

PSYKIATRISEN SAIRAALAN ”ARMAHTAVA TODELLISUUS”?
Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana

Teija Ristaniemi
Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen
lisensiaatintutkimus
Yhteiskuntapolitiikan laitos
Valtiotieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
Syyskuu 2005

Tiedekunta-Facultet-Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos-Institution-Department Yhteiskuntapolitiikan laitos
Tekijä-Författare-Author Ristaniemi, Teija		
Työn nimi-Arbetets titel-Title Psykiatrisen sairaalan "armahtava todellisuus"? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana		
Oppiaine - Läroämne - Subject Sosiaalityö		
Työn laji-Arbetets art- Level Lisensiaatintyö	Aika-Datum-Month and year 2005-09-14	Sivumäärä - Sidantal - Number of pages 159
<p>Tiivistelmä - Referat - Abstract</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata psykiatrisen kuntoutujan asiakaslähtöisyyden kokemusta ja tuottaa asiakaslähtöisen työskentelyn malli. Tutkimuskysymyksinä ovat, millaisen paikan asiakaslähtöisyys saa psykiatrisessa kuntoutustyössä kuntoutujan kokemana, miten asiakaslähtöisyys määrittyy psykiatrisen kuntoutujan kokemuksissa ja odotuksissa ja miten asiakaslähtöinen työ konkretisoituu psykiatrisen kuntoutustyön käytännössä.</p> <p>Tutkimuksessa oli mukana yhdeksän psykiatrisen sairaalan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuvaa kuntoutujaa. Haastattelin tutkimustulosten moninaisuuden saavuttamiseksi teemahaastattelun avulla neljää miestä ja viittä naista. Olen toteuttanut tutkimuksen fenomenologis-hermeneuttista tutkimusperinnettä noudattaen. Haastatteluteemat ohjautuivat tutkimuksen kysymyksenasettelun mukaan. Aineiston analyysin suoritin aineistolähtöisen sisällön erittelyn avulla.</p> <p>Tutkimuksen teoriaosassa käsittelem asiakaslähtöisyyttä palveluperiaatteena. Selvitän tässä yhteydessä asiakastyön ihmiskuvan muutosta, sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudellistumiskehitystä ja uudelleen organisoituvaa huono-osaisuutta. Seuraavaksi tarkastelen asiakaslähtöisyyttä arvoperustana, jonka yhteydessä käsittelem asiantuntijuuden muutosta ja asiakaslähtöisyyttä eettisenä velvollisuutena. Pohdin myös asiakaslähtöisyyttä teoreettisena käsitteenä, jonka yhteydessä esitän muutamia asiakaslähtöisyyden määritelmiä. Psykiatrisessa laitosympäristössä tapahtuvan kuntoutuksen selvittelyn yhteydessä, käsittelem mielenterveyspalveluiden rakennemuutosta sekä mielenterveyspotilaan kuntoutusta kuntoutuksen foorumilla.</p> <p>Analyysin tuloksena aineiston pääkategorioiksi muodostui kokemuksena psykiatrisen sairaala, osallisuuden kokemus, subjektiivisuus versus asiantuntijuus ja vuorovaikutuksen kokemus. Kuntoutujien käsityksen mukaan asiakaslähtöisyyden toteutuminen on prosessi, joka sisältää kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen, yhteistoiminnan ja jatkuvan asetettujen tavoitteiden ja tulosten arvioinnin. Asiakaslähtöisyyden toteuttaminen on hyvää hoitoa ja keino päästä yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. Asiakaslähtöisyys toteutuu kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän osallistuessa yhdessä päätöksentekoon. Asiakaslähtöisen toiminnan edellytyksinä on kuntoutujan riittävä tiedonsaanti, vaikuttamismahdollisuudet, jakamaton aika ja asialliset toimitilat. Asiakaslähtöisen toiminnan periaatteina tulee olla avoimuus, rehellisyys, luottamus, yksilöllisyys, yhteisvastuullisuus, ystävällisyys, kannustavuus, empaattisuus ja hienotunteisuus.</p> <p>Psykiatrisen laitospotilaan kuntoutuksen toteuttaminen vaikuttaa olevan jäsentymätön ja vailla selkeää struktuuria. Kuntoutujien osuus kuntoutuksen suunnittelussa jäi marginaaliseksi. Heillä oli lähinnä tiedonantajan ja passiivisen vastaanottajan positio. Kuntoutuksen tavoitteen asettelu tapahtui ongelmakeskeisesti ja oli omiaan vahvistamaan käsitystä psyykkisestä sairaudesta kroonisena ja muuttumattomana ilmiönä. Myös laitospotilaan kuntoutuksen integroituminen avohoitoon näyttötyy puutteellisena. Toisaalta kuntoutujien suhde asiantuntijuuteen oli ristiriitainen. Kuntoutujat toivoivat oikeutta vaikuttaa kuntoutukseensa, toisaalta jättää päätöksenteko henkilökunnalle. Asiantuntijuus vaati kuitenkin kuntoutujien oikeutuksen.</p> <p>Asiakaslähtöisen toiminnan esteeksi koettiin vallalla oleva asiantuntijalähtöinen kuntoutuskulttuuri. Asiakaslähtöisyyden esteet liittyivät hoidon toteuttamiseen, hoitajien ja asiakkaiden asenteisiin, hoidon tavoitteiden</p>		

asettamiseen, puutteelliseen vuorovaikutukseen ja hoidon pakkoihin. Asiakslähtöisyyden periaatteen toteuttaminen oli ristiriitainen kuntoutusympäristössä, jossa lainsäädäntö mahdollisti pakkotoimien käytön.

Kuntoutuajat eivät esittäneet asiakslähtöisyyden määrittelyn yhteydessä taloudellisia tai hallinnollisia tai laajempaan yhteiskunnalliseen päätöksentekoon liittyviä odotuksia. Asiakslähtöisyyden määrittely jäi mikrotasolle asiakkaan ja kuntoutushenkilökunnan vuorovaikutussuhteen määrittelyksi. Asiakslähtöisyyden toteuttaminen velvoitti sekä asiakasta että työntekijää.

Avainsanat Nyckelord Keywords

asiakslähtöisyys
osallisuus
kokemuksellisuus
mielenterveys
mielenterveyskuntoutus
kuntoutus

Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited /(täytetään kirjastossa)

Muita tietoja - Övriga uppgifter - Additional information

ID=3515

Tiedekunta-Facultet-Faculty Faculty of Social Sciences		Laitos-Institution-Department Department of Social Policy
Tekijä-Författare-Author Ristaniemi, Teija		
Työn nimi-Arbetets titel-Title Psykiatrisen sairaalan "armahtava todellisuus"? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana ("Compassionate Reality" of Mental Hospital? Client orientation from the standpoint of rehabilitation patient)		
Oppiaine - Läroämne - Subject Social Work		
Työn laji-Arbetets art-Level Licentiate thesis	Aika-Datum-Month and year 2005-09-14	Sivumäärä - Sidantal - Number of pages 159
<p>Tiivistelmä - Referat - Abstract</p> <p>The goal of this research is to describe functionality of the psychiatric rehabilitation program from the standpoint of a patient and create a client oriented work strategy. This research examines customer orientation in psychiatric rehabilitation process from the standpoint of patients' experience. The main questions are how do patients experience customer orientation, how do they define customer orientation in their experiences and expectations and, finally, what kind of role customer orientation plays in practise of professionals.</p> <p>This research analyzes the experiences of nine psychiatric rehabilitation patients. I interviewed four men and five women to ensure wider approach and diversity in the results. This research respects the scientific tradition of a phenomenological-hermeneutics research. Interviews were oriented according to phrasing of a question. Collected materials are analysed using method of content-based analysis.</p> <p>First I dissect client orientation as a principle of service in theory. I bring out some of the changes in conception of humankind, of social welfare and public health care systems as well as new structures of unfortunate life. I also examine client orientation as a foundation of values, the changes of professionalism and customer orientation as an ethical obligation. Then I focus on customer orientation as a theoretical construct in pursuance of illustrating some definitions of customer orientation. After this I process implementation of rehabilitation in the psychiatric institutional care. This section covers the structural change of mental health services and rehabilitation of a patient with mental disturbance in the forum of rehabilitation.</p> <p>As the result of the analysis I created four main categories. Main categories are psychiatric hospital in experience, experiencing participating, subjectivity vs. professionalism and experiencing interaction. The contentual classes of psychiatric rehabilitation are the definitions of customer, the goals of rehabilitation and the methods of the rehabilitation. According to the mental patients client oriented rehabilitation is a process including well-planned methods, individual orientation, co-operation and constant evaluation. Implementation of customer-oriented service is good nursing and a way to reach the goals set in cooperation. Customer orientation demands multiprofessional cooperation and patients who partake in decision-making. The requirements for customer-oriented service are fluent flow of information between professionals and a patient, empowering co-operation, relevant agency and making time for above-mentioned. The guideline for customer-oriented service can be described with words such as explicitness, integrity, trust, individuality, solidarity, affability, supportive, empathy and discretion.</p> <p>The structure of rehabilitation process seemed to be unclear and without any terse structure. For the mean time the proportion of customers influence in rehabilitation plan was fringe. Customers' role was to be an informant and passive recipient. Target-orientation of rehabilitation was mostly problem-based and strengthens the conception of mental disturbance as a static and chronic phenomenon. Also integration of institutional care and treatment of outpatients appeared to be unclear. But the same token, the patients' slant on professionalism was pretty ambiguous. On the one hand patients were willing to have an influence in the rehabilitation plan, on the other hand they were willing to bow out of decision-making. Professionalism claimed patients' attention and justification regardless.</p>		

The main obstacle for customer orientation, as experienced in the field of mental health care, was the dominating working culture based on the classical idea of professionalism. The obstacles to better customer orientation were related to the implementation of treatments, the attitudes of nurses and patients, setting and reaching the goals, insufficient interaction and some necessities of treatment. It was obvious that rehabilitation and the principles of customer orientation were always in contradiction in a setting where the possibility of coercive measures exists.

While defining customer orientation, the rehabilitation patients do not come out with any expectations or suggestions related with the economical or administrative issues of the hospital. Expectations on decision-making in a wider societal context were also marginal. In consequence customer orientation will always be interpreted through the factual interdependence of a patient and the hospital staff.

Avainsanat Nyckelord Keywords

client orientation
participating
experience
mental health
mental health rehabilitation
rehabilitation

Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited /(täytetään kirjastossa)

Muita tietoja - Övriga uppgifter - Additional information

ID=3504

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Asiakslähtöisyys	5
Asiakslähtöisyys palveluperiaatteena	6
Asiakastyön ihmiskuvan muutos	6
Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudellistumiskehitys	8
Uudelleen organisoituva huono-osaisuus	10
Asiakslähtöisyyden arvoperusta	12
Asiantuntijuuden muutos	12
Asiakslähtöisyys eettisenä velvollisuutena	13
Asiakslähtöisyys teoreettisena käsitteenä	16
Asiakslähtöisyyden käsite on vakiintumaton	16
Muutamia asiakslähtöisyyden näkökulmia	20
3 Mielenterveyskuntoutus	30
Mielenterveyspalveluiden rakennemuutos	30
Mielenterveyspotilaan kuntoutus	36
Mielenterveyskuntoutuksen hämärä kokonaiskuva	36
Kuntoutuksen tehtävät	37
Kuntoutuksen osa-alueet	38
4 Tutkimuksen toteutus	40
Tutkimuksen tarkoitus	41
Tutkimuksen informantit	41
Aineiston keruu	44
Aineiston analyysi	48
Tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökulmia	53
5 Tutkimuksen tulokset	57
Kokemuksena psykiatrinen sairaala	57
Sairaala ja sen ympäristö	58
Laitostilan rajoitukset	58
Vapauttava riippuvuus	63
Hoitokulttuurin kokemus	69
Laitostumisen kokemus	72
Kokemukset pakkotoimien käytöstä	74
Asiakslähtöisyys osallisuuden kokemuksena	79
Kuntoutuksen suunnitelmallisuus osallisuuden perustana	79
Kuntoutujan asettamien odotusten huomiointi ja toteuttaminen osallisuuden edellytyksenä	86
Moniammatillinen yhteistoiminta osallisuuden edellytyksenä	93
Asiakkaan subjektiivisuus versus asiantuntijuus	97
Ristiriitainen asiantuntijalähtöisyyden kokemus	97
Tiedon saanti asiakkaan subjektiivisuuden perustana	101
Mahdollisuus vaikuttamiseen asiakkaan subjektiivisuuden perustana	104

Asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksellisena kokemuksena	107
Asiakaslähtöisyys hyvän hoidon synonyymina	107
Asiakaslähtöisyyden esteet	111
6 Tutkimustulosten keskeiset johtopäätökset ja pohdinta	114
7 Tarkastelu	125
Lähteet	127
Liitteet	142
Liite 1	142
Tutkimuspyyntö potilaalle ja suostumus haastatteluun	
Liite 2	144
Avoimien koodien luettelo	
Liite3	148
Koodiperheluettelo	
Liite 4	149
Koodiperheiden visuaalinen näkymä	
Liite 5	159
Kommentointipyyntö haastateltavalle	

1 Johdanto

Tutkimukseni kohteena on psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemus asiakaslähtöisyyden periaatteen toteutumisesta. Asiakaslähtöisyyttä mielenterveyspotilaan näkökulmasta on tutkittu vähän. Mielenterveyssektori on yksi vaikeimmista toiminta-alueista asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa. Kiinnostukseni mielenterveyspotilaan näkökulmaan juontaa yli yhdentoista vuoden työkokemuksestani psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijänä. Kiinnostukseni taustalla on myös vuosien työkokemus sekä somaattisen että psykiatrisen sairaalan potilasasiamiehenä. Psykiatrinen miljöö on innostanut minua kahden aikaisemman tutkimuksen tekemiseen. Myös niissä olen ollut kiinnostunut erityisryhmään kuuluvien kokemuksista. Olen tutkinut pro gradu- työssäni masentuneen naisen selviytymistä (Ristaniemi 1998) ja ammatilliseen erikoistumiskoulutukseeni liittyvässä opinnäytetyössä mielenterveyspotilaan näkökulmaa psykiatrisen sairaalan sosiaalityön kehittämiseksi (Ristaniemi 2001).

Ihmissuhdealojen asiakastyössä on tapahtunut vuorovaikutuskulttuurin muutos. Ajan henki korostaa asiakaslähtöisyyttä ja tasa-arvoisuutta. Asiakastyössä pyritään asiantuntijakeskeisyydestä asiakkaan tarpeet paremmin huomioivaan näkökulmaan (Mönkkönen 2002b, 11, 26). Palveluretoriikka ei ole 1980-luvun lopulta alkaen pitänyt asiakasta enää itsestään selvänä palveluiden kohteena. Kun hyvinvointipalvelujen rakentamisen yhteydessä alettiin kiinnittää huomiota työn sisällölliseen kehittämiseen, tuli myös asiakkaasta ja hänen näkökulmastaan kiinnostava (Pohjola 1997, 169; Mönkkönen 1999, 105). Viranomaiskuva muuttui heterogeenisemmäksi, kun myös työntekijöitä alettiin tarkastella toimintateoreettisen kehyksen kautta tuntevina, ajattelevina ja kokevina. Tämän myötä julkispalveluissa alettiin oivaltaa asiakkaan merkitys mielipiteitä omaavana subjektina. Asiakas löytyi, kun työmenetelmien lähtökohtien mukaan alettiin analysoida myös työn kohdetta. Asiakaskeskeisyydestä tuli ammatillaisia viehättävä uusi näkökulma asiakastyöhön. Asiakasnäkökulman korostaminen loi myös asiakaspalautteiden ja asiakastyytyväisyyden mittaamisen aallon (Pohjola 1997, 170).

Palvelukulttuuria hallitsevaan keskusteluun asiakaslähtöisyydestä liittyy läheisesti myös käsitys asiakkaan ja potilaan oikeuksista. Tämä keskustelu on voimistunut 2000-luvulla.

Terveydenhuollon voidaan nähdä juridisoituneen. Oikeudellistumiskehitys näkyy terveydenhuollon ohella myös sosiaalihuollon puolella, varsinkin lastensuojelutyössä (Mutka 1998, 92; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000). Asiakkaan ja potilaan juridiset oikeudet kiinnostavat myös akateemista tutkijamaailmaa. Keväällä 2003 tarkastettiin kaksi oikeustieteellistä potilaan oikeuksiin keskittyvää väitöskirjaa. Toinen käsitteli dementoituneen potilaan oikeuksia (Mäkipetäjä-Leinonen 2003) ja toinen potilaan oikeuksia laajemmasta näkökulmasta (Pahlman 2003). Myös kansallisen terveysprojektin (Talja 2003) tavoite hoidon saatavuuden varmistamisesta niin sanotun kansankielisen hoitotakuun toteuttaminen lisää lakien merkitystä terveydenhuollossa (vertaa myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 784/1992 ja 857/2004, Potilasvahinkolaki 585/1996, Laki kansanterveystalain muuttamisesta 855/2004, Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 856/2004, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain muuttamisesta 858/2004). Sosiaali- ja terveydenhuolto on saanut uudenlaisen oikeudellisen kehyksen. Lainsäädännön voidaan nähdä raamittavan asiakaslähtöisyyden periaatteen toteuttamista.

Suomalaisessa yhteiskunnallisessa keskustelussa korostuvat yksilön oikeudet ja vastuu (Latvala 1998, 64). Keskusteluissa on havaittavissa yksilöllisyyttä ja kollektiivisuutta sekä yhteisvastuuta korostavien näkemysten välinen jännite. Keskiluokan ideologiassa on nähty olennaisimpina elementteinä individualismi ja reflektiivisyys sekä niihin liittyvät ihmiskuvat. Individualismi ja reflektiivisyys korostavat joustavuutta ja sopeutumista. Reflektiivisyys merkitsee sitä, että keskiluokka ottaa herkästi vaikutteita ulkoa käsin. Kollektiivisyys, korostaen yhteisöä ja yhteisvastuuta, on ollut pohjoismaisen talonpoikaisväestön ja työväestön perinteinen ideologia. (Vähätalo 1998, 32-34.) Vastinpareina näkemys yksilöllisyydestä ja kollektiivisuudesta yleistää liikaa, koska sekä individualismi että kollektiivisyys voivat olla vastakohtina läsnä eri elämäntilanteissa kuten esimerkiksi vapaaehtoistyön toiminnan motiiveiden taustalla. Toisaalta yksilöiden yhteiskuntaa ei myöskään enää strukturoi omistajien ja työläisten vastakkainasettelu. Yhteiskunta on enemmänkin siirtynyt vertikaalisesta horisontaaliseen yhteiskuntaan, jossa on tärkeä tietää yksilöiden sijainti suhteessa keskustaan. (Helne 2004, 79, 89.)

Uusliberalistinen ajattelu näkee yksilön refleksiivisenä toimijana, joka pystyy toimimaan rationaalisesti. Peter Taylor-Gooby (2001) näkee näkökulman liian idealistisena, koska pitkittäisseuranta on osoittanut ihmisten erehtyvän merkittävästi tulevaisuutensa arvioinnissa. (Suikkanen 2003, 49). Puhutaan myös institutionalisoituneesta yksilöllisyydestä, jolloin yksilöllisyys ei perustu yksilöiden vapaisiin päätöksiin, vaan pakkoon ilman vaihtoehtoja (Beck 1995, 29). Tällaisena yksilöllisyyden ihannointi voidaan nähdä myös uutena yhteiskunnallisena hallitsemisen tekniikkana, jossa yksilöllisyyden ihannointi kytketään vapauden eetokseen (Rose 1999). Ihmisten hallinta tapahtuu Nikolas Rosen mukaan (1998) päivittäisissä toimissa, itsensä vastuullistamisen ja itsevastuullisten yhteisöjen kautta (Helne 2004, 94). Yksilöllisyyden institutionalisoituessa suuret muutokset ilmenevät niin arkipäiväisinä, että niitä ei nähdä osana suurta rakennemuutosta (Saastamoinen 2003, 10).

Zygmunt Baumanin (2001) mukaan yhteisöllisyydestä on tehty uusi heikkojen ideologia, joka ilmenee hänen mukaansa erilaisten vertaistuen yhteisöjen syntymisenä. Yhteisö- ja yhteisöllisyyskeskustelu onkin nähtävä kritiikkinä ylikorostuneelle individualismille. Erilaisia vertaistuen muotoja onkin syntynyt myös Suomessa runsaasti ja niiden ilmaantumisen yhtenä reunaehtona ovat todennäköisesti yhteiskunnan taloudellisten rakenteiden muutokset sekä niukkeneva kuntatalous. Kunnallinen palvelutarjonta on rajoittunut tuottamaan lakisääteisiä palveluita, jolloin palvelutarjonta ei vastaa kasvaneeseen tuentarpeeseen. Voidaan myös puhua huono-osaisuuden uudelleen organisoitumisesta, jolloin keskiluokka valtaa palveluareenat ja huono-osaisimmat jäävät vapaaehtoistyön varaan.

Asiakaslähtöisyyden- retoriikka makropolitikan ideaalipuheena on osa yhteiskunnallista individualismia korostavaa keskustelua. Asiakaslähtöisyyden periaate toivotaan huomioitavan myös yhteiskunnan mesotasolla palveluvalikoiman, palveluiden saatavuuden, toteuttamisen ja tiedottamisen alueella. Asiakaslähtöisyyden periaatteeseen vaikuttaa olevan sisäänrakennettuna myös ihmisen toiseuden ja erilaisuuden hyväksyminen. Erityisesti sosiaalityössä tarvitaan sellaista etiikkaa, joka kyseenalaistaa ihmisten yleisen luokittelun ja pystyy kohtaamaan erilaisuuden (Witkin 2003, 241). Mikropolitikka on kuitenkin usein ristiriidassa ideaalipuheiden kanssa. Asiakas on usein edelleen toimenpiteiden kohde. Myös

yhteiskuntamme kulttuurisena piirteenä saman palveluksen tulee esille yhtenäisyyden representationa (Helne 2004, 121). Myös yhteiskunnan arvoilmapiiri korostaessaan tehokkuutta, tuottavuutta ja kannattavuutta, on ristiriidassa asiakaslähtöisyyden periaatteen kanssa (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 14).

Asiakaslähtöinen toiminta on osa monen toimintaorganisaation julkilausuttuja strategisia tavoitteita. Hoito-organisaatioissa asiakaslähtöisyyden tavoite nähdään osana hyvää hoidon laatua. Asiakaslähtöistä työskentelyä pidetään myös mielenterveytyksessä tavoiteltavana (Sohlman, Kiikkala, Immonen, Ahonen & Saalasti-Koskinen 2003, 380). Asiakaslähtöisen työskentelytavan voidaan myös nähdä edistävän mielenterveyttä, koska potilaat sen myötä haluavat aktiivisemmän roolin terveydenhuollossa ja hyötyvät siitä. Potilaan osallisuuden lisääntyminen lisää potilaan itsetuntoa ja kohentaa siten mielenterveyttä. (Cahill 1998, 122, 564.) Asiakaslähtöisyys on liitetty myös elämänhallinnan käsitteeseen. Kuntoutuksen tavoitteena oleva elämänhallinnan tai valtaistumisen lisääminen voidaan nähdä mahdollistuvan ainoastaan, mikäli työskentelyn ohjenuorana kuntoutuksen aikana on asiakaslähtöisyys (Järvikoski & Härkäpää 2001, 36).

Asiakaslähtöisen auttamiskulttuurin luominen edellyttää sitä, että palveluiden laadun kehittämässä hyödynnetään lisääntyvästi asiakkaiden kokemuksia. Asiantuntija- ja järjestelmäkeskeisissä käytännöissä yksi suurimmista ongelmista on ihmisten kokemusten ja oman elämän huomiotta jättäminen. Viime vuosina on kuitenkin asiakastyön käytäntöjen tutkimuksessa paneuduttu enemmän tähän asiaan. (Metteri 2003a, 17; Somerkivi 2000; Nieminen 2001.)

Lähtökohtana tutkimusaiheeni valintaan on näkemykseni siitä, että myös psykiatrinen potilas on oman tilanteensa ja saamansa palvelun asiantuntija. Pysin tutkimuksessani kuvaamaan, millaisen paikan asiakaslähtöisyys saa psykiatrisessa kuntoutustyössä kuntoutujan kokemana ja miten asiakaslähtöisyys määrittyy psykiatrisen kuntoutujan kokemuksissa ja odotuksissa. Tavoitteena on myös kuvata miten asiakaslähtöinen työ konkretisoituu psykiatrisen kuntoutuksen käytännöissä. Alun perin ajatukseni oli tutkia asiakaslähtöisyyden toteutumista psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä. Näkökulma olisi ollut kuitenkin liian rajattu, koska

psykiatrisen sairaalan kuntoutus/hoitotyö toteutuu moniammatillisena yhteistyönä. Tämän vuoksi tulee asiakaslähtöisyyden toteutumista tarkastella laajemmin kuin yhden ammattiryhmän toimintaperiaatteena. Tutkimustyössäni käytännön sosiaalityökokemuksestani syntynyt esiyymmärrykseni on kuitenkin läsnä tutkimusaiheen ja haastattelu teemojen valinnassa sekä aineiston analyysiin toteutuksessa. Tutkimukseni kuvaa psykiatrisen kuntoutujan kokemana sen, miten puutteellisesti palvelujärjestelmä lunastaa lupauksensa toimia asiakaslähtöisenä prosessijohdettuna ja ihmislähtöisenä palveluyksikkönä. Tutkimukseni lisää ymmärrystä psykiatrisen kuntoutustyön asiakaslähtöisyyden toteuttamiseksi ja yleensäkin laatutyön tekemiseksi niin psykiatrisessa kuntoutustyössä kuin laajemmin.

Koska teen tutkimustyötäni yhteiskuntatieteellisestä orientaatiosta käsin käytän termiä asiakas- eikä potilaslähtöisyys. Pidän tässä tutkimuksessa asiakas- ja potilaslähtöisyyden termejä toisilleen synonyymeinä.

2 Asiakaslähtöisyys

Tässä luvussa kuvaan asiakaslähtöisyyttä tutkimukseni kannalta merkittävän käsitteellisen pohdinnan avulla. Tämä käsitteellisen pohdinta selvittää omaa esiyymmärrystäni asiakaslähtöisyyden käsitteestä ollen osoituksena myös sosiaalitieteellisestä tutkimusorientaatiosta lähtökohdastani. Erittelen asiakaslähtöisyyttä palveluperiaatteena, sen arvoperustaa sekä asiakaslähtöisyyttä teoreettisena käsitteenä. Asiakaslähtöisyyteen palveluperiaatteena liittyy mielestäni asiakastyön ihmiskuvan muutos, sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudellistumiskehitys sekä uudelleen organisoituva huono-osaisuus. Asiakaslähtöisyyden arvoperusta kertoo asiantuntijuuden muutoksesta sekä asiakaslähtöisyydestä eettisenä velvollisuutena. Luvussa Asiakaslähtöisyys teoreettisena käsitteenä selvitän asiakaslähtöisyyden käsitteen vakiintumattomuutta. Kuvaan myös muutamia tutkimustyöni kannalta merkityksellisiä asiakaslähtöisyyden näkökulmia.

Asiakslähtöisyys palveluperiaatteena

Asiakastyön ihmiskuvan muutos

Asiakslähtöisyys on yksi lähestymistapa ihmissuhdealojen asiakastyössä. Menetelmätapasidonnainen ja järjestelmäkeskeinen avun tarpeen tulkinta voidaan nähdä asiakslähtöisyyden vastinpareina (Laitinen & Pohjola 2003, 104). Erilaisia vuorovaikutusorientaatioita ovat asiantuntijalähtöisyys, dialogisuus ja verkostokeskeisyys. Puhutaan myös voimavarakeskeisestä työotteesta ja asiakkaan valtaistumisesta. (Mönkkönen 2002b, 24.) Asiakastyöstä puhutaan mielellään myönteisessä mielessä. Tällöin asiakastyön negatiiviset ulottuvuudet kuten vallankäyttö, vuorovaikutuksesta syrjäytyminen ja asiakkaiden huomiotta jättäminen jäävät tarkastelun ulkopuolelle. Vuorovaikutuskulttuurin positiivinen periaatekieli tulee hajottaa pienempiin käsitteisiin, jotta voidaan arvioida yhteistoiminnan toteutumista. (Mönkkönen 2002b, 20.)

Asiakslähtöisyyden periaatteen keskustelussa voidaan nähdä kolme aaltoa. Ensimmäinen aalto asettuu 1960-luvulle, jolloin huomio kohdistui tahdonvastaisiin instituutioihin. Toinen keskustelun vaihe ajoittuu 1980-luvun alkupuolelle, jolloin puhuttiin vaihtoehtoisesta sosiaalipolitiikasta ja kohteiden kapinasta. 1980-luvulla nousivat yksilön asemaa nostavat ja yksilöiden arjesta lähtevät tutkimussuuntaukset (Suikkanen 2003, 37). Tällöin asiakas haluttiin mukaan kehittämään sosiaalipolitiikkaa. Kolmantena vaiheena voidaan pitää 1990-luvun asiakas- ja potilaslähtöisyyden uutta keskustelua. 1990-luvun keskustelussa korostettiin potilaslähtöisyyttä, käyttäjäorientaatiota ja asiakasnäkökulmaa. (Salmela 1997, 11.)

2000-luku tuo keskusteluun enenevästi asiakkaan/potilaan oikeussubjektina. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/784, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812). Pääosin uudempi lainsäädäntö sisältää velvoitteita viranomaisten palveluiden järjestämiselle. Toisaalta puhutaan myös säädösten vähenemisestä ja väljenemisestä. Puhutaan refleksiivisestä lainsäädännöstä, joka on uudenlaista oikeudellista säätelyä. Refleksiivinen lainsäädäntö ei määritä tai normita tavoitetiloja, vaan jättää sellaiset ihmisten kesken

sovittaviksi. Se painottaa menettelytavallisia normeja ja pyrkii luomaan rakenteellisia mahdollisuuksia reflektiivisille prosesseille. (Mutka 1998, 59, 115.)

Asiakaslähtöisyyden periaate ei ole mikään uusi ilmiö. Periaatteen tarkempi analyysi ja tarkastelu sen sijaan voidaan nähdä uutena ilmiönä. Ensimmäisenä asiakaskeskeisestä näkökulmasta puhui Yhdysvalloissa 1930-luvulla humanistinen psykologian edustaja Carl Rogersin (Drylen & Mytton 1999). Asiakassuhteessa tuli Rogersin mukaan edetä asiakkaiden esiin nostamien käsitteiden avulla eikä työntekijän tullut tulkita niitä omien näkökulmiensa ohjaamana. Rogers käytti aluksi persoonakeskeisyyden termiä, mutta siirtyi käyttämään asiakaskeskeisyyden käsitettä. Asiakkaan tuli olla terapian keskipisteessä ja vuorovaikutuksessa tuli edetä hänen ehdoillaan. Asiakassuhteessa korostui luottamuksellisuus ja kunnioitus. (Drylen & Button 1999, 57-69.)

Asiakastyössä voidaan puhua ennemminkin ihmiskuvan muuttumisesta kuin uusien työmenetelmien löytymisestä. Asiakkaan itsenäinen päätöksenteko, asiakaslähtöisyys ja valtaistuminen ovat julkilausuttuina useimmissa työskentelytavoissa. Tavoitetasolla puhutaan asiakaslähtöisyyden merkityksestä, mutta edelleen asiantuntijakeskeinen näkökulma hallitsee usein auttamiskulttuuria (Mönkkönen 2002a, 42). Mielenterveyspalveluiden toteuttamiseen kohdistuneessa tutkimuksessa (Kostamo-Pääkkö 2001) asiakaslähtöisyyden todettiin olevan vain eetos, joka toteutui retoriikan tasolla. Asiakaslähtöisyys onkin vaikeasti toteutettavissa muun muassa päihdetyössä ja yleensä riippuvuussairauksissa. Mielenterveyspotilaan tahdosta riippumaton hoito on vaikea ymmärtää tästä näkökulmasta. Mielenterveyssektorin avohoito on näyttäytynyt tutkimuksessa suunnittelemattomana, lyhytjänteisenä ja tilannekohtaisena, josta on vielä pitkä matka voimavarakeskeiseen työskentelyyn. Sosiaalis-taloudellisen järjestelmän määrittelyt on nähty alistavan sekä potilaat että työntekijät ja pyrkivän sopeuttamaan heitä järjestelmän ehtoihin (Kostamo-Pääkkö 2001, 87, 109, 113).

Mielenterveyspotilaiden hoidon toteutuksessa avohoidon idea on nähty toteutuvan lähinnä psykiatristen laitospaikkojen vähentämisenä. Hoitovaihtoehtojen puute saattaa näkyä tavoitteena sopeuttaa sekä työntekijä että asiakas järjestelmän reunaehtoihin. Tällöin asiakkaan osaksi jää sen osoittaminen, että edistyy järjestelmän reunaehtojen puitteissa. Tällöin ei voida

puhua asiakaslähtöisen toimintaperiaatteen toteutumisesta. Vanhoista paternalistisista työskentelymalleista tulee kuitenkin irrottautua ja se on mahdollista jatkuvan kritiikin ja kysymysten avulla. Avohoidon toteutuksessa tulisi ensisijaisesti olla lähtökohtana asiakaslähtöisyys ja vasta toissijaisesti tavoite säästää yhteiskunnan kustannuksissa. (Kostamo-Pääkkö 2001, 110, 122.) Uusien lähestymistapojen rinnalla vallitsee edelleen paternalistiset menettelytavat. Tämä tulee esille asiantuntijoiden pelkona potilaan autonomian ylikorostamisesta. Vallalla on myös näkemys, että varsinkin vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien hoito on tehokasta ainoastaan paternalististen menettelytapojen avulla. (Hansen, Halting, Lidal & Ruud 2004, 292.)

Asiakaslähtöisyyden toiminta kohtaa usein vaikeuksia julkisen palvelujärjestelmän rakenteissa. Hierarkkiset, ylhäältä alaspäin suuntautuvat järjestelmät antavat myös usein vähän vapautta työntekijätason oman toiminnan määrittelylle. Yhtenä ratkaisuna voi olla se, että järjestelmänäkökulman sijaan toiminnan lähtökohdaksi otetaan asiakkaan elämismaailma. Tämä edellyttää muutosta myös johtamiskulttuurissa. Asiakaslähtöisyyden periaatteen tulisikin näkyä yhteisesti määriteltynä palvelujärjestelmän joka tasolla. (Pohjola 1993, 53, 59.)

Psykiatriassa perinteinen lähtökohta potilaan hoidolle on ollut ongelmien määrittely psykiatrisen diagnoosin välityksellä. Ihmisten ongelmia on tarkasteltu yksilö- tai perhepsykologisista lähtökohdista irrallaan laajemmista sosiaalisista yhteyksistään. Tällaisesta luokittelusta ja leimaamisesta käytetään psykologisen determinismin käsitettä, jolla tarkoitetaan asiantuntijoiden tapaa etsiä asiakkaan elämäntapahtumien ja psyykkisten toimintojen välisiä syy-yhteyksiä. (Mönkkönen 2002b, 20.) Myös tutkimukseni haastateltavat mielsivät itsensä psykiatrisen diagnoosin kautta. Tämä voidaan nähdä merkinä asiantuntijavaltaistuvasta psykokulttuurista, jossa ammattilaisten käyttämät käsitteet siirtyvät ihmisten arkikieleen. Diagnooseilla ei ole merkitystä ainoastaan psykiatrisessa hoitokulttuurissa vaan myös sosiaaliturvalainsäädäntömme edellyttää ihmisten luokittelua diagnoosien välityksellä.

Asiakaskeskeisyyden ja -lähtöisyyden näkökulma on levinnyt 1990-luvulla laajasti suomalaiseen vuorovaikutuskulttuuriin ja yritysten palvelunäkymiin. Suomalaisessa sosiaalityön perinteessä on pyritty korostamaan asiakkaan asemaa ja kohtaamissuhteen on

nähty määrittävän asiakkaasta käsin (Pohjola 1993, 55). Päihdetyössä on puhuttu asiakaslähtöisyydestä A-klinikoiden yleistyessä jo 1960-luvulla (Mönkkönen 2001b, 124).¹ Vasta 1990-luvulla asiakaslähtöinen näkökulma sai vanhemman aseman ihmissuhdealojen näkökulmana (Mönkkönen 2002a, 43).

Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudellistumiskehitys

Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi oikeudellistumiskehitys voidaan nähdä asiakaslähtöisyyskeskustelun uutena ulottuvuutena. Voidaanko peräti puhua asiakaslähtöisyyden neljännestä vaiheesta? Asiakaslähtöisyyden periaatteen voidaan nähdä kriisiytyneen ja sen toteuttamisen jopa lähes mahdottomana tehtävänä. Asiakaslähtöisyys saattaa ylläpitää asiantuntijavaltaa ja asiakas saatetaan ohittaa vuorovaikutuksen täysivaltaisena osapuolena täydessä asiakkaan ja työntekijän yhteisymmärryksessä. (Mönkkönen 1999, 1-4.) Kaarina Mönkkönen (2002b, 86) on kuvannut asiantuntijakeskeisyyden lieveilmiöinä neuvomattomuutta (asiakasta ei neuvota), puuttumattomuutta ja vallankäytön kätkemistä. Pyrkiikö lainsäädännöllinen määrittely vastaamaan asiakaslähtöisyyden kritiikkiin asenteisiin ja käytäntöihin vaikuttamalla sekä selkiinntämällä muun muassa työntekijä-asiakassuhdetta.

Oikeudellistumiskehitystä voidaan pitää esimerkkinä kolonialisoinnista. Kolonialisointi tarkoittaa tilannetta, jolloin ihminen tulee arkielämässään entistä riippuvaisemmaksi erilaisista systeemeistä. Oikeudellistumiskehityksessä lainsäädäntö laajenee entistä enemmän arkielämän alueelle. (Habermans 1987, 357.) Edellä mainittua muutosta ei välttämättä huomata vaan koetaan yksilöllistä vapautta tai sitten tietyllä tavalla halutaankin tietynlaista riippuvuutta ja ulkopuolista ohjausta. Myös sosiaalityö toimii tässä ristiriitojen kentässä. Sosiaalityö pyrkii orientoitumaan ihmisten arkielämästä käsin, mutta työn legitimointi tapahtuu systeemirationalisuuden (ohjeet, lainsäädäntö) pohjalta. (Walls 1992, 174.)

1990-luvun talouslaman jälkeiset muutokset työelämässä ja palvelurakenteissa vaikuttivat uusien vuorovaikutusideologioiden leviämiseen. Yrity maailmasta lanseeratut laadunhallintajärjestelmät asettivat vuorovaikutuskulttuurin tietoisesti tarkastelun kohteeksi

¹ Suomessa Kaarlo Helasvuo käytti vuonna 1961 kirjassaan ”Huollon kenttä” asiakas-käsitettä sosiaalihuollon kentällä.

(Mönkkönen 2002b, 11). Hallinnon ohjausjärjestelmän muutos vähemmän säänneltyyn tulos- ja informaatio- ohjaukseen 1990-luvulla nosti myös asiakaslähtöisyyden teeman uudelleen näkyvästi esiin. Valtionosuusjärjestelmän (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992) muutos siirsi painopistettä väestövastuun suuntaan. Väestövastuun on oletettu tehostavan toimintaa ja vahvistavan asiakaslähtöisyyttä. Väestövastuun periaatteena on se, että kuntalaiset saavat suurimman osan tarvitsemistaan palveluista alueellisesti organisoituneelta palvelurakenteelta ja perustasolta. (Sohlman, Kiikkala, Immonen, Ahonen & Saalasti-Koskinen 2003, 384.) Väestövastuu tuo myös esille henkilöstön uudenlaisen juridisen aseman vallan ja vastuun ongelmat. Hallintolain (434/2003) määrittelemät hyvän hallinnon periaatteet velvoittavat myös asianosaisen kuulemiseen ennen päätöksentekoa.

Lainsäädännön tasolla tapahtunutta ideologista muutosta voidaan pitää pitkänä askeleena kohti asiakasnäkökulmaa (Määttä 1992). Markku Salon (1996) mukaan työntekijöitä ei voida vastuullistaa lainsäädännön avulla, koska moraalialia ja lakien noudattamista ei voida samaistaa toisiinsa. Salo puhuu vastuun siirron paradokseista, jota seuraa eettisen autonomian paradoksi: Toimijoita vastuullistava lainlaatija heikentää toimijoiden kykyä vastuullistaa itse itsensä. Laki saattaa korvata henkilökohtaisen eettisen vastuun ja ammattiaseman legitimoimien tehtävien suorittaminen ihmisten välisen kunnioituksen. (mts. 265-266.)

Uudelleen organisoituva huono-osaisuus

Keskustelussa asiakkaiden oikeuksien vahvistumisesta on myös kääntöpuolensa. Erityisesti sosiaalityöntekijöillä on olemassa huoli siitä, että kokonaisten asiakasryhmien eriarvoisuus lisääntyy. (Mutka 1998, 111.) Poliittisessa ajattelutavassa on tapahtumassa merkittävä käänne. Muutoksia on tapahtunut erityisesti siinä miten vallanpitäjät mieltävät politiikan kohteet, menetelmät, rajat ja legitimitetit. (Rose 1995, 20.) Tätä osoittaa myös keskusjohtoisen ohjauksen määrätietoinen purkaminen kuntasektorilla. Autonomiamia, yksilöllisyyttä ja valinnanvapautta korostava hallinnon ajattelu ja toimintatavat näyttävät organisoivan ja määrittelevän koko huono-osaisuuden aluetta uudelleen. (Mutka 1998, 111.)

Keskeisimmät huono-osaisuuden muutoksia koskevat havainnot tulevat esiin kahdessa teemassa: subjektiivisessa kyvyssä suoriutua vapauden valtakunnassa ja sosiaalisissa ja taloudellisista taidoissa hankkia modernissa maailmassa tarpeelliset identiteetinmuodostamis- ja ylläpitovälineet. Edellä mainittuja ominaisuuksia omaavat kansalaiset ovat varmemmin varustettuja. (Rose 1995, 51)

Markkinaperusteiset ratkaisut, kustannusten vähentämispyrkimykset ja valinnanvapaus palauttavat vastuuta yksilölle itselleen. (Mutka 1998). Markkinoiden logiikan voimistuessa myös julkis palveluissa on alettu nähdä kansalaisuus asiakkuutena ja kuluttajuutena. Toisaalta asiakkuutta on pyritty normalisoimaan määrittelemällä sitä kansalaisuuden suuntaan niin, että asiakkuus perustuu asiakkaan oikeuksiin kansalaisena (Pohjola 1993, 71). Kuluttajuuden ominaisuuden sitomista kansalaisuuteen on arvosteltukin, koska se saattaisi sisältää sellaisia määrittelyjä, jotka jättäisivät osan ihmisistä sen ulkopuolelle. Kuluttajan roolin sopimattomien ihmisten osaksi saattaisi tulla myös lisääntyvää kontrollia ja holhoamista. Toisaalta kuluttajanäkökulman perusteella ollaan entistä kiinnostuneempia palvelujen käyttäjien mielipiteistä. Tässä kilpailussa saattaa käydä niin, että yhteiskunnan marginaaliasemassa olevien mielipiteitä ei nähdä merkittäviksi, vaan ne syrjäytyvät potentiaalisen palveluiden hankkijan, asiakkuuden areenoilla kompetentin (asiakkaiden, joilla on asiakastaitoja ja taloudellisia mahdollisuuksia) asiakaskuluttajien mielipiteillä.

Käytännössä uudelleen organisoitua huono-osaisuus koskettaa niitä, joilla on vähiten omia tai järjestöistä löytyviä voimavaroja, haluja tai mahdollisuuksia omien etujensa ajamiseen ja oikeuksistaan kiinnipitämiseen. Mielenterveys- ja päihdepotilaita voidaan pitää tällaisina asiakasryhminä. Mielenterveyspotilaiden hoitomahdollisuudet ovat heikentyneet ja on puhuttu jopa suoranaisesta heitteillejätöstä. 1980-luvun mielisairaanhoidon rakennemuutoksen tavoite hoidon painopisteen siirtäminen avohoitoon toteutettiin laitospaikkojen tuntuvalla vähentämisellä. Riittävää henkilöstön ja muiden voimavarojen siirtämistä avohoitoon ei kuitenkaan toteutettu. Myöskään tavoitteena ollut mielenterveyspalveluiden monipuolistaminen ei ole toteutunut. (Taipale 1996.)

Uusi markkinoiden eetos eli tulosvastuuajattelu ja kilpailuttaminen pyrkivät antamaan tilaa valintoja tekeväälle, itsenäiselle ja oikeuksistaan tietoiselle subjektille (Rose 1995, 37, 54). Lainsäädännön, tavoite- ja toimintaohjeiden sekä laatusuositusten pyrkimyksenä voidaan nähdä kansalaisten oikeuksien vahvistaminen. Kuntalaisen, asiakkaan ja potilaan asemaa pyritään edelleen turvaamaan lainsäädännöllisin keinoin (Suomen Perustuslaki 731/1999, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 784/1992 ja 857/2004, Laki sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja asemasta 812/2000, Mielenterveyslaki 1423/2001, Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989 ja 856/2004, Kansanterveyslaki 66/1972 ja 855/2004, Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn turvaamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004). Kaikki nämä juridiset selkiennyttämiset lainsäädännössä sekä toiminnan laatusuosituksia ovat varmistamassa asiakkaan ja potilaan asemaa ja omalta osaltaan mahdollistamassa myös asiakaslähtöisyys- näkökulman parempaa huomioon ottoa. Tarvitaan kuitenkin syvempää perehtymistä julkisen vallan asiakaslähtöisyyden kannanottoihin, jotta voidaan määritellä, minkälaista asiakaslähtöisyyttä niissä tavoitellaan.

