *Nyt varmaan on suunniteltu sitä Kuntoutuskotiin menemistä sitten sinne Kaupunginosaan. En tiedä oikein, mitä sen jälkeen sitten.*

Esimerkissä yksi kurssilainen kuvaa, kuinka hän on ollut asiakkaana kahdessa kuntoutuspalveluyksikössä sekä kahdessa asumispalveluyksikössä. Hän määrittää itseään monissa asumispalveluissa kiertäneenä ihmisenä. Paikanvaihdokset seuraavat toisiaan ilman, että kurssilainen sitoisi niitä yhteen selittämällä miksi hän on kulloinkin siirtynyt paikasta toiseen. Sen sijaan esimerkki kaksi kuvastaa palveluverkoston rakentu-

misen alkupistettä, alkavaa asiakkuutta asumispalveluissa. Asiakkaalle on suunniteltu paikkaa uudessa kuntoutuskodissa. Kerronnan tapa, passiivimuoto ”on suunniteltu Kuntoutuskotiin menemistä” jättää asiakkaan ja muiden osapuolten toimijuuden piiloon. Kurssilainen kuvaa, kuinka hänellä ei ole tietoa tulevasta, mitä on suunnitteilla palveluasumisen jälkeen. Esimerkit kertovat siirtymisestä asumispalvelusta toiseen, vaihtuvista asumispaikoista ja epävarmuudesta sen edessä minne kurssilainen tulevaisuudessa siirtyy asumaan. **Asiakaslähtöisyyden** näkökulmasta on merkittävää, miten asiakkaat mieltävät oman toimijuutensa asumispalvelupäätöksiä tehtäessä ja kuinka selkeitä kyseiset päätökset ja tulevaisuudensuunnitelmat asiakkaalle ovat. Olennaista on myös erilaisten vaihtoehtoisten asumispalveluiden tarjonta, jotta jokaiselle asiakkaalle löytyisi paras mahdollinen, riittävän pitkäaikainen asuinpaikka ja koti.

Työtoiminta ja ammatillinen koulutus – suunnitteilla valmentavaa koulusta

Kurssilaiset toivat haastatteluissa esiin työtoiminnan ja ammatillisen koulutuksen yhdeksän kertaa yhtenä merkittävänä osana omaa palveluverkostoaan. He mainitsivat yhdeksän eri työtoimintapaikkaa tai ammatillisen koulutuksen yksikköä. Alla kurssilaiset kertovat suunnitteilla olevista koulutuksista.

HAASTATTELIJA: *Onko nyt ollut puhetta, että voisi olla joku semmoinen meno? On se joku harrastus tai joku tämmöinen, kurssin tyyppinen, onkos mitään ollut?*

KURSSILAINEN: *Jotain, koulua he ovat nyt suunnitelleet minulle, tähän. Mitähän se nyt oli? En muista nimeä, mutta suunnilleen opiskelua, mielen-terveys, tai kyllä ne, jotain psyykkisiä ongelmia. Semmoista ne ovat suunnitelleet, tähän.*

HAASTATTELIJA: *Niin, et sinä menisit opiskelee tämmöisiä opiskelutaitoja, ettei vielä mitään ainetta?*

KURSSILAINEN: *Joo. Semmoista ne ovat nyt suunnitelleet, et pitäisi. Jotain.*

* * *

HAASTATTELIJA: *Oletteko te miettineet täällä keskenänne, mitä sinä teet sitten?*

KURSSILAINEN: *Ollaan me joo. Siinä on ollut sellaisesta XX- koulutuksesta ja sitten se toinen, sellainen valmentava koulutus, niin niistä on ollut vähän puhetta. Kun minä en oikein tiedä, mitä minä sitten opiskelisin, niin minä en ole vielä ajatellut sitä ainakaan.*

Esimerkeissä puhutaan asiakkaille suunnitteilla olevasta opiskelutaitoihin valmentavasta koulutuksesta ja XX-koulutuksesta, jossa tuetaan kurssilaisen valmiuksia siir-

tyä koulutuksen jälkeen jatkokoulutukseen. Ensimmäisessä esimerkissä kurssilainen kuvaa, millaista koulutusta hänelle on jatkokuntoutuksena suunniteltu. Kerronnassa asiakas jättää itsensä sivuun suunnittelusta: ”ne ovat suunnitelleet” – ja asettuu suunnittelun kohteeksi. Myös toisessa esimerkissä kurssilainen kertoo siitä, millaista koulutusta hänelle on jatkossa suunniteltu. Kurssilainen määrittää itseään aktiivisena, yhdessä ammattilaisten kanssa koulutusta suunnittelevana toimijana. Esimerkit tuovat esille, kuinka ammattilaiset ohjaavat kurssilaisia erilaisten koulutuspalveluiden pariin ja miten kurssilaiset lukevat itsensä suunnittelijoiden joukkoon. **Asiakaslähtöisyyden** kannalta huomion arvoista on, miten asiakkaat mieltävät oman toimijuutensa koulutusurien rakentamisessa. Tärkeää on myös se, että palvelujärjestelmässä on erilaisia väliopiskelu- ja työnmahdollisuuksia, joihin vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavat voivat osallistua.

Muut tukipalvelut – siivouksesta terapiaan

Kurssilaiset toivat haastatteluissa esiin myös muita tukipalveluita kuusi kertaa yhtenä merkittävänä osana omia palveluverkostojaan. ”Muut” – kategoriaan luimme edunvalvonnan, siivouspalvelut, terapian ja vuokra-asumispalvelut. Seuraava maininta tuo esille edunvalvonnan kurssilaisen arjessa:

HAASTATTELIJA: *Maksatko sinä siitä vuokraa?*

KURSSILAINEN: *Joo. Edunvalvojan kautta se menee.*

Kurssilainen kertoo edunvalvojan hoitavan vuokran maksun, jolloin edunvalvonta on osa hänen palveluverkostoaan. Kurssilainen maksaa vuokraa, mutta käytännön maksaminen hoidetaan muualla. Kurssilaisen raha-asioiden hoito ja valvonta eivät ole yksin hänen käsissään, vaan niissä häntä tuetaan ja kontrolloidaan julkisen vallan taholta. Esimerkki tuo esille, miten palvelujärjestelmässä on mielenterveyspalveluiden ohella muita tahoja, jotka yhtälailla tukevat asiakkaan kuntoutumista, mutta myös kontrolloivat ja rajoittavat asiakkaan toimivaltaa. **Asiakaslähtöisyyden** näkökulmasta on olennaista miten aktiiviseksi/passiiviseksi asiakkaat mieltävät oman toimijuutensa myös muissa kuin vain mielenterveyspalveluissa. Tärkeää on, että asiakkaan tukiverkko on mielenterveyspalveluita laajempi ja hänen näköisensä eli yksilöllisesti räätälöity.

Kaiken kaikkiaan palveluverkostoanalyysi tekee näkyväksi kurssilaisten palveluvalikoita. Kurssilaiset nostavat haastatteluissaan selkeästi merkittävimmiksi palveluiksi kuntoutuksen ja asumispalvelut. Myös avohoidon ja sairaalan antama tuki koetaan tärkeäksi. Sen sijaan työ tai ammatillinen koulutus ja muut palvelut jäävät haastatteluissa vähemmälle huomiolle. Analyysi tuottaa hyvin yleisen kuvan mielenterveyskuntoutuksen palveluverkostosta. Asiakkaiden kerronnassa heidän osallisuutensa ja toimijuutensa määrittäyty palveluverkostossa vaihdellen passiiviseksi tai aktiivisemmaksi. Joko

asiakas lukee itsensä ”heihin”, jotka suunnittelevat hänen kuntoutustaan tai jättäytyy seuraamaan mitä ”muut” seuraavaksi tekevät hänen asiassaan.

5.2 Kurssilaisten kuntoutuspolut

Käsitettä (kuntoutus)polku (pathway) käytetään monimuotoisesti (esim. D’Amour ym. 2005; Allen 2009). Sitä lähelle tulevia käsitteitä on useita, eikä niiden käyttö ole vakiintunut, vaan käsitteitä käytetään usein rinnakkain ja ristiin. Tutkimus- ja ammattilaiskeskustelussa puhutaan hoitolinjasta ja -mallista (care pathway). Käsitteellä viitataan tapaan, jolla terveydenhuollon organisaation sisällä hoidetaan eri asiakasryhmiä eli systemaattiseen kuvaukseen siitä, miten asiakas kulkee organisaation ”läpi” ja ketkä ammattilaiset osallistuvat millaisenkin ongelmatilanteen tai sairauden hoitoon (ks. Stakes 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollon sanasto (Stakes 2006) määrittelee palvelu- ja hoitoketjun seuraavasti: ”palveluketjulla/hoitoketjulla tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettua palveluprosessin/hoitoprosessien kokonaisuutta”. Hoitopolulla voidaan puolestaan tarkoittaa moniammatillisia hoitosuunnitelmia (Nordling 2007, 64). Tässä raportissa **käytämme kuntoutuspolun käsitettä laueammin ja ymmärrämme sen asiakkaan ”matkaksi” moninaisissa sosiaali- ja terveystalveluissa sekä ammattilaisten, omaisten ja kanssa-asiakkaiden verkostoissa**. Kuntoutuskurssi on yksi pysähtymispaikka kurssilaisten kuntoutuspolulla, johon tullaan jostakin ja josta lähdetään johonkin asumismuotoon. Tyyppipolkuanalyysissä tarkastelemme kurssilaisten kurssia edeltäviä ja sen jälkeisiä asumispaikkoja ja palvelukokonaisuuksia. Asiakkaan kuntoutuspolulla on siten menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus; alku ja aikanaan loppu.

Vakavaa mielensairautta sairastavien tyyppillisten kuntoutuspolkujen analyysi perustuu 25 kurssilaisen kuntoutuspolkujen konstruointiin kurssilaisten haastattelujen ja työntekijöiden ryhmä- ja seurantahaastattelujen sisältämän informaation perusteella (ks. aineistokuvaus, luku 3.2). Kurssilaiset tuottavat haastatteluissa tietoa asumispaikoistaan ja käyttämistään palveluista. Samoin työntekijät ryhmä- ja seurantahaastatteluissa kertovat kurssilaisen kuntoutuksen vaiheista. Haastatteluaineistoa analysoimme luokitellen ja tyyppitellen, joiden kautta rakensimme tyyppipolut¹¹. Tyyppipolkuja

11 Kuntoutuspolkujen tyyppittelyä edelsi kolme toisiinsa kietoutunutta vaihetta: 1) (pilotti) aineiston valinta 2) janan muodostaminen ja 3) luokittelu. Ensimmäisessä vaiheessa valitsimme yhden kurssilaisen aineiston pilottiaineistoksi. Luimme läpi kaikki häntä koskevat aineistot. Tässä vaiheessa teimme valinnan siitä, mitä aineistoja polkuanalyysiin sisällytetään. Jätimme analyysistä pois ne aineistot, joissa ei esiintynyt viittauksia kuntoutuspolulla esiintyneisiin paikkoihin tai ihmisiin. Toisessa vaiheessa alleviivasimme aineistosta kaikki niissä esiintyneet paikat ja ihmiset. Tämän jälkeen piirsimme tarkan kronologisen janan. Janaan merkitsimme aineistosta nousseet asiat eri väreillä: paikat sinisellä, ammattihenkilöt punaisella ja muut ihmiset vihreällä. Totesimme yhden janan olevan liian kirjava ja monimutkainen. Yksinkertais-

yhdistäviksi ja erottaviksi tekijöiksi valikoituivat kurssilaisten käyttämät asumispalvelut ja tarvittavan tuen intensiivisyys. Tyyppipolut jäsentyvät siten janelle, jonka toisessa päässä on itsenäinen asuminen ja kevyt informaalituki, ja toisessa päässä on väliasuminen ja vahva ammatillinen tuki. Tyyppipolut tuovat esille, miten saman asiakasryhmän sisällä on hyvin erilaisia elämäntilanteita sekä asumisen- ja tuentarpeita.

Tyyppipolkuja rakentaessamme **jaoimme asumismuodot¹² kolmeen luokkaan: sairaalaan, väliasumiseen ja kotiin.** Sairaalalla viittaamme laitoshoidotakseen psykiatrisessa sairaalassa. Sairaala on merkittävä lyhytaikainen asumismuoto; monilla kurssilaisilla oli yksi tai useampi psykiatrisen sairaalajakso takanaan. Väliasumisen luokka sisältää hyvinkin erilaisia asumismuotoja. Jaoimme sen kahteen alaluokkaan: a) kuntoutuskotiin ja b) tukiasumiseen. Kuntoutuskoti on kuntouttavaa asumispalvelua, joko tehostetun tuen kodeissa, joissa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden tai kevyen tuen kuntoutuskodeissa, joissa henkilökuntaa on läsnä virka-aikana. Tukiasuminen sisältää ne moninaiset muut asumispalvelut, jotka eivät tapahdu kuntoutuskodissa vaan muussa asumisyhteisössä. Nykyisin sekä kuntoutuskotiin että tukiasumiseen liittyy odotus väliaikaisesta asumisesta eli, että asiakas siirtyisi mahdollisimman

taaksemme kronologista janaa teimme alustavan jaottelun, jonka pohjalta muodostimme kaksi janaa: henkilökohtaista verkostoa ja ammatillisia paikkoja kuvaavat janat. Henkilökohtainen verkosto sisältää muun muassa epäviralliset verkostot kuten kurssilaisen perheen ja ystävät. Ammatilliset paikat sisältävät erilaiset auttamisorganisaatiot ja näiden työntekijät. Myöhemmin päätimme muodostaa aineistosta vielä kolmannen janan, toivepuheen. Toivepuheeseen sisältyvät sellaiset paikat, jotka mainittiin aineistossa, mutta jotka eivät konkreettisesti toteutuneet tai jotka sisälsivät toiveen tulevasta. Analyysin lopuksi merkitsimme janoihin plussia ja miinusia sen mukaan, esitettiinkö paikka selkeästi positiivisessa tai negatiivisessa mielessä. Pilottiaineiston jälkeen teimme tämän vaiheen kaikkien kurssilaisten aineistoille. Vaiheessa kolme luokitelimme aineistoa taulukoita hyväksi käyttäen. Aineiston taulukointiin päädyimme, koska katsoimme sen hyödyttävän myös myöhempää analyysin tekoa. Tällöin tarkempaa analyysia tehtäessä voidaan ko. kohta löytää aineistosta helposti. Apuna taulukoiden muodostamisessa käytimme janan tuottamaa tietoa pilottikurssilaisesta. Selkeyttääksemme taulukkoa aloimme jäsentää ja luokitella aineistoa aluksi kahteen ja sitten kolmeen luokkaan toisessa vaiheessa tekemämme alustavan jaottelun pohjalta. Vähitellen meille muodostui kolme erillistä luokkaa: ammatilliset paikat, henkilökohtaiset verkostot ja toivepuheen sisältävät luokat. Nimesimme taulukot noiden luokkien mukaan.

12 Asumispalvelujen määrittely on vakiintumatonta ja kirjavaa (ks. esim. Pitkänen ym. 2004; Paasu 2005). Ilkka Haapolan (2005, 16) mukaan asumispalvelujen määrittelyä vaikeuttaa toimintanimikkeiden ja toiminnan kirjavuus. Useat jäsenyykset muuttuvat sitä mukaa, kun uusia avokuntoutuksen tarjoajia ilmaantuu ja uusia palvelumuotoja kehitetään. Lainsäädännössämme asumispalvelut on luokiteltu kunnalliseksi sosiaalipalveluiksi sekä jaoteltu palvelu- ja tukiasumiseen (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 17, 22§). Sosiaali- ja terveysministeriön mielen-terveyskuntoutujien asumispalvelua koskevassa kehittämissuosituksessa (Leppo 2007, 18–21) asumispalvelut jaetaan kolmeen ryhmään; tuettuun asumiseen, palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen asiakkaan tarpeen ja asumismuodon perusteella. Tuettussa asumisessa asiakas asuu omassa tai kunnan järjestämässä asunnossa, jonne on saatavilla kuntoutusta ja tilapäistä tukea (mt., 19). Palveluasuminen on joko yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa tai palveluasumista itsenäisesti omassa asunnossa. Henkilöstö on paikalla päivisin tai puhelinpäivystyksen kautta (mt., 19–20).

nopeasti kuntoutuspolullaan eteenpäin asumaan omaan kotiin. Kodin käsitteen jaoimme kolmeen alaluokkaan: ”oma koti” viittaa kurssilaisen itsenäiseen asumiseen, esimerkiksi yksin asumiseen omassa tai vuokra-asunnossa. ”Tuetusti oma koti” viittaa itsenäiseen asumiseen esimerkiksi kotikuntoutuksen avun ja tuen turvin. ”Vanhempien koti” tarkoittaa sitä, että kurssilainen asuu vanhempiensa kanssa esimerkiksi nuoruuden/lapsuuden kodissaan.

Tiivistimme aineistosta **viisi kuntoutuspolkutyyppeä**: oman kodin ja itsenäisen selviytymisen polku, vanhempien kodin ja omaisten tuen polku, tuetusti oman kodin ja kevyen tuen polku, kuntoutuskodin ja vahvan tuen polku sekä tukiasumisen ja vahvasta kevyempään tukeen polku. Näitä kuntoutuspolkutyyppejä erottaa se, mihin asumismuotoon kurssilaiset lähtivät kuntoutuskurssilta ja missä kukin kurssilainen asui kolmen kuukauden seurantajakson jälkeen. Esittelemme seuraavassa tyyppipolut tarinaesimerkkien kautta. Esimerkit ovat fiktiivisiä tarinoita eri kurssilaisten poluista, eivätkä siten kuvaa kenenkään yksittäisen kurssilaisen polkua.

Oman kodin ja itsenäisen selviytymisen polku

Jari asuu omassa vuokra-asunnossa. Ajoittain Jarin kunto huononee ja tällöin hänet otetaan lyhyelle psykiatrisen sairaalan hoitajaksolle. Jarin ollessa huonossa kunnossa hänen päivärytminsä menee sekaisin ja hänellä on vaikeuksia huolehtia itsestään. Sairaalassa Jari on ollut muutamia lyhyitä jaksoja kuntoutuspolkunsa varrella. Tällä kertaa sairaalasta Jarin omahoitaja ottaa yhteyttä kuntoutuskurssin työntekijään. Ammattilaiset arvioivat, että Jari hyötyisi toimintakyvyn arvioinnista ja intensiivisestä kuntoutusjaksosta. Jari käy yhdessä sairaalan omahoitajan kanssa tutustumassa kuntoutuskurssiin. Tutustumiskäynnin jälkeen Jari tekee päätöksen. Hän haluaa osallistua kuntoutuskurssille, jonne hän menee suoraan päästyään sairaalasta. Kuntoutuskurssilla Jarin toimintakykyä arvioidaan sen perusteella, miten hän selviytyy kurssin arjen askareista ja tehtävistä. Jari osallistuu kurssilla pidettyihin erilaisiin ryhmiin kuten sosiaalisten taitojen, oireidenhallinnan ja luovan toiminnan ryhmiin. Kuntoutuskurssin päätyttyä Jari muuttaa takaisin omaan asuntonsa ja käy kuten tähänkin asti kerran kuussa psykiatrian poliklinikalla keskustelemassa psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Joka toinen kuukausi hän tapaa hoitavan lääkäriinsä. Lisäksi hänellä on tukeanaan omat vanhempansa ja sisarukset.

”Oman kodin ja itsenäisen selviytymisen” -tyyppipolussa asiakas palaa kuntoutuskurssin jälkeen takaisin omaan kotiin ja selviytyy pääsääntöisesti omatoimisesti. Tyyppipolkua luonnehtii itsenäinen asuminen, satunnaiset lyhyet (asumis)jaksot sairaalassa, avohoidon hoitokontakti ja omaisten tuki.

Vanhempien kodin ja omaisten tuen polku

Kalle tulee kuntoutuskurssille omien vanhempien luota psykiatrian poliklinikan lääkärin lähettämänä. Myös Kallella on useita käyntejä psykiatrissa sairaalassa lyhyillä hoitajaksoilla. Nyt Kallen vanhemmilla ja lääkärillä on huoli Kallesta. Kallen sosiaalinen verkosto on suppea, hän on eristäytynyt ja yksinäinen. Kalle käy vanhempiensa kanssa etukäteen tutustumassa kuntoutuskurssin toimintaan ja tekee ison ja rohkeutta vaativan ratkaisun, kun hän päättää osallistua kurssille. Kurssin tavoitteena on arvioida Kallen toimintakykyä, toiminnan rajoitteita ja voimavaroja. Kalle harjoittelee sosiaalisia taitoja ja arjenhallintaa osallistumalla kurssin päiväohjelmaan. Arvioinnin tuloksena päädytään siihen, että Kalle tarvitsee enemmän toiminnallisuutta ja mielekästä tekemistä päiviinsä, jotta hän rohkaistuisi lähtemään liikkeelle omasta huoneestaan ja käyttämään julkisia kulkuneuvoja, eikä siten tukeutuisi jatkossa niin paljon vanhempiinsa. Kuntoutuskurssilta Kalle muuttaa takasin vanhempiensa luo, ja hänen muuta tukiverkostaan vahvistetaan. Jatkossa Kalle käy kaksi kertaa viikossa ryhmämuotoisessa päivätoiminnassa¹³, jossa hän myös tapaa muita samanikäisiä ja saman sairauden kanssa kamppailevia nuoria. Mikäli päivätoiminnassa käyminen alkaa sujua hyvin, voi Kalle siirtyä kuntouttavaan työtoimintaan työpajalle. Kallen haaveena on työelämä ja veneenveistäjän ammatti. Kuntoutuskurssin jälkeen Kalle alkaa käydä kerran kuussa psykiatrian poliklinikalla joko psykiatrisen sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolla.

”Vanhempien kodin ja omaisten tuen” -tyyppipolussa omaisten rooli asiakkaan elämässä on suuri. Tyyppipolussa on leimallista se, että asiakas tulee kurssille vanhempien kodista ja hän muuttaa kurssin jälkeen takaisin vanhempien kotiin. Kuntoutuskurssin jälkeen asiakkaan arkeen lisätään toiminnallisuutta ja erilaisia tukipalveluita. Myös tässä tyyppipolussa asiakkailta on takanaan satunnaisia lyhyitä sairaalajaksoja sekä avohoidon hoitokontakti.

Tuetusti oman kodin ja kevyen tuen polku

Marko tulee kuntoutuskurssille omasta kodista, jossa hän asuu kotikuntoutuksen tukemana; työpäri käy Markon luona kaksi kertaa viikossa. He viiptyvät noin tunnin, jona aika keskustellaan viikon tapahtumista ja mielialasta, välillä tehdään yhdessä ruokaa tai käydään esimerkiksi hoitamassa Markon Kela-asioita. Marko pystyy asumaan siis omassa kodissa tuetusti. Silloin kun Markon vointi on hyvä,

13 Päivätoiminta on toimintakykyä ylläpitävää ja kuntouttavaa ryhmämuotoista toimintaa. Päivätoimintayksiköt tarjoavat erityyppisiä palveluja mielenterveyden ongelmiin, ja niillä on säännölliset aukioloajat, jolloin henkilökunta on tavattavissa (Harjajarvi ym. 2006, 30).

hän käy toimintakeskuksen päivätoiminnassa kaksi kertaa viikossa. Hän kuuluu siivousryhmään. Viime aikoina Markolla on ollut vaikeuksia keskittyä työhön, muistaa asioita ja hän väsyä, eikä tahdo jaksaa läpi päivän. Poissaoloja on ollut päivätoiminnasta ja hän tarvitsee yhä enemmän kotikuntoutuksen apua arjen askareissa. Monella ammattilaisella ja Markon äidillä on herännyt huoli siitä, kuinka Marko pärjää arjessa ja kykenee asumaan yksin. Marko tulee tässä epäselvässä tilanteessa kuntoutuskurssille kokonaiselämäntilanteensa arvioon. Kuntoutuskurssilla päädytään siihen, että Marko tarvitsee erilaista päivätoimintaa mitä hänellä on aikaisemmin ollut ja positiivista palautetta, jotta into säilyy harjoitella asioita ja kamppailla sairauden oireiden kanssa. Markon voimavarot kuluttavat yksinäisyys ja pettymykset ihmissuhteissa. Markolle lähdetään hakemaan terapiaa ja omaa tukihenkilöä, jonka kanssa hän voisi tehdä mukavia asioita, kuten esimerkiksi käydä elokuvissa ja pyöräilemässä. Kuntoutuskurssilla Marko saa myös lisää itsevarmuutta, valmiuksia ja aloitekykyä selviytyä itsenäisesti kotona. Kurssilta Marko muuttaa takaisin omaan asuntoon (tuetusti). Kotikuntoutuksen ja psykiatrisen poliklinikan käynnit jatkuvat kuten ennenkin.

”Tuetusti oman kodin ja kevyen tuen” -tyyppipolussa itsenäinen asuminen mahdollistuu erilaisten tukipalvelujen turvin. Olemassa olevat tukipalvelut ja niiden intensiivisyys vaihtelevat. Asiakkaan asumismuoto pysyy samana kurssin jälkeen: hän tulee kuntoutuskurssille ”oma koti tuetusti” -asumismuodosta ja palaa samaan. Kuntoutuskurssin aikana tukipalveluihin kuitenkin tehdään muutoksia ja tukea lisätään.

Kuntoutuskodin ja vahvan tuen polku

Sari tulee kuntoutuskurssille kuntoutuskodista, jossa on henkilökuntaa ympärivuorokautisesti. Kognitiivisen tason lasku häiritsee hänen toimintakykyään niin, että hän tarvitsee paljon ohjaajien ohjausta. Sari tulee kuntoutuskurssille toimintakyvyn arvioon: millaista apua ja tukea Sari kuntoutumisessaan tarvitsisi, jotta hän kykenisi elämään itsenäisempää elämää? Riittäisikö sittenkin itsenäisempi (ja edullisempi) asumismuoto? Sarilla on takanaan useita erilaisia asumispalvelupaikkoja, eikä hän tahdo asettua, eikä soveltua oikein minkään tyyppiseen asumismuotoon. Nyt Sarin lääkäri, kuntoutuskodin työntekijät ja vanhemmat haluavat lisää tietoa siitä, mikä Sarin tämän hetkinen tilanne on ja mikä häntä auttaisi eteenpäin. Kuntoutuskurssilla Sarin toimintakykyä arvioidaan perusteellisesti, hänellä on paljon yksilöaikoja ja hänen asiassaan pidetään monia neuvotteluja. Sari harjoittelee erilaisia arjenhallintataitoja, sosiaalisia taitoja ja oireidenhallintaa. Sarin toimintakyky kohenee huomattavasti, hän kykenee tekemään itsenäisesti asioita mitä ei aiemmin kyennyt viemään loppuun asti. Loppupalaverissa päädytään silti siihen, että Sarilla ei ole vielä valmiuksia selviytyä esimerkiksi

tukiasunnossa, vaan hän tarvitsee intensiivistä tukea selviytyäkseen arjestaan. Sari kuitenkin toivoo sitä, että tulevaisuudessa hän voisi asua ihan omillaan. Kuntoutuskurssilta Sari siirtyy uuteen kuntoutuskotiin, jossa on erikoistuttu psykoositasoisten mielen sairauksien hoitoon ja kuntouttamiseen. Hän saa kurssilta mukaansa kuntoutussuunnitelman, jossa suositellaan harjoituksia ja keinoja jatkaa hyvin alkanutta kuntoutumista.

”Kuntoutuskodin ja vahvan tuen” -tyyppipolkua leimaa suhteellisen pitkäaikainen kuntoutuskotiasuminen. Asiakas tulee kurssille kuntoutuskodista ja hän palaa takaisin kuntoutuskotiin. Kuitenkin kuntoutuskurssilla on otettu aktiivisempi ote kuntoutumiseen ja päästy siinä hyvään alkuun.

Tukiasumisen ja vahvasta kevyempään tukeen polku

Pekka tulee kuntoutuskurssille kuntoutuskodista. Hän tulee kuntoutuskurssille valmentautuakseen siirtymään tukiasumiseen, jota on suunniteltu yhdessä Pekan, hänen lääkärinsä, vanhempien ja kuntoutuskodin työntekijöiden kanssa kuntoutuspolun seuraavaksi vaiheeksi. Pekka on edistynyt kuntoutuskotiaikana hyvin ja hänen vointinsa on parantunut. Kuntoutuskurssi tarjoaa Pekalle mahdollisuuden kokeilla turvallisesti vapaampaa ja samalla vaativampaa asumista. Ennen kurssia Pekka käy tutustumassa kuntoutuskurssiin kuntoutuskodilta omahoitajan kanssa. Kurssilla Pekan toimintakyky osoittautuu riittäväksi tukiasumiseen, joskin sairauden oireet, kuten vaikeus keskittyä ja ”pysähtyneisyys” vaikeuttavat edelleen arjen askareiden tekemistä ja liikkumista julkisilla paikoilla. Pekka on positiivinen, hän tahtoo voittaa sairautensa ja päästä lopulta asumaan omaan kotiin. Kuntoutuskurssilta Pekka muuttaa tukiasumiseen; tukiasumisyhteisöön¹⁴. Lisäksi Pekka alkaa käydä kaupungilla vertaisryhmässä. Psykiatrisen poliklinikan käynnit jatkuvat ja niitä on mahdollisuus tiivistää, jos uuteen elämäntilanteeseen liittyvät muutokset aiheuttavat Pekassa ahdistusta.

”Tukiasumisen ja vahvasta kevyempään tukeen” -tyyppipolku voidaan kuvata siirtymäksi vahvasta kevyemmän tuen tukiasumiseen. Tyyppipolkua yhdistävät asumis- palvelut: asiakas tuli kuntoutuskurssille kuntoutuskodista ja lähti kuntoutuskurssilta tukiasumiseen. Niin kuntoutuskoti kuin tukiasuminen tarjoavat kuntoutustukea asiakkailleen, tukiasuminen kevyemmällä intensiteetillä kuin kuntoutuskoti.

¹⁴ Tukiasumisyhteisössä jokaisella jäsenellä on oma asunto, tukipisteen työntekijät ovat tavattavissa virka-aikaan ja yöllä voi soittaa päivystysnumeroon. Tukiasumisyhteisöllä on oma viikko-ohjelma; siellä on mahdollisuus osallistua ryhmiin, retkiin ja luonto- ja eräkurssille.

5.3 Moninaiset verkostot, polut ja asiakaslähtöisyys

Palveluverkostoanalyysi on konstruktio paikallisesta moninaisesta palvelujärjestelmäverkostosta, jossa pyrimme kuvaamaan niitä palveluita, joita vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavat käyttävät. Haastattelussa useat kurssilaiset toivat esiin sen, että he ovat viettäneet useita lyhyitä tai pidempiä jaksoja sairaalassa sekä asuneet monissa eri kuntoutuskodeissa ja tukiasunnoissa kuntoutuspolullaan. Hyvin usein heidän oli kuitenkin vaikea jäsentää sitä, miksi he olivat vaihtaneet esimerkiksi asumismuotoaan tai lääkäriään useasti. Tämä tärkeä miksi-kysymys jää aineistossa avoimeksi, mutta siihen vastaaminen on olennaista asiakaslähtöisyyden näkökulmasta.

Kurssilaisten haastattelut kertovat vaihtuvista mielenterveyden avohuollon palveluista, joidenkin kuvausten kohdalla voidaan puhua avohuollon ”pyöröovisyndroomasta” (esim. Salokangas ym. 2000). Tällä tarkoitamme sitä, että avohuollossa olevat vaikeaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavat kulkevat palveluverkostossa esimerkiksi kuntoutuskodista kuntoutuskotiin, kuntoutuspalveluista toiseen sekä avohuollon lääkäriltä toiselle palaten aina uudelleen samojen palveluiden piiriin. Vaihtuvuutta lisää se, että asumispaikan vaihtuessa usein myös asiakkaan asiaa hoitavat ammattilaiset vaihtuvat. Monien asiakkaiden voidaan sanoa olevan jatkuvassa liikkeessä ja muutostilassa. Tärkeä jatkotutkimusaihe olisi selvittää, mitkä tekijät ovat taustalla, kun asiakkaat vaihtavat ja kiertävät palveluista toiseen sekä milloin jatkuva muutos edistää kuntoutumista ja milloin taas ei. Onko vaihdoksissa kyse esimerkiksi epäsovivista kuntoutus- tai asumismuodoista, tuloksellisuuden ja asiakaskierron osoittamisesta, hankalan asiakkaan uloskirjoittamisesta, riittämättömästä avohoidosta tai arjen tuesta, eri toimijoiden yhteistyön pulmista vai asiakkaan omista valinnoista ja toipumisesta (ks. esim. Nordling 2007, 64–66; Koskisuus 2004, 31; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3)?