Asiakaslähtöisyyden arvoperusta

Asiantuntijuuden muutos

Muuttuva aika, talouden, politiikan ja moraalin uudet määrittelyt, edellyttävät profesioilta uudenlaisia tulkintoja ja toimintamalleja. Muutospaineet kohdistuvat asiantuntija-ammattien toimintakäytäntöihin ja ajattelutapoihin. Moderni professionaalinen tiedonolemus vaatii ylhäältä alaspäin suuntautuneen asiantuntijuuden tilalle vaakasuoraa, horisontaalista asiantuntijuutta. (Mutka 1998, 11, 46; Launis 1997.) Horisontaalisessa asiantuntijuudessa pyritään tietoisesti reviirien purkamiseen ja asiantuntemusten välisten rajojen ylittämiseen (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 9). Uudenlainen asiantuntijuuden kehittäminen on haaste, jossa asiantuntijoiden tulee pyrkiä löytämään ja hyödyntämään asiakkaiden voimavaroja vikojen etsimisen sijaan. Tällainen asiantuntijuus on moninäkökulmaista. (Riikonen 2001, 162-172.)

Monimutkaistuva todellisuus on kyseenalaistanut asiantuntijatiedon mahdollisuudet löytää kysymyksiin vastauksia. Enää ei myöskään uskota yhden asiantuntijan kykyyn vastata asiakkaan palvelutarpeeseen vaan tarvitaan moniammatillista ja verkostoituvaa osaamista. Puhutaan myös reflektiivisestä asiantuntijuudesta. Reflektiivisessä asiantuntijuudessa työntekijöillä on kysyvä asenne työtään ja elämäänsä koskevaan tietoon, jolloin ammatillista toimintaa ohjaavia teorioita ja proseduureja arvioidaan uudelleen. Tieteellisen tiedon lisäksi nähdään tärkeäksi hyödyntää jokapäiväisessä työssä syntyvää ”käytännön teoriaa”. Puhutaan hiljaisesta tiedosta, joka muodostuu työssä kertyneistä kokemuksista ja erilaisiin tilanteisiin sidotuista ratkaisuista. Vuorovaikutus asiakkaiden kanssa on reflektiivisen lähestymistavan mukaan ammatillisen toiminnan ydintä. (Mutka 1998, 47.)

Asiakslähtöisen työtavan omaksuminen ja toteuttaminen on jatkuva reflektiivinen prosessi, jossa työntekijä arvioi toimintaansa (Yliruka 2003, 13). Reflektiivisessä asiantuntijuudessa ei ole kyse vain yksilön henkilökohtaisen ajattelun ja kokemusten erittelystä, vaan ajallisesti ja paikallisesti muotoutuneiden käsitteiden, oletusten ja merkitysten kriittisestä tarkastelusta (Karvinen 1993).

Asiakkaiden arvomaailmat ovat monimuotoistuneet siten, että heitä olisi mahdoton palvella universaalipalvelun keinoin. Myös asiantuntijoiden rooli on hämärtynyt, koska heillä ei enää katsota olevan strukturoitua ja universaalista tietopohjaa (Juhila 2000). Postmodernissa palvelukulttuurissa asiakslähtöinen toiminta onkin palveluiden ehdoton edellytys. Terveystieteiden alalla, erityisesti päihde- ja mielenterveyspalveluiden kohdalla, toimitaan usein liukuhaperiaatteella, jolloin asiakslähtöiseen eikä ennaltaehkäisevään toimintaan myöskään panosteta riittävästi. (Hautamäki 1997, 106.)

Asiakslähtöisyys eettisenä velvollisuutena

Asiakslähtöisyyden periaatteen noudattaminen voidaan nähdä eettisen toiminnan edellytyksenä (Sabin 1999, 293). Aito asiakslähtöisyys sisältää eettisen velvoitteen asiakkaan kohtaamisesta omana yksilönään, kokonaisvaltaisesti ja arvostaen. Tällöin asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja toiminta on aitoa ja tulevaisuuteen suuntaavaa.

Asiakasta ei nähdä työskentelyn kohteena, vaan oman elämänsä asiantuntijana ja yhteisen työskentelyn toisena osapuolena. (Kiikkala 2000, 116.)

Valtakunnallisella tasolla asiakaslähtöiseen työhön vaikuttavat yhteiskuntapolitiikassa vallitsevat arvot, normit ja periaatteet. Nämä tulevat esille lainsäädännössä ja erilaisissa toimintasuosituksissa. Demokratian tunnuspiirteenä nähdään kaikkien aktiivinen osallistuminen (Helne 2004, 97). Ihmisillä myös uskotaan olevan osallistumiseen tarvittavaa autonomiaa (mts. 95). Asiakaslähtöistä näkökulmaa korostaa myös suomalaisen kuntaorganisaation muutos hallinto-organisaatiosta palveluorganisaatioksi. Se miten sosiaali- ja terveydenhuolto määrittää oman tehtävänsä vaikuttaa asiakkaan asemaan ja rooliin. (Kananoja 1997, 110 -111.)

Työntekijän omaksuma arvopohja vaikuttaa oleellisesti siihen, miten hän toteuttaa työtään. (Cahill 1998, 126). Työntekijän omaksumat arvot ja asenteet vaikuttavat työntekoon joko tietoisesti tai tiedostamatta (Kiikkala 1999, 7). Työntekijän tulee kyetä tekemään eettisesti kestäviä ratkaisuja myös hoidon tarpeeseen, rahoitukseen ja hoitolinjoihin liittyvissä kysymyksissä. Eettisesti kestävää toimintaa voivat tukea yleisesti ja yhteisesti sovitut ohjeet (Sabin 1995, 293-295). Esimerkki tällaisista yleisesti sovitusta ohjeista on Suomessa 1.3.2005 voimaan tulleeseen hoitotakuujärjestelmään liittyvät hoitoon pääsyn kriteerit (STM - suositus hoitoon pääsystä).

Asiakkaan asema ja oikeudet lainsäädännön sisältöinä asettaa työntekijöille erityisiä eettisiä velvoitteita ja haasteita. Erityisesti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa joudutaan pohtimaan potilaan asemaa ja oikeuksia sekä hoidon eettisiä perustoja, koska psykiatrinen hoito ei aina perustu vapaaehtoisuuteen (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 31). Asiakaslähtöinen työtapa edellyttää työntekijän oman arvopohjan tarkistamista ja oman ihmisyytensä ymmärtämistä. Asiakaslähtöisen työntekijän ideaalina on olla aito, avoin, rohkea, tulevaan suuntautunut, tasapuolinen, aktiivinen ja ammattitaitoinen. (Kiikkala 2000, 119.)

Professionaalinen tieto ja etiikka ovat menettäneet universaaliuttaan ja kontekstualisoituneet uudella tavalla yksittäisiin toimijoihin ja tilanteisiin (Mutka 1998, 129). Toisaalta voidaan nähdä, että etiikan tuleekin olla keskustelulle avointa ja tavallaan myös harkinnanvaraista,

jolloin toiminnassa pyritään ymmärtämään asiakkaiden näkökulmia asettamatta mitään näkökulmaa etusijalle (Witkin 2003, 240). Voidaan kysyä voiko professioiden etiikka olla näin tilannekohtaisesti määritelty ja mitä uhkakuvia se luo. Tällaisessa uudenlaisessa etiikan määrittelyssä on vaarana kansalaisten eriarvoisuus. Asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu edellyttää ammatillisessa työssä eri professioiden yhteisesti määrittämiä eettisiä periaatteita. Ammatillisessa työskentelyssä tulee olla ohjaavina kestäviä arvoja, jotka eivät muutu tilannekohtaisessa työskentelyssä. Sosiaalityön eettiset arvot ovat suuntautuneet universalismin, individualismin ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden mukaan. Toisaalta, mikäli ei ole vaihtoehtoisia näkökulmia voi jäädä huomaamatta, miten eettiset asenteet saattavat palvella olemassa olevia institutionaalisia toimintatapoja. (Witkin 2003, 241, 242.)

Kestävänä rakenteena voidaan pitää sitä, ettei ammattiroolia (sosiaalityö) rakenneta toimenpiteistä ja tehtävistä käsin, vaan perusarvoista ja missiosta. Stephen Rose puhuu valtaannuttavasta sosiaalityöstä, jossa hän näkee työn lähtökohdan perusarvoina sosiaalisen oikeudenmukaisuuden, jokaisen ihmisen arvokkuuden ja ihmisoikeudet sekä yksilöllisen ja kulttuurisen moninaisuuden tunnustamisen. (Rose 2003, 197) Sosiaalityössä tulisi aktiivisesti pyrkiä ymmärtämään asiakkaiden näkökulmia ja huomioida ne eettisissä käytänteissä.

Myöskään Mutka (1998, 129 -130) ei pidä tarpeellisena keinona vastata professionaalisen etiikan muutoksiin ammattien yksityiskohtaisella ohjeistuksella tai normituksella, vaan hänen mielestään refleksiivinen työote on askel tällaiseen uudelleenajatteluun. Refleksiivisessä ajattelussa tulee puntaroida uudelleen ammatin sisäisiä periaatteita, ammatillisen tiedon ja käsittämisen ja moraalien ulottuvuuksia. Mutka pitää tärkeänä, että tällainen pohdinta ei tapahdu irrallaan historiallisista yhteyksistään. (mts. 130.)

Vaikka lainsäädäntö ja suositukset korostavat asiakkaan itsemääräämisoikeutta, ei vanhakantainen holhousmentaliteetti ole palvelujärjestelmästä kadonnut (Cahill 1998, 122). Asiakkaan osallistuminen voi olla myös näennäistä, mikäli toimintaa ohjaa kustannustehokkuus (Cahill 1996, 565). Kestää aikansa ennen kuin ”kollektiivinen tajunta” (se miten asioista yleisesti ajatellaan) muotoutuu muuttuneiden yhteiskunnallisten olojen mukaiseksi (Karisto 1997). Filosofiset ajattelutavan ja toiminnan muutokset tapahtuvat vasta ajan myötä (Cahill

1998). Varsinkin järjestelmä- ja sektorikohtaisesti toimivissa palveluiden kokonaisuuksissa, asiakas näyttää edelleenkin jäävän toiminnan kohteeksi subjektina olemisen sijasta (Pohjola & Hokkanen 1998).

Asiakaslähtöisyys teoreettisena käsitteenä

Asiakaslähtöisyyden käsite on vakiintumaton

Yhteiskunnalliset käsitteet ovat usein normatiivisia ja kiistanalaisia. Niiden valinta on aina myös moraalinen kysymys. Mikäli käsite on epämääräinen, sen hyödyntäminen hallinnossa ja tutkimuksessa on vaikeaa. (Helne 2004, 46, 50-77.) Sosiaalisen toiminnan pohjana olevan käsitteen tulisi olla Le Netin (1984) mukaan kypsästi ajateltu, käytännöllisten sovellutusten oikeuttama, ihmisten kompetenssia tukeva, relationaalinen ja viime kädessä poliittinen sekä uudenlaista dialogia edistävä (Helne 2004, 46-47).

Asiakaslähtöisyyden analyyseistä voidaan eritellä näkemyksiä käsitteen taustasta ja historiasta, asiakaslähtöisen työskentelyn ihmiskäsityksestä, käsitteen määrittelystä ja sen erottelusta lähikäsitteistä, asiakaslähtöisen työskentelyn edellytyksistä ja ehdotuksia asiakaslähtöisen työskentelyn onnistumiseksi. Asiakaslähtöisyydestä ei ole kuitenkaan olemassa sellaista teoreettista käsitettä, jossa kaikki käsitteeseen liitettävät ominaispiirteet tulisivat esille (Sorsa 2002, 21).

Yhteiskuntatieteellinen ja hoitotieteellinen asiakaslähtöisyyden tutkimus painottaa eri seikkoja. Kansainvälisissä keskusteluissa asettuvat vastakkain ihmistieteellinen, asiakkaan ja henkilökunnan vuorovaikutusta korostava näkökulma ja monitieteellinen, laajempaa auttamismenetelmien hyödyntämistä ja prosessinäkökulman mukaisesti etenevää toimintaa painottava psykososiaalinen näkökulma (Kokko 2004, 139-140). Psykososiaalinen näkökulma edellyttää näyttöön perustuvaa toimintaa ja sitä pidetään medikalistiseen ajattelutapaan pohjautuvana. (mt.) Hoitotieteellisissä asiakaslähtöisyyden/potilaskeskeisyyden tutkimuksissa korostuu ja sekoittuu usein holistinen lähestymistapa (bio-psyko-sosiaalista näkökulmaa), hoidon moniammatillisuus, potilaan osallistuminen päätöksen tekoon sekä hoitosuhteen

arvoperusta (Mead & Bower 2000; Bensing 2000; Little, Williamson, Warner, Moore, Goulg, Ferrier & Payne 2001; Sorsa 2002; Kokkola ym. 2002; Latvala 1998). Keskeisiä asiakaslähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen tarkastelukohteita ovat myös laadun parantaminen, tehokkuus ja vaikuttavuus terveydenhuollossa (Lutz & Bowers 2000; Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 5). Yhteiskuntatieteelliset tutkimukset korostavat asiakastyön vuorovaikutuksen sisältöjä ja asiakkaan ja työntekijän voimaantumista sekä organisatoris-hallinnollisia seikkoja (Mönkkönen 2001a; Mönkkönen 2001b; Kostamo-Pääkkö 2001; Pohjola 1999; Piirainen 1999).

Asiakaslähtöisyyden käsitettä on pyritty selvittämään eri lähtökohdista. Olen koonnut taulukkoon 1 tutkimukseni kannalta keskeisiä asiakaslähtöisyyden lähestymistapoja ja niiden pohjalta tehtyjä tutkimuksia vuosilta 1996 - 2004. Asiakaslähtöisyyden käsitettä on pyritty määrittelemään asiantuntijoiden kertomusten (Kostamo-Pääkkö 2001; Sorsa 2002; Kokkola ym. 2002, Mönkkönen 2001a; Latvala 1998; Latvala 1996), kirjallisuusanalyysin (Sorsa 2002; Kokkola ym. 2002; Mead & Bower 2000; Bensing 2000) ja asiakkaiden kokemuksen näkökulmasta (Kostamo-Pääkkö 2001; Seppänen 2003; Kokko 2003; Latvala 1996; Latvala 1998, Mönkkönen 2001a; Little, Williamson, Warner, Moore, Goulg, Ferrier & Payne 2001). Myös mielenterveyspotilaiden kokemukset ovat alkaneet kiinnostaa yhä enemmän (Kostamo-Pääkkö 2001; Latvala 1996; Latvala 1998; Ristaniemi 1997; Kokko 2004). Usein tutkimuksissa on yhdistetty erilaisia tiedonhankinnan menetelmiä. Asiakaslähtöisyyttä tutkittaessa metodeina on käytetty kirjallisuusanalyysia ja kyselytutkimuksia (Little, Williamson, Warne, Moore, Goulg, Ferrier & Payne 2001), haastatteluja (Latvala 1996; Latvala 1998; Ristaniemi 1997; Kokko 2004), osallistuvaa havainnointia ja eläytymismenetelmää (Mönkkönen 2002a, Latvala 1998), elämäntarinoita (Seppänen 2003) ja osallistavaa toimintatutkimusta (Kokkola ym. 2002; Ellis 1999).

Taulukko 1. Asiakslähtöisyyden keskeiset lähestymistavat ja niiden pohjalta tehtyjä tutkimuksia

Asiantuntijoiden kertomukset	Kirjallisuusanalyysi	Asiakkaan kokemukset
Kostamo-Pääkkö, K. 2001 Sorsa, M. 2002 Kokkola, A. ym.2002 Mönkkönen, K. 2001a Latvala 1998 Latvala 1996	Sorsa, M. 2002 Kokkola, A. ym. 2002 Mead, N. & Bower, P. 2000 Bensing, J. 2000 Little, P., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001	Kostamo-Pääkkö, K. 2001 Seppänen, J. 2003 Kokko, R-L. 2003 Kokko, S. 2004 Latvala, E. 1996 Latvala, E. 1998 Mönkkönen, K. 2001a Little, P., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001

Palvelujärjestelmät ovat lanseeraneet asiakslähtöisyyden käsitteen talouselämästä. Tämän vuoksi asiakslähtöisyyttä sävyttää markkinasuuntautunut palveluiden kehittäminen. (Karvinen 1996, 52.) Palvelujärjestelmät pyrkivät ohjautumaan asiakslähtöisyyden periaatteen mukaan ja tekemään samalla kustannusrationaalisia ratkaisuja. Palvelujärjestelmien osin ristiriitaiset tavoitteet tuottavat mielestäni skitsofreenisen tilanteen.

Huolimatta palvelujärjestelmissä käytetystä yhteisestä asiakslähtöisyyden käsitteestä sen merkitykset saattavat olla erilaiset. Mielestäni asiakslähtöisyyden määrittelyssä tarvitaankin eri tieteenalojen määrittelyitä, koska moniammatillisen työn asiakslähtöisyyden määrittely ei voi perustua yhden tieteenalan määrittelylle. Useammat lähestymistavat avaavat ilmiön eri puolia antaen monipuolisemman kuvan ilmiöstä ja siihen liittyvistä käsitteistä.

Asiakslähtöisyyteen liittyviä käsitteitä ovat asiakaskeskeisyys, asiakkaan näkökulma, asiakasnäkökulma, asiakasjohtoisuus, asiantuntija-suhde, potilaslähtöisyys, kuntoutujalähtöisyys, kumppanuusasiakkuus, yhteistyösuhde, asiakkaan määrääminen, dialogisuus, yhteistoiminnallisuus ja osallisuus (Sorsa 2002, 41). Asiakslähtöisyyden englanninkielisiä vastineita ovat client-focused, client oriented ja patient centered care (Kokkola ym. 2002, 16). Mielenterveyttä käsittelevä kirjallisuus käyttää myös termejä user led services, more personalised, user perspective ja personalisation (Rankin 2004, 6-8) sekä user involvement ja self-determination (Hansen, Halting, Lidal & Ruud 2004, 292, 295).

Asiakaslähtöisyyden käytännön toteutumisessa nähdään heikkouksia sekä asenteellisella että käytännön tasolla. (Mead & Bower 2000; Maaniittu, Päivärinta & Kiikkala 2002.) Asiakkaan voimaantumisen sijasta toimintatavat saattavat lisätä asiakkaan avuttomuutta ja riippuvuutta. Tässä yhteydessä voidaan puhua järjestelmän kontrollista ja leimautumisesta vajaakuntoisuuden vuoksi. Varsinkin psyykkisesti sairaan henkilön mahdollisuudet päästä eroon poikkeavan leimasta on vaikeaa, koska erilaiset leimasta vapautumiseen tähtäävät toimenpiteet näyttävät enemmän heikentävän kuin parantavan tilannetta. (Järvikoski 1994, 46-47.)

Asiakaslähtöisyyden käsitettä pidetään myös vakiintumattomana eikä sen sisällöstä ja määrittelystä ole keskustelu riittävästi. (Maaniittu ym. 2002, 34.) Mika Ala-Kauhaluoma (2000, 13-18) näkee, että teorian tuleekin olla vakiintumaton, koska asiakaslähtöisyys määritellään aina uudelleen asiakkaan ja työntekijän välisessä dialogissa. Asiakaslähtöisyyden käsite voidaan kokea sisällöltään heikosti määriteltynä vesittyneenä. Voidaan myös nähdä, että ainoastaan asiakkaalla on mahdollisuus toimia aidon asiakaslähtöisesti, koska samalla kertaa voi istua vain toisella puolella pöytää, joko asiantuntijana tai asiakkaana. (mt.) Tavoite asiakaslähtöisyyden käsitteen konstruointiin voi myös olla postmodernin ajan tarve luoda käsitteitä määrittelemällä tiettyä turvallisuuden tunnetta (vrt. Helne 2004, 38).

Jopa asiakaskeskeisen retoriikan avulla saatetaan uusintaa asiantuntijavaltaa (Mönkkösen 2001a, 443). Tällöin asiakkaan täysivaltainen vastuullisuus ja asiantuntijavalta peittyvät (Mönkkönen 2002b, 81; Mönkkönen 2001b, 125). Kaarina Mönkkönen ei näe asiakaslähtöisyyden sisältävän sellaista vuorovaikutusta, jota hän kutsuu dialogiksi. Dialogisuus sisältää tällöin vastavuoroisuuden, tasavertaisuuden ja yhteisen ymmärryksen rakentumisen (Mönkkönen 2002b, 12). Asiakaskeskeistä näkökulmaa on myös vaikea kyseenalaistaa, koska se asettuu vaihtoehtoiseksi näkökulmaksi järjestelmäkeskeisyydelle ja asiantuntijavallalle (Mönkkönen 2001b, 128).

Asiakaslähtöisyyden käsite on epäkypsä ja vasta muotoutumassa. Siihen, että asiakaslähtöisyyttä on alettu kehittämään laadunhallintaa kehittämällä, liittyy vaara, että näin etäännyttäen terminologiassa ja keskustelussa asiakkaan näkökulmasta ja asiakaslähtöisyys

muovautuu näennäiseksi, palvelen pikemminkin terveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestelmän intressejä kuin asiakasta. (Sorsa 2002, 67.) Myöskään yleistyneitä laadunhallintaan liittyviä potilastyytyväisyyskyselyitä ei voida pitää asiakaslähtöisen toiminnan toteutumisen mittareina, koska ne antavat usein harhaanjohtavan kuvan. Niissä ei välttämättä huomioida myöskään asiakkaiden kokemuksia eri ammattiryhmistä.² Tyytyväisyyskyselyillä on myös taipumus tuottaa samantyyppisiä vastauksia ja jakaumia. Useimmiten saadaan tulokseksi 80 %:n tyytyväisyys. Tällainen ylityytyväisyys kertoo tyytyväisyyskulttuurin olemassaolosta. Tyytyväisyys mittarina on epämääräinen, epäluotettava ja jäsentymätön. Yleensä tyytymättömät asiakkaat jättävät lomakkeen palauttamatta. Tyytyväisyyden sijaan kannattaa mieluummin kartoittaa asiakkaiden palvelujen käytön konkreettisia kokemuksia. (Salmela 1997, 14-15.)

Muutamia asiakaslähtöisyyden näkökulmia

Asiakaslähtöisyys yhteistyösuhteena

Asiakassuhteen muuttuminen yhteistyösuhteeksi edellyttää asiantuntijahierarkian purkamista. Asiantuntijahierarkian purkamisen yhtenä edellytyksenä on asiakkaan omakohtaisten kokemusten nostaminen palveluiden arvioinnin lähtökohdaksi (Pohjola 1997, 175, 180-181). Kuntoutuksen alueella puhutaan kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden ja toimenpidekokonaisuuden määrittelystä pyrkimyksenä korostaa kuntoutujan autonomiaa ja osallistumista (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 18). Peruspalveluiden ja mielenterveystyön näkökulmasta tehdyssä kirjallisuusanalyysissä asiakkaiden ilmaisemien tarpeiden, odotusten ja toiveiden sekä yksilöllisen elämäntilanteen huomioon merkitys nähtiin oleellisena palveluita kehittäessä sekä tärkeänä laadunhallinnan osatekijänä. Palvelujärjestelmät uskovat laadun parantamisen kautta pääsevänsä myös kustannussäästöihin. (Sorsa 2002, 27-35.)

² Vertaa Stakesin laatima potilastyytyväisyyskysely: Sairaalahoito laatu: potilaan näkökulma ja Polikliinisen hoidon laatu, joka toteutettiin ensimmäistä kertaa vuonna 2001 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Potilastyytyväisyyskyselystä puuttui kohdassa Sairaalahoito laatu: Potilaan näkökulma kohdassa muu henkilökunta sosiaalityöntekijöiden tärkeä ammattiryhmä. Sama lomakepohja on edelleen vuonna 2005 käytössä. (Raportti HUS ja LOHJA 3.4.2002 / 19.7.2002.)

Myös viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana mielenterveystyötä ohjaava eetos on muuttunut merkittävästi. Vielä 1980-luvulla asiakkaat kutsuttiin harvoin yhteiseen kuntoutusneuvotteluun. Nykyään palveluilta odotetaan persoonallisempaa otetta, jossa palveluiden käyttäjillä ja heidän omaisillaan on merkittävämpi rooli. Persoonallisempi työote tarkoittaa asiakkaan kumppanuutta ja uudenlaista vastuunottoa hoidostaan. Asiakkaiden osallistuminen kuntoutuksensa ja hoitonsa suunnitteluun nähdään myös lisäävän heidän hoitoon sitoutumistaan. Puhutaan uudesta psykiatrian agendasta, käyttäjälähtöisistä palveluista, joissa parempien palveluiden tuottamiseksi huomioidaan asiakkaiden kokemukset. Uuden agendan tavoitteena on tuottaa persoonallisempia palveluita ja integroida syrjäytyneitä paremmin yhteiskuntaan. (Rankin 2004, 6-7.)

Yhteistyösuhteen mallissa pyritään toimimaan potilaan lähtökohdista käsin. Työskentelyn lähtökohdiana ovat potilaan ilmaiset odotukset. Yhteistyösuhteen tavoitteena nähdään potilaan auttaminen, hänen elämäntilanteensa lisääminen ja mahdollisuuksien näkeminen. Näihin tavoitteisiin päästään henkilökunnan ja asiakkaan välisten yhteistyösopimusten avulla. (Munnukka 1993, 89, 97, 100.) Asiakaslähtöisen työskentelyn edellytyksenä tulee olla jaettu päätöksenteko. Varsinkin asiakkaan tukipalveluiden tulisi olla asiakaslähtöisiä ja yhdessä suunniteltuja. Asiakkaan todelliseen päätöksentekoon osallistumisen nähdään lisäävän hoitoon sitoutumista ja edistävän myös terveyttä. (Lawthersin, Pransky, Peterson & Himmelstein 2003, 292.) Puhutaan myös katalyyttisestä ja ymmärtävästä hoitotyöstä, jossa työntekijän ja asiakkaan välisessä yhteistyössä pyritään löytämään potilaan selviytymisen resursseja (Janhonen 1993).

Yleislääkärin vastaanoton potilaille kohdistetussa kyselytutkimuksessa vuorovaikutus ja yhteistyö koettiin keskeisiksi potilaslähtöisyyden tekijöiksi (Little, Williamson, Warner, Moore, Gougl, Ferrier & Payne 2001.) Laadullisin menetelmin toteutettujen tutkimusten kirjallisuuskatsauksen perusteella asiakkaat ovat kuvanneet onnistunutta yhteistyötä ihmisyytenä (lämpö, arvostus, empaattisuus), riittävänä tiedonsaantina, ajan saamisena, yksilöllisyytenä ja päätöksiin vaikuttamisena. Onnistuneen yhteistyön nähdään vaikuttavan potilaan terveydentilaan, tyytyväisyyteen ja selviytymiseen. (Mead & Bower 2000, 1087 - 1110.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kirjallisissa kuvauksissa (Sorsa 2002)

asiakaslähtöisen työtavan toteutumisesta työntekijät eivät nähneet asiakaslähtöiseksi työtavaksi ainoastaan asiakkaan toiveiden, tarpeiden ja odotusten mukaista toimintaa.

Asiakaslähtöisyytenä ei nähty ainoastaan asiakkaan toiveiden yksipuolista toteuttamista, vaan siihen kuului myös asiakkaan tarpeen mukainen rajoittaminen. Rajoittamistoimet tulivat esille erityisesti mielenterveyspotilaiden ja lastensuojeluasiakkaiden kohdalla. Tutkimuksessa rajoittaminen nähtiin empatiana asiakasta kohtaan. Työntekijöiden näkemys poikkesi tältä osin tehdyn kirjallisuusanalyysin määritelmästä. Tehdyssä kirjallisuusanalyysissä asiakkaisiin kohdistuvia rajoittamistoimia ei nähty asiakaslähtöisyyden sisällöiksi. (Sorsa 2002, 57 -63; vrt Ala-Kauhaluoma 2000, 15.)

Tavoitteiden asettaminen on käytännössä osoittautunut yhdeksi asiakaslähtöisyyden toteuttamisen vaikeimmaksi osa-alueeksi. Asiakaslähtöisyydeksi onkin nimitetty toimintaa, jossa pyritään vastaamaan ammatillisesti potilaan hoidon tarpeisiin (Borkan, Hermoni & Biderman 1995). Työntekijöiden ja asiakkaiden maailma saattaa olla toisilleen vieras ja asiakkaan rationaalisuus eri kuin työntekijän rationaalisuus. Usein käytännön työssä liikutaan lähellä manipulaatiota ja suostuttelua. Asiakkaan ei ole myöskään aina helppo kertoa todellista näkemystään ja hänen vaikuttamismahdollisuutensa saattaa olla näennäinen (Cahill 1996, 565). Työntekijät voivat myös kokea manipulaatiota asiakkaiden taholta (Kokkola ym. 2002, 39 -50).

Minna Sorsa muotoili tekemänsä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä käsittelevän kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksensa empiirisen osuuden perusteella mielestäni onnistuneen asiakaslähtöisyyden määritelmän (Sorsa 2002, 68). Sorsan asiakaslähtöisyyden määritelmä lähtee työn periaatteista ja arvoista. Huolimatta siitä, että määritelmä lähtee yksittäisen asiakkaan tilanteesta, on se suhteellisen laaja pitäen sisällään myös moniammatillisen työskentelyn sekä organisaation että sen antaman tuen.

”Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Asiakaslähtöisyys ilmenee sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on yhteistyösuhde, jota luonnehtivat dialoginen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa. Yhteistyön tavoitteena on voimaantumisen. Asiakas ja työntekijä tuovat tilanteeseen ainutlaatuisen ihmisyytensä. Asiakaslähtöisyys merkitsee työskentelyä eri organisaatioiden rajapinnat ylittäen siten, että asiakas saa

tarvitsemansa apua ja tukea. Asiakaslähtöinen työ edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa käytännön eri tilanteissa ja toimintaa, joka muuttuu ja joustaa asiakaskohtaisesti.” (Sorsa 2002, 68.)

Määritelmä kuvaa hyvin asiakaslähtöisyyden arvopohjaa ja käytännön toimintaa, mutta sen puute on rakenteellisten ehtojen huomiotta jättäminen. Sorsan määritelmässä asiakaslähtöisyys jäi liiaksi yksilölliselle tasolle. Hän on kylläkin maininnut tutkimuksensa rajauksessa poliittisen päätöksenteon tason jäävän kokonaan tutkimuksesta ulkopuolelle (Sorsa 2002, 39).

Asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa on kuitenkin monia reunaehtoja muun muassa ammattikuntien periaatteet, johtamisperiaatteet sekä poliittisten päätöksentekijöiden halu ja mahdollisuudet myötävaikuttaa aidon asiakaslähtöisen politiikan toteuttamiseen. Mielestäni asiakaslähtöisyyden määritelmä tarvitseekin laajemman käsittelykulman. Määritelmään tulisi liittää arvopohjan ja käytännön toiminnan lisäksi yhteiskunnallisten ja ammatillisten reunaehtojen analyysi. Tällöin määritelmä avaisi yhteistyösuhdetta laajemmin. Sorsa kritisoi itse työtään siitä, että työn alussa asetettu palveluiden ja mielenterveyden näkökulma jäi työssä valitettavan vähäiseksi. Hän kritisoi myös sitä, että asiakaslähtöisyyttä kuvaava kirjallisuus ei juuri pohdi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyön tarkoitusta ja päämääriä. (mts. 70.)

Asiakaslähtöisyydestä käytetään myös termiä *yhteistoiminnallinen hoitotyö*.

Yhteistoiminnallinen hoitotyö voidaan nähdä yhteistyösuhteen synonyymina. Eila Latvala havainnoi psykiatrisessa laitospäristössä hoitotyötä sekä haastatteli hoitajia, hoitoyön opiskelijoita ja potilaita. Hän tunnisti erilaisina hoitotyön malleina yhteistoiminnallisen, kasvattavan ja varmistavan hoitotyön. (Latvala 1998, 49-54). Tutkimuksessa tuotettiin potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli, jossa yhteistoiminnalliset hoitotaidot olivat edellytyksenä potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamiselle. Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä hoidon tarve määrittyy yksilöllisesti, hoidon tavoite on yksilöllisten resurssien mukainen muutos ja auttamismenetelminä ovat yhteistyö, dialogi ja toiminannalliset menetelmät. Mallin mukaan on tärkeätä löytää ja käyttää potilaan yksilöllisiä resursseja, jolloin potilaan rooli osallistujana on vastuullinen. (mts. 63 -65.) Myös Sorsan tutkimuksessa korostui asiakaslähtöisyyden lähtökohtana asiakkaiden oma vastuullisuus ja aktiivisuus tilanteen muuttamisessa. (Sorsa 2002, 75). Latvala totesi aineiston sisällön analyysin perusteella

potilaiden ja hoitajien kommenteista, että 13 % lausumista ilmensi yhteistoiminnallista hoitotyötä, 37 % kasvattavaa ja 50 % varmistavaa hoitotyötä (Latvala 1998, 63).

Latvalan (1998) tutkimuksen tulokset psykiatrisen sairaalan toimintaorientaatiosta olivat samansuuntaisia kuin Kaisa Kostamo-Pääkön (2001) tutkimuksen tulokset mielenterveyden avohoidon toteuttamisesta. Latvalan tutkimuksen mukaan psykiatrisessa laitoksessa toimitaan valtaosin asiantuntijalähtöisesti (87 %). Myös Kostamo-Pääkön mukaan mielenterveyden avohoito toimii asiantuntijalähtöisesti. Latvalan näkökulma ei kuitenkaan ole kriittinen kuten Kostamo-Pääkön. Latvala ei pohdi psykiatrisen hoitokulttuurin muutosten reunaehdoja, mutta toteaa, että hoitotieteellisen tietopohjan kehittyminen on näkynyt hitaasti käytännön työssä (Latvala 1998, 25).

Asiakaslähtöisyys prosessina

Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä prosessina, jossa asiakas saa ammatillista apua kohdatakseen sairauden ja analysoidakseen sitä löytääkseen vähitellen voimavaransa ja selviytyäkseen sairauden kanssa. Tässä on oleellista voimavaratietoisuuden lisääntyminen, joka johtaa itsevastuun kasvamiseen. (Latvala 1998, 31 -33.) Mielenterveyskuntoutuksen yhteydessä on tässä yhteydessä puhuttu Cambridgen-mallista. Cambridgen-malli voimavarakeskeisenä ja ratkaisukeskeisenä prosessimallina, korostaa kuntoutujalähtöisyyttä. Cambridgen-mallin ytiminä ovat asetetut tavoitteet, vastuullinen auttajasuhde, moniammatillinen toimintatapa, vertaistuki, kuntoutujan kykyihin keskittyminen, kuntoutukselle asetetut haasteet, omavastuisuuden kehittyminen ja tuloksen arviointi (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 16, 45).

Asiakaslähtöisyyden prosessiluonteen vuoksi asiakaslähtöisyyden toteuttamiselle voidaan määritellä välttämättömät elementit. Tällaisia elementtejä ovat omatyöntekijän ohella työyhteisö sekä johtajat asiakaslähtöisen työskentelyotteen ja työntekijän kasvun tukemisen mahdollistajina. Asiakaslähtöisyyden prosessi voidaan nähdä perustuvan eettiseen velvoitteeseen, ihmiskäsitykseen, vastuulliseen välittämiseen, kunnioitukseen, yhdenvertaisuuteen, rehellisyyteen, jatkuvuuteen sekä intuitioon. Tällöin asiakaslähtöisyys

nähdään dialogina, reflektiivisenä asiakkaan ja työntekijän välisenä prosessina, jossa tavoitteena on yhteisten ratkaisujen löytäminen. Tällainen prosessi sallii epävarmuuden sekä tietoon että tavoitteisiin nähden. (Kokkola ym. 2002, 50 -51.)

Asiakaslähtöisyys käytäntönä sisältää erilaiset muuttuvat ja vaihtelevat tilanteet, joissa asiakkaan ja työntekijän yhteistä ymmärrystä ei ole aina helppo löytää. Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä kykenee muuttamaan sopimattomaksi osoittautunutta suunnitelmaa. Usein asiakaslähtöisyyden toteuttamisen vaikeus liittyy organisaation toimintatapoihin, joita ei myöskään aina osata kyseenalaistaa. (Kokkola ym. 2002, 51-52.)

Tutkimukset ovat tuoneet esille ongelmia asiakaslähtöisessä johtamisessa. (Kostamo-Pääkkö 2001, 48-51; Kokkola ym. 2002). Esimiehen ja työntekijän välinen vuorovaikutus on nähty erityisenä haasteena asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa. Erityisesti tulosjohtamisen tulostavoitteineen ja aikanormeineen on nähty olevan ristiriidassa asiakaslähtöisyys- periaatteen kanssa. (Kokkola ym. 2002.) Yhteistyösuhteiden kehittämisessä on nähty tärkeiksi koko organisaation tuki ja esimiestahon käytännön toimet. (Sorsa 2002, 51-51).

Asiakaslähtöisyys on määritelty prosessiksi myös mielenterveyssektorin avopalveluihin kohdistuneessa tutkimuksessa, jossa asiakaslähtöisyys nähtiin keinona päästä johonkin tavoitteeseen (Kostamo-Pääkkö 2001). Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään palvelujärjestelmän murrosta ja siinä esiin tulevia mikrotason yhteiskunnallisia muutoksia. Tähän näkökulmaan kytkeytyi taloudelliset realiteetit sekä ideologiset palvelutoimintaa koskevat ajattelutapojen muutokset. Tutkimuksessa analysoitiin paikallisen palvelujärjestelmän muotoutumista. Lisäksi tarkasteltiin case- toimijatasolla psykiatrisen palveluyksikön muotoutumista. Tutkimuksessa ei pyritty varsinaisesti määrittelemään asiakaslähtöisyyttä vaikka tutkimuksen orientaatio oli asiakaslähtöinen. Tutkimuksessa analysoitiin niitä merkityksiä, jotka jäsentyvät paikallisessa mielenterveyssektorin toimijajärjestelmässä toimijoiden näkökulmasta. Raportti loi sangen synkeän kuvan mielenterveyspotilaiden asemasta. Mielenterveyspotilaiden nähtiin olevan vailla oikeuksia, riittäviä tukimuotoja ja vailla kohtuullisia palveluita. Edellä mainitun vuoksi heidän oli vaikea selvittää laitoshoidon ulkopuolella. Mielenterveyssektorin päätökset eivät myöskään olleet riittävän julkisia ja

kriittisille kommenteille avoimia. (mts, 3. 96) Kostamo-Pääkkö näkee mielenterveyssektorilla vallitsevan eräänlaisen vaikenemisen ja hiljaisuuden kulttuurin. Mielenterveysongelmien ympärillä oleva hiljaisuus, syyllisyys ja häpeä tulisi hänen mielestään purkaa. Kostamo-Pääkkö on samoilla linjoilla aikaisemmin luodun psykiatrisen potilaan profiilin kanssa (Taipale 1997; Särkelä 1993, 153-165).

Mielenterveyspotilaiden palveluissa on edelleen ongelmia eikä asiantuntijaroolien muutokset välttämättä muuta tilannetta. Tutkimuksissa on todettu, että palveluiden käyttäjiltä puuttuvat oikeudet hoito- ja palvelusuunnitelmiin eikä heillä ole laajoja oikeuksia itse järjestää palveluita. Monet näkevät myös, että mielenterveyspotilailla ei ole vahvoja järjestöjä tukena. Kaisa Kostamo-Pääkön mukaan potilas kokee olevansa vapaa niin kauan kuin on laitoksessa, vaikka laitosten todellisuutta määrittävät mielenterveyslaki, poliitikkojen ja viranomaisten ymmärtämättömyys, byrokraattiset pakotteet ja varojen puutteellisuus. Voidaankin kysyä, miten asiakkaat oikeasti otetaan huomioon? (Kostamo-Pääkkö 2001, 123, 180.) Psykiatrisissa laitoksissa käytetään valtaa, mutta viimeistä valtaa osoittaa se, onko laitoshoidoa ylipäätään saatavissa.

Asiakaskeskeinen orientaatio/ dialoginen vuorovaikutusorientaatio

Puhutaan myös asiakastyön asiakaskeskeisestä ja dialogisesta vuorovaikutusorientaatiosta. Asiakaskeskeinen orientaatio lähtee asiakkaan tarpeista ja konstruktioista. Työntekijä mahdollistaa asiakkaalle foorumin, jossa tämä voi reflektoida asioitaan. Työntekijällä on neutraalin auttajan empaattinen positio. Dialoginen näkökulma asiakastyöhön on yksi mahdollinen tapa jäsentää asiakastyötä eikä se ole vielä levinnyt kovin laajasti puhetapoihin ja käytäntöihin. (Mönkkönen 2002a, 42-48.)

Yhteistyötä voidaan kuvata dialogisena orientaationa, vastavuoroisena suhteena tapahtuvana vuorovaikutuksena. Siinä osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja vuorovaikutus tapahtuu molempien osapuolien ehdoilla tavoitteena saavuttaa yhteinen ymmärrys. (Mönkkönen 2002a, 45.) Monet tutkijat (esim. Shotter 1997; Buber 1993) ovat kuitenkin sitä mieltä, että yhteisen ymmärryksen saaminen ei ole mahdollista, koska vuorovaikutuksen osapuolet tulkitsevat asioita oman

henkilöhistoriansa ja kokemustensa kautta. Liialliseen yhteisymmärrykseen pyrkivä keskustelu saattaa myös jättää keskustelun ulkopuolelle todelliset ristiriidat ja näkemyserot (Juhila 2001, 105-130). Tässä yhteydessä käytetään myös käsitettä moniäänisyys, joka tarkoittaa asiakkaan ja työntekijän erilaisten näkemysten sallimista (Mönkkönen 2002a, 47).

Dialogin tavoite on jaettu käsitys asioista sekä ratkaisuvaihtoehdoista (Ala-Kauhaluoma 2000, 14-15). Mönkkönen ja Ala-Kauhaluoma käyttävät hieman erilaisia käsitteitä määritellessään dialogisuutta. Mönkkösen käyttämä dialogin moniäänisyys ja Ala-Kauhaluoman eri ratkaisuvaihtoehdot voidaan nähdä tarkoittavan samaa asiaa. Parhaimmillaan dialogissa tuleekin esille uusia ja luovia ratkaisuja (Janhonen 1999, 336). Uusia ratkaisuja pohditaan ja vertaillaan yhdessä. Dialogiin sisältyy aina mahdollisuus tarkistaa mielipiteitä ja muuttaa suuntaa. Myös Ulla Mutkan (1998, 47) mukaan vuorovaikutus asiakkaiden kanssa on reflektiivisen toiminnan ydintä. Vuorovaikutuksessa pyritään kohtaamaan ja ratkaisemaan konflikteja ja tekemään sopimuksia asiakkaiden ja työntekijöiden kesken. Tasavertainen vuorovaikutussuhde edellyttääkin asiantuntijahierarkian purkamista ja suhteen muuttumista yhteistyösuhteeksi (Kokkola ym. 2002, 21). Perinteisessä asiantuntijamallissa yhteistoiminnallisen mallin suosimista on pidetty epäammattimaisena (Mönkkönen 2001a, 442).

Keskeistä dialogisessa suhteessa on se, syntykö yhteisen hämmästyksen hetkiä, tilanteita, jolloin vallitsee työntekijän ja asiakkaan yhteinen hämmennys, kun kumpikaan ei tiedä (Mönkkönen 2001a, 442-445). Yhteinen hämmennys antaa tilaa inhimillisyydelle ja ihmisyydelle ja on omiaan synnyttämään asiakassuhteeseen luottamusta (Metteri 2003a, 102). Dialogi ei synny pelkillä vuorovaikutustaidoilla, vaan se vaatii oikeutuksen. Tällainen oikeutus rakentuu pikkuhiljaa asiantuntijakeskeisen ja asiakaskeskeisen position kautta. (Mönkkönen 2002a, 42-48.)

Asiakaslähtöisyys merkityksellisenä osallisuuden kokemuksena

Kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhdetta voidaan kuvata käsitteillä merkityksellinen osallisuuden kokemus, täysivaltainen osallistuminen ja luottamus. Osallisuuden kokemus rakentaa luottamuksen syntymistä. Pelkkä osallistuminen ei kuitenkaan takaa osallisuuden

kokemusta. Osallisuuden kokemus edellyttää vastavuoroisuutta ja yhteistoiminnallisuutta. (Metteri 2003a, 4,12, 92.) Yhteistoiminnallisuus tuo asiakassuhteeseen uudenlaista voimaa, jonka kautta sekä asiakas että työntekijä vahvistuvat (Metteri 2003a, 102; Mönkkönen 2002a, 47). Tällainen toiminta luo vaateita sekä asiakkaalle että työntekijälle. Asiakkaalta odotetaan avointa odotusten ilmaisua ja työntekijältä herkkyyttä tunnistaa asiakkaan tilannetta ja valmiutta muuttaa toimintaansa asiakkaan toivomusten suuntaisesti. (Kokkola ym. 2002, 22.) Viranomaisten on myös luotettava asiakkaan voimavaroihin ja sitouduttava pitkäjänteisesti uusien mahdollisuuksien etsimiseen (Metteri 2003a, 102).

Asiakkaan ja asiantuntijan kohtaamisessa osallisuus syntyy avoimelle vuorovaikutukselle rakentuneessa yhteistoiminnassa. Tällöin asiakas voi jakaa mielipiteensä ja kokemuksensa. Hän saa tietoa, hänen erityistilanteensa huomioidaan ja hän saa tarpeellisen tuen. Toisaalta asiakas myös haastetaan vastuullisuuteen. Tämä rakentaa asiakkaan voimavaraistumista ja suhteen vastavuoroisuutta. (Metteri 2003a, 4.)

On myös nähty, että kontrollia sisältävissä asiakassuhteissa voidaan puhua yhteistyöstä, mutta ei yhteistoiminnasta. (Mönkkönen 2001a, 440-442). Anna Metteri (2003a, 93) puolestaan näkee, että myös kontrollia sisältävissä toimeksiannoissa asiantuntijan tulee suhtautua asiakassuhteen vuorovaikutukseen siten, että asiakas säilyttää täysivaltaisuutensa ja omanarvontuntonsa. Asiakkaan tulee myös olla selvillä järjestelmän säännöistä, toiminnanperiaatteista ja tarkoituksesta (mt.). Myös Sorsan (2002, 61) tutkimuksessa tuli esille työntekijöiden kokemuksena asiakaslähtöisyyden määritelmä, joka sisälsi kontrollia.

Työskentelyn reflektiivisen arvionnin nähdään tukevan vuorovaikutussuhteen kehittymistä sekä asiakkaan voimaantumista (Ylirukan 2003, 11-13). Asiakaslähtöisen toimintatavan vaarana on kuitenkin se, että hyvistä pyrkimyksistä huolimatta toiminnan myötä saattaa käynnistyä alistamisen, hallinnan menetyksen ja ulkopuolisen kontrollin lisääntymisen kehä. (Kostamo-Pääkkö 2001, 120). Asiantuntijavaltaa saatetaan ylläpitää hyvää tarkoittaen. Tällöin valta on puettu ”hyvään retoriikkaan”. Sekä asiakas että työntekijä saattavat hyväksyä edellä mainitun position ja pitää sitä hyvänä asiakassuhteena johtuen asiantuntijakeskeisyyden vahvasta kulttuurisesta mallista. (Mönkkönen 2002a, 44.)

Kirjallisuudessa tulee esille eroja osallisuus-käsitteen ja palveluiden lähtökohdan määrittelyissä. Osallisuudesta vallitsee yksimielisyys, mutta eroja on siinä määritelläänkö se dialogiseksi vuorovaikutukseksi vai yhteistyöksi. Ajattelun eroavaisuuksia tulee esille myös siinä määritelläänkö palvelujen lähtökohdaksi asiakas, asiakkaan tarpeet, toiveet vai voimavarat. Erilaiset palvelujen lähtökohtien määrittelyt kertovat ihmiskäsityseroista. Mikäli lähtökohtana on asiakas, on tietynlainen ennako-oletus työn lähtökohdista tehty ja kuhunkin asiakkuuteen pyritään vastaamaan tietyllä tavalla. Mikäli erilaiset tarpeet ja toiveet ovat lähtökohtana, on ennako-oletuksena se, että työntekijä ja asiakas pystyvät ne määrittelemään. (Kokkola ym. 2002, 31-32.) Keskittyminen voimavaroihin saattaa syrjäyttää puheen todellisista ongelmista. Mikäli todellisia ongelmia ei kohdata on vaarana se, että niitä ei pystytä ratkaisemaan (Hurtig & Laitinen 2002, 9).

Asiakaslähtöisyys kansalaiskeskeisenä ajatteluna

Asiakaslähtöisyyttä voidaan luonnehtia kansalaiskeskeisenä ajatteluna, jonka osa-alueita ovat toimijalähtöisyys, osallisuus, yhteinen vastuu, mikrotason asiantuntijuus ja kumppanuus (Satka 1993b, 23-26). Mirja Satkan (1993b) määrittelemässä kansalaiskeskeisessä (sosiaalityön) mallissa on kuitenkin yksilölähtöisestä määrittelystä huolimatta tavoitteena yhteiskunnallisten määreiden ja sosiaalisten ongelmien paljastaminen ja paikantaminen. Tällainen kansalaiskeskeinen ajattelumalli on ristiriitainen uusliberalistisen ajattelun kanssa. Uusliberalistinen ajattelu korostaa markkinalähtöisyyttä, kilpailua, yksilön vastuuta ja makrotason asiantuntijuutta. (Pohjola 1999, 136.) Globalisoituvan maailmantalouden perustana on uusliberalistinen arvoajattelu, joka uskoo autonomisen (kuluttaja)yksilön olemassaoloon. Tällöin sosiaalisuus jotenkin katoaa ja yksilöt ovat ilman sidoksia. (Helne 2004, 42.) Asiakaslähtöisyys- käsitteen ristiriitoina voidaan nähdä sen lanseeraamat sisällöt sekä kansalaiskeskeisestä ajattelusta että uusliberalistisesta ajattelusta. Asiakaslähtöisyysperiaate näyttää yrittävän lyödä kättä molemmille ajatussuunnille. Asiakaslähtöisyys korostaa yksilön vastuuta ja päätösvaltaa, mutta sille ei sovi muut uusliberalistisen ajattelun lanseeraamat sisällöt. Markkinalähtöisyys ja kilpailu ovat vastakkaisia asiakkaan tarpeista lähtevälle palvelutoiminnalle. Yhteiskunnallinen ilmapiiri ja julkisen vallan poliittiset käytännöt ovat

ristiriidassa korostaessaan talouden näkökulmasta kilpailua, tehokkuutta ja tuloksellisuutta ja asettaessaan samalla asiakaslähtöisyyden toiminnan tavoitteeksi.

Yhteenvetoa

Lukuisat näkemykset asiakaslähtöisyydestä osoittavat käsitteen olevan vielä hajallaan. Erilaisista määrittelyistä puuttuu myös asiakkaan näkökulmasta tapahtunut määrittely. Tarvitaan sellainen asiakkaan lähtökohdista lähtevä asiakaslähtöisyyden määrittely, jossa näkemys olisi psykososiaalinen ihmisen konkreettisen ympäristön ja hänen antamansa merkityksen ja tunnemaailmansa läpäisemä. Tarvitaan sellaista asiakaslähtöisyyden määrittelyä, jossa asiakkaan tarpeet, odotukset, toiveet ja yksilöllinen elämäntilanne tulee huomioiduksi. Tällainen asiakaslähtöisyyden määrittely ei ole absoluuttinen vaan tieto on suhteessa subjektiin jatkuvasti eläen ja uutta keskustelua synnyttäen. Tähän kysymykseen pyrin tutkimustyölläni vastaamaan.

3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyspalveluiden rakennemuutos

Psykiatrisen hoitojärjestelmän muutos alkoi voimakkaimmin toteutua 1980-luvulla. Suomessa oli 1980 noin 20 000 sairaansijaa, mikä oli 4,2 promillea asukasluvusta ja lähes korkeimpia suhdelukuja maailmassa (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 20). Mielenterveystyön komitean mietinnössä (1984, 43-44) vuonna 1984 todettiin, että osa psykiatristen sairaansijojen käyttäjistä ei kuulunut psykiatrisen sairaalahoidon piiriin. Tällaisiksi henkilöiksi katsottiin pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevat vanhukset, kehitysvammaiset ja päihteiden väärinkäyttäjät (mts. 48-50). Potilaiden laitoshoidon tarve arvioitiin ja mikäli potilaan katsottiin tehdyn selvityksen perusteella tulevan toimeen ilman psykiatrista sairaalahoidoa, hänelle laadittiin kuntoutussuunnitelma sairaalasta pois siirtymistä varten. Potilaita siirrettiin terveyskeskusten vuodeosastoille, vanhainkoteihin, puoliavoimiin hoitopaikkoihin ja omiin asuntoihin. Siirtojen onnistumisesta on ristiriitaisia käsityksiä.

Psykiatrisia vuodepaikkoja on vähennetty Suomessa jo 1970-luvulta alkaen. Sairaalaapaikkojen supistaminen on alkanut Iso-Britanniassa 1950-luvulla ja Italiassa 1960-luvun puolivälissä. (Salo 1996, 299.) Vuonna 1996 Suomessa oli psykiatrisia sairaansijoja enää 1,3 promillea asukasluvusta (Aaltonen ym. 2000, 20). Taloudellisen laman myötä tapahtuneet sairaanhoitokustannusten leikkaukset kohdistuivat voimakkaimmin juuri psykiatriisiin palveluihin (Häkkinen, Asikainen & Linna 1996). Eniten psykiatrisia sairaansijoja suljettiin vuosina 1992 ja 1993 (Wahlberg & Sohlman 1993, 17-19). Mielisairaalaapaikat ovat vähentyneet 21 % vuosina 1990-1992 ja avohoidon asiakasmäärät ovat kaksinkertaistuneet vuosina 1990-1994 (Honkonen, Karlsson, Koivisto, Stengård & Salokangas 2002, 161).

Sairausajojen vähennys on sujunut suunnitelmallisesti, tosin psykiatrisia sairaansijoja on suljettu suunniteltua enemmän (Wahlbergin & Sohlman 1993, 3). Sairausajojen määrä 1,3 promillea asukasluvusta on selvästi vähemmän kuin mitä sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaasiteetin purkua ehdottanut sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmä esitti mietinnössään tavoitteeksi vuodelle 2000 (Sosiaali- ja terveysministeriö, 1992).

Hoitoajaksot ovat lyhentyneet ja avohoitoyksiköiden toiminta on tullut monipuolisemmaksi ja kattavammaksi. (Wahlberg & Sohlman 1993.) Avohoidon suotuisa resurssikehitys pysähtyi kuitenkin vuoden 1992 jälkeen, vaikka avohoidon määrällinen kehitys ei edes tällöin pystynyt korvaamaan sairaalapaasiteetin supistumista (Aaltonen ym. 2000, 20). Sairaalakustannusten osuus psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannuksista on laitospaikkojen purkamisesta ja avohoidon palveluiden lisäämisestä huolimatta 80 % (Aaltonen ym. 2000, 19).

Psykiatristen sairaansajojen vähentäminen on osa mielenterveyspalveluiden rakennemuutosta, jolla on pyritty järjestämään julkiset mielenterveyspalvelut mielenterveyslain (1423/2001) keskeisen tavoitteen mukaisesti avopalvelukeskeiseksi. Rakennemuutos on vaikuttanut muun muassa siihen, että kun aikaisemmin akuutisti psykoottiset potilaat otettiin sairaalahoitoon, nykyään heitä pyritään hoitamaan sairaalan ulkopuolella (Aaltonen ym. 2000, 21).

Mielenterveystyön rakennemuutos on osa yhteiskunnan ja hyvinvointivaltion kehitystä. Kansaneläkejärjestelmän uudistus, työ- ja työkyvyttömyyseläkkeiden ja

sairausvakuutusjärjestelmän luominen ovat olleet tärkeimpiä kiihokkeita psykiatrisen sairaalajärjestelmän supistamisessa. Tärkeitä mahdollistajia ovat olleet myös psykiatrisen kuntoutus, yksityiset hoitokodit ja julkiset palveluasunnot. (Salo 1996, 220, 301.)

Mielenterveystyön rakennemuutos tarkoittaa psykiatrisen palvelujärjestelmän modernisoitumista ja rationalisoitumista ja psykiatrista deinstitutionalisaatiota. Psykiatrisen palvelujärjestelmän modernisaatio tarkoittaa uusien hoitomuotojen, hoitodeologioiden ja hoitokulttuurin muodostumista. Rationalisaatio tarkoittaa palvelujärjestelmän sisäisen työnjaon ja toimintojen eriytymistä. Deinstitutionalisaatio tarkoittaa tässä yhteydessä toimintastrategiaa, jonka mukaan laitosjärjestelmää supistetaan. ”Hulluus” on Markku Salon mukaan muuttunut deinstitutionalisoinnin tavoitteessa ja uskossa avohoitoon suljetun hoitoyhteisön ongelmasta yhteiskunnalliseksi haasteeksi. (Salo 1996, 15, 16, 22, 208.)

1980-luvun mielenterveystyön projektit, Skitsofrenia- ja Itsemurhaprojekti, toteuttivat osaltaan valtakunnallista mielenterveystyön modernisaatiota. Samalla linjalla jatkoivat Akuutin Psykoosin Integroitu hoito eli API-projekti vuosina 1992-1998 (Aaltonen ym. 2000, 7). Modernisaatioon kuuluu myös pyrkimys toiminnan humanisointiin. Toiminnan humanisointia on toteutettu sairaalan osastojen koon pienentämisellä, potilaiden määrän vähentämisellä potilashuonetta kohti ja henkilökunnan määrän lisäämisellä potilasta kohti (Salo 1996, 208).

Henrik Wahlbergin ja Britta Sohlmanin (1993) näkemys sairaansijojen vähentämisen ja potilaiden siirtojen onnistumisesta on yllättävän kritiikitön. Raportin mukaan potilaiden siirrot onnistuivat pääpiirteissään hyvin pitkien valmisteluajkojen ansioista. (mts. 16-17.) Markku Salo (1996) on osittain eri mieltä Wahlbergin ja Sohlmanin kanssa. Salo näkee sosiaalityön näkökulmasta katsoessaan mielenterveystyön projektin ainakin osittain epäonnistuneen, koska hoidon reformiin pyrittiin hoitojärjestelmän sisäisten hallinnollisten muutosten kautta, eikä mielenterveystyöntekijöille annettu riittävästi mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon työnsä sisällöstä ja voimavaroista. (mts. 267.) Tärkeänä mielenterveysprojektin onnistumisena Salo näkee sen, että reformien myötä mielenterveyspalveluiden käyttäjät ovat saaneet takaisin heiltä riistettyä ihmisarvoa (mts. 293).

Mielenterveyspalveluiden karsintapäätöksiä on arvosteltu myös sen vuoksi, että niitä pidettiin välttämättöminä eikä niiden taloudellisiin säästöpäätöksiin liittyvistä arvovalinnoista ole avoimesti keskusteltu. Monet kunnat ovat leikanneet menojaan ilman kokonaissuunnitelmaa. Leikkaukset ovat määräytyneet poliittisen soveltuvuuden mukaan ja saattaneet heikentää hoitomahdollisuuksia. (Kalland 1996, 99-108.)

Heikentyneet hoitomahdollisuudet ja epäily mielenterveyspotilaiden heitteillejätöstä on herättänyt keskustelua. Muun muassa Helsingissä on uloskirjoitettu vuosittain kymmeniä henkilöitä, joilla ei ole ollut asuntoa. Suomessa on kiinnitetty huomiota myös sairaaloista uloskirjoitettujen potilaiden suureen kuolleisuuteen (Kalland 1996). Helsingin psykiatrisista sairaaloista vuosina 1987-1991 uloskirjoitetuista potilaista oli heinäkuuhun 1993 mennessä menehtynyt 20 % (Wahlberg & Sohlman 1993, 11). Honkosen, Karlssonin, Koiviston, Stengårdin ja Salokankaan (2002, 161) raportin mukaan psykiatrisista sairaaloista uloskirjoitettujen potilaiden kuolleisuusprosentti oli alhaisempi. Kuolleisuusprosentti oli vuonna 1986 4 % eikä vuosina 1986 – 1994 kolmen vuosikohortin (1986, 1990 ja 1994 psykiatrisista sairaaloista uloskirjoitetut potilaat) seurannassa potilaiden kuolleisuudessa tapahtunut lisäystä. (mts. 162.) Hyvinvointipalvelut eivät kuitenkaan nähtävästi palvele apua eniten tarvitsevia. Muun muassa asunnottomuuden syynä ei ole nähty asuntojen puutetta, vaan sen taustalla on hyvinvointipalveluiden monimutkaiset rakenteet. (Karjalainen 1993.)

Taloudellisen laman seurausten vuoksi on myös otettu kantaa psykiatrisen sairaalajärjestelmän säilyttämisen puolesta (Särkelä, Taipale, Heikkilä & Heinonen 1995, 10).

Mielenterveyspotilaiden hyvinvoinnin tukeminen on koettu huonoksi myös Sosiaalibarometrin 2002 mukaan. 40 % vastaajista piti palvelujärjestelmää kyvyttömänä vastaamaan mielenterveysongelmaisten palveluiden tarpeeseen. Suurimmat palvelujärjestelmän puutteet koettiin huume- ja päihdeongelmaisten tukemisessa. Erityisryhmien mahdollisuuksien profiilissa ei ole juurikaan tapahtunut muutoksia vuosien 2001 ja 2002 aikana. (Sosiaalibarometri 2002, 28-30.) Myös terveysbarometrin (2004, 27-29) mukaan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön ja ympäristön terveyden edistämisen alueella koettiin osaamisen heikkoutta.

Wahlbergin ja Sohlmanin raportin (1993) mukaan psykiatrissa avohoitoa käyttäneet ovat kuitenkin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Käytin työssäni Wahlbergin ja Sohlmanin raporttia (1993) ja Mielenterveyden Keskusliiton potilastutkimuksen (Psykiatrinen avohoito...1993) tuloksia niiden ajallisesta vanhuudesta huolimatta, koska niiden kyselyt kohdistuvat laitospaikkojen supistamisen vilkkaimpaan ajankohtaan vuosiin 1992 ja 1993 ja koska tehdyssä kyselyssä tavoitellaan asiakkaiden kokemuksellista mielipidettä psykiatrisen rakennemuutoksen toteutumisesta selkeästi asiakaslähtöisellä työotteella.

Mielenterveyden Keskusliiton (Psykiatrinen avohoito..1993, 3) tekemän avohoitoa koskevan tutkimuksen mukaan ainoastaan 10-15 % vastanneista oli selkeästi palveluihin tyytymättömiä. 61 % vastanneista oli sitä mieltä, että jälkihoito sairaalahoitajakson jälkeen oli toiminut hyvin. (Wahlberg & Sohlman 1993, 24, 26.) Kyselyyn vastanneet kokivat saavansa riittävästi avopalveluita. Joka kymmenes oli kuitenkin sitä mieltä, että kävi avovastaanotolla tarpeeseensa nähden liian harvoin. Vastanneilla oli kuitenkin monenlaisia toivomuksia saamansa hoidon laadun suhteen. Odotukset kohdistuvat erityisesti tiedon saantiin hoidosta, lääkkeistä ja niiden merkityksestä. Tietoa haluttiin myös hoidolle asetetuista tavoitteista sekä omista vaikuttamismahdollisuuksista hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. (mt.) Myös englantilaisessa mielenterveyspalveluiden käyttäjiin kohdistuneessa selvityksessä palveluiden käyttäjät olivat varsin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin (3/4 oli tyytyväisiä). Toivomuksia esitettiin kuitenkin omien osallistumismahdollisuuksien lisäämisen suhteen. (Healthcare Commission 2004.)

Laajamittaisemmin psykiatrian rakennemuutoksen vaikutuksia ja psykiatristen potilaiden selviytymistä on tutkittu vuosina 1987-2000 toteutetussa valtakunnallisessa Sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden-tutkimusprojektissa. Tutkimustulosten mukaan psykiatrinen erikoissairaanhoido yhdessä perusterveydenhuollon ja sosiaalisektorin kanssa kykeni vastaamaan kotiutettujen potilaiden lisääntyneeseen hoidon tarpeeseen. Tulosten mukaan myös potilaiden avohoidon tilanne parani. SKS- projektin viimeisen kohortin seuranta päättyi vuonna 1993, joten projekti ei anna vastausta laman, työttömyyden ja sairaansijojen vähentämisen vaikutuksista tämän jälkeen. (Salokangas, Saarinen & Stengård 1996.) Psykiatrian rakennemuutoksen yhteydessä potilaita siirrettiin laajamittaisesti myös yksityisiin

hoivakoteihin pääosin sosiaalihuollon kustannusvastuulla. Talouden tunnusluvuissa näitä paikkoja ei ole juurikaan huomioitu.

Mielenterveyspalveluiden osaamistasoon ja paikalliseen järjestämiseen on kohdistunut viime aikoina kritiikkiä. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä lääkintäneuvos Sakari Lankisen johtamana esitti, että Suomessa käynnistettäisiin laaja hanke mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriön tukemana on käynnistynyt lukuisia hankkeita eri puolilla Suomea vuosina 2003-2005). Työryhmän mukaan psykiatrian henkilökunta tarvitsee enemmän psykiatrisen alan koulutusta. Nykyisen osaamisen nähdään olevan hukkakäytössä johtamisen puutteiden, valtarakenteiden ja omien reviirien puolustamisen vuoksi. Työryhmä näkee psykiatristen palveluiden olevan myös niin hajallaan, että niiden kaikkea osaamista ei voida käyttää hyväksi. (Lindberg 2004, Työnjakoa ja työrasitusta...2004.) Myös Irma Kiikkala (2004) näkee, että mielenterveyspalvelut ovat paikoin jääneet sattumanvaraisiksi ja puutteellisiksi eikä eri palveluiden tuottajien välille ole syntynyt tarkoituksenmukaista ja asiakaslähtöistä yhteistyösuhdetta. Kiikkalan mukaan puutteena on myös se, että mielenterveyspalveluiden asiakkaan potilas- ja asiakaslähtöisestä toimintakokonaisuudesta ei ole kukaan kokonaisuudessaan vastuussa. (Kiikkala 2004, 14-15.)

Tutkimustulosten perusteella mielenterveysasiakas on kuitenkin varsin tyytyväinen saamiinsa palveluihin. Toisaalta voidaan kysyä mihin hukkuvat kriittisemmät kommentit? Vastaavatko tietyllä tavalla valikoituneet henkilöt tehtyihin kyselyihin ja tämä luo tietynlaisen tyytyväisyyscharhan? On todettu, että tyytymättömät asiakkaat jättävät usein kyselylomakkeet palauttamatta (Salmela 1997, 15). Usein asiakaspalaute ilmentää niin sanotun tyytyväisyyskulttuurin olemassaoloa. Ylityytyväisyyden onkin katsottu olevan tyypillistä kehittyneille yhteiskunnille. (Jensen 1986, 10.) Saattaa myös olla niin, että asiakkaat suhteuttavat vastauksensa siihen, mitä kokevat kohtuudella voivansa odottaa palveluilta. Palautteen antamien omin sanoin saattaa tuottaa toisenlaisia tuloksia (Salmela 1997, 14). Asiakastyytyväisyyttä ei voidakaan ilman muuta näyttöä pitää osoituksena käytännön työn onnistumisesta. Asiakastyytyväisyysmittaukset kertovat ensisijaisesti työntekijän ja asiakkaan kohtaamisen laadusta, eivät työn tuloksesta. (Fisher 1983, 42.)

Mielenterveyspotilaan kuntoutus

Mielenterveyskuntoutuksen hämärä kokonaiskuva

Mielenterveysongelmat ovat olleet viime vuosien nopeimmin kasvava sairausryhmä. Suomessa on 100 000 ihmistä eläkkeellä mielenterveyden ongelmien vuoksi (Helsingin Sanomat 27.10.2004). Myös mielenterveyden häiriöihin perustavien työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakiointu väestönosuus on lievästi kasvanut (Hytti & Could 2001). Mini- Suomi – tutkimuksen mukaan, joka on toteutettu vuosina 1978-1980, mielenterveyshäiriöiden kokonaisesiintyvyys oli 17,6 % aikuisväestöstä. Psykoosien esiintyvyys oli 2,3 %. Tutkimusten mukaan on viitteitä siitä, että skitsofrenia olisi hieman yleisempi Suomessa kuin muissa maissa. (Lehtinen, Joukamaa, Jyrkinen, Lahtela, Raitasalo, Maatela & Aromaa 1991.) Vuosina 2000-2001 toteutetun terveystutkimuksen Terveys 2000 mukaan mielenterveysongelmien yleisyys on säilynyt ennallaan (Aromaa & Koskinen 2002, 51). Vaikka mielenterveyden heikkenemistä ei ole Terveys 2000- tutkimuksen mukaan tapahtumassa, ovat mielenterveyden häiriöt suuri kansanterveydellinen ongelma, jonka torjuminen on terveystalouden tärkeimpiä haasteita (mts. 131).

Mielenterveyshäiriöt ovat sairausryhmä, jonka hoitoon ja kuntoutukseen tartutaan liian myöhään. Mielenterveyskuntoutusta saavista asiakkaista lähes puolet on eläkkeellä. (Winell & Ståhl 1998.) Myöhäisestä puuttumisesta johtuen mielenterveyskuntoutuksen mahdollisuuksista on syntynyt liian pessimistinen kuva (Järvikoski 1994). Psykiatrinen hoito on perinteisesti keskittynyt työ- ja suojatyötoimintaan, jolloin muun muassa ammatillisen kuntoutuksen merkitys on jäänyt liian vähäiselle panostukselle. Ammatillisen kuntoutuksen voidaan nähdä olevan psykiatrisen hoidon piirissä jopa laiminlyöty alue (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 29). Vuonna 2000 Kansaneläkelaitoksen järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen osallistui psyykkisen sairauden perusteella 3000 henkilöä (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 33). Vuonna 2002 Kelan järjestämää ammatillista, vaikeavammaisten lääkinnällistä, harkinnanvaraista muuta ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta sai kaikkiaan 87 030 henkilöä. Heistä joka viidennen kuntoutustarpeen syynä olivat mielenterveysongelmat (Partio 2003, 23).

Kuntoutus on käsitteenä tulkinnanvarainen ja sen erottaminen hoidosta on sopimuksenvaraista. Varsinkin psyykkisten sairauksien kohdalla rajanveto terveyden edistämisen, hoidon ja kuntoutuksen välillä on vaikeaa (Riikonen & Järvikoski 2001, 162). Kuntoutus on myös eri aikoina ymmärretty eri tavoin. Kuntoutuksen kehityssuunnat heijastavat yhteiskunnassa tapahtuvia yleisimpiä muutoksia. Viime aikoina kuntoutus on ymmärretty laaja-alaiseksi toiminnaksi, johon sisältyy yksilön kehitysmahdollisuuksia tukevia toimintamuotoja sekä toimenpiteitä, joiden avulla pyritään kehittämään työ- ja elinympäristöä. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 30, 31.)

Kuntoutus- käsitteen laajeneminen on tuonut mukaan preventiivisen kuntoutuksen ja varhaiskuntoutuksen käsitteet. Tällöin kuntoutus tapahtuu varhaisvaiheessa ennen työkyvyttömyyttä tai työkyvyn huomattavaa heikkenemistä. Kuntoutuksen horisontaalinen laajeneminen on tuonut kuntoutukseen mukaan kokonaan uusia asiakasryhmiä. Huomio on kiinnittynyt mielenterveyshäiriöiden lisäksi verenkierto- ja hengityselinsairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelin sairauksiin. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 32, 33.) Varsinkin mielenterveyskuntoutuksesta on olemassa olevien tilastojen perusteella vaikea saada kokonaiskuvaa, koska ei ole olemassa yhtenäistä ja helposti saatavissa olevaa tietoa. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 33). Kuntoutusjärjestelmä on myös monimutkainen ja siltä puuttuu selkeä ohjaus- ja vastuujärjestelmä, joka on omiaan heikentämään mielenterveyskuntoutujan mahdollisuuksia olla kuntoutusprosessinsa subjekti (Järvikoski 1994). Mielenterveystyöntekijät ja -kuntoutajat tuntevat myös heikosti kuntoutujien etuuksia sekä hoito- ja kuntoutusvaihtoehtoja (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 17).

Kuntoutuksen tehtävät

Kuntoutuksella on nähty olevan kahdenlaisia tehtäviä. Kuntoutusta voidaan tarkastella yksilöllisenä kuntoutumistarpeena tai yhteisöllisenä ja yhteiskunnallisena kuntouttamistarpeena (Järvikoski & Härkäpää 2001, 38). Kuntoutuksen tavoitteena on yksilön auttaminen yhteiskunnan hyöty- ja taloudellisten näkökohtien ollessa taustalla. Kuntoutuksen

yhteiskunnallisena tavoitteena on rakentaa yhteiskunnan sosiaalista järjestystä. Yleisesti kuntoutuksessa on korostettu työvoiman työkykyä ylläpitävää ja ongelmia ehkäisevää toimintaa. (Kokko 2003, 1.)

Kuntoutus määritellään suunnitelmalliseksi ja monialaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa silloin, kun hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat sairauden tai muun syyn takia uhattuna tai heikentyneet (Järvikoski & Härkäpää 2001, 30-41). Osa kuntoutuksesta on sairauden hoitoa täydentävää ja toimintakykyä kohentavaa toimintaa, osa ammatillista, jolloin tavoitteena on työelämässä pysyminen tai siirtyminen sinne. Osa kuntoutuksesta on ihmisen elämänhallinnan ja sosiaalisen selviytymisen tukemista. (Järvikoski 2004, 2-3.)

Sosiaalisesta integraatiosta tuli 1980-luvulla keskeinen kuntoutuksen tavoite. Sosiaalinen integraatio tarkoittaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen lisäämistä ja yksilön kuntoutumista yhteiskunnan jäsenenä tavoitteena mahdollisimman täysipainoinen elämä. 1990-luvulla kuntoutuksessa siirryttiin yksilön autonomian ja itsenäisyyden korostamiseen (Järvikoski & Härkäpää 2001, 31).

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan edistää itsenäistä suoriutumista, työ- ja toimintakykyä, omien tavoitteiden löytämistä ja toteuttamista sekä yhteiskunnan toimintaan osallistumista (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001).

Kuntoutuksen osa-alueet

Kuntoutus on perinteisesti jaettu neljään osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat ammatillinen, lääkinnällinen, sosiaalinen ja kasvatuksellinen kuntoutus. Yhteistä erilaisille kuntoutuksen käytännöille on, että ne asettavat asiakkaan toiminnan, toimenpiteiden ja hallinnoinnin kohteeksi (Kokko 2003, 8). Mielenterveyshäiriöiden kohdalla puhutaan psykiatrisesta, psykososiaalisesta ja psyykkisestä kuntoutuksista. Mielenterveyskuntoutus on kuitenkin

laajempi, sisältäen elämän eri alueisiin (perhe, työ, koulu yhteisö, työ) liittyvät ongelmat ja niiden ennaltaehkäisy (Riikonen & Järvikoski 2001, 502-509). Ehkäisevän mielenterveystyön näkökulma tulisi ottaa huomioon kaikessa kunnallisessa päätöksenteossa.

Kuntoutusta toteuttavat sosiaali- ja terveystoimi, opetus- ja työvoimaviranomaiset, Kela, eläke- ja vakuutuslaitokset. Eri kuntoutuksen järjestäjät antavat kuntoutukselle erilaisia sisältöjä, merkityksiä ja tavoitteita. (Kokko 2003, 8.) Mielenterveyspotilaan oleellisempina kuntoutuksen palveluiden tuottajina ovat kunnallinen ja perus- että erikoissairaanhoidon sektori. Erikoissairaanhoidon palvelut vastaavat psykiatrian erityisasiantuntemuksesta. Tällaista erityisosaamista tarjoavat sairaaloiden psykiatriset osastot, poliklinikat sekä psykiatriset sairaalat. Kolmas sektori ja yritysmuotoiset palvelut täydentävät kunnallisia palveluita. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2003, 7, 10, 331-334.) Psykiatrisen hoidon piirissä on pyritty vahvistamaan kuntoutuksen asemaa perustamalla kuntoutuspoliklinikoita ja kuntoutusosastoja. Myös henkilökunnan valmiuksia on pyritty lisäämään. Uutena työmuotona on vielä vähäisenä toteutuva kotikuntoutus, josta huolehtivat kotikäyntejä tekevät työryhmät (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 36). Kotikuntoutus alkoi kehittyä 1990-luvun lopulla.

Kuntoutujilla (esimerkiksi mielenterveyskuntoutuja, lonkkaleikkauksesta toipuva, pitkäaikaistyötön) on erilaisia kuntoutustarpeita, joihin eri kuntoutustahot vastaavat osin samantyyppisillä ja osin eroavilla työtavoilla. Mielenterveysongelmat liittyvät usein sosiaaliseen syrjäytymiseen tai sen uhkaan (Riikonen 2001, 86). Mielenterveyskuntoutujalla on usein myös ongelmia arjessa selviytymisessä ja tämän vuoksi lääkinnällisen kuntoutuksen ohella sosiaalisen kuntoutuksen asumis-, työ- ja viriketoiminnalla on tärkeä rooli kuntoutujan psykososiaalisen toimintakyvyn vahvistajana. (Kettunen ym. 2003, 331-334.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus määrittelee lääkinnällisen kuntoutuksen näkemyksensä holistiseksi. Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Samalla pyritään edistämään ja tukemaan asiakkaan elämänhallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Laitoskuntoutusjakso on yksi lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa (1015/1991) määritelty kuntoutusmuoto. Muita

lääkinnällisen kuntoutuksen muotoja ovat kuntouttavat hoitotoimenpiteet, kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva ohjaus ja neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto, sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus. (Asetus lääkitinnällisestä kuntoutuksesta 1015/91.)

Psykiatrinen sairaala mielenterveyskuntoutujan laituskuntoutusjaksojen toteuttamispaikkana alkoi yleistyä psykiatristen laitospaikkojen vähentämisen myötä erityisesti 1990-luvulla. Lääkitinnällisen kuntoutuksen maksuasetuksen (1015/1991) soveltaminen psykiatrisilla potilailla vuoden 1995 jälkeen on osaltaan lisännyt laituskuntoutusjaksojen käyttöä (Kuntoutusjaksoilta peritään alempi hoitomaksu). Voidaan myös kysyä, ilmentääkö laituskuntoutusjaksojen lisääntyminen paluuta takaisin laitoskeskeisempään suuntaan sen tuloksena, että psykiatrinen avohoito ei ole lunastanut siihen kohdistettuja odotuksia eikä avohoitokeskeisyyden ideaa ole saatu sairaanhoitopiireissä toimimaan. (Salo 1996, 300.)

4 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen tarkoitus

Olen edellä asemoinut asiakaslähtöisyys- käsitteen osaksi yhteiskunnan individualismia korostavaa keskustelua, asiakastyön ihmiskuvan ja asiantuntijuuden muutosta. Pysin tutkimuksessani kuvaamaan sitä, miten asiakaslähtöisyys realisoituu psykiatrisen kuntoutujan kokemuksissa.

Tutkimukseni esioletuksena on, että asiakaslähtöisyyden toteuttaminen psykiatrisessa sairaalamiljöössä on vaativaa. Mielenterveyslaki, byrokraattiset pakotteet, varojen puute, poliitikkojen ja viranomaisten ymmärtämättömyys sekä psykiatrisen sairauden ominaispiirteet luovat oman erityisyytensä psykiatriseen hoito- ja kuntoutustodellisuuteen. Tutkimukseni tavoitteena on kuvata, mitä sisältöjä ja merkityksiä asiakkaat antavat asiakaslähtöisyyden periaatteelle oman kokemuksensa perusteella. Etsin haastateltavien asiakaslähtöisyyden kokemusta lukemani kirjallisuuden ja käytännön työstä syntyneen esiyymmärrykseni pohjalta

asiakkaan kuntoutussuunnitelman, kuntoutuksen ja arvioinnin toteutuksesta. Tavoitteena on kuvata, minkälaisia kokemuksia asiakkailla on asiakaslähtöisyyden toteutumisesta psykiatrisessa sairaalamiljöössä ja minkälaisia odotuksia heillä on asiakaslähtöisyyden toteutumisen suhteen.

Olen valinnut tutkimukseni valikoituun otantaan psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaat, koska aikaisemman tutkimustyöni perusteella juuri kuntoutuspotilaat olivat aktiivisempia vastaajia (vastausprosentti 68 %, Ristaniemi 2001). Alkuoletuksena oli, että valitut haastateltavat olivat todennäköisesti psyykkisestä sairaudestaan huolimatta kuntoutuksen siinä vaiheessa olevia potilaita, että jaksavat ja kykenevät tutkimukseeni osallistumaan. Alkuoletus tässä suhteessa osoittautui paikkansa pitäväksi.

Käytän työssäni asiakaslähtöisyyden käsitettä siitä huolimatta, että tutkimukseni kohdentuu sairaalamiljööseen. Käsitevalintani yhtenä merkittävämpänä syynä on se, kuten edellä olen esitellyt, että teen tutkimusta sosiaalityön yhteiskuntatieteellisestä orientaatiosta käsin. Asiakaslähtöisyys sopii tutkimukseeni paremmin kuin potilaslähtöisyys, koska asiakaslähtöisyys on lainsäädännön ja hallinnon käyttämä termi. Asiakaslähtöisyys myös mielestäni korostaa paremmin asiakkaan subjektiivutta.

Tutkimuskysymykseni ovat:

- 1. Millaisen paikan asiakaslähtöisyys saa psykiatrisessa kuntoutustyössä kuntoutujan kokemana?**
- 2. Miten asiakaslähtöisyys määrittyy psykiatrisen kuntoutujan kokemuksissa ja odotuksissa?**
- 3. Miten asiakaslähtöinen työ konkretisoituu psykiatrisen kuntoutuksen käytännöissä?**

Tutkimuksen informantit

Psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvat laituskuntoutusjaksot ovat muodostuneet yhdeksi avohoitoa korvaavaksi kuntoutujan selviytymistä tukevaksi hoitomuodoksi.

Laituskuntoutusjaksolla käyvälle kuntoutujalle tehdään vuosittain lääkinnällisen kuntoutuksen päätös. Sairaalan laituskuntoutuspotilaat ovat pääsääntöisesti hoitajaksoilla suunnitellusti, hallitusti ja sovitusti. Koska kysymyksessä ovat suunnitellut hoitajakset, ei voida puhua pyöröovisyndroomasta, vaikka yhdelle potilaalle saattaa tulla vuosittain useampia tasaisin aikavälein tapahtuvia hoitajaksoja. Pyöröovisyndroomalla tarkoitan suunnittelematonta palaamista lyhyin aikavälein yhä uudelleen laitoshoitoon.

Psykiatrisen hoidon kannalta laituskuntoutusjaksot ovat vain pieni osa psykiatrista hoitojärjestelmää. Vuosina 1995 – 1997 kaikista päättyneistä psykiatrisen hoidon jaksoista laituskuntoutusjaksojen määrä on kasvanut 6,25 %:sta 7,45 %:iin. Vuonna 2000 vapaaehtoisella hoitolähetteellä ja suunnitellusti toistuvilla hoitajaksoilla Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kävi 3521 henkilöä. Tilastossa heidän tulositynsä sairaalahoitoon kirjataan kohtaan muu tulotapa. Hoitopäiviä vuonna 2000 vapaaehtoisesti hoitoon tulleilla oli 224017. (Kaikki psykiatriset sairaalahoitopäivät HUS Uusimaa: 304138, Hilmo- hoitoilmoitusrekisteri). Vapaaehtoisessa hoidossa olevien tilastoluvut sisältävät myös lääkinnällisen kuntoutuksen potilaat.

Tutkimukseni on haastatteluaineistoon perustuva laadullinen tutkimus. Tutkimukseni kohderyhmäksi valitsin uusmaalaisen psykiatrisen sairaalan lääkinnällisellä kuntoutuspäätöksellä vuonna 2002 hoidossa olleet potilaat. Haastateltavat valitsin satunnaisesti tarkoituksen mukaisesti. Vuonna 2002 lääkinnällisen kuntoutuksen päätös oli tehty kyseisessä sairaalassa 19 %:lle kaikista tämän sairaalan potilaista. Heillä oli vuonna 2002 hoitajaksoja 4 % kaikista sairaalan hoitajaksoista ja hoitopäiviä 7 % kaikista sairaalan vuoden 2002 hoitopäivistä. Laituskuntoutuspotilaiden määrän kasvu vuodelta 1997 vuodelle 2003 on 61 %. Kaikkien hoitajaksojen lukumäärä oli kyseisenä ajankohtana lisääntynyt 70 % (Taulukko 2.) Laituskuntoutuksen voidaan nähdä tässä sairaalassa olevan kasvava hoitomuoto

Taulukko 2: Hoitopäivät, hoitajaksot ja hoidetut henkilöt. Lähde: X-sairaalan tilasto

	1997	2002	Muutos % (toiminnan lisäys)
Hoitopäivät kaikki	22.215	25.458	15
Hoitopäivät laitoskuntoutus	1.231	1.770	44
Hoitajaksot kaikki	749	1.065	42
Hoitajaksot laitoskuntoutus	221	417	89
Hoidetut henkilöt	365	411	13
Hoidetut henkilöt laitoskuntoutus	49	79	61

Päätin valita haastateltaviksi kahdeksan henkilöä. Koska aikaisemman tutkimukseni (Ristaniemi 2001) tuloksissa tuli esille sukupuolien välisiä eroja psykiatrisen sairaalan sosiaalityöhön kohdistuneissa odotuksissa, valitsin kohderyhmään sekä miehiä että naisia. Tavoitteenani oli haastatella neljää suomenkielistä miestä ja naista. Haastattelin yhdeksää henkilöä; neljää miestä ja viittä naista. Haastatteluista ei ole tarkoitus tehdä sukupuolen mukaisia yleistyksiä, mutta ne antavat kuvaa moninaisuuksista.

Valitsin tutkimukseen osallistuvat yhdeksän potilasta satunnaisesti tarkoituksen mukaisesti siten, että valitsin kotikuntien mukaisesta aakkosellisesta potilaslistasta aluksi neljä miestä ja neljä naista järjestysnumeron mukaisesti. Sukupuolen mukaan valitsin seuraavan nais/miespotilaan, jotta sain tavoittelemani sukupuolijaon. Postitin osalle tämän ryhmän henkilöistä tutkimuskirjeen ja suostumuslomakkeen kaksi kertaa. Ensimmäisen postituskerran jälkeen yksi mies ja kaksi naista ilmoitti halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Toisen postituskirjeen jälkeen tutkimukseen halukkaita oli kolme miestä ja kaksi naista. Yritin kasvattaa tutkimukseen osallistuvien määrää ja valitsin järjestysnumeron mukaan uudet neljä miestä ja neljä naista, jolle postitin kirjeen. Tähän kyselykirjeeseen vastasi myönteisesti yksi mies ja kolme naista. Nyt haastateltavien määrä oli muotoutunut siten, että tutkimukseen halukkaita oli neljä miestä ja viisi naista. Päätin haastatella heidät kaikki ja tarpeen mukaan tehdä heille uusintahaastatteluja ja lisätä haastateltavien määrää. Uusintahaastatteluja en kuitenkaan nähnyt tarpeelliseksi tehdä.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kukin haastateltava antoi kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen ja luvan nauhoittaa haastattelut. Jokainen haastateltava lupautui myös uusintahaastatteluun, mikäli se osoittautuisi tarpeelliseksi. Haastateltavilla oli mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan.

Haastateltavien keski-ikä oli 41 vuotta. Nuorin haastateltava oli 27-vuotias ja vanhin 63-vuotias. Ikähajonta oli melko suuri. Haastateltavien naisten keski-ikä oli 43 vuotta ja miesten 51 vuotta. Haastateltavat eivät eläneet parisuhteessa. Heistä viisi oli siviilisäädyltään eronneita ja neljä naimatonta. Haastateltavien toimeentulona oli työkyvyttömyyseläke. Yhdellä haastateltavalla ei ollut ammattia, muut jakautuivat teollisuuden perusammatteihin, kuljetusalaan ja myyntityöhön. Kahdella haastateltavalla oli merkonomin koulutus, kahdella käsityöalan koulutus, viidellä haastateltavalla ei ollut ammatillista koulutusta.

Kaikki haastateltavat olivat olleet psykiatrisessa laitoshoidossa edeltäen lääkinnällisen kuntoutuksen päätöstä. Seitsemälle haastateltavalle oli määritelty diagnoosiksi skitsofrenia. Yhdellä haastateltavalla oli diagnoosina skitsoaffektiivinen häiriö masennusoirein ja yhdellä psykoottinen masennustila.

Monella haastateltavalla oli useiden vuosien ajalta kokemuksia erilaisista psykiatrisista hoitomuodoista. Haastateltavat olivat olleet hoitopalveluiden piirissä keskimäärin 18 vuotta. Lyhin aika hoitopalveluiden piirissä oli alle viisi vuotta ja pisin kymmeniä vuosia. Haastateltavilla oli kokemuksia psykiatrisen poliklinikan, päiväsairaalan, päivätoimintakeskuksen ja psykiatrisen sairaalan toiminnasta. Haastateltavat olivat olleet psykiatrisen hoidon piirissä välillä tiiviimmin ja välillä harvemmin. Neljä haastateltavaa oli ollut hoitajaksoilla useammassa psykiatrisessa sairaalassa.

Haastateltavat kävivät sovitusti kuntoutusjaksoilla joko suljetulla tai avo-osastolla. Kahdeksan haastateltavaa kävi suljetulla osastolla ja yksi avo-osastolla. Viisi haastateltavaa kävi viikon kuntoutusjaksolla kerran kuukaudessa. Yksi haastateltava kävi joka toinen kuukausi kolmen päivän jaksolla, yksi kuuden viikon välein kolmen päivän jaksolla ja yksi kävi joka kuukausi

kahden päivän jaksoilla. Yksi haastateltava kävi päiväpotilaana yhden päivän joka toinen viikko. Päiväpotilaana potilas oli kotona illat ja yöt ja osallistui päivisin sairaalan toimintaan.

Aineiston keruu

Hankin tutkimusaineiston teemahaastattelujen avulla. Koska tutkimukseni aiheesta on vähän tietoa, päädyin tiedonhankinnan menetelmänä yksilöhaastatteluun. Haastattelu on myös sopiva menetelmä, koska tutkimuksen kohteena ovat psykiatrissa sairautta sairastavan kokemukset. Psykiatrisilla potilailla saattaa esiintyä sairaudestaan johtuen vaikeuksia kognitiivisten taitojen alueella. Ongelmia voi esiintyä oppimis- ja ajattelukyvyn toiminnassa. Tutkittaessa psykiatrisen potilaan kokemusta, on edellä mainitun vuoksi tärkeää, että voi esittää tarkentavia ja selvittäviä lisäkysymyksiä (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2003, 122).

Haastattelumenetelmä on osoittautunut sopivaksi tiedonhankkimisen menetelmäksi myös aikaisemmassa psykiatrisen potilaan kokemusta selvittäneessä tutkimuksessani (Ristaniemi 1997).

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen etukäteen sovittujen teemojen mukaan, jotka ovat haastattelijan tukilistana (Eskola & Suoranta 1999, 86-88). Tutkimukseni haastatteluteemat ohjautuivat tutkimuksen kysymyksenasettelun, kirjallisuudesta saamani esiyymmärryksen ja käytännön työkokemukseni pohjalta. Haastatteluteemat olivat *asiakslähtöisyyden kokemus, positiiviset ja negatiiviset asiakaskokemukset, asiakslähtöisyyden toteutumisen esteet ja asiakslähtöisyyden toteutumiselle asetetut odotukset ja kuntoutuksen toteutuminen*. Annoin haastattelutilanteiden muotoutua mahdollisemman vapaasti. Laajensin teemojen käsittelyä tarkentavien lisäkysymysten avulla. Tavoitteeni oli asiakaskeskeinen haastattelu, vaikka käyttämäni haastattelumenetelmä ei ollut syvähaastattelu (Tuomi & Sarajärvi 2002, 78). Pyrin edesauttamaan haastatteluissa vuorovaikutuksellista ilmapiiriä ja antamaan haastateltavalle runsaasti tilaa omien näkökulmien esittämiseen. Jouduin kuitenkin monesti motivoimaan haastateltavaa ja pitämään keskustelua yllä. Vain muutama haastateltava tuotti aktiivisesti kokemuksellista tietoa, muilta täytyi tietoa saada esiin useiden lisäkysymysten ja tarkennusten avulla. Nauhoitin haastattelut ja ne litteroitiin analyysin suorittamista varten. Litteroinnin suoritti ulkopuolinen henkilö. Päädyin ulkopuoliseen litteroijaan ajan voittamiseksi.