Palveluverkostoanalyysi tekee näkyväksi sen, kuinka asiakkaat eivät aina miellä omaa toimijuuttaan vahvaksi palveluverkostossa: he määrittävät itsensä jonkun toisen ohjaimiksi, heille suunnitellaan ja annetaan palveluita, joiden hyödyllisyydestä he ovat epävarmoja. Kurssilaisten haastatteluissa muutokset kuntoutuspolulla usein vain ”tupsahtavat” jostakin tai tapahtuvat, eikä asiakkaalla ole selkeää käsitystä siitä, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Tällöin hänen osallisuutensa ja toimijuutensa palveluiden valinnassa ja räätälöinnissä määrittyy vähäiseksi. **Asiakaslähtöisessä** orientaatiossa korostetaan, että asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus tehdä palveluvalintoja ja saada asema aktiivisena toimijana, joka päättää omasta elämästään ja suuntaa itse kuntoutuspolkuaan (ks. luku 9 ja 10).

Tyyppipolut tuovat esille kuntoutuskurssin kuntoutuksen monimuotoisuuden ja kuntoutuspolkujen yksilöllisyyden, joskin kuntoutuspoluissa on samalla yleisiä piirteitä. Mahdollisia kuntoutuspolkuja rajoittavat kurssilaisen lähtökohdat, palvelujärjestelmän palveluvalikko ja käytettävissä olevat resurssit. Lisäksi psykoositasoisesta

mielen sairaudesta koitua haitta ja sen kanssa selviytyminen on sidoksissa yksilön sosiaaliseen ja kulttuuriseen pääomaan ja ympäristöön: siihen kuinka hyvin ihminen itse ymmärtää tilanteensa ja osaa hyödyntää resursseja; kuinka häntä ymmärretään, osataan tukea, auttaa ja ”poluttaa” eteenpäin (Raitakari ym. 2011). Tyyppipolut kertovat sairauden kanssa elämisestä, eri osapuolten yhteistyön, arvioinnin ja suunnitelmien tärkeydestä. Samalla ne kertovat asiakkaan kuntoutuspolkujen arvioinnin ja suunnan muuttamisen onnistumisesta.

Kun kuntoutuspolkutyyppejä tarkastelee lähemmin voi huomata, että ne vievät asiakkaita kolmea reittiä kuntoutuskurssilta eteenpäin: a) ei muutoksia -reitti: asiakas palaa kurssia edeltäneelle kuntoutuspolulle b) pieniä muutoksia -reitti: asiakas palaa kurssia edeltäneeseen asumis(palveluun), mutta asiakkaan saamaan tukeen tehdään muutoksia, c) isoja muutoksia -reitti: asiakas ei palaa kurssia edeltäneeseen asumismuotoon, jolloin sekä hänen asumispalvelunsa että tukipalvelunsa muuttuvat. Näiden kolmen tyyppipolkureitin lisäksi kuntoutuskurssilta on löydettävissä vielä ”keskeytynyt ja paluu sairaalaan” tyyppipolku, josta meillä ei ole käytettävissä kattavaa aineistoa, eikä sitä ole sen takia kuvattu. Tässä tyyppipolussa kuntoutuskurssi keskeytyy asiakkaan voimien huononemisen vuoksi ja hän siirtyy sairaalaan. Tyyppipolku tuo esiin, kuinka psykoositasoisessa mielen sairaudessa ihmisen vointi saattaa heiketä nopeasti-kin ja kuntoutuspolun suuntaa täytyy muuttaa.

Tässä luvussa olemme mallintaneet kuntoutuskurssin käyneiden asiakkaiden lyhyttä kuntoutuspolkua. Tyyppipolkumme ovat kuvauksia yhdestä ”etapistä” asiakkaan kuntoutuspolulla, kurssille tulosta ja sieltä lähdöstä. Mallinnus tekee näkyväksi asiakkaiden polut kuntoutuskurssille ja sieltä pois: ne laitos, asumis- ja tukipalveluverkostot, joita asiakkaat käyttävät polkujensa aikana. Siten se tekee näkyväksi vaihtoehtoisia kuntoutuspolkuja ja reittejä. Kuntoutuspolut auttavat hahmottamaan vaikeista psykoosisairauksista kärsivien kuntoutuskäytäntöjä. Arjen todellisuudessa kuntoutuspolku on ihmisten, tapahtumien ja toimintojen enemmän tai vähemmän suunnitelmallinen verkosto, jossa asiakas ja ammattilaiset suunnistavat. Mielenkiintoista olisi ollut seurata kurssilaisten kuntoutuspolkujen muotoutumista pidempään; katsoa esimerkiksi kuinka monen kuntoutuspolku on pysynyt ennallaan, kuinka monen kohdalla tukipalveluihin ja asumismuotoon on tehty muutoksia ja millaisia muutoksia on esimerkiksi tapahtunut kahden kolmen vuoden päästä. Pitkällä aikavälillä asiakkaan kuntoutuspolku on paljon monivaihteisempi kuin tässä raportissa esitetyt tyyppipolut.

Asiakaslähtöisten palveluverkostojen ja kuntoutuspolkujen vahvistaminen:

- varmistamalla, että asiakkaan tilanteessa mukana olevat toimijat tuntevat toisensa ja toistensa tehtäväalueet
- varmistamalla, että asiakas on yksi toimija muiden toimijoiden rinnalla, jonka mielipiteet ja toiveet huomioidaan asiakkaalle palveluita ja kuntoutuspolkua suunniteltaessa
- varmistamalla, että sekä asiakkaalla että yhteistyötahoilla on selkeä käsitys asiakkaan palveluverkoston ja kuntoutuspolun menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta
- varmistamalla, että asiakkaan palveluverkostossa ja kuntoutuspolulla tehtävät muutokset ovat asiakkaan suunnitelmia, kuntoutumista, asemaa ja itsemääräämisoikeutta vahvistavia
- varmistamalla, että asiakkaan palvelut vastaavat hänen sen hetkistä toimintakykyä, ettei häneltä odoteta liikaa, eikä liian vähän itsenäistä selviytymistä
- varmistamalla, ettei kuntoutuspolulla tehdä suunnanmuutoksia asiakkaan kannalta liian äkkiäisesti, nopeasti, ammattilaisvetoisesti tai liian hitaasti, jättäen muutoksien aikaansaamisen yksin asiakkaan vastuulle.
- varmistamalla, että asiakas saa hänen toimintakykyään tukevat palvelut, eikä hänellä ole liian vähän tai liikaa palveluita

6 Tietodiskurssit ja ymmärrys asiakkaan toimijuudesta¹⁵

Tässä luvussa keskitymme kuntoutuskurssin ammatillisten yhteistyökumppanien eli palveluverkoston ja kuntoutuspolkujen muiden keskeisten toimijoiden näkemyksiin. Aineistonamme ovat yhteistyökumppaneiden haastattelut (ks. luku 3.2): mukana on kurssilaisten tulo- ja lähtöpaikoissa (kuten kuntoutuskodeissa ja kotikuntoutustyössä) työskenteleviä, asiakkaiden hoitoon osallistuvia sekä asiakkaiden sijoituspaikoista viimekädessä vastaavia kunnallisia toimijoita. Kaikki haastatellut ovat sellaisia, jotka kurssilaiset mainitsivat asiakashaastatteluissa itselleen tärkeinä työntekijöinä. Koska kuntoutuskurssi asiakas- ja työntekijäkohtaamisineen on vain kuntoutuspolun yksi nivelkohta, on merkityksellistä, miten muut palveluverkoston toimijat ymmärtävät asiakkaan ja hänen asemansa.

Yleisesti tiedämme, että kuntoutuksen kentällä on käynnissä paradigman muutos; asiantuntijalähtöisestä kuntoutuksesta on siirrytty asiakkaan aktiivisuutta ja osallisuutta korostavaan kuntoutusajatteluun jossa keskeistä on yksilöllisen vajavuusnäkökulman sijaan asiakkaan kohtaaminen osana omaa toimintaympäristöään (Karjalainen 2004). Kuntoutettavasta on tullut kuntoutuja ja oman elämänsä asiantuntija. Mielenterveystyössä on toisin sanoen siirrytty korostamaan tasa-arvoista kumppanuusajattelua eri toimijoiden välillä: sekä asiakkaan ja työntekijän että kuntoutusta ja hoitoa järjestävien tahojen välillä. Kuntoutujien asiantuntijuus ja osallistuminen omaan hoito- ja kuntoutusprosessiinsa on keskeinen julkituotu arvo mielenterveystyössä (Laitila 2010). Lähestymme tätä ajankohtaista asiantuntijuuden teemaa tiedon ja erilaisten tietämisen tapojen näkökulmasta. Ajattelemme, että **asiakaslähtöisyyttä** tulee tarkastella myös siitä näkökulmasta, millä tavalla asiakkaiden asiantuntijuus, heidän oma tietonsa, on mukana kuntoutusprosessissa ja millä tavalla se suhteutuu muiden prosessissa mukana olevien tietoon. Näihin kysymyksiin lähdemme hakemaan vastauksia kurssilaisten kannalta tärkeiden yhteistyökumppaneiden tavasta ymmärtää kuntoutuksessa läsnä oleva ja siinä tarvittava tieto: millaiseksi he määrittävät tiedon ja erityisesti kurssilaisten oman tiedon. Tieto ei yhteistyökumppanihaastatteluissa mää-

15 Tämä luku perustuu Riina Kaartamon (2012) sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielmaan ”Tieto ja asiantuntijuuden paikat moniammatillisessa mielenterveyskuntoutuksessa. Diskursiivianalyttinen tutkimus”.

rity vaan yhdenlaiseksi vaan monenlaiseksi. Kutsumme näitä erilaisia tiedon määrittäytapoja **tietodiskursseiksi**¹⁶.

6.1 Tietodiskurssit ja kuntoutuspolut

Kysymys tiedosta on kiinnostava sen vuoksi, että kuntoutuskurssin yksi perustehtävistä oli nimenomaan asiakkaan toimintakyvyn, kognitiivisten taitojen ja kokonaiselämäntilanteen arviointi eli tiedon tuottaminen. Näiden arviointiin pohjaavien tietojen pohjalta asiakkaan jatkokuntoutusta pyrittiin suunnittelemaan mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi. Yhteistyökumppanit toivat haastatteluissa esiin, että asiakkaita ohjattiin kuntoutumisjaksolle silloin kun a) heille suunnitellaan itsenäisempää asuimuotoa, mutta tästä ollaan vielä epävarmoja tai silloin kun b) heidän kuntoutumisensa on ”solmukohdassa”, ja työntekijät etsivät ratkaisua siihen, millaisin keinoin tilannetta voitaisiin parantaa ja kuntoutumista edistää. Kurssilta odotettiin monipuolista arviointiin pohjautuvaa tietoa asiakkaiden kyvyistä ja edellytyksistä esimerkiksi itsenäisempään asumiseen, opiskeluun, tai sitten vastauksia siihen, miksi asiakkaiden kuntoutuminen ei etene toivotulla tavalla ja mikä kuntoutumismuoto voisi olla heille sopiva. Myös tiedon kulku palveluverkostossa oli yleinen puheenaihe haastatteluissa.

Analysoimme siis yhteistyökumppanien haastatteluja kiinnittämällä huomiota siihen, **miten ja millä tavoin he puhuvat kuntoutustyössä tarvittavasta ja läsnä olevasta tiedosta**. Keitä tiedon tuottamiseen ja tiedon välittämiseen osallistuu? Millainen tiedollinen asiantuntijuus kuntoutumisprosessissa mukana oleville toimijoille rakentuu? Millaiseksi asiakkaan paikka ja asiantuntijuus rakentuvat? Entä millaisiksi määrittyvät ammattilaisten paikat ja asiantuntijuus? Analyysimme erityinen näkökulma on siinä, **keistä puhutaan tiedon omistajina ja keistä tiedon kohteina**, sillä näihin vastaamisen kautta on mahdollista tarkastella nimenomaan asiakaslähtöisyyden (tai vastaavasti ammattilais/asiantuntijälähtöisyyden) teemaa. Tiedon omistamisen ja kohteena olemisen näkökulman kautta valaisemme sitä, **millaisia toimijuuksia erilaiset tiedon diskurssit mahdollistavat kuntoutusprosessin osapuolille**. Tietodiskurssit sisältävät monenlaisia toimijuuksia, joihin liittyy erilaisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Siirrymekin nyt tarkastelemaan lähemmin tietodiskursseja, joita paikansimme kolmesta haastatteluaineistosta: 1) arviointitieto välineenä kuntoutuksen hallinnassa, 2) tieto itsehoidon välineenä, 3) rajattu kokemustieto osana kuntoutusta.

16 Diskurssi voidaan määritellä kokonaisuudeksi, joka määrittää jotakin aihetta ja sitä miten siitä puhutaan (ks. tarkemmin Jokinen & Juhila & Suoninen 1993, 24–29).

6.2 Arviointitieto välineenä kuntoutuksen hallinnassa

Tässä diskurssissa kuntoutumiseen liittyvä tieto määrittyy **ammattilaisten asiantuntijatiedoksi**. Tieto on ammattilaisten työväline, jota he käyttävät työskennellessään asiakkaiden kanssa, suunnitellessaan ja toteuttaessaan asiakkaalle sopivaa lähestymistapaa kuntoutukseen. Tieto on työntekijän tuottamaa, omistamaa ja työntekijöiden välillä liikkuvaa tietoa. Tietoa voidaan hankkia kahdella tavalla; tekemällä erilaisia mittauksia ja testauksia joilla kartoitetaan esim. asiakkaan kognitiivisia kykyjä, ja toisaalta havainnoimalla asiakkaan toimintaa ja vointia arjessa. Työntekijän toimijuus on siis aktiivista tiedon keräämistä ja havainnointia. Asiakas on puolestaan havainnoinnin kohde ja autettava, häntä ei nähdä kuntoutuksen kannalta aktiivisena tiedontuottajana. Diskurssin avainsanoja ovat havainnointi, tiedon kulku, kartoitus/tutkimus. Tieto määritellään tiedoksi asiakkaan kyvyistä sekä tiedoksi hänen elämänsä kokonaisuudesta. Tieto on olemassa ja hankittavissa, se pitää vain löytää oikeanlaisin keinoin. Tiedon luonne on näin objektiivista ja kumuloituvaa. Verkostomaisessa mielenterveystyössä tieto on kuitenkin vaarassa kadota kun asiakas kulkee kuntoutuspolullaan erilaisissa auttamisorganisaatioissa. Tietoa kerrytetään kuntoutuspolun pysähdyspaikoilla, ja tärkeää on tiedon välittäminen eteenpäin asiantuntijoiden välillä. Tieto liikkuu ensisijaisesti palvelujärjestelmän tasolla.

Seuraavassa haastateltava ja haastattelija käyvät keskustelua asiakkaan tilanteesta, jossa havaintotieto nousee keskeiseksi ongelmanmäärittelyn kannalta. Havainnoimalla arkista toimintaa kerätään tietoa asiakkaan voinnista, joka ilmenee arjenhallinnassa. Eri kuntoutusorganisaatioissa kerätty arjen havaintotieto myös yhdistyy toisiaan tukevaksi määritykseksi tilanteen ongelmallisuudesta.

Ihan tämmöisessä perusarjen hallinnassa, että tavallaan me se, miten se meillä näyttäytyi, niin ihan lääkähoidoissa ja jotenkin semmoinen yleisvointi ja se hänen kyvyttömyys osallistua työpainotteiseen päivään ja oli hyvin semmoinen, ei ollut kauhean koostunut. Niin tavallaan sitä kautta se lähti ja sitten kotikuntoutuksesta tuli sitä samaa viestiä että miten se näyttäytyy siellä kotona. Että ne vahvistivat toinen toisiaan.

Testausten ja tehostetun havainnoinnin perusteella voidaan saavuttaa tietoa asiakkaan elämän kokonaisuudesta, joka edesauttaa tulevaisuuden suunnittelua. Tiedon hankinta näyttäytyy ongelmanratkaisun resurssina, päämääränä on selvittää mikä jatkokuntoutusmuoto tai uudenlainen lähestymistapa olisi hedelmällinen asiakkaan kuntoutumisen kannalta. Työntekijät eivät vielä tiedä, mikä vaihtoehto olisi asiakkaan tilanteeseen sopivin, joten he toivovat lisätiedon helpottavan jatkosuunnittelua.

Seuraavassa otteessa työntekijä kuvaa eloisesti niitä tilanteita, joissa hän ajattelisi kuntoutuskurssin sopivan tietylle asiakkaalle. Kuvauksessa näkyvät odotukset joita kurssille asetetaan: asiakas on joko etenemässä kuntoutuspolullaan, mutta asiakas

itse tai kuntoutusprosessin suunnittelu tarvitsee lisäinformaatiota, tai toisaalta ollaan ongelmatilanteessa jossa kuntoutus on lukossa ja aina törmätään samaan ongelmaan. Tiedon puute rakentuu näin kuntoutumisen esteeksi. Yhtäältä tuotettu lisätieto toimisi tilanteen uudelleenmäärittelyn apuna, jolloin esteestä päästäisiin ylitse. Toisaalta lisätiedolla voidaan saada vahvistusta jo tehdyille arvioille, ja tätä voidaan käyttää lisätuki-palveluiden suunnittelussa. Monipuolisempi kuva asiakkaan toimintakyvystä ja siihen mahdollisesti liittyvistä ongelmista rakentuu myös asiakkaan oikeusturvaksi.

HAASTATTELIJA: *Minkälaisena sinä näet kurssille sopivan asiakkaan ihan yleisesti?*

HAASTATELTAVA: *Minusta tämä Arto oli oikeen tyyppinen kurssille sopiva asiakas, jolla lähdetään miettimään sitä sellaista itsenäistymisen ja tätä just joku kuntoutuskoti tai sitten toinen, mitä minä olen miettinyt, mikä minun mielestä on toinen henkilötyyppi tai semmoinen, joka hyötyisi siitä on, jonka kuntoutus on jotenkin ihan kerta kaikkiaan lukossa, että lähdetään vähän miettimään sitä, että missä aina törmätään johonkin tiettyyn samaan ongelmaan tai se ei etene jotenkin odotetusti, tai et ollaanko ihan hakoteillä, että jotenkin se vaan määritellään tavallaan uudestaan sitä tilannetta, et sellainen joka on selvästi jotenkin etenemässä, ja mietitään mitä lisätukea, mitä hän tarvitsisi vielä kuntoutumiseen, ja on semmoinen aika selvä kuitenkin visio ehkä työntekijöillä, mutta tarvii vielä semmoista, tämä asiakas itse tai sen kokonaiskuntoutusprosessin suunnittelu semmoista lisäinformaatiota, tai sitten, että on ihan täydellinen pattitilanne, ettei päästä eteenpäin.*

Seuraavassa haastateltava määrittää kuntoutuskurssin eräänlaiseksi pysähdyspaikaksi, esimerkiksi tilanteessa jossa asiakas palaa useamman kerran sairaalahoitoon. Asiakkaan kuntoutuminen ikään kuin 'sahaa' paikallaan, jolloin pysähtyminen on tarpeellista. Epävarmassa tilanteessa on syytä pysähtyä asiakkaan tilanteen äärelle ja hankkia lisätietoa asiakkaan voinnista ja kyvyistä.

Se on tietysti se.. sellainen nuori skitsofreniapotilas tulee, nuorehko. Alle kolmekymppinen, jolla se.. tietysti aikaisemminkin, jolla se tulee sairaalahoitoon ja toistuvasti, eikä se avohoito saa oikein otetta, ja sitten kuntoutuminen ei etene, niin mielestäni siinä se.. pysähtyminen siihen ja katsominen, että mitä tässä on kysymyksessä.

Odotukset, joita kuntoutuskurssille asetetaan, rakentuvat usein sellaisina tarpeellisen tiedon hankinnan mahdollisuuksina, joihin omassa organisaatiossa ei välttämättä ole resursseja. Henkilökunnan moniammatillisuus ja tähän liitetty asiantuntijuus mah-

dollistavat tarkemman ja kokonaisvaltaisemman tiedon hankkimisen asiakkaan tilanteesta. Seuraavissa otteissa kuvataan henkilökunnan moniammatillisuutta osaamisena ja kuntoutuksen etuna systemaattista havainnointia. Erilaisten testausten nähdään tuottavan syvempää tietoa asiakkaasta.

Tietysti siellä (kuntoutuksessa) sitten voidaan tutkia sitä potilasta (-). On toimintaterapeutti ja psykologi käytettävissä. Ja jotenkin.. vaikka tietysti kuntoutuskodissa on ohjaaja ja siinä pystytään sitten käytännössä sitä.. havaitsemaan, mutta et sitten semmoinen systemaattinen havainnointi”-- Ja pystytään vähän paremmin sitten kuitenkin yhteisössä havaitsemaan, havainnoimaan tätä potilasta.

Tiedonhankinnan esteet rakentuvat ennen kaikkea resurssien puutteeksi. Usein se, mitä etua kuntoutuksella on omaan organisaatioon nähden, rakentuu puheessa niin, että kuntoutus vertautuu sellaisiin resurssihin joita omassa organisaatiossa ei ole. Omasta organisaatiosta ei löydy tiettyjen asiantuntijoiden palveluja, tai organisaatiossa ei ole tarpeeksi henkilökuntaa asiakasmäärään nähden. Eri alojen yhteistyö rakentuu keinoksi tuottaa monipuolista tietoa asiakkaan elämästä.

Tieto määrittyy kattavaksi ”paketiksi” ja kokonaiskuvaksi asiakkaan elämäntilanteesta sekä kyvyistä. Tätä tietoa kertyy kuntoutuspolun pysähdyspaikoilla, ja keskeiseksi nouseekin kysymys paitsi tiedon tuottamisesta, myös tiedon asianmukaisesta välittämisestä toisille kuntoutustyön asiantuntijoille. Tieto siirtyy ikään kuin viestikapulana kuntoutustaholta toiselle ja sitä kerrytetään kuntoutuspolun pysähdyspaikoilla eli erilaisissa mielenterveyskuntoutuksen ja -hoidon organisaatioissa. Tieto kulkee suullisesti palavereissa ja tapaamisissa, mutta myös kirjallisesti. Seuraavassa haastateltava pohtii tiedonkulkua:

Niin että se olisi riippuen siitä että mihin se ihminen sitten menee kuntoutuskursin jälkeen, niin se kolme kuukautta seuraisi sen ihmisen mukana, se informaatio seuraisi sen ihmisen mukana. Ettei se sitten jää tähän seurantaan, jos vointi huononee tai, suunnitelmat eivät mene niin kun on suunniteltu.

Tiedon välittämistä kuvataan termeillä tiedon siirtyminen ja tiedon seuraaminen asiakkaan mukana. Tieto on jotakin, joka voi myös matkan varrella ”kadota”, jos ammatillaiset eivät syystä tai toisesta kykene sitä välittämään toisilleen tai omaksumaan kuntoutustyön arkeen, kuten seuraavasta käy ilmi:

Ja sitten se riippuu heidän aktiivisuudestaan muutenkin, että miten se sitten se.. tieto välittyy sieltä sitten tänne ja miten saumattomasti se sitten siihen jatkojutuun. Kun se on erillinen tutkimusaika, että tuleeko ne tiedot sitten hyödynnettyä, että pääsee sitä sitten tänne. Vai onko se niin että siinä just että miten siinä palaverissa sitten osaavat kuvata, että minkälainen havainto tullut.

Myös tiedon siirtämisen oikea-aikaisuus rakentuu osaksi prosessia. Tietoa käytetään kuntoutusprosessin aloittamisvaiheessa. Seuraavassa työntekijä kuvaa sitä, kuinka esimerkiksi erilaiset työntekijöiden raportit välittävät kuntoutusprosessin käynnistämisen kannalta tärkeää tietoa.

Että se pitäisi tulla melkein heti kun ihminenkin tulee, koska eihän siinä sitten enää tapahdu, sen ihmisen kanssa.. et sillä informaatiolla ei ole samaa merkitystä kun se tulee niin paljon jäljestäpäin ...Sieltähän tulee semmoinen ihan lyhyt yhteenveto siis sen, asiakkaan mukana, mutta sitten se pidempi ja kattavampi, se tulee aika paljo jäljestäpäin. Sillä on hirveesti käyttöä, kun sinä alat käynnistää sitä kuntoutusprosessia taas täällä.

Asiakas ei tule näkyväksi aktiivisena tiedon tuottajana omassa kuntoutumisprosessissaan. Usein tiedosta puhutaan ikään kuin asiakkaasta erillisenä kokonaisuutena. Joissakin puheen kohdissa saatetaan asiakkaan pätevyys tiedon tuottajana myös suoraan kyseenalaistaa:

Semmoinen tiedon kulku, niin jotenkin sitten että mitä kaikkea hyvää kuntoutusjaksolla saadaan aikaan, et se sitten jatkuisi, ettei se sitten se tieto jää vaan sinne. Koska harvoin kuitenkaan nämä potilaat osaa kertoa sitten niitä, asioita mitkä, on ollut niitä oleellisia. Ja missä sitä apua ja tukea tarvitsisi.

Tässä diskurssissa tiedontuotanto hahmottuu siis ikään kuin kuntoutumisen kokonaisuuden hallinnan keinona. Mitä enemmän kuntoutustyöntekijöillä on tietoa asiakkaan elämästä ja oireista, sitä paremmin työntekijät kykenevät auttamaan asiakasta hänen kuntoutumisessaan sekä suunnittelemaan kuntoutumisen kokonaisuutta asiakkaalle mielekkääksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Kuntoutumisprosessia kuvataan usein jatkuvana liikkeenä, ja tiedon hankinnan edellytyksenä on pysähtyminen ja keskittyminen asiakkaan tilanteeseen. Henkilökunnan määrä ja moniammatillisuus tuovat lisämahdollisuuksia tiedon hankintaan. Tiedon paikka on palvelujärjestelmän tasolla.

6.3 Tieto itsehoidon välineenä

Tässä diskurssissa tieto rakentuu asiakkaan omaa sairaudenhallintaa tukevaksi. **Tieto on tietoa ja ymmärrystä sairaudesta ja sen luonteesta sekä sairauden kanssa elämisestä.** Tieto sairauden olemassaolosta, siihen kuuluvista oireista sekä oireidenhallinnasta näyttäytyy sekä keskeisenä keinona jonka avulla asiakas voi selvitä sairauden kanssa että kuntoutuksen päämääränä. Diskurssin avainsanoja ovat oireidenhallinta, tunnistaminen, varomerkki, koulutus, harjoitus, ja itsearviointi. Tiedon luonne on koulutuksellinen. Painopiste on asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa. Tieto hahmottuu asiakkaan ymmärrykseksi omasta sairaudestaan ja sen hallintakeinoista.

Työntekijä on kuitenkin tiedon omistaja; hänellä on tietoa sairaudesta sekä niistä keinoista joilla oireita voidaan tunnistaa ja hallita. Tämän tiedon hän siirtää asiakkaalle. Asiakkaan toimijuteen kuuluu aktiivinen kuntoutusprosessiin osallistuminen työntekijän ohjauksessa.

Seuraavassa haastateltava kuvaa niitä keinoja, joilla asiakas voi oppia hallitsemaan sairauttaan arjessa. Tieto liittyy tässä siis oireiden tunnistamiseen, joka antaa asiakkaalle kompetenssia arvioida omaa tilannettaan, onko vointi parempi vai huonompi. Asiakas tarkastelee omaa elämäänsä, vointiaan ja voinnin vaihteluja eri tilanteissa. Itsearviointin apuna on työntekijän arvioima sairaus ja tiettyyn sairauteen kuuluva problematiikka.

*Elikkä asiakas tunnistaa omia sairauden oireita ja tunnistaa niin sanotut varo-
merkit tai ennakoivat oireet sillä tavalla et osaa jo itsekkin, että on etukäteen sanot-
tanut tai kirjannut ylös niitä että mistä hän itse huomaa milloin hänen vointi
huononee tai mistä hän huomaa että vointi on parempi.*

Alla olevassa haastatteluotteessa työntekijä kuvailee kurssille asettamia odotuksia, joiksi hän nimeää kurssilaisten aikuistumisen ja itsenäistymisen. Toinen odotus on oireidenhallinta, jossa keskeistä on niiden menetelmien oppiminen, jolla voi oppia loiventamaan oloansa. Sairaus määrittyy pysyväksi, mutta sellaiseksi, jota asiakas voi oppi itsenäisesti hoitamaan.

*Mm, no varmaan se semmoinen itsenäistyminen ja aikuistuminen. Olisi ollut ne
suurimmat plus sitten tietysti ihan se oireiden hallinta. Mielialan tasaaminen ja,
no joo oireiden hallinta varmaan ja semmoinen niin kun, ymmärrys siihen että
sairaus on pysyvä. Ja että sitä ei voi, parantaa mutta että voi, voi sitten oppia
varomerkkejä ja loiventaa olojansa sitten oppimalla semmoista omaa sairauden
hoitotaitoa.*

Seuraavassa työntekijä kuvaa asiakkaan sisäistämiä oireidenhallintakeinoja. Hän käyttää sanoja aktiivisuus ja itsearviointi, jotka viittaavat nimenomaan asiakkaan työskentelyyn. Puhe havainnollistaa hyvin sen, millaisesta tiedosta diskurssissa on kyse. Asiakas on oppinut kuntoutuksen aikana keinoja oman olonsa arviointiin ja oman tilanteensa kohentamiseen. Työntekijän ja asiakkaan suhde ei rajoitu pelkästään tiedonsiirto- ja harjoittelutilanteeseen, vaan asiakas kertoo jatkossa vointiinsa liittyviä havaintoja kuntoutustyöntekijälle. Haastateltava tuo esiin sen, että nämä opitut taidot unohtuvat ellei niitä ylläpidetä.

*Jotenkin hän käytti hirveen aktiivisesti sitä oireiden sitä oman tilanteensa itse-
arviointia, hän käytti alkuunsa tosi hyvin sitä, kun hän oli kurssilta tullut, että
miten arvioi sitä omaa oloansa ja varomerkkejä ja tätä, et jotenkin esimerkiksi*

tämmöinen, se toimi hänen kohdallaan, hän tuli tänne kertoo, että nyt on kuule kaikki varomerkit esillä, että hän on ruksinut kaikki sieltä sen, niin se oli minusta hirveen hyvä, että sekin on pikku hiljaa sitten unohtunut varmaan sen kirjan käyttö ja tällä tavalla, et näitä pitäisi ylläpitää, niin se oli.. Just tämmöisiä jotain eväitä, jotka auttaa sitä ihmistä omaan itsensä arviointiin ja oman tilanteensa kohentamiseen omatoimisesti tai sitten, et on näitä erilaisia käytettäisiin täällä, mutta kun eihän täällä ole sitten sellaista kognitiivista kuntoutusta sen jälkeen oikeastaan olemassa kauheasti vielä saatavilla.

Asiakas ei ole passiivinen tiedon vastaanottaja, vaan kyetäkseen vastaanottamaan tietoa, hänen on oltava motivoitunut ja sitoutunut käsittelemään omaa sairauttaan. Muuten tiedon antaminen on turhaa. Asiakas rakentuu vastuulliseksi osapuoleksi omassa kuntoutumisessaan. Vaikka työntekijöillä on tietoa niistä keinoista, joilla sairauden kanssa voi oppia tulemaan toimeen arjessa, on asiakas kuitenkin se, joka pohtii sitä millä tavoin sairaus näyttäytyy hänen elämässään. Kuntoutustyöntekijät tarjoavat ikään kuin kehyksen, jonka kautta omaa henkilökohtaista tilannetta voidaan tarkastella. Seuraava haastateltava kuvaa asiakkaan motivoitumisen tärkeyttä kuntoutumisprosessissa.

Tai sitten että ei ole kerta kaikkiaan yhtään motivoitunut minkäänlaiseen itsensä tarkasteluun, kun minun ymmärtääkseni siinä kuitenkin aika paljon on sitä, että mietitään niitä omia voimavaroja ja sellaista. Jos ei oikeasti halua eikä ole motivaatiota eikä ole sitoutunut, niin kai se on sitten aika turhauttavaa kaikille osapuolille.

Usein viitataan myös siihen, että sairauden on oltava ”tietyissä kohdassa”, jotta asiakas voi hyötyä kuntoutuksesta. Asiakkaan on kyettävä jollakin tasolla tiedostamaan ja hyväksymään oma sairautensa, jotta hän pystyisi työskentelemään sairautensa kanssa ja ottamaan vastaan tietoa esimerkiksi sairauteen kuuluvista oireista. Tieto sairaudesta rakentuu asiakasta voimaannuttavaksi ja hänen kuntoutumistaan tukevaksi ja motivoi suuntaamaan tulevaisuuteen. Merkittävää on nimenomaan asiakkaan sairaudenhallintakeinojen lisääminen, sillä mikäli asiakas tietää tarpeeksi sairaudestaan, hän kykenee myös toteuttamaan vastuullisesti tulevaisuudensuunnitelmiaan.

Heti ensimmäiseksi semmoinen tunne että hän on hyötynyt todella paljon siitä kurssista ja hän minun mielestä sanottikin sitä siinä itse, että hän kokee että hän on saanut paljon tietoa ja itsetuntemusta, että hänellä oli rohkeus lähteä tähän elämänmuutokseen ja rohkeus lähteä asumaan yksin.