Tavanomaisen [tunnin] haastattelun purkaminen kestää noin kahdeksan tuntia (Grönfors 1982, 140). Litteroijana toimi henkilö, joka on litteroinut tekstejäni aikaisemminkin, joten hänellä oli riittävä kokemus haastattelujeni litterointiin. Litteroija oli sairaalan työntekijä, joten häntä sitoo vaitiolovelvollisuus suhteessa teksteihin. Litteroitua tekstiä rivivälillä yksi oli 147 sivua.

Haastattelut tapahtuivat kevään ja kesän 2003 aikana. Haastattelupaikkana oli kahdeksassa haastattelussa haastateltavien hoitoa ja kuntoutusta toteuttava sairaala turvallisuuskysymysten ja sen helpon ja taloudellisesti edullisen toteuttamismahdollisuuden vuoksi. Yksi haastattelu tapahtui haastateltavan kotona, koska sovittu laitospäätyjakso oli peruuntunut. Turvallisuuskysymykset tulivat mieleeni sairaalan ulkopuolella tapahtuneen haastattelun toteuttamisen yhteydessä. Haastattelin minulle tuntematonta mieshenkilöä tämän kodissa. Haastattelutilanteessa ei ollut mitään turvallisuutta uhkaavaa, mutta katsoin kuitenkin turvallisuuskysymyksen jatko-haastatteluissa tärkeäksi huomioitavaksi seikaksi. Turvallisuusongelmana ajattelin haastateltavan mahdollista uhkaavaa käytöstä. Koin tärkeäksi varmistaa turvallisuuteni, vaikka neljä haastateltavaa oli minulle tuttuja aikaisemman psykiatrisen sairaalan sosiaalityökokemukseni perusteella. Koska en tuntenut viittä haastateltavaa, enkä tiennyt muutoinkaan haastateltavien sen hetkisestä psyykkisestä voinnista, päädyin ensimmäisen haastateltavan kotona tapahtuneen haastattelun jälkeen siihen, että pyrin suorittamaan haastattelut kuntoutusjakson aikana. Monet haastateltavat myös pyysivät haastattelutapahtumaa jakson aikana toteutettavaksi. Koin kuitenkin kotona tapahtuneen haastattelun antoisammaksi, joten haastateltavan omalla reviirillä tapahtuva haastattelu olisi varmasti tuonut haastattelutilanteeseen toisenlaista luonnollisuutta ja vapautta. Sairaalamiljöön ei ole haastattelupaikkana neutraali. Myös se, että haastattelun suorittaa monelle haastateltavalle tuttu, organisaatiossa aikaisemmin työskennellyt henkilö, voi aiheuttaa haastateltaville vaikeuksia erottaa tieteenteon tavoittelu ja sairaalan kontrolli toisistaan. Toisaalta haastateltavan kotona haastatellen saattaa saada monipuolisemman kuvan myös haastateltavan olosuhteista, mutta toisaalta kotona ei kaikista asioista kerrota yhtä vapaasti kuin neutraalimmassa ympäristössä (Tolkki-Nikkonen 1985, 107).

Sairaalassa tapahtuneista haastatteluista yksi tapahtui potilashuoneessa ja muut niin sanotussa ”akvaariotilassa”. ”Akvaariotila” osoitettiin osaston henkilökunnan taholta haastattelutilaksi, koska se oli ainut osastolla oleva tila, missä saattoi olla haastateltavan kanssa kahden. ”Akvaariotilassa” oli sairaalan käytävälle avautuva lasiseinä. Istuin haastateltavan kanssa siten, että hän oli selin tähän lasiseinään, koska arvelin käytävällä tapahtuvan potilaiden ja henkilökunnan kuljeskelun häiritsevän keskustelua. Tilan ovi pidettiin lukittuna ensimmäisen haastateltavan pyynnöstä (sisäpuolelta avattavana), koska muutoin tilaan olisi tullut muita potilaita. Monet kävivät koputtamassa ikkunaseinää haastattelun aikana lähinnä tervehtiäkseen minua. Tilanne ei kuitenkaan ollut haastateltavista kiusallinen, koska haastateltavat olivat tottuneet ”akvaariotilan” käyttötarkoitukseen neuvottelupaikkana.

Haastatteluilmapiiri oli myönteinen. En kokenut myöskään sukupuolellani olevan sellaista sosiaalista merkitystä, mikä olisi vaikuttanut haastatteluilmapiiriin avoimuuteen. Naisten ja miesten saattaa olla vaikea puhua tietyistä asioista vastakkaisen sukupuolen edustajalle. Haastatteluissa ei tullut tällaista esille. Tutkimusteemana asiakaslähtöisyyttä ei koeta aihealueena sillä tavoin sukupuolisesti määrittyneenä, että se olisi tullut haastatteluissa esiin esteenä, vaikkakin hoito- ja hoivatyöntekijät ovat pääsääntöisesti naisia. En tiedä onko asiakaslähtöisyys- käsitteen sukupuolisidonnaisuutta tutkittu, mutta se vaikuttaa sukupuolineutraalilta. Haastattelussa ei tullut esille eroja naisten tai miesten asiakaslähtöisyyskäsitteen määrittelyssä.

Koin haastattelutilanteet luontevina. Niitä voi mielestäni verrata ystävän tai tuttavien vierailuihin (Willner-Rönholm 1990, Tuomi & Sarajärvi 2002, 122). Aikaisemman asiakaskontaktin perusteella haastattelutilanteissa oli myös havaittavissa sekä minun että haastateltavan puolelta jälleen näkemisen riemuakin. Aikaisempi asiakaskontakti varmasti osaltaan teki haastattelutilanteen luontevaksi. Toisaalta aikaisempi asiakaskontakti ei ollut selkeä peruste suostua haastateltavakseni, koska haastateltaviksi suostui myös minulle vieraita henkilöitä ja niiden joukossa, jotka tutkimuskirjeen saivat, oli myös muita asiakassuhteesta tuttuja, mutta he eivät halunneet tutkimukseen osallistua. Haastattelutilanteita ei voi kutsua dialogisiksi. Haastattelua ohjaa kysymys- vastaus-malli ja dialogia kuuntelu-puhe-malli (Niiniluoto 1983). Haastattelutilanteita ei voi kutsua dialogiksi myöskään niitä ohjanneiden

teemahaastattelujen vuoksi. Vältin kuitenkin tuomasta haastattelutilanteesta esille omia ennakkokäsityksiäni asiakaslähtöisyyden toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Pyrin siinä suhteessa neutraaliin haastattelijan rooliin. Pidin huolta siitä, että en johdatellut haastateltavaa.

Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Neljä haastattelua kesti tunnin. Pyrin huomioimaan haastateltavan psyykkisen voinnin ja pidin nauhoituksen välissä myös taukoja, joista kerroin haastateltaville. Haastatteluissa minulla oli alkuperäisestä tavoitteestani huolimatta jokseenkin aktiivinen rooli. Haastateltavat eivät olleet aktiivisia tiedontuottajia, vaan heitä piti motivoida keskusteluun lisä- ja tarkentavien kysymysten avulla. Olin kirjannut tutkimuspöytäkirjaani seuraavia kommentteja: vähäpuheinen, tyytyväinen, jähmeä, sopeutunut hoitojärjestelmään ja heikossa kunnossa. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksen uusintahaastatteluun. En kokenut uusintahaastattelua tarpeelliseksi. Suoritettuani haastattelut yleistunelmaksi jäi se, että haastateltavat olivat yllättävän tyytyväisiä hoitojärjestelmiin, ja että psyykkinen sairaus ja lääkehoito vaikuttavat selkeästi asioiden ilmaisu- ja keskittymiskykyyn. Haastattelut olivat kuitenkin informatiivisia. Aloitin haastattelujen lukemisen heti, kun ensimmäiset saatiin litteroitua. Luin haastatteluja useaan kertaan ja aloitin analyysin tekemisen.

Haastattelujen lisäksi minulla oli tutkimusaineistona käytettävissä sairaalan tietokannasta haastateltavien henkilö-, hoitajakso- ja diagnoositiedot sekä tilastotietoja. Tiukkana rajauksena pidin sitä, että aineistona en käytä potilasasiakirjoja. Olen lisäksi tehnyt joitakin yleisiä tarkennuksia hoitotyön käytännöistä haastateltavien kuntoutusjaksojen toteuttamispaikan ylilääkäriltä ja yhdeltä erikoissairaanhoitajalta. Pidin myös tutkimuspäiväkirjaa, jota hyödynsin analyysivaiheessa.

Aineiston analyysi

Tutkimukseni on laadullinen tutkimus ja sen analyysi on toteutettu aineistolähtöisesti. Se pohjautuu fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen, minkä erityispiirteenä on ihminen tutkimuksen kohteena ja tutkijana (Varto 1992). Fenomenologiassa tutkimuksen kohde on inhimillisen kokemuksen tutkimusta. Keskeisiksi käsitteiksi nousee kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys. Merkitykset eivät ole ihmisille synnynnäisiä, vaan ne syntyvät

vuorovaikutuksessa yhteisön kanssa. Merkitykset ovat subjekteja yhdistäviä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 34.) Tutkimukseni haastateltavia yhdistää asiakaslähtöisyys- ja kuntoutuskokemus psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksessani pyrin ymmärtämään asiakaslähtöisyyden käsitettä haastateltavien omien kokemusten ja tulkintojen kautta (Alasuutari 1999, 72). Tutkimukseni varsinaisena kohteena on tämän inhimillisen kokemuksen yksilölliset merkitykset. On kysymys ymmärtämisestä ja tulkinnasta (Laine 2001), jolloin pyritään menemään asioiden kuvaamista pidemmälle, ”asioiden taakse” (Alasuutari 1999, 77).

Hermeneutiikalla tarkoitetaan ymmärtämisen ja tulkinnan teoriaa, jossa yritetään löytää tulkinnalle sääntöjä. Hermeneuttinen ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkitysten oivaltamista. Fenomenologisella ja hermeneuttisella tutkimuksella on kaksi tasoa: perustaso muodostuu tutkittavan koetusta elämästä esiymmärryksineen ja toisen muodostaa itse tutkimus, joka kohdistuu ensimmäiseen tasoon. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimusperinteessä pyritään nostamaan tietoiseksi se, minkä tottumus on häivyttänyt. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 35.) Kokemuksen tutkimuksessa on alkukäsityksenä se, että tutkittavat ilmiöt ovat läsnä elämismaailmassa, mutta niiden muoto ei avaudu käsitteellistämiseksi ja ymmärtämiseksi suoraan (Varto 1992).

Näen tutkimukseni kohteena olevan ihmisen ainutkertaisena, tajunnallisena ja kokevana olentona (Rauhala 1989). Lauri Rauhala erottaa ihmisen olomuodoista tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden. Tajunnallisuudella Rauhala tarkoittaa ihmisen psyykkishenkistä olemassaoloa, kehollisuudessa olemassaoloa orgaanisena tapahtumana ja situationaalisuudessa olemassaoloa suhteessa todellisuuteen (mt.) Näen ihmisen älyllisesti toimivana henkilönä, jolla kieli on ajatuksen ja vuorovaikutuksen väline (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995).

Olen analysoinut tutkimusaineiston aineistolähtöisen sisällön erittelyn avulla. Sisällön erittely voidaan toteuttaa kuvaten kvantitatiivisesti tekstin sisältöä, jolloin mittaus tapahtuu frekvenssi- tai volyymimittauksena. Yksinkertaisimmillaan sisällön erittelyssä lasketaan sanojen esiintymisiä. Sisällön erittelyssä voidaan myös, kuten olen analyysissäni toteuttanut, luokitteluyksiköksi ottaa useamman lauseen mittaiset lausumat ja ajatukselliset kokonaisuudet.

Vaikka menetelmä tarjoaa valmiin rungon, on analyysin toteutuksessa monia subjektiivisia vaiheita, jotka liittyvät havainto- ja luokitusyksikön valintaan, arvioon intersubjektiivisista ajatuksellisista kokonaisuuksista ja arvioon sisällönerittelyn todellisuussuhteesta. (Eskola & Suoranta 1999, 185-188.) Toteutin analyysin oman käsitevalinnan perusteella systemaattisesti hakemalla tyypillisistä poikkeavia tapauksia tavoitteena empiiriseen tekstiaineistoon perustuvan teorian luominen.

Analyysinteon apuna käytin Atlas-Ti- tekstinkäsittelyohjelmaa. Ohjelman on luonut berliiniläinen Thomas Muhr, joka on saanut vaikutteita Barney Glaserin ja Anselm Straussin kirjasta ”The Discovery of Grounded Theory”-kirjassaan kehittämästä ”Grounded Theory”-metodista. Atlas-Ti käyttö ei kuitenkaan ole sidottu edellä olevaan metodiin eikä muihinkaan laadullisen aineiston tekotapoihin. (Lonkila & Silvonen 2002).

Suoritin aineiston analyysiin lähtökohtanani raportin teoriaosiossa esittelemäni aikaisemmin lukemani kirjallisuus ja käytännön työn kautta saatu esiyymmärrys. En ole pyrkinyt tavoittamaan neutraalia, induktiivista lähtökohtaa. Aloitin analyysin haastattelujen lähiluvulla. Sen jälkeen kokosin kustakin haastattelusta kokoaman. Tämän avulla sain kustakin haastateltavasta kokonaiskuvan ennen siirtymistä tekstien hienojakoisempaan analyysiin. Haastattelujen kokoama kuvasi hyvin haastateltavien yksilöllisyyttä ja erilaisuutta. Kokosin myös haastateltavien sosiaalista taustaa selvittävät tekijät taulukkomuotoon (sukupuoli, ikä, ammatti, siviilisääty, aika hoitopalveluiden piirissä, diagnoosi). Raportissani en tätä taulukkoa esitä, koska sen perusteella haastateltavat saattaisivat tulla tunnistetuiksi.

Keskeistä aineiston sisällön erittelyssä oli luokittelu ja järjestäminen. Analyysin toteuttaminen tapahtui aineiston pelkistämisen, luokittelun, vertailun, päätelmien ja johtopäätösten tekemisen kautta (Alasuutari 1999). Luokittelussa pyrin objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen sekä pyrin tekemään luokitteluperiaatteet raportissani näkyviksi, jotta lukija pystyy jäljittelemään tulkintaprosessiani. Pyrin löytämään aineistosta merkityskokonaisuudet teemoittelun (aineiston käsitteellistämisen) avulla. Aloitin aineiston avoimella koodauksella, jossa tutustuin lähiluvulla aineistoon tavoitteenani tiivistää aineisto havaintoyksiköiksi sekä jatkuvan vertailun avulla löytää aineistosta pääteemat. Teema-alueet muodostuivat avoimista koodeista niitä yhdistävien

ominaisuuksien ja suhteiden perusteella. Analyysin eri vaiheissa palasin abstraktion eri tasoille ja takaisin perusaineistoon (Isola 1997). Teemojen välisten suhteiden perusteella voidaan nimetä tutkitun ilmiön perusprosessi eli ydinkategoria. Ilmiön perusprosesseja muodostui neljä: Kokemuksena psykiatrisen sairaala, Asiakaslähtöisyys osallisuuden kokemuksena, Asiakkaan subjektiivisuus versus asiantuntijuus ja asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksellisenä kokemuksena. Teemojen tällainen yhdistäminen luo yhteisen tarinan, jonka juoni on vastaus tutkimusongelmaan. (Strauss & Corbin 1990.) Analyysin tavoitteena on selvittää tutkittava ilmiö pienellä määrällä käsitteitä. Analyysin lopputuloksena muodostuva teoria voi olla substantiivinen tai formaalinen. Substantiivinen teoria pätee tiettyyn kohdealueeseen tai toiminnan alueeseen. Formaali-teoria on yleistettävämpi. (mt.) Analyysini tuloksena syntyi substantiaalinen teoria, joka pätee tietyn psykiatrisen sairaalan kuntoutustyöhön. Analyysin tulokset voivat kuitenkin kuvata keskeisiä tekijöitä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta psykiatrisessa kuntoutustyössä.

Avoimia koodeja kertyi 146 ja niillä viitattiin 666 tekstisegmenttiin aineistossa. Yhdistelin ja korjasin joitakin avoimia koodeja, mutta pyrin pitämään ne melko yksityiskohtaisina niihin liittyvän informaatioarvon vuoksi. Lista vapaista koodeista on tutkielman liitteenä havainnollistamassa tekstisegmenttien nimeämistä (Liite 2). Joidenkin vapaiden koodien edessä on etumerkki + tai -. Haastateltavan positiivisesta kokemuksesta kertoo merkki + ja negatiivisesta kokemuksesta merkki -. Hyödynsin vapaita koodeja täydentäessäni haastateltavien sosiaalista taustaa selvittävää taulukkoani ja kartoittaessani haastateltavien yksilöllistä selviytymistä tukeva tahoja. Uusia koodeja muodostui läpi koko koodauksen, joten ei voida puhua aineiston saturaatiosta, kylläntymisestä. Vaatimukseen saturaatiosta liittyy myös ongelmia. Uusien koodien löytäminen liittyy myös tutkijan oppineisuuteen. Toisaalta näkemykseen kaikkien tapausten yksilöllisyydestä, ei sovi saturaation vaade. (Hirsjärvi 2005, 170-172.) Huomioin analyysiä suorittaessani myös ne aihealueet, joista haastateltavat eivät puhuneet.

Tekstin luokittelussa analyysiohjelma oli erinomainen apuväline. Network Browserin avulla keräsin suuren määrän koodeja yhteen näkymään ja ryhmittelin ne visuaalisesti teema-alueiksi ja alaryhmiksi (Liite 4). Analyysin suorittamisen ongelmana tässä kohdassa oli se, että Atlas-

Ti- ohjelma ei sallinut visuaalisessa näkymässä teema-alueiden otsikointia. Teema-alueista pääsi ohjelman avulla suoraan koodeihin liittyviin tekstisegmentteihin. Tutkielman liitteenä on näkymä teema-alueiden koodien järjestämisestä alaryhmiksi havainnollistamassa tapaa, jolla tutkimuksen koodaus tehtiin.

Sisällöllisessä luokittelussa teema-alueiksi muodostui:

1. Positiiviset asiakaskokemukset
2. Negatiiviset asiakaskokemukset
3. Asiakaslähtöisyyden sisällöt
4. Asiakaslähtöisyyden esteet
5. Asiantuntijalähtöisyys
6. Järjestelmän kritiikki
7. Laitoskuntoutusjaksojen sisällöt
8. Ongelmia selviytymisessä
9. Selviytymiskeinot
10. Potilaiden taustatiedot
11. Sosiaaliset suhteet
12. Sairaala kuntoutusympäristönä
13. Vaikuttaminen
14. Vallankäyttö
15. Vuorovaikutus

Ryhmittelin Network Browserin avulla sisällöllistä luokittelua teema-alueiden mukaisesti.

Tämän jälkeen yhdistelin koodiperheitä aihealueittain siten, että niiden lukumäärä supistui kymmeneen (Liite 3). Aineiston pääkategorioiksi määrityksi tämän luokittelun perusteella:

kokemuksena psykiatrinen sairaala (koodiperhe 1 ja 9), osallisuuden kokemus (koodiperheet 2 ja 4), subjektius versus asiantuntijuus (koodiperheet 3, 6.5, 7 ja 8) ja vuorovaikutuksen kokemus (koodiperheet 6, 6.1, 6.2, 6.3 ja 6.4) (Liite 3). Tämän jälkeen kokosin ja määrittelin Network Browserin avulla kunkin visuaalisen näkymän koodeja aihealueittain. Lisäksi kokosin manuaalisesti aihealueittain kaikki tekstisegmentit (suorat lainaukset) johtopäätösten tekemistä varten. Johtopäätösten tekeminen helpottui, kun suorat lainaukset sai yhdelle näkymälle.

Tämän työskentelyvaiheen olisi voinut tehdä Atlas-Ti- ohjelman copy-toiminnolla luomalla uusia tiedostoja, mutta koin luontevaksi työstää vaiheen manuaalisesti. Analyysiä haittaavana tekijänä oli se, että käytin samoja avoimia koodeja useampaan kertaan ja eri teema-alueilla.

Tämä vaikeutti myös raportin kirjoittamista aiheuttaen tarpeetonta toistoa. Haastattelu tuotti myös runsaasti tietoa tutkimuskysymysteni ulkopuolella olevista aiheista, joten en raportissani esittele kaikkea analyysin teema-alueita.

Raportin suorissa lainauksissa N ja M tarkoittaa haastateltavan sukupuolta (N = nainen, M = mies). Seuraavana on haastateltavan järjestysnumero ja lainauksen rivisijainti litteroidussa tekstissä. Suorissa lainauksissa käyttämäni kolme pistettä (. . .) osoittaa puuttuvaa tai postittamaani tekstiä. Hakasulut ja teksti osoittaa omia lisäyksiäni. Käytän samassa merkityksessä termejä haastateltava ja kuntoutuja. Kuntoutuja termi sopii paremmin tutkimusraporttini termiksi, koska se korostaa asiakkaan subjektiivutta. Mielestäni haastateltava-termi objektiivoi. Olen kuitenkin käyttänyt raporttini luottavuuden kannalta molempia termejä.

Tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökulmia

Tutkimusaiheen valintaa pidetään tutkimuksen tekoon liittyvänä eettisenä kysymyksenä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Samoin tiedon hankintaa ja tiedonkäyttöä koskevat ratkaisut vaativat eettisestä harkintaa ja siihen perustuvia ratkaisuja. Lisäksi tutkimusprosessin aikana tutkija törmää ratkaisuisaan moniin pohdintaa vaativiin kysymyksiin. (Eskola & Suoranta 1999, 52.) Tieteellisen tiedon hankintaprosessiin liittyviä eettisiä kysymyksiä ovat myös: tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat, tutkimuskohteen mahdollinen hyväksikäyttö, osallistumiseen vaikuttavat ongelmat ja tutkimuksesta tiedottaminen (Suojanen 1982, 70-72). Nykyään puhutaan myös tieteen sosiaalieettisestä vastuusta, jossa ydinkysymyksenä on se, missä määrin tieteen ja tutkimustoiminnan on otettava vastuuta tiedon käytöstä ja seurauksista yhteiskunnalle (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2005, 25).

Olen valinnut tutkimusaiheeni oman kiinnostukseni mukaan ja siksi, että koen psykiatriisiin kuntoutuskäytäntöihin liittyvän tutkimuksen tärkeäksi. Pidän tutkimusaiheeni myös eettisesti perusteltuna sen vuoksi, että aihetta on tutkittu vähän. En tiedä yhtään tutkimusta, jossa psykiatrisen kuntoutuspotilaan kokemusta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta olisi selvitelty. Psykiatrisen kuntoutujan kokemuksen tutkiminen on tärkeää ja yhteiskunnallisesti perusteltua. Asetan tutkimukseni tavoitteeksi uuden tiedon tuottamisen ja kuntoutustyön laadun parantamisen. Tieto psykiatrisen kuntoutuspotilaan asiakaslähtöisyyden kokemuksesta antaa mahdollisuuden kuntoutustyön palvelunlaadun parantamiselle.

Sosiaalityöntekijänä miellän työtehtäväkseni juuri heikoimmassa asemassa olevan ihmisen auttamisen. Psykiatrisessa laitostuntoutuksessa käyvät voidaan nähdä kuntoutuksen heikko-osaisryhmänä. Tämä on osaltaan vaikuttanut tutkimusaiheeni valintaan. Olen toisaalta kokenut tutkimusta tehdessäni olevani sosiaalityölle vieraalla maaperällä. Sosiaalityöntekijän rooli on edelleen terveydenhuollossa omaa paikkaansa hakeva, vaikka sen asema psykiatrisessa sairaanhoidossa on vakiintunut (Leinonen 2001, 106).

Tutkimuksesta ei kuitenkaan voi nähdä olevan suoranaista henkilökohtaista hyötyä haastateltaville. Tutkimuksen hyödyn toivon koituvan psykiatrisille kuntoutuspotilaille.

Tutkimuksen suorittaminen julkisen terveydenhuollon organisaatiossa edellyttää sairaanhoitoalueen eettisen toimikunnan lausuntoa ja sairaanhoitoalueen johtajan myöntämää tutkimuslupaa. Lasten ja nuorten sairauksien ja psykiatrian eettinen toimikunta totesi arvioinneissaan tutkimussuunnitelmani ja siihen liittyvien asiakirjojen olevan eettisesti hyväksyttävissä ja täyttävän tutkimuslain (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 17:n § 3) määrittelemät edellytykset. Eettinen toimikunta totesi, että tutkimussuunnitelmassa oli otettu huomioon ne vaatimukset, joita ihmiseen kohdistuvalta lääketieteelliseltä tutkimukselta edellytetään. Edellä oleva perustelu osoittaa lääketieteen valta-asemaa terveydenhuollon tutkimusalueella, jossa toteutetaan myös hoitotieteellisiä, yhteiskuntatieteellisiä ja psykologisia tutkimuksia. En liitä lupa-asiakirjoja tutkimusraporttiini tutkimukseen osallistuneiden tunnistamattomuuden säilyttämisen vuoksi.

Lähestyin mahdollisia haastateltavia tutkimuskirjeellä ja siihen liittyvällä suostumuslomakkeella (Liite 1). Tutkimuskirjeessä kerroin tutkimuksen tarkoituksesta. Korostin tutkimukseen osallistumisen merkitystä, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, luottamuksellisuutta ja mahdollisuutta vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan. Tutkimuksesta lisätietoja haluava saattoi ottaa minuun yhteyttä kirjeitse tai puhelimitse. Tutkimukseen osallistuvat antoivat kirjallisen suostumuksen, jossa mainittiin myös mahdollisuus haastattelutilanteen nauhoittamiseen. Haastattelutilanteessa kaikki antoivat myös suostumuksensa uusintahaastatteluun, jota en kuitenkaan kokenut tarpeelliseksi tehdä.

Pidän kaikkia mukana olleita haastateltavia eettisestä näkökulmasta kykenevinä antamaan haastattelujen suorittamiseen tietoisensa suostumuksensa. Haastatteluissa tuli ilmi, että neljälle haastateltavalle oli määrätty edunvalvoja. En pitänyt edunvalvojan mahdollista suostumusta välttämättömänä, eikä minulla ollut tiedossa haastateltaviin yhteyttä ottaessani heidän mahdollisesta edunvalvojastaan. Pidän myös postittamaani saatekirjettä riittävän informatiivisena. Puutteena eettiseltä kannalta pidän sitä, että en maininnut saatekirjeessä, että haastattelujen litteroinnin suorittaa toinen henkilö. En huomannut asian merkittävyyttä, vaikka litteroinnin suorittaneen henkilön kanssa oli jo alustavasti sovittu asiasta ennen haastattelujen alkamista.

Haastateltavilla oli itse mahdollisuus puhelinkeskustelussa valita haastattelupaikka ja -ajankohta. Kaikki haastateltavat pitivät hyvänä järjestelynä suorittaa haastattelut kuntoutusjakson yhteydessä sairaalan tiloissa. Itse olin myös sairaalatiilojen kannalla omien aikaisemmin mainitsemieni turvallisuuskysymysten vuoksi. Koska tutkimusaiheeni ei ollut neutraali, oli haastattelupaikan valinnalla todennäköisesti merkitys haastatteluihin sisällöllisesti, vaikkakaan en osaa eritellä tätä vaikutusta tarkemmin.

Koska tutkimuksen kohteena olivat psyykkistä sairautta sairastavat henkilöt, koin erityisen tärkeäksi heidän yksityisyytensä kunnioittamisen. Tutkimuksen kirjoittamisvaiheessa olen pyrkinyt estämään henkilöiden tunnistettavuuden. Jouduin muuttamaan suorissa lainauksissa olevia asian kannalta merkityksettömiä tietoja tunnistettavuuden estämiseksi. Olen myös muuttanut haastateltavien ammattinimikkeitä säilyttäen koulutustason. Haastattelujen toteuttaminen psykiatrisen sairaalan osastotiloissa mahdollisti sekä muiden potilaiden että henkilökunnan havainnot tutkimukseeni osallistuneista henkilöistä. Tämän vuoksi kiinnitin raportin sisällössä tunnistettavuuden estämiseen erityistä huomiota.

Yksi eettistä pohdintaa vaativa seikka on tutkijan vastuu myös suhteessa tutkimuksesta syntyviin hyöty- tai haittanäkökulmiin. Tutkimustyötä tehdessä ei saa hankkia itselleen tutkijan asemaa käyttäen hyötyä tai aiheuttaa muille haittaa. Tutkijan vastuuta osoittaa myös sen arvioiminen osallistuisiko tukijana itse vastaavanlaiseen tutkimukseen, jos sen toteuttaisi joku toinen (Grönfors 1985, 189). Koska tutkimus on opinnäytetyö, siitä on tekijälle hyötyä. Kukin

haastateltava joutui itse arvioimaan osallistuuko tutkimukseeni edistäen opinnäytetyöni valmistumista.

Yksi eettinen kysymys oli myös minun roolini tutkimusta suorittavana henkilönä. Olin työskennellyt kyseisessä psykiatrisessa sairaalassa ja neljä haastateltavaa oli ollut minuun asiakassuhteessa. Tutkijan ja tutkittavan välillä ei saa vallita sellaista riippuvuussuhdetta, joka voi vaikuttaa tietojen antamisen vapaaehtoisuuteen (Eskola & Suoranta 1999, 55). Katson kuitenkin, että haastatteluun osallistuminen oli koettavissa täysin vapaaehtoiseksi. Siihen, miten paljon roolini saman organisaation työntekijänä vaikutti samaani informaatioon joko lisäten tai vähentäen sitä, en osaa sanoa. Oletan kuitenkin roolillani olleen vaikutuksia.

Olen pyrkinyt analyysissa antamaan äänen haastateltaville. Olen pyrkinyt pysyttelemään vakaasti aineistolähtöisyydessä. Tämän koen vaikeaksi eettiseksi kysymykseksi. Olenko tehnyt oikeita tulkintoja aineistoa järjestäessäni? Tunnen erityistä arkuutta tämän kysymyksen edessä. Minua huolestuttaa, kuinka paljon tulkintoihini on vaikuttanut se, että ilmiö on minulle tuttu, koska olen itse työskennellyt psykiatrisessa sairaalassa. Mitä minulta jäi tämän vuoksi näkemättä? Teinkö liian suoraviivaisia johtopäätöksiä? Kuuluuko oma ääneni sittenkin liikaa? Äänen antaminen haastateltaville on aina suhteellista. Tutkijan valikoidessa ja pelkistäessä esille tulee väistämättä tutkijan ääni. (Hänninen 1999, 34.)

Yleensä tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset eivät ole korostuneet laadullisen tutkimuksen metodioppaissa. Olisi johdonmukaista ajatella, että tiedonhankintakeinojen muuttuessa yhä vapaamuotoisemmiksi, myös tutkimuksen eettisiin kysymyksiin paneuduttaisiin intensiivisemmin. Erityisesti eettistä pohdintaa edellyttää tutkijan institutionaalinen asema, jolloin tutkijan ja tutkittavan välisellä vuorovaikutuksella on erilainen merkitys kuin arkisuhteissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122.)

Myös sosiaalityö tarvitsee dynaamisia ja suhdannekeskeisiä etiikka- ja ihmisoikeuskäsityksiä, mikäli se hyväksyy erilaisuuden ja kunnioittaa paikallista tietämystä ja kulttuurieroja ja pyrkii ”hyvää” koskevien käsitysten luomiseen ja ylläpitämiseen. Uudet etiikka- ja ihmisoikeuskäsitykset luodaan yhdessä avoimessa, turvallisessa ja kunnioittavassa dialogissa.

Näiden käsitysten tulisi perustua yhteisiin käsityksiin ihmisarvosta ja harmonisista sosiaalisista suhteista. Stanley Witkin näkee, että kehittymässä onkin sellaisia tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka tunnistavat selkeästi arvosidonnaisuutensa (Witkin 2003, 238, 251). Tällainen tieteen arvo-orientaation vaatimus synnyttää tutkimuksia, joiden tavoitteena on puhunnan ja luokittelujen vapausasteiden osoittaminen (vaikkapa jotain käsitettä horjuttamalla) (Helne 2004, 24).

Varmistaakseni tutkimukseni oleellisempien eettisten periaatteiden toteutumisen toimitin raportin käsikirjoituksen haastateltavieni tutustuttavaksi ennen sen luovuttamista tarkastukseen (Liite 5). Postitin raportin kahdeksalle haastateltavalle. Yksi haastateltava oli kuollut haastattelun tekemisen jälkeen. Kaksi haastateltavaa antoi käsikirjoituksesta palautteen. Molemmat palautteen antajat olivat naisia. Toinen palautteen antajista otti minuun puhelimitse yhteyttä (N5) ja toinen laittoi kirjeen (N3). Toinen haastateltava kertoi lukeneensa koko raportin ja oli sitä mieltä, että täyttä asiaa oli kirjoitettu. Hän oli sitä mieltä, että raportti kannattaa myös julkaista. Haastateltava kertoi olevansa mukana masennustutkimuksessa ja koki tällaisen osallistumisen tärkeäksi. Toinen haastateltava toivoi, että tehty tutkimustyö parantaisi sairaalahoitoa. Hän ei ollut ehtinyt kahden viikon aikana lukea koko raporttia ja koki sen paikoin vaikeaselkoiseksi. Hän toivoi, että raportissa olisi esitetty enemmän yksittäisen kuntoutuksen ja myös henkilökunnan mielipiteitä. Henkilökunnan asiakaslähtöisyys- käsitteen selvittäminen onkin jo uuden tutkimuksen aihe. Pidän saamaani haastateltavien palautetta arvokkaana. Haastateltavien palautteen pyytäminen liittyi osaltaan asiakaskeskeisen tutkimusotteeni toteutumiseen.

5 Tutkimuksen tulokset

Kokemuksena psykiatrinen sairaala

Psykiatrisella sairaalalla kuntoutusympäristönä on oma erityisyytensä. Psykiatrinen sairaala heijastaa yhteiskunnassa vallitsevan kulttuurisen vuorovaikutuksen valistuneisuuden astetta (Salo 1996, 15). Psykiatrista sairaalaa sinänsä on pidetty terapeuttisena ja laitospaisuudessa on nähty hoidollinen merkitys. Laitoshoidon tapahtuu fyysisesti ja sosiaalisesti kontrolloidussa

ympäristössä, johon liittyy hoidon, kontrollin ja hoivan ristiriitainen suhde. (mts. 34, 61.) Pysin seuraavassa kuvaamaan tätä erityisyyttä haastateltavien kokemusten avulla. Olen koostanut haastateltavien kokemukset sairaala kuntoutusympäristönä teeman alle Atlas-Ti- ohjelman Network Browserin visuaaliseen näkymään (Liite 4). Psykiatrisella sairaalalla oli kuntoutusympäristönä merkitys haastateltaville fyysisenä tilana, psyykkisesti koettuna tilana ja toiminnan tilana. Kokemukset menivät osin päällekkäin, mutta kuvaan ne tässä eriteltyinä. Haastateltavien kokemuksissa psykiatrisen sairaalan korostui erityisesti toiminnan tilana.

Haastateltavien kokemukseen psykiatrisesta sairaalasta fyysisenä tilana liittyivät sairaala ja sen ympäristö sekä laitostilan rajoitukset. Laitostilan rajoituksina oli lähinnä sairaalan osasto suljettuna tilana ja arjen jakaminen kuntoutujien kanssa. Sairaalalla oli myös merkitys psyykkisenä kokemuksena. Haastateltavat mielsivät sairaalan lohdulliseksi ja vapauttavaksi ympäristöksi ja jopa lomapaikaksi. Toiminnan tilana sairaala oli paikka, jossa kuntoutus tapahtui. Toiminta tapahtui joko sairaalan sisä- tai ulkotiloissa. Toiminnan tilana kokemukseen liittyi hoitokulttuuri, laitostuminen ja kokemukset pakkotoimien käytöstä (Taulukko 3).

Taulukko 3: Psykiatrisen sairaalan kokemus

Fyysisenä tilana	Psyykkisesti koettuna	Toiminnan tilana
Laitoskokemus: Sairaala ja sen ympäristö Laitostilan rajoitukset	Vapauttava riippuvuus	Kuntoutuspaikka: Hoitokulttuuri Laitostuminen Kokemukset pakkotoimien käytöstä

Sairaala ja sen ympäristö

Laitoskuntoutusjaksot tapahtuivat fyysisesti tietyssä paikassa, tietyllä osastolla. Suljetulla osastolla kuntoutusjaksoilla käyvä luopui vapaaehtoisesti tietystä itsemääräämisoikeudestaan. Päästäkseen kulkemaan osaston tiloissa (suihkuhuoneet, potilashuoneet) tai ulkoilemaan, oli kuntoutujan pyydettävä hoitajaa avaamaan ovet.

Ensimmäisellä hoitajaksolla osaston suljetut ovet saattoivat haastateltavien mukaan tuntua oudolta ja pelottavalta. Erään haastateltavan mukaan suljettuihin oviin tottui varsinkin silloin,

kun sai oikeuden liikkua osaston ulkopuolella. Suljetut ovet koettiin myös turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Näin koki haastateltava, jolla oli jatkuvia itsemurha-ajatuksia. Hän tunsi olevansa turvassa suljettujen ovien sisällä. Monet haastateltavat kokivat ongelmaksi sen, että joutuivat häiritsemään hoitajia ja pyytämään heitä avaamaan ovia. Toisaalta suljetut ovet saattoivat myös ärsyttää haastateltavaa suunnattomasti. Eräs haastateltava toivoi, että myös hänellä olisi sairaalan avaimet käytössään. Suljetulla osastolla kuntoutusjaksoilla kävijät eivät kuitenkaan halunneet vaihtaa kuntoutusosastoaan avo-osastoon. Kertooko suljettuihin oviin tottuminen ja laitoshoidossa koettu turvallisuuden kokemus laitostumisen kokemuksesta?

Haastattelija: No, miten tää, kun täällä on suljetut ovet, niin miten sä sen koet?

Kuntoutuja: No, on se ihan hyvä asia, että on, että niin kuin ajattelee jotain potilaita, että jos on tosi pahoja, niin kuin mullakin on joskus ollut niitä itsemurhajuttuja on ollut, niin on se ihan hyvä, ettei pääse tekemään itselleen mitään.

Haastattelija: Että on turvassa?

Kuntoutuja: Täällä on ovet kiinni.

Haastattelija: No entäs näin nytten, kun sä olet tullut näille kuntoutusjaksoille, niin häiritseekö se sua mitenkään, että sun täytyy pyytää hoitajaa avaamaan ovea, että sä pääset ulkoilemaan?

Kuntoutuja: No, kyllä sitä joskus mieltii, että viitsikö sitä pyytää ja häiritä ja sitten kun noi suihkut on kiinni, niin pyytää niitä aukomaan, niin kyllä se joskus on tuntunut, mutta en mä sitä kuitenkaan hirveän negatiivisena koe, että ne on kiinni. (N3:512-527)

Suljetulla osastoilla, jolla kuntoutusjaksot pääsääntöisesti toteutuivat, oli yhden, kahden ja neljän hengen potilashuoneita. Yhden haastateltavan kuntoutusjaksot toteutuivat avo- osastolla, jossa hänellä oli yhden hengen potilashuone. Suljetulla osastolla huone tuli jakaa kolmen muun kuntoutujan kanssa. Hoitojakson aikana myös huoneen potilastoverit saattoivat vaihtua. Sairaalassa haastateltavilla ei juuri ollut yksityisyyttä, koska he pukivat ja riisuivat hoitajien tai potilastoverien läsnä ollessa. Mikäli haastateltava halusi yksityisyyttä hoitojakson aikana, oli se mahdollisuus saada sairaalan ulkotiloissa. Myös psykiatristen sairaaloiden arkea selvittäneen työryhmän (Särkelä, Taipale, Heikkilä & Heinonen 1995, 8) arvion mukaan psykiatristen

sairaaloiden asumistaso ei vastaa edes alivuokralaistaso. Niiden tason arvioitiin vastaavan lähinnä joukkomajoitusta.

Haastateltavat eivät kokeneet potilashuoneen jakamista muiden potilaiden kanssa ongelmalliseksi, vaikka eivät juurikaan seurustelleet heidän kanssaan hoitajakson aikana. Kukaan ei valittanut potilastovereistaan tai ahtaasta asumisesta kuntoutusjakson aikana. Haastateltavat olivat erittäin lojaaleja potilastovereitaan kohtaan, vaikka todennäköisesti sairaalaolosuhteissa syntyy myös konfliktitilanteita.

Haastateltavilla ei vaikuttanut olevan merkittäviä tunnesuhteita sairaalan henkilökuntaan eikä potilastovereihin. Haastateltavien selviytymistä edistävästä tekijöistä vertaistuki epävirallisena tukimuotona jäi marginaaliseksi. Kolme haastateltavaa piti yhteyttä potilastovereihin kuntoutusjakson ulkopuolella. Potilastoverit koettiin useimmiten hyvän päivän tutuiksi tai täysin vieraisiksi ihmisiksi, joiden kanssa tuli satunnaisesti keskusteltua. Sairaalan hoitokulttuuri ei myöskään ohjannut vertaistuen hyödyntämiseen. Voidaan myös kysyä onko ammattilaisympäristö vertaisuutta tukahduttava? Työkokemukseni mukaan yleissairaaloissa potilaat luovat toisiinsa herkemmin kontakteja myös neljän hengen potilashuoneissa. Somaattisen sairaalan potilaat kertovat huonetovereilleen avoimesti yksityiselämänsä ja sairauteensa liittyvistä luottamuksellisista asioista.

Tietynlainen sisäpuolisuuden kokemus heillä kuitenkin oli. Sisäpuolisuuden kokemus tuli esille mainintoina sairaalan systeemiin sopeutumisesta. Haastateltavat noudattivat sairaalan toimintatapoja, mutta kritisoivat niitä puheessaan. Kritiikki kohdistui ensisijaisesti valittuihin hoitolinjoihin, ei arkipäivän toimintoihin. Hoitolinjoissa kritisoitiin yleensä lääkehoidon toteuttamista ja oman osuuden marginaalisuutta kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Sisäpuolisuuden kokemus ja merkittävät tunnesuhteet vaikuttavat siihen, miten valmiita ollaan noudattamaan laitoksen toimintatapoja (Törrönen 1999, 129).

Haastateltavilla oli vähän ystäviä ja yhteydenpito sukulaisiin tapahtui harvajaksoisesti. Omaistensa kanssa asuvien tilanne oli tietenkin erilainen. Yksi haastateltava asui veljensä ja yksi vanhempiansa kanssa. Huolimatta vähäisistä sosiaalisista suhteistaan tutkimukseni

haastateltavat eivät tuoneet esille yksinäisyyden kokemusta, ei kotioloissa eikä laitoksessa. Haastateltavilla oli mahdollisuus puhelinkontaktiin kuntoutustahon kanssa kuntoutusjaksojen väliajalla. Tämä saattoi osaltaan vaikuttaa siihen, että haastateltavat eivät kokeneet yksinäisyyttä. Saattoi myös olla, että haastateltaviksi oli valikoitunut henkilöitä, jotka viihtyvät yksinään. Olisi mielenkiintoista tietää miten ei laituskuntoutusjaksoilla käynyt koki yksinäisyyden.

Haastateltavien kokemukset poikkesivat vertaistuen ja yksinäisyyden kokemuksen kohdalla aikaisemmista tutkimustuloksista. Tutkimusten mukaan psykiatristen potilaiden yksi keskeisistä ongelmista on yksinäisyys (Arjen taitojen tukeminen..2002, 21). Vuonna 1993 mielenterveysasiakkaille suunnatussa tutkimuksessa 40 % ilmoitti yksinäisyyden ja eristäytymisen suurimmaksi vaikeudekseen (Psykiatrinen avohoito..1993, 14). Yhteydenpito muihin tuntuu mielenterveyspotilaista usein vaikealta omien voimien vähyyden vuoksi ja usein heillä on myös se kokemus, että he eivät tule muiden taholta ymmärretyiksi. Usein sairauden myötä yhteydenpito muihin ihmisiin katkeaa tai vaikeutuu. (Koskisuus 2003, 28.) Sosiaalisten suhteiden välttäminen voi olla myös yksi selviytymiskeino, silloin kun sosiaalisten suhteet eivät ole tukevia (Somerkivi 2000). Myös omassa masentuneisiin naisiin kohdistuneessa tutkimuksessani (Ristaniemi 1997, 87) yksi masentuneen naisen selviytymiskeino oli vetäytyminen.

Aikaisempien tutkimusten mukaan mielenterveyskuntoutujat kokevat myös merkittävänä yhteisen jakamisen toisten kuntoutujien kanssa. Mielenterveyden keskusliiton kuntoutuskurssien osallistujien arvioinneissa vertaistuki oli tärkein kurssille motivoiva tekijä. (Koskisuus 2003, 43-44, 52.). Myös Seija Kokon (2004, 83) tutkimuksessa osa mielenterveystoimiston asiakkaista koki keskeiseksi toisilta samanlaisessa elämäntilanteessa olevilta saamansa tuen.

Osa kuntoutusjakson sisällöistä tapahtui myös osaston ulkopuolissa tiloissa. Tällaisia olivat toiminnalliset (ratsastus, pihatyöt) ryhmät. Sairaalan pihatilaa käytettiin myös hoitojakson aikana tapahtuvaan ulkoiluun. Joillekin haastateltaville myös sairaalarakennuksen ympäröivällä luonnolla oli merkitystä. Ympäristöä pidettiin ”kivana”. Yllättävän vähän haastateltavat

kuitenkin kommentoivat sairaalan ympäristön tuomia mahdollisuuksia, vaikka sairaalan ympäristössä oli vehmas luonto ja hyvät ulkoilumahdollisuudet.

Kuntoutuja: Toisaalta mä ajattelen, kun mä olen tuolla [kotona] että taas mun pitää lähteä sinne [sairaalaan], sitten kun mä olen täällä [sairaalassa] ja mä näen tään ympäristön, niin täällä on hirveän kiva olla.

Haastattelija: Joo.

Kuntoutuja: Kiva ympäristö siellä munkin asunnossa on, mun ympärillä. Mutta kun mulla ei käy ketään vieraita siellä koskaan, niin, yksi mummo ruukaa tulla, se soittaa ovikelloa ja sanoo, että hän lähti katsomaan sinua, että kun sä et ole käynyt hänen tykönään. (N5:601-608)

Laitostilan rajoitukset

Osallistumiseen psykiatrisessa sairaalassa toteutettaviin laituskuntoutusjaksoihin liittyy myös eräänlainen riski. Psykiatriseen sairaalaan kuntoutusjaksolle tuleva altistuu siihen mahdollisuuteen, että hänet ”kaapataan” hoitoon, mikäli hänen vointinsa arvioidaan mielenterveyslain mukaisesti sellaiseksi, että tarvitaan tahdosta riippumatonta hoitoa. ”Kaappaaminen” tarkoittaa sitä, että mikäli alun perin vapaaehtoisesti sairaalahoitoon tullut potilas pyrkii pois hoidosta, lääkäri voi määrätä hänet tarkkailun kautta tahdosta riippumattomaan hoitoon ilman erillistä lähetettä (Mielenterveyslaki 1423/2001 8§). Suomessa ”kaapattiin” vapaaehtoiseen hoitoon tulleista potilaista 10 % tahdosta riippumattomaan hoitoon vuonna 2000. Prosenttiosuus vaihtelee maan eri osissa 0:n ja 16 %:n välillä. Uudenmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kaapattiin 16 % potilaista pakkohoitoon. Kyseiset erot eivät selity sairastuvuuden tai henkilöressurssien eroilla, vaan eri alueilla asuvien ihmisten kohtelussa ja hoidossa on suuria eroja. Eri alueilla tulisi vakavasti selvittää omia käytäntöjä. (Tuori 2002, 25.)

Psykiatristen sairaansijojen vähentäminen aiheuttaa väistämättä sen, että sairaalahoidossa olevat potilaat ovat entistä sairaampia. Voi myös olla, että joutuminen vastentahtoiseen hoitoon sairaalaympäristössä on turvallisempaa kuin ”siviilissä”. Kukaan haastateltavista ei tuonut esille pelkoa hoitoon ”kaappaamisesta”. Yksi haastateltava oli haastatteluhetkellä tahdosta riippumattomassa hoidossa. Hän oli tullut pyydettyä vastentahtoisesti kuntoutusjaksolle ja

kuntoutusjakson aikana hänet oli ” kaapattu” hoitoon. Haastateltava koki vapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan rajoitettavan. Hän oli tehnyt kirjallisen valituksen hallinto-oikeuteen tahdosta riippumattomasta hoidosta ja koki tärkeänä sen, että hänellä oli valittamisen mahdollisuus. Ratkaisu valitukseen tuli kuitenkin muuttumattomana takaisin. Haastateltava ei käyttänyt jatkovalituksen mahdollisuutta korkeimpaan hallinto-oikeuteen.

Tutkimukseni haastateltaville osaston tilojen käytössä oli kuitenkin seikka, jolla oli merkitystä. He toivoivat rauhallista keskustelutilaa omahoitajan kanssa tapahtuvaa keskustelua ajatellen. Tällainen kommentti tilankäytöstä oli mielestäni yhtenä osoituksena asiantuntijatuen korostuneisuudesta. Sairaalamiljöö miellettiin paikkana, joka oli asiantuntijuuden foorumi. Useimmiten omahoitajakeskustelut tapahtuivat osaston kansliassa, jossa haastateltavat kokivat olevan monenlaisia häiriötekijöitä. Haastateltavia häiritsi kansliatilán levottomuus puhelimen soittoineen sekä muiden hoitajien kulkeminen tilassa. Haastateltavien odotukset vastaanottotilan suhteen olivat samansuuntaisia aikaisemman tutkimukseni kanssa, jonka mukaan mielenterveysasiakkaat arvostavat erityisesti rauhallista ja häiriötöntä asiointitilaa. (Ristaniemi 2001, 43.)

Haastattelija: Niin. Niin kuin tärkeimmät asiat. Mitä se auttaminen pitäisi sisällänsä?

Kuntoutuja: Just sitä niin kuin kuuntelemista, että on aina aikaa kuunnella ja sitten neuvoa kaikissa ongelmissa.

Haastattelija: Joo. No entäs mikä edesauttaisi siinä, että tämmöisessä hoitojärjestelmässä pystyttäisiin toimimaan asiakaslähtöisesti, niin mitkä asiat pitäisi olla, mitkä edellyttäisi tai auttaisi sitä asiaa, että pystyttäisiin toimimaan?

Kuntoutuja: No voi se ainakin olla, että on hoitajia monia tässä, että niinkun monella potilaalla on keskusteltavaa ja sitten että voisi rauhallisesti keskustella, että olisi semmoisia tiloja, mihin voisi mennä, jos kanslia on vaikka varattu niin johonkin niin kuin muualle sitte. (N3:251-262)

Vapauttava riippuvuus

Kuntoutusjaksolle tuleminen vaati haastateltavilta usein ponnisteluja ja aina he eivät lähteneet sovituille jaksoille mielellään. Monet kokivat psykiatrinen sairaalan fyysisenä tilana armahtavana. Sairaalassa saattoi kokea paineiden helpottavan ja sairaala koettiin paikkana,

jossa saattoi unohtaa todellisuuden. Todellisuuden unohtamista ei kuitenkaan voida ajatella pakona todellisuudesta vaan siirtymisenä toisenlaiseen todellisuuteen. Eräs haastateltava koki, että sairaalassa oli parantava henki ja siellä voi kokea olevansa ”kaikessa rauhassa ja lomalla”. Voidaanko tämä todellisuuden unohtaminen tulkita merkiksi laitostumisesta?

On olemassa tiettyjä elinympäristöjä, jotka palauttavat mieliin henkilökohtaisia kokemuksia. Tällaisia paikkoja ovat erityisesti lapsuuden ympäristöt. Näiden paikkojen tarkkoja piirteitä ei muisteta, vaan ennemminkin muistetaan paikan henki. Puhutaan paikan tuttuudesta, joka syntyy läheisestä kiintymyksestä kyseiseen paikkaan. Tällainen kiinteä sitoutuminen nähdään ihmiselle tärkeäksi. (Relph 1986, 37.)

Vaikka haastateltavat näkivät psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvien kuntoutusjaksojen määräaikaisen luonteen, vaikutti siltä, että he olivat juurtuneet hoitojärjestelmään ja pystyivät näkemään sen eri puolia. Haastateltavat eivät pyrkineet aktiivisesti saamaan sovittujen kuntoutusjaksojen päättymisajankohtaa sovituksi, vaikka viisi haastateltavaa toivoi, ettei enää kolmen vuoden kuluttua olisi laituskuntoutusjaksojen tarvetta. Kaikki haastateltavat olivat pitkäaikaispotilaita, koska he olivat olleet hoitojärjestelmien piirissä yli kaksi vuotta.

Tutkimuksissa on kysely potilaiden suhtautumista psykiatriseen sairaalahoitoon (Psykiatrian avohoito..1995; Latvala 1998). Mielenterveyden keskusliiton 1993 tekemässä avohoitopalvelujen käyttäjille kohdistuneessa kyselyssä (Psykiatrinen avohoito..1995) sairaalahoitoon liittyviä kommentteja oli vähän. Käytän tässä tutkimuksessa lähteenä kyseistä tutkimusta sen ajallisesta etäisyydestä huolimatta, koska en ole löytänyt vastaavanlaista tälle kohderyhmälle osoitettua tuoreempaa tutkimusta. Kyselyn vastauksissa sairaalahoitoa pidettiin pelottavana kokemuksena. Toisaalta kuitenkin toivottiin, että olisi olemassa lomakoti, jossa saisi levätä ja koota itseään. Sairaala koettiin byrokraattiseksi ja vankilanomaiseksi.

Tutkimukseni haastateltavat kokivat psykiatrisen sairaalan positiivisemmin. Haastateltavien kommentit psykiatrisesta sairaalahoidosta olisivat saattaneet olla kriittisempiä, mikäli haastattelut olisi toteutettu muualla kuin sairaalan tiloissa. Haastattelupaikkana sairaala ei ole neutraali arviointipaikka. Toisaalta haastateltavat kokivat toteutettujen laituskuntoutusjaksojen

olevan merkityksellisiä hyvinvointinsa kannalta. Ei ole helppo olla kriittinen suhteessa siihen, mistä kokee olevansa riippuvainen.

Haastateltavien selviytymiskeinot eivät rajoittuneet ainoastaan psykiatrisen hoitotyön mahdollisuuksiin (Taulukko 4). Haastateltavilla oli myös virallisia ja epävirallisia tukiverkostoja. Hoitotahon tuen ohella haastateltavilla oli yksilöllisiä selviytymiskeinoja, jotka liittyivät omaan persoonaan ja elämännäkemykseen. Merkittävä selviytymisen tuki oli sosiaaliturva työkyvyttömyyseläkkeen ja joillakin eläkkeensaajan hoitotuen muodossa. Mitä useampia tukimuotoja haastateltavilla oli (edunvalvoja, tukihenkilö, kotiapu, välitystili) sitä vähemmän kriittisesti he suhtautuivat psykiatriseen hoitoon.

Taulukko 4: Haastateltavien tukimuodot

Yksilölliset selviytymiskeinot	Viralliset tukiverkostot	Epäviralliset tukiverkostot	Sosiaaliturva
*Tiedon hankinta *Oiretiedostus/itse arvio *Hengellinen vakaumus *Elämälle asetetut tavoitteet	*Psykiatrisen sairaala *Edunvalvoja *Kotisairaanhoido *Kotipalvelu *Tukihenkilö *Perusturvatoimi	*Sosiaalisen tuen verkostot: omaiset, ystävät, potilastoverit	*Työkyvyttömyyseläke *Eläkkeensaajan hoitotuki *Asumistuki *Erityiskorvattavat lääkkeet *Kelan matkakorvaukset *Kelan harkinnanvarainen kuntoutus

Haastateltavien yksilöllinen selviytymiskyky muodostui edellä mainituista osa-alueista erilaisilla painotuksilla. Haastateltavista ainoastaan yksi koki pärjäävänsä hyvin arkielämässään. Hän asui veljensä kanssa ja kävi haastatteluhetkellä psykiatrisessa sairaalassa päiväpotilaana kerran kahdessa viikossa. Joka toinen viikko hän kävi päivätoimintakeskuksessa. Hänelle oli suunniteltu vuonna 2002 kahden päivän laitoskuntoutusjaksot. Hän oli käynyt laitoskuntoutusjaksoilla ainoastaan kaksi kertaa. Tuettuina oli haastateltava, joka kävi psykiatrisessa sairaalassa viiden vuorokauden laitoskuntoutusjaksoilla kerran kuukaudessa. Lisäksi hänellä kävi kotisairaanhoidaja ja kotipalvelu kaksi kertaa viikossa. Hän kävi myös neljä kertaa viikossa päivätoimintakeskuksessa. Perusturvatoimi hoiti hänen taloudelliset asiansa. Lisäksi hänelle tuli viikonloppuisin ateriapalvelu.

Yksilöllisinä selviytymiskeinoina haastateltavilla oli tiedon oma-aloitteinen hankkiminen, oiretiedostus ja itse arvio, hengellinen vakaumus sekä elämälle asetetut tavoitteet. Yksi haastateltava hankki tietoa sairaudestaan tutkimalla psykiatrisia ja psykologisia oppikirjoja. He eivät käyttäneet vaihtoehtoisia hoitomuotoja, vaan he uskoivat koululääketieteeseen. He myös luottivat tiedon lähteinä lähinnä omaan kokemukseensa ja henkilökuntaan. Henkilökunta ei kuitenkaan ollut aktiivinen tiedonjakaja, vaan antoi vastauksia lähinnä kysyttäessä. He olivat hyvin oiretietoisia. He tunnistivat muutokset psyykkisessä tilassaan ja osasivat eritellä arkielämän selviytymiseen vaikuttavia sairauden oireita (psyykkinen pahoinvointi, ahdistus, väsymys, bakteerikammo, varmistamispakko ja käsienspesupakko). Oireiden tiedostamisella on merkitystä hoitoon sitoutumisen kannalta. Haastateltavat olivat sitoutuneita hoitoonsa. Oiretiedostus edesauttaa myös hoitoon motivoitumista. On myös tärkeä havaita voinnissa tapahtuvat muutokset, jotta osaa oikea-aikaisesti hankkia lisätukea.

Sairauden oireiden lisäksi haastateltavat arvioivat itseään myös muun toimintansa kannalta. Tällaisia arvioinnin kohteita olivat muun muassa sairastumisen syyt, oma osuus hoitosuhteessa ja oma käyttäytyminen. Viisi haastateltavaa pohti sairastumisensa syitä. Sairastumisen syyt koettiin erilaisina. Yksi näki syynä tottelemattomuutensa Jumalalle ja toinen sairauden olevan yhteiskunnan käyttämä rankaisumuoto. Yksi haastateltava näki syy-yhteyden aikaisempien kouluvuosien koulukiusaamiseen. Kaksi haastateltavaa koki sairastumistaan edeltäneen työuupumuksen. Monet arvioivat toimintaansa myös muilla elämänalueilla. Tällaisia alueita olivat muun muassa päihteiden käyttö, pelaaminen ja lain noudattaminen. Haastateltavat olivat itsetutkiskelussaan ankaria, mutta eivät armottomia.

Hengellinen vakaumus oli kahdelle haastateltavalle merkittävä voiman antaja. Molemmilla oli ollut hengellinen vakaumus vuosia. Haastateltavat uskoivat Jumalan parantamiskykyyn ja rukouksessa saatavaan voimaan.

Monen haastateltavan yksilöllisenä selviytymiskeinona oli myös toiveikkuus tulevaisuuden suhteen. He olivat asettaneet elämälleen erilaisia tavoitteita. Haastateltavien tavoitteet liittyivät hoitoon ja yleisesti elämäntilanteeseen. Hoitoon liittyviä tavoitteita oli kokonaisvaltainen

kohtaaminen hoidossa, psyykkinen hyvinvointi, psykoosien ennaltaehkäisy ja selviytyminen arkielämässä. Elämäntilanteeseen liittyvät tavoitteet liittyivät asumiseen, ihmissuhteisiin, koulutukseen ja muuhun elämän sisältöön. Esittelen nämä tavoitteet myöhemmin tässä tutkimuksessa luvussa 5 Asiakaslähtöisyys osallisuuden kokemuksena; Kuntoutuksen asettamien odotusten huomiointi ja toteuttaminen osallisuuden edellytyksenä.

Haastateltavien viralliset tukiverkostot muodostuivat seuraavista tahoista: psykiatrisen sairaalan henkilökunta (kaikilla haastateltavilla), edunvalvoja (neljällä), kotisairaanhoidon (yhdellä), kotipalvelu (yhdellä), tukihenkilö (kolmella) ja perusturvatoimen (yhdellä) henkilökunta. Epävirallinen tukiverkosto muodostui sosiaalisen tuen verkostoista, johon kuuluivat omaiset, ystävät ja potilastoverit. Haastateltavat olivat saaneet tukea eri tahoilta erilaisten jännitteiden kentässä. Omaisten ja hoitotahon hoitolinjojen välillä oli tullut esille näkemyseroja (Erään haastateltavan omaisia askarrutti lääkehoidon tarpeellisuus ja diagnoosin paikkansapitävyys).

Haastateltavat eivät heidän omaisensa toimineet potilas-, omais- tai tukiyhdistyksissä kuten Mielenterveysseurassa tai Omaiset Mielenterveyden tukena ry:ssä. Haastatteluissa ei tullut esille syytä miksi näissä järjestöissä ei toimittu. Sosiaaliturva oli jokaiselle haastateltavalle merkittävä selviytymisen osatekijä. Jokainen haastateltava oli työkyvyttömyyseläkkeellä ja heillä oli myös muita sosiaalivakuutuksen muotoja.

Haastateltavien yleisarvio psykiatrisesta sairaalasta laitostuntoutusjaksojen toteuttamispaikkana oli positiivinen. Voittopuolisesti myönteinen kokemus liittyi juuri nykyiseen laitostuntoutusjakson toteuttamiseen. Kuntoutusjaksojen lähtökohtana oli se, että haastateltavat uskoivat jaksoilla olevan heidän kotona selviytymistään tukeva merkitys. Kuitenkin haastateltavilla oli sekä positiivisia että negatiivisia laitostuntoutusjaksoon liittyviä kokemuksia lähes yhtä paljon (Liite 2). Positiivisten ja negatiivisten laitostuntoutusjaksojen määrä kertoo laitostuntoutuksen ristiriitaisuudesta, koska monella haastateltavalla oli samaan aihealueeseen liittyviä negatiivisia ja positiivisia kokemuksia. Tällaisia sekä positiivisesti että negatiivisesti varautuneita kokemuksia oli kokemus lääkehoidon toteuttamisesta, pakkohoidosta, omista vaikuttamismahdollisuuksista, hoidon toteuttamisesta,

hoitohenkilökunnan käyttäytymisestä, tiedon saamisesta ja sairaalasta fyysisenä ympäristönä. Nämä osa-alueet tulevat yksityiskohtaisemmin myöhemmin esille tässä raportissa.

Kukaan haastateltavista ei tuonut sanallisesti esiin käsitystään siitä, että kokee pääsemisen laitostuntoutuspotilaaksi etuoikeudekseen, mutta tällaisen johtopäätöksen voi tehdä haastateltavien tyytyväisyydestä ja sitoutuneisuudesta kuntoutukseen. Myös Seija Kokon (2004, 79) mielenterveyspotilaisiin kohdistuneissa haastatteluissa tuli esille mielenterveystoimiston asiakkuuteen liittyvä kokemus etuoikeutettuna olemisesta.

Kuntoutuja: No se keskeisin hyöty on semmoinen, että kun täällä [kotona] alkaa olla liian puisevaa ja menee semmoista yhtä uraa koko ajan, niin siellä [sairaalassa] pääsee niin, että se niin kuin katkeaa siihen [sairaalan] ulko-ovelle se sama mikä on täällä [kotona] ja siellä [sairaalassa] alkaa sellainen armahtava todellisuus. Eli siellä pystyy unohtamaan sen, mitä mikä täällä [kotona] on todellisuutta ja mikä täällä painaa. Se jää niin kuin siihen ulko-ovelle, että siellä[sairaalassa]saa olla ihan kaikessa rauhassa. Ei muodostu mitään paineita ja tavallaan pystyy ajattelemaan paljon vapaammin ja luovemmin. Se paineen alaisuudessa, oli se paine sitten mistä tahansa syntynyt, niin silloin on vaikeata luovuutta löytää ja mitään uusia ratkaisuja ei voi miettiäkään, jos on kova paine.

Haastattelija: Se katkaisee sen arjen rutiinin ja se arjen paine ei ole siellä mukana.

Kuntoutuja: Se on erittäin hyvä piirre siinä ja [lääkärin nimi] sanoikin joskus, että se mitä he niin kuin tarjoaa hoitona, että on lämmin ja reilut ruoka-annokset ja sitten vähän sympatiaa. (M2:182-193)

Tutkimukseni haastateltaville psykiatrisesta sairaalasta muodostui kiinnipitävä ympäristö.

Koska monella oli myös muita tukisuhteita, ei voitu puhua muiden turvarakenteiden pettämisestä. Sairaalan ja hoitosuhteiden merkitys voidaan kuitenkin nähdä asiakasta kannattelevana. Auttamissuhde voidaan määritellä kiinnipitävänä ympäristönä silloin, kun muut turvarakenteet ovat pettäneet (Granfelt 1998).

Psykiatrinen sairaala saattoi kuitenkin nostattaa ikäviä muistoja muissa sairaaloissa tapahtuneista hoitajaksoista ja osittain olemassaolollaan lisäsi haastateltavan pahanolon tunnetta. Negatiiviset kokemukset kuntoutuspaikasta fyysisenä tilana jäivät kuitenkin

haastatteluissa vähemmälle painotukselle. Kukaan haastateltavista ei kyseenalaistanut laitoskuntoutusjakson merkitystä kotona selviytymistä tukevana tekijänä.

Kuntoutuja: Kyllä. Mutta mulle ehdotettiin alussa, että mä teen kävelylenkkejä, mutta mua ei oikeastaan kiinnosta täällä kävelylenkkejä tehdä ja siinä on eräs psykologinen syy, miksi ei: Jos mä lähdän tästä talosta ulos, niin se ei mitään, mutta sitten kun mä olen tehnyt sen lenkin ja palaan takaisin, mä näen sen talon nimen elikkä [sairaalan nimen], niin mulle tulee niin paljon ikäviä muistoja pelkästä nimestä ja se että se on tossa seinällä se nimi niin isolla ja se tekee semmoisen kummallisen tunteen, jonkinlaisen säikähdyksenkaltaisen pahan olon. (N6:99-121)

Hoitokulttuurin kokemus

Haastateltavilla oli kokemuksia erilaisista hoitoyksiköistä. Vertaillessa omia kokemuksiaan, he kokivat eri sairaaloiden toiminnan erilaisena. He puhuivat erilaisesta hoitokulttuurista, joka oli tullut esille hoitajien erilaisena käyttäytymisenä sekä eroina pakkotoimien käytössä. Joissakin hoitopaikoissa oli ollut niin kiire, että hoitajat eivät juuri olleet ehtineet keskustelemaan potilaiden kanssa. Eräs haastateltava kuvasi edellisen hoitopaikan hoitajien käyttäytymistä hyökkääväksi ja päällekkäiseksi. Nykyisen hoitopaikan hoitokulttuuri kuvattiin potilasta kunnioittavaksi ja yksilölliseksi.

Haastattelija: Joo. Sulla on muunlaisiakin kokemuksia sitten, kun sanot, että tämä on paras, olet kokenut erilaistakin kohtelua?
Kuntoutuja: Olen, tosi hyökkäävää, semmoista päällekkävyä kohtelua ja ei ole saanut koskaan puhua mitään ja olisi aina vaan pitänyt hiljaa ja tyytyväisenä ottaa vastaan mitä annetaan. (N5:43-48)

Haastateltavilla oli kokemuksia hoitojärjestelmän muuttumisesta sekä muuttumattomuudesta. Kokijakohtaisesti jonkin osa-alueen koettiin muuttuneen ja toisen taas ei. Monet haastateltavat kokivat hoitohenkilökunnan käyttäytymisen muuttuneen potilasta kunnioittavampaan suuntaan. Henkilökunnan ei enää koettu huomauttelevan herkästi potilaan käyttäytymisestä kuten esimerkiksi ruokailutavoista. Aikaisemmin oli huomauteltu potilaille jopa ivallisesti.

Haastattelija: Kerrotko näistä kuntoutusjaksoista, että miten täällä hoito toteutuu tässä sairaalassa?

Kuntoutuja: Tässä sairaalassa mulle on ollut kaikista paras kohtelu ensinnäkin, se että täällä pidetään potilastakin ihmisenä. Henkilökunta on hirveän ystävällistä ja eikä toisten potilaittenkaan kanssa ole mitään vaikeuksia, että ystävällisiä on potilaatkin.

Haastattelija: Niin.

Kuntoutuja: Tässä sairaalassa on semmoinen, että voisi sanoa, että täällä on parantava henki.

Haastattelija: Niin, mä olen kuullut tämän aikaisemminkin. Joo.

Kuntoutuja: Sitähän ei joka sairaalassa ole. (N5:30-42)

Mielestäni oli yllättävää, että monen haastateltavan pitkän hoitokokemuksen mukaan hoitojärjestelmä ei ole paljonkaan muuttunut. Eräs haastateltava koki kahdeksan vuotta pitkän kokemuksensa perusteella, että hoitajien asennoituminen ja käyttäytyminen ei ollut muuttunut. Hän koki, että häntä oli aina kohdeltu hyvin. Kyseisellä haastateltavalla oli myös kokemuksia vastentahtoisesta hoidosta. Haastateltava, jolla oli pisin kokemus psykiatrisista hoitomuodoista (useampia kymmeniä vuosia) koki, että häntä oli myös aina kohdeltu hyvin. Haastateltavien erilaiset hoitokulttuurikokemukset kertovat haastateltavien kokemuksen ainutlaatuisuudesta ja yksilöllisyydestä. Toisaalta voidaan ajatella, että aika kuultaa muistot ja voittopuolisesti positiiviset muistot värittävät kokonaisuutta. Haastateltavat eivät mielellään muistelleet ikäviä hoitokokemuksiaan. Niitä ei haluttu joko palauttaa mielen tai niiden muistaminen oli mahdotonta. Myös haastattelutilanne saattoi vaikuttaa positiivisempaan kannanottoon. Haastateltavien haluttomuus puhua negatiivisista hoitokokemuksistaan voi myös olla osoitus keskustelukulttuurimme yleisestä positiivista puhetta suosivasta linjasta.

Myös muiden tutkimusten mukaan potilailla on yleensä hyvä suhde hoitohenkilöstöön. Avohoidon palveluiden käyttäjien kokemuksia selvittäneessä tutkimuksessa, tuli esille vastaajien positiivinen suhde hoitavaan henkilöstöön. Kaksi kolmasosaa piti suhdetta myönteisenä, läheisenä, luottamuksellisena, asiallisena, tasavertaisena, lämpimänä, arvostavana ja kunnioittavana. Kyselyyn vastanneet osoittivat ymmärtämystä myös henkilökunnan ylikuormitustilanteeseen. (Psykiatrinen avohoito..1993, 3, 19-21.) Psykiatrisen laitoshoidon puitteet luovat oman erityisyytensä myös potilaiden ja henkilökunnan suhteelle. Jo erilaisten pakkotoimien mahdollisuus psykiatrisessa sairaalassa on omiaan luomaan potilaan ja henkilökunnan suhteeseen myös tiettyä jännitettä.

Eräs haastateltavista koki hoitojärjestelmän muuttumattomuudessa siten, että hänen mielestään hoitojärjestelmä oli jäänyt auttamattomasti vanhanaikaiseksi. Kokemus hoitojärjestelmän vanhanaikaisuudesta liittyi psykiatrisen hoidon mediakalisointiin, psykiatristen sairauksien lääketieteellistämiseen. Lääkehoito oli se aihepiiri, joka herätti haastateltavissa monia ristiriitaisia tunteita. Toisaalta lääkehoito koettiin tarpeellisena, mutta sen toteuttaminen lääkärijohtoisesti herätti kritiikkiä. Lääketieteellisellä tulkinnalla onkin ollut viimeiset kaksikymmentä vuotta psykiatriassa nouseva valta-asema. Myös Markku Salo (1996) osoittaa tutkimuksessaan Italian ja Suomen mielisairaalahoidon vertailussaan kritiikkiä lääkehoidon valta-asemaa kohtaan. Salon näkemyksen mukaan kemiallinen laitoshoido on suuressa määrin korvannut psykiatrisen laitoshoidon. (mts. 292.)

Kuntoutuja: Se on ihmeen vanhoillista se hoito psykiatriassa. Mistään noista lääkkeistä ei luovuta. Pitäisi olla joku semmoinen, sinä on semmoinen automaattitoiminto, että lääkehoitoa jatketaan, jatketaan, jatketaan ja sille ei näy mitään päätöstä koskaan, se ei lopu koskaan.

Haastattelija: Ja nyt tämä sun hoitosi tuntuu painottuvan pelkästään lääkehoitoon?

Kuntoutuja: Joo. Ja sitä lääkehoitoa ei itse asiassa tarvita, ellei sitten oteta huomioon sitä, että yhteiskunta myönteisessä mielessä haluaa hoitaa, sehän olisi sitten jotain kuntoutusta se, niin siihen mä asennoituisin ihan toisella tavalla, tämän hoidon lähtökohdat on sillä tavalla omituisia, ettei niihin voi sitoutua. Se on justiin se, että on niin kuin pakkopullaa tai siihen ei voi sitoutua, se tapahtuu sillain, että lääkkeistä ei edes neuvotella mitään, maksimimäärä koko ajan ja nyt on ollut jo pitkään. (M2:588-600)

Tunne psykiatrisen sairaalan muuttumattomuudesta saattaa perustua sen objektiiviseen pakottavuuteen. Mielisairaala on yhteiskunnan instituutio, jonka olemassaoloon kuuluu yksilöiden yläpuolelle käyvää pakottavaa voimaa. (Salo 1996, 28.)

Monet haastateltavat suhtautuivat medikalisointiin kriittisemmin kuin yleensä mielenterveyspotilaat, vaikkakin lääkevaihtoehtojen lisääntyminen koettiin positiivisesti. Tutkimusten mukaan keskustelu lääkkeistä, niiden tarpeellisuudesta ja vaikutuksista on keskeinen puheenaihe mielenterveyspotilaiden keskuudessa. Keskustelun syinä voi olla subjektiivinen negatiivinen kokemus, riittävän tiedon puute tai lääkkeiden sivuvaikutusten pelottavuus (Psykiatrinen avohoito..1993, 10). Mielenterveyspotilaiden yleinen suhtautuminen

lääkehoitoon oli Henrik Wahlbergin ja Britta Sohlmanin raportin mukaan positiivinen. Lääkkeet oli nähty selviytymisen kannalta tärkeinä. (Wahlberg & Sohlman 1993, 23.) Aivan päinvastainen näkemys tulee esille Tarja Melartinin (2004) väitöskirjassa, jossa todetaan lääkehoidon keskeytyneen puolella masennuspotilaista liian aikaisin. Seija Kokon (2004, 84) haastattelemista mielenterveystoimiston asiakkaista osa koki tärkeimmäksi hyvää mielenterveystyötä luonnehtivaksi seikaksi lääkehoidon, vaikkakin sitä kohtaan tunnettiin myös ennakkoluuloja. Osa Kokon haastattelemista asiakkaista piti tärkeänä sitä, että päätösvalta lääkityksen aloittamisesta jää potilaalle itselleen. Biokemiallisen ja sosiokemiallisen riippuvuuden voidaan nähdä kaventavan potilaan itsemääräämisoikeutta (Salo 1996, 271).

Laitostumisen kokemus

Yksityisyyden puute, itsemääräämisoikeuden väheneminen ja rutiinomaisuus ovat laitostumiseen liittyviä kielteisiä mielikuvia. Puhutaan myös virikkeettömyydestä ja vähäisestä valinnanvapaudesta (Tendre 1997, 7). Haastateltavien kohdalla ei voitu puhua virikkeettömästä ympäristöstä, sillä ainakin potentiaalisesti haastateltavilla oli mahdollisuus osallistua monipuoliseen toimintaan. Voitiin kuitenkin puhua yksityisyyden puutteesta, itsemääräämisoikeuden vähenemisestä ja rutiinomaisuudesta.

Moni haastateltava mainitsi sopeutuneensa psykiatriseen hoitojärjestelmään. Erään haastateltavan mukaan hoitojärjestelmään tottuu eikä huomaa ”systeemeitä”. Haastateltava oli kokenut nuorempana halua puuttuakin sairaalan tapaan toimia, mutta vanhemmiten halukkuus oli laantunut. Kertooko tällainen hoitojärjestelmään sopeutuminen laitostumisesta?

Kuntoutuja: Se on aika vaikea sanoa. Mun mielestä ei tässä paljon mitään muutettavaa ole, mä olen aika hyvin sopeutunut tähän systeemiin, tietty moneenkin asiaan olisi halunnut nuorempana varsinkin puuttua, mutta jotenkin semmoinen into on jotenkin laantunut, että mä en halua muuttaa mitään. Ainoastaan se, että potilaalle huomautetaan monestakin asiasta. Varsinkin silloin, jos se on mennyt täydellisesti psykoosiin ja joutunut silloin tänne apua hakemaan ja hänelle on huomautettu esimerkiksi siitä, että millä tavalla hän syö tai yhteen aikaan siitä huomautettiin varsin usein, mutta sen mä olen huomannut, että nyt kun on tullut uudistuksia, niin se huomauttelu on jäänyt pois, että sitä ei enää käytetä, että pyritään siihen, että potilas huomaa itse mikä siinä on vialla, mutta tietty kyllä vieläkin joistakin asioista huomautellaan. (N6:232-248)

Haastateltavat eivät kokeneet hoitojärjestelmään sopeutumista negatiivisena asiana. Ainoastaan liialliseen sopeutumiseen liittyvä laitostuminen koettiin negatiivisena. Laitostuessaan potilas tottuu sairaalahoitoon sekä ulkopuoliseen ohjaukseen. Tällöin itsenäinen elämä sairaalan ulkopuolella koetaan pelottavaksi. Lyhyillä kuntoutusjaksoilla laitostumisen vaaraa ei tunnistettu. Laitostumisen ja passivoitumisen on nähty kuvaavan henkilöitä, jotka haluavat laitoksesta pois, mutta eivät näe mitään toivoa sen suhteen (Törrönen 1999, 125).

Kuntoutuja: Sen mä vaan ajattelin, että semmoinen kun tulee ensimmäistä kertaa mielisairaalaan, saattaa olla aika vaikeata ihan heti omaksua tätä sairaalahommaa, että se kestää jonkun aikaa ennen kuin havainnoi sen ympäristön silleen, että ymmärtää, että aina jostain sanotaan ja kestää jonkun aikaa ennen kuin edes sopeutuu sairaalaan. Sitten on myös semmoisia potilaita ja asiakkaita, jos ne on pitempään sairaalassa, ne saattaa ihan laitostua. Tottuu niin sairaalassa olemiseen ja ohjaamiseen mitä hoitajat ohjaa ettei, osaakaan sitä itsenäistä elämää enää. Mulle kävi just näin, että kun mä menin [jatkohoitopaikkaan], se on semmoinen välietappi, että siellä tavallaan ohjataan kanssa elämään, mutta siellä on kumminkin sitä omaa vastuuta niin paljon, että se ei kuitenkaan ole ihan vielä normaalia elämää.
Kuntoutuja: Kyllä että en mä enää mitenkään, se laitostuminen, siitä voi päästä eroon. (N6:268-287)

Haastateltavat kävivät hyvin tunnollisesti sovitulla kuntoutusjaksoilla ja osoittivat yllättävän vähän kritiikkiä hoitojärjestelmää kohtaan. Vaikuttaa siltä, että he olivat sopeutuneet ja osittain alistuneetkin järjestelmän ehdoille. Vähäinen kriittisyys saattaa olla myös suomalainen kulttuurinen piirre. Haastateltavien sopeutumisessa voidaan nähdä laitostumisen piirteitä. En kuitenkaan näe oikeutetuksi luonnehtia heitä laitostuneiksi henkilöiksi, sillä he olivat vain osan aikaa kuukaudesta laitoshoidossa, muun ajan he asuivat itsenäisesti omissa asunnoissaan. Laitoskuntoutusjaksojen toteuttamisessa nykyisessä muodossaan osana psykiatrisen potilaan kuntoutusta voidaan nähdä uudenlaisen laitostumisen uhka. Tällainen laitostuminen sitoo kotonaan asuvan asiakkaan totaalisen palvelujärjestelmän piiriin eikä välttämättä edesauta itsenäisyyttä. Kaikki haastateltavat kuitenkin kokivat kuntoutusjaksojen edesauttavan kotona selviytymistään, eivätkä he kokeneet laitostumisen uhkaa. Haastateltavien elämässä voidaan nähdä piirteitä institutionalisoituneesta elämästä (Beck 1995, 29), jossa elämäntilanne on osin rutinoitunut ja ulkopuolisen säätelemää.

Kokemukset pakkotoimien käytöstä

Hoidon aikana tapahtuvat pakkotoimet ja rajoitukset voidaan jakaa tahdosta riippumattomiin hoitotoimiin ja sosiaalista kontrollia palveleviin pakkokeinoihin. Niitä on vaikea erottaa toisistaan ja voimakkaitakin pakkokeinoja saatetaan käyttää tavoitellen potilaan parasta. Psykoosipotilailla, tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa olevilla potilailla on tutkimusten mukaan suurempi riski joutua pakkotoimien ja rajoitusten kohteeksi. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997.)³ Tutkimukseni haastateltavat kokivat pakkotoimien erilaisen käytön osoituksena erilaisesta laitospolitiikasta. Haastateltavat kokivat, että pakkotoimien käyttö eri sairaaloissa oli ollut erilaista. Joissakin sairaaloissa pakkotoimia oli käytetty herkemmin kuin toisissa. Tutkimukseni haastateltavien kokemuksena oli se, että laitoksessa, jossa he kävivät kuntoutusjaksoilla, oli korkea kynnys joutua pakkotoimien kohteeksi.

Kuntoutuja: Ja yksi hyvä puoli, joka tässä talossa on, niin täytyy olla aika pahapäinen ihminen, että joutuu tulotilanteessa lepositeisiin. (N5:96-97)

Monet tutkijatkin ovat todenneet, että pakkotoimien käyttöä eivät niinkään sanele potilaiden ominaisuudet kuin hoitopaikat, osasto-olosuhteet, hoitoideologiat ja hoitavan tahon asenteet (Fisher 1994). Haastateltavani kokivat tietyt pakot osana osaston normaalia toimintaa strukturoivina sääntöinä. Kahdeksalla haastateltavilla oli kokemuksia myös tahdosta riippumattomaan hoitoon⁴ liittyvistä pakoista (leposidehoito, eristäminen). Haastateltavat kokivat tahdosta riippumattoman hoidon yleensä perustelluksi sairauden vaikeuden ja pitkäkestoisuuden, turvan tarpeen, sairauden salakavaluuden ja oman käyttäytymisensä

³ Riittakerttu Kaltiala-Heinon ja Pekka Laippalan aikuisväestön psykiatriseen laitoshoidon kohdistuneessa tutkimuksessa tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa olleista 78 % oli joutunut pakkotoimien tai rajoitusten kohteeksi ja vapaaehtoisesti hoidetuista 28 %. Tutkimuksessa 1/3 ei psykoosipotilaista ja 1/4 vapaaehtoisesti hoitoon tulleista joutui pakkotoimien kohteeksi. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997.)

⁴ Ankarin pakkotoimista on määrittäminen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Mielenterveyslaki antaa perusteet, joiden mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon (1423/2001 8§). Henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon seuraavien edellytysten täytyessä samanaikaisesti:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta, ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

rajuuden vuoksi. Hoitoon liittyvät pakot koettiin perustelluiksi oman käyttäytymisen tai sairauden tilan vuoksi, ei hoitohenkilökunnan rankaisutoimina. Eila Latvalan (1996) psykiatrisen laitospäätötoimien hoitotyöhön kohdistuneessa tutkimuksessa potilaat kokivat hoitoon liittyvät pakot toisin kuin tutkimukseni haastateltavat. Latvalan tutkimuksessa pakotteet koettiin selkeästi rankaisuna omasta mahdollisesti sopimattomasta käyttäytymisestä (mts. 55-60). Monissa tutkimuksissa potilaat ovat liittäneet pakkotoimien ja rajoitusten kokemukseen pelon ja nöyryytyksen tunteet (Fisher 1994; Hammill, McEvoy, Koral & Schneider 1989). Tällaiset erilaiset käsitykset pakkotoimista vahvistavat näkemystä hoito- ja laitoskohtaisten menettelytapojen erilaisuudesta. Tämä tuo myös tiettyjä rajoituksia tutkimusten keskinäiselle vertailtavuudelle. Myös kansainvälinen vertailu on vaikeaa, koska käytettävissä olevien julkaisujen määrä on vähäinen ja eikä tutkimuksissa ole tietoa samoista toimenpiteistä (Kaltiala-Heino & Laippala 1997).

Kahdella haastateltavalla oli erityinen kokemus kuntoutusjaksoon liittyvistä hoidon pakoista. Kummaltakin edellytettiin osallistumista kuntoutusjaksoille. Tietty sanktio liittyi ajokorttiin. Toisella haastateltavalla ei ollut enää ajokorttia ja hän kertoi poliisien ottaneen sen pois, koska epäilivät, ettei hän sairautensa vuoksi kykene autoa turvallisesti ajamaan. Hän toivoi saavansa hoitavalta lääkäriltä sellaisen lausunnon, että saisi ajo-oikeutensa takaisin. Toisen haastateltavan piti vuosittain toimittaa poliisille lääkärintodistus ajokyvystään. Hän sai lääkärintodistuksen hoitotaholtaan. Lääkärintodistuksen saamisen edellytykseksi oli asetettu velvoite psykiatrihoidon käyttöön ja osallistumien laitoskuntoutusjaksoille. Haastateltavat kokivat ajo-oikeuden todella tärkeäksi asiaksi oman terveytensä kannalta. He kokivat hoitotahon menettelyn kiristämisenä. (Haastattelut tapahtuivat ennen 1.9.2004 voimaan tullutta lakia lääkärin ilmoitusvelvollisuudesta poliisille, mikäli tämä epäilee potilaan ajokyvyn heikentyneen sairauden vuoksi. Tieliikennelaki 267/1981, 113/2004)

Kuntoutuja: Ei kun hän kirjoitti sinne ajoneuvorekisteriin, ei kun ajokorttirekisteriin, tuli tämä ehto, se oli (. . .) se ja se oli silloin kun tämä hoito oli alkanut.

Haastattelija: Että jotkut perustelut hänellä siinä sitten on olleet?

Kuntoutuja: Niin, ne on mulle tietämättömiä ne perusteet. Hän sanoo vaan, että me pikkasen kiristetään sua, että saisit (. . .) mutta en tiedä sitten, mitään muuta mä en ole siihen saanut, mutta se tuntuu vaan pahalta.

Haastattelija: Niin, sehän on ihan vallankäyttöä.

Kuntoutuja: Niin on.

Haastattelija: Joo-o. Mutta muuten tuntuu siltä että (. . .) potilas huomioidaan, että se on potilaslähtöistä, asiakaslähtöistä se itse toiminta sitten siellä sairaalassa? [Haastattelija palaa edelliseen keskusteluosioon.]

Kuntoutuja: Joo, kyllä se on. Se tavallaan se vallankäyttö on jäänyt siihen pimentoon, siellä on kuitenkin suhtkoht rauhallista ja mä olin jo unohtanutkin sen, mikä se todellinen tilanne oli sitä ennen. (M2:430-446)

Haastatteluissa tuli esille osastotoimintaa strukturoivina, kaikkia potilaita koskevia sääntöjä. Vaikka haastateltavat kokivat nämä säännöt toimintaa strukturoivina, liittyi niihin haastateltavien taholta myös kyseenalaistamista erityisesti edellä mainitsemani lääkehoidon sekä myös keskusteluaiheiden rajoittamisen kohdalla. Haastateltavat kokivat hoidon pakkoina keskustelukiellon hengellisistä asioista, yöajan hiljaisuuden, lääkkeiden ottamisen, osastosiirrot ja päiväohjelman noudattamisen. Vastentahtoiseen hoitoon määrääminen, eristäminen ja kuntoutusjaksolle osallistumattomuuden sanktiona ajokortin menettäminen, koettiin henkilöön kohdistuvina pakkoina.

Kahdelle haastateltaville oli jäänyt ikäviä kokemuksia sellaisista tilanteista, joissa heidät oli virkavallan (poliisi) toimesta toimitettu terveyskeskukseen ja sieltä edelleen psykiatriseen sairaalahoitoon. Kumpikin koki joutuneensa sairaalahoitoon ilman riittäviä perusteluja. Toinen haastateltavista oli tällöin tehnyt kirjallisen valituksen vastentahtoisesta hoitoon määräämisestä. Huolimatta vastentahtoisesta hoidon ja hoitosuhteeseen liittyvistä pakon kokemuksista, haastateltavat eivät esittäneet asiakaslähtöisen työskentelyn perustaksi asiakkuuden vapaaehtoisuutta. Haastateltavat odottivat asiakaslähtöistä työtettä myös vastentahtoisesta hoidon ollessa kysymyksessä.

Suostuessaan käymään laituskuntoutusjaksoilla psykiatrisessa sairaalassa, haastateltavat olivat mielestäni antaneet sanattoman suostumuksensa myös tällaisessa organisaatiossa oleville hoidon pakoille (suljetut ovet, päivän rutiinien kellon ajat yms.). Tällaista jokapäiväiseen elämään liittyvää osaston päiväjärjestystä ja potilaan henkilökohtaista ohjelmaa kutsutaan normatiiviseksi ohjaukseksi. (Latvala 1996, 58). Tutkimukseni haastateltavat eivät kuitenkaan tunteneet itseään kontrolloiduksi tai alistetuksi. Olisiko ilmiössä kyse Zygmunt Baumanin (1996, 283-300) termein ilmaistuna ”sametti-riippuvuudesta”? Bauman puhuu sametti-

riippuvuudesta tai tee-se-itse-riippuvuudesta, joka on uusi perinteisen normein, säädöksin ja tiedollisin hierarkioin syntyvän asiantuntijariippuvuuden rinnalle kehittyvä riippuvuuden muoto. Etsiessään varmuutta elämäänsä ihmiset tarttuvat mielellään erilaisten asiantuntijoiden tekemiin tarjouksiin. Samalla ihmiset tulevat riippuvaisiksi asiantuntijoiden palveluista. Se ei kuitenkaan tunnu riippuvuudelta, sillä ihmiset kokevat itsensä vahvemmin oman kohtalonsa vartijoiksi, vaikka noudattavat elämässään jonkun toisen tarjoamia ohjeita ja ratkaisumalleja. (Bauman 1996; Mutka 1998, 117.)