Keskeiseksi nousee myös sairauksien määrittely erilaisten diagnoosien pohjalta. Kautta linjan haastateltavat kuvaavat sitä, kuinka tietyille asiakasryhmälle strukturoitu kuntoutus on tarpeellista, koska tämä mahdollistaa tiettyjen sairaustyyppeihin tarkoitettujen

harjoitusten tekemisen. Koulutuksellinen orientaatio ja intensiivisyys hyödyttävät asiakkaita eniten jos ryhmäläisten problematiikka on samansuuntaista.

Kuntoutustyön tavoitteeksi muodostuu tässä diskurssissa yksilöllinen sairaudenhallinta arjessa. Tiedon orientaatio on koulutuksellinen ja kasvatuksellinen. Saadesaan tietoa sairaudesta ja harjoitellessaan sairauden kanssa elämistä asiakas oppii tunnistamaan sairauteen kuuluvia oireita ja niihin liittyviä arjen haasteita, sekä toisaalta omia kykyjään ja voimavarojaan. Vaikka perustieto sairauden hahmottamisesta ja oireidenhallintakeinoista on työntekijällä, myös asiakas tuottaa kuntoutukseen liittyvässä vuorovaikutussuhteessa tietoa henkilökohtaisesta tilanteestaan, omista oireistaan ja varomerkeistään. Asiakkaan tehtävänä on itsensä tutkiskelu sekä aktiivinen harjoittelu, jolloin hän havaitsee henkilökohtaisia sairauden oireitaan, ja tietoisuus oireista ja niiden kanssa elämisestä auttaa asiakasta selviämään sairauden kanssa arjessa ja edistää kuntoutumista.

6.4 Rajattu kokemustieto osana kuntoutusta

Tässä diskurssissa **asiakas on tiedon tuottaja**, hän välittää työntekijälle tietoa omasta elämästään, kokemuksestaan, toiveistaan ja tuen tarpeista. Kuntoutuksen kannalta olennaista tietoa asiakkaan elämästä välittyy nimenomaan asiakkaan itsensä kertomana. Keskeisiä avainsanoja ovat luottamus, aika, kohtaaminen, kuuleminen, toive ja halu. Huomionarvoista on, että sanasto jolla asiakkaan tietoa kuvataan, on selkeästi suppeampaa kuin edellisissä diskursseissa. Esimerkiksi termi asiakkaan kuuleminen on sana joka toistuu usein. **Asiakkaan tieto on usein yhtä kuin hänen toiveensa tai halunsa johonkin.** Muunlaisesta asiakkaan tiedosta ei näissä haastatteluissa juuri puhuta. Työntekijän rooli hahmottuu myös mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen tarjoajaksi. Työntekijällä on tietoa esimerkiksi palvelujärjestelmän toiminnasta, ja hänen tehtävänä on avata noita mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja asiakkaalle. Kuitenkin asiakkaan toiveita ja haluja käsiteltäessä kontrastoivana tekijänä toimii usein työntekijän tieto. Ammattilainen arvioi ovatko asiakkaan toiveet toteutettavissa.

Seuraavassa esimerkissä asiakkaan tuottama kokemustieto rakentuu lähtökohdaksi kurssille ohjaamisen prosessissa. Esiin nousee myös eri alojen ammattilaisten ja asiakkaan välinen yhteistyö. Yhteistyö rakentuu asiakkaan esiin nostamien asioiden pohjalta eteneväksi. Ammattilainen tekee arvion siitä, millainen kuntoutusmuoto asiakkaalle voisi sopia hänen nostamiensa asioiden pohjalta.

Hän toi esimerkiksi tätä tällaista keskittymisen vaikeutta esille ja pohti sitä sairauttaan ja mielti sitä, ja hän mielti myöskin kuinka vaikeata ja raskasta taikka työlästä on kuntoutujana oleminen, niin kun se kuntoutuminen sinällään, et hän paljon pohti ja mielti niitä asioita, ja heräsi just siinä, sen takia just sitä psykologinkin kanssa niitä keskusteluja aloiteltiin, että hän saisi näitä asioita, mieltii sitä omaa sairauttaan, ja toisaalta sitä kuntoutumisen prosessia.

Seuraavassa haastateltava pohtii sitä, kuinka omien ajatuksien ja toiveiden esittäminen vaatii asiakkaalta uskallusta ja luottamussuhdetta. Oteesta korostuu myös ajan keskeisyys luottamuksen rakentamisessa.

Kyllä se on sitä että, kuullaan mitä tällä henkilöllä itsellään on ajatuksia ja toiveita siitä, miten hän tulisi autetuksi tai mihin tarpeisiin hän tarvitsee apua tai tukea tai jotakin ohjausta, ja että se välttämättä ei tule esille ihan heti, vaan että siihen voidaan tarvita ensin jonkin verran aikaa, ennen kun sitä uskaltaa sanoa, ei me kuka tahansa heti kelle tahansa ventovieraalle sanota kaikkea mitä me halutaan taikka ajatellaan, vaan että se tulee pikkuhiljaa. Eli siinä tarvitaan kyllä luottamussuhde, ennen kun asiakaslähtöisyyteen voidaan mennä, oikeasti.

Myös seuraavassa haastatteluotteesta ajan ja luottamuksen merkitys rakentuu asiakkaan tuottaman tiedon edellytykseksi. Siitä on kuitenkin luettavissa myös viitteitä työntekijän tekemästä arvioinnista haastateltavan puhussa oireista ja sairauden näkymisestä. Luottamuksellinen vuorovaikutus toimii pohjana myös työntekijän tekemälle arviointityölle.

Ja kolme kuukautta että siitä kolme kuukautta voi olla myöskin niin kun, niin lyhyt aika että esimerkiksi jotakin pystyy skarppaamaan tai kaikki oireet tai koko sairaus ei välttämättä edes ehdi näkyä kolmen kuukauden aikana. Että siinä on vähä kaks puolta että meillä esimerkiksi se kolme kuukautta on vielä semmoista honeymoon -vaihetta monesti. Että ikään kun sitten tulee se luottamus vasta siten pitkässä juoksussa ja semmoinen niin kun uskaltaa kertoa, että kuinka minä, mitä minun pääni sisällä oikeasti liikkuu ja minkälaisia ajatuksia on ja minkälaisia pelkoja tai harhoja on. Että kolme kuukautta voi sitten olla aika semmoinen asiallinen ja ilman että se semmoinen sairaus sitten näkyy.

Työntekijäisyys voi hahmottua myös niin, että asiakkaan kokemustieto on esimerkiksi verkostopalaverissa ensisijaisessa asemassa, ja työntekijä nostaa esiin joitakin asioita omasta ammatillisesta näkökulmastaan. Työntekijä ja asiakas välittävät siis tietoa yhdessä; asiakas kertoo omasta elämästään, ja työntekijä täydentää arvionsa mukaan informaatiota. Eri toimijoiden välinen yhteistyö rakentuu sellaiseksi, että asiakas näytetään aktiivisena toimijana ja työntekijät kuuntelijoina, ammatti-ihmisinä jotka ”eivät puhu asiakkaan ohii”, vaan tekevät yhteistyötä asiakkaan kanssa ja kuulevat hänen ajatuksiaan kuntoutuksesta.

Minun mielestä se oli aika sujuvaa ja luonnikasta ja jotenkin oltiin saman asian äärellä. Että kyllä minä ajattelen, että siinä oli kuntoutuspuolen ammatti-ihmiset keskustelemassa ja se kuitenkin, että se ei tarkottanut sitä, että Sepon ohi olisi, vaan että Seppo oli itse aktiivinen osallistuja ja paljon sitä keskustelua varsinkin

siitä, et mitä siellä kurssilla oli tapahtunut ja mitä Seppo tehnyt, niin Seppo kävi sitä keskustelua sen kurssin niitten, ilmeisesti siellä oli joku hänen omahoitajansa tai joku mikä se nimitys nyt onkaan, niin hänen kanssaan siinä. Ja jotenkin koin sen hyvänä, et nimenomaan Seppo oli siinä aktiivinen, et se ei ollut mitenkään ulkoapäin, vaan että se oli Sepon elämää ja hänen kertomanaan, että miten siellä on.

Huomionarvoista on se, että tämä tiedon diskurssi nousee usein esiin niissä kohdissa joissa **haastatteli** **esittää kysymyksen asiakaslähtöisyydestä**. Kysymys siitä, mitä asiakaslähtöisyys on, ja mitä se ei ole, ja kuinka asiakaslähtöisyys näkyy työntekijän työssä aktivoi haastateltavat vastaamaan ja käsittelemään nimenomaan asiakkaan ja työntekijän välistä tiedollista suhdetta. Asiakkaan tieto näyttäytyy ensisijaisesti mielipiteenä. Ammattilaisen tieto ja asiakkaan tieto asettuvat tässä usein vastakkain. Seuraava ote on vastaus asiakaslähtöisyyskysymykseen.

Kyllä se tarkoittaa sitä ehkä eniten että, kuunteleminen on tosi tärkeää, nimenomaan kuunteleminen niin että, ihan oikeasti kuulee mitä sillä ihmisellä on sanottavanansa. Ja tavallaan, vaikka se kuulostaisi kamalan oudoltakin taikka jotenkin siltä, että tässä, mitä tämä nyt sitten muka, eihän tämmöiseen asiaan, että mitä sinä tämmöistä tulet puhumaan niin, jotenkin ajattelen, et kaikki se mitä potilaat täällä, me nyt puhutaan pääasiassa potilaista tai kuntoutujista, niin mitä he täällä puhuvat niin tavallaan, että se on kuitenkin otettava vastaan sillä tavalla, että se on nyt juuri tällä hetkellä se ilmaisutapa ja se muoto, millä hän tuo ne asiat esille. Ja voi olla, että sitten jossain ajan kuluessa se muuntuu siitä paljonkin, mutta että, nimenomaan se tarvitsee just sitä aikaa, että sen saa sitten lopulta selville, mikä se siellä se pohjimmainen juttu on.

Seuraavassa työntekijä puhuu asiakaslähtöisyydestä. Hän ymmärtää sen juuri asiakkaan tuottaman tiedon ja arvion kuulemisena. Hyvä työntekijäyys määrittyy herkkyytenä asiakkaan kuulemiselle. Pulmallinen on sellainen tilanne, jossa asiakas ei itse tiedä mitä haluaa, ja työntekijän täytyy lähteä johdattelemaan asiakkaan prosessia. Asiakkaan tietämys ja toimijuus korostuvat sillä tavoin, että asiakkaan oikeutena ja velvollisuutenakin on esittää oma näkemyksensä siitä mitä haluaa. Tilanne voi olla esimerkiksi sellainen, että joku on aina päättänyt puolesta, jolloin asiakas ei osaa hahmottaa sitä mitä elämältään haluaa.

No kyllä se ainakin vaatii jatkuvaa pysähtymistä miettimään sitä. Jos ei sitä missään kohtaa mieltä ei pysähdy, silloin yleensä toteuttaa vaan joko minun omaa käsitystäni hyvästä elämästä tai sitten jotain, mitä olen lukenut jostain paperista sen lähettävän tahon käsitystä siitä, minkälaiseksi tämän ihmisen elämä pitäisi saada muokattua. Kyllä sitä pitää ajatella. Tietysti myöskin se, että sen asiakkaan,

että se pystyy itse määrittelemään edes jotain siitä, että on kuitenkin sellaisiakin asiakkaita, jotka on ehkä jo niin tottuneet siihen, että joku päättää aina puolesta, tai että ei ole koskaan oikein oppinut tietämäänkään, mitä haluaa. Sillon se on myös kauhean vaikeata, että jos ei se asiakas itsekään tiedä, mitä se toivoo tulevaisuudelta, niin jonkunhan sitä täytyy sitten lähteä johdattelemaan, mutta se, että johdattaako sitä sitten siihen suuntaan, kun se asiakas ehkä olisi halunnut vai siihen suuntaan, kun minä työntekijänä toivoisin sen menevän.

Toisaalta työntekijät tuovat usein esiin sen, että tieto asiakkaan toiveista on tärkeää, mutta työntekijä on se, joka arvioi tiedon merkityksellisyyden.

No vaikka nyt siis täällä se on, että kun tänne nyt tullaan tutustumaan niin sitten, on avoimuus ja tavallaan se valinta että kerrotaan, että me tarjoillaan tällaista palvelua täällä. Mutta että, itse tiedät onko tämä sinulle hyvä ja mitä sinä toivot mihin, minkälaisiin ongelmiin haet tällä, jos tulet tänne niin, mihin asioihin sinä haluat muutosta mitä me voidaan sinulle tarjota. Että lähetään niistä hänen, toiveistaan ja tarpeista. Se on sitten eri asia pystytäänkö niihin vastaamaan, ei välttämättä, ne ei ole välttämättä realistisia tai jotain muuta. Mutta että se semmoinen niin kun avoin ja rehellinen ja, kysyvä ja..

Seuraavassa esimerkissä, jossa haastateltava vastaa kysymykseen siitä, millaisena hän kokee yhteistyöpalaverit, asiakas hahmottuu aktiiviseksi päätöksentekijäksi ja arvioijaksi. Hän ei tee arviota siitä, mistä asiakas hyötyisi eniten, vaan asettaa asiakkaan kuntoutuksen keskiöön. Asiakas tarvitsee kuitenkin tietoa päätöksensä taustalle.

Musta se on tosi tärkeätä. Siinä kun mietitään niitä eri vaihtoehtoja niin, minusta on hirveän tärkeätä että nuorella on mahdollisuuksia käydä tutustumassa ja katsoa ja miettiä ja mietitään sen nuoren kannalta niitä asioita. Ja tarjotaan sillä lailla niitä vaihtoehtoja. Eihän nuori, eihän me voida tehdä päätöstä ja me päättää, että mikä on se nuoren etu, ja mikä sille on parasta. Kyllä hänen täytyy itse olla siinä ja antaa se mahdollisuus hänelle että, hän pääsee päättämään ja katsomaan että mikä on se mistä hän hyötyisi eniten. Ja senkin takia minusta on kauhean tärkeätä, että on niitä yhteispalavereja ja siirtopalavereja ja, kaikkea tätä mahdollista yhteistyötä, koska silloin, ja nuori on niissä mukana, koska silloin me kaikki puhutaan sitä samaa kieltä ja me ollaan perillä niistä nuoren asioista sillä lailla ettei yhden kanssa puhuta yhtä ja toisen kanssa toista, vaan kaikki on selvillä siitä, että mikä on nuoren tilanne, ja mistä me lähetään, ja mikä on tavoite ja mitä me halutaan. Ja mitä nuori haluaa.

Tässä diskurssissa tieto tarkoittaa asiakkaan tietoa elämästään, haluistaan ja toiveistaan. Nuo tiedot ovat kuntoutuksen lähtökohtana. Asiakas on aktiivinen kertoja ja

suunnitelmien tekijä. Huomionarvoista kuitenkin on että tämä diskurssi aktivoituu useimmiten silloin, kun kysytään kysymys asiakaslähtöisyydestä. Yhtäältä työntekijän tehtävänä on mahdollisuuksien tarjoaminen ja asiakkaan omien näkemysten avaaminen ja tukeminen. Toisaalta työntekijän roolina voi kuitenkin myös asiakkaan toiveiden realistisuuden ja toteuttamiskelpoisuuden arvioiminen.

6.5 Tietodiskurssien asiakaslähtöisyys

Luvussa kuvatut tietodiskurssit eivät esiinny yleensä puhtaina ja selvärajaisina, eivätkä kuntoutuskurssin yhteistyökumppanit puhu vain yhden tietokäsityksen kautta kuntoutustyöstä. Kuitenkin niillä on merkitystä arjisessa työssä, vaikka tätä merkitystä ei välttämättä huomata ja tehdä näkyväksi. Seuraavassa pohdimme niitä mahdollisia seurauksia, joita eri tietodiskurssit voivat olla tuottamassa.

Arviointitietoon nojaava diskurssi, jossa keskeistä on kokonaisvaltaisen tiedon hankkiminen asiakkaan kyvyistä ja tilanteesta, on aineistossa vahvimmissa roolissa. Työntekijän tehtävä määrittäytyy siinä prosessin tai liikkeen hallitsijaksi. Keskeistä on tulevaisuuden ennakoiminen ja hallinta, ja tässä tietoymmärryksessä voidaankin havaita riskien hallintapuheen piirteitä (esim. Green 2007; Helén 2011). Asiantuntijatiedon käyttö näyttäytyy välineenä ennakoita ja hallita riskejä asiakkaan kannalta suotuisalla tavalla ohjaamalla hänen kuntoutumistaan oikeaan suuntaan (ks. Petersen & Lupton, 1996, 18). Riskien hallintapuheelle on tyyppillistä asiantuntijatiedon korostuminen. Asiantuntijatieto määrittäytyy subjektiiviselle tiedolle vastakkaiseksi objektiiviseksi tiedoksi, jonka ajatellaan olevan keino riskien määrittelemiseen ja hallintaan (Carter 1995, 146). Kiinnostava kysymys on se, kuinka ”arviointitieto” ja ”kokemustieto” tulevat toistetuiksi esimerkiksi erilaisissa asiakastyöhön liittyvissä päätöksentekotilanteissa. Voiko vahva arviointidiskurssi heikentää aitoa asiakkaan osallistumista ja kokemukseen perustuvan tiedon huomioon ottamista kuntoutustyössä, jos vastassa on objektiiviseksi määriteltyä ”kovaa dataa” (ks. Sawyer 2008)?

”Arviointidiskurssin” voi tulkita olevan yhteydessä palvelujärjestelmän toiminnan tehostamispyrkimyksiin. Myös mielenterveystyössä sovelletaan erilaisia vaikutavuuden arvioinnin tekniikoita yhä enenevässä määrin, ja palvelujen tuottajat ovat velvollisia raportoimaan toiminnastaan palvelun tilaajalle. Erilaisten hallinnolliseen ja sopimukselliseen raportointiin liittyvien arviointitekniikoiden on havaittu muutavan arjen kuntoutustyön sisältöjä, ne ohjaavat esimerkiksi asiakkaiden tarkempaan valikointiin, hoitajaksojen sääntelyyn ja hoitokäytäntöjen valikointiin (Saario 2011, 203–207). Asiantuntijatiedon aseman vahvistuminen kuntoutustyössä liittyy näin osaltaan mielenterveystyössä yleisesti vahvistuneeseen arviointikulttuuriin, joka velvoittaa työntekijät raportoimaan työtään suoritteina ja tarkkailemaan työnsä tuloksellisuutta (Raitakari & Saario 2008).

Tieto itsehoidon välineenä -diskurssissa keskeistä on asiakkaan omaksuma tieto sairaudesta ja sen hallintakeinoista. Olennainen tieto on ammattilaisten tuottamaa, ja asiakkaan tehtävänä on siis hyödyntää tuota tietoa omassa elämässään. Diskurssi heijastaa nykyisessä kuntoutuskeskustelussa esillä olevaa voimavaraistavaa työskentelyorientaatiota, jossa ajatellaan asiakkaan oman toimijuuden vahvistumisen ja voimavarojen tiedostamisen edesauttavan kuntoutumista (Karjalainen 2004, 20–22). Kuntoutuksen kentällä on alettu kehittää työmenetelmiä joissa nimenomaan sairauteen liittyvän tiedon katsotaan olevan keskeistä kuntoutumisessa; näihin työmenetelmiin viitataan psykoedukaation käsitteellä (Lähteenlahti 2008, 202). Diskurssia voidaan kuitenkin tarkastella myös toisesta näkökulmasta, yksilöllisen riskien hallinnan korostamisen kautta. Riskien hallintakulttuurin yleistymisen sosiaali- ja terveydenhuollossa on ajateltu muovaavan paitsi ammattilaisten työkäytäntöjä, myös asiakkuutta niin, että asiakkaasta tulee vahvasti vastuullinen osapuoli kuntoutumisessaan (Green 2007, 397). Omasta hyvinvoinnista huolehtimisesta on tullut syvästi moraalinen kysymys; esimerkiksi terveyskeskustelussa ”hyvä kansalaisuus” määrittyy vastuullisen itsestä huolehtimisen, itsekontrollin ja itsensä kehittämisen kautta (Petersen & Lupton 1996, 64; Helén & Jauho 2003, 32). Yksilöllisen riskien hallinnan korostaminen vaikuttaa ihmisten itseymmärrykseen ja identiteetin rakentumiseen. Esimerkiksi kirjaamalla ylös voinninvaihteluita on yhtäältä mahdollista tavoitella ja saavuttaa hallinnan tunnetta ja positiivista identiteettiä, mutta toisaalta ”hallinnantehtävissä” epäonnistumiset voivat johtaa asiakkaan huonouden ja häpeän kokemuksiin.

Kun työntekijät puhuvat asiakkaan omasta kokemustiedosta, he nostavat esille asiakkaan valinnan, tavoitteen ja toiveen. Työntekijän tehtävänä on asiakkaan valinnanmahdollisuuksien varmistaminen mutta toisaalta usein myös valintojen arviointi. Ongelmallisena näyttäytyy se, jos asiakas ei ilmaise toiveita. Tällöin työntekijän tehtävänä on auttaa asiakasta aukaisemaan näkemystään, auttaa häntä ”tietämään mitä haluaa”. Myös tässä tietodiskurssissa korostuu siis asiakkaan itsenäisyys ja yksilöllisyys, jolloin epätietoisuus, kyvyttömyys valita tai suunnitella tulevaisuutta näyttäytyvät yksilöllistymiskehityksen esteinä (ks. Karjalainen 2004). Työntekijän tehtäväksi määrittyy asiakkaan toiveiden kuuleminen, valinnanvaihtoehtojen tarjoaminen päätöksenteon pohjaksi sekä tarvittaessa asiakkaan tukeminen valinnantekijänä. Ilpo Helénin (2011) mukaan mielenterveystyön kehittämisspuheessa työntekijä määrittyy hoitosuhteen tasoa tarkasteltaessa ”kumppanipaimeneksi” eli sekä lähimmäiseksi että palveluketjujen tasoa tarkasteltaessa manageriksi, joka mahdollistaa kuntoutuksen ja elämän perusasiat asiakkaalle. Yhteistyökumppaneiden haastatteluissa tämä kaksinaisrooli näyttäytyy työntekijöiden puhuessa työstään. Yhtäältä tavoitteena on asiakkaan tukeminen ja kuuleminen, ja toisaalta palvelutarjonnan selvittäminen ja vaihtoehtojen tarjoaminen.

Kaiken kaikkiaan työntekijöiden roolit ovat tietodiskursseissa vaihtelevampia kuin asiakkaan. Työntekijä voi hahmottua niin luottamuksellisena kuulijana, asiantuntija-

arvioiden tekijänä, palvelujärjestelmän tuntevana managerina ja pedagogisia taitoja omaavana kasvattajana. Asiakas taas hahmottuu joko passiivisena tiedonkeruun kohteena tai vastuullisena itsensä tarkkailijana ja valintojen tekijänä sekä aktiivisena kuntoutukseen osallistujana ja tarpeidensa määrittelijänä.

Tietodiskurssien asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on tärkeää:

- pohtia, minkälaiseen arviointitietoon kuntoutuskäytännöt perustuvat, millä tavoin asiakkaan omat tilanteen määrittelyt ja arviot otetaan huomioon
- pohtia, miten ammatillinen arviointitieto ja asiakkaan oma tieto (jos ovat erisuuntaisia) olisivat yhdistettävissä mielekkäällä tavalla
- pohtia, millä tavoin palaveritilanteet voitaisiin järjestää sellaisiksi, että asiakkaan tieto ei jää niissä asiantuntijatiedon varjoon (esimerkiksi ajan käytön, puheenvuorojen jakamisen ja kokouspaikan valinnan kysymykset)
- pohtia, millä tavoin organisaatioiden erilaiset tiedot ja asiakkaan itse tuottama tieto tulevat yhdistetyiksi palaveritilanteissa
- pohtia, mitä tietoja välitetään ja millä tavoin palvelujärjestelmän organisaatiosta toiseen ja miten asiakkaan itse tuottama tieto tulee välitetyksi
- pohtia keinoja, joilla sairauden hoitoon ja arjenhallintaan liittyvää tietoa ja mahdollisia epäonnistumisen kokemuksia käsitellään asiakkaan näkökulmasta mahdollisimman rakentavasti
- pohtia erilaisten tietokäsitysten ja yksilöllisen vastuun suhteita (vastuutetaanko ”tietävää” asiakasta toisinaan liikaa)
- pohtia milloin, millä perusteilla ja miten asiakkaan itse ilmaisemat valinnat, toiveet ja tavoitteet tulevat kyseenalaistetuksi
- pohtia kenelle ja mihin tarkoitukseen tietoa milloinkin tuotetaan (esimerkiksi vaikuttavuustiedon tuottaminen vs. tiedon tuottaminen asiakkaan itseymmärryksen välineeksi)
- pohtia, eroavatko asiakkaiden oma tieto ja ammattilaisten asiantuntijatieto lopulta paljokaan toisistaan (ovatko asiakkaat ”oppineet” puhumaan ammattilaisten kielellä ja ammattilaiset asiakkaiden kielellä) ja jos eivät eroa, mitä seurauksia mahdollisesta ”samatietoisuudesta” on

7 Rajatyö kuntoutuspolun siirtymäkohdissa

Kuten raportissamme olemme jo tuoneet esiin, kurssilaiset samoin kuin työntekijätkin ovat tekemisissä useiden muiden palveluverkoston organisaatioiden ja työntekijöiden kanssa (ks. erityisesti luku 5). Mielenterveys- ja kuntoutustyölle moniammatillisuus ja -toimijuus ovat ylipäättään tyypillisiä, eivätkä viime vuosien tilaaja-tuottajamallia painottavat muutokset tuota moninaisuutta ainakaan vähennä. Monitoimijaisuus tarkoittaa asiakkaiden näkökulmasta paitsi sitä, että he ovat samanaikaisesti monen organisaation asiakkaita myös sitä, että he saattavat siirtyä usein paikasta toiseen (sairaalasta kotiin avohoitoon ja takaisin, erilaisista asumispalveluista toisiin jne.). Kuntoutuskurssiin tämä siirtyminen on sisään kirjoitettu jo lähtökohtaisesti. Sinne tullaan jostakin perustelluista syistä ja sieltä lähdetään jonnekin, mieluusti mahdollisimman ”oikeanlaiseen” paikkaan. Kolmen kuukauden kurssin aikana pohditaan käytännössä koko ajan tulevaa paikkaa, mutta pohdinnat tihentyvät ja konkretisoituvat kurssin loppuvaiheessa. Lähtökohta-ajatuksena on, että kurssilaisten kuntoutuspolut pohjautuisivat vahvasti kuntoutuskurssilla tuotettuun arviointitietoon sekä työntekijöiden ja kurssilaisten jaettuun näkemykseen parhaista palveluvaihtoehdoista. Käytännössä toteutuvat jatkosuunnitelmat edellyttävät kuitenkin myös, että ne sopivat yhteistyökumppaneiden ja rahoittajan näkemyksiin tilanteesta sekä palvelujärjestelmän tarjoamiin, sillä hetkellä mahdollisiin palvelu- ja tukivaihtoehtoihin.

Kurssin työntekijöille kurssilaisten siirtymien suunnittelu yhdessä asiakkaiden ja palveluverkoston muiden toimijoiden kanssa on keskeinen työtehtävä. Heidän on arvioitava, mikä olisi kullekin kurssilaiselle mahdollisimman sopiva paikka, tehtävä läheistä yhteistyötä paitsi kurssilaisten myös tulevien paikkojen työntekijöiden kanssa ja varmistettava tarpeelliset hoitokontaktit ja sosiaalisen tuen muodot silloinkin, kun kurssilainen siirtyy omaan kotiin asumaan kurssin jälkeen. Voidaan ajatella, että kyse on **asiakaslähtöisyydestä** siinä mielessä, että kurssilaisten elämä kurssin jälkeen tulisi pystyä järjestämään heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Koska kuntoutuskurssin työntekijöillä on vain rajallisesti valtaa oman organisaationsa yli, siirtymävaiheen työ ei aina ole helppoa, eikä välttämättä kaikkien kurssilaisten kohdalla johda parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Keskeisiä toimijoita kaikkien kurssilaisten näkökulmasta ovat heidän kotipaikkakuntansa palvelu- ja sijoituspäätöksistä vastaavat organisaatiot ja niiden työntekijät; he viime kädessä päättävät, minkälaiset palvelut

ovat mahdollisia jo resurssienkin näkökulmasta. Tässä luvussa paneudumme tilanteisiin, joissa kurssilaiset ovat siirtymässä pois kuntoutuskurssilta eli kuntoutuspolun siirtymäkohtiin. Lähestymme asiaa kurssin työntekijöiden asiantuntijuuden näkökulmasta käyttäen aineistoina tiimipalavereja, moniammatillisia verkostopalavereja ja työntekijöiden ryhmähaastatteluja (ks. luku 3.2). Analyysissä hyödynnämme rajatyön käsitettä.

7.1 Rajatyö asiantuntijuuden määrittämisessä

Rajatyön käsite on aluperin peräisin Thomas F. Gieryniltä (1983 ja 1999), joka analysoi sitä, kuinka tutkijat tuottavat erontekoa tieteen ja ei-tieteen välille erilaisilla poliittisilla ja julkisilla areenoilla. Käsitteen käyttökelpoisuus ei kuitenkaan rajaudu vain akateemisen maailman rajatyön tutkimiseen, vaan on osoittautunut hyödylliseksi monenlaisten organisaatioiden arkisten käytäntöjen tutkimisessa (Allen 2000, 338–339). Rajatyö on tavalla tai toisella aina läsnä oman työn ja työkentän määrittelyssä ja ymmärtämisessä. Tor Hernes (2004, 10) kirjoittaa, että ”organisaatio tulee olemassa olevaksi erottelujen prosessin kautta ja pysyy elossa rajojen uusintamisen kautta”. Tämä rajojen uusintaminen niin organisaatioiden sisällä kuin välillä liittyy usein ammatillisen osaamisen välisiin eroihin ja tehtäväjakoihin (Abbott 1988): rajatyö viittaa tällöin siihen, miten ammattilaiset ymmärtävät osaamisensa ja toimivaltansa tietyllä kentällä – tässä tapauksessa mielenterveystyön ja -kuntoutuksen kentällä – suhteessa kentän toisiin toimijoihin (Hall ym. 2010, 349). Rajatyössä on kyse toisin sanoen oman asiantuntijuuden alueen määrittämisestä ja siitä, miten tuo asiantuntijuus tulee tunnustetuksi ja kuuluksi palveluverkostossa. Tärkeä olottuvuus rajatyössä on myös se, millä tavalla asiakkaan asiantuntijuus tunnustetaan ja kuullaan.

Rajatyön käsite olisi kaiken kaikkiaan varsin hyödyllinen sosiaali- ja terveysalan moninaisten verkostotoimijoiden (erilaiset ammatilliset toimijat ja monenlaiset organisaatiot) työnjaon ja keskinäisten erontekojen tutkimisessa. Rajatyötä voisi tutkia kuntoutuskurssinkin tapauksessa monessa kohtaa ja useista aineistoista, mutta tässä luvussa tartumme siis siihen kohtaan kuntoutuspolkua, jossa kurssi on päättymässä ja asiakkaat siirtymässä muualle. Kysymme, millaisia asiantuntijuuteen liittyviä neuvotteluja siirtymävaiheessa käydään kurssin työntekijöiden, asiakasta vastaanottavien organisaatioiden, palvelujen rahoittajien ja kurssilaisten välillä? Millaiseksi kurssin työntekijät määrittävät oman asiantuntijuutensa? Miten kuntoutuskurssilla tehdyt arvioinnit ja asiakkaiden tuntemus (kurssin ammattilaisten asiantuntijuus) otetaan jatkoa suunniteltaessa huomioon? Millaisia kiistoja näihin tilanteisiin mahdollisesti liittyy? Korostamme vielä, että näkökulma on kuntoutuskurssin työntekijöiden; kentän toisten toimijoiden tekemän rajatyön tutkiminen olisi oma tutkimustehtävänsä.

7.2 Rajatyö siirtymien pulmakohdissa

Kuntoutuskurssin työntekijät pohtivat sekä keskinäisissä tiimipalaverissaan että ryhmähaastattelussa paljon verkostoyhteistyötä ja sen toimivuutta, omaa asiantuntijuuttaan tuossa verkostossa ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa kurssilaisten tuleviin kuntoutuspolkuihin. Valtaosa pohdinnoista on sisällöltään positiivisia siinä mielessä, että yhteistyön kuvataan sujuneen ja sujuvan hyvin. Myös kurssilaisten kurssilta pois siirtymävaiheen yhteistyö nähdään pääosin myönteisessä valossa. Kuntoutuskurssin työntekijöiden asiantuntijuus tulee tunnustetuksi ja kuulluksi eli kurssin aikana kertynyt tietämys kurssilaisista (asiakkaiden arvioinnit) otetaan vakavasti ja sitä hyödynnetään kuntoutuspolkujen suunnittelussa.