Pakon kokemus voi myös liittyä siihen, että palveluiden laatu ei täytä asiakkaiden odotuksia. Toisaalta koettu huono kohtelu voi synnyttää kokemuksen pakosta. Valinnanvapaus saattaa potilaan kohdalla olla näennäistä. Vapaaehtoisuudellakin voi olla asteita, joiden tunnistaminen on erittäin vaikeaa. Lehto (1992) jaottelee laitokseen menon vapaaehtoisuuden seuraavasti:

- pakkopäätöksen uhalla käskynalaistaminen
- muiden vaihtoehtojen poissulkeminen
- muiden vaihtoehtojen valinnan rankaiseminen
- muiden vaihtoehtojen olemassaoloa koskevan tiedon salaaminen
- asiakkaan ulkoistaminen hoitomuodon valinnassa
- asiakkaan valintaperusteiden manipulointi (Perusteltuja rajoituksia..2001)

Yleisesti monet potilaiden pakkokokemuksista liittyvät valinnanvapauden rajoituksiin tai puutteisiin. Merkittävänä tekijänä potilaan valinnan mahdollisuuksia rajoittamassa ovat olemassa olevat palvelut. Potilas ei voi juurikaan valita psykiatrista sairaalaa tai psykiatrian poliklinikkaa, johon hänen hoitonsa keskittyisi. Hoitopaikka valikoituu useimmiten koti- ja asuinkunnan perusteella. Tutkimukseni haastateltaville palvelumenuun olemassaolo ei ollut ongelma. He kokivat, että he olivat saaneet tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja että heille oli löytynyt sopivia hoitomuotoja.

Hoitoonsa tyytymättömälle potilaalle jää hallintolainkäyttömenettelylain, muistutuksen ja kantelun kautta mahdollisuus jättää tilanne arvioitavaksi (Perusteltuja rajoituksia..2001,80). Haastateltavat olivat tietoisia valitusmahdollisuudestaan tahdosta riippumattoman hoitopäätöksen kohdalla. Heillä ei ollut tai he eivät ainakaan haastattelutilanteessa tuoneet esiin tietoaan uuden mielenterveyslain (1423/2001) antamista yksilöidyistä ohjeista tahdosta riippumattoman potilaan pakko- ja rajoitustoimiin. Lakiuudistuksen tavoitteena on vähentää ja yhdenmukaistaa pakottamista ja rajoittamista. Suomessa julkinen keskustelu pakkotoimien

käytöstä onkin tarpeen, koska systeemissä osallisten on usein vaikea nähdä muita mahdollisuuksia kuin totutut tavat. Asiakkaan on vaikea myöskin haluta hyvää lainsäädännön ohjeistamaa kohtelua, mikäli hänellä ei ole oleellista tietoa lainsäädännön muutoksista. Mikä on psykiatrisen sairaalan velvollisuus tiedon välittäjänä?

Auttamissuhde on myös aina valtasuhde, jossa työntekijän vaikutusvaltaa asiakkaaseen määrittää ammatti-etiikka ja muut ammatillisen toiminnan säännöt (Rostila 2001, 46). Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät laitospäristössä on jaoteltu vuorovaikutuksen, toiminnan, opettamisen ja kontrolloinnin sekä lääkitsemisen menetelmiksi. Pakko, rankaiseminen, ohjaus ja motivoiva ohjaus ovat opettamisen auttamismenetelmän kategorioita. (Latvala 1996, 55-60.)

Potilaan hoito on nähty etenevän kolmiportaisesti. Silloin kun potilaan hoito on alussa ja hän on psykoottinen, auttamismenetelmänä tarvitaan selkeitä rajoja ja ohjeita (normatiivisuus). Tällöin potilas on passiivinen vastaanottaja. Seuraavassa vaiheessa selviytyminen korostuu itsehoidon avulla, jolloin hoitaja on osoittamassa ja opettamassa näitä asioita potilaalle (kasvattava). Potilan rooli kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä on vastuullinen vastaanottajan. Kolmannessa vaiheessa potilas on aktiivinen toimija ja vastuunkantaja hoidostaan ja tällöin auttamismenetelmänä korostuu yhteistoiminnallisuus. Vasta yhteistoiminnallisuudessa on mahdollisuus asiakaslähtöiseen työskentelyyn. (Latvala 1996, 62.)

Eila Latvalan (1996) tutkimuksessa auttamismenetelmien valinta oli yhteydessä hoidon tarpeen tunnistamiseen ja tavoitteen asetteluun. Henkilökunnan tulee hallita sekä normiohjaus, kasvattava hoito-ote että yhteistoiminnallisuus, jotta tämä kykenee vastaamaan potilaan hoidontarpeeseen. Normatiivisuus hoidon tarpeen tunnistamisessa johtaa sellaisten auttamismenetelmien valintaan, jotka jättävät potilaan ulkopuoliseksi hoidossaan. Kasvattavien menetelmien käyttö johtaa hoitajan asiantuntemuksen käyttöön, ja jättää potilaan hoidon suunnittelussa mukana olevaksi passiiviseksi osallistujaksi. Yhteistoiminnallisuutta auttamismenetelmänä kuvaa potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä. Latvala liitti erilaiset hoitokäytännöt ja pakkojen käytön potilaan hoidon tarpeen

määrittelyyn ja hoidon eri vaiheisiin. Latvalan näkemys on looginen, mutta liiaksi yksilökeskeinen. Se ei myöskään kyseenalaista pakkotoimien oikeutusta. (Latvala 1996, 62.)

Latvala (1996) oli tutkimuksessaan yllätynyt siitä, että potilaat eivät kuvanneet leposidehoitoa hyvänä kokemuksena. Latvala oli ollut pitkään käytännön psykiatrisessa työssä ja hänen arkikokemuksensa mukaan potilaat usein kiittivät leposidehoidosta ja usein pyysivät päästä lepositeisiin kokiessaan turvattomuutta ja levottomuutta (mts. 57). Kuinka näin voimakkaaseen yksilön vapauden puuttumiseen kuten leposidehoitoon voi liittää myönteisiä tunteita? Juuri suurimpana kunnianloukkauksena ihmistä kohtaan voidaan pitää eristämistä pakolla - terveyden ja rakkauden nimissä. Saada osakseen kunnioitusta, on parhain apu ihmisenä olemiseen (Millett 1991, 315-316.) Toisaalta mikäli pakkotoimia käytetään usein saattaa vapauden riistämisen merkittävyys hämärtyä.

Asiakaslähtöisyys osallisuuden kokemuksena

Kuntoutuksen suunnitelmallisuus osallisuuden perustana

Tutkimukseni haastateltavat toivat esille kuntoutussuunnitelman seurannan ja tavoitteiden tarkastamisen tärkeyden. Hoidon tavoitteet tulisi asettaa yksilöllisesti asiakkaan ja henkilökunnan yhteistyössä. Tehtyä suunnitelmaa tulisi seurata ja arvioida tavoitteiden saavuttamista ja tarkentaa suunnitelmaa tarvittaessa. Kerran tehty pitkään voimassa oleva ja osin unohtunutkin kuntoutussuunnitelma oli omiaan vahvistamaan haastateltavan käsityksiä sairauden toivottomuudesta kroonistuneena ilmiönä. Mielenterveystyön ammattilaisilta voi puuttua usko kuntoutumisen mahdollisuuksiin. On tärkeää, että ammattilaiset uskovat kuntoutumisen mahdollisuuksiin jokaisen kuntoutujan kohdalla. (Arjen taitojen tukeminen..2003, 27.)

Kuntoutuja: No, jos ajatellaan sitä, että hoitohenkilökuntahan tekee niitä aloitteita ja esityksiä, että jos nyt tehtäis näin ja näin, silloin voi lausua mielipiteensä. Ihan yksinkertaisia asioita, sellaisia, että haluatko valohoitoon ja että jos sä olet täällä kolme päivää, niin 10 päivästä vasta olisi hyötyä ja niin pois päin ja siinä saa sitten päättää, että haluaako valohoitoa sen alimäärän vai eikö ollenkaan. Se nyt vaan on yksi esimerkki. Mutta sitten nämä justiin, että jos

ajatellaan sitä tilannetta, että laaditaan hoitosuunnitelma, niin sehän olisi sitten semmoinen, että siihen laadittaisiin se tavoite ja sitten seurattaisiin, että onko se tavoite toteutunut ja korjataan toimenpiteitä ja niin pois päin, jos ei ole toteutunut. Semmoista ei ole tehty, tehtiin vaan vissiin silloin ihan alkuun. Että tästä on tullut semmoinen kroonistunut ilmiö. (M2:261-273)

Haastateltavilla ei ollut selkeää käsitystä kuntoutus- ja hoitosuunnitelmansa sisällöstä. Monella kuntoutussuunnitelmaa ei oltu pitkään aikaan tarkastettu. Pisin aika suunnitelman edellisestä tarkastamisesta oli kaksi vuotta. Muutama haastateltava oli pyytänyt kuntoutussuunnitelman tarkastusta. Ainoastaan yhdellä oli kokemus siitä, että pyydettyä kuntoutusneuvottelu pidettiin. Haastateltavat olivat kuitenkin jossain vaiheessa osallistuneet kuntoutussuunnitelman laatimiseen yhdessä omahoitajansa ja hoitavan lääkärinsä kanssa. Kukaan haastateltavista ei ollut saanut itselleen kuntoutuksen tavoitteet ja keinot sisältävää lääkinnällisen kuntoutuksen päätöstä.

Eräs haastateltava koki, että hän oli lähinnä säilytys-hoidossa sairaalassa, koska kuntoutusjaksoille ei asetettu tavoitteita, toisin osin hänen omasta toivomuksestaan. Hän koki myös, että sairaala otti liikaa vastuuta potilaistaan. Haastateltava koki, että hän oli itse vastuussa itsestään.

Kuntoutuja: No nyt on niin, että ei ole asetettu mitään tavoitteita. Silloin kun siitä oli puhetta siitä tavoitteiden asettelusta mä sanoin vaan, että mä haluan katsoa, että mitä hyötyä tästä on, että mitä mä täällä voin tehdä ja tämmöistä, mutta mitään kovin suurta tavoitetta siinä ei ollut. Että mä olen tavallaan siellä niin kuin tyhjän panttina. (M2:145-148)

Toisaalta haastateltavien tietämättömyys kuntoutusjaksoihin liittyvistä tavoitteista ei hämmästyttänyt, kun tilannetta vertaa Riitta-Liisa Kokon (2003) tutkimuksen tuloksiin, joissa tuli esille, että kuntoutus puuttui jopa kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän keinovalikoimista. Myös muiden tutkimusten tulokset ovat samansuuntaisia haastateltavieni kokemusten kanssa. Tutkimusten mukaan erityisesti psykiatrisilla potilailla on usein epätietoisuutta hoidon ja kuntoutuksen tavoitteista (Wahlberg & Sohlman 1993, 23). Vähemmistö asiakkaita tai heidän omaisistaan on kuullut kuntoutussuunnitelmasta tai ollut mukana tekemässä sitä⁵

⁵ Kelan selvityksen mukaan vuonna 1992 vain 18,5 %:ssa kuntoutussuunnitelmista oli merkintä kuntoutujan tai omaisten osallistumisesta suunnitelman laadintaan. Tilanne ei ole muuttunut vuoteen 1998 mennessä. Asiakkaille ja hoidosta vastaaville yksiköille tehdyn kyselyn tulos ei vahvista Kelan tulosta. Asiakkaiden ja hoidosta vastaavien tahojen mukaan 84,3 % asiakkaita oli osallistunut kuntoutussuunnitelman

(Kansaneläkelaitoksen..1998, 106-107; Somerkivi 2000, 158). Lain antama velvoite kuntoutussuunnitelman tekemisestä (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22b, Laki asiakaspalveluyhteistyöstä 604/91, Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/87, Laki potilaan aseman ja oikeuksien annetun lain muuttamisesta 857/2004⁶) on usein kaukana käytännön toiminnasta, eivätkä asiakkaat käytännön neuvotteluissa juurikaan vetoa lakisääteisiin oikeuksiinsa eikä heiltä sellaista tietoutta voi vaatia.

Haastateltavien mukaan tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttamisen arviointi yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa oli edellytys asiakaslähtöiselle työskentelylle. He eivät kuitenkaan edellyttäneet omaisten osallistumista kuntoutuksensa suunnitteluun. Siihen ei myöskään kutsuttu sairaalan erityistyöntekijöitä (liikunnan-, työtoiminnan- ja askartelun ohjaajat, sosiaalityöntekijä, psykologi). Haastateltavien kuntoutukseen osallistuvia hoitotahoja (yksi haastateltava kävi psykiatrisella poliklinikalla psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla ja kaksi päivätoimintakeskuksessa) ei myöskään kutsuttu kuntoutusneuvotteluun eikä haastateltavilla ollut tietoa heidän mahdollisesta keskinäisestä yhteydenpidostaan. Myös Seija Kokon (2004, 89) tutkimuksessa tuli esille, että mielenterveysasiakkaat odottivat hoitopalveluiden organisoitumista tiimeinä ja yhteistyönä asiakkaiden ongelmien monimutkaisuuden vuoksi.

Omaiset olivat olleet mukana sairaalassa järjestetyissä perhetapaamisissa useimpien haastateltavien sairauden alkuvaiheessa. Kuntoutusjaksojen aikana eivät kenenkään haastateltavan omaiset olleet mukana kuntoutusneuvotteluissa. Yhdelle haastateltavalle oli vuosi sitten sovittu perhetapaaminen, mutta se oli peruutettu perhettä kohdanneen kuolemantapauksen johdosta. Toisaalta haastateltavat eivät itsekkään pitäneet omaisten (aikuiset lapset, vanhemmat, sisarukset) osallistumista kuntoutusneuvotteluun välttämättömänä.

laadintaan ja 52,1 % hoidosta vastaavista yksiköistä ilmoitti kuntoutujan ja/tai omaisen olevan aina mukana kuntoutuksen suunnittelussa ja 31,0 % ilmoitti, että mukana ollaan useimmiten. (Kari & Puukka 2001, 72-73.) Vuoden 1998 jälkeistä tilastollista selvitystä asiakkaan kuntoutussuunnitelmaan osallistumisesta minulla ei ole käytettävissä, mutta oletettavasti tilanne on jonkin verran vuoden 1998 tilastotiedoista parantunut.

⁶ Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään (4 a §).

Monet haastateltavat halusivat pitää omaiset ulkopuolella kuntoutustilanteestaan. Tämä saattaa johtua siitä, että omaiset eivät välttämättä toimi sosiaalisena tukena, vaan heidän asenteensa voi olla myös ymmärtämätön. Seija Kokon (2004, 84) tutkimuksessa osa mielenterveystoimiston asiakkaista suhtautui kielteisesti omaisten merkitykseen hoidossa, koska järjestetyt perhetapaamiset koettiin perheenjäseniä syylistäviksi.

Haastateltavat edellyttivät hoitohenkilökunnalta vaitiolovelvollisuutta asioistaan ja sopimista siitä, mitä omaisille heidän asioistaan kerrotaan. Yksi haastateltava ei halunnut, että vanhemmat (asui kotona) saavat tietää hänen itsemurha-ajatuksistaan. Haastateltavat näkivät myös, että omaisten oli omien kiireittensä ja maantieteellisten välimatkojen vuoksi vaikea osallistua kuntoutukseen. Haastateltavien omaiset osallistuivat kuntoutustapahtumaan lähinnä avustamalla kuntoutusjaksolle pääsyssä tarjoamalla kuljetusapua. Omaisten osallistumattomuus voi myös kertoa individualismista, jossa korostuu itsenäisen pärjäämisen odotukset. Nyky-yhteiskuntaa voidaan pitää yksilöiden yhteiskuntana (Helne 2004, 122).

Haastateltavien kuntoutustapahtumassa oli hallitsevasti Aila Järvikosken (1994) erittelemiä kliinisen kuntoutusmallin¹ ominaisuuksia (Taulukko 5). Tästä oli osoituksena varsinkin kirjallisten kuntoutussuunnitelmien sisällöt. Lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksen oli allekirjoittanut hoitava lääkäri. Lääkinnällisen kuntoutuksen päätökset noudattivat sisällöllisesti samaa kaavaa. Niissä ilmeni potilaan diagnoosi, sairauden oireet, käytössä olevat tukimuodot ja suositus lääkinnällisten kuntoutusjaksojen toteuttamisesta psykiatrisessa sairaalassa⁷. Kaikille yhteiseksi hoidon tavoitteeksi oli asetettu kotona selviytymisen tukeminen. Haastateltavien kuntoutukselle määrittelemät tavoitteet olivat eritellympiä ja monipuolisempia kuin kuntoutuspäätöksessä asetetut tavoitteet. Kerron myöhemmin tutkimuksessa lisää haastateltavien hoidolle asettamista tavoitteista. Vuosittain tehtävässä lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksessä ei määritelty laituskuntoutusjaksojen sisältöjä. Niissä määriteltiin haastateltavien palvelutarve diagnoosi- ja ongelmalähtöisesti.

⁷ Seitsemällä haastateltavalla oli diagnoosina skitsofrenia. Yhdellä skitsoaffektiivinen häiriö ja yhdellä psykoottinen masennustila. Haastateltavien oireiksi määriteltiin kuntoutuspäätöksessä masennus, paranoidisuus, ääniharhat, eristäytymistäipumus, passiivisuus, takertuvuus, somaattiset oireilut, itsemurha-ajatukset, mielialanvaihtelut, grandioottiset ajatuskulut, nopeat mielialavaihtelut, lääkekielteisyyden ja puutteellinen sairauden tunto. Laituskuntoutusjakson tavoitteeksi määriteltiin avohoidon tukeminen, lääkityksen ja voimien seuranta ja kotona pärjääminen.

Taulukko 5: Kliinisen ja kuntoutujakeskeisen mallin vertailu

Kliininen malli	Kuntoutujakeskeinen malli
Asiakas <ul style="list-style-type: none"> toiminnan kohde passiivinen rooli: ohjeiden noudattaminen 	Kuntoutuja <ul style="list-style-type: none"> toiminnan subjekti aktiivinen rooli: elämänsä suunnitteleva, vaihtoehtoja punnitseva, päätöksentekijä
Kuntoutustyöntekijä <ul style="list-style-type: none"> asiantuntija toiminnan subjekti tutkija, arvioija, ohjeiden antaja 	Kuntoutustyöntekijä <ul style="list-style-type: none"> yhteistyökumppani mahdollisuuksien avaaja tukee asiakkaan omaa päätöksentekoa pyrkii lisäämään asiakkaan toimintakompetensseja valintojen tekoon
Suhteen luonne <ul style="list-style-type: none"> yksisuuntainen vaikutussuhde perustuu eriarvoisuuteen tukee asiakkaan riippuvuutta 	Suhteen luonne <ul style="list-style-type: none"> vuorovaikutussuhde perustuu tasa-arvoon palkitsee asiakkaan itsenäisyyttä
Ratkaisut ja toimenpiteet <ul style="list-style-type: none"> yksilön ongelmien, vajavuuksien käsittely, hoitaminen yksilön muutos: sopeuttaminen 	Ratkaisut ja toimenpiteet <ul style="list-style-type: none"> voimavarojen kehittäminen fyysisen tai sosiaalisen ympäristön esteiden poistaminen, sosiaalinen muutos uudet tavat jäsentää tulevaisuutta
Tulevaisuuden ennuste <ul style="list-style-type: none"> omasta kontrollista asiantuntija kontrolliin avun tarpeeseen ja palveluiden käyttöön sopeutuminen opittu avuttomuus 	Tulevaisuuden ennuste <ul style="list-style-type: none"> ongelmaratkaisukeinojen parantuminen tilannekompetenssiin paraneminen asiantuntija-avun tarpeen väheneminen elämänhallinnan lisääntyminen

(Lähde Järvikoski 1994)

ⁱ Kliinisessä mallissa asiakas on toiminnan kohde ja hänellä on passiivinen rooli. Kuntoutussuhteen luonne on yksisuuntainen vuorovaikutussuhde ja se perustuu eriarvoisuuteen. Kliinisessä mallissa työn lähtökohdaksi on asiakkaan ongelmien ja vajavuuksien käsittely ja tavoitteena asiakkaan muutos. Kliinisessä mallissa kuntoutustyöntekijä on asiantuntija, toiminnan subjekti, arvioija ja ohjeiden antaja. Kliininen malli laiminlyö ympäristön ja yhteiskunnan merkityksen tulkittessaan vajaakuntoisuuden syyt yksilöstä johtuviksi. (Järvikoski 1994, 28-133.)

Kuntoutujakeskeisessä mallissa asiakas nähdään aktiivisessa roolissa olevana toiminnan subjektina. Kuntoutuja on elämänsä suunnitteleva, vaihtoehtoja punnitseva ja päätöksentekijä. Kuntoutustyöntekijä on kumppani ja mahdollisuuksien avaaja, joka pyrkii lisäämään asiakkaan toimintakompetenssia ja tukee asiakkaan omaa päätöksentekoa. Kuntoutussuhde on vuorovaikutussuhde, se perustuu tasa-arvoon ja palkitsee asiakkaan itsenäisyyttä. Tavoitteena on asiakkaan voimavarojen kehittäminen, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön esteiden poistaminen ja sosiaalinen muutos. Tulevaisuuden tavoitteena on se, että asiakkaan ongelmaratkaisukeinot paranevat ja hänen asiantuntija-apunsa tarve vähenee. (Järvikoski 1994, 128-133.)

Lääketieteellä on ollut valta-asema kuntoutuksen suunnittelussa. Medikalisoituneessa yhteiskunnassa on usein myös asiakkaan vaikea hyväksyä kuntoutukseksi tapahtumaa, joka ei perustuisi laajoihin kliinisiin tutkimuksiin. Järvikoski (1994, 131) näkee lääketieteen valta-aseman syyt kuntoutuksen kiteytymisvaiheeseen (lainsäädäntö, asetukset, toteutus) tilannetekijöissä ja siinä, että vammaisten sosiaaliturvaetuuksia määriteltäessä on lääketieteellisillä arvioilla edelleenkin keskeinen asema.

Haastateltavat eivät kuitenkaan olleet omaksuneet passiivisen vastaanottajan roolia. Heidän odotuksensa kohdistuivat enemmän kuntoutujakeskeisen mallin suuntaisesti, jossa myös asiantuntijalähtöisyys vaatii kuntoutujan antaman oikeutuksen. Haastateltavat näkisivät itsensä kernaammin aktiivisessa toimijan roolissa ja hoitohenkilökunnan mahdollisuuksien avaajana. Haastateltavat odottivat myös sellaista vuorovaikutusta, joka lisäisi asiakkaan voimavaroja.

Huolimatta siitä, että haastateltavat kokivat, että he voivat vaikuttaa kuntoutusjaksojen jaksotukseen ja ajankohtaan ja, että osallistuminen kuntoutusjakson toiminnalliseen sisältöön oli joustavaa, he kokivat, että hoitajaksojen sisällölliset määrittelyt tapahtuivat hoitohenkilökunnan toimesta. Kuntoutujan aktiivisuus oli siinä, että hän sitoutui kuntoutukseen. Haastateltavat olivat hyvin tottelevaisia suhteessa hoitojärjestelmään. Voisi jopa väittää, että alistuneita. Haastateltavat saapuivat sovittuna ajankohtana kuntoutusjaksolle ja osallistuivat jaksamisensa mukaan suunniteltuun toimintaan. Haastateltavien mukaan kuntoutujan ja työntekijän sitoutuminen hoidon tavoitteisiin oli tärkeää.

Haastattelija: Kuinka paljon sä olet saanut itse vaikuttaa sen sun viikko-ohjelman sisältöön? Oletko sä saanut vaikuttaa siihen, että milloin sä menet [henkilölle] tai menetkö sä [henkilölle] ollenkaan? Tai lenkille tai muuta mitä se sisältää?

Kuntoutuja: No [omahoitaja] aika paljon vaikutti siihen.

Haastattelija: [Hoitajan nimi] on sun omahoitajasi?

Kuntoutuja: Joo.

Haastattelija: Teillä oli hoitoneuvottelu, missä oli lääkäri ja omahoitaja ja ketäs muita siinä oli?

Kuntoutuja: Minä.

Haastattelija: Sinä ja oliko muita?

Kuntoutuja: Mä en muista nyt.

Haastattelija: [Hoitaja] oli omanhoitajana miettinyt sen, että mikä voisi olla sulle hyvä viikko-ohjelma?

Kuntoutuja: Joo.

Haastattelija: Ottaako se [omahoitaja] huomioon, että mikä on sun mielipiteesi, jos sä sanot, että sä et tosta tykkää, tosta jutusta, niin kuunteleeko?

Kuntoutuja: Kyllä se välillä ottaa.

Haastattelija: Kuuntelee ja ottaa huomioon.

Kuntoutuja: Joo. (N8:145-170)

Yllä oleva sitaatti on myös esimerkki siitä kuinka haastattelija joutui välillä aika lailla nyhtämään vastauksia. Monet haastateltavat olivat kuitenkin varsin puheliaita. Haastateltavien psyykinen vointi ja lääkitys todennäköisesti vaikuttivat keskusteluaktiivisuuteen.

Kuntoutuja: Sitä vaan, että en mä ymmärrä sitä sinänsä sitä sanaa asiakaskohtaisuus, mutta tulee mieleen, että palvelutalossa se käytännössä meinaa sitä, että asiakas on aina oikeassa. Mutta sitten kun tullaan mielisairaalaan, niin siellä onkin vastakkaisnäkökohta, että hoitaja on aina oikeassa. Mutta kyllä se riippuu asiakkaan omasta käyttäytymisestäkin, että kuinka paljon ja miten päin se menee. (N6:17-20)

Haastateltavien laituskuntoutusjaksojen toteuttamisessa ei tullut esille selkeää struktuuria kuntoutuksen suunnitelmallisuuden ja sen toteuttamisen muodoissa. Kuntoutuksen lähtökohdat oli määritelty diagnoosikeskeisesti ja ongelmalähtöisesti. Tällainen määrittely objektivoi ja yksilöllistää ongelmia (Riikonen 1992, 154). Objektivismiin suosimat kausaaliset ja rakenteelliset ongelmaselvitykset tukevat asiakkaiden omien tavoitteiden ja voimavarojen marginalisoimista (mts. 3). Kuntoutus ei toteutunut myöskään holistisen näkemyksen mukaan, kuten myöhemmin tässä raportissa tulee ilmi luvussa Asiakaslähtöisyys osallisuuden kokemuksena; Moniammatillinen yhteistoiminta osallisuuden edellytyksenä. Laituskuntoutusjakson tehtäväksi jäi ennalta asetetun palvelutarvemäärittelyn mukaan yksilön ongelmien ja vajaavuuksien käsittely voimavarojen kehittämisen sijaan.

Asiakkaan ja työntekijän yhdessä laatima kuntoutussuunnitelma ja arviointi on perusta, jolle kaikki työ tulee perustua. Yhdessä laadittu kuntoutussuunnitelman etuina on se, että se luo pohjaa kuntoutujan oman motivaation kehittymiselle ja edesauttaa hänen sitoutumistaan ja osallistumistaan, antaa turvallisuuden tunnetta, toimii pohjana tarkennusten ja jatkosuunnitelman pohdinnalle sekä toimii viranomaisten yhteistyön pohjana. (Järvikoski & Härkäpää 1995, 18.)

Yhteisten, asiakkaan ja hoitohenkilökunnan, tavoitteiden määrittely on ongelmien määrittelyä keskeisempi. Toimintaa tulisi ohjata toiminnassa syntyvät tavoitteet, jossa on läsnä ihmisen menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Asiakkaan tulevaisuuden ja haaveiden käsittely viestittää näiden asioiden tärkeänä pitämistä sekä asiakkaan arvostamista. Se, miten näemme

tulevaisuutemme, määrittää nykyistä olemassaoloamme menneisyyttä enemmän.

Tulevaisuuden mahdollisuudet ovat ne silmälasit, joiden läpi nykyisyyttä ja menneisyyttä voidaan tarkastella ja jäsentää. (Särkelä 2001, 12, 82-85, 104, 121.) Asiakkaan tavoitteiden ja tulevaisuuden käsitysten selvittely voidaan nähdä myös auttamismenetelmänä (Riikonen 1992, 158-159). Tavoitteita koskeva tieto toimii asiakaskeskeisyyden takaajana, silloin kun asiakas toimii oman elämänsä käsikirjoittajana. Mitä enemmän työntekijöillä on tietoa asiakkaan tavoitteista, sitä vaikeampi heidän on ryhtyä toteuttamaan asiakkaalle vieraita päämääriä (Kokko 2003, 120).

Voidaan myös kysyä miksi kuntoutussuunnitelmia pidetään virallispolitiikassa asiakaslähtöisyyden yhtenä elementtinä? Kuntoutussuunnitelmien lähtökohtia voidaan myös kyseenalaistaa. Voidaan arvioida tukevatko ne vammaisen ihmisen elämänhallintaa vai onko ne tehty talousarvioita tekevää viranomaista varten. Kuntoutussuunnitelmakäytäntö voi myös objektivoida asiakkaita ja vahvistaa heidän osallistumattomuuttaan, mikäli ne tehdään ennalta määrätyn käsikirjoituksen mukaan.

Kuntoutujan asettamien odotusten huomiointi ja toteuttaminen osallisuuden edellytyksenä

Haastateltavien kuntoutukselle asettamien odotusten huomiointi ja kuntoutussuunnitelman suuntaaminen tässä suhteessa on yksi edellytys osallisuuden kokemuksen syntymiselle.

Haastateltavien hoitotahoon kohdistamat odotukset olivat realistisia suhteessa hoitojärjestelmän mahdollisuuksiin. Haastateltavat odottivat yksilöllistä, kokonaisvaltaista hoito-otetta, kokonaisvastuuta lääkehoidon toteuttamisesta, psyykkisen hyvinvointinsa paranemista, hoidon ennaltaehkäisevää toteuttamista, sosiaalisen selviytymisensä paranemista ja konkreettista apua. Haastateltavilla oli myös yksityiseen elämäntilanteeseen liittyviä tavoitteita. Tutkimuksissa on tullut esille, että psykiatriset potilaat usein aliarvioivat tuen tarpeensa (Slade, Phelan, Thornicroft & Parkman 1996). Tällaista tuentarpeen aliarviointia en ole näkemässä haastateltavieni kohdalla.

Haastateltavat odottivat hoitosuhteessa toteutettavan holistista hoitonäkemyistä. He odottivat yksilöllistä, *kokonaisvaltaista kuntoutusotetta*, joka huomioi ihmisen psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Kokonaisvaltainen hoitonäkemys ei juuri toteutunut haastateltavien hoidossa. Erityisesti haastateltavien elämän sosiaalinen ulottuvuus jäi vähälle huomiolle. Haastateltavien omaiset ja läheiset jäivät kuntoutussuunnitelman ulkopuolelle. Kuntoutussuhteessa ei myöskään toteutunut idea hoitoketjuista. Sairaalasta ei oltu haastateltavien käsityksen mukaan yhteydessä eikä yhteisneuvotteluja järjestetty heidän tukiverkostojensa (kotipalvelu, tukihenkilö, psykiatrinen sairaanhoitaja, kotipalvelu) kanssa. Kukin pyrki tukemaan kuntoutujan selviytymistä omalla tahollaan eikä yhteisistä linjoista oltu sovittu. Yhdellä haastateltavalla oli erilainen kokemus. Hän koki kuntoutuksen toteutuneen kohdallaan kokonaisvaltaisesti. Myös jatkohoito oli järjestetty hänen mielestään asianmukaisesti.

Kuntoutuja: Se oli alusta lähtien, mutta yksi vuosi oli niin, että mä lopetin intervallijaksot ja yhden vuoden olin kotona, ne oli negatiivisia hommia ja mä huomasin siinä, että kun mulla oli se hoito, että mä en tullutkaan tänne, niin mulla kesti vuoden, kun mä menin täysin sekaisin, että nyt sitten on taas jatkuneet vuoden verran nää käynnit. Että parempana katson sen, että käy intervalleilla, koska silloin voidaan tarkistaa potilaan kunto sekä myöskin lääkitys ja voidaan katsoa, mitkä on uusia vaivoja tai ongelmia, mitkä voisi hoitaja pistää kuntoon. Mäkin olen yrittänyt leikkaukseen ja täältä käsin mut laitettiin tutkimuksiin ja lähete laitettiin tonne aluesairaalaan. Nyt kun mulla on [hengityselinsairaus], täältä käsin hommattiin mulle [paikkakunnan] terveyskeskukseen sairaanhoitaja, että se neuvoa miten mä käytän lääkkeitä tästä lähtien.

Haastattelija: Niin. Että tää hoito pystyy vastaan kokonaisvaltaisesti muihinkin asioihin.

Kuntoutuja: Kyllä! Mutta tietenkin somaattinen puoli ja psyykinen puoli kulkee aina käsi kädessä. (N6:50-66)

Haastateltavien suhtautuminen *lääkehoitoon* oli monelta osin ristiriitainen. Toisaalta lääkehoito koettiin tärkeäksi ja toisaalta sitä vastustettiin. Eräs haastateltava halusi, että hänen psyykelääkityksensä lopetetaan kokonaan. Hän halusi lääkkeettömän seurannan. Hän uskoi, että psyykinen sairaus oli vain ohimenevä ilmiö, ja siten siihen tulisi myös hoitohenkilökunnan suhtautua. Hän piti psykiatria vanhoillisena, koska se ei kyseenalaistanut lääkehoitoa. Haastateltava korosti elämänkaariajattelun merkitystä. Myös psyykkistä sairautta

sairastava vanhenee ja se tuo monenlaisia muutoksia ihmisen suorituskykyyn, eikä niitä tule nähdä psyykkisen sairauden oireina.

Kuntoutuja: Pitäisi ensinnäkin asettaa kyseenalaiseksi se, että mihin tää lääkitys johtaa, koska se on johtanut liikalihavuuteen ja sitten on se jatkuva väsymys. Se pitäisi ensin kyseenalaistaa ja sitten aloittaa ilman lääkkeitä esimerkiksi kokonaan ja sitten vaan seurata. (M2:578-579)

Kuntoutuja: Se muuttuu hirvittävän paljon oikeastaan, että se kokemistapa se muuttuu vuosien varrella. Ei kaikki ole siinä mitään psykiatrista vaivaa sikäli, että ihminen kun vanhentuu niin se muuttuu fyysisesti ja psyykkisesti ja siinä on paljon sitä justiin, että kun on ollut 39-vuotias vauhtihurjastelija, niin sitten 50-vuotias äijä ei olekaan enää sama. (M2:316-319)

Haastateltavat kokivat hoitajaksoilla mahdollistuvan lääketieteellisen arvion tärkeäksi.

Haastateltavat odottivat, että heidän lääkehoitonsa toteutus huolehditaan sairaalassa ja että myös heidän kannanottonsa huomioidaan lääkehoitoa valittaessa.

Kuntoutuja: On paljonkin niitä muistoja. Esimerkiksi se, että mulla on ollut aika paljon somaattisia vaivoja ja nyt suurinpiirtein vuoden ja kahden ja kolmenkin vuoden taakse mennään, on kaikki asiat hoidettu, mulla on kaikki asiat hoidettu, somaattiset ja myös psyykkiset vaivat, mitkä mä olen tuonut esille ja saanut niihin oikean lääkityksen, koska mä itekin tiedän psykiatrisista lääkkeistä niin paljon ja muutenkin, kun tiedän millä lailla ne vaikuttaa ja olen osannut pyytää oikeita. Siis mä olen osannut pyytää myös oikeata apua itselleni.

Haastattelija: Kuulostaa aika hyvältä tällainen tilanne. Sä koet, että niitä asioita mitä sä olet tuonut esille, niitä on kuunneltu ja hoidettu sen mukaisesti. (N6:147-154)

Lääkehoito ja osastosiirrot olivat alueita, joissa haastateltavat kokivat, että heillä oli vähiten määräysvaltaa. Muutama haastateltava koki, että monista kuntoutukseen liittyvistä asioista oli mahdollisuus neuvottelun jälkeen tehdä kompromisseja. Lääkehoidon toteutuksen koettiin harvoin olevan tällä alueella.

Kuntoutuja: Niin, ja joistakin tietyistä asioista on tullut kompromisseja, koska mä olen ollut täysin eri mieltä ja hoitajat ja lääkärit täysin eri mieltä, niin silloin ollaan tehty kompromissi. Mutta kaikissa asioissa ei voi tehdä kompromissiakaan, että nyt mä tulín tänne, mä sanoin, että lääkkeitä olisi vähennetty, niin omahoitaja sanoi, että mä olen nyt niin hyvässä kunnossa, että niitä ei uskalla ja

koska mä ymmärsin sen, että niitä ei uskalla vähentää, silloin mä hyväksyin sen, että niitä ei voi vähentää. (N6:156-168).

Haastateltavien toiveet painoutuivat **psykykkisen hyvinvoinnin** puolelle. He toivovat hyvää henkistä vointia ja sen myötä helpompaa loppuelämää. Kolme haastateltavaa oli luottavainen paranemisen suhteen. Haastateltavat mielsivät paranemisen oireiden poistumiseksi. Yksi heistä uskoi Jumalan parantavan ja toinen ylilääkäriin taitoon ja parantamisen kykyyn. Kolmas haastateltava uskoi muuttuvan hormonitoiminnan myötä vaihdevuosien jälkeen parantuvansa.

Kuntoutuja: Meillä on oivallinen ylilääkäri, joka voi ja tahtoo parantaa meitä, mutta mä en ymmärrä, se ei ole minua parantanut sitten, vaikka pitkiä aikoja olen saanut olla terveenä kyllä että apu on tullut aina mutta en ole nyt parantunut sitten ja olen täällä joutunut käymään, että(. . .). (M1:851-859)

Kuntoutusjaksolla nähtiin olevan myös **ennaltaehkäisevä merkitys**. Haastateltavat kokivat olevansa kuntoutusjaksoilla tietynlaisessa kunnontarkkailussa. Kuntoutusjaksoilla toivottiin olevan sairauden pahenemista ehkäisevä vaikutus. Eräs haastateltava esitti kuntoutusjakson tavoitteeksi psykoosin ehkäisyn⁸. Haastateltavat olivatkin henkilökunnan ”tutkivan katseen” alaisina laitoskuntoutusjaksojensa aikana.

Haastattelija: (. . .) siinä on sitten kuitenkin tehty se intervallipäätös silloin viime vuonna, että sä et muista sitten niistä tavoitteistakaan, että mitä silloin asetettiin, että minkä vuoksi on tärkeitä, että sä käyt täällä.

Kuntoutuja: Tarkkailussa. Tarkkailtavana.

Haastattelija: Mitä asioita pitää tarkkailla?

Kuntoutuja: No potilaan kuntoa ilmeisesti.

Haastattelija: Niin. Että katsovat sitten, että kaikki on hyvin.

Kuntoutuja: Niin.

Haastattelija: Niin. Mistä ne sen kunnon näkee?

Kuntoutuja: Se on varmaan vaikea nähdä. Hoitohenkilökunta on, tietysti sillä on ammattitaitoa siihen. (M9:49-61)

⁸ Skitsofreniaa sairastavalla on alttiutua reagoida psykoosilla ylivoimaisiin tilanteisiin. Psykoosin keskeinen oire on todellisuustajun pettäminen ja siihen saattaa liittyä harha-aistimuksia (kuulo-, maku-, haju-, näkö-, tuntoharhat). Psykoosia saattaa edeltää esioireet, joita ovat uni- ja vuorokausirytmien häiriintyminen, oman hygienian pettäminen, lisääntynyt levottomuus, eristäytyminen ja käyttäytymisen äkillinen muutos. Esioireiden ilmaantuessa kuntoutuja tarvitsee välittömästi lisätukea, lääkityksen tarkastamisen tai terapian tiivistämisen. (Kettunen ym. 2003, 128-130.)

Tärkeänä kuntoutuksen tavoitteena haastateltavat näkivät *sosiaalisen selviytymisen*. He näkivät tärkeäksi selviytymisen arkielämään liittyvissä tilanteissa ja erityisesti itsensä kanssa toimeen tulemisen. Haastateltavat eivät kuitenkaan kokeneet ihmissuhteissaan olevan suurempia ongelmia.

Haastattelija: Mikä tavoite näillä kuntoutusjaksoilla on? Minkä vuoksi sä käyt tällä?

Kuntoutuja: Se että oppisi tulemaan toimeen (. . .). (M4:81-83)

Mielenterveysongelmiin liittyy aina psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen. Oireiden vaikutus selviytymiseen on yksilöllinen ja riippuu yksilön ominaisuuksista, elämäntilanteesta, elämäntavasta ja ympäristön tarjoamasta tuen määrästä. Yleisempiä ongelmia ovat aloitekyvyttömyys, pelot, heikentynyt keskittymiskyky, heikko itsearvostus sekä arkisten taitojen heikkous. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2003, 121.) Monet masennuspotilaat menettävät toimintakykynsä lähes kokonaan.

Haastateltavat odottivat henkisen avun lisäksi saavansa hoitotaholta myös *konkreettista apua*. Tällaisena konkreettisena apuna oli ollut taloudellisten etujen (työkyvyttömyyseläke, eläkkeensaajan hoitotuki) hakeminen, sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin pääseminen ja edunvalvojan hankkiminen.

Kuntoutuja: Ja se, ettei mulla ollut mitään ongelmia silloin, kun tämä hoitokierre alkoi, ei mitään ongelmia. Se vaan, että silloin mulla ei ollut myöskään minkäänlaista toimeentuloa silloin aikaisemmin. Että kyllä tästä on ollut niin kuin hyötyä, mutta se tapa millä se on toteutunut, se on vähän arveluttava. Hyötyähän siitä on, kun mulle tulee säännöllisesti rahaa.

Haastattelija: Se on yksi elämisen tärkeimpiä edellytyksiä.

Kuntoutuja: Mutta se on vaan, että mä en olisi itse ruvennut hakemaan sitä eläkettä, en olisi ruvennut. Mä olen niin sitkeä tapaus ollut siinä suhteessa, että mä en itse aikonut hakea. Se on niin kuin oikeastaan semmoinen elämäkertahistoria, kun rupeaa miettimään sitä, että minkälaisia vaiheita silloin oli, kun mulle alkuun määrättiin eläke, se oli vissiin vuodeksi tai jotain sellaista. (M2:451-461)

Myös muissa tutkimuksissa mielenterveyspotilaat ovat kokeneet konkreettisen avun saamisen tärkeäksi. Aikaisemman tutkimukseni mukaan mielenterveyspotilaat toivoivat usein enemmän

konkreettista apua taloudellisten asioiden, erilaisten hakemusten ja kuntoutusasioiden selvittelyssä (Ristaniemi 2001, 52). Myös Arjen taitojen tukeminen - projektin asiakkaat kokivat konkreettisen, ammattitaitoisen avun ja tuen vahvistavan tunnetta aidosta välittämisestä. Kyseisessä projektissa kohdattiin asiakkaat heidän omissa kodeissaan ja he tulivat kuulluksi omilla ehdoillaan. (Arjen taitojen tukeminen-projekti, 42-43.)

Haastateltavien laajempaan *elämäntilanteeseen liittyvät* tulevaisuuden odotukset liittyivät asumiseen, ihmissuhteisiin, koulutukseen ja muuhun elämän sisältöön. Näiden tavoitteiden saavuttamisessa haastateltavat eivät odottaneet hoitotahon aktiivista vastuunottoa. Hoitotahon merkitys näiden tavoitteiden saavuttamisessa nähtiin välilliseksi.

Haastateltavat eivät olleet tulevaisuuden suhteen näköalattomia, vaikka usein sairauden aiheuttama toimintakyvyn alentuminen voi aiheuttaa sen, että käsitys itsestä on muuttunut. Eräs haastateltava koki, että hän oli samaistunut sellaiseen henkilöön, jonka toivo oli mennyt. Toisaalta hänkään ei ollut toivoton tulevaisuutensa suhteen, vaan tavoitteena oli löytää ihmisten parissa tapahtuva mielekäs tehtävä. Tällaista tavoitteellisuutta voidaan kutsua indeterministiseksi, jolloin asiakas nousee objektista subjektiksi (Särkelä 2001, 98).

Kuntoutuja: Se on vaan, mä olen nyt tässä samaistunut sellaiseen henkilöön, jonka toivo on mennyt ja joka ei koskaan tule elämässään saamaan asioitaan enää kuntoon ja mulla on siinä sen roolihenkilön kohdalla on nyt mun omat kasvot siinä, että mä en usko siihen, että asiat tulee paremmaksi. Sen mä tiedän, että joka tapauksessa oma olo ja vointi olisi paljon parempi jos ei joutuisi syömään noita lääkkeitä tällä tavalla. (M2:816-820)

Kuntoutuja: Ai jaha. No, aika avointa sillä tavalla liikkumista ihmisten keskuudessa ja sitten joku tehtävä täytyy olla, joku tehtävä, joka on mielekäs ja sellainen että vastaa omiin tarpeisiin ja sitten toisaalta olisi sellainen, jos saa idealisti olla, on se, että mä en haluaisi hyödyntää minkäänlaisia rosvoja, jotain sellaista idealistista, mutta se nyt olisi ennen kaikkea se avoimuus, liikkuminen ihmisten kesellä ja sitten se, että se olisi järkevää. (M2:834-843)

Asumiseen liittyvä toive oli kaikilla haastateltavilla esiintynyt toive itsenäisen asumisen jatkumisesta. Yhdellä haastateltavalla oli toive saada uusi tukiasunto. Hän oli vastentahtoisessa

hoidossa ja hänen asumisensa edellisessä tukiasunnossa oli epäonnistunut, eikä hän voinut sinne enää palata.

Eräs haastateltava toivoi löytävänsä itselleen uuden elämänkumppanin. Haastateltava arveli kuitenkin, että uuden kumppanin löytäminen oli vaikeaa, koska monikaan ei halua elää psyykkisesti sairaan ihmisen kanssa. Eräällä haastateltavalla oli koulutuksellisia toiveina päästä ensin opiskelemaan iltalukioon ja mahdollisesti sen jälkeen opiskelemaan kieliä yliopistoon. Haastateltava oli käynyt neuvotteluja opiskelumahdollisuuksistaan iltalukion rehtorin kanssa. Hänellä oli aikoinaan jäänyt lukio kesken sairastumisen vuoksi. Hän toivoi myös, että hänellä olisi edelleen mahdollisuus tehdä ulkomaanmatkoja ja seuraava matka olikin jo varattuna.

Elämänsisältönä monet haastateltavat pitivät tärkeänä mielekkään tehtävän löytymistä. Haastateltavat uskoivat tällaisen tehtävän löytyvän joko suojatyöpaikasta tai päivätoimintakeskuksesta. Kukaan haastateltavista ei esittänyt toiveenaan päästä takaisin työelämään, vaikka haastateltavat olivat vielä aktiiviyöiässä olevia. Länsimainen vahva palkkatyöideologia oli haastateltavien kohdalla menettänyt merkitystään. Yhtenä syynä oli varmasti se, että heillä oli diagnosoitu sairausperuste olla pois työelämästä ja säännöllinen tulotaso oli varmistunut työkyvyttömyyseläkkeen ja muun sosiaaliturvan myötä. Työelämästä pois oleminen ei kuitenkaan tarkoita passiivien elämäntavan hyväksymistä vaan elämässä toivottiin olevan erilaisia aktiviteetteja ja elämän tarkoituksen tuojia. Myös psykiatrisessa hoitosuhteessa olevalla ihmisellä on muuta elämää. Hänellä on muita palveluntarpeita, ansiotyön ja koulutuksen toiveita ja odotuksia omien voimavarojen hyödyntämiselle. (Hytinen 2003, 99.)

Hansen, Haltig, Lidal ja Ruudin (2004, 295) tutkimuksessa henkilökunnan mielestä juuri potilaiden seurannan ja valvonnan tarpeet olivat oleellisia. Haastatellun hoitohenkilökunnan mielestä oireiden väheneminen, tilanteen muuttuminen ja potilastyytyväisyys olivat oleellisia hoidon tavoitteita. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä edellä mainitut tarpeet eivät kuitenkaan olleet oleellisia. Potilaat korostivat itsenäistä asumista, positiivisia tunnekokemuksia ja leimaamisen vähenemistä. (mts. 296.) Minun tutkimukseni haastateltavien

kuntoutukselle asettamat odotukset olivat Hansenin ym:n tutkimuksen sekä potilaiden että henkilökunnan asettamien tavoitteiden suuntaisia. Haastateltavani pitivät kuntoutujien seurantaa ja valvontaa oleellisena lähinnä sairauden uusimisen ja lääkehoidon toteuttamisen kannalta. Haastateltaville myös itsenäisen selviytyminen ja psyykinen hyvinvointi oli oleellista. Leimaamisen ongelmat eivät tulleet haastattelussa esille, mikäli sitä ei nähdä henkilökunnan ja kuntoutujien vuorovaikutuksen toteutumisen piirteissä. Asiakslähtöisyyden periaatteen tulisikin olla toiseuden ja erilaisuuden hyväksymistä (vrt. Helne 2004).

Moniammatillinen yhteistoiminta osallisuuden edellytyksenä

Haastateltavat kertoivat kuntoutusjaksojen toteutuvan siten, että he tapasivat pääsääntöisesti jokaisen laitospääntöjakson alussa (oma)hoitajan ja lääkärin. Alkuhaastattelu tapahtui osaston kansliatiloissa (lukittu). Alkuhaastattelussa kyseltiin asiakkaan kuulumiset ja kotona selviytyminen. Tässä kuulumisten vaihdossa uudistui keskinäisen tuntemiseen perustuva suhde ennen varsinaista asiaa. Alkurupattelulla oli tarkkailun ja tiedonkeruun luonne, mutta se loi pohjaa myös myöhemmille keskustelutilanteille luoden pohjaa luottamuksellisuudelle. Kuulumisten vaihto on tärkeää, koska siinä kehittyä toimintaa koskeva moraalinen vastuullisuus ja ”me henki”. Kuulumisten kysely on luottamuksellinen keskustelutilanne. (Rostila 1997, 82-84, 100.)

Hoitojaksojen sisällöt muodostuivat erilaisesta ryhmätoiminnasta ja keskusteluista hoitohenkilökunnan kanssa. Käytän termiä tukevat keskustelut enkä terapiakeskustelut, koska mielestäni keskustelujen suunnittelemattomuuden, sisältöjen ja niihin käytettävän ajan perusteella niitä ei voi kutsua terapiakeskusteluiksi. Mikäli kuntoutujalla oli tarvetta kahdenkeskiseen keskusteluun hoitajan kanssa, se järjestyi pyydettäessä. Keskusteluihin käytetty aika oli minimaalinen ja muun työn lomaan sijoittuva. Yleensä tällaisten keskustelualoitteiden tekijänä oli kuntoutuja. Tutkimuksessani ei juuri tullut esille haastateltavien tyytymättömyyttä keskustelusuhteen laatuun, vaikkakin sen luonne vaikutti mielestäni selkeästi pinnalliselta. Kukaan ei esittänyt, että keskustelutilanteen tulisi olla terapeutisempi. Haastateltavani olivat tyytyväisiä keskustelutilanteiden joustavaan järjestymistapaan, vaikkakin pitivät mahdollisuuksia keskusteluun riittämättöminä.

Tutkimusten mukaan hoitajien ja potilaiden välinen vuorovaikutus on pinnallista sekä riittämätöntä. Potilaat kaipaavat enemmän kahdenkeskisyttä oman hoitajan kanssa. (Latvala 1996, 47.)

Haastateltavat osallistuivat suunnitelmallisesti ulkoilu-, askartelu-, työ-, taide- ja ratsastusryhmiin ja terapiaan. Ryhmiin osallistuminen koettiin useimmiten tärkeäksi osaksi hoitoa. Toiminnallisuuden painotus tuli esille haastateltavien toimintaa kuvaavien tekstisegmenttien runsautena. Haastateltavilla oli myös tietoa eri toiminnallisista vaihtoehtoista. Mielensterveyskuntoutuksen hoidon ja kuntoutuksen yhtenä tärkeänä menetelmänä pidetäänkin työtoimintaa, joka voi monipuolistaa potilaiden voimavaroja ja synnyttää kokemuksen elämän mielekkyydestä (Kuotola 1985, 1, Sihvonen 1988). Mielensterveystoimiston asiakkaat pitivät myös asiakkaiden välistä yhteistoimintaa tärkeänä (Kokon 2004, 85). Tutkimuksessani työntekijöiden merkitys oli toiminnan mahdollistaminen.

Kuntoutuja: No mulle on tehty semmoinen viikko-ohjelma, mun pitäisi noudattaa noita (. . .) askarteluita ja sitten noita ulkoilujuttuja ja (. . .).

Haastattelija: Sulle on joka päivälle oma ohjelma.

Kuntoutuja: Joo.

Haastattelija: Onko siitä tehty lukujärjestys?

Kuntoutuja: On tehty.

Haastattelija: Ja sitä sä seuraat.

Kuntoutuja: Joo. Mutta ei se aina päde.

Haastattelija: Minkälaisia muutoksia siihen tulee?

Kuntoutuja: No en mä aina lenkillä käy ja (. . .).

Haastattelija: No mitäs (. . .)

Kuntoutuja: Ja askartelussa ja (. . .).

Haastattelija: Mitä sitten, jos et sä noudata sitä lukujärjestystä, niin tarkkaileeko sitä joku muu kuin sinä itse?

Kuntoutuja: Hoitajat.

Haastattelija: No mitäs ne tuumaa sitten, jos on jotkut ohjelmat jääneet väliin?

Kuntoutuja: Ne ei oikein tykkää.

Haastattelija: Mutta sulla on kuitenkin sitten vapaus jättää niitä ohjelmia pois.

Kuntoutuja: No ei oikeastaan.

Haastattelija: Pitäisi kuitenkin sitoutua niihin. Oletko sä luvannut niihin sitoutua?

Kuntoutuja: No kyllä mä silloin, kun [lääkärin nimi] kanssa pidettiin se neuvottelu tässä, niin olin luvannut noudattaa niitä. (N8:100-143)

Haastateltavilla vaikutti olevan käytettävissään monipuolisesti sairaalan tarjoamat eri toimintamahdollisuudet. Toimintaterapiahenkilökunnan (liikunnanohjaaja, fysioterapeutti, askartelun ohjaaja, työtoiminnanohjaaja) lisäksi sairaalassa, jossa haastateltavat kävivät kuntoutuksessa, toimi myös kaksi sosiaalityöntekijää ja psykologia. Sairaalan toiminnallisen terapian työntekijät muodostivat kuntoutusjaksoilla haastateltavien oleelliset kontaktit. Monet haastateltavat olivat suuren osan päivästä heidän ohjauksessaan. Haastateltavien mukaan hoidon vastuuhenkilöinä olivat hoito- ei (toiminta)terapiahenkilökunta. Haastateltavien arvio kuntoutuskokemuksista kohdentuu hoitohenkilökunnan toimintaan. Vasta haastatteluja analysoidessa huomasin, että haastateltavat eivät arvioineet asiakaslähtöisyyden periaatetta suhteessa toiminnalliseen terapiahenkilökuntaan. Asiakaslähtöisyys näytti liittyvän kuntoutussuhteeseen, jossa päähenkilöinä oli kuntoutushenkilökunta. Haastateltavien kommenttien linjakkuus tässä suhteessa saattaa johtua asetetuista haastatteluteemoista.

Haastateltavat eivät juuri tavanneet kuntoutusjaksoillaan sairaalan erityistyöntekijöistä psykologia tai sosiaalityöntekijää. Haastateltavilla ei ollut myöskään sellaista keskushenkilöä (palveluohjaaja), joka olisi ollut kuntoutuksen kokonaisvastuun kantaja. Haastateltavat odottivat lähinnä omahoitajilta myös palveluohjaajana toimimista. Tämä odotus kohdistui omahoitajaan todennäköisesti sosiaalityön kontaktien vähäisyyden vuoksi. Palveluohjaaja toimii tukijana, keskustelukumppanina, tiedonantajana, motivoijana ja asiakkaan edunvalvojana (Suominen 2002, 14-15). Tällaisen roolin on nähty sopivan hyvin juuri sosiaalityöntekijälle (Hyttinen 2003). Kullakin haastateltavalla oli kolme omahoitajaa, joten asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuus hajosi jo kuntoutusyksikössä. Väistämättä myös työntekijöiden työvuorot ja lomat ovat omahoitajuuteen vaikuttavia tekijöitä. Myös Pirjo Somerkiven (2000,153) tutkimuksessa tulee esille palveluohjauksen merkitys. Hänen tutkimuksessaan kuntoutujien kokemukset palveluohjaajista olivat positiivisia ja he olivat kuntoutuspalvelujen monimutkaisuudesta huolimatta tyytyväisiä kuntoutuksen järjestelyihin, mikäli heillä oli toimiva palveluohjaaja (mt.) Palveluohjausmallin käytön on nähty mahdollistavan taloudellisten näkökohtien huomioinnin sekä toteuttavan asiakkaan ja yhteiskunnan etua (Suominen 2004).

Koska haastateltavien ensisijaiset odotukset laituskuntoutusjaksolta liittyivät hyvän psyykkisen voinnin tasapainoon, kummastuttaa se, että kukaan haastateltavista ei kertonut käyvänsä laituskuntoutusjakson aikana psykologin vastaanotolla. Se, että haastateltavat eivät käyttäneet psykologin asiantuntemusta, kertoi todennäköisesti sairaalan käytettävissä olevista resursseista ja hoitolinjavalinnoista. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan valittanut, että psykologi ja sosiaalityöntekijä eivät olleet tavoitettavissa eivätkä heidän palvelunsa käytettävissä.

Samoin myöskään sairaalan sosiaalityöntekijä ei ollut haastateltavien kokemuksen mukaan osallisena asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen kokonaisvaltaisessa suunnittelussa.

Sosiaalityöntekijän osuus sosiaaliturvan, -palveluiden ja kuntoutuksen asiantuntijana haastateltavien kuntoutuksen toteutuksessa jäi yllättävän vähälle. Samanlaiseen tulokseen on tullut myös Riitta-Liisa Kokko (2003) asiakasyhteistyöryhmän toimintaa selvittäneessä tutkimuksessaan. Kokko arveli, että sosiaalityön näkemys jäi puuttumaan osin sen vuoksi, että lähityöntekijä ei ollut neuvottelutilanteessa läsnä. (mts. 93.)

Muutamilla haastateltavilla oli hoitosuhde muuhunkin tahoon kuin sairaalaan kuten esitin luvussa Kokemuksena psykiatrinen sairaala. Vapauttava riippuvuus. Yhteistapaamisia avopuolen kanssa ei järjestetty eikä haastateltavilla ollut tietoa, ovatko hoitotahot yhteydessä toisiinsa. Toimivat hoitoketjut olivat haastateltavien mukaan yksi asiakaslähtöisen työskentelyn elementti. Myös monet tutkimukset korostavat kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien yhteistyötahojen tärkeyttä, erityisesti skitsofreniapotilaiden hoidossa (Brooker & Butterworth 1991).

Tutkimuksessani esiin tulleet psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät olivat vuorovaikutus (yhteistyö kuntoutussuhteessa, tukevat keskustelut, jokapäiväinen yhdessäolo), toiminta, opettaminen, kontrollointi ja lääkitseminen (vrt. Latvala 1996, 44-62). Kuntoutustyön painopiste oli henkilökunnan määrittelemässä ja suunnittelemassa toiminnallisessa auttamisessa, jossa pääpaino oli aktivoinnissa ja mielekkäässä toiminnassa. Toiminnallisen auttamisen tavoitteena oli asiakkaan selviytyminen toiminnan avulla. Toiminnallisen

auttaminen sisältää yleisen aktivoiminnan, itsehoidon opettelun ja mielekkään toiminnan. (Latvala 1996, 45.)⁹

Työtoimintojen monipuolistamiseen tulisi edelleen kiinnittää huomiota ja myös pohtia avohoitopotilaiden mahdollisuutta osallistua sairaaloiden työtoimintaan. Psykiatristen sairaaloiden alasajoon on nähty voitavan vaikuttaa sillä, että perustellaan toimintojen säilyttämistä osin potilaiden suojaustyön tai työtoiminnan tarpeella (puistot, kasvihuoneet, potilaskirjasto, kanttiini, pesula, keittiö, metalli- ja puuverstas jne.) (Särkelä, Taipale, Heikkilä & Heinonen 1995, 11-12, 27). Mietityttää, miksi sairaaloiden alasajoon tulisi vaikuttaa, jos tulkinta laitoshoitopaikkojen tarpeen vähenemisestä oli oikea. Pelkästään suojaus- ja työtoiminnan perusteet eivät ole riittäviä varsinkin sen vuoksi, että ne eivät tue palveluiden normaaliuden periaatetta.

Asiakkaan subjektiivisuus versus asiantuntijuus

Ristiriitainen asiantuntijalähtöisyyden kokemus

Haastateltavat kohdistivat henkilökuntaan sellaisia asiantuntijalähtöisyyden odotuksia, joissa ei ollut pelkästään kielteisiä merkityksiä. Haastateltavat kokivat, että henkilökunnalla oli tiedollisin ja lainsäädännöllisin perustein asiantuntijavalta. Haastateltavat odottivat henkilökunnalta aktiivista toimintaa asiakkaan asioiden kuntoon saattamiseksi (taloudelliset asiat, asuntoasiat, terveydenhoito). Haastateltavat luottivat hoitohenkilökunnan asiantuntemukseen ja ammattitaitoon.

Kuntoutuja: Niin, joo. Se on tietysti niin, että se keskustelu jää kovin vajavaiseksi. Se on ihan varma, että siitähän löytyy hirveesti ymmärtämystä sieltä henkilökunnan puolelta ja tietoa psykiatriasta ja osaamista sen puitteissa, mutta se vaan, että jos ei sitä kontaktia synny, niin eihän siitä ole kellekään mitään hyötyä. (M2:328-321)

⁹ Työtoiminnalla on pitkät perinteet. Sen on aloittanut Herman Simon Gütersloh'n sairaalassa Saksassa 1920-luvulla. Ennen toiminnan kehittämistä potilaat olivat pitkällään peittojen alla suurissa saleissa tekemättä mitään. Suomessa 1930-luvulla 80 % mielisairaaloiden potilaista oli mukana työtoiminnassa. Maataloustöiden loputtua mielisairaloissa 1960-luvulla työtoiminnat ovat tulleet monipuolisemmiksi. (Särkelä ym. 1995.)

Haastateltavat eivät olleet kovin kriittisiä hoitotahoja ja niiden asiantuntijavaltaista kulttuuria kohtaan. Asiantuntijälähtöiseen työskentelyyn oli myös totuttu eikä sitä monikaan kyseenalaistanut. Haastateltaville jäi usein passiivinen osallistujan rooli. Haastateltavat kokivat kuitenkin selkeästi osallisuutta, vaikka heidän osuutensa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa jäi vähäiseksi.

Haastateltavien asiantuntijälähtöisyyden kokemuksissa oli myös negatiivisia sävyjä. Asiantuntijälähtöisyyden kulttuurista kertoi joidenkin haastateltavien kokema hoitajien ylimielinen suhtautuminen kuntoutujiin ja kuntoutujan puheiden vähättely. Muutama haastateltava koki, että asiakkaiden puheita ei otettu vakavasti. Niitä ei joko uskottu tai niille ei annettu merkitystä.

Kuntoutuja: Se johtuu taas siitä, mitä mä olen joskus aikoinaan sanonut, kun mä olen valehdellut aikaisemmin oireitani ja kaikkea muutakin, niin myös mulla on[neurologisia] kohtauksia, tulin tänne ja kerroin siitä, niin mulle tuli semmoinen tunne, että kukaan ei usko niitä juttuja, että mä yleensä olen saanut kohtauksia. Tai sitten ajateltiin niin, että mä jotenkin näyttelin ne kohtaukset, se on psyykkistä sairautta jotenkin, semmoista näyttelynomaista. Mutta itse asiassa mä en edes muista niitä kohtauksista yhtään enkä mä tiedä mitä mulle on tapahtunut sen aikana. Että mä olen kertonut vain sen, mitä hoitajat on sanonneet siellä palvelutalossa. (N6: 17-179)

Asiantuntijälähtöisyydestä kertoi myös haastateltavan kokema hoitotahon vahva usko lääkehoidon mahdollisuuksiin.

Kuntoutuja: Että se olisi niin kahtiajakautunut se persoona. Mutta en mä, mulla ei ole mitään sairaudentuntoa, musta tuntuu, että tässä on joku tommoinen yhteiskunnan rankaisutoimenpide koko ruljanssi, että kun ei ole kerran pystynyt hoitamaan asioitaa niin ne kyllä hoidetaan sitten tällä tavalla. Lääkkeitä vaan. Ja sitten nyt on tapahtunut sellainen, mä olen lihonut 20 kg viidessä kuukaudessa eikä mitään syytä muuta kuin lääkkeet. (M2:378-382)

Haastateltavien kokemuksen mukaan psykiatrisen sairaalan henkilökunta näytti pitävän tiukasti kiinni asiantuntijavallastaan. Haastateltavat vaikuttivat olevan avoimempia joustavammille ja yhteistoiminnallisimmille menetelmille kuin henkilökunta.

*Haastattelija: Niin. No, oletko sitten ollut vaikuttamassa siihen hoitopäätökseen, onko täällä ollut semmoinen hoitoneuvottelu, että sä olet saanut vaikuttaa ja sanoa mielipiteesi, että sopiiko tällainen hoitojärjestely sinulle?
Kuntoutuja: En mä ole huomannut semmoista. (M1:188:192)*

*Haastattelija: Kuuntelevatko hoitaja ja omahoitaja ja lääkäri näitä omia toivomuksia, jos ajattelee lääkehoitoakin?
Haastateltava: Ei, ei ne ota potilaan sanaa, sanomisia, ei mitään oteta, ei mitään. (N8:185-188)*

Erilaisista asiakkaiden hoitotaholle kohdistamista odotuksista kertoo myös Seija Kokon (2004, 80-81) mielenterveystoimiston asiakkaiden haastattelututkimus. Haastateltavien käsitykset jakautuivat kolmeen erilaiseen malliin. Yhden kategorian mukaan asiakkaat halusivat itse määrittellä saamaansa hoitoa, toisen kategorian mukaan asiakkaat odottivat hoitohenkilökunnan toimivan asiantuntijoina ja yhdessä kategoriassa asiakkaat toivoivat, että asiakkaan ja työntekijän käsitykset yhdistetään. Kokko asettaa mielenterveystyöntekijöiden haasteeksi pyrkimisen aitoon yhteistyöhön asiakkaiden kanssa (mts. 142). Myös Lawthers, Pransky, Peterson ja Himmelstein (2003, 292) päätyivät vammaisten hoidon laatuun keskittyvässä kirjallisuusanalyysissä samankaltaiseen tulokseen. Osa asiakkaista haluaa antaa päätösvallan asiantuntijoille, mutta haluavat kuitenkin, että myös heidän mielipiteitään tiedustellaan hoitoon ja tavoitteisiin liittyvissä asioissa.

Tutkimusten mukaan psykiatrinen hoitotyö sekä laitos- että avohoidossa on usein asiantuntijalähtöistä (Kokko 2004; Kostamo-Pääkkö 2001; Latvala 1998, 21.). Asiantuntijalähtöisessä työskentelyssä asiantuntijaryhmä, ilman potilaan läsnäoloa, miettii potilaan hoidon ideaalimallin. Kasvattavassa ja varmistavassa hoitotyön mallissa toimitaan autoritaarisesti, jolloin hoitaja tukeutuu asiantuntijoiden luomaan ideaalimalliin tai lääkärin määräyksiin. (Latvala 1998, 21, 24, 32, 53.) Auktoriteettimallin mukaan toteutettu psykiatrinen hoitotyö estää potilaan lähtökohdista toteutuvan hoitotyön (Hall 1996).

Potilaat saavuttavat kuitenkin kuvitteellisen turvallisuuden tunteen luovuttaessaan itsemääräämisoikeutensa hoitojärjestelmälle. Mielenterveysasiakkaat ovat nähneet laitoshoidon oleellisina tekijöinä turvan, seuran ja kahdensuuntaisen vuorovaikutuksen. (Salo 1996, 262, 275.) Monet tutkimukseni haastateltavista uskoivat henkilökunnan hoidon sisältöjä

suunnitella ajattelevan asiakkaan parasta. Luottamus siihen, että toinen tarkoittaa hyvää ja pyrkii ratkaisuihin, jotka ovat toisen etujen mukaisia, on luottamuksellisen suhteen perusta (Särkelä 1001, 35).

Asiakastyö voi lähteä asiakkaan tarpeista vain tiettyyn rajaan saakka. Todellisuudessa asiakastyön lähtökohtana ovat laki, ammattietiikka ja muu, minkä yhteiskunnallinen moraalikatsoo asialliseksi ja oikeutetuksi. (Weckroth 1994, 63-64.) Voidaan puhua osittain myös byrokraattisesta rationalismista, jolloin tarkoituksena on turvata tilanteen vaatima hallinnollisesti oikeudellinen toiminta.

Psykiatrin sairaala on edelleen totaalinen laitos, jonka näkökulma on menneisyyden, eletyn ja koetun näkökulma, ei tulevaisuuden. Haastateltavieni kuntoutussuunnitelmat ohjasivat toimintaa psykologisoivasta ja patologisoivasta tulkinnan suunnasta. Lähtökohtana oli asiakkaan diagnoosi ja elämää häiritsevät oireet. Toiminnan viitekehystenä vaikutti olevan psykodynaaminen viitekehys, joka keskittyi tunnemuutoksiin ja normatiiviseen suhtautumiseen. Psykodynaaminen viitekehys liittyy yksilölliseen vammaiskäsitykseen ja sen painotus on terapeutin ja yksilökeskeinen. Mallissa keskitytään emotionaalisten kriisien käsittelyyn. (Määttä 1999, 30-35.)

Voidaan nähdä, että ainoastaan interaktionistinen malli mahdollistaa kuntoutujakeskeisen toimintamallin. Voidaan myös pohtia sitä onko myös muiden mallien (normatiivinen, psykodynaaminen, funktionalistinen, psykososiaalinen) viitekehysten mukaan mahdollista toimia kuntoutujaa valtaistavasti, ei-paternalistisesti ja patologisoimatta. (Somerkivi 2000, 191.) Interaktionistisen viitekehysten voidaan nähdä vastaavan nykyistä käsitystä vammaisuudesta (Määttä 1999). Näkemyksen mukaan perusongelmana on ihmisen ja ympäristön vuorovaikutus, jolloin ihmisen selviytymiseen vaikuttaa koko se elinpiiri, missä hän elää. Interaktionistisen viitekehysten voidaan nähdä johtavan tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen, koska malli lähtee palvelujärjestelmän arvioinnista ja siinä korostetaan osallistumista ja valtaistumista (mt.). Interaktionistinen malli tuskin on ainoa edellytys asiakaslähtöisyyden toteuttamiselle?

Voidaan kysyä, kertooko tutkimukseni haastateltavien kuntoutusmuodon valinta asiantuntijavallan toteutumisesta. Asiakslähtöisen toiminnan perusedellytys on se, että toteutettu laitospääntöusjakso vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Herää kysymys, vastaavatko kuntoutusjärjestelyt ylipääntään asiakkaiden tarpeisiin ja olisiko laitospääntöuslle asetetut tavoitteet toteutettavissa muiden tukimuotojen avulla? Voisiko esimerkiksi kotikuntoutus vastata kuntoutujan tarpeisiin paremmin? Kotikuntoutus on inhimillisempi kuntoutusmuoto varsinkin perheellisiä mielenterveyskuntoutujia ajatellen. Toisaalta kaikille kotikuntoutus ei sovi, sillä siinä työntekijät tulevat asiakkaan kotiin ja joku voi kokea sen tunkeutumisena liian lähelle omaa yksityisyyttään (Arjen taitojen tukeminen-projekti, 21). Kotikuntoutuksessa tukitoiminnan lähtökohtana on selvittää ensin, missä asioissa asiakas selviytyy itsenäisesti. Kotikäynnillä tehtävä työmuoto on tukityö, jolla pyritään lisäämään asiakkaan elämänhallintaa ja sosiaalista suoriutumista perhekeskeisesti. (Arjen taitojen tukeminen-projekti, 8-12.)¹⁰

Tiedon saanti asiakkaan subjektiivisuuden perustana

Haastateltavat kokivat saavansa tietoa kysyttäessä hoitajilta ja lääkäriltä. Haastateltavat eivät kuitenkaan olleet kovin aktiivisia tiedonhankinnassaan eikä henkilökunta ollut oma-aloitteinen tiedon välittäjänä. Erään haastateltavan mukaan tietoa piti ”tinkata”. Haastateltavat hankkivat tietoa myös muita väyliä käyttäen. Eräs haastateltava oli ollut oma-aloitteinen tiedonhankinnan suhteen ja perehtynyt psykiatriseen hoitoon lukemalla psykologian oppikirjoja sekä Farmaca Fennicaa. Yleensä tiedon oma-aloitteinen aktiivinen hankinta ei ollut haastateltavien yleinen tiedonhankinnan tapa.

Koetussa tiedon saannissa oli myös puutteita. Haastateltavilla oli tiedonaukkoja liittyen kuntoutuksen tavoitteisiin ja kuntoutuksen yhteistyötahojen yhteistyöhön. Haastateltavilla ei ollut myöskään tietoa siitä, mitä heitä koskevaan lääkinnällisen kuntoutuksen päätökseen oli kirjattu. Koska hoitoneuvotteluja ei oltu pidetty pitkään aikaan, ei haastateltavilla ollut tarkkaa

¹⁰ Kellokosken sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan laitospääntöusjaksoille osallistuneiden sosiaalinen selviytymien parani 88 %:ssa. Kuntoutuksen keskeyttäneillä parani sosiaalinen selviytymien 56 %:lla. Sairaalahoitopäivien määrä pieneni 60 %:lla tutkimukseen osallistuneista versus 69 %:lla tutkimuksen keskeyttäneillä. Toisaalta sairaalahoitopäivien lukumäärä lisääntyi koko tutkimusryhmässä 20 %:lla. Keskeyttäneillä hoitopäivät lisääntyivät 7,5 %:lla. (Krudup & Keldrima 1998.) Krudupin ja Keldriman mukaan olisi tutkittava prospektiivisesti elämänlaatumittareilla kuntoutushoidon hyötyä tavoitteena selvittää voidaanko psyykkisesti sairaiden elämänlaatua todella parantaa kuntoutushoitajien avulla (mt.). Tällaista tutkimusta ei ole tietääkseni vielä tehty.

käsitystä hoitojaksoille asetetuista tavoitteista. Kuntoutuksesta ei aktiivisesti puhuta eikä sitä termiä käytetä.

Kuntoutuja: Joo voi olla. Mutta sen mä muistan, että mä vastustin sitä hoitoa tätä varten. Ja se meni hallinto-oikeuteen Helsinkiin ja sieltä tuli mulle kielteinen päätös. Että kyllä se vaan on oltava siellä.

Haastattelija: Siis näitä tämmöisiä kuntoutusjaksoja, näitä sovittuja?

Kuntoutuja: Että se hoito on otettava vastaan. Mutta siitä kuntoutuksesta, se on sikäli mielenkiintoinen juttu, että mulla ei ole puhuttakaan mistään kuntoutuksesta, ei mulle ole puhuttu mistään kuntoutuksesta, että sitä kuntoutusta halutaan kuitenkin ajaa. (M2:164-171)

Haastateltavilla oli odotuksia *tiedon saamisen suhteen lääkehoidon, pakkotoimien, kuntoutusjaksojen ajoituksen ja hoitajan tukikeskustelujen alueelta*. Lääkehoidon toivotuista ja haittavaikutuksista haastateltavat kokivat saavansa liian vähän tietoa. Pakkotoimien käytön perustelut olivat myös haastateltavien mukaan riittämättömiä. Monella oli myös epätietoisuutta seuraavan kuntoutusjakson ajankohdasta. Myöskään tukikeskusteluista hoitajien kanssa ei sovittu etukäteen.

Osaltaan lääketieteen valta-asemasta psykiatrisessa sairaalassa kertoo se, että haastateltavilla oli jokseenkin selkeä käsitys sairaudestaan. Käsitys sairaudesta perustui tietoon sairauden diagnoosista. Seitsemän haastateltavaa tiesi sairautensa diagnoosin. Kuuden mielestä se oli skitsofrenia. Yhden mielestä vaivaava sairaus oli kevätyksymys. Kaksi haastateltavaa ei tiennyt sairautensa nimikettä. Yksi diagnoosinsa tietäneistä, ihmetteli kuitenkin sitä, että kenen skitsofreniaa sairaalassa hoidetaan. Hän koki, ettei ollut psyykkisesti sairas. Toisaalta myös eri hoitovaihtoehtoista tiedettiin ja niistä oli monella myös omakohtaisia kokemuksia (psykiatrinen poliklinikka, päivätoimintakeskus, kuntoutuskodit).

Eräs haastateltava kertoi merkityksellisenä kokemuksenaan sen, että sai katsoa potilaskansiotaan osaston kansliassa. Hoitaja oli häntä siihen kehottanut. Yleensä psykiatrisissa sairaaloissa on käytäntönä se, että sairauskertomustietoja ei paljasteta potilaalle. Usein potilas voi tutustua niihin erityisluvan saatuaan hoidon päätyttyä. (Numminen, Sainio & Saukkonen 1999, 20.)

Haastattelija: Joo. Kyllä. Koek sä, että olet saanut tosta sairaudesta riittävästi tietoa henkilökunnalta?

Kuntoutuja: No, en mä oikeastaan oikein tiedä, että ei siitä ole oikeastaan keskusteltu niin siitä sairaudesta silleen oikein, mutta kerran kun mä olin tuolla kansliassa ja oli auki toi mun se potilaskansio ja mä katsoin sitä, niin sitten hoitaja sanoi, että kato vaan, että se on sun tietoja ja (. . .).

Haastattelija: Joo.

Kuntoutuja: Mutta en mä ole sieltä nähnyt silleen niin kuin mitä ne on kirjoittanut sitten sen jälkeen kuitenkaan, että mitä siellä sitten lukee, että se voisi olla ihan kivaa että vähän tietäisi kuitenkin. (N3:810-819)

Haastateltavien tiedontarve ei rajoittunut ainoastaan hoitoon liittyviin kysymyksiin. Eräs haastateltava oli edelleen tuhtunut siitä, että hän oli ohjattuna hakenut edunvalvojaa itselleen eikä hänelle siinä yhteydessä kerrottu, että edunvalvoja veloittaa työstään. Haastateltava arveli, että mikäli olisi tiennyt edunvalvojasta tulevan kustannuksia, ei olisi häntä hakenutkaan. Eräs haastateltava piti tärkeänä sitä, että olisi mahdollisuus saada tietoa hoitotaholta asuinalueen tapahtumista, joihin voisi osallistua. Hän oli tyytyväinen saatuaan hoitajalta tietoa mahdollisuudestaan osallistua seurakunnan leirille. Haastateltavan esittämän toiveen toteuttaminen edellyttää henkilökunnalta yhä enemmän palveluohjaajan roolin hallintaa.

Tutkimukseni tulokset potilaan tiedonsaannin puutteista, ovat samansuuntaiset muiden tutkimusten kanssa (Latvala 1996, 51-52; Välimäki 1994; Somerkivi 2000, 152; Slade, Phelan, Thornicroft & Parkman 1996). Yleensä potilaat eivät ole tyytyväisiä hoidon aikana saamaansa tietoon. Tutkimuksissa potilaat ovat kaivanneet perusteluja esimerkiksi pakkotoimien käytöstä koskien leposidehoitoa ja pakkolääkitystä (Latvala 1996; Välimäki 1994). Myös sosiaalipalveluista, selviytymiskeinoista ja kuntoutuksesta on erityisesti vammaisilla liian vähän tietoa (Lawthers ym. 2003, 292). Psykiatriset asiakkaat tarvitsevat enemmän tietoa eri hoitomuotojen hyödyistä kyetäkseen valitsemaan heille sopivan hoitomuodon (Slade ym:n 1996).

Tutkimusten mukaan tiedonsaanti nähdään edellytyksenä kuntoutujan aktiiviselle osallisuudelle. Tieto sairaudesta, eri hoitomenetelmistä ja kuntoutusmahdollisuuksista tukee kuntoutuksen edistymistä (Koskisuu 2003, 129). Kuntoutujan tyytyväisyys kuntoutustoimintaan on riippuvainen siitä, kokeeko hän kuntoutuksensa suunnitelmalliseksi,

kokeeko hän pystyneensä vaikuttamaan omaan kuntoutukseensa ja onko hän saanut riittävästi tietoa ja tukea kuntoutusprosessin aikana. Tieto auttaa ymmärtämään ja jäsentämään kokonaisuutta paremmin. Myös laki potilaan oikeuksista (1992/784) määrittelee potilaan oikeuden saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidostaan, riskitekijöistä ja hoitovaihtoehdoista.

Mahdollisuus vaikuttamiseen asiakkaan subjektiivisuuden perustana

Haastateltavat olivat ohjautuneet laituskuntoutusjaksoille psykiatrisen sairaalan hoitojakson jälkeen. Ohjeistusta laituskuntoutusjaksojen toteuttamisesta ei kyseisessä sairaalassa ollut. Sairaalan ylilääkäri (2004) kertoi, että laituskuntoutusjaksoon päädytään, kun arvioidaan, että muut jatkohoitovaihtoehdot eivät ole potilaalle sopivia, potilaalla on hankalat kulkuyhteydet jatkohoitopaikkaan tai hoitaja ei jostain syystä halua hoitosuhteen päättävän. Potilaan oma näkemys näyttää tässä käytännössä jäävän minimaaliseen rooliin.

Monella haastateltavilla oli käsitys, että heillä oli mahdollisuus vaikuttaa moniin hoitoonsa liittyviin kysymyksiin. He kokivat, että heidän esittämiään tavoitteita ja tarpeita oli otettu huomioon ja niihin oli suhtauduttu myönteisesti. Haastateltavat pitivät yhtenä asiakaslähtöisen toiminnan edellytyksenä asiakkaan odotusten huomiointia.

Henkilökunta oli kysellyt haastateltavien mielipiteitä kuntoutusjakson ajankohdasta ja pituudesta. Kuntoutusjaksojen pituutta oli lyhennetty silloin, kun haastateltava oli kokenut olevansa siihen valmis. Yhdellä haastateltavalla oli kokemus siitä, että hän oli itse valinnut itselleen laituskuntoutusjakson hoitomuodokseen. Hän oli tullut laituskuntoutusjaksolle avohoidon ohjaamana. Hän oli itse pyytänyt päivätoimintakeskuksen henkilökunnalta pääsyä sairaalaan kuntoutusjaksoille, koska koki tarvitsevansa enemmän tukea kuin päivätoimintakeskuksesta sai. Hänellä oli kokemuksia aikaisemmasta sairaalahoidosta sekä laituskuntoutusjaksoista. Päivätoimintakeskuksen henkilökunta oli huomionnut haastateltavan toiveen ja järjestänyt hänet kuntoutusjaksoille psykiatriseen sairaalaan. Toisaalta haastateltavat kokivat myös arkuutta esittää omia mielipiteitä. Myös muissa tutkimuksissa on esiintynyt

samansuuntainen näkemys potilaiden arkuudesta. Usein potilaat eivät uskalla tai voi ilmaista omia näkemyksiään hoidosta (Latvala 1996, 82).

Tutkimuksessani haastateltavat kokivat vapautta päivän rutiinien (ruokailu, peseytyminen ym.) ja toiminnallisiin ryhmiin osallistumisen suhteen. Toisaalta päivän rutiinit tapahtuivat tiettyyn kellonaikaan. Ruokailutilanteet olivat tiettyinä aikana, samoin toiminnalliset ryhmät. Vapaus päivän rutiinien kohdalla oli näennäistä. Haastateltavien mukaan hoitajille oli voinut esittää myös toiveita lääkityksen muuttamisesta, hoitoneuvottelun ja hoitokeskustelujen tarpeesta.

Kuntoutuja: Sitten kun mulle tulee jotakin asiaa, mä nappaan jotain hoitajaa hihasta kiinni ja sanon, hei kuule, koska mun hoitajaa ei näy täällä, niin kuuntelisitko sä tätä mun ongelmaa.

Haastattelija: No se on hyvä. Ja se on joustavasti onnistunut sitten?

Kuntoutuja: On. Se on mennyt oikein hyvin. Että siinä mielessä en ole takertunut yhteen hoitajaan, että sun on nyt kuultava nää mun idioottimaiset juttuni että en takerru todellakaan niihin, kun mun omahoitajalla on muitakin tärkeitä töitä, en mä ole maailman napa.

Haastattelija: Niin.

Kuntoutuja: Että kaikki pyörisi mun ympärillä. (N5:296-307)

Haastatteluissa tuli esille myös se, että hoitohenkilökunnan taholla ei aina syntynyt todellista ymmärtämystä. Eräs haastateltava arveli, että syynä oli se, että hoitajat eivät olleet kokeneet tarpeeksi. Todellinen ymmärrys nähtiin vaikeaksi saavuttaa, mikäli ei ollut samanlaisia kokemuksia. Oma totuus koettiin niin privaatiksi asiaksi, että nähtiin toisen olevan sitä vaikea ymmärtää. Empatiakykyä ei koettu todellisen ymmärtämisen mahdollistajana. Tämänkaltaisen näkemyksen perusteella olisi arvioinut vertaistuen muodostuneen tärkeäksi, mutta näin ei ollut. Tässä kohdassa ei myöskään henkilökunnan kumuloituneella työstä kertyneellä kokemustiedolla ollut merkitystä ymmärryksen lisääjänä.

Kuntoutuja: No, itse asiassa, mä luulen niin, että ihmiset, joilla ei itsellä ole koskaan ollut mitään samanlaisia kokemuksia, niin ne ei voi todellisuudessa ymmärtää sitä ihmistä, jolla on ollut. Siihen voi kyllä suhtautua empaattisesti ja niin pois päin, mutta se todellinen ymmärtämys jää saavuttamatta. Mutta sitten siinä on toinen puoli siinä asiassa se, että sitä ymmärrystä ei tarvitse ollakaan niin paljon, mutta että sellainen krooninen tilanne muodostuu heti, jos sitä aletaan pitää sitä sairautta jonkinlaisena pysyvänä ilmiönä. (M2:301-306)

Haastateltavilla ei ollut mahdollisuutta hoitoneuvottelutilanteessa esittää mielipiteitään, koska hoitoneuvotteluja ei oltu pitkään aikaan haastateltavien kohdalla pidetty. Kokemuksella omista vaikuttamismahdollisuuksista oli vaikutusta siihen, miten kuntoutukseen sitouduttiin.

Haastateltavat olivat selkeästi sitoutuneet kuntoutukseen ja näkivät kuntoutusjaksoille osallistumisen mielekkäänä. Se, että haastateltavat kokivat vaikuttamismahdollisuutensa suhteellisen hyväksi, johtuu todennäköisesti siitä, että he kokivat saavansa päättää kuntoutusjaksojen suuremmista linjoista kuten jaksojen pituudesta ja ajankohdista.

Haastateltavilla oli kokemuksia siitä, että heidän puheitaan ei uskottu. Kaksi haastateltavaa oli kokenut, ettei kuntoutujien sanomisia otettu vakavasti. Yksi kuntoutuja koki, että hänen kohtauksiaan pidettiin näyttelemisenä. Toisen haastateltavan kokemuksen mukaan kuntoutuja ei voi vaikuttaa hoitoonsa, koska esitetyillä mielipiteillä ei ole merkitystä. Tutkimusten mukaan mielenterveyskuntoutujat odottavat, että työntekijät kuuntelevat heitä ja ottavat vakavasti (Koskisuus 2003, 51). Moni psyykkisesti sairastunut kokee elävänsä varjoelämää. Asiakkaan omanarvontunto on alentunut ja mikäli hoitohenkilökunta ei ota häntä vakavasti, on se omiaan lisäämään vetäytymistä. (Koskisuus 2003, 18, 27, 51.)

Eräs haastateltava koki myös tärkeäksi sen, että hänen elämäntilanteensa (suruaika kuolemantapauksen johdosta) oli otettu huomioon ja hänen toiveensa siitä, että ei halunnut asettaa mitään tavoitteita kuntoutukselleen. Myös kuntoutumisessa tarvitaan toipilasaikaa. Toipilasaika on tarpeen, mikäli sairauden oireet aktivoituvat tai uusiutuvat. Kuntoutumisella on myös vaihteleva kulku ja siinä on erilaisia vaiheita. (Koskisuus 2003, 36-38, 101, 110.) Voidaan puhua myös kuntoutujavalmiudesta, asiakkaan psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta valmiudesta aktiiviseen kuntoutukseen. Erilaiset elämänkriisit aiheuttavat myös tarpeen kuntoutustavoitteen tarkentamiselle. Yksi asiakaslähtöisyyden elementti oli saada olla kuntoutustoimilta rauhassa tilanteen niin vaatiessa.

Tutkimustulokset vahvistavat käyttäjädemokratian toteutuvan heikosti terveydenhuollossa. Monissa tutkimuksissa henkilökunta arvioi asiakkaan vaikutusmahdollisuudet suuremmiksi kuin tämä itse. Kaksi kolmasosaa terveydenhuollon asiakkaille suunnatussa kyselyssä piti vaikutusmahdollisuuksiaan terveydenhuollossa joko hyvin pieninä tai katsoi, että ne puuttuvat

täysin. (Partanen, Perälä & Turunen 1998, 123- 124.) Varsinkin mielenterveysasiakkaan todelliset mahdollisuudet vaikuttaa hoitonsa laatuun ja sisältöön nähdään vähäisiksi. Asiakkaan on usein tyydyttävä siihen, mitä palvelujärjestelmä voi ja haluaa tarjota. (Luomahaara, Vuorinen & Naarala 2000.) Paternalistinen hoito-orientaatio tulee esille useissa tutkimuksissa. Varsinkin skitsofreniaa sairastavien, psykoottisten potilaiden ja potilaiden, joilla oli heikot kognitiiviset taidot, tarpeiden määrittelyssä torjuttiin potilaiden oma määrittely. (Hansen, Halting, Lidal & Ruud 2004, 295, 296.)

Usein potilaat eivät voi tavoitteisiin liittyvässä päätöksenteossa tehdä päätöksiä, vaan ne tekee hoitohenkilökunta. Kuitenkin henkilökunnan kuvauksen mukaan päätökset tehdään yhdessä. (Latvala 1996, 79.) Tutkimukseni haastateltavilla oli myös tämän suuntaisia kokemuksia. Monet haastateltavat kokivat, että hoidon sisältöön ei ollut mahdollista vaikuttaa, koska hoitolinjoista päätti hoitohenkilökunta. Vaikuttamismahdollisuuksien kokemus olikin haastateltavien kohdalla ristiriitainen. Tämän osoitti mielestäni se, että asiakkaiden osallisuus hoitajaksojen suunnittelussa ei toiminut kokonaisvaltaisesti asiakaslähtöisesti. Haastateltavien vaikuttamismahdollisuudet jäivät kapealle, tietylle osa- alueelle, jossa oli kylläkin nähtävissä asiakaslähtöisen periaatteen mukaista toimintaa.

Asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksellisenä kokemuksena

Asiakaslähtöisyys hyvän hoidon synonyymina

Haastateltavat mielsivät asiakaslähtöisyyden periaatteen positiivisesti. Se miellettiin lähinnä hyvän hoidon synonyymiksi. Haastateltavat kokivat asiakaslähtöisyyden toimintaperiaatteen toteutuvan vuorovaikutuksessa, joka velvoittaa sekä asiakkaita että henkilökuntaa. Asiakaslähtöinen toimintatapa sisältää yhteistoiminnan moniammatillisessa työryhmässä hoidon tavoitteiden ja keinojen asettamiseksi. Asiakaslähtöisyys sisältää myös asetettujen tavoitteiden jatkuvan yhteisen arvioinnin ja tehdyn hoitosuunnitelman tarkastuksen.

Haastattelija: (...)No mitenkä tota, kun tässä oli tää asiakaslähtöisyys teemana, niin miten sä määrittelisit sitä, että mitä sun mielestä se sisältää, jos ajattelee että

sun hoidossa toimitaan asiakaslähtöisesti? Niin mitä se sisältää? Mimmoisia asioita?

Kuntoutuja: No, sillattis että mun mielipiteitä kuunnellaan ja autetaan silloin kun on tarvis.

Haastattelija: Niin. Niin kuin tärkeimmät asiat. Mitä se auttaminen pitäisi sisältänsä?