Toisaalta osa yhteistyön luonnehdinnoista sisältää eriasteisia ongelmakuvauksia, jotka liittyvät kurssilta pois siirtymisen pulmakohtiin. Oman asiantuntijuuden määrittäminen ja sen erot suhteessa muihin palveluverkoston toimijoihin aktivoituvat erityisesti näissä ongelmakuvauksissa. Kurssilaisten kannalta rajatyöllä on varsin konkreettisia seurauksia, sillä neuvottelua käydään nimenomaan siitä, keiden ammattilaisten tai minkä organisaatioiden asiantuntijuus on ratkaisevassa roolissa, kun asiakkaiden tulevaisuudesta päätetään. Seuraavassa on esimerkki tällaisesta rajatyöstä, jota kuntoutuskurssin työntekijä tekee kuvatessaan yhden kurssilaisen tilannetta kurssin päättämisen kynnyksellä:

Ja lopputulos oli sitten se, että kuten näissä muissakin Kunnan [tietyn kunnan nimi] palaverissa missä näitä jatkosuunnitelmia mietittiin, toimme esille siinä sosiaalityöntekijän läsnä ollessa, että Isan yksin asuminen ei onnistu, että hän ei ole koko kurssin aikana kolmeen kuukauteen pystynyt yhtäkään päivää olemaan siellä omalla asunnollaan, saatikka yötä, puhutaan yhdestä tunnista, minkä Isa on täällä asunnolla viettänyt. Että Isa tarvitsee paljon apua tähän omaan henkiseen hyvinvointiinsa, arjenhallintataitoihin ei niinkään, mutta että hän kykenee sietämään sitä ahdistusta ja sitä pelkotilaa. Ja harhoja on paljon aamusta iltaan, ja ne uhkaa tappaa, ja Isa on masentunut ja ahdistunut ja itkuinen, ja vointi on ollut huono koko kurssin ajan. Ja sosiaalityöntekijä päättää palaverin siihen, että Isa on hyvin kuntoutunut, siihen nähden mitä hän on aikaisemmin sitä nähnyt, ja suunnitelma on että Isa siirtyy sitten omaan asuntoon kurssin jälkeen ja siihen sitten mielenterveystoimistolta on mahdollista saada sitten hieman tukitoimia. Että ryhmiä ja, kotikuntoutusta joka käy sitten Isaa siellä asunnolla katsomassa.

Tämä puheenvuoro, jonka työntekijä käyttää ryhmähaastattelussa, saa haastattelutilanteessa muiden läsnä olleiden työntekijöiden tuen. He ovat yksimielisiä siitä, että Isan oikea paikka kurssin jälkeen ei ole oma asunto. Vähäiset, omaan kotiin annetut tukitoimet eivät heidän mielestään tule riittämään, sillä Isa tarvitsee paljon apua selviytyäkseen pelkotilojensa ja ahdistuksensa kanssa. Työntekijä esittää runsaasti perus-

teluja tämän näkemyksen tueksi: hän ei ole kurssin aikana kyennyt olemaan yksin omassa asunnossaan tuntia pidempään, hänellä on vahvoja harha- ja pelkotiloja, hän on masentunut ja voinut koko kurssin ajan huonosti. Nämä havainnot, joita vahvistavat äärimuotoilut (yhtäkään päivää, koko ajan, aamusta iltaan), perustuvat työntekijöiden tarkkoihin havaintoihin ja Isan voinnin seurantaan. He ovat lähellä häntä, kuten kaikkia muitakin kurssilaisia, ja tässä mielessä Isan kunnan ja tilanteen varsinaisia asiantuntijoita. Asiantuntijuutta vahvistaa se, että kuntoutuskurssin erityinen tehtävä on kurssilaisten arviointi ja jatkosuunnitelmien tekeminen arvioinnin pohjalta. Tämä, eräänlaiseen **arjen evidenssiin** (työntekijät ovat olleet kolme kuukautta lähellä asiakasta) perustuva tieto Isan tilanteesta oikeuttaa tekemään johtopäätöksen, että oman asunnon sijaan tarvittaisiin nyt muunlainen (palvelu)vaihtoehto.

Kuten edellä jo totesimme, useimmiten jatkopaikan ja -palvelujen valinta sujuu ongelmitta eli kuntoutuskurssin työntekijöiden arvio ja muiden verkostotyöntekijöiden näkemykset ovat yhtenevät. Isan tapauksessa siirtymävaiheesta tulee kuitenkin työntekijöiden mielestä pulmallinen tilanne. Kuvattuaan Idan tilanteen vakavuuden ja suuren avun tarpeen, työntekijä siirtyy kunnan sosiaalityöntekijän näkemyksen raportointiin; tuo näkemys on tuotu esiin Isan tilannetta käsittelevässä verkostopalaverissa. Sosiaalityöntekijän näkemys on sikäli hyvin olennainen, että hänellä on valtaa päättää oman kuntansa osalta kurssilaisten kuntoutuspolun jatkoista. Kuntoutuskurssin työntekijä esittää sosiaalityöntekijän näkemyksen päinvastaisena kuin kurssin työntekijöiden: verkostopalaverissa hän on päättänyt johtopäätökseen, että Isan tilanne on parantunut, että hän on kuntoutunut riittävästi voidakseen palata omaan asuntoonsa. Sosiaalityöntekijä tekee näkemyksellään ikään kuin tyhjäksi kurssin työntekijöiden, Isan perusteelliseen seuraamiseen ja tuntemiseen perustuvan arvion, ja näin tehdesään hän samalla vähättelee heidän asiantuntijuuttaan. Rajatyö on vahvasti läsnä tässä aineisto-otteessa: kurssin työntekijät näkevän oman arjen evidenssiin perustuvan asiantuntijuutensa vahvana ja ensisijaisena, mutta palveluverkoston toinen ja vieläpä strateginen toimija ei tunnista eikä tunnusta tuota asiantuntijuutta. Kurssilaisen, Isan, kannalta on varsin olennaista, mihin tämä rajatyökiista päättyy: päätyykö hän kuntoutuskotiin, tuettuun asumiseen vain omaan kotiin kevyen tuen turvin¹⁷. **Asiakaslähtöisyyden** kannalta huomionarvioista on, että Isan oma näkemys ja asiantuntijuus (kumpaa vaihtoehtoa hän itse kannattaisi) ei tässä kohtaa nouse esiin.

Seuraavassa, myös työntekijöiden ryhmähaastattelusta poimitussa kuvauksessa, on kyse rajatyökiistasta kuntoutuskodin työntekijöiden kanssa:

Erik tuli meille [kuntoutuskodista] ja heillä oli siellä jo laitettu asuntohakemukset vetämään, ja oli puhe siitä että Erik siirtyy ihan totaalisesti itsenäiseen asumiseen. Eikä ollut kauheasti edes puhetta mistään tukipalvelusta siihen rinnalle, että

¹⁷ Isa päättyy lopulta omaan asuntoon, jossa hän oli vielä kolmen kuukauden seurantajakson jälkeenkin. Tuona aikana hän vietti paljon aikaansa myös vanhempiensa kotona.

asuntoa etsittiin, avoimilta markkinoilta. Niitä pistettiin sitten saman tien vireille uudestaan ja uusittiin niitä hakemuksia. [Dialogi eräästä hakemuksesta poistettu, ei olennainen]. Pistettiin tämmöiset jatkosuunnitelmat heti käyntiin kun Erik tuli. Mutta sitten parilla viimeisellä viikolla ennen kun kurssi päättyi niin me oltiin kaikki aivan ymyrkäisenä siitä että kuinka hänellä oli heikot taidot ihan kaikessa itsenäisessä selviytymisessä, että ei poika tiennyt mitenkä puuroa keitetään, ja mistä se päätellään, että onko puuro valmista vai eikö, ja ei onnistu siivoukset ja ei onnistu oikein mikään, että, ja vaikka annettiin kuvaa, että hän pystyy itsenäisesti liikkumaankin niin se itsenäinen liikkuminen oli sitä että hän kulki paikasta A paikkaan B, ei hänellä paljon muita reittejä ollut, mutta hän kulki itsenäisesti sitä väliä. Mutta sitten kun lähdettiin kartoittamaan kurssin aikana, niin koko aika tuli uusia väläyksiä siitä että tämä ei toimi, tämä ei toimi, ja sitten kun kurssi päättyy niin hänelle on ehkä löytynyt jo se itsenäisen asumisen paikka ja sitten me mietitään kauhulla, että mitenkä se selviää siellä, ja mitenkä me saadaan sille äkkiä tukirakennelmaa siihen että se pärjää siellä asunnossa.

Erikin tullessa kurssille hänen kuntoutuspolkunsa on jo kuin valmiiksi suunniteltu lähtöpaikassa eli kuntoutuskodissa. Polku on rakennettu nousevaksi siten, että kurssi muodostaisi välivaiheen kuntoutuskodin ja oman, itsenäisen kodin välille. Oman asunnon hakeminen on jo käytännössäkin laitettu vireille. Työntekijä kertoo, että kuntoutuskurssin työntekijät yhtyivät aluksi tähän arvioon ja avustivat asunnon hakemisessakin. Kuntoutuskurssilla saatu ja esiin tullut **arjen evidenssi** kuitenkin kumoaa tämän ensiarvion. Lista Erikin heikoista arjen hallinnan taidoista niin ruuanlaitossa, siivouksessa kuin itsenäisessä liikkumisessa toimii todisteena siitä, että tulopaikassa, kuntoutuskodissa, tehty kuntoutuspolkusuunnitelma on epärealistinen. Evidenssiä vahvistavat jälleen äärimuotoilut (oltiin kaikki, ihan kaikessa, ei mikään). Rajatyötä tehdään suhteessa kuntoutuskotiin samalla tavoin kuin edellisessäkin esimerkissä: koska kuntoutuskurssin työntekijät pystyvät näkemään ja arvioimaan kurssilaisia intensiivisesti ja läheltä, heillä on muita verkostotoimijoita enemmän asiantuntijuutta tietää ja suunnitella kurssilaiselle sopiva jatkoipaikka ja -palvelut. Erikille oikea reitti ei selvästikään ole tämän asiantuntijatiedon pohjalta oma koti¹⁸. Erikin oma ääni tai arvio ei tule tässä kohtaa esiin, kuten ei Isankaan ääni edellisessä esimerkissä.

18 Erik päätyi omaan kotiin, jonne hän sai tukea. Hän asui näin ainakin 3 kuukauden seurantajakson ajan.

7.3 Rajatyö siirtymäneuvotteluissa

Rajatyö on läsnä myös silloin, kun kuntoutuskurssin työntekijät saattavat kurssilaista uuteen paikkaan, kun ollaan sananmukaisesti rajalla eli sulkemassa kurssin ja avaamassa jatkopaikan ovea. Tällöin olennaista on se, hyödynnetäänkö kuntoutuskurssin työntekijöiden asiantuntemusta, asiakkaista kertynyttä tietoa uuden palvelun sisällön suunnittelussa. Entä millainen paikka asiakkaan omalla asiantuntijuudella on näissä ”saattotilanteissa”, millä tavalla hän osallistuu palvelunsa suunnitteluun? Edellä mainittu rajatyön ulottuvuudet ovat merkityksellisiä erityisesti asiakasverkostopalaverissa, joihin osallistuvat ”saattettava” kurssilainen, hänen omatyöntekijänsä kuntoutuskurssilta ja uuden palvelun työntekijä. Paikalla on siis kahden – vanhan ja uuden – organisaation edustajia asiakkaan lisäksi. Nämä verkostopalaverit sujuvat pääsääntöisesti niin, että uuden organisaation työntekijä haastattelee asiakasta, kyselee hänen avun- ja tuentarpeistaan ja toiveistaan uuden palvelun suhteen. Asiakas saa näin asiantuntijan roolin. Hänellä oletetaan olevan tarvittava tieto palvelun suunnittelemiseksi; rajatyö ilmenee siis niin, että asiakkaan asiantuntijuus tunnustetaan ja hänen näkemyksiään kuullaan.

On kuitenkin tilanteita, joissa vanhan organisaation eli kuntoutuskurssin omatyöntekijä tekee intervention uuden palvelun suunnitteluun. Näin käy seuraavassa tilanteessa, jossa suunnitellaan Antin siirtymistä omaan kotiin ja siihen kytkettävää kotikuntoutusta. Keskustelua vetää kotikuntoutuksen työntekijä.

KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Sinä hoidat itse raha-asiat?*
ASIAKAS: *Joo*
KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Tarvitko sinä apua niiden raha-asioiden hoitamisessa?*
ASIAKAS: *En minä usko, että minä olen ihan (normaali sen jälkeen kun mä) menin sairaalaan niin minä hoidin ne itse*
KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Okei*
KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Kyllä sinä Antti vähän tarvitset ihan oikeasti*
ASIAKAS: *Tarviin?*
KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Joo*
ASIAKAS: *Ai jaa*
KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Eliikkä sitten kun on tuista ja näistä kyse ja*
KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Joo*
KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Ja siellä jotain kesän aikana jäänyt jotain rästiin mitkä Antti kyllä on lähtenyt hoitamaan ihan hienosti pois*
KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Mm*

KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Mutta sillain, että ja joskus silloin tällöin voisi sinun kanssa yhdessä katsoa niitä tiliotteita ja*
ASIAKAS: *Joo*
KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Mikä se tilanne on, mutta pääasiallisesti ei ole ollut kyllä sillain ongelmia*
KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Joo okei*

Keskustelun alkuosa sujuu kuten valtaosassa tämänkaltaisia keskusteluja eli asiakkaan oma tieto ja asiantuntijuus oman tilanteensa arvioinnissa on lähtökohta. Rajatyö, jossa asiakas saa tietäjän ja ammattilaiset tiedon vastaanottajan roolin, näkyy siinä, että kotikuntoutuksen työntekijä esittää näihin liittyvät kysymykset suoraan Antille. Oletus on, että asiakas osaa kertoa, hoitaako hän itse raha-asiansa ja tarvitseeko hän niiden hoitoon apua uudelta palvelulta, kotikuntoutukselta. Antti ottaakin vastaan tämän ”roolijaon” ja vastaa kysymyksiin päätyen siihen, ettei tarvitse apua raha-asioiden hoidossa. Omatyöntekijä kuitenkin rikkoo ”roolijaon” tekemällä intervention keskusteluun: ”kylsä Antti vähän tarvit ihan oikeesti”. Kurssin työntekijä alkaa siis tehdä uudenlaista rajatytöä tuomalla esiin omatyöntekijän kokemuksiin perustuvan asiantuntijuutensa Antin asiassa. Hänellä on sellaista olennaista tietoa, jota Antti ei tässä tilanteessa huomaa kertoa. Tuon tiedon esiintuominen kyseenalaistaa Antin juuri tekemän arvion itsenäisestä rahankäytöstään ja siitä, ettei hän tarvitse raha-asioissa tukea. Tämä saa Antin kysymään hämmästyneenä ”tarviin?”. Tilanne voisi johtaa ”rajakiistaan”: kenellä on asiassa oikea tieto ja asiantuntijuus? Kiistan sijasta tilanne etenee kuitenkin rauhallisesti, sillä sekä kotikuntoutuksen työntekijä että Antti antavat tuen tarpeen määrittelyn ja siten asiantuntijuuden asiassa omatyöntekijälle, joka hahmottelee myös tulevan tuen sisällön: ”silloin tällöin voisi sun kans yhdessä kattoo niitä tiliotteita ja”. Antti ja uuden organisaation työntekijä kuittaavat tämän suunnitelman hyväksytyksi ”joo”, ”joo okei”, eivätkä lähde siten riitauttamaan vanhan organisaation työntekijän asiantuntemusta.

Toisinaan kurssin omatyöntekijä myös vastaa asiakkaan puolesta, kuten seuraavassa Arin tapauksessa, jossa muina keskustelijoina ovat niin ikään kotikuntoutuksen työntekijä ja asiakas (Ari):

KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Entäs ahdistuneisuuteen jännittyneisyyteen?*
KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Sosiaaliset tilanteet vieraat ihmiset Ari mieti?*
ASIAKAS: *Joo vois siihen*
KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Joo*

Tässä lyhyessä keskustelukatkelmassa on kyse siitä, tarvitseeko Ari uudessa palveluorganisaatiossa tukea ahdistuneisuuteen ja/tai jännittyneisyyteen. Kysymys antaa jälleen asiakkaalle asiantuntijaroolin oman tilanteensa arvioinnissa. Ari ei kuitenkaan tartu välittömästi tähän rooliin. Hän ei lähde vastaamaan heti, jää kenties miettimään vastaustaan. Kahden sekunnin tauon jälkeen omatyöntekijä tekee intervention tekemällä

ehdotuksen Arille: ”sosiaaliset tilanteet vieraat ihmiset Ari mietippäs?”. Hän ikään kuin virkistää Arin muistia siitä, missä kohdin tuki voisi olla tarpeen. Näin tehdessään hän samalla osoittaa omaa asiantuntijuuttaan Arin asiassa. Ari tunnustaa tuen asiantuntijuuden hyväksymällä ehdotuksen. Myös kotikuntoutuksen työntekijä hyväksyy tämän rajatyön: hän on se osapuoli, joka kuulee ja tunnustaa sekä omatyöntekijän että asiakkaan tiedon.

Molemmissa käsittelemisämme esimerkeissä on läsnä samankaltainen **arjen evidenssiin** vetoaminen – vaikkakin verhotummin – kuin kuntoutuskurssin työntekijöiden keskinäisissä palaverieissa ja ryhmähaastatteluuissa (ks. edellinen alaluku 7.2). Kursin työntekijät ovat seuranneet lähes kolme kuukautta Antin ja Arin elämää, arvioineet heidän vahvuuksiaan ja niitä asioita, joissa vielä olisi kehitettävää. Tällä kokemuksellaan, asiakkaan arjesta saamallaan evidenssillä, he voivat tehdä kuvatun kaltaisia interventioita, tuoda oman asiantuntijuutensa tulevan palvelun suunnitteluun.

7.4 Rajatyö ja asiakaslähtöisyys

Siirtymävaihe, jossa asiakkaat ovat lähdössä pois kuntoutuskurssilta, on konkreettinen raja – asiakkaat siirtyvät toiseen asuinpaikkaan ja palvelut järjestyvät uudella tavalla. Muutosvaiheessa näkyvät hyvin myös abstraktimmat rajat, jolloin punnitaan millä organisaatioilla, keillä työntekijöillä ja asiakkailla on sellaista tietoa ja asiantuntijuutta, jota on syytä hyödyntää rakennettaessa tulevaa palvelukokonaisuutta. Siirtymävaiheeseen liittyviä neuvotteluja olemme lähestyneet tässä luvussa rajatyön käsitteen avulla. Rajatyössä on kiinnostavalla tavalla kysymys myös siitä, mitkä organisaatiot ja mitkä ammattilaiset tavallaan ”omistavat” asiakkaan, määrittelevät itsensä hänen tilanteensa parhaaksi tuntijaksi, asianajajaksi tai puolestapuhujaksi. Vai ”omistaako” asiakas sittenkin tapauksensa itse?

Viimeksi mainittu kysymys vie meidät pohtimaan asiakaslähtöisyyttä rajatyössä. Onko niin, että **asiakaslähtöisenä** voidaan ymmärtää vain sellainen rajatyö, jossa asiakas on vahvasti oman tapauksensa, tilanteidensa, vahvuuksiensa, heikkouksiensa ja tarpeidensa asiantuntija? Tällöin palveluiden suunnittelu perustuu asiakkaan asiantuntijuudelle, eikä ammattilaisten tule astua asiakkaan asiantuntijuuden alueelle, rajan yli, neuvomalla, opastamalla, eikä ainakaan suoraan määrittämällä asiakkaiden palvelutarpeita. Jos asiakaslähtöinen työote ymmärretään näin tiukasti, tässä luvussa analysoimamme siirtymävaiheen pulmatilanteet ja neuvottelut eivät edustaisi asiakaslähtöistä työtettä. Asia ei kuitenkaan ole näin suoraviivainen, sillä arjen evidenssiin pohjautuva kuntoutuskurssin työntekijöiden asiantuntijuus voidaan myös ymmärtää asiakaslähtöisenä työotteena siinä mielessä, että työntekijät perustavat tietonsa siihen, että he ovat seuranneet asiakkaita läheltä ja myös tuntevat heidät. Näin syntyneen tiedon voi ymmärtää asiakkaiden kanssa yhdessä tuotetuksi, ”kanssakulkijuuteen” perustuvaksi. Työntekijöiden arjen evidenssiin perustuvan tiedon käyttämisen voi tulkita myös puo-

lesta puhuvaksi asianajoksi (advocacy), jonka avulla voidaan parhaassa tapauksessa saada aikaan joustava ja paremmin kurssilaisen tarpeisiin vastaava kuntoutuspolku. Arjen evidenssiin perustuvan asiantuntijuuden käytössä on kuitenkin oltava tarkkana, että ei hyvää tarkoittavan asiantuntijuuden ja asianajon nimissä jätetä kuulematta joi-takin asiakkaiden olennaisia viestejä ja tahdonilmauksia, hänen asiantuntijuuttaan.

Asiakaslähtöisyyden kannalta rajatyössä olennaista on:

- pohtia, miten rajatyö (erilaiset asiantuntija- ja osaamisalueet) hyödyttäisi parhaiten asiakasta
- pohtia, milloin ja miksi rajatyökiistat (kuka ja mikä organisaatio ”omistaa” asiakkaan tapauksen) haittaavat asiakkaan parhaaksi toimimista
- pohtia, jättääkö ammattilaisten ja organisaatioiden keskinäinen rajatyö ja rajatyökiistat toisinaan asiakkaiden asiantuntijuuden varjoonsa
- pohtia, miksi asiakkaiden itse esille tuomaa tietoa ei aina sellaisenaan kelpuuteta kuntoutustyön lähtökohdaksi
- pohtia, jääkö asiakkaan tuottama tieto tilanteestaan ja tarpeistaan joskus kuulematta vuorovaikutustilanteissa
- pohtia, milloin ja miten interventioita asiakkaiden esille tuomaan tietoon tehdään erityisesti silloin, kun kyse on tuon tiedon kyseenalaistamisesta
- pohtia ylipäättään, millä tavalla rajatyö eri ammattilaisten ja organisaatioiden välillä saadaan joustavaksi ja moniammatillista yhteistyötä rakentavaksi niin, että asiakkaiden tarpeiden mukaiset saumattomat kuntoutuspolut toteutuvat mahdollisimman hyvin

8 Kurssilla kirjattujen loppulausuntojen äänet¹⁹

Tässä luvussa tarkastelemme kuntoutuskurssilla kirjattuja loppulausuntoja (ks. aineistoluku 3.2) asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitamme asiakkaan näkemysten, toimintakykyarvioiden ja toiveiden kirjaamista lausuntoon (ks. esim. Laaksonen ym. 2011, 42; Günther & Raitakari 2012, 117). Luvussa analysoimme sitä, **onko asiakas ja jos on, niin miten osallisena ja informanttina loppulausuntotekstissä** eli onko asiakkaan äänellä kirjattu arvioita hänen toimintakyvystään, kehittämistehtävistään sekä avun ja tuen tarpeistaan. Käytämme analyysissa **äänen käsitettä**, jolla tarkoitamme loppulausuntoon kirjattuja lainauksia toisen ihmisten puheista, sanoista tai teksteistä (Bakhtin 1984, 6–7). Loppulausunnoissa lainataan asiakkaan, eri asiantuntijoiden, kurssin työntekijöiden ja omaisten ääniä. Mielenkiintoista on se, kenen äänellä loppulausunnot kirjoitetaan ja miten asiakkaan ääntä käytetään hänen tulevaisuuden kehitystehtäviään määriteltäessä. Analysoimme pohjaa tekstintutkimukseen, joka perustuu ajatukseen, että kirjoittaessaan kirjoittaja tekee valintoja siitä, mitä ja miten kirjoittaa. Valinnat, kielenkäyttö ja kirjoitustapa ovat suhteessa kirjoitus-tilanteeseen, tekstin lukijaan (yleisöön) ja tekstin käyttötarkoitukseen.

Asiakaslähtöisyyttä ja asiakirjakirjoittamista on tutkittu aikaisemmin jonkin verran (ks. Kääriäinen 2003; Poikela 2010; Günther 2012). Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esille asiakirjojen tehtävää ammatillisessa auttamistyössä. Asiakirjoilla, kuten loppulausunnoilla ja asiakaskirjauksilla, on tärkeä rooli (asiakas)tiedon keräämisessä ja vaihtamisessa. Ilman asiakirjoja on mahdotonta ajaa asiakkaan asiaa palvelujärjestelmässä, kuten hakea asiakkaalle etuuksia ja palveluita. Tänä päivänä korostetaan asiakirjojen roolia asiakkaalle itselleen. Asiakirjat ovat tärkeitä palvelujen saamisen

19 Luku perustuu artikkelikäsitelmään ”Arvioinnin äänet loppulausunnoissa – asiakkaan tulevaisuuden kehitystehtävät”, jossa Kirsi Günther tarkastelee kahdelta kuntoutuskurssilta kerättyjä, kymmenen asiakkaan loppulausuntoja tekstianalyttisesti. Tutkimusaineiston analyysiprosessi oli neljävaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin yleiskuvaa loppulausunnoista ja pohdittiin loppulausuntojen kontekstia ja käyttötarkoitusta. Toisessa vaiheessa analyysiohjelman (Atlas ti 6.2) avulla luokiteltiin loppulausunnossa esiintyviä ääniä etsien erilaisuuksia ja samanlaisuuksia. Kolmannessa vaiheessa tarkennettiin tutkimuksen rajausta. Neljännessä vaiheessa analysoitiin lausuntotekstistä ne kohdat, joissa äänet määrittelevät asiakkaan tulevaisuuden kehitystehtäviä ja tarkasteltiin sitä, miten kehitystehtävistä kirjoitetaan. Lopuksi katsottiin uudelleen sitä, millaisia tulevaisuuden kehitystehtäviä arvioinnin äänet asiakkaalle määrittelevät ja muodostettiin seitsemän erilaista kehitystehtäväluokkaa.

näkökulmasta, mutta myös siksi, että asiakas rakentaa niiden kautta käsitystä omasta itsestään ja toimintakyvystään. Lausunnoista asiakas saa lukea miltä hänen tilanteensa näyttää muiden, esimerkiksi lääkärin tai kuntoutuskurssin työntekijöiden tekemien arvioiden valossa. Asiakkaan ei välttämättä ole helppo lukea ja ottaa vastaan sitä, mitä loppulausunnoissa hänestä kerrotaan. Hänestä voi lausuntoja lukiessa tuntua, että hän jää ”ulkoapäin” arvioitavan kohteen asemaan. Parhaimmillaan asiakirjoja ja lausuntoja kirjoitetaan yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin kirjoitusprosessi kietoutuu kuntoutumisprosessiin. Puhuttaessa asiakaslähtöisyydestä on siten tärkeä kiinnittää huomiota asiakirjojen kirjoittamiseen, asiakkaan asemaan ja hänen äänensä näkyväksi tekemiseen asiakirjatekstissä.

8.1 Loppulausunnon kirjoittaminen

Kuntoutuskurssilla tehty kuntoutus- ja arviointityö tiivistyy loppulausuntoon, johon omatyöntekijä²⁰ kokoaa asiakkaastaan tehdyn toimintakyvyn arvion ja kuntoutumisuositukset. Loppulausunnon asiakkaan toimintakykyä määritellään käyttämällä hyödyksi asiakkaan, kuntoutuksessa mukana olevien ammattilaisten ja muiden yhteistyötahojen aikaisemmin kertomia ja/tai kirjoittamia näkemyksiä asiakkaasta. Kyse on siis moniäänisestä asiakirjasta. Omatyöntekijä lausunnon kirjoittajana tekee valintoja siitä, kenen ääntä ja miten hän lainaa lausunnon. Asiakkaan, eri asiantuntijoiden, kurssin työntekijöiden ja omaisten (vanhempien) ääniä käytetään monin tavoin tuotettaessa arviota asiakkaan tämän hetkisestä toimintakyvystä sekä toimintakyvyn parantamiseen liittyvistä haasteista ja toimintasuosituksista. Käytämme näistä haasteista ja toimintasuosituksista ilmausta **tulevaisuuden kehitystehtävä**.

Kuntoutuskurssin työntekijöiden kirjaamista ohjaavat niin institutionaaliset, (työ) kulttuuriset kuin yhteiskunnallisetkin käytännöt. Kuntoutuskurssilla on käytössä lomakepohja, johon omatyöntekijä kirjaa loppulausunnon. Lomakepohja on kuntoutuskurssin työntekijöiden suunnittelema. Sen valmiit otsikot²¹ ohjaavat työntekijöiden kirjaamista. Lisäksi loppulausunnon kirjaamista Suomessa ohjaa ja rajoittaa lainsäädäntö. Esimerkiksi laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta (812/2000) ja hallintolaki (434/2003) ohjaavat sitä, miten kuntoutuskurssin työntekijöiden tulisi kirjoittaa asia-

20 Omatyöntekijä on henkilö, joka hoitaa kuntoutuskurssilla pääsääntöisesti asiakkaan asioita ja vastaa niistä.

21 Otsikoiden määrä vaihtelee lomakkeissa 19:sta 21:een. Otsikot ovat: kurssilainen, Dg. eli diagnoosi, kurssin esittely, kurssin sisältö, projektityöryhmä, kurssille tulotilanne/ kurssin kulku, ICF-arviointi (neljässä lausunnon) / kurssin tavoitteet (kuudessa lausunnon), tiivistelmä kurssista, tiivistelmät ryhmistä, oireidenhallintaryhmä, sosiaalisten taitojen ryhmä, toiminnallinen ryhmä ja luova ryhmä, toimintaterapeutin yhteenvedo (lausunnot kokonaisuudessaan liitteenä), psykologin yhteenvedo (lausunnot kokonaisuudessaan liitteenä), kurssilaisen omapalautte (kuudessa lausunnon), kurssilta lähtötilanne (kuudessa lausunnon), yhteenvedo, jatkosuunnitelmat, paikka ja jakelu.

kirjoja. Henkilötietolaki (523/1999) ohjeistaa arkaluonteisten tietojen käsittelyä ja mielenterveyslaki (1116/1990) vaikuttaa asiakirjojen sisältöihin. Kurssin päätyttyä loppulausunto lähetetään asiakkaan kuntoutuskurssille lähettäneelle toimijalle ja asiakkaalle itselleen. Yleensä lähetävä taho on asiakkaan mielenterveysasioita hoitava lääkäri. Lisäksi loppulausunto voidaan asiakkaan suostumuksella lähettää muille asiakkaan kuntoutuksessa ja asumisessa mukana oleville tahoille.

8.2 Moniääniset loppulausunnot

Moniäänisissä asiakirjoissa asiakkaan näkemykset, tekemät arviot omasta toimintakyvystään ja toiveet tulevaisuudesta suhteutuvat ja kietoutuvat muihin asiakirjassa esiintyviin ääniin. Tämän vuoksi asiakaslähtöisyyttä tutkittaessa on olennaista asiakkaan äänen lisäksi kiinnittää huomiota myös muiden kuntoutuksessa mukana olevien tahojen ääniin: miten nämä äänet näkyvät ja miten niitä käytetään loppulausunnoissa. Seuraavaksi keskitymme analysoimaan omatyöntekijän kirjaamista loppulausunnoista eniten käytettyjä asiantuntijan, instituution, asiakkaan vanhempien ja asiakkaan ääniä. Omatyöntekijän käyttämät sana- ja käsitevalinnat vaikuttavat siihen, miten nämä eri äänet erottuvat ja mikä on niiden tehtävä loppulausunnossa. Äänet eivät ole keskenään tasa-arvoisia vaan voidaan puhua lausunnoissa enemmän valtaa ja statusta omaavista vahvemmista äänistä suhteessa heikompiin ja vähemmän valtaa ja statusta omaaviin ääniin.

Asiantuntijääni: asiakas asiantuntijoiden arvioinnin kohteena

Loppulausunnoissa asiantuntijan ääni saa suuren painoarvon (ks. Bakhtin 1984, 195). Asiantuntijan ääni pitää sisällään lääkärin, psykologin ja toimintaterapeutin äänet. Kirjoittaja käyttää usein asiantuntijääntä määritellessään asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Alla olevassa otteessa kirjoittaja tuottaa lainaten lääkärin ääntä tietoa asiakkaan terveydentilasta:

F21 Skitsotyyppinen häiriö (ennakkovaiheinen skitsofrenia) (lääkäri Maija Murtonen 30.4.2010)

F40.1 Sosiaalinen fobia (lääkäri Maija Murtonen 30.4.2010)

Matti Mikkonen tulee kurssille psykiatrisesta sairaalasta, tavoitteena harjoitella arjentaitoja ja strukturoidun viikko-ohjelman toteuttamista, sekä motivaation löytämistä lääkitykseen.

Lausunnoissa asiantuntijääni käyttää kunkin ammattikunnan omaa terminologiaa. Esimerkkiotteesta asiakasta määritellään diagnosikielellä, WHO:n maailman terveys-

järjestön käyttämän ICD-10 tautiluokituksen mukaan ja siten hänet määritellään mielenterveyskuntoutuksen asiakkaaksi (esim. Juhila & Jokinen & Suoninen 2012, 18–20). Loppulausunnoissa asiantuntijääni on vahvassa ja aktiivisessa asemassa. Joskus asiantuntijääni saattaa liittoutua asiakkaan äänen kanssa ja tuoda esiin asiakkaan toiveita ja näkemyksiä esimerkiksi näin: ”Asiakas toivoo enemmän toiminnallisuutta päiviin”. Tästä huolimatta loppulausunto on ennen kaikkia asiantuntija-arvio asiakkaan nykytilanteesta ja tulevaisuuden kehityshaasteista. Asiakas määrittyy tällöin arvioinnin kohteeksi; hänen kognitiivisista kyvyistään, olemisen- ja vuorovaikutuksentavoistaan sekä arjen toiminnastaan tehdään havaintoja, joista osa valikoituu loppulausuntoon. Asiantuntijääntä lainataan tosiasiatietona eli fakta-argumentteina asiakkaan nykytilanteesta ja tarvittavista kuntoutumistoimista tulevaisuudessa. Näin asiantuntijäänet rakentavat vakuuttavaa, vaikeasti kyseenalaistettavaa kuvausta asiakkaan toimintakyvystä ja kehitystehtävistä. Asiakkaan rooliksi jää olla arvioinnin kohteena vaikka asiakkaalle annetaankin mahdollisuus tuoda oma ääni esiin (ks. Roose ym. 2009, 327).

Asiakaslähtöisyyden kannalta merkittävää on se, mihin tietoon asiantuntija-arviot perustuvat sekä se, miten tarkoituksenmukaisia ja hyödyllisiä ne ovat asiakkaan kannalta. Toisin sanoen auttaako valittu ja lainattu asiantuntijan näkemys asiakkaan asioiden ajamista palvelujärjestelmässä, jakaako asiakas tämän näkemyksen vai tuleeko esimerkiksi diagnoosista asiakkaan silmissä leima, joka vahvistaa poikkeavuutta normaaliuden ja kuntoutumisen sijaan.

Instituution ääni: asiakas työntekijöiden arvioinnin kohteena

Instituution ääni erottuu kuntoutuskurssin työntekijöiden ”me-äänenä” ja myös se saa asiantuntijäänen ohella paljon tilaa loppulausunnoissa. Instituution äänen rooli on tärkeä raportoidessa sitä, mitä kuntoutuskurssin aikana on tehty asiakkaan toimintakyvyn kohentumisen eteen.

Loppulausunnoissa kirjoittaja käyttää instituution ääntä kuvaamaan sitä, miten kurssin työntekijät ovat edistäneet asiakkaan kuntoutumista, millaisia kehitystehtäviä he ovat asiakkaalle asettaneet ja millaisia jatkosuunnitelmia he ovat asiakkaalle tehneet. Siten loppulausuntoihin sisältyy osioita, joissa työntekijöiden näkökulmasta arvioidaan kurssin asiakaskohtaisia vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Alla olevassa esimerkkioitteessa kirjoittaja käyttää instituution ääntä asettaessaan asiakkaalle tulevaisuuden kehitystehtäviä:

Kuntoutuskurssin alussa Samia sai herätellä melkein joka aamu. Kurssin tavoitteeksi asetettiin herätyskeltoon herääminen, jotta voitaisiin seurata, tulisiko Samin itsenäisesti herätä erilaisiin päivän toimintoihin. Loppujaksosta Sami heräili itsekseen. Tosin sai nukkua puoli tuntia aamuisin pidempään, kun jätti aamupalan syömättä.

Ote alkaa instituution äänellä kirjoitetulla maininnalla: työntekijä(t) sai(vat) kuntoutuskurssin alussa herätellä Samia melkein joka aamu. Työntekijät ovat asettaneet Samille kuntoutuskurssin tavoitteeksi heräämisen aamuun ja päivätoimintoihin. Lause on kirjoitettu passiiviin (asetettiin), joka korostaa ”me-ääntä”, mutta ei yksilöi tekijöitä. Usein passiivia käytetään tekstissä, kun tuodaan esiin vaikeita asioita (Laaksonen ym. 2011, 40). Pirjo Hiidenmaan (2008, 177) mukaan kirjoittaja voi passiivin avulla hävittää oman persoonansa tekstistä ja kirjoittaa tekstiin me-henkeä. Aineisto-ote päättyy arvioon Samin edistymisestä. Näin instituution ääntä käytetään kuvaamaan sitä, että asiakasta valvotaan kursseilla ja esimerkiksi hänen päivärytmäänsä arvioidaan (ks. Günther 2012). Instituution ääni näyttäytyy asiakasta arvioivana ja asiakkaalle tulevaisuuden kehitystehtäviä määrittelevänä aktiivisena toimijana. Asiakasta lähestytään passiivisena havaintojen tekemisen ja arvioinnin kohteena, eikä esimerkiksi yhteistyökumppanina muutoksen tekemisessä. Otteessa ei kerrota sitä, mikä oli asiakkaan rooli tavoitteiden asettamisessa, miksi aamuherääminen on Samille vaikeaa tai miten hän onnistui lopulta heräämään itsenäisesti (ks. Roose ym. 2009, 327).

Asiakaslähtöisyyden kannalta olennaista on se, että asiakirjoissa paljon käytetty passiivimuoto jättää piiloon tiedon siitä, miten asiakas mahdollisesti on osallistunut lausunnon sekä (instituution) tavoitteiden ja jatkosuunnitelmien tekemiseen. Tällöin lausunnon lukijan on myös vaikea arvioida sitä, missä määrin elämänmuutosten tekeminen on asiakkaasta lähtöisin.

Vanhempien ääni: asiakas ja vanhemmat määrittelevät yhdessä asiakkaan kehitystehtäviä

Loppulausunnoissa vanhempien näkemykset, arviot ja toiveet jäävät määrällisesti marginaaliin. Vanhempien ääntä käytetään tuomaan esille huolia ja toiveita liittyen heidän lapsensa, asiakkaan tulevaisuuteen. Kirjoittaja käyttää vanhempien ääntä tekstissä usein oman argumenttinsa vahvistuskeinona. Vanhempien ääni kietoutuu myös asiakkaan ääneen, jolloin äänet määrittävät yhdessä ja samansuuntaisesti asiakkaan tilannetta.

Pasi ja hänen vanhemmat toivat palaverissa esille, että olisi jo aika itsenäistyä. Pasi toi esille pelkäävänsä muuttoa, mutta toisaalta hän haluaisi jo kokeilla tuettua itsenäistä asumista.

Kirjoittaja kirjaa lausuntoon maininnan siitä, että palaverissa Pasi ja hänen vanhempansa ovat tuoneet esille, että Pasi on aika itsenäistyä. Vaikka Pasi ilmaisee halunsa itsenäistyä, tuo hän pelkonsa esille muuttaa itsenäisesti asumaan. Vanhempien ääni näyttäytyy tekstissä aktiivisena toimijana. Vanhemmat yhdessä asiakkaan kanssa määrittävät asiakkaalle tulevaisuuden kehitystehtäviä. Siten asiakkaallakin on aktiivisen

toimijan rooli huolien ja tavoitteiden määrittelyssä. Syntyy kuva, että Pasi ja hänen vanhempansa saavat äänensä kuuluviin ja heidän äänensä kuullaan.

Asiakaslähtöisyyden kannalta huomionarvoista on, että loppulausunnoissa asiakkaan omaisten ääni on määrällisesti vähäinen, mutta silloin kun heidän äänensä on läsnä, sille annetaan painoa. Usein asiakkaan omaisilla on merkittävä rooli asiakkaan elämässä ja siksi olisi tärkeä nähdä heidän merkityksensä asiakkaan kehitystehtävien arvioinnissa. Usein asiakkaan vanhemmat voivat yhdessä asiakkaan kanssa auttaa asiakasta arvioimaan ja ilmaisemaan omia toiveitaan ja halujaan oman tulevaisuutensa suhteen.

Asiakkaan ääni: asiakas luo kuvaa kehitystehtävien tarpeellisuudesta

Loppulausunnoissa asiakkaan ääntä lainataan ja käytetään melko paljon. Kirjoittaja lainaa asiakkaan ääntä pääsääntöisesti vahvistamaan instituution ja asiantuntijoiden tekemää arvioita asiakkaan ongelmallisesta nykytilanteesta ja mielenterveyskuntoutuksen jatkosuunnitelmien tarpeellisuudesta. Lisäksi lausunnoissa asiakkaan äänellä kerrotaan kuntoutuskurssin hyödyllisyydestä, jolloin ääntä hyödynnetään kuntoutuskurssin merkityksellisyyden ja vaikuttavuuden osoittamisessa. Usein kirjoittaja kietoo asiakkaan äänen muihin ääniin kuten omatyöntekijän tai vanhempien ääneen. Alla olevassa aineistoesimerkissä kirjoittaja käyttää asiakkaan ääntä kertomaan asiakkaan ongelmallisesta päihteiden käytöstä:

Lisääntynyt päihteiden käyttö hallintakeinona oli myös hankaloittanut arjessa selviytymistä. Kurssin aikana Kallella ei ollut ongelmia alkoholin kanssa. Yksilökeskusteluissa Kalle kertoi tiedostavansa, että päihteiden käyttö lisää oireita ja asioiden hoito hankaloituu. Jatkossa pyrkimyksenä on päihteetön elämä.

Kirjoittaja asemoi itsensä puhujaksi ja kertoo, kuinka Kalle on hänelle yksilökeskusteluissa kertonut tiedostavansa päihteiden käyttöön liittyvät haitat ja vaikutukset arjenhallintaan. Kyse on asiakkaan äänen epäsuorasta kietomisesta arvioinnin tekemiseen. Asiakkaan roolin loppulausunnoissa voi lukea kahdella tapaa. Ensinnäkin asiakas näyttäytyy aktiivisena toimijana ja yhteistyökumppanina, joka määrittelee ongelmiaan, tarpeitaan ja tavoitteitaan. Usein kuitenkin asiakkaan ääni kirjoitetaan lausuntoon heikkona, jolloin asiakas näyttäytyy passiivisena toiminnan kohteena, jolle kirjoittaja määrittelee tulevaisuuden kehitystehtäviä. Alla olevassa esimerkissä on luettavissa kuinka asiakkaalle määritellään kehitystehtäviä niin, että asiakas on passiivinen arvioinnin kohde.

Toiminnan aloittaminen ja niiden loppuun suorittaminen havaittiin ongelmaksi mm. oman huoneen siivouksen yhteydessä. Huoneen siistinä pitäminen vaati

muistuttelua ja ohjausta. Yhteiskeskusteluissa Marko kertoi, että hänellä on välillä vaikeuksia hahmottaa miten ja mistä aloittaa siivous.

Tekstiotteessa tehdään arvioita asiakkaan toimintakyvystä. Ote alkaa työntekijöiden tekemällä arviolla asiakkaan toimintakyvyn ongelmista: Marko tarvitsee tukea ja ohjausta huoneen siivouksessa. Ote päättyy mainintaan: ”Yhteiskeskustelussa Marko kertoi...” Näin kirjoittaja vahvistaa Markon äänellä loppulausuntoon kuvaa asiakkaan ongelmallisuudesta. Markon ääni jää taustalle työntekijöiden äänen taakse ja Markosta tulee passiivinen arvioinnin kohde.

Asiakaslähtöisyyden valossa tarkasteltuna loppulausunnoissa on vähän kirjattuna asiakkaan mielipiteitä, näkemyksiä ja toiveita. Asiakkaan ääni perustuu asiakkaan näkemykseen omasta sairaudestaan; sen mukanaan tuomaan tietoon omista rajoitteista, esteistä ja haitoista. Asiakkaan ääni tuo tietoa myös siitä, mikä kehitystehtävä on asiakkaalle itselleen parantumisen kannalta olennainen ja ponnistelun arvoinen.

8.3 Loppulausuntojen äänet ja asiakaslähtöisyys

Loppulausunnoissa painotetaan asiantuntijoiden havainnoimalla tuottamaa arviointitietoa asiakkaan nykytilanteesta ja kehityshaasteista. Asiantuntijaaänen tuottama tieto luo pohjan kuntoutustyölle. Usein asiantuntijatieto merkitsee asiakkaan ongelman, sairauden nimeämistä. Asiantuntijatiedolla on korkea statusta ja asiantuntijakieltä käytämällä asiakirjasta tulee vakuuttava. (ks. Juhila 2006, 85; Raitakari 2006, 238; Tiililä 2011, 179.) Kun loppulausuntoon kirjataan kuntoutuskurssin työntekijöiden tekemä, ammattilaisten kieltä hyödyntävä arvio asiakkaan toimintakyvystä ja selviytymisestä arjessa sekä tulevaisuuden kehitystehtävistä, kasvaa loppulausuntojen vakuuttavuus entisestään. Asiakkaan tietoa käytetään rakentamaan kuvaa asiakkaan ongelmista ja kuntoutuksen tarpeista. Asiakkaan tieto on hänen kokemukseensa pohjautuvaa tietoa omasta sairaudesta ja sen tuomista haasteista. Loppulausunnoissa asiakkaan tieto on asiantuntijoiden ja työntekijöiden tuottamaa tietoa marginaalisemmassa asemassa. Lausunnoista on paikannettavissa myös asiakkaan omaisten tuottamaa tietoa asiakkaan elämäntilanteesta ja avun ja tuen tarpeista.

Vaikka asiakkaan tieto/ääni jää loppulausunnoissa taka-alalle, ei se tarkoita sitä, että arjen työkäytännöt eivät olisi asiakaslähtöisiä tai asiakkaan ääni ei pääsisi niissä kuuluviin. Ennemmin kyse on kirjaamiskulttuurista. Koulutuksen ja työkokemuksen myötä kurssin työntekijöille on syntynyt tietynlainen käsitys kirjaamiskäytännöistä. Työntekijä sosiaalistuu työyhteisönsä ammattikulttuuriin ja sisäistää institution kirjaamiskäytännöt. Siten voidaan sanoa, että mielenterveystyön työntekijät eivät ole vapaita toimimaan työtilanteissa miten tahansa. Yhteiskunta, kulttuuri ja institutio aina sekä rajoittavat että mahdollistavat tiettyjä työ- ja kirjaamiskäytäntöjä. (Günther 2012, 28.)

Asiakslähtöisyyden kannalta kirjaamisessa olennaista on:

- kirjaamiskäytäntöjen ja rutiinien tiedostaminen
- pohtia miten, mitä, miksi ja kenelle asiakasasiakirja on kirjoitettu
- pohtia kirjaamisessa käytettyä kieltä ja sanavalintoja
- pohtia, miten saisi asiakkaan mielipiteet, näkemykset ja toiveet paremmin esiin tekstissä
- pohtia, miten asiakkaan asiantuntijuuden saisi selkeämmin näkyväksi tekstiin
- pohtia, miten asiakkaan osallisuutta kirjaamisessa ja "kanssakirjoittamista" voisi vahvistaa ja hyödyntää kuntoutumisessa

9 Moninaiset palveluvalinnat ja asiakkaan rooli

Kuten edellä olemme jo tuoneet esille, kuntoutuspoluilla neuvotellaan asiakkaan tarvitsemista palveluista ja tehdään niitä koskevia, asiakkaan arjen kannalta merkittäviä päätöksiä. Usein asiakas tarvitsee erilaisia palveluita ja hänen asiassaan toimii suuri joukko ammattilaisia ja epävirallisen tahon avun ja tuen tarjoajia. Tämä tarkoittaa monien toimijoiden osallistumista asiakkaan elämää koskeviin valintoihin ja päätöksiin. Kuntoutuspolussa on kyse jatkuvien valintojen, arviointien ja uudelleenvalintojen pitkästä prosessista. Tässä luvussa **lähestymme kuntoutuspolkua ja asiakaslähtöisyyttä valinnan tekemisen kysymyksenä**. Kuka valitsee, mitä ja miten ovat mielenterveystyössä kompleksisia kysymyksiä. Siten on tarpeen pohtia, **mitä valintoja palveluiden räätälöinnin yhteydessä tehdään ja millainen on asiakkaan rooli kuntoutuspolun vaihtuvissa valintatilanteissa**.

Valinnan tekemistä on mahdollista tarkastella monesta suunnasta kuten vuorovaiikutustilanteena ja siihen osallistuvien osapuolien näkökulmasta. Tässä luvussa tarkastelemme valintojen tekemistä moniammatillisissa palaverissa (ks. luku 3.2) asiakkaan näkökulmasta (ks. myös Raitakari & Juhila tulossa 2013). Kuntoutuskurssilla pidentyissä moniammatillisissa palaverissa valintojen (päätösten) tekeminen oli keskeistä, sillä osapuolten tehtävä oli pohtia mitä (asumis)palveluja asiakas jatkossa, kuntoutuskurssin päätyttyä mahdollisesti tarvitsee selviytymisensä ja kuntoutumisensa tueksi. Palaveritilanne tekee myös näkyväksi mielenterveystyössä tyypillisen kollektiivisen päätöksenteon, jossa asiakas on yksi päätöksentekijä muiden rinnalla. **Asiakaslähtöisyyden kannalta** on merkittävää yhtäältä se, millaisiin valintoihin asiakkaan asioissa päädytään, ja toisaalta se, millainen rooli asiakkaalla on valintatilanteissa.

9.1 Valintojen tekeminen

Nykyisin lähdetään usein siitä, että asiakaslähtöisyys on valinnanmahdollisuuksien antamista asiakkaille. Kuten Petri Virtanen kumppaneineen (2011, 5) toteaa ”Asiakaslähtöisyyden tulisi näkyä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien korostamisena kuitenkin palvelujen kustannustehokkuus huomioiden”. Puhuttaessa asiakkaan oikeudesta valita tarvitsemansa palvelut korostetaan ihmisten yksilöllisyyttä, vapautta, vastuuta ja päätäntävaltaa kuluttajana (Niiranen 2002; Poikela 2010; Palola 2011; Lehto & Miettinen & Tynkkynen 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 79–80).

Valinnanmahdollisuuksien lisäämistä tukee myös laajasti jaettu näkemys siitä, että valintojen tekeminen vahvistaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja hallinnantunnetta, lisää motivaatiota ja sitoutumista hoito-, kuntoutus- ja palveluprosesseihin edistämällä paranemista, toipumista ja selviytymistä (Clarke 2005; Greener 2008; Miller & Rose 2008, 18; Teghtsoonian 2009; Fotaki 2009, 88; Palola 2011, 302–303). Yksilön valinnanvapauden korostaminen linkittyy toisinaan myös vaatimukseen, että vastuu hyvinvoinnista tulee siirtää yhteiskunnalta asiakkaille ja heidän läheisilleen (esim. Anttonen & Häikiö & Valokivi 2012).

Paneutuessamme moniammatillisiin palavereihin havaitsimme, että palveluiden räätälöinti edellyttää asiakkailta ja ammattilaisilta monen valinnan tekemistä yhtä aikaa. Kyse ei ole yhdestä valinnasta, vaan useiden tekijöiden ja vaihtoehtojen punnitsemisesta. Mielenterveystyössä valintojen tekeminen on kompleksinen ja vaativa tehtävä niin asiakkaalle kuin työntekijällekin. Purkaessamme auki tarkemmin mitä valintoja moniammatillisissa palaverissa tehdään, tukeuduimme Julian Le Grandin (2005, 201) erotteluun. Hän lähtee siitä, että päätettäessä sosiaali- ja terveyspalveluista valitaan: 1) missä palvelua annetaan (palveluntuottajan ja paikan valitseminen), 2) kuka palvelua antaa (palvelua antavan henkilön valitseminen), 3) mitä palvelua annetaan (palvelun sisällön määrittäminen), 4) koska palvelua annetaan (palvelun antamisen frekvenssin, keston ja ajankohdan valitseminen), 5) kuinka palvelua annetaan (kanavan ja yhteydenpitotavan valitseminen). Lisäksi kiinnitimme huomiota asiakkaan vaihtuviin rooleihin ja vaikutusmahdollisuuksiin valintatilanteissa.

9.2 Valinnan tekeminen verkostopalaverissa

Asumispaikan valitseminen (missä-valinta)

Palaverissa, jossa käsitellään yhden kunnan asiakkaiden jatkoasumisia kurssin jälkeen, ovat läsnä kaksi kaupungin sosiaalityöntekijää sekä neljä kuntoutuskurssin työntekijää. Asiakas kutsutaan sisään ja kaupungin sosiaalityöntekijä, jolla on asemansa puolesta valtaa tehdä asiakaskohtaisia asumis- ja palvelupäätöksiä ottaa ensimmäisen puheenvuoron:

SOSIAALITYÖNTEKIJÄ:	<i>Sinulle on jo kerrottukin varmaan, että minä olen tullut tänne sen takia, että voitaisiin porukalla miettiä näitä sinun asumisasioita.</i>
ASIAKAS:	<i>Joo</i>
KUNTOUTUSKURSSIN TYÖNTEKIJÄ 1:	<i>Hmm</i>
SOSIAALITYÖNTEKIJÄ:	<i>Minkälaisia ajatuksia sinulla itselläsi on?</i>

- ASIAKAS: *Hmm. No itse minä ehkä ajattelin ensin sitä omaa kämppää, mutta, jos ei onnistu niin sitten semmoista solutyypistä voisi olla.*
- SOSIAALITYÖNTEKIJÄ: *Onko sinulla ajatuksia, että onko jotakin asioita minkä takia se ei onnistuisi?*
- ASIAKAS: *Niin. No, ehkä joskus on semmoinen olo, että, jos vetäytyy liikaa, että, jos olisi sitten oma asunto niin, jos sitä sitten syrjäytyy tai sillai. Mutta en minä tiedä, olisiko siinä välttämättä semmoista-kaan.*
- SOSIAALITYÖNTEKIJÄ: *Onko sinulla yleensä helppo esimerkiksi päästä ylös sängystä aamulla ja lähteä asioita hoitamaan?*
- ASIAKAS: *No ei. Ei kyllä ole. Se on herääminen kyllä kanssa hankalaa, että just se lähteminen.*
- SOSIAALITYÖNTEKIJÄ: *Hmm. Silloinhan se voisi olla alkuun ainakin se soluasuminen sinulle parempi?*
- ASIAKAS: *Niin. Hmm. Nii-in.*

Esimerkissä asiakas on päätöksiä tekevä ryhmän jäsen ja asianomainen – muut kokoontuvat miettimään hänen asumistaan. Hän on tilanteessa informantti, jolta kysytään ajatuksia ja näkemyksiä. Hän on kertoja, joka kertoo ongelmistaan, pulmistaan ja toiveistaan, Asiakkaan tehtävä on valintatilanteissa hyväksyä tai vastustaa ammattilaisen ehdottamia palveluja ja ratkaisuja, ja näin osoittaa, millaista kuntoutuspolkua pitkin hän on valmis kulkemaan. **Asiakaslähtöisyyden** valossa merkittävää on, että kunnan sosiaalityöntekijällä on asemansa puolesta viime kädessä valta päättää asiakkaan jatkoasumisesta ja -tuesta, ja keskusteluotteessa hän pidättää itsellään tämän vallan. Yhtä merkittävää on, että asiakas otetaan mukaan päätöksentekoon, hänelle annetaan tilaa kertoa tilanteestaan ja punnita eri palveluvaihtoehtoja. Kun valintoja tehdään kollektiivisesti ja yhdessä, monimutkaistuu kysymys siitä kuka lopulta valitsee ja päättää. Kollektiivinen valintatilanne edellyttääkin erityistä tilanneherkkyyttä ja eettistä sensitiivisyyttä, jotta asiakkaan viestit ja valinnat eivät jää kuulematta, kohtaamatta ja keskustelematta.

Lähiverkostosta päättäminen (kuka-valinta)

Moniammatillisissa palavereissa ei synny valintatilannetta, jossa asiakas olisi selkeästi valinnut tai ollut mukana päättämässä kuka ammattilainen hoitaa hänen asioitaan. Sen sijaan useimmissa palaverissa asiakkaalta kysytään kenet läheisistään hän haluaisi mukaan tukemaan kuntoutumistaan. Toisinaan ammattilaiset osallistuvat pohdintaan

siitä, kenen asiakkaan läheisistä kannattaisi olla mukana. Lähtökohtana palaverissa on, että jonkun omaisen tulisi osallistua asiakkaan asiaan, joten asiakas ei voi helpolla jättää valintaa tekemättä (ks. Juhila & Hall 2012).

KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ: *Niin ketä sinä haluaisit, onko sinulla joku lähiverkostossa kenet haluaisit tukemaan tätä sinun kotikuntoutusta?*

ASIAKAS: *No äiti varmaan.*

(4 s. tauko)

KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Eli hän voisi esimerkiksi tulla. Sinä päätät itse. Me ei päätetä sinun puolesta, että, jos haluat niin hän voisi tulla sitten joskus mukaan tämänmaiseen palaveriin.*

ASIAKAS: *Joo. Kyllä hän tulee varmasti mielellään.*

KUNTOUTUSKURSSIN OMATYÖNTEKIJÄ: *Joo.*

Tässä valintatilanteessa läheisen nimeäminen on selkeästi asiakkaan oma valinta, kotikuntoutuksen työntekijä antaa asiakkaalle tehtävän valita kuntoutuksen tukemiseen soveltuvan henkilön. Asiakas epäröi, jolloin työntekijä vahvistaa asiakkaan roolia valitsijana – hänen puolestaan päätöstä ei tehdä. Asiakas kohdataan vahvana valitsijana, jota **asiakaslähtöisyydessä** pidetään keskeisenä asiakkaan aseman ja toipumisen kannalta. Tässä valintatilanteessa on olennaista se, että lähtökohtaisesti voidaan olettaa, että asiakkaalla on paras tieto läheisverkostostaan. Läheiset kuuluvat yksityisyyden alueelle, johon asiakkaalla on ensisijainen päätäntävalta. Asia, josta päätös tulee tehdä, on rajattu, eikä päätöksellä ole suuria vaikutuksia muiden osapuolten tekemään kuntoutustyöhön. Silloin valinta on ehkä helppo jättää asiakkaan itsensä ratkaistavaksi. Esimerkki tuo hyvin esille sen miten työntekijä siirtää päätösvaltaa asiakkaalle ja tukea häntä valitsijan roolin ottamisessa.

Palvelun sisällön määrittäminen (mitä-valinta)

Seuraava aineistoesimerkki on siirtopalaverista, johon osallistuvat asiakas, kaksi kotikuntoutuksen työntekijää ja kuntoutuskurssin työntekijä. Asiakas on siirtymässä kurssin jälkeen asumaan omaan asuntoon kotikuntoutuksen tukemana. Palaverissa kotikuntoutuksen työntekijät kysyvät ja kartoittavat asiakkaan tuentarpeita muun muassa liittyen somaattisten sairauksien hoitoon. Valitsimme esimerkin siksi, koska siinä työntekijät kohtaavat mielenterveystyössä tyypillisen tilanteen, jossa asiakas ei tukea tarjottaessa katso tarvitsevansa sitä:

- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 1: *Somaattisiin sairauksiin?*
- ASIAKAS: *Mikä on somaattinen sairaus?*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 1: *No ehkä sitten, jos sinulla olisi jotain muuta kun tämä psyykkinen sairaus, että vaikka.. No mikä sinulla nyt on tämä.. verenpainelääkitys tai tällöistä.*
- ASIAKAS: *En usko.*
- KUNTOUTUSKURSSIN TYÖNTEKIJÄ: *Verenpainetta kannattaa seurata. Se oli vähän koholla, että sen takia pyydettiin niitä paastosokeriarvoja ja kolesteroli näitä labroja ny maraskuulle.*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2: *Voisiko se kuitenkin olla sellainen Martti, että justiin ne somaattiset.. että kun sinulla on tutkimukset kesken niin vähän, että ne tutkimukset tulee hoidettua ja, jos sieltä tulee jotakin jatkajuttua niin, semmoista seurantaa ja tukemista?*
- ASIAKAS: *Joo. Joo.*

Asiakas ottaa aktiivisen osallistujan roolin pyytäessään tuntemattoman käsitteen avaamista ja kieltäytyessään, vaikkakin epäroiden tarjotusta avusta. Sen sijaan, että työntekijät olisivat tyytyneet asiakkaan vastaukseen (kuten tapahtuu monessa muussa kohdassa palaverivuorovaikutusta), he lähtevät puhumaan sen puolesta, että asiakkaan terveydentilaa ja terveyteen liittyvien asioiden hoitamista tulisi seurata. Kuntoutuskurssin työntekijä ohjeistaa kotikuntoutuksen työntekijöitä seuraamaan verenpainetta, kuten on tehty kurssillakin. Kotikuntoutuksen työntekijä suostuttelee asiakasta ja varmistaa, että heillä on asiakkaan suostumus asioiden seuraamiseen. Asiakas on myöntäväinen tähän koko keskustelujakson ajan. **Asiakaslähtöisyyden** näkökulmasta on kiinnostavaa, että lopulta asiakaskin näkee asian kuten työntekijät: hän tarvitsee seurantaa ja tukea somaattisten sairauksien hoidossa. Olennaista on myös se, että jo lyhyessä keskustelussa asiakas on vuoroin kysyjän, hyväksyjän, seurannan ja suostuttelun kohteen rooleissa. Esimerkissä tapahtuu myös ylisektoriaalista tiedon- ja työtehtävien vaihtoa.

Palvelun keston ja antamisen ajankohdan valitseminen (koska-valinta)

Jälleen aineistoesimerkissä on kyse siirtopalaverista, jossa pohjustetaan asiakkaan siirtymistä asumaan omaan kotiin kotikuntoutuksen tukemana. Palaverin tarkoituksena on, että kotikuntoutuksen työntekijät tutustuvat asiakkaaseen ja päinvastoin. Lisäksi palaverissa tehdään päätöksiä muun muassa sen osalta miten usein, minä päivinä ja mihin kellonaikaan asiakkaan kotiin jatkossa tehtäisiin kotikäyntejä. Palaverissa ovat läsnä asiakas, kuntoutuskurssin työntekijä ja kaksi kotikuntoutuksen työntekijää.

- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 1: *Mikä on sinun oma arvio siitä, että kauanko tämä kotikuntoutus kestäisi? Kauanko me käytäisiin sinun luona?*
- ASIAKAS: *En osaa kyllä yhtään sanoa. Ei minulla tule mitään arviota mieleen. Miten yleensä on ollut tapana?*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 1: *Se on meillä ihan sillain, että se on sinun oma arvio, että mikä sinun oma näkemys on?*
- ASIAKAS: *No joo. En minä tiedä, kuusi kuukauttakin voi olla, jos se on, sellainen aikajakso mikä on yleensä käytössä.*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2: *Meillä ei ole semmoista yleistä, mutta varmaan semmoinen arviointi, että arvioidaan, ja kolme kuukautta – puolitoista kuukautta, niin tavallaan semmoinen arviointi puolessatoista kuukaudessa, että on jo vähän sopeutunut siihen uuteen paikkaan. Puoli vuotta on toisaalta myös ihan lyhyt aika, kun asuu yksin, mutta jätetäänkö se sillain, että tarpeen mukaan, että alustavasti se puoli vuotta?*
- ASIAKAS: *Joo, kuulostaa hyvältä.*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2: *Niin minä ajattelen, että meillä ei ole mitään semmoista [tiukkaa raamia] sen takia sinun osuus on tärkeä, että räätälöitäisiin sinun näköistä tästä tuesta sitten.*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 1: *Sitten, mikä on sinun arvio siitä, että kuinka monena päivänä viikossa me käytäisiin sinun luona? Ainakin nyt aluksi.*
- ASIAKAS: *No olisiko se kerran viikossa?*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2: *Se on aika vähän.*
- KUNTOUTUSKURSSIN TYÖNTEKIJÄ: *Se voi alkuun olla enemmänkin, senhän voi sitten pudottaa siihen kerta viikkoon, jos heillä on mahdollisuus käydä myöhemminkin [illalla] sillä tavalla, että sinä olet päivän ollut [työtoiminnassa].*
- ASIAKAS: *Miten se nyt tehdään, että onko yksi päivä sitten niin, että minä menen [työtoimintaan] vai voinko minä käydä sitten aina iltasin?*
- KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2: *Eli meidän käyntipäivät ovat maanantaista lauantaihin. Lauantaisin me ollaan tällä hetkellä yhdeksästä kolmeen töissä. Ja sitten me ollaan*

silleen, että aamulla on tultu kahdeksaksi, mutta voi olla, että nyt tullaan vähän myöhemmin, ja sitten puoli kahdeksan, kahdeksan aikaan on lopetettu viimeisiä käyntejä, että sille välille on voinut miettiä sen käyntipäivän. Että se voidaan ilman muuta sitten jatkossa vähentää siihen yhteen, mutta että..

ASIAKAS:

Olisiko kaksi kertaa sitten parempi?

KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2:

Niin kaksi kolme kertaa, kaksi ainakin minä sanoisin tässä aluksi, koska muutto on aina stressaavaa, että, vaikka se on hieno asia niin se stressaa kaikkia, että siinä tulee aina mieleen jotain. Ja ennen kun tottuu siihen uuteen asuntoonkin, että löytää vähän missä on mikäkin tavaraa ja..

ASIAKAS:

Joo. No, ihan miten vaan, kaksi tai kolme kertaa.

KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEKIJÄ 2:

Niin, ja se, että me ei tulla, me tullaan.. just sitä että yhdessä sinun kanssa käymään että miten nyt on mennyt ja näin. Me ei tulla niin kun, että ne eivät ole mitään semmoisia yllätyskäyntejä, ne on aina etukäteen sovittu ja pysytty niissä sopimuksissa. Että sillä tavalla pidetään niistä sopimuksista kiinni sitten. Että olisiko sinulla, mikä sinulla olisi sitten se kellonaika? Perjantai nyt olisi varmaan, se on se sinun vapaa sieltä [työtoiminnasta], että se olisi se yksi käyntipäivä. Vai haluaisitko sinä, että me tullaan sitten lauantaina tai [työtoiminnan] jälkeenkin? Loppuuko se [työtoiminta] nyt kolmelta tai neljältä, minä en nyt muista kummin se oli.

Palvelun kestoa ja ajankohtaa koskevassa valintatilanteessa asiakasta kutsutaan arvioimaan palvelutarvettaan eli sitä, kuinka kauan hän tarvitsisi kotikuntoutusta. Asiakas puolestaan yrittää hahmottaa palvelun yleisiä käytäntöjä ja reunaehtoja, joiden puitteissa valintoja voi tehdä. Työntekijä palauttaa asiakkaan pohtimaan omaa tilannettaan ja tarvettaan. Asiakas saa palvelujakson keston määrittäjän roolin, eikä tehtävä ole helppo – hän ehdottaa puolta vuotta ja kysyy jälleen yleisistä käytännöistä. Asiakkaan kysyvä ja ehdottava tyyli antaa vastaavasti työntekijälle tilaa kertoa kotikuntoutuksen käytännöistä ja tehdä vastaehdotuksia. Valintaa tehdään melko väljissä raameissa ja yhdessä pohtien. Lisäksi työntekijä kannustaa asiakasta aktiivisesti osallistumaan palvelun sisältöjen määrittelyyn, jotta tuki olisi yksilöllistä, asiakkaan näköistä. Saman-

tyyppisesti pohditaan kotikäyntien määrää ja käyntipäiviä. Asiakas hakee sitä käyntitiheyttä, joka työntekijöiden mielestä olisi hyvä ja kysyy, ”olisiko kaksi kertaa sitten parempi?” Ehkä asiakas on oppinut monen eri instituution pitkäaikaisena asiakkaana, että ”vapaita” valintatilanteita ei ole, vaan keskeisiä reunaehtoja ovat instituutioiden yleiset tavat ja ammattilaisten näkemykset. Ne kannattaa selvittää ensin ja suhteuttaa omat toiveensa sitten siihen kontekstiin.

Asiakaslähtöisyys todentuu tässä valintatilanteessa yhteisenä dialogina, tilan antamisena sekä asiakkaalle että työntekijälle pohtia yleisiä käytäntöjä, palvelun riittävää kestoa, määrää ja ajankohtaa. Keskustelussa asiakas hyväksyy työntekijöiden suosittelemman ”koska”-valinnan ja osoittaa joustavuutta. Hänelle käy se ratkaisu, mikä yleisesti arvioidaan hyväksi. Asiakas tukeutuu työntekijöiden tilannearvioon ja tietoon yleisistä käytännöistä. Lopussa kotikuntoutuksen työntekijä sivuaa kysymystä siitä kuinka palvelua annetaan kun hän mainitsee, että kotikäynnit sovitaan aina etukäteen, eivätkä työntekijät tee yllätyskäyntejä. Liikutaan myös asiakaslähtöisyyden ydinalueella, yksityisyyden ja itsemääräämisen kysymyksissä.

9.3 Valintatilanteet ja asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisessä orientaatiossa korostetaan asiakkaan tilanteesta, tarpeista ja toiveista lähtevien ja yhdessä asiakkaan kanssa tehtävien valintojen tärkeyttä. Parhaimmillaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen auttaakin asiakkaita ja ammattilaisia toteuttamaan valitsemisen, vastuun, itsemääräämisoikeuden, yksilön kunnioittamisen ja hyvinvoinnin lisääntymisen myönteistä kehää. Valintakeskustelussa korostetaan tärkeällä tavalla sitä, että asiakkaalla on oikeus päättää missä, mitä, kuka, koska ja miten hän saa palveluita. (Le Grand 2005; Benjamin & Fennell 2007, 354–355; Glendinning 2008; Palola 2011).

Kun mielenterveystyössä sovelletaan asiakas kuluttajana –orientaatiota, törmätään kuitenkin erityisiin reunaehtoihin ja tilannetekijöihin. Kuluttajan rooli tuntuu vieraalta jo senkin takia, että asiakkaan tavoitteena on pikemminkin oman, usein vaikeankin elämäntilanteen helpottaminen ja avun saaminen, eikä palveluiden kuluttaminen itsessään (Pohjola 2010, 21–22). Usein palveluvalintoja tehdään niukoilla resursseilla ja useita yhtä aikaan. Päätöksiä saatetaan tehdä rajallisen ja ristiriitaisen informaation varassa tietämättä, miten asiakkaan tilanne tulevaisuudessa vaihtelee tai mikä ratkaisu lopulta tukee asiakkaan selviytymistä parhaiten. Palveluvalinnassa on ennen kaikkia kyse asiakas- ja työntekijäsuhteen luomisesta – ei tavaran ostamisesta. Siten edellä olevia aineistoesimerkkejä voisi valinnan sijaan yhtä hyvin eritellä tukisuhteen luomisen ja ylläpitämisen näkökulmasta. Mielenterveystyössä, kuten sosiaalityössäkin on kyse asiakkaan ja työntekijän yhteistoiminnallisesta neuvottelusuhteesta, joka parhaimmillaan antaa resursseja ja tilaa asiakkaan toipumiselle ja selviytymiselle (Juhila 2006;

Pohjola & Laitinen 2010). Monesti on myös tilanne, että asiakas ei katso tarvitsevansa tarjolla olevaa tukea, eikä siten ota kysyvän, kertovan, hyväksyvän ja valitsevan asiakkaan roolia. Asiakkaan ei-valinta on ammatillisesti haastava: lähdenkö siitä, ettei asiakas tarvitse apua tai palveluita vai syyllistynkö poisvetäytyessäni heitteillejättöön? Asiakkaan ei-valinnan taakse voi myös mennä: asiakas ei halua apua, jolloin meidän ei tarvitse sitä myöskään antaa, eikä miettiä toisia mahdollisuuksia tai paremmin asiakaiden tarpeisiin vastaavia työtapoja.

Valinnan tekeminen edellyttää resursseja: tietoa valinnan tekemisen reunaehdoista, omasta asemasta ja vaihtoehtoista. Lisäksi tarvitaan voimavaroja ottaa asioista selvää, luottamusta palveluntarjoajaa kohtaan ja kykyä punnita eri vaihtoehtojen hyviä ja huonoja puolia. Valinnan tekeminen ei ole helppoa, eivätkä ihmisten voimat aina tähän riitä. Palveluvalinnat ovat usein vaikeita priorisointi- ja riskivalintoja, jolloin ihmisellä tulee olla mahdollisuus tukeutua ammattilaisten ja läheistensä osaamiseen. (esim. Koivusalo 2009; Palola 2012.) Helppoa ei ole esimerkiksi tehdä valintaa, sinnitelläkö itsenäisessä asumisessa turvattomuudesta huolimatta vai luopuako osasta vapaudesta turvallisuuden nimissä ja hakea asumispalvelupaikkaa – ja mikä paikka ja ratkaisu olisivat lopulta parhaita ja mahdollisia?

Valitseminen tarkoittaakin asiakkaalle usein, kuten esimerkeissä, mahdollisuutta olla mukana päätöksenteossa, olla ryhmän jäsen, sanoa mielipiteensä ja kommentoida, kertoa tarpeistaan ja ensisijaisista toiveistaan. Mielenterveystyössä läheskään aina asiakkaan toive tai tarve ei vielä riitä, vaan hänen tulee ammatillisen arvion perusteella olla oikeutettu palveluun. Onkin mielekästä puhua kollektiivisesta, tuetusta, jaetusta ja dialogisesta valinnan ja päätöksen tekemisestä (esim. Raitakari ym. 2012; Palola 2012; Fotaki 2009). **Dialoginen päätöksenteko** vaatii erityistä eettistä refleksiivisyyttä, jotta siinä mahdollistuu asiakaslähtöisyys. Olennaisia kysymyksiä ovat: miten määritellään tarve? riittääkö tarvelähtöisyys vai tulisiko asiakkaan toiveille ja unelmille antaa tilaa? milloin voidaan ohittaa asiakkaan oma mielipide ja valita toisin? miten kuulla vaikennevaa asiakasta ja mitä ei-valintaan liittyy? kuka valinnat lopulta tekee ja millä perusteilla? mitkä ovat valinnan seuraukset kullekin osapuolelle?

Asiakaslähtöisten valintojen ja päätösten vahvistaminen:

- varmistamalla, että asiakas tietää päätöksentekotilanteen luonteen ja reunaehdot: sen mitä hän voi valita ja mitä hän ei voi valita
- varmistamalla, että asiakkaalla on riittävästi tietoa eri (palvelu)vaihtoehdoista, jotka ovat mahdollisia hänen tilanteessaan ja jotka eivät ole mahdollisia hänen tilanteessaan
- antamalla asiakkaalle päätöksentekijän asema aina kun se on mahdollista
- varmistamalla, että kaikilla osapuolilla on riittävän kokonaisvaltainen ja syvällinen ymmärrys asiakkaan tilanteesta, jotta tehty päätös parhaalla mahdollisella tavalla vastaisi siihen mitä asiakas tarvitsee ja mikä hänen huoltaan lievittää
- varmistamalla, että dialogisessa päätöksenteossa kaikki osapuolet tulevat kuunnelluiksi ja tuottavat omat tietonsa, tunteensa ja huolensa päätöksenteon pohjaksi
- varaamalla riittävästi aikaa dialogisten päätösten tekemiselle
- rohkaisemalla asiakasta ottamaan aktiivisen osallistujan ja valitsijan roolin moniammatillisissa päätöksentekotilanteissa
- luottamalla asiakkaan arviointi-, valinta- ja päätöksentekokykyyn
- pohtimalla dialogiseen päätöksentekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä: voinko luottaa siihen, että asiakas kykenee tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä? kuka kantaa vastuun yhdessä tehdyistä päätöksistä? kuka käyttää valintatilanteessa suurinta valtaa? miten toimia silloin, kun asiakas ei halua tukea, eikä tee valintaa tai osallistu vuorovaikutukseen? miten määritellään tarve? milloin voidaan ohittaa asiakkaan oma mielipide ja valita toisin? miten kuulla vaikenavaa asiakasta ja mitä ei-valintaan liittyy? kuka valinnat lopulta tekee ja millä perusteilla? mitkä ovat valinnan seuraukset kullekin osapuolelle?

10 Asiakkaan osallisuus: vahva ja rajoitettu toimijuus

Olemme pitkin matkaa tutkimusraportissa sivunneet asiakaslähtöisyyttä asiakkaan osallisuutena eli toimijuutena omassa elämässään, hoidossaan, kuntoutumisessaan, palveluverkostossaan ja kuntoutuspolussaan, mutta tässä luvussa pohditaan tarkemmin sitä mitä **asiakaslähtöisyys** on osallisuuden näkökulmasta. Osallisuus ei ole itsestäänselvyys vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavien elämässä vielä tänäänkään, joskin entisaikoina heitä pidettiin ja he pitivät itseään vielä vahvemmin marginaalissa olevina, ”vallattomina” ja kykenemättöminä ottamaan vastuuta itsestään ja elämästään (esim. Cook & Jonikas 2002). Pitkä matka on tultu entisaikojen epäinhimillisistä ”hoito”käytännöistä, mutta pitkä matka on vielä edessä ennen kuin vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavalla on mahdollisuus osallistua yhteiskuntaan tasa-arvoisena kansalaisena. Mielenterveysasiakkaan osallisuutta, vahvempaa asemaa yhteiskunnassa, hoidossa ja kuntoutumisessa ovat nostaneet esille toipumista (recovery) ja kuluttajuutta korostavat ajattelutavat sekä omais- ja asiakasyhdistykset. (Lammer & Happell 2003; Pilgrim & McCranie tulossa 2013.)

Asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa ja kuntoutumiseensa on keskeinen lähtökohta monissa politiikkatason suunnittelu- ja kehittämissiirjoissa (Lammer & Happell 2003; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Asiakkaan osallisuuden avulla uskotaan päästävän parempiin hoito- ja kuntoutumistuloksiin sekä vahvistettavan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, motivaatiota, kuntoutumismyönteisyyttä ja vastuunottoa omasta elämästään. Asiakkaan osallisuuden katsotaan tarkoittavan mukana oloa palveluiden suunnittelussa, kehittämisessä, toteuttamisessa ja arvioinnissa (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 20, 33). Olennainen kysymys on miten tämä osallisuutta korostava ajattelutavan muutos näkyy arjessa: asiakas- ja työntekijäkohtaamisissa sekä laajemmin asiakkaan mukaan pääsemisenä palvelujärjestelmään, yhteiskuntaan sekä lähi-, työ-, opiskelu- ja harrasteyhteisöihin. Tässä luvussa tulkitsemme asiakashaastattelupuhetta (ks. luku 3.2) osallisuusnäkökulmasta ja kysymme, **millaisena näyttäytyy asiakkaan osallisuus ja toimijuus asiakas- ja työntekijäkohtaamisissa, erityisesti päätöksentekotilanteissa?** Unohtamatta kuitenkin sitä, että osallisuus on asiakas- ja työntekijäkohtaamista laajempi, yhteiskunnallinen kysymys.

10.1 Osallisuuden komponentit ja jana

Osallisuus määrittyy tutkimuskirjallisuudessa mahdollisuudeksi toimia itsenäisesti, osallistua päätöksentekoon, päästä mukaan mielekkääseen toimintaan toisten kanssa ja saada arvostettuja sosiaalisia rooleja, kuten opiskelijan, työssäkäyvän, perheellisen ja ystävän roolit. Käsite kattaa yksilön vaikutusmahdollisuudet omaan hoitoonsa ja kuntoutumiseensa sekä jäsenyyden yhteisöissä (Valtioneuvoston selonteko...2002; Stein & Wemmerus 2001; Laitila 2010, 7–9; Pohjola 2010, 56–60; Raitakari ym. 2011). Osallisuus avaa siten **asiakslähtöisyyteen** asiakkaan tarpeista lähtemistä, ääntä, kuulemista, asiantuntijuutta ja valinnan mahdollisuuksia laajemman näkökulman – kyse on itse-määräämis-oikeudesta, vaikutusmahdollisuuksista, vahvasta asemasta, arvostuksesta ja mukaan pääsemisestä palvelujärjestelmään ja yhteiskuntaan.

Tutkittaessa osallisuutta asiakas- ja työntekijäkohtaamisen tasolla Anssi Peräkylän ja Johanna Ruusuvuoren (2007) esittämä osallisuuden tutkimusohjelma antaa hyödyllisiä suuntaviittoja. He esittävät, että asiakas-työntekijävuorovaikutuksen tasolla asiakkaan osallistuminen sisältää viisi komponenttia. **Asiakkaan osallistumista** voidaan lähestyä siitä näkökulmasta, kuinka asiakas 1) myötävaikuttaa vuorovaikutuksen ja toiminnan kulkuun 2) vaikuttaa kohtaamisen agendan ja käsiteltävien asioiden määrittelyyn 3) on osapuolena käsiteltävien asioiden järjestyksessä, ratkomisessa ja 4) päätöksenteossa. Asiakkaan osallistumista voi lisäksi tarkastella 5) vuorovaikutuksen tunneilmaston ja tuen antamisen näkökulmasta. Kiinnitämme huomiota näihin osallisuuden komponentteihin tarkastellessamme kurssilaisten ja ammattilaisten kohtaamia asiakashaastattelujen valossa. Huomionarvoista on, että asiakashaastattelupuheessa on kyse muistelusta; asiakkaat kertovat haastatteluhetkellä tapahtumista, jotka ovat tapahtuneet aikaisemmin heidän kuntoutuspolullaan. Näkökulma on siinä, miten asiakas muistaa ja kertoo vuorovaikutuksesta ja päätöksentekotilanteista työntekijöiden kanssa. Lähdemme siitä, että kuntoutumisessa on merkittävää se millaisina asiakkaat muistavat osallisuuden mahdollisuutensa menneissä asiakas- ja työntekijäkohtaamisissa.

Asiakkaan osallistumista voidaan tutkia eri aineistoista, asiakas- ja työntekijäkohtaamisten eri vaiheista tai kuntoutuspolun eri ajankohdista. Asiakkaan osallistuminen on prosessi, johon vaikuttavat muun muassa menneet kokemukset asiakkaana olemisesta ja monet tilannetekijät. On hetkiä, tilanteita ja aikoja, jolloin asiakkaan on mahdollista toteuttaa vahvaa toimijuutta, ja on tilanteita, jolloin hänen toimijuutensa on rajoitettua ja heikkoa. Siten **osallisuutta voi tarkastella janalla ei-osallisuutta – tuettu osallisuus – itsenäinen osallisuus**. Tosi elämässä mielenterveytyössä liikutaan kyseisellä janalla, tilannekohtaisesti edestakaisin.

Kiinnostavaa on, miten asiakashaastattelupuheessa asiakkaan vahva toimijuus ja rajoitettu toimijuus ovat usein yhtä aikaa läsnä eli asiakkaalla on asiakas- ja työntekijäkohtaamisessa esimerkiksi vahva näkemyksenesittäjän asema, mutta niin on myös omaisilla ja ammattilaisilla, mikä rajoittaa asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa vuo-

rovaikutuksen kulkuun, kohtaamisen agendaan ja tehtyihin päätöksiin. Tämä samanaikaisuus on luettavissa aineisto-otteissa, joskin ne on valittu siten, että osallisuuden janan eri kohdat tulisivat selkeästi esille aina ei-osallisuudesta itsenäiseen osallistumiseen.

10.2 Asiakkaan vahva ja rajoitettu toimijuus

Ei-osallisuutta

Määrittelimme ei-osallisuutta sisältäväksi sellaiset asiakas- ja työntekijäkohtaamiskuvaukset, joissa asiakas on toisten toiminnan kohteena; hoidossa ja kuntoutumisessa mukana olevat tahot toimivat ilman asiakasta, vastoin asiakkaan tahtoa ja/tai hänen toimijuuttaan rajoitetaan. Ei-osallisuudessa asiakas ei ole mukana kohtaamisen agendan ja ongelmien määrittelyssä, ratkaisemisessa tai päätöksenteossa. Ennen esimerkiksi haastattelussa keskustellaan siitä, millaista kurssilainen odottaa elämänsä olevan vuoden päästä, ja millaisen hoidon ja kuntoutuksen hän katsoo olevan itsellensä tärkeää.

HAASTATTELIJA: *Puhutaan semmoisesta asiasta kun asiakaslähtöisyys. Eli se tarkoittaa sitä että pyritään aina asiakas huomioimaan, omissa asioissaan ja päättämisessä. Mitä sinä ajattelet, että miten se on sinun kohdalla toteutunut täällä kuntoutuskurssilla ja muualla?*

KURSSILAINEN: *Asiakas?*

HAASTATTELIJA: *Asiakaslähtöisyys.*

KURSSILAINEN: *Mitä se tarkoittaa?*

HAASTATTELIJA: *Just sitä, että onko sinua huomioitu sinun asioissa täällä, oletko saanut olla mukana päättämässä tai suunnittelemassa asioita?*

KURSSILAINEN: *En minä niistä paljon saanut päättää, kun minä olisin omaan kotiin halunnut, asuntolaan sitten.*

HAASTATTELIJA: *Mutta onko sinun mielipidettä otettu huomioon? Niinhän sinä sanoit, että sinä olisit halunnut omaan asuntoon mutta, sinä olet suuntaamassa taas kuitenkin asuntolaan. Mutta koetko sinä että sinua on kuunneltu ja?*

KURSSILAINEN: *Ei siinä voi [epäselvää puhetta] kuunnella. Heti vaan pois.*

HAASTATTELIJA: *Joo. Mitä sinun mielestä pitäisi asiakaslähtöisyyden olla?*

KURSSILAINEN: *Anteeksi?*

HAASTATTELIJA: *Mitä se pitäisi olla täällä kuntoutuskurssilla sen asiakaslähtöisyyden?*

KURSSILAINEN: *Ei komennella niin kauheesti. Komentaa voi, ei siinä, ei oikeastaan sen kummempaa, ongelmaa. Pitäisi olla niin, kanssa kannustamista. Pitäisi olla kannustus.*

Haastattelija on kiinnostunut siitä, miten kurssilainen ymmärtää asiakaslähtöisyyden ja miten hän katsoo sen toteutuvan omalla kohdallaan. Sana ei ole kurssilaiselle tuttu, jolloin haastattelija kurssilaisen sijaan tulee määritelleeksi asiakaslähtöisyyttä eri suunnista. Tämän jälkeen kurssilainen kertoo päätöksentekotilanteesta, jossa hän ei saanut päättää asioista: hän olisi halunnut omaan kotiin, mutta hänet ”passitettiin” asuntolaan. Haastattelija pyrkii laventamaan kerrontaa jaetun päätöksenteon suuntaan ja tarkentaa onko kurssilaisen näkökulmaa huomioitu kuitenkin jollakin tavalla, onko häntä kuultu päätöksentekoprosessissa. Asiakas pysyy kerronnantavassa, jossa tulee esille sivuuttaminen ja ”määrääminen”. Aineistoesimerkin lopussa kurssilainen vielä palaa ja vahvistaa näkemystään asiakaslähtöisyydestä ”ei-määräämisenä” ja asiakkaita kannustavana työotteena. Esimerkki tuo esille miten **asiakaslähtöisyys** on vaikeasti lähestyttävä termi, mutta miten sen yhteydessä käydään tärkeitä keskusteluja, kuten tässä tapauksessa asiakkaan ”määräämisen” osallisuutta heikentävästä ja vastaavasti kannustamisen osallisuutta vahvistavasta vaikutuksesta.

Asiakashaastatteluaineistossa lähes kaikki kuvaukset pakon käyttämisestä palautuvat sairaalassa olemiseen. Useassa tapauksessa sairaalassa oleminen muistetaan myönteisenä ja välttämättömänä ajanjaksona kuntoutuspolulla, mutta sairaalasta kerrotaan myös paikkana, johon ei enää koskaan haluta palata, eikä toivota kenenkään myöskään sinne joutuvan. Seuraavan aineistoesimerkin edellä kurssilainen tuo esille, miten hän on saanut sairaalassa tietoa sairaudestaan sekä miten hänen kanssaan on käyty läpi eri asumis- ja kuntoutumispaikkavaihtoehtoja. Haastattelija kutsuu kurssilaista puhumaan pakon kokemuksista:

HAASTATTELIJA: *Onko sinulla semmoisia tilanteita, että sinun on ollut pakko suostua johonkin mihin sinä et olisi suostunut? Että sinua on pakotettu johonkin tilanteisiin?*

KURSSILAINEN: *Silloin [sairaalassa] kun minut kotiutettiin ja sitten kun minulla tuli niitä itsemurha-ajatuksia niin sitten minua alkoi kaduttaa ne ajatukset ja minä ajattelin, että kyllä minä selviän niistä, mutta sitten minut kuitenkin laitettiin väkipakolla takaisin sinne [sairaalaan] saman tien, että ”parempi vaan että sinä olet siellä nyt siihen asti kunnes löydetään sinulle joku paikka minne sinä menet”. Että silleen että kun siellä oli ollut jo sen kaksi kuukautta niin se tuntui tosi pitkältä ajalta sitten vielä olla se yksi kuukausi siellä. [tauko noin 5 s]*

HAASTATTELIJA: *Mitä siinä käytettiin sitten perusteluksi?*

KURSSILAINEN: *Siis se, että minä vaan en ole vakaa. Ja sitten, että se ei ole hyväksi, että minun veljet alkavat hoitamaan minua. Ja ne pitivät ihan liikaa minusta huolta ja silleen niin käy vielä samalla lailla kun minulle, kun minäkin olin just semmoinen persoona, että minä otin vastuuta ihan kaikista asioista. Ettei sitten käy samalla tavalla että..*

Kurssilainen kertoo, kuinka hänelle oli tullut itsemurha-ajatuksia sairaalasta kotiuttamisen jälkeen, ja kuinka hänet oli nopeasti laitettu ”väkipakolla” takaisin sairaalaan, vaikka hän itse ajatteli selviytyvänsä ajatustensa kanssa. Rajoitettua toimijuutta, ei-osallisuutta kuvastaa tapa, jolla kurssilaiselle perustellaan ja ”sanellaan”, että sairaala on paras paikka, kunnes hänelle löydetään eli muut löytävät jonkun paikan, johon hän voi mennä. Haastattelija etsii perusteluita ja selityksiä voimakkaalle pakon käytölle. Kurssilainen paikantaa pakonkäytön perustelut sekä itseensä ”minä vaan en ole vakaa” että läheistensä suojeluun. Ei-osallisuus on **asiakslähtöisyyttä** vain silloin kun muut hoi-toon ja kuntoutumiseen osallistuvat tahot rajoittavat asiakkaan toimintaa huolenpidon ja hengissä säilymisen nimissä. Tämä tulee tehdä perustellusti ja avoimesti siten, että asiakas ymmärtää pakoon käytön ja säilyttää hallinnan tunteen elämässään.

Tuettu osallisuus

Tuetuksi osallisuudeksi nimesimme ne asiakas- ja työntekijäkohtaamisten kuvaukset, joissa kurssilaisen toimijuus ja sen vahvistaminen ovat selkeästi sidoksissa ammattilaisten kanssa yhdessä toimimiseen, keskinäiseen vuorovaikutukseen ja dialogiseen päätöksentekoon.

Seuraavaa aineistoesimerkkiä ennen haastattelija on kysynyt siitä, miten vanhemmat ovat suhtautuneet kurssilaisen sairauteen ja keihin kurssilainen on pitänyt yhteyttä kurssin aikana. Haastattelussa siirrytään toiseen aiheeseen, kun haastattelija kysyy kurssilla pidetyistä palavereista. Haastattelija tulee keskustelussa määrittäneeksi osallisuuden komponentteja. Kurssilaiselta kysytään palaveritilanteesta kokemuksena, miten häntä on kuunneltu ja miten hän on pystynyt tuomaan esille omia ajatuksiaan eli vaikuttamaan palaverin agendaan ja asioiden käsittelyyn. Lisäksi haastattelija nostaa esille mahdolliset ristiriitatilanteet, jolloin kurssilainen kertoo eräästä sosiaalityöntekijän tapaamisesta:

HAASTATTELIJA: *Onko sinulla ollut semmoisia palavereita täällä, että olisi tullut muita, esimerkiksi sosiaalityöntekijä tai vanhemmat? Vai..*

KURSSILAINEN: *Meillä oli se palaveri ja sitä ennen äidin kanssa tultiin johonkin palaveriin, mutta se, siinä tässä viimeisessä palaverissa oli ne tulevaisuudensuunnitelmat, se asunnonhaku ja se opiskelu ja ne ryhmät.*

HAASTATTELIJA: *Joo, niin puhuttiin niistä?*

KURSSILAINEN: *Nyt on vielä se yksi palaveri, se on varmaan se loppupalaveri niin siihen tulee varmaan isä ja äiti.*

HAASTATTELIJA: *Joo, että se on vielä tulossa. Miten sinä olet sellaiset tilanteet kokenut, että puhutaan sinun asioista ja siinä on paljon ihmisiä ympärillä?*

KURSSILAINEN: *Siinä saa varmaan sitä tukea ja ne tietävät sitten parhaiten mitä on tapahtunut niin, onko minulla nyt masennusta ja mimmoinen olo ja.*

Ne voi antaa sille tukea niin sitten, jos ei vaikka joku usko niin siitä saa varmistusta. Ja ne tietävät kyllä parhaiten, jos minä kerron siinä valheita tai sanon jotakin sellaista mitä ei ole kauhean totta.

HAASTATTELIJA: *Niin, niin sitten joku korjaa.*

KURSSILAINEN: *Niin.*

HAASTATTELIJA: *Onko sinulla semmoinen olo, että sinua on kuunneltu ja sinä olet pystynyt sanomaan mitä sinä olet ajatellut vai..?*

KURSSILAINEN: *Niin minä olen tehnyt.*

HAASTATTELIJA: *Palavereissa?*

KURSSILAINEN: *Joo.*

HAASTATTELIJA: *Että olet saanut sanottua. Onko niissä tullut erimielisyyttä, onko joku ollut sitä mieltä, että et sinä esimerkiksi kykene asuun omassa asunnossa tai..?*

KURSSILAINEN: *Ei, kun se on se sosiaalityöntekijä, se oli kauhean negatiivinen, kun minä menin ensimmäisen kerran tapaamaan. Minä en oikein pitänyt siitä naisesta, mutta kun minä nyt, alkoi tämä palaveri niin se sano taas, että [kuntoutuspaikka] ja muuhun ei ole rahaa, niin sitä tarttuu sitä negatiivisuutta. Mutta sitten kun se ehdotti sitä sellaista parempaa vaihtoehtoa, sellaista koulutusta ja omaa asuntoa, niin minä ymmärsin, että se oli aika asiallinen henkilö niin, että kun ne budjetit ovat kauhean tiukkoja, enkä minä siitä tiedä mitään. Mutta ne kuitenkin työskentelee siellä ja niiden pitää päättää kuka saa mitään.*

Kurssilainen hahmottaa kuntoutuskurssilta kolme palaveria, joista yksi on vielä tulossa ja lisäksi hän kertoo tapaamisestaan sosiaalityöntekijän kanssa. Osallisuuden näkökulmasta palavereissa on käsitelty keskeisiä asioita: asumista, opiskelua ja sosiaalista toimintaa. Kurssilainen määrittää palaverit tukea antaviksi sekä ”peileiksi” ja ”reflektioareenoiksi” oman vointinsa arvioinnissa. Kurssilainen luottaa siihen, että muilla on tietoa ja muut osaavat hänen laillaan tai häntä paremmin nähdä millaisessa kunnossa hän on. Mikäli joku verkoston jäsen ei usko kurssilaista, muut voivat vahvistaa miten asiat ovat. Muilla on myös osaamista palauttaa kurssilainen tosiasioihin, mikäli hän ”irtoaa” niistä. Siten kurssilainen turvautuu läheistensä ja ammattilaisten tilannetulkintoihin ja palaverivuorovaikutuksessa muodostetaan yhdessä ymmärrystä siitä, millainen asiakkaan toimintakyky kulloinkin on. Asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa palaverinkulkuun on sidoksissa siihen, että haastattelijan kysyessä hän toteaa kyllä sanovansa palavereissa sen mitä ajattelee. Asiakkaan osallisuus toteutuu vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa, yhdessä ajattelussa sekä luottamuksellisessa ja tukea antavassa tunneilmastossa.

Kysyttäessä ristiriidoista asiakas siirtyy kertomaan sosiaalityöntekijän kohtaamisesta. Kuvauksessa tulee hyvin ilmi asiakas- ja työntekijäkohtaamisesta tehdyt tulkin-

nat, tilanteessa läsnä olevat tunteet sekä toimijuuden mahdollisuudet ja rajat. Sosiaalityöntekijä on tilanteessa vahva toimija: hän ehdottaa, sanoo mitkä vaihtoehdot ovat mahdollisia, hän tietää budjetin ja lopulta päättää mitä kukin asiakas saa. Kurssilainen kuvaa, kuinka hän palaverin kuluessa ymmärsi paremmin oman ja sosiaalityöntekijän toimijuuden rajat. Lopulta tilanteesta syntyi ratkaisu, joka vahvasti asiakkaan toimijuutta ja oli hänestä aikaisempaa suunnitelmaa parempi. Tuettu osallisuus on neuvottelua sekä molemmin puolta ymmärrystä toimijuuden rajoista.

Itsenäinen osallisuus

Itsenäiseksi osallisuudeksi määrittelimme kertomisen tavan, jossa kurssilainen ”minänä” toimii ja tekee yksin päätöksiä. Tällöin asiakas- ja ammattilaiskohtaamisista kerrotaan siten, ettei tilanteen kulkuun, asioiden määrittelyyn ja päätöksentekoon vaikuta muut tekijät kuin kurssilaisen oma tahto ja tekeminen.

HAASTATTELIJA: *Miten sinä ajattelit tästä kuntoutuskurssista etukäteen, minne sinä, mikä oli sinun ennakkoojatus?*

KURSSILAINEN: *Että minä en tule tänne, minä tulen vaan tutustumaan tänne, mutta en tule tänne ollenkaan.*

HAASTATTELIJA: *Eli sinä itse ajattelit, että sinä et tänne halua?*

KURSSILAINEN: *Minä päätin jo, että minä en tule tänne, minä tulen vaan tutustumaan. Sitten minä päätin että minä tulenkin tänne.*

HAASTATTELIJA: *Niin sinä, oliko se sinun päätös vai?*

KURSSILAINEN: *Se on ihan minun oma kiinnostus. Tänne kun minä tulin sillain, että ei kiinnosta, en tule tänne, mutta sitten kun minä näin paikat ja huomasin, että täällä on oma huone ja saa tuoda omat tavarat, niin sitten minä aloin kiinnostumaan ja sitten minä vaan päätin, että minun on pakko tulla tänne.*

Haastatteliija lähtee siitä oletuksesta, että kurssilaisen ennakkoojatuksilla ja mielikuvilla kurssista on merkitystä kurssille tulon ja siellä olemisen kannalta. Kurssilainen tuo vahvasti esille, kuinka ”minä päätin, minä en tule tänne, minä tulen vaan tutustumaan”, eli hän tekee yksin päätöksen minne tulee ja mitä tekee. Haastatteliija tarkentaa kaksi kertaa, että kyse on kurssilaisen omasta ajattelusta ja päätöksestä, kutsuen näin esiin puhetta muista mahdollisista mielenmuutokseen ja päätöksentekoon vaikuttaneista tahoista. Kurssilainen ei kuitenkaan tuota puhetta muista vaan korostaa, että päätöksenteossa taustavaikuttimena oli hänen oma kiinnostuksensa ja miten tutustumiskäynnillä saatu uusi tieto herätti kiinnostusta kurssia kohtaan: ”En tule” muuttui ”pakko tulla” asenteeksi. Aineistoesimerkistä on luettavissa, miten asiakas uuden tiedon ja kokemuksen perusteella itse muuttaa ajatteluaan ja toimintaansa oletettavasti

tällä kertaa ammattilaisten toivomaan suuntaan. Kertomistavassa asiakas on yksin tapahtumien ohjaksissa ja ottaa itsenäisesti askeleen uuden palvelun piiriin. **Itsenäinen osallisuus** on asiakkaan vahvaa autonomiaa ja asioiden kertomista siten, että minä itse toimin ja teen ratkaisuja sen suhteen mihin lähdän mukaan ja mihin en.

10.3 Osallisuus ja asiakaslähtöisyys

Tässä luvussa fokus on ollut siinä, kuinka asiakkaat kantavat mukaan muistoja asiakas- ja työntekijäkohtaamisista, joissa osassa heidän toimintamahdollisuutensa ovat olleet olemattomat ja osassa taas laajemmat, jolloin asiakkaalle mahdollistuu sekä yhdessä että yksin toimiminen ja päätösten tekeminen. Luettaessa aineistoesimerkkejä osallisuuden suunnasta, tulevat esille osallisuuden komponentit sekä osallisuutta ehkäisevät ja sitä vahvistavat vuorovaikutusteot.

Osallisuus on vakavaa mielen sairautta sairastavan mukaan ottamista asiakkaan ja työntekijän kohtaamisessa sekä laajemmin kuntoutuspolulla ja yhteiskunnassa – puhutaan kumppanuudesta, aktiivisesta kansalaisuudesta ja subjektina olemisesta. Tutkimuskeskusteluissa korostetaan, että tämä edellyttää muun muassa vallan- ja tiedonsiirtoa työntekijältä asiakkaalle. (esim. Cahill 1998; Juhila 2006; Pohjola 2010.) Asiakkaan on vaikea olla osallinen kuntoutumisessa ja päätöksenteossa, ellei hän saa arvostettua asemaa, tiedä tilannettaan, tunne palvelujärjestelmää, kohtaamisten tarkoitusta, tavoitteita, reunaehtoja ja ”pakkojen” perusteluja. Tämän lisäksi osallisuuden kokemukseen vaikuttavat vuorovaikutukselliset ilmiöt, kuten keskusteluosapuolten käsitevalinnat, puhutavat ja kohtaamisen tunneilmasto. Osallisuus realisoituu osapuolten tilannesi-donnaisissa neuvotteluissa puhumisen ja toimimisen vapauksista sekä siinä, kuinka asioidenkulku muistetaan ja kuinka siitä kerrotaan vuosienkin päästä.

Maritta Välimäki (1998) on tutkinut vakavaa mielen sairautta sairastavien näkemyksiä itsemääräämisoikeudesta. Huomiot ovat relevantteja osallisuuden kannalta. Välimäen (1998) mukaan asiakkaat arvostavat mahdollisuuksia ilmaista itseään aidosti, päättää ja kieltäytyä asioista, säilyttää tilanteen hallinta itsellään ja huolehtia itsestään. Asiakkaan ei-osallisuuden kokemuksessa on paljolti kyse siitä, että asiakas- ja työntekijäkohtaaminen muistetaan sellaiseksi, etteivät siinä toteudu edellä listatut tekijät. Kun taas itsenäinen osallisuus on muistelua itsemääräämisen tavoittelusta ja toteutumisesta. Tämä yksilön toimintamahdollisuuksia ja vapautta korostava tulkinta on kuitenkin vain yksi näkökulma itsemääräämisoikeuteen ja osallisuuteen.

Välimäen (1998) tutkimuksessa asiakkaat määrittelevät itsemääräämisoikeutta myös tavalla, joka tuo esille jaetun itsemääräämisoikeuden tärkeyden. Siinä, kuten tuetussa osallisuudessakin, asiakas kutsuu ammattilaisia järkeilemään, määrittelemään ongelmia ja ratkaisuja sekä tekemään päätöksiä yhdessä hänen kanssaan. Siten asiakkaan osallisuutta tuetaan, varmistetaan ja vahvistetaan vuorovaikutuksessa. (Lammers

& Happel 2003; Cook & Jonikas 2002; Juhila 2006.) Voidaan kuitenkin ajatella, että osallisuuden jana realisoituu aina kaikkien ihmisten kohdalla vuorovaikutuksessa, ei-osallisuus on tapahtuma- ja vuorovaikutusketjujen tulosta siinä missä itsenäisenkin osallisuus. Osallisuus annetaan tai se otetaan vuorovaikutuksessa toisten ja yhteiskunnan kanssa. Se mihin kohtaa janaa asiakas- ja työntekijäkohtaaminen kulloinkin sijoittuu, edellyttää usein vaikeidenkin eettisten dilemموjen punnitsemista: onko perusteita huolenpidon nimissä rajoittaa asiakkaan osallisuutta ja jos näin on, millainen kokemus asiakkaalle tästä jää?

Osallisuuden vahvistaminen edellyttää mielenterveystyössä olevien pakko- ja suostuttelukeinojen tiedostamista ja kriittistä arvioimista asiakkaan kokemuksena. Oikeuttaako mielen sairaus ja sitä kohtaan tunnettu pelko yhteiskunnassamme liian herkästi paternalistisia ja itsemääräämisoikeutta loukkaavia käytäntöjä (ks. Pilgrim & Tomasini 2012)? Palveluverkostossa asiakkaat kohtaavat pakkoja aina suostuttelusta, ohittamisesta ja ehtojen asettamisesta määräilyyn ja pakkohoitoon. Vakavan mielen sairauden ja siihen liittyvän (pakko)hoidon kohtaaminen omalla kohdalla on monasti ihmisen elämässä yksi vaikeimmista asioista. Vaikeiden kokemusten integroiminen osaksi elämäkokemusta siten, etteivät ne osaltaan ole synnyttämässä osattomuutta, ”vallattomuutta” ja sivuun jäämistä on mielenterveystyössä iso ja yksi tärkeimmistä haasteista (Bassman 1997, 240). **Asiakaslähtöisyys** asiakkaiden osallisuuskokemusten esille nostamisena ja toiminnan peruslähtökohdaksi ottamisena on olennaista, jotta oppisimme lisää asiakas- ja työntekijäkohtaamisissa läsnä olevien ”pakkojen” merkityksistä asiakkaille sekä osaisimme kehittää osallisuuden kokemusta vahvistavia toimintatapoja mielenterveystyössä (ks. Scheyett ym. 2009, 303).

Asiakslähtöisyyttä tukevan osallisuuden vahvistaminen:

- kiinnittämällä huomiota kielenkäyttö- ja vuorovaikutustapoihin, joilla asiakastyöntekijätapaamisessa viestitään/vahvistetaan asiakkaan arvostusta, tasa-arvoisuutta, vastuullisuutta sekä mukana oloa päätöksenteossa sekä laajemmin sosiaalisissa yhteisöissä.
- tiedostamalla mielenterveystyöhön liittyviä "pakkoja" ja vallankäytön muotoja sekä keskustelemalla niiden merkityksestä asiakkaan kanssa
- kaventamalla tiedollista ja taidollista eroa ammattilaisten ja asiakkaiden välillä tiedonvaihdon, asioihin tutustumisen ja asioiden jakamisen avulla
- siirtämällä tilanteeseen sopiva määrä valtaa ja vastuuta ammattilaisilta asiakkaalle
- tarjoamalla emotionaalista tukea asiakkaalle vaikeissa tilanteissa ja vaikeita päätöksiä tehtäessä
- antamalla tilaa asiakkaan itsenäiselle osallisuudelle ja kunnioittamalla itsemääräämisoikeutta aina kun se on mahdollista
- varmistamalla, että asiakas haluaa osallisuutta, myös osallistumattomuuteen tulee olla oikeus ja mahdollisuus

OSA IV

ASIAKASLÄHTÖISYYS KOKONAISSALTAISENA TYÖORIENTAATIONA JA SEN TUTKIMINEN

Edellä olemme mallintaneet kuntoutuskurssia työkäytäntönä – kuntoutumisen, arvioimisen ja yli-sektoriaalisen yhteistyön kehittämisprojektina – sekä avanneet asiakaslähtöisyyttä seitsemän (kuntoutuspolku, palveluverkosto, tietodiskurssi, rajatyö, ääni, valinta ja osallisuus) teoreettis-metodologisen käsitteen avulla. Nämä käsitteet valikoituivat asiakaslähtöisyyden kannalta olennaisiksi käydessämme vuoropuhelua tutkimuskirjallisuuden ja aineiston kanssa. Näkökulmavalintamme ei ole kaiken kattava ja toisiakin käsitteitä olisimme voineet hyödyntää, kuten aktiivisen kansalaisen, kumppanuuden ja huolenpidon käsitteitä. Arvioimme kuitenkin, että valittujen käsitteiden avulla pääsimme tavoitteeseemme. Tavoitteena oli ”hajottaa” asiakaslähtöisyyttä osiin, jotta näkisimme ja ymmärtäisimme paremmin mistä siinä lopulta on kyse ja mihin tämä jo kliseinenkin käsite viittaa. Johtopäätöksissä kokoamme näistä asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista syntyneen ymmärryksen yhdeksi kokonaisuudeksi. Tämän teemme tarkastelemalla asiakaslähtöisyyttä kokonaisvaltaisena työorientaationa, joka haastaa edelleen kehittämään mielenterveystyötä monella tasolla.

Tutkimusraporttimme on ajan kuva. Se jatkaa asiakaslähtöisyydestä käytävää poliittista, hallinnollista, tutkimuksellista, ammatillista ja kokemusasiantuntijuuteen perustuvaa keskustelua. Tässä luvussa etsimme raportin ja ajankohtaisen poliittis-hallinnollisen asiakaslähtöisyyskeskustelun välisiä kiinnekohtia **ja kysymme mihin suuntaan mielenterveystyön käytäntöjä ollaan viemässä?** Tutkimuksen onnistuminen ja sen hyödyntäminen ovat sidoksissa moniin reunaehtoihin ja rajoituksiin, joten lopuksi palaamme vielä tutkimusprosessin ja siirrettävyyden arvioimiseen.

11 Asiakslähtöisyys haastaa työkäytäntöjä monella tasolla

Kuntoutuskurssin työkäytäntöjen mallinnus teki näkyväksi sen, että intensiivinen toimintatapa parantaa vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastavan toimintakykyä, toimintakyvyn arviointia ja jatkokuntoutuksen suunnittelua. Kuntoutuskurssin haasteeksi muodostui työn laaja-alaisuus: samaan aikaan tehtiin ja kehitettiin arviointi-, kuntoutus- ja yhteistyötä. Kuntoutuskurssille asetettujen vaativien järjestelmätason tavoitteiden laajamittaisempi toteutuminen olisi edellyttänyt pidempää aikaa ja laajapohjaisempaa suunnittelu- ja kehittämistyötä, eikä tehtävä olisi ollut sittenkään helppo toteuttajilleen. Kuntoutuskurssi toi hyvin esille sen, mitä kuntoutuminen edellyttää yksilöltä, omaisilta, ammattilaisilta, lähiyhteisöltä ja palvelujärjestelmän toimivuudelta.

Haastatteluissa kurssilaiset kuvasivat, miten kurssilla toisten kanssa oleminen ja yhdessä tekeminen kuntouttaa, ja kuinka tärkeää oli se, että kurssilla sai yksilöllistä aikaa ja tilaa. Erityisen tärkeinä kurssilaiset pitivät julkisilla paikoilla liikkumis- ja asiointiharjoituksia, yhteiskuntaan osallistumista. Kun kuntoutuskurssilla luotua mallia sovelletaan ja kehitetään, niin on hyvä tietoisemmin kiinnittää huomiota kuntoutumisen yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntanäkökohtiin. Sairastaminen ja kuntoutuminen tapahtuvat vuorovaikutuksessa ja tietystä ympäristöstä. Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi se, miten kuntoutuskurssin kaltainen interventio kantaa pidemmällä aikavälillä, mitä lopulta jäi kurssilta kunkin kurssilaisen ”reppuun” vietäväksi ja sovellettavaksi omaan arkeen? Se voidaan sanoa, että intensiivisellä paneutumisella saatiin kolmessa kuukaudessa aikaan merkittäviä muutoksia kurssilaisten voinnissa ja elämäntilanteessa.

Alle olemme tiivistäneet ”Asiakslähtöisen työorientaation” ulottuvuudet. Ulottuvuuksia ja niihin liittyviä kehittämispohdintoja olemme käsitelleet edellisissä luvuissa, joten jatkossa nostamme esiin vain (kriittisiä) jatkotutkimushavaintoja. **Asiakslähtöisyyden vaade** haastaa ja muuttaa mielenterveystyön käytäntöjä monesta suunnasta. Kyseessä on asiakkaan ja ammattilaisten jatkuva oppimisprosessi, jossa tavoitellaan **mielenterveystyön kulttuurin muuttumista ”yhdessä tekemiseksi”** – ja tässä tavoitteessa tuskin me ihmiset koskaan tulemme täysin oppineiksi.

Asiakaslähtöinen työorientaatio merkitsee asiakkaana olemisen kriittistä tarkastelua:

- *Järjestelmäulottuvuudella:* yli-sektoriaalisten palveluverkostojen ja kuntoutuspolkujen tarkoituksenmukaisuus ja selkeys asiakkaalle/yhdistyökumppaneille
- *Tiedon ja asiantuntijuuden ulottuvuudella:* tietodiskurssien, eri asiantuntijuuksien ja rajakiistojen vaikutukset asiakkaana olemiseen ja avun saamiseen
- *Raportoinnin, arvioinnin, kirjaamisen ja dokumentoinnin ulottuvuudella:* eri äänien lainaamisen reflektointi ja asiakkaan mukanaolo arviointi- ja kirjaamisprosessissa
- *Asiakas- ja työntekijäkohtaamisen ulottuvuudella:* asiakkaan tuettu/itsenäinen toimijuus ja arvostettu asema arviointi-, valinta-, päätöksenteko ja pakkotilanteissa
- *Kokemuksellinen ulottuvuus:* asiakkaan kertomuksen ja elämän kunnioittaminen ja siitä arvioiden tekeminen asiakasta kunnioittavalla tavalla
- *Tutkimuksellinen ulottuvuus* asiakkaiden mukaan ottaminen tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja hyödyntämiseen

Tutkimusraportissa jäsenetään järjestelmäulottuvuutta palveluverkostojen ja kuntoutuspolkujen näkökulmasta. Siinä otetaan melko annettuna se, että asiakkaat kulkevat kuntoutuspolkua pitkin. Kuitenkin törmäsimme moniin kysymyksiin, joita on tarpeen tarkastella jatkossa tarkemmin. Pohdimme muun muassa sitä, kuinka suunnitelmallisia kuntoutuspolut lopulta ovat. Missä määrin on kyse sattumanvaraisista siirtymistä palveluista toiseen? Ovatko tyyppipolut pikemminkin tutkijan tekemiä suunnitelmallisuuden konstruktioita kuin kuvauksia suunnitelmallisesta mielenterveystyöstä? Kenen suunnitelmasta lopulta on kysymys asiakkaan vai ammattilaisen? Miten tavoitteellista asiakkaan tai kenenkään elämän lopulta on/tulisikaan olla? Missä määrin kuntoutuspolku ilmentää asiakkaan toiveita ja tarpeita, ja missä määrin kunnan olemassa olevaa palveluvalikoimaa ja resursseja?

Kuntoutuspolun ajatus korostaa eteenpäin kulkemista kohti tilannetta, jossa ihminen pärjää mahdollisimman itsenäisesti, parhaassa tapauksessa ilman palvelujärjestelmän tukea. Moni vakavaa psykoositasoista mielen sairautta sairastava kulkeekin jatkuvasti kuntoutumis- ja asumisyksiköstä toiseen. He myös usein elävät epävarmuudessa tietämättä, kuinka pitkään hoito, kuntoutus ja asuminen kussakin yksikössä kestävät. Jäimme pohtimaan mistä lopulta on kyse, kun ihmiset kiertävät palveluverkostossa auttamisinstituutiosta toiseen. Näyttää siltä, että toisinaan tämä liikkuminen on kuntoutumisen näkökulmasta perusteltua siirtymistä intensiivisestä tuesta kevyempään tai päinvastoin, mutta ei aina. Palveluverkostossa liikkuminen saattaa kertoa asiakkaan toipumisesta ja paremmasta selviytymisestä, mutta ei välttämättä. Toisinaan tästä kertoo pitkäaikainen asiakkuus ja kiinnittyminen samoihin palveluihin. Palveluverkostoja

ja yli-sektoriaalista yhteistyötä on syytä kehittää jatkossa keskittyen erityisesti analysoimaan palveluista toiseen siirtymisen taustalla olevia tekijöitä, jotta välttyttäisiin asiakkaan edunvastaisesta liikkumisesta/siirtelystä palvelusta toiseen tai kokonaan palveluiden ulkopuolelle. Samalla kun kehitetään itsenäiseen selviytymiseen ja asumiseen tähtäävää kuntoutusta, tulisi tunnistaa ja hyväksyä elämänmittaiset pitkäaikaissairaudet ja tuen tarpeet.

Asiakaslähtöisyys haastaa mielenterveystyön tieto- ja valtakäsityksiä. Olennaista on tilannekohtaisesti kysyä, mikä on asiakkaan kokemuksellisen tiedon painoarvo, kun kuntoutusprosessia hallitaan, sairauden itsehoitoa opetetaan, palveluja valitaan, etuuk-sia myönnetään, mielenterveystyötä tutkitaan, kuntoutumistuloksia ja laatua mitataan. Raportissa osoitetaan, kuinka asiakkaan ääni välillä kuuluu ja välillä ei, miten hänet kohdataan yhdessä hetkessä toimijana ja toisessa taas toiminnan kohteena. Mielenterveystyön kehittäminen yhdessä tekemiseksi edellyttää erilaisten tietämisen tapojen sekä passiivinen/aktiivinen toimijuusasetelmien tiedostamista asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisissa, ja näitä kohtaamisia kirjatessa.

Asiakaslähtöisyydessä ammatillinen haaste kulminoituu kommunikaatioesteiden ylittämiseen ja vuoropuhelun aikaansaamiseen mielenterveystyön eri osapuolien kanssa. On esimerkiksi tilanteita, joissa asiakas tarvitsee jaettua osallisuutta eli tukea näkemystensä ilmaisemisessa ja asioidensa ajamisessa. Olemmeko aidosti kiinnostuneita kuulemaan vakavaa mielen sairautta sairastavien elämänkohtaloista, arjen ongelmista, voimavaroista ja toiveista? Lopulta asiakaslähtöisyys palautuu asiakkaan arvostamiseen ja kunnioittamiseen kuormittavassa elämäntilanteessa. Arvostus, kunnioitus ja luottamus ovat yhdessä tekemisen edellytys ja lopputulos. Olennaista on aito kiinnostus asiakkaan elämää kohtaa sekä halu nähdä ja kuulla asiat siten kun ne merkityksellistyvät asiakkaalle. Kokemusasiantuntija Hannu Pälvirannan sanoin: ”On olemassa kolme keskeistä kysymystä: mitä on hyvä kuntoutus? millaista kuntoutusta asiakas haluaa? haluammeko kuntouttaa asiakasta?” Asiakaslähtöinen kuntoutuminen edellyttää asiakkaalta tahtoa ja toiveita sekä ammattilaiselta kykyä kunnioittaa asiakkaan tahtotilaa – usein myös kykyä auttaa asiakasta löytämään ja ylläpitämään tahtonsa. Asiakaslähtöisyyskeskustelu avaa parhaimmillaan tietä sille, että tulevaisuudessa vakavaa mielen sairautta sairastavien tahtotila ja ääni kuuluu yhä selkeämmin myös palveluiden suunnittelussa, kehittämisessä ja tutkimuksessa.

12 Tutkimus osallistuu ajankohtaiseen kehittämistyöhön ja keskusteluun

Asiakkaan ottaminen analyysin kohteeksi avaa vahvasti sosiaalityön eettisiä kysymyksenasetteluja ja työssä edellytettyä arvo-osaamista. Tässä tavanomainen palvelujen tavoitteita ilmaiseva puhetapa ei ole riittävä, vaan on tunkeuduttava tavoiteretoriikan taakse ja pohdittava todellista ihmisen kohtaamisen toteutumista ja reunaehtoja. Kysymys ei ole pelkästään kahden henkilön, työntekijän ja asiakkaan, kaupasta, sillä suhteeseen kytkeytyvät niin historiallisesti vaikuttavat ajattelumallit, ideologiat kuin kulloinkin vallitseva yhteiskunnallinen järjestys ja palveluita koskevat poliittiset suhdanteet. Asiakastilanteeseen kietoutuvat moninaisten ja monikerroksisten suhteiden kirjo, mitä ei aina tulla havainneeksi. (Pohjola 2010, 19–20)

Mielenterveystyön asiakkuus on suuren poliittis-hallinnollisen mielenkiinnon kohteena. Erilaisilla kansallisilla strategioilla, suunnitelmilla, työryhmäraporteilla ja lainsäädännöllä pyritään vaikuttamaan siihen, kuinka asiakkuus ymmärretään, kuinka asiakas kohdataan ja millaisia sosiaali- ja terveystalvveluja on kunnissa saatavilla. Kuten Anneli Pohjola yllä toteaa: asiakas ja työntekijäsuhteeseen kietoutuvat yhteiskunnalliset ajattelumallit ja muutostrendit.

Lainsäädäntö määrittää ne perusteet, rajat ja normit, joiden puitteissa asiakas ja työntekijä kohtaavat mielenterveystyössä. 1990-luvulta lähtien on lainsäädännössä vahvistettu asiakkaan asemaa, itsemääräämisoikeutta sekä oikeutta asiakaslähtöisiin sosiaali- ja terveystalvveluihin. Tätä työtä jatketaan edelleen esimerkiksi uudessa terveydenhuoltolaissa sekä uudistettaessa sosiaalihuollon lainsäädäntöä (Sosiaali- ja terveystministeriö 2012a). Mielenterveystyön kannalta keskeinen säädösperusta on mielenterveystalvveluissa (1990/1116). Tahdosta riippumattoman hoidon säädökset konkretisoivat kurssilaistenkin kuntoutuspolullaan kohtaamia vallankäytön muotoja ja niiden perusteluja. Mielenterveystalvvelu (1990/1116) antaa mahdollisuuden perustelluissa tilanteissa rajoittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta esimerkiksi säätelemällä liikku- misvapautta ja käyttämällä eristystä. Tahdosta riippumattomassa hoidossa asiakkaan asemaa toimenpiteiden kohteena kuvastaa lain muotoilu ”ennen hoitoon määräämistä on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide” (Mielenterveystalvvelu 1990/1116, 11§). Laki keskittyy itsemääräämisoikeuksien rajoittamisen sääntelyyn ja mielenterveystyön valvontaan. Ainoastaan mielenterveystalvvelun 22b§ asettaa lähtökohdaksi yhdessä tekemi-

sen: ”Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.”

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) ilmentää jo vahvemmin asiakaslähtöisyyskeskustelun henkeä korostaen ihmisarvon kunnioittamista, asiakkaan toivomusten, mielipiteen, edun ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Tosin tähän velvoittaa myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ammattieettinen koodisto. Kiinnostavaa on, että 2000-luvulla ihmisten hyvä kohtelu on nähty tarpeelliseksi varmistaa lainsäädännöllä, eikä siten enää luoteta ammattietiikan velvoittavuuteen ja voimaan ohjata työkäytäntöjä asiakaslähtöisiksi. Tutkimusraporttimme valossa vakavaa mielen sairautta sairastavien olisi helpompi osallistua ja toimia aktiivisesti, mikäli nykyistä perusteellisemmin varmistettaisiin, että sosiaalihuollon henkilöstö selvittäisi asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset, joilla on merkitystä hänen asiassaan, lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista edellyttämällä tavalla ja siten, että asiakas ne ymmärtää (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812, 5 §).

Asiakaslähtöiseen kehittämistyöhön on antanut suuntaviittoa muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys ”Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.” Siinä yhdeksi pääteemaksi on valittu asiakkaan asema. Asiakkaan osallisuuden kannalta työryhmän linjaus siitä, että ”kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin” on tärkeä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.) Lisäksi työryhmän vaatimus mielenterveysasiakkaiden yhdenvertaisuudesta muiden asiakasryhmien kanssa purkaa mielen ja somaattisten sairauksien hierarkkista jakoa vahvistaen mielen sairauksia sairastavien asemaa yhteiskunnassa sekä etuus- ja palvelujärjestelmässä. Tutkimusraportin valossa myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan kirjattu maininta siitä, että ”toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa” on tervetullut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ajaa mielenterveystyön kentälle yhdessä tekemisen velvoitetta ja rakenteita: ”Selkeä velvoite laaja-alaisesta ja monisektoriaalisesta yhteistyöstä sekä asiakkaan ja hänen läheistensä osallistamisesta tulee sisällyttää hoito- ja kuntoutussuunnitelmista valmisteltavaan säännökseen” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 25). Selvityksessä tunnistetaan asiantuntijavallan riskit, kun mainitaan, että ”Asiantuntijuutta varotaan käyttämästä yksilön osallistumisoikeuksien kaventamiseen” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 24).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) toimeenpanosta. Sen laatimassa seurantaraportissa (Partanen ym. 2009) muistutetaan, kuten tässäkin tutkimusraportissa tehdään, mielenterveystyön perustumisesta kohtaamisiin, joissa lopulta mitataan palvelujärjestelmän toimivuus sekä asiakkaan ja työntekijän kannalta:

Järjestelmämuutosten aikana on syytä pitää keskeisenä mielessä kaksi asiaa. Potilaat sekä heidän omaisensa ovat olemassa omine yksilöllisine palvelutarpeineen, ja ammattilaiset kohtaavat heitä työssään. Mieli-suunnitelman mukanaan tuoman mahdollisen lisäarvon tulee näkyä ja kuulua tässä kohtaamisessa. Hyvistä kohtaamisista muodostuu hyvä palvelujärjestelmä. Hyvin toimiva palvelujärjestelmä – mukaan lukien ennaltaehkäisevä työ – ei ole itsestään selvyyys. (Partanen ym. 2009, 3)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee toimeenpanosuunnitelmassaan (Wahlbeck ym. 2010) asiakkaan asemaa koskevan avainteman seuraavasti:

Asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän ja palvelutuotannon keskeisenä toimijana. Potilas/asiakas on terveydenhuoltojärjestelmän keskeinen toimija. Kehittämisen lähtökohtana tulee olla hänen tarpeensa. Kaikessa kehittämistyössä tulee hyödyntää asiakkaan asiantuntemusta. (Wahlbeck ym. 2010, 21)

Toimeenpanosuunnitelma nostaa esille myös asiakkaan aseman vahvistamiseen tähtäävät kaksi kärkihanketta: 1) vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistamisen palvelujärjestelmän kehittämisessä, 2) valtakunnallisen pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävän ohjelman (Wahlbeck ym. 2010). Lisäksi suunnitelmassa tähdennetään yhden oven ja matalan kynnyksen periaatetta palveluiden järjestämisessä sekä esitetään toimia mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden ja stigma-kokemusten vähentämiseksi (Wahlbeck ym. 2010; ks. myös Moring 2009, 66–68). Yllä kuvatuissa suunnitelma- ja toimeenpanoteksteissä asiakkaalle annetaan osallisen ja tasa-arvoisen kansalaisen asema, jolla on oikeus päästä helposti palveluiden piiriin ja olla mukana niiden kehittämisessä. **Asiakaslähtöisyyteen** liitetään tärkeällä tavalla myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen viimeiseen asti.

Sen sijaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) ja siihen liittyvissä toimeenpanodokumenteissa ei käytetä käsitettä valinta tai valinnanmahdollisuus, eikä asiakkaalle määritellä selkeästi valitsijan tai päätöksentekijän asemaa. Valinnanvapauden avaamisessa sosiaali- ja terveyspalveluissa ollaan varovaisella, selvitysten tekemisen linjalla. Kuten sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista koskevassa muistiossa (2012a, 79) todetaan, asiakkaan valinnanmahdollisuutta säädellään lähinnä palvelusetelilaissa ja ”yleisellä tasolla valinnanvapaus osana sosiaalihuoltoa on ymmärretty ennen muuta osallisuutena, asiakkaan aitona mahdollisuutena vaikuttaa omaan asiaansa sekä laajemmin myös palvelujen kehittämiseen ja suunnitteluun”. Tulevaisuudessa palveluiden räätälöinnin ja valinnanvapauden kysymykset edellyttävät kuitenkin laajaa selvittämistä ja pohdintaa lainsäädäntötyön ja mielenterveystyön työkäytäntöjen pohjaksi. Tätä poh-

dintatyötä on jo tehty sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmässä (Sosiaali- ja terveysministeriön 2012a, 92, 198).

Työryhmän alajaoston mukaan valinnanvapaudessa tulisi erottaa toisistaan osallisuus ja vaikuttaminen omassa asiassa, mahdollisuus vaikuttaa palvelujen kehittämiseen sekä varsinaiset valinnanvapautta koskevat tilanteet, kuten oikeus valita kunta, toimipiste, työntekijä tai palvelumuoto. Esityksessä on tässä vaiheessa korostettu asiakkaan osallisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Jatkovalmistelussa, sekä terveydenhuoltolain ja järjestämislain valmistelussa tehtävässä yhteensovittamisessa, tulisi arvioida mahdollisuuksia avata asiakkaan valinnanmahdollisuuksia myös esimerkiksi kuntaa tai toimipistettä koskien. (Sosiaali- ja terveysministeriön 2012a, 92)

Tutkimusraporttia tehdessä törmäsimme valinnan tekemisen ja dialogisen päätöksenteon monimutkaisuuteen, mutta myös siihen, miten suuri merkitys sillä on asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisessa, kuntoutumisessa ja elämänhallinnan säilymisessä.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) linkittyy muihin samanaikaisiin mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviin kansallisiin kehittämishankkeisiin. Näitä ovat muun muassa Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma, Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste) ja Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (Wahlbeck ym. 2010). Kaste-ohjelmaa on liki mahdoton ohittaa tutkittaessa tämän päivän mielenterveystyön käytäntöjä, joskin ”mammuttimaisuudessaan” ohjelmaa ei ole helppo ottaa haltuun. Kaste-ohjelmakauden (2012–2015) tavoitteena on, että ”sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Näkökulma on asiakaslähtöisyyden järjestelmäulottuvuudessa sekä laajemmin kansalaisten osallisuusmahdollisuuksissa. Ohjelmassa nostetaan esille se, että:

Väestön ja asiakkaiden näkökulmasta palvelujen laadussa, vaikuttavuudessa, saatavuudessa ja saavutettavuudessa on ongelmia ja suurta alueellista vaihtelua. Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä terveyskeskusten palveluissa on kehitettävää. Ihmisten osallistumista omien palveluidensa suunnitteluun tulee vahvistaa. Uudenlaiset asiakkuudet haastavat myös palvelut uudistumaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b)

Tutkimuksessa havaitsimme, miten kurssilaisen asuinpaikalla ja kotikunnalla on suuri merkitys kuntoutuspolun rakentumisessa. Kuntoutuspoluissa on kyse tietyllä alueella, paikallisessa palvelujärjestelmässä ja kunnan resursseilla mahdollistuvasta tuki- ja asumispalvelukokonaisuudesta. Kunnalla ja kuntatoimijoiden teoilla on asiakkaille merkitystä, sillä usein he ovat monella tavoin riippuvaisia julkisista resursseista. Siten

kuntatason suunnittelu-, strategia- ja päätöksentekotyö on yhä keskeisemmässä asemassa määriteltäessä niitä mahdollisuuksia, joita asiakkaalla ja työntekijällä on tietyssä kunnassa mielenterveyden edistämiseksi ja turvaamiseksi. Arjen mielenterveystyössä asiakkaan tarpeiden ja paikallisen palvelujärjestelmän resurssien yhteensovittaminen on vaativaa neuvottelu- ja rajatyötä.

Kansalliset poliittis-hallinnolliset kehittämissasiakirjat ja lainsäädäntö vahvistavat yksisuuntaisesti mielenterveysasiakkaan asemaa ja itsemääräämisoikeutta, korostavat hyvää kohtelua ja palveluiden räätälöintiä lähtien asiakkaiden tarpeista. Yhtä aikaa asiakaslähtöisyyden kanssa korostetaan palveluiden kustannustehokkuutta. Asiakaskirjat synnyttävät kasvavaa tarvetta tutkimukselle, jossa edellä mainittuja tavoitteita avataan ja niille luodaan sisältöjä asiakkaan ja ammattilaisten arkisten kohtaamisten ja palvelukokemusten valossa. Viime kädessä palvelujärjestelmän asiakkaat, heidän läheisensä ja ammattilaiset antavat sisältöjä asiakaslähtöisyydelle kustannustehokkuuden raameissa. Olemme tutkimusraportissa osaltamme vastanneet tähän tarpeeseen tutkia arjen käytäntöjä, mutta paljon lisää tutkimusta tarvitaan siitä, mitä kansalliset ja paikalliset ajattelutavan muutokset tarkoittavat arkisessa mielenterveystyössä asiakkaiden turvallisuuden, osallisuuden, toipumisen ja selviytymisen sekä ammattilaisten työn tekemisen ehtojen kannalta.

13 Tutkimuksen onnistumisen ja siirrettävyyden arviointia

Tutkimusraporttimme lopuksi on paikallaan pohtia, miten työssämme onnistuimme ja miltä osin tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä ajatellen vakavaa mielen sairautta sairastavien kuntoutumista ja asemaa palvelujärjestelmässä. Asetimme tutkimuksen alussa neljä kunnianhimoista tavoitetta (ks. luku 1), joihin jokainen pienoistutkimus (ks. tutkimusraportin osa III) vastaa rajatusta näkökulmasta. Pienoistutkimuksien lopussa esitetyt kehittämispohdinnat tuottavat suuntaviittoja mielenterveyskuntoutuksen kehittämiseksi ja vakavaa mielen sairautta sairastavan aseman ja asiantuntijuuden vahvistamiseen mielenterveystyössä (tavoitteet 2 ja 3). Kysymykseen miten skitsofreniaa sairastava tulee nähdäksi ja kuulluksi oman kuntoutuksensa asiantuntijana (tavoite 1), on vaikea antaa yksiselitteistä vastausta. Havaitsimme paljon arjen tilanteita, joissa asiakas kohdataan ja häntä kuullaan, mutta yhtäläillä myös tilanteita, joissa puhe-, suostuttelu- ja päätösvaltaa käyttävät asiantuntija-ammattilaiset, raha, institutioiden tavoitteet ja rajat. Asiakkaan ääni on vain yksi, historiallisesti katsottuna vaiennettu ääni mielenterveystyössä, jolloin haasteena on kuulla ja sovittaa yhteen osapuolien erivahvuiset äänet, jotta yhdessä tekeminen todentuu.

Alussa esitettyjen tavoitteiden lisäksi päädyimme tutkimuksen kuluessa kuntoutuskurssin prosessin ja työkäytäntöjen tarkkaan kuvaamiseen sekä asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien (kuntoutuspolku, tietodiskurssi, rajatyö, ääni, valinta ja osallisuus) tarkastelemiseen asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisissa, haastatteluissa ja asiakirjoissa. Asiakaslähtöisyyden käsite osoittautui moniulotteiseksi. Sitä oli avattava tarkemmin, jotta pääsimme tutkimuksessa eteenpäin ja yleistä tavoiteretoriikkaa syvemmälle. Tämä käsiteanalyttinen työ toivottavasti selkeyttää asiakaslähtöisyyteen liitettäviä monia merkityksellistämistapoja.

Tutkimus on täyttänyt tehtävänsä, mikäli se auttaa asiakkaita, ammattilaisia ja päättäjiä jäsentämään sitä, mistä asiakaslähtöisyydessä on kyse, mitä sen toteutumisen edellyttää ja mitkä tekijät sitä estävät erilaisissa asiakkuuksissa ja asiakastilanteissa. Tutkimusraportti puoltaa paikkaansa, mikäli se avaa näkemään sen, että mielenterveystyössä toimitaan jo nyt asiakaslähtöisesti, mutta yhdessä toimimisen kulttuuria, asiakkaan toimijuuden vahvistamista ei ole helppoa tai aina mahdollista saada aikaan. Asiakaslähtöisyys edellyttää jatkuvaa eettistä reflektiota ja yhteistyötapojen kriittistä tarkastelua. Usein asiakaslähtöisyyden edistämisessä törmätään juuri kommunikaatio-

ongelmiin sekä organisaation kulttuurisiin ja taloudellisiin reunaehdoin. Olennainen kysymys on, millainen painoarvo yhteiskunnallisesti annetaan asiakkaan tiedolle, toiveille ja näkemyksille suhteessa asiantuntijatietoon. Miten osaamme ja haluammeko kuulla, kohdata ja arvostaa toista – jakaa asiantuntijuutta?

Tutkimusraportti mallintaa ja nostaa esille kriittisiä tekijöitä, joita tulee huomioida kun mielenterveystyössä edelleen vahvistetaan asiakaslähtöistä työorientaatiota (tavoite 4). Tutkimusraportin osa II, kuntoutuskurssin tarkka kuvaaminen (mallintaminen) antaa toivottavasti eväitä ja suuntaviittoja seuraavien kuntoutuskurssien ja kuntoutumista tukevien työkäytäntöjen kehittämiseen. Kuntoutuskurssin toiminta-ajatusta ja työmuotoja pystyy hyödyntämään monissa erilaisissa mielenterveystyön ympäristöissä. Kuntoutuskurssi antaa suuntaa sellaisen kuntoutumismallin kehittämiseksi, jossa keskeistä on yksilöllinen kohtaaminen, paneutuminen, tiedon jakaminen, intensiivinen kurssi- ja päiväohjelma, yksilö- ja ryhmäharjoitukset sekä arviointitiedon tuottaminen ja yli-sektoriaalinen jatkokuntoutuksen suunnittelu.

Paikallisen vakavaa mielen sairautta sairastavan palveluverkoston kuvaaminen (ks. luku 5.1) konkretisoi mielenterveystyötä tekevien toimijoiden suurta määrää ja sitä, että usein asiakkaalla on asiakkuuksia moniin eri yksiköihin ja organisaatioihin. Tämä lisää yhteistyön, tiedonkulun ja asiakkaan informoimisen haasteita. Toivomme, että palveluverkosto- ja tyyppipolkukuvaukset innostavat vastaavien kuvauksien rakentamiseen eri asiakkaiden ja asiakasryhmien kanssa sekä erilaisissa paikallisissa palvelujärjestelmissä. Kuvaukset antavat pohjaa arvioida alueellisia palveluaukkoja ja mahdollisia päällekkäisyyksiä. Osalla kurssilaisista oli omassa kunnassa paljon erilaisia asumis-, tuki- ja työtoimintavaihtoehtoja, kun taas osalla omassa kunnassa oli tarjolla hyvin vähän palveluita. Kurssilaiset korostivat erityisesti asumispalveluiden sekä päivä- ja työtoimintavaihtoehtojen tärkeyttä. Suurin huoli heillä liittyi siihen, miten selviytyä asumisesta ja yksinäisyydestä kurssin jälkeen. Parhaimmillaan palvelupolkukuvauksien tekeminen yhdessä asiakkaiden kanssa auttaisi myös yksittäistä asiakasta jäsentämään sitä, missä kaikissa palveluissa hän on ollut elämänsä aikana mukana, miksi hän on mahdollisesti siirtynyt palvelusta toiseen ja onko hänen kuntoutumisaikansa mukana liikaa vai liian vähän toimijoita.

Vaikka kuntoutuskurssi oli erityinen tapaus, niin tutkimusraportissa esitetyt pohdinnat ovat hyödynnettävissä muissakin mielenterveystyön tekemisen paikoissa. Nähdäksemme asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden valitseminen tutkimuskohteeksi nostaa tutkimuksen arvoa pohdittaessa kontekstissa A tuotettujen tulosten siirrettävyyttä kontekstiin B. Kuntoutuskurssilla törmättiin esimerkiksi tiedontuottamisen ja asiantuntijuuksien yhteensovittamisen kysymyksiin. Tämä kysymys on yhä relevantimpi monissa mielenterveystyön konteksteissa, kun tilaaja-tuottaja-toimintatapojen ja asiakkaan aseman vahvistamisen vanavedessä kehitetään asiakaskyselyjä, laadun ja vaikuttavuuden mittareita sekä edellytetään lausuntoja asiakkaan ongelmatilanteen toteamiseksi ja palvelutarpeen oikeuttamiseksi.

Toiminta- ja ajattelutapojen siirtäminen on monimutkainen ja aikaa vievä prosessi. Tutkimusraportti voi lähinnä antaa käsitteellisiä välineitä jäsentää sitä, mitä arjen mielenterveystyössä tehdään. Siten se auttaa ottamaan etäisyyttä työntekijänä ja asiakkaana olemiseen, näkemään toisin tekemisen tarpeet ja mahdollisuudet. Viimekädessä lukijat – asiakkaat, ammattilaiset, opiskelijat ja päättäjät – ratkaisevat mikä on tutkimuksemme siirrettävyyden arvo ja vaikutus käytäntöjä kehitettäessä. Tutkimustulokset toimivat nähdäksemme parhaiten keskustelun herättäjinä. Esimerkiksi tutkimusraportin sisällöstä keskustelimme sekä tutkimuskohteena olevan kurssin että sitä organisoivan järjestön työntekijöiden kanssa ennen sen julkaisemista. Hankkeen aikana on järjestetty muitakin tilaisuuksia, joissa tutkijat ja kurssin työntekijät ovat analysoineet yhdessä tutkimusaineistoja ja keskustelleet artikkelikäsitteistä.

Tehty tutkimustyö näkyy Tampereen yliopiston sosiaalityön opetuksessa oppisisältöinä. Lisäksi olemme esitelleet tutkimustuloksia useilla ammatillisilla ja tieteellisillä foorumeilla. Tämä työ jatkuu edelleen. Tutkimusraportin teemoista on työstetty artikkelikäsitteitä ja tullaan työstämään pitkään hankkeen päättymisen jälkeenkin. Tämän mahdollistaa se, että mielenterveystyön käytäntöjen ja asiakaslähtöisyyden tutkimus jatkuu Suomen Akatemian rahoittamissa kahdessa tutkimushankkeessa. Vaikka yksi tutkimushanke, ja kiinnostava ajanjakso nyt päättyy, työ jatkuu. Kun tutkimuksen keskeisinä teemoina ovat olleet vakava mielen sairaus ja siihen liittyvät tuen tarpeet, monitoimijainen palvelujärjestelmä, asiakkaiden palvelupolut ja asiakaslähtöisyys, ollaan alueilla, joilla on mahdollista saavuttaa yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Tätä vaikuttavuutta on kuitenkin vielä liian aikaista arvioida. Varmaa on kuitenkin se, että vaativa, arjessa tapahtuva mielenterveystyö ja asiakkaiden kokemukset ansaitsevat tulla nähtyiksi, kuulluiksi ja tutkituksi jatkossakin.

Kirjallisuus

- Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, Davina (2000) Doing Occupational Demarcation: the "Boundary Work" of Nurse Managers in a District General Hospital. *Journal of Contemporary Ethnography* 29:3, 326–356.
- Allen, Davina (2009) From Boundary Concept to Boundary Object: The Practice and Politics of Care Pathway Development. *Social Science and Medicine* 69, 354–361.
- D'Amour, Danielle & Ferrada-Videla, Marcela & Rodriguez, Leticia San Martin & Beaulieu, Marie-Dominique (2005) The Conceptual Basis of Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 1, 116–131.
- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Valokivi, Heli (2012) Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anneli Anttonen & Arto Haveri & Juhani Lehto & Hannele Palukka (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, 19–46.
- Awad, A. George & Voruganti, Lakshmi N. P (2008) The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics* 26:2, 149–162.
- Bakhtin, Mihail (1984) *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bassman, Ronald (1997) The Mental Health System: Experiences from Both Sides of the Locked Doors. *Professional Psychology: Research and Practice* 28, 238–242.
- Benjamin A. E & Fennell, Mary L. (2007) Putting the Consumer First: An Introduction and Overview. *Health Service Research* 42, 353–361.
- Button, Graham (1991) Introduction: Ethnomethodology and the Foundational Respecification of Human Sciences. Teoksessa Graham Button (toim.) *Ethnomethodology and Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1–9.
- Cahill, Jo (1998) Patient Participation – a Review of the Literature. *Journal of the Clinical Nursing* 7:2, 119–128.

- Carter, Simon (1995) *Boundaries of Danger and Uncertainty: An Analysis of the Technological Culture of Risk Assessment*. Teoksessa Gabe Jonathan (toim.) *Medicine, Health and Risk*. Oxford: Basil Blackwell.
- Clarke, John (2005) New Labour Citizens: Activated, Empowered, Responsibilized, Abandoned? *Critical Social Policy* 25: 4, 447–463.
- Cook, Judith A. & Jonikas, Jessica A. (2000) Self-Determination among Mental Health Consumers/Survivors. Lessons from the Past to Guide the Future. *Journal of Disability Policy Studies* 13:2, 87–95.
- Davidson, Larry & Haglund, Karl E. & Steiner, David A. & Rakfeldt, Jaak & Chinman, Matthew J. & Tebes, Jacob Kraemer (2001) “It was Just Realizing.. That Life Isn’t One Big Horror”: A Qualitative Study of Supported Socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24:3, 275–292.
- Donmoyer, Robert (2000) Generalizability and Single-Case Study. Teoksessa Roger Gomm & Martyn Hammsley & Peter Foster (toim.) *Case Study Method. Key Issues, Key Texts*. London & Thousand Oak & New Delhi: Sage, 45–68.
- Erikoissairaanhoidot 1989/1062
- Evans J. & Repper J. (2000) Employment, Social Inclusion and Mental Health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7:1, 15–24.
- Farone, Diane Weis (2006) Schizophrenia, Community Integration, and Recovery: Implications for Social Work Practice. *Social Work in Mental Health* 4:4, 21–36.
- Fotaki, Marianna (2009) Are All Consumers the Same? Choice in Health, Social Care and Education in England and Elsewhere. *Public Money and Management* 29:2, 87–94.
- Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity.
- Garfinkel, Harold (1974) The Origins of the Term ‘Ethnomethodology’. Teoksessa Roy Turner (toim.) *Ethnomethodology: Selected Readings*. Harmondsworth: Penguin Education, 15–18.
- Gieryn, Thomas F. (1983) Boundary Work and the Demarcation of Science from Non-science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review* 48, 781–795.
- Gieryn, Thomas F. (1999) *Cultural Boundaries of Science: Credibility on the Line*. Chicago: University of Chicago Press.
- Glendinning, Caroline (2008) Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England. *Social Policy and Administration* 42:5, 451–469.
- Green, David (2007) Risk and Social Work Practice. *Australian Social Work* 60:4, 395–409.
- Greener, Ian (2008) Choice and Voice - A Review. *Social Policy and Society* 7:2, 255–265.
- Günther, Kirsi (2012) Asiakassuunnitelmien ammatilliset kehukset. Mielenterveyskuntoutus asiakassuunnitelmien kuvaamana. *Janus* 20:1, 15–31.

- Günther, Kirsi (käsikirjoitus) Arvioinnin äänet loppulausunnoissa – asiakkaan tulevaisuuden kehitystehtävät.
- Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi (2012) Mielenterveyskuntoutusta avoimen ja yksityiskohtaisen suunnitelmalomakkeen ohjaamana. Teoksessa Vesa Heikkinen, Petri Lauerma, Mikko Lounela, Ulla Tiililä & Eero Voutilainen (toim.). Genreanalyysi- tekstilajitutkimuksen käytäntöä. Kotimaisten kielten keskuksen verkkojulkaisuja 29. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus, 101–128.
- Haapola, Ilkka (2005) Asumisen malleja etsimässä. Arviointitutkimus Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön tuetusta asumisesta. Lahti: Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia.
- Hall, Christopher & Slembrouck, Stef & Haigh, Emma & Lee, Anita (2010) The Management of Professional Roles during Boundary Work in Child Welfare. *International Journal of Social Welfare* 19:3, 348–357.
- Hallintolaki 2003/434.
- Hammersley, Martyn & Gomm, Roger (2000) Introduction. Teoksessa Roger Gomm & Martyn Hammersley & Peter Foster (toim.) *Case Study Method. Key Issues, Key Texts*. London & Thousand Oak & New Delhi: Sage, 1–16.
- Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. ACTA nro. 187. Helsinki: Stakes & Kuntaliitto. <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>
- Harvey, Carol & Fossey, Ellie & Jackson, Henry & Shimitras, Leah (2006) Time Use of People with Schizophrenia Living in North London: Predictors of Participation in Occupations and Their Implications for Improving Social Inclusion. *Journal of Mental Health* 15:1, 43–55.
- Helén, Ilpo (2011) Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen*. Vastapaino. Tampere, 153–181.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämänpolitiikka. Teoksessa Ilpo Helén & Mikko Jauho (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*.
- Helne, Tuula (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. *Tutkimuksia* 123. Helsinki: Stakes.
- Hernes, Tor (2004) Studying Composite Boundaries: A Framework of Analysis. *Human Relations* 57:1, 9–29.
- Hirvonen, Jussi & Salokangas, Raimo K. R. (2007) Skitsofrenia. Lääkäriin käsikirja. *Duodecim* 123, 2553–2556.
- Hiidenmaa, Pirjo (2008) Lingvistinen tekstintutkimus. Teoksessa Kari Sajavaara & Arja Piirainen-Marsh (toim.) *Kieli, diskurssi & yhteisö. Soveltavan kielentutkimuksen teoriaa ja käytäntöä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 161–190.
- Henkilötietolaki 1999/523.
- Holma, Tupu (1999) Asiakaslähtöiset palveluprosessit – laadun perusta. Teoksessa Tupu Holma (toim.) *Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle van-*

- hustyön kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 23–29.
- Honey, Anne (2004) Benefits and Drawbacks of Employment; Perspectives of People with Mental Illness. *Qualitative Health Research* 14:3, 381–395.
- Hyväri, Susanna (2011) *Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan - kaksi potilastarinaa*. Teoksessa Ilpo Helen (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 231–258.
- Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. Toimintaterapialiitto ry. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/arviointijulkaisu.pdf>.
- Isohanni, Matti & Honkanen Teija & Vartiainen, Heikki & Lönnqvist, Jouko (2001) *Skitsofrenia*. Teoksessa Jouko Lönnqvist & Martti Heikkinen & Markus Henriksson & Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 57–117.
- Intressi.com. <http://www.intressi.com/foramen/>
- Johnstone, Megan-Jane (2001) *Stigma, Social Justice and the Rights of the Mentally Ill: Challenging the Status Quo*. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10:4, 200–209.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) *Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet*. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen: *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino, 17–47.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2012) *Kategoriat, kulttuuri & moraali: Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2004) *Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia*. *Janus* 12:2, 155–183.
- Juhila, Kirsi (2006) *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi & Hall, Christopher (2012) *Accepting and Negotiating Choices in Initial Interviews*. Paper presented in the ninth DANASWAC seminar, Ljubljana, Slovenia 15.08.2012.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012) *Kategoria-analyysin juuret*. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoriat, kulttuuri & moraali: Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino.
- Kaartamo, Riina (2012) *Tieto ja asiantuntijuuden paikat moniammatillisessa mielenterveyskuntoutuksessa. Diskurssianalyttinen tutkimus. Julkaisematon Sosiaalipsykologian pro gradu-tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö*. Tampere: Tampereen yliopisto
- Kansanterveyslaki 1972/66.

- Karjalainen, Vappu (2004) Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta- mutta miten? Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme- ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes
- Kielhofner, Gary (2008) Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Department of Occupation Therapy, College of Applied Health Sciences, UIC, University of Illinois at Chigago. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009) (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Koskisuu, Jari (2004) Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kulmala, Anna (2005) Kertomus mielenterveysongelmaiseksi määrittymisestä – saatu diagnoosi osana itseymmärrystä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 42, 281–293.
- Kuntoutuskurssin loppuraportti 2011.
- Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Laaksonen, Maarit & Kääriäinen, Aino & Penttilä, Marja & Tapola-Haapala, Maria & Sahala, Heli & Kärki Jarmo & Jäppinen Anu (2011) Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 54. THL: Helsinki.
- Laine, Markus & Bamberg, Jarkko & Jokinen, Pekka (2007) Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Markus Laine & Jarkko Bamberg & Pekka Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 9–40.
- Laitila, Minna (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Publications of the University of Eastern Finland.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812).
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380.
- Lammers J. & Happell, B. (2003) Consumer Participation in Mental Health Services: Looking from a Consumer Perspective. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10:4, 385–392.
- Le Grand, Julian (2005) Inequality, Choice and Public Services. Teoksessa Anthony Giddens & Patrick Diamonds (toim.) The New Egalitarianism. Cambridge: Polity, 200–210.
- Lehto, Juhani & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2012) Muuttuvatko palveluja käyttävän kuntalaisen asema ja vaikutusmahdollisuudet. Teoksessa Maijaliisa Junnila & Tuomas Aho & Sami Fredriksson & Ilmo Keskimäki & Juhani Lehto & Miika Linna & Sari Miettinen & Liina-Kaisa Tynkkynen: Sitä saa mitä tilaa. Tilaa- ja tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Raportti 42/2012. Helsinki: THL, 149–158. <http://www.tekes.fi/fi/>

gateway/PTARGS_0_201_403_994_2095_43/http%3B/tekes-ali1%3B7087/
publishedcontent/publish/programmes/sote/documents/projektiraportit/sita_
saa_mita_tilaa.pdf

- Leppo, Kimmo & Hansson, Aino-Inkeri & Taipale, Vappu (2007) Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13. Helsinki: STM.
- Lincoln, S. Yvonna & Guba, G. Egon (2000) The Only Generalization Is: There Is No Generalization. Teoksessa Roger Gomm & Martyn Hammersley & Peter Foster (toim.) Case Study Method: Key Issues, Key Texts. London: Sage, 27–44.
- Lähteenlahti, Yrjö (2008) Psykoosit. Teoksessa Paavo Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 191–209.
- Marwaha, Steven & Johnson, Sonia (2004) Schizophrenia and Employment. A Review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:5, 337–349.
- Masterson, Steve & Owen, Sara (2006) Mental Health Service User's Social and Individual Empowerment: Using Theories of Power to Elucidate Far-Reaching Strategies. *Journal of Mental Health* 15:1, 19–34.
- Mielenterveyden keskusliitto ry. (2010) Yhteenveto Mielenterveysbarometri 2010. <http://www.mtkl.fi/@Bin/872766/Yhteenveto%20Mielenterveysbarometri%202010.pdf>
- Mielenterveyslaki 1990/1116.
- Miller, Peter & Rose, Nicholas (2008) *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity Press.
- Moring, Juha (2009) THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Airi Partanen & Juha Moring & Esa Nordling & Viveca Bergman (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon. THL: Helsinki, 66–70. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ada2332abaea71>
- Mueser, Kim T. & McGurk, Susan R. (2004) Schizophrenia. *The Lancet* 363:9426, 2063–2072.
- Niiranen, Vuokko (2002) Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityösäkin. Teoksessa Kirsi Juhila & Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Sophi, 63–80.
- Nordling, Esa (2007) Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. *Acta Universitatis Tamperensis* 1245. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (2000) (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi.
- Paasu, Jaana (2005) Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen ja asumista tukevat palvelut pääkaupunkiseudulla ja Lohjalla. Teoksessa Raija Hynynen (toim.)

- Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Suomen ympäristö 745. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Palola, Elina (2011) Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Elina Palola & Vappu Karjalainen (toim.) Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä. Helsinki: THL, 283–309.
- Palola, Elina (2012) Valinnanvapautta korostavan sosiaalipolitiikan haasteista. Suuntaaja 2, 14–18.
- Partanen, Airi & Moring, Juha & Nording, Esa & Bergman, Viveca (toim.) (2009) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon. THL: Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>
- Peltomaa, Marjo (2005) Kuntoutumisvalmius kokonaisvaltaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Lisen-siaattityö. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Peräkylä, Anssi & Ruusuvuori, Johanna (2007) Components of Participation in Health Care Consultations: a Conceptual Model for Research. Teoksessa Sarah Collins & Nicky Britten & Johanna Ruusuvuori & Andrew Thompson (toim.) Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives. Berkshire: Open University Press, 167–175.
- Petersen, Alan & Lupton, Deborah (1996) The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk. London. London: Sage.
- Pilgrim, David & McCranie, A. (tulossa 2013) Recovery and Mental Disorder: A Critical Sociological Account. Basingstoke: Palgrave
- Pilgrim, David & Tomasini, Floris (2012) On Being Unreasonable in Modern Society: Are Mental Health Problems Special? *Disability & Society* 27:5, 631–646.
- Pirkola, Sami & Sailas, Eila & Hynninen Tuula. Mielenterveyspalveluiden kartoittamisväline, suomenkielinen versio. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/81A35AAF-B94D-48F6-A3DA-6E1C9765D8CA/0/ESMS.pdf>
Alkuperäinen versio: Sonia Johnson & Robert Kuhlmann & EPCAT Group. (2000) The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of and an Instrument for the Description and Classification of Mental Health Services. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102. Suppl. 405, 14–23.
- Pitkänen, Sari & Rissanen, Pekka & Mattila, Kati (2004) Ihmisen arvoista asumista. Y-säätiön ja Asumispalvelusäätiö Aspan tuki- ja palveluasumismallien arviointi. Ray:n avustustoiminnan raportteja 13. Helsinki: Sosiaalikehitys Oy.
- Pohjola, Anneli (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus & Helsinki University Press/Palmenia, 19–74.
- Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja (2010) Pohdintoja asiakkuuden punoksista. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus & Helsinki University Press/Palmenia, 309–320.

- Poikela, Ritva (2010) Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoittelemassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2010:5. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Raitakari, Suvi (2006) Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. Acta Universitatis Tamperensis 1183. Tampere: Tampere University Press.
- Raitakari, Suvi & Günther, Kirsi (2012) Sosiaalityön tutkimus. Teoksessa Vesa Heikkinen & Eero Voutilainen & Petri Laerma & Ulla Tiililä & Mikko Lounela (toim.) Genreanalyysi - tekstilajitutkimuksen käsikirja. Kotimaisten kielten keskuksen julkaisuja 169. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus & Gaudeamus, 656–661.
- Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (tulossa 2013) Kuluttajuusdiskurssi ja palveluvalinnat mielenterveyskuntoutuksen asiakaspalaverissa. Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino.
- Raitakari, Suvi & Kulmala, Anna & Günther, Kirsi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa (2011) Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. Janus 19:4, 326–341.
- Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa (2008) Vaikuttavuuden osoittamisen vaatimukset mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 196–223.
- Rimpelä Matti (2001) Pirkanmaan mielenterveysstrategia- ja osaamiskeskushanke. Konsultaatioraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 6. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Rissanen, Päivi (2007) Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: MTKL.
- Rogers, Anne & Pilgrim, David (2003) Mental Health and Inequality. New York: Palgrave MacMillan.
- Roose, Rudi & Mottart, Andre & Dejonckheere, Neli & van Nijnatten, Carol & De Bie, Maria (2009) Participatory Social Work and Report Writing. Child & Family Social Work, 14:3, 322–330.
- Saario, Sirpa (2011) Arviointitekniikat ja mielenterveystyö. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino. Tampere.
- Salokangas, Raimo K. R. & Stengård, Eija & Honkonen, Teija & Koivisto, Anna-Maija & Saarinen, Soile (2000) Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Raportteja 248. Helsinki: STAKES.
- Sawyer, Anne-Maree (2008) Risk and New Exclusions in Community Mental Health Practice. Australian Social Work 61:4, 327–341.
- Scheyett, Anna & Kim, Mimi & Swanson, Jeffrey & Swartz, Marvin & Elbogen, Eric & Van Dorn, Richard & Ferron, Joelle (2009) Autonomy and the Use of Directive Intervention in the Treatment of Individuals with Serious Mental Illnesses: A

- Survey of Social Work Practitioners'. *Social Work in Mental Health*. 7:4, 283–306.
- Schofield, Janet Ward (2000) *Increasing the Generalizability of Qualitative Research*. Teoksessa Charles Ragin & Howard Becker (toim.) *What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schulze, Beate & Angermeyer, Matthias C. (2003) Subjective Experience of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professionals. *Social Science & Medicine* 56, 299–312.
- Smolander, Juhani & Hurri, Heikki (2004) Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausmenetelmien kartoittaminen ICF- luokituksen aihealueella ”liikkuminen”. Toiminta- ja työkyvyn edellytyksiä arvioiva testistö – viitekehyksenä WHO:n kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) ”suositukset”- osa-alue (ACTIVITIES). Aiheita 25. Helsinki: Stakes.
- Sosiaalihuoltolaki 1982/ 710.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantar ryhmä (2001) *Mielenterveyspalveluiden laatusuosituks*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 9. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/mielenterveyspalvelut
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma*. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012a) *Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen*. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012b) *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. Helsinki: STM. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1833881.
- Stake, Robert E. (1995) *The Art of Case Study Research*. London: Sage.
- Stake, Robert E. (2000) *the Case Study Method in Social Inquiry*. Teoksessa Roger Gomm & Martyn Hammersley & Peter Foster (toim.) *Case Study Method: Key Issues*, Key Texts. London: Sage, 19–26.
- Stakes (2006) *Sosiaali ja terveydenhuollon sanastoa: Makropilotin käsitteen määrittelyä*. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Tietoteknologian osaamiskeskus. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf.

- Stein, Catherine H. & Wemmerus, Virginia A. (2001) Searching for a Normal Life: Personal Accounts of Adults with Schizophrenia, Their Parents and Well-Siblings. *American Journal of Community Psychology* 29:5, 725–746.
- Suikkanen, Asko (2000) Kuntoutuksen tutkimus ja arviointi. *Kuntoutus* 23:4, 19–26.
- Suoninen, Eero (2001) Harold Garfinkel. Etnometodologia ja sosiaaliset järkeilytavat. Teoksessa Vilma Hänninen & Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Tampere: Vastapaino, 365–382.
- Teghtsoonian, Katherine (2009) Depression and Mental Health in Neoliberal Times: A Critical Analysis of Policy and Discourse. *Social Science and Medicine* 69, 28–35.
- ten Have, Paul (2007) Ethnometodology. Teoksessa Clive Seale & Giampietro Gobo & Jaber F. Gubrium & David Silverman (toim.) *Qualitative Research. Concise Paperback Edition*. London & Thousand Oak & New Delhi: Sage, 139–152.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326
- Tiililä, Ulla (2011) Sanoilla lavastettu virasto. Tietoyhteiskunnan arkea sosiaali- ja hoiva-aloilla. Teoksessa Marjut Johansson & Pirkko Nuolijärvi & Riitta Pyykkö (toim.) *Kieli työssä. Asiantuntijatyön kielelliset käytännöt*. Helsinki: SKS, 162–189.
- Toivio, Timo & Nordling Esa (2009) *Mielenterveyden psykologia*. Helsinki: Edita.
- Tritter, Jonathan (2009) Vallankumous vai hidas muutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista. Teoksessa Meri Koivusalo & Eeva Ollila & Anne Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 210–226.
- Törrönen, Maritta (1999) Lasten arki laitoksessa. Elämistila lastenkodissa ja sairaalassa. Helsinki: Helsinki University Press.
- Vanhala, Anni (2005) Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten asuntolasta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1075. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Van Den Tillaart, Susan & Kurtz, Donna & Cash, Penny (2009) Powerlessness, Marginalized Identity and Silencing of Health Concerns: Voiced Realities of Women Living with a Mental Health Diagnosis. *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 153–163.
- Valtioneuvoston kuntoutuselonteko (2002) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 6. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>
- Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen, Päivi & Suokas, Markku (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen. Tekes katsaus 281. Helsinki: Tekes. www.tekes.fi/fi/document/49804/matkaopas_pdf
- Välimäki, Maritta (1998) Psychiatric Patients' Views on the Concept of Self-determination: Findings from a Descriptive Study. *Journal of Clinical Nursing* 7:1, 59–66.

- Wahlbeck, Kristian (2007) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Tuukka Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Stakes.
- Wahlbeck, Kristian & Moring, Juha & Nevalainen, Veijo & Nordling, Esa & Partanen, Airi & Vuorenmaa, Maritta & Bergman, Viveca (2010) THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Toimenpiteet 2009–2010. Helsinki: THL. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0acb21d5-32fd-489b-a51f-a6685539e12e>
- Yin, Robert K (2009) Case Study Research. Design and Methods. 4th edition. London: Sage.
- Zonabend, Françoise (1992) The Monograph in European Ethnology. *Current Sociology* 40:1, 49–54.

ISBN 978-952-67527-1-6



**Muotialan asuin- ja
toimintakeskus ry**