Kuntoutuja: Just sitä niin kuin kuuntelemista, että on aina aikaa kuunnella ja sitten neuvoa kaikissa ongelmissa. (M2:245-254)

Haastateltavien mukaan hoidolla tulee olla selkeä struktuuri ja sovittu päätyminen.

Asiakaslähtöiseen työskentelyyn kuuluu myös hoitoketjujen huomiointi (yhteistyö avohoidon kanssa). Tässä suhteessa haastateltavilla oli samansuuntaisia hoidolle asettamia tavoitteita kuin Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksset sisältävät (Mielekäs elämä 2000). Suositusten mukaan mielenterveydenhäiriöiden hoidossa juuri hoitosuhteen jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää. Potilaan siirto hoitopaikasta toiseen tulisi tapahtua saattaen vaihtaen, jolloin hoitovastuu selkiinnytetään. Samalla potilaan omaa vastuuta hoidostaan tuetaan. (mts. 12.)

Asiakaslähtöisyys nähtiin yhteistyösuhteena, johon sekä asiakkaan että henkilökunnan tuli sitoutua. Potilaalla oli haastateltavien mukaan viime kädessä vastuu omasta hoidostaan.

Kuntoutuja: No sitten on se, että jos sairaala kokee, että potilas on heidän vastuulla, niin he menettelee silloin tietyllä tavalla eikä pitäisi niin kuin se vastuu niin kuin hävittää, että sairaala ei ole vastuussa minusta, vaan mä olen itse vastuussa itsestäni. Sairaala reagoi siihen heti, että me ollaan vastuussa ja hoidetaan näin, koska me uskotaan vain tähän. (M2:604-607)

Luottamus ja rehellisyys olivat haastateltavien mukaan yksi asiakaslähtöisen työskentelyn elementti. Luottamus ja rehellisyys nähtiin koskevan sekä asiakasta että hoitohenkilökuntaa.

Haastateltavien näkemyksen mukaan asiakaslähtöisessä suhteessa sekä asiakkaalla että henkilökunnalla oli molemmilla aloitteenteko-oikeus. Aloitteenteko voi kohdistua hoitoneuvottelun pitämiseen tai keskusteluaajan sopimiseen.

Kuntoutuja: Mun mielestä potilaan pitäisi tajuta se, ettei kannata yleensä elämässäkään puhua palturia, että pitäisi olla molemminpuolinen luottamus, silloin se kaikki menisi ihan hyvin. Jos potilas valehtelee totta kai ei uskota. Ja jos hoitaja valehtelee, se pitää olla semmoinen, että tää potilaan ja hoitajan välinen, että ne on avoimia toisilleen, ettei valehdella. Niin kuin yleensä elämässä nää

kaikki kontaktit toiseen ihmiseen ja kaikki keskustelut sun muut, nojaa siihen että on ihmisten välinen luottamus ja toinen puhuu totta. (N6:25-30)

Haastateltavat odottivat asiakassuhteeltaan myös konkreettista apua. Asiakaslähtöiseen työskentelyyn sisältyi asiakkaan kuunteleminen ja auttaminen (virallisten tukiverkoston järjestäminen), tiedon antaminen (lääkehoidon vaikutukset), kokonaisvaltainen hoito (psykysooma) ja asiakkaan kuntoutumisvalmiuden huomiointi (elämänkriisit).

Asiakaslähtöisyyden edellytyksenä pidettiin myös sopivia fyysisiä tiloja. Hoitosuhteen keskusteluiden toteuttamista varten tarvittiin rauhallinen keskustelutila. Tutkimuksissa on todettu yhtenä ratkaisuna vammaisten hoidon laadun ongelmiin kuten riittämättömään ennaltaehkäisevään työhön, alihoitoon, alidiagnosointiin monisairauksissa ja kommunikoinnin puutteisiin, riittävän vastaanottoajan antaminen asiakkaalle (Lawthers ym. 2003, 293) .

Haastattelija: Joo. No entäs mikä edesauttaisi siinä, että tämmöisessä hoitojärjestelmässä pystyttäisiin toimimaan asiakaslähtöisesti, niin mitkä asiat pitäisi olla, mitkä edellyttäisi tai auttaisi sitä asiaa, että pystyttäisiin toimimaan?

Kuntoutuja: No voi se ainakin olla, että on hoitajia monia tässä, että niin kun monella potilaalla on keskusteltavaa ja sitten että voisi rauhallisesti keskustella, että olisi semmoisia tiloja, mihin voisi mennä jos kanslia on vaikka varattu niin johonkin niin kuin muualle sitten.

Haastattelija: Onko täällä, tässä on nyt tämä ”akvaariotila” missä me ollaan, mutta missä ne henkilökohtaiset keskustelut käydään?

Kuntoutuja: Yleensä kansliassa.

Haastattelija: Kansliassa? Se ei ole kovin rauhallinen välttämättä, siellä kulkee ihmisiä, puhelin saattaa soida, mutta ottaako ne puhelimen pöydälle silloin?

Kuntoutuja: No jos, kyllähän ne vastaa siihen sitten, että sitten se voi keskeytyä siinä. (N:256-272)

Haastateltavilla oli selkeä käsitys, minkälaisia toiminnan periaatteita asiakaslähtöinen työskentely edellytti. Haastateltavien mukaan asiakaslähtöisyyden elementtejä olivat yksilöllisyys, hienotunteisuus ja jakamattoman ajan antaminen asiakkaalle.

Haastateltavilla oleellisin vuorovaikutusodotus oli kunnioittaminen, joka sisälsi avoimuuden, rehellisyyden, luottamuksen, yksilöllisyyden, ystävällisyyden ja hienotunteisuuden. Asiakkaan hienotunteinen ja asiallinen kohtelu koettiin oleelliseksi asiakaslähtöisyyden elementiksi.

Tärkeänä toiminnan periaatteena pidettiin myös vaitiolovelvollisuuden huomiointia. Asiakkaan

antama suostumus nähtiin edellytyksenä tiedon antamiselle ulkopuolisille. Haastateltavat asettivat myös kuntoutujille odotuksia. Kuntoutujilta edellytettiin avoimuutta ja rehellisyyttä. Koska skitsofreniapotilaan itsetunto on hauras ja hän on herkkä haavoittumaan, on kuntoutussuhteessa keskeistä kuntoutujan kunnioitus ja arvotus ihmisenä sekä aito kiinnostus kuntoutujan elämästä. (Lähteenlahti 2001, 185.)

Tutkimuksen (Thorne, Harris, Mahoney, Con & McGuinness 2004, 301-304) mukaan pitkäaikaissairaat asettavat erilaisia painotuksia vuorovaikutusodotuksiinsa riippuen sairaushistoriastaan ja hoitoympäristöstään. Tutkimuksessa diabetesta, MS-sairautta, fibromyalgiaa ja kroonista munuaissairautta sairastavien yhteisinä vuorovaikutusodotuksina oli henkilökunnan ystävällisyys, asiakkaan kunnioittaminen ja henkilökunnan sitoutuminen hoitoon. MS-tautia ja munuaissairautta sairastavat pitivät tärkeänä sitoutumista. Diabetesta ja fibromyalgiaa sairastaville oli asiakkaan kunnioittaminen oleellisinta. Tutkimuksen mukaan se elementti, missä asiakkaat ovat haavoittuvaisempia, muodostuu vuorovaikutuksen tärkeimmäksi elementiksi. Samat elementit kuin Thornen ym. tutkimuksessa tulivat esille myös haastateltavieni kokemuksissa (kuunteleminen, empatia, tiedon antaminen, potilaan kokemuksen huomiointi, jaettu päätöksenteko, tiimityö, rehellisyys, kohteliaisuus).

Hyviin auttajiin on vaikuttavuustutkimuksissa liitetty samantyyppisiä ominaisuuksia kuin tutkimukseni asiakkaat liittivät vuorovaikutusodotuksiinsa. Hyvältä auttajalta odotetaan empatiaa, aitoutta, asiakkaan kunnioittamista ja konkreettisuutta. Hyvä auttaja kykenee asettumaan asiakkaan asemaan, tulkitsemaan tilannetta ja antamaan omasta näkökulmastaan asiakasta auttavaa tilanteen jäsenystä. (Saarnio & Mäntysaari 2000.) Asiakkaan tilannetta helpottaa ja hänen itsetuntoansa vahvistaa työntekijän ymmärrys ja empaattinen hyväksyminen. On auttavaa tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Ei riitä, että työntekijä myötätuntien ahdistuu ahdistuneen asiakkaan seurassa, vaan tarvitaan myös empatiaa, käsitystä asiakkaiden tarpeiden tulkinnasta. (Särkelä 2001, 72.)

Haastateltavien käsitys asiakaslähtöisyydestä sisälsi mielestäni Minna Sorsan (2002, 27-35) määrittelemän yhteistyösuhteen, Anita Kokkolan ym. (2002, 21-23) määrittelemän prosessin ja käytännön, Eila Latvalan (1998, 49-54) määrittelemän yhteistoiminnallisen hoitotyön, Kaisa

Kostamo-Pääkön (2001) määrittelemän keinon päästä tavoitteeseen ja Anna Metterin (2003a, 12) merkityksellisen osallisuuden kokemuksen. Haastateltavien asiakaslähtöisyyden- käsitteen sisällöt olivat yhteneviä myös Cambridgen- mallin kanssa. Haastateltavat eivät kuitenkaan kokeneet merkitykselliseksi kuntoutujan kykyjen huomiointia asiakaslähtöisyyden periaatteen perustana. Kaarina Mönkkösen (2002a, 42-45) mukaan asiakaslähtöisyys teoreettisena käsitteenä ei sisällä dialogista orientaatiota. Haastateltavien mukaan vastavuoroinen vuorovaikutus asiakassuhteessa on asiakaslähtöisyyden toteutumisen edellytys. Haastateltavien asiakaslähtöisyyden kokemus ja odotukset eivät sisältäneet Mirja Satkan (1993b, 23-26) määrittelemää tavoitetta sosiaalisten ongelmien paljastamisesta. Haastateltavat eivät odottaneet kuntoutussuhteelta laajempaa yhteiskunnallista orientaatiota. Haastateltavat eivät asettaneet kuntoutustaholle yhteiskunnallista edunvalvojan tehtävää. Haastateltavien näkemykseen asiakaslähtöisyydestä sisältyi kuitenkin Satkan määrittämät toimijälähtöisyys, yhteinen vastuu, kumppanuus ja mikrotason auttaminen. (mt.) Seija Kokon (2004, 142) tutkimuksesta painottui sekä asiakkaiden että työntekijöiden kokemus korjaavasta mielenterveystyöstä. Rakentava mielenterveystyö on jäänyt vähälle huomiolle myös mielenterveystyön ja yhteiskuntapolitiikan keskusteluissa. Tällainen näkökulma puuttuu suurelta osin myös psykiatrisen hoitotyön kirjallisuudesta.

Asiakaslähtöisyyden esteet

Haastateltavat näkivät asiakaslähtöisyyden esteet sekä kuntoutujasta että henkilökunnasta johtuvina. Haastateltavien kokemat asiakaslähtöisyyden esteet liittyvät *hoidon toteuttamiseen, hoitajien ja asiakkaiden asenteisiin, hoidon tavoitteiden asettamiseen, puutteelliseen vuorovaikutukseen ja hoidon pakkoihin*. Asiakaslähtöisen toiminnan esteeksi koettiin vallalla ollut asiantuntijälähtöinen hoitotyön kulttuuri. Tällöin hoidon sisällöt ja tavoitteet määrittyivät henkilökunnan toimesta ja asiakkaalle jäi passiivisen vastaanottajan positio. Lääkinnällisen kuntoutuksen toteutuminen koettiin pitkälti lääkärijohtoiseksi. Myös kuntoutukselle asetetut tavoitteet määrittyivät pitkälti asiantuntijälähtöisesti. Toisaalta haastateltavien vaihtelevat odotukset suhteessa asiantuntijälähtöisyyteen, mikä ilmeni ristiriitaisena asiantuntijälähtöisyyden kokemuksena, saattoivat osaltaan hankaloittaa asiakaslähtöisyyden periaatteen toteuttamista.

Haastattelija: Koitko sä että sä et tarvinnut semmoisia, että sun hoidon ei tarvitse sisältää semmoisia laituskuntoutusjaksoja.

Kuntoutuja: Joo.

Haastattelija: No, miten ne perusteli, että ne on tarpeellisia?

Kuntoutuja: En mä nyt muista.

Haastattelija: Mutta sä kuitenkin päädyit sitten, että sä tulet tällaisille jaksoille?

Kuntoutuja: Kun oli pakko tulla.

Haastattelija: Mikä sen teki sen pakon?

Kuntoutuja: Lääkärin käsky. (N8:54-79)

Asiantuntijalähtöisen toimintakulttuurin lisäksi henkilökunnan potilasta ja hänen mielipiteitään vähättelevä asenne oli haastateltavien mukaan asiakaslähtöisen työskentelyn este.

Lainsäädännön määrittelyn koettiin myös olevan vahvasti henkilökunnan tukena. Myös sillä, mitä on sanottu ja miten se on sanottu, on merkitystä. Asiakkaan kunnioittaminen näkyy työntekijän ilmeistä ja eleistä, siinä miten hän katsoo ja puhuttelee asiakasta. Ei ole tärkeää mitä työntekijä sanoo, vaan se miten hän sen sanoo. (Särkelä 2001, 42.)

Kuntoutuja: Ei, kun se oli niin itsestään selvää, että se tulee kielteisenä sieltä, että heillä on oikeusvalta.

Haastattelija: Millaisena se tuli se päätös sieltä lääninhallituksesta?

Kuntoutuja: Ei, kun se oli toi Helsingin hallinto-oikeus. Se tuli vaan semmoisena että siinä oli joku semmoinen, että sitä kannetta ei niin kuin hyväksytty. Jotain semmoista siinä oli.

Haastattelija: Joo. Valititko siitä eteenpäin?

Kuntoutuja: En valittanut. Ei ollut valituksiin oikein rahkeita. Semmoinen se oli, se tuntui, että ne oli niin ylimielisiä koko ajan, että tää on niin itsestään selvä tapaus että . . .).

Haastateltava: Sairaalahenkilökunta, ylimielisiä vai?

Kuntoutuja: Niin. Ylilääkärikin oli, se sanoi, että kyllä me voidaan ne paperit lähettää sinne, mutta se tulee kielteisenä sieltä, että kyllä meillä on oikeus valittaa. Ja sitten se oli vaan se, kun poliisit(...) mitään sairaudellista. Se on just tällaista vallankäyttöä. (M2:735-756)

Haastateltavat olivat kokeneet henkilökunnan taholta hoitopessimismiä ja epäuskoa tilanteen muuttumiseen. Esteenä saattoi olla haastateltavien mukaan myös se, että henkilökunta ei ymmärtänyt potilaan tarkoituseriä eikä aitoa kohtaamista syntynyt. Monen haastateltavan mukaan heille ei myöskään järjestynyt riittävästi keskustelumahdollisuuksia, joissa heillä olisi

mahdollisuus osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon. Myös muutaman haastateltavan kokema arkuus esittää omaa mielipidettään, koettiin asiakaslähtöisyyden periaatteen toteutumisen esteeksi. Asiakkaat tarvitsevat myös riittävästi luontevia kohtaamisia henkilökunnan kanssa, että he voivat esittää ajatuksiaan ja toiveitaan. Joskus tarvitaan myös henkilökunnan taholta rohkaisua oman mielipiteen esittämiseen. Tarvitaan yhteisiä foorumeita, hoitoneuvotteluja ja yhteisiä keskustelutilanteita.

Eri tavoin vammaisten hoidon laatuun kohdistuvien tutkimusten kirjallisuusanalyysin perusteella asiakaslähtöisyyden esteiksi ovat määrittäneet asiakkaiden ja henkilökunnan asenteet ja viestintään liittyvät ongelmat. Tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmista kärsivillä monisairailta on vaikeuksia saada hoitoa muihin kuin mielenterveysongelmiinsa. (Lawthers ym. 2003, 287.) Skitsofrenian tai depression lisäksi sydäninfarktin kokeneiden kuolleisuus on todettu lisääntyneen, koska he eivät ole saaneet riittävästi hoitoa tai tarvittavia tutkimuksia. (Druss, Bradford, Rosenbeck, Radford & Krumholz 2001.) Viestintään liittyvät ongelmat johtuvat Lawtherisin ym. (2003, 291) mukaan usein aistitoimintojen vajeesta (näkö, kuulo, puhevaikeudet), jotka aiheuttavat diagnoosin ja itsehoito-ohjeiden suhteen väärinymmärrystä. Mielenterveyspotilaiden viestintään liittyvät ongelmat nähtiin aiheutuvan puutteellisista kognitiivisista taidoista. Tältä osin Lawthersin tutkimus valottaa mielenterveyspotilaan viestintäongelmista ainoastaan yhden näkökulman.

Monet haastateltavat kokivat asettaneensa kuntoutuksen tavoitteiksi eri asioita kuin henkilökunta. Erilaisia näkemyksiä oli suhteessa hoidon lopputulokseen ja menetelmiin. Tutkimukseni haastateltavien kuntoutukselle asettamat tavoitteet; kokonaisvaltainen lähestyminen, lääkehoidon toteutus, psyykinen hyvinvointi, sairauden ennaltaehkäisy, sosiaalinen selviytyminen, konkreettinen apu ja elämäntilanteeseen liittyvät tavoitteet, lähtivät heidän henkilökohtaisista näkökulmistaan, mikä oli varsin luonnollista. Henkilökunnan määrittelemissä lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteissa tuli esille prosessinäkökulma. Tällöin kuntoutuksen tavoitteiksi määrittäytyivät asiakkaan kotona selviytyminen ja keinoiksi toistaiseksi toteutettavat laitoskuntoutusjaksot. Moni haastateltava odotti myös täydellistä paranemista. Tällainen tavoite ei tullut esille kirjallisissa lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmissa.

Lääkehoidon toteuttaminen oli kuitenkin eniten ristiriitoja aiheuttanut alue. Näissä tavoitteissa yhteisen linjan löytyminen saattoi olla vaikeaa.

Haastattelija: Ei sulla sitten mitään semmoisia lääkkeitä ole, mitkä olisi sitten enemmän väsyttäviä?

Kuntoutuja: Voi olla, että mulla onkin, mutta en mä niistä tiedä oikein.

Haastattelija: Niin. Saatto sähän vaikuttaa niihin lääkkeisiin?

Kuntoutuja: No (lääkäri) ei ole muuttanut niitä miksikään.

Haastattelija: Olisko tarvetta?

Kuntoutuja: Kyllä mun mielestä, kun mä olen kauan syönyt noita lääkkeitä ja musta tuntuu, että aina vaan väsyttää ja väsyttää.

Haastattelija: Onko siinä annostusta lisätty, samat lääkkeet ja on määrää lisätty?

Kuntoutuja: Määrää on lisätty.

Haastattelija: Joo. (Lääkäri) kuitenkin sanonut, että tarttis katsoa niitä lääkkeitä.

Kuntoutuja: Joo.

Haastattelija: Miten hän on vastannut?

Kuntoutuja: Että niitä on muuteltu niin monta kertaa, että ei hän lähde niitä veivaamaan enää takaisinpäin. (N8;772-795)

Myös Eila Latvalan (1998, 17) tutkimuksessa hoitajien ja potilaiden hoidon tavoitteet poikkesivat toisistaan. Henkilökunta kuvasi tavoitteita prosessitavoitteina ja potilaat määrittelivät tavoitteita hyvin henkilökohtaisesta näkökulmasta. Latvalan tutkimuksessa henkilökunta kuvasi potilaan hoidon tarvetta eritellen potilaan käyttäytymisen aiheuttamia riskitekijöitä hänelle itselleen ja ympäristölle. Tällaisena riskitekijänä koettiin esimerkiksi potilaan psykoottisuus, minkä vuoksi potilaan ei nähty kykenevän kontrolloimaan käyttäytymistään. Potilaiden kuvauksissa painottui kyvyttömyys huolehtia itsestä ja selviytyä avohoidossa. Potilaiden asettamana hoidon tarpeena saattoi esiintyä tarve elämänsä ja elämäntapojensa muuttamiseen, siten että selviytyminen olisi mahdollista. (Latvala 1996, 33-38.)

Asiakaslähtöisen työskentelyn esteenä saattoi olla myös asiakkaan hoitokielteisyys, kuten eräs haastateltava kertoi. Koska hän ei uskonut käytettyihin hoitomenetelmiin, hän ei kokenut kykenevänsä sitoutumaan hoitoon. Myös kokemus hoidon pakoista, kuten vastentahtoiseen hoitoon määrääminen, lääkehoidon toteuttaminen asiantuntijalähtöisesti, hengellisten asioiden keskustelurajoite, kiristäminen ajokorttiasialla, asetti asiakkaan alisteiseen asemaan suhteessa hoitotahoon. Tämä lähtökohta oli vaikea ylittää ja päästä yhteistoimintaan.

*Haastattelija: No sitten mä olisin kysellyt, että miten sä koet sen, kun mä käytän nyt siinä tutkimuksessa sitä asiakaslähtöisyystermiä, niin miten sä miellät sen, että mitä asioita sulle tulee mieleen, että mitä se käytännössä tarkoittaisi?
Voidaan ajatella myöskin potilaslähtöisyyttä ihan samana niin kuin asiana, asiakaslähtöisyys tai potilaslähtöisyys.
Kuntoutuja: Ei se sano mulle mitään.
Haastattelija: Ei se sano mitään.
Kuntoutuja: Ei.
Haastattelija: Joo. No tota, kun sä olet täällä jaksoilla, niin koetko sä sillä tavalla, että sä pystyt vaikuttamaan tähän sun hoitoon?
Kuntoutuja: En.
Haastattelija: Että se on suunniteltu, joku muu on suunnitellut sen?
Kuntoutuja: Joo.
Haastattelija: Kuka sen on suunnitellut?
Kuntoutuja: Hoitajat ja lääkäri.
Haastattelija: Kokisitko sä, että se on tärkeitä, että sä pystyisit vaikuttamaan itse ja tuomaan esille sun mielipiteitä?
Kuntoutuja: No en mä tiedä, mä olen hirveän huono puhumaan mistään mielipiteistä. (N7:277-297)*

Haastateltavien kokemuksen mukaan psykiatrinen laituskuntoutus määrittyi suurelta osin varmistavaksi hoitotyöksi, jossa ohjaus oli autoritaarista ja kontrollissa oli hierarkkinen vastuu. Kasvattavan hoitotyön ote tuli tutkimuksessani esille vastentahtoiseen hoitoon joutuneen haastateltavan kohdalla, jolle hoitaja oli laatinut toiminnallisen lukujärjestyksen. Kasvattavassa hoitotyössä vuorovaikutus oli yksisuuntaista, ohjaus oli normatiivista, toiminta ohjeiden mukaista ja vastuu ideaalimallin mukaista (Latvala 1998, 55). Haastateltavien hoidon toteuttamisessa oli myös piirteitä yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä, jonka osa-alueita on mielekäs toiminta, konsultoiva ohjaus ja vuoropuhelu (Latvala 1998, 55). Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä vuorovaikutus oli osallistuvaa vuoropuhelua, ohjaus konsultoivaa ohjausta, järjestettiin mielekästä toimintaa ja vastuu oli jaettu. Latvalan mielestä potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää yhteistoiminnallisia hoitotaitoja. (mts. 55.) Mielestäni Latvalan yhteistoiminnallinen malli kuvaa asiakaslähtöistä työskentelyä.

Latvala (1998) pitää tärkeänä sitä, että psykiatrisessa hoitotyössä hallitaan sekä yhteistoiminnallisen, kasvattavan että varmistavan psykiatrisen hoitotyön tyypit. Olen samaa mieltä Latvalan päätelmän kanssa. Varsinkin psykiatrinen hoitotyön tilanteet laitosympäristössä

saattavat olla niin yllättäviä ja vaihtelevia että potilasturvallisuuden vuoksi tarvitaan ripeää toimintaa ja rajoituksia. Tällöin osallistuva vuoropuhelu menetelmänä ei ole riittävä. Latvalan mukaan kolmen hoitotason hallitseminen mahdollistaa sen, että hoitaja kykenee toimimaan tilanteen mukaan mielekkäästi (mts. 62).

6 Tutkimustulosten keskeiset johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimukseni purkaa psykiatrisen potilaan myyttiä. Tutkimukseni kuntoutuja ei osoittaudu kasvottomaksi ja hahmottomaksi mielenterveyspotilaaksi. Haastateltavat ovat ja haluavat olla aidosti yksilöitä eivät henkilöitä, joka muodostaa tietyn ryhmän, jota ulkoilutetaan, ratsastutetaan tai ohjataan terapiassa. Individualistinen ideologia tuottaa myös hyvää.

Haastateltavien mukaan asiakaslähtöisyyden toteuttaminen laitostuntoutuksessa edellyttää toimintamallia, jossa asiakaslähtöisyys nähdään prosessina. Tällainen asiakaslähtöisyyden prosessi sisältää kuntoutuksen suunnitelmallisuuden, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen, yhteistoiminnan ja jatkuvan arvioinnin (Kuvio1). Tällöin asiakas kohdataan arvostaen ja yksilöllisesti. Toiminta on tavoitteellista ja tulevaisuuteen suuntaavaa. Asiakaslähtöisyys on kuntoutujan osallisuutta päätöksentekoon, kuntoutujan asettamien tavoitteiden huomiointia ja pyrkimystä vastata kuntoutujan asettamiin kuntoutuksen tavoitteisiin moniammatillista osaamista hyödyntäen. Tällaisessa yhteistyösuhteessa kuntoutuja kokee osallisuutta edellyttäen, että hänellä on riittävät tiedot vaikuttamisensa pohjana. Haastateltavat mielsivät asiakaslähtöisyyden periaatteen toteutumisella olevan samoja piirteitä kuin hyvän hoidon toteutumisella. Asiakaslähtöisyys ja hyvä hoito koettiin toistensa synonyymeiksi. Hansenin ym. mielenterveysasiakkaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa on käytetty termiä käyttäjäosallisuus, joka tarkoittaa käyttäjänäkökulman huomiointia mielenterveyssektorilla. Käyttäjänäkökulmaa kuvataan osallisuutena, yhteisen päätöksenteon, kuntoutujan valintaoikeuden ja asiakkaan kunnioittamisen ja hänen näkökulmansa arvostamisena. (Hansen ym. 2004, 292.) Hansenin ym. tutkimuksen tulokset ovat samoilla linjoilla tutkimukseni tulosten kanssa.

<p><i>Kuntoutuksen suunnitelmallisuus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • yhteistoiminnassa laaditut päivitettävät, kirjalliset kuntoutussuunnitelmat 	<p><i>Asiakaslähtöisyyden periaatteet</i></p> <p>avoimuus, rehellisyys, luottamus, yksilöllisyys, yhteisvastuullisuus, ystävällisyys, kannustavuus, empaattisuus, hienotunteisuus</p>	<p><i>Yksilölliset kuntoutukselle asetetut tavoitteet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kokonaisvaltaisuus • lääkeshoidon toteutus • psyykinen hyvinvointi • ennaltaehkäisy • sosiaalinen selviytyminen • konkreettinen apu
<p><i>Yhteistoiminta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • tukevat keskustelut • toiminnalliset terapiat • palveluohjaaja • moniammatillisuus • integroituminen avohoitoon 	<p><i>Asiakaslähtöisen toiminnan edellytykset:</i></p> <p>riittävä tiedonsaanti, vaikuttamismahdollisuudet, jakamaton aika, asialliset toimintatilat</p>	<p><i>Jatkuva kuntoutuksen arviointi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • yhteinen arviointi • yhteinen aloitteenteko-oikeus

Kuvio 1. Asiakaslähtöisen työskentelyn malli

Haastateltavien hoidon ja kuntoutuksen toteuttaminen vaikutti olevan jäsentymätön ja vailla selkeää struktuuria. Haastateltavien kokemuksen mukaan sekä haastateltavilta että henkilökunnalta puuttui jäsentynyt ja selkeä kokonaiskuva asetetuista kuntoutuksen tavoitteista ja keinoista. Toisaalta sairaalahoidossa olevan potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen on vaikeaa. Yleensäkin mielenterveyspotilaiden laitospotilaiden sisällössä on vaihtelua siinä kuinka strukturoitua se on ja missä määrin tehdään objektiivista tilan arviointia ja kuinka hyvälle tietotaitopohjalle perustuu sosiaalisten taitojen harjoittaminen (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 36). Tutkimusten mukaan on selkeää näyttöä siitä, että kuntoutus etenee sujuvammin mikäli kuntoutujan ja kuntouttajan tilanearvio on samanlainen (Järvikoski & Härkäpää 2001, 39).

Haastateltavat odottivat yksilöllisempää tarpeittensa huomiointia. He odottivat henkilökunnalta asiakaslähtöisempää työskentelyotetta. Haastateltavien mukaan hoidon yksilökohtaiset tavoitteet eivät tulleet määritellyiksi, eikä hoitajaksoille sovittu tarkastus- tai päättymisajankohtaa. Se, että hoidon tavoitteita ei ole määritelty yksilöllisesti eikä hoitajakson päättymisajankohtaa sovittu, antoi käsityksen psykiatrisen potilaan staattisesta ja

muuttumattomasta tilanteesta, joka ei sisällä kuntoutusorientaatiota. Haastateltavat eivät myöskään käyttäneet sovituista hoitajaksoistaan lääkinnällisen kuntoutuksen tai ylipäätään kuntoutuksen termiä. Sekä henkilökunta että haastateltavat käyttivät haastateltavien mukaan termiä intervallijaksot puhuessaan kuntoutusjaksoista. Intervalli-termin käyttö voi olla omiaan etäännyttämään kuntoutusajatuksesta. Muidenkin tutkimusten mukaan potilaan yksilöllisyyden huomiointi on edellytys korkealaatuiselle hoidolle (Graham 1999, 676). Yksilöllisesti suunniteltu hoito lisää myös asiakkaiden hyvinvointia (Allen & Turner 1991) ja estää asiakkaiden yli- tai alihoidon (Graham 1999, 676). Myös se, että asiakas otetaan hyvää tarkoitettavaan holhoukseen ohittaen hänen yksilölliset kykynsä ja voimavaransa, voi muodostua esteeksi asiakkaan kuntoutumiselle (Järvikoski & Härkäpää 2001, 40).

Haastateltavat odottivat kuntoutustapahtumalta yhteistoimintaa. Haastateltavien odotukset suhteessa henkilökuntaan tiedon välittäjänä ja kuntoutusprosessin vastuuhenkilönä luovat odotuksia henkilökunnan orientaation muuttamisesta palveluohjaajan orientaation suuntaan. Muissa tutkimuksissa on todettu psykiatristen potilaiden kokemuksen palveluohjauksen tarpeesta olevan erilainen. Mikäli palveluohjausta ei nähdä tarpeelliseksi, tämä saattaa johtua siitä, että haastateltavilla ei ole palveluohjauksen hyödyistä riittävästi tietoa. (Hansen ym. 2004, 296.)

Haastateltavien hoidollinen vuorovaikutusverkosto oli epämääräinen eikä haastateltavien hoidolle asettamia odotuksia vastaava. Haastateltavien vuorovaikutusverkostossa jäivät haastateltavien omaisten, sairaalan erityistyöntekijöiden ja potilastovereiden merkitys marginaaliseksi. Haastateltavat kokivat kuitenkin, että heillä oli mahdollisuus sairaalan eri ammattiryhmien avun hyödyntämiseen. Moniammatillinen työote ei kuitenkaan toteutunut haastateltavien kokemuksen mukaan riittävästi. Toteutunutta kuntoutusta tuli haastateltavien mukaan myös arvioida yhteistyössä. Sekä kuntoutujalla että henkilökunnalla tuli olla yhteinen aloitteenteko-oikeus kuntoutukseen liittyvän suunnitelman tarkastamisessa. Kuntoutusjakson aikana ja sen päättyessä toivottiin yhteistyön jatkuvan muiden potilaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen kanssa. Haastateltavien laitospotilaan kuntoutuksen integroituminen avohoitoon näyttäytyi puutteellisena. Myös mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä on todennut

sairaalakuntoutuksen avohoitoon integroitumisessa olevan suuria eroja (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 36).

Lääkinnällisen kuntoutusjakson sisältöjä ja tavoitteita suunniteltaessa haastateltavilla oli marginaalinen rooli. He olivat olleet läsnä kuntoutusjaksoja suunniteltaessa, mutta heidän osakseen jäi tiedonantajan rooli. Edelleen hoidon suunnittelu ja toteutus oli asiantuntijoiden vastuulla. Muissa tutkimuksissa paternalistinen työskentelyote on nähty oikeutetuksi silloin, kun potilaiden kognitiiviset taidot ovat heikot. Kun potilailla ei ole kykyä päätöksentekoon ja realistiseen arviointiin, henkilökunnan vallankäyttö potilaiden itsenäisyyden lisäämiseksi on nähty oikeutetuksi. (Hansen ym. 2004, 296.) En kykene tämän tutkimuksen perusteella arvioimaan haastateltavien kognitiivisia taitoja eikä se ole tutkimuksen tavoitekaan, mutta suoritetuissa haastatteluissa he ainakin kykenivät antamaan runsaasti tietoa tutkimuksen toteuttamiseksi. Mikäli hyvä kognitiivisten taitojen hallinta on edellytys asiakaslähtöisyyden toteuttamiselle, lisää asiakaslähtöisyyden periaatteen toteuttaminen syrjäytymistä karsiessaan osan asiakkaista kuten esitin luvussa Asiakaslähtöisyys palveluperiaatteena, Uudelleen organisoituva huono-osaisuus.

Haastateltavien suhde asiantuntijuuteen oli osin ristiriitainen. Toisaalta haastateltavat toivoivat, että heillä olisi oikeus vaikuttaa hoitoonsa, joko osallistua itse päätöksentekoon tai jättää se hoitohenkilökunnalle. Toisaalta haastateltavat hyväksyivät henkilökunnan itsenäisen päätöksenteon tilanteissa, joissa eivät kyenneet yhteistyöhön sairautensa oireiden vuoksi. Haastateltavien mukaan tällöinkin asiantuntijalähtöisyys vaatii haastateltavien antaman oikeutuksen. Seija Kokon (2004, 138) tutkimuksessa mielenterveystoimiston asiakkaat määrittelivät samaan tapaan itsemääräämisoikeutensa, joko haluksi osallistua itse päätöksen tekoon tai antamalla päätöksenteon henkilökunnan vastuulle. Myös muissa tutkimuksissa on todettu, että kaikki asiakkaat eivät halua osallistua samassa määrin päätöksentekoon (Lutz & Bowers 2000, 176, 178; Bensing 2000, 22). Tutkimuksissa on myös todettu, että asiakkaan osallistuminen hoidon tavoitteiden laadintaan parantaa hoitotuloksia (Lieberman, Von Rehn, Dickie, Elliot & Egerter 1992). Joiltakin potilailta saattaa puuttua osallistumisen edellyttämät tiedot, yhteinen kieli tai motivaatio. Tällainen tilanne vaatii Hansenin ym. tutkimuksen mukaan

potilaan yksilöllistä huomiointia eikä pidättäytymistä asiakaslähtöisyyden toteuttamisesta. (Hansen ym. 2004, 297.)

Psykiatrisen sairaalan lääkinällinen kuntoutus vastasi haastateltavien odotuksiin terveydentilan seurannasta ja siihen reagoinnista. Ihmisen kokonaisuutta ei kuitenkaan huomioitu riittävästi. Haastateltavien sosiaaliset verkostot jäivät toiminnan ulkopuolelle eikä heidän konkreettisiin kotona selviytymisen ongelmiinsa pyritty vastaamaan. Huolimatta siitä, ettei haastateltavien kuntoutuksessa huomioitu heidän omaa sosiaalista ympäristöään, haastateltavat kokivat kuntoutusympäristön tukevan kuntoutusprosessia. Toteutettu lääkinällinen kuntoutus ei haastateltavien kokemuksen mukaan juurikaan antanut toivoa tilanteen paranemisesta eikä kuntoutumisen mahdollisuuksista. Kuntoutusjaksojen toteuttaminen vahvisti käsitystä psyykkisestä sairaudesta kroonisena ja muuttumattomana ilmiönä.

Haastateltavien hoitajaksoilla ei toteutettu käytännön taitojen kuntoutusohjelmaa. Myös haastateltavien sosiaalisten taitojen kuntoutus jäi marginaaliseen rooliin. Toisaalta haastateltavat eivät odottaneet hoitotahon suoraa tukea heidän sosiaalisiin suhteisiinsa tai muihin elämäntilanteeseen liittyviin tavoitteisiin. Haastateltavat eivät myöskään kokeneet saaneensa hoitohenkilökunnan taholta riittävästi sosiaalista tukea. Haastateltavat pitivät tärkeänä emotionaalisen tuen saamista. Emotionaalisen tuen osa-alueina nähtiin empatia, välittäminen ja kuunteleminen. Myös Marja Sihvonen (1988) on todennut psykiatrisen potilaan osallistumista selvittelevässä tutkimuksessaan, että hoitotahon tulisi huomioida paremmin potilaan henkistä ulottuvuutta. Osittain todennäköisesti psykoanalyttisen hoitoperinteen vaikutuksesta johtuen, hoitohenkilökunta ei ollut tutkimuksessani asettunut asiakkaiden kumppaniksi. Henkilökunnalta on perinteisesti odotettu sellaista ammatillisuutta, johon ei kuulu kumppanuus (mt.). Kumppanuus edellyttää avointa vuorovaikutusta ja sitä, että myös hoitohenkilökunta tuo osan omasta persoonallisuudestaan avoimesti vuorovaikutukseen. Huolimatta lainsäädännöstä ja uusista ohjeistuksista, on psykiatrisen hoidon piirissä usein juututtu vanhoihin työskentelytapoihin, joissa potilaita edelleen pidetään kyvyttöminä ja henkilökunnan osaamiseen uskotaan. (Trnobraskin 1994). Kuitenkin on olemassa runsaasti tutkimusta siitä, että asiakkaat osaavat arvioida realistisesti tarpeensa. Ongelmana on nähty, että

henkilökunta ei halua luopua heillä olevasta vallasta eivätkä jakaa heillä olevaa tietoa (Poulton 1999; Roisin, Rees, Stott & Rollnick 1999). Hansen ym. (2004, 296) on tutkimuksessaan todennut, että psykiatrinen henkilökunta ei edelleenkään usko potilaan näkökulman tuovan lisäarvoa hoitoon. Potilaan näkökulman kunnioittaminen edellyttää erityisesti koulutuksen muutosta voimaantumisen ja käyttäjänäkökulman arvostamisen suuntaan. (mt.)

Vuorovaikutus haastateltavien ja henkilökunnan välillä oli epäsymmetristä.

Laitoskuntoutusjaksoilla haastateltavilla oli keskusteluyhteyden avaajina aktiivinen rooli. Toisaalta henkilökunnan etäistä roolia voidaan pitää merkinä työntekijän hallitsevuudesta. Haastateltavien edellytykset vuorovaikutukseen, psykiatrasta sairautta sairastavana ja mahdollisesti sairauden aiheuttamien kognitiivisella alueella olevien toiminnan heikkouksien vuoksi, eivät ole tasaveroiset henkilökuntaan nähden. Kuntoutujien ja henkilökunnan erilaiset lähtöasetelmat vaativat henkilökunnalta erityistä taitoa mahdollistaa vuorovaikutuksessa tapahtuvan asiakaslähtöisyyden edellytykset. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen edellyttää, että henkilökunta on vuorovaikutuksessa aktiivinen osapuoli.

Haastateltavat odottivat henkilökunnalta psykososiaalista työotetta, jossa yhdistyvät käytännöllinen apu, neuvonta ja tuki. (Vrt. Granfelt 1993, 199). Haastateltavat odottivat saavansa henkilökunnalta riittävästi tietoa hoidostaan ja voivansa vaikuttaa hoidon toteuttamiseen. Toisaalta he olivat sopeutuneet hyvän potilaan roolikaapuun. Haastateltavien kriittisyys hoitojärjestelmää kohtaan oli yllättävän vähäistä. Vähäinen kriittisyys hoitojärjestelmää kohtaan kertoo haastateltavien sitoutumisesta kuntoutusjärjestelmään. Asiakkaiden tyytyväisyyden voidaan nähdä myös johtuvan asetetusta tavoitetasosta.

Tutkimuksessani esiin tulleet haastateltavien ristiriitaisetkin näkemykset hoidon toteutumisesta ja mahdollisuudestaan vaikuttaa hoidon sisältöihin saattavat kertoa erilaisista hoito-orientaatioista. Erilainen hoito-orientaatio voi johtua henkilökunnan koulutuksellisista eroista. Samassa hoitoyksikössä osa henkilökunnasta toimii ehkä normatiivisesti, osa kasvattavasti ja osa yhteistoiminnallisesti (Latvala 1998). Toisaalta myös kuntoutujan psyykkisen voimien muutokset voivat muuttaa henkilökunnan työorientaatiota. Ruotsissa erityisesti lastensuojelun laitoksissa on huomioitu erilaisten koulutusten tuomat orientaatioerot erilaisina

hoitolinjauksina ja siellä pyritäänkin monissa yksiköissä mahdollistamaan mahdollisimman monen työntekijän osallistuminen samaan koulutukseen (Pohjoismainen sosiaalityön konferenssi 2004).

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001) mukaan mielenterveystyön resursseja tulisi muun muassa suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen.

Haastateltavien kuntoutusjaksojen tavoitteet eivät määrittäneet voimavarakeskeisesti vaan perinteisesti ongelmakeskeisesti. Yksilödiagnoosin on nähty rajoittavan hoitoprosessia ja onkin esitetty, että tulee tehdä vuorovaikutusdiagnoosi (Kaslow 1996). Vuorovaikutusdiagnoosin määrittelyssä on oleellista selvittää kuntoutujan sosiaalinen ja fyysinen ympäristö ja sen mahdollistama tuki. Tutkimusten mukaan pelkästään yksilöoireiden tarkastelu ei ole riittävä perusta myöskään lääkitystä koskevaan päätöksentekoon (Aaltonen ym. 2000, 61). Se, että haastateltavat kokivat psykiatrisen potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen toteutuvan asiantuntijakeskeisesti, ei tarkoita sitä, etteikö ongelmien lääketieteellistä ja biopsykologisia ulottuvuuksia tule huomioida. Tärkeää olisi mielenterveystyön painopisteen muuttuminen ja näkökulman laajentaminen. (Riikonen 1998). Psykiatristen psykoosipotilaiden hoidon tavoitteiksi on valtakunnallisesti asetettu hoidon tarpeenmukaisuus, integroitu hoito, psykoterapeuttinen perusasenne, perhekeskeisyys, moniammatilliset työryhmät ja hoitosuhteen yksilöllisyys (Aaltonen ym. 2000, 7, 30). Tutkimukseni haastateltavien kuntoutukselle asettamat tavoitteet olivat psykiatristen (psykoosi)potilaiden hoidon tavoitteiden suuntaiset paitsi perhekeskeisyyden suhteen. Haastateltavat eivät pitäneet asiakaslähtöisyyden kannalta perhekeskeisyyttä merkittävänä.

Haastateltavat eivät esittäneet asiakaslähtöisyyden määrittelyn yhteydessä taloudellisia tai hallinnollisia tai laajempaan yhteiskunnalliseen päätöksentekoon liittyviä kysymyksiä. Asiakaslähtöisyyden määrittely jäi mikrotasolle asiakkaan ja kuntoutushenkilökunnan toteutuneen suhteen määrittelyksi. Tämä kertoo osittain individualistisesta ajattelusta sekä siitä, että ihmiset ovat pitkälti vieraantuneet yhteiskunnallisesta päätöksenteosta (vrt. äänestysprosentti). Lawthersin ym. (2003, 287) tutkimuksessa myös taloudelliset, lähinnä asiakasmaksulliset, seikat olivat oleellisia asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta.

Tutkimukseni perusteella suomalaista sosiaaliturvajärjestelmää ja maksujärjestelyä lääkinnällisen kuntoutuksen toteuttamisessa voidaan pitää kuntoutujaystävällisenä.

Haastateltavieni erittelemät asiakaslähtöisyyden odotukset hyvän hoidon odotusten synonyyminä ovat Seija Kokon (2004, 136- 142) tutkimustulosten suuntaisia. Seija Kokko tutki mielenterveystoimistojen asiakkaiden ja työntekijöiden hyvän hoidon käsityksiä. Kokon tutkimuksessa asiakkaiden ja henkilökunnan mielestä hyvän mielenterveystyön arvona ovat asiakkaan vaikutusmahdollisuudet hoitoon (itsemääräämisoikeus). Kokon haastattelemat asiakkaat pitivät tärkeänä myös kahdenkeskistä hoitosuhdetta ja henkilökunnan osaamista. Myös minun tutkimukseni haastateltavat arvostivat henkilökunnan osaamista, mutta kuntoutussuhteen ei toivottu painottuvan pelkästään kahdenkeskeiseen suhteeseen, vaan sen toivottiin olevan moniammatillista. Kokon tutkimuksessa asiakkaat odottivat toisin kuin minun tutkimukseni haastateltavat, henkilökunnalta aktiivisempaa yhteistyötä myös asiakkaan perheen kanssa sekä heille aktiivista tiedottamista lähinnä mielenterveysongelmista ja suhtautumisesta niihin. Kokon tutkimuksen asiakkaat arvostivat myös vertaistukea. Tutkimukseni haastateltaville vertaistuki ei ollut merkittävä tekijä. Samoin kuin Kokon haastattelemat asiakkaat odottivat myös minun haastateltavani henkilökunnalta arvostavaa (todesta ottamista, ihmisarvoa kunnioittavaa) ja ammattitaitoista asiakkaan kohtaamista. Sekä Kokon että tutkimukseni haastateltavien mukaan hyvä mielenterveystyö sisältää toimivan yhteistyösuhteen ja asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen.

Tutkimukseni haastateltavat eivät tuoneet esille työntekijän ja asiakkaan persoonakohtaista yhteensopivuutta eikä henkilökunnan pysyvyyskysymystä toisin kuin Kokon tutkimuksen haastatellut asiakkaat (Kokko 2004, 141). Muutama haastateltavani toi kyllä esille lääkärin vaihtumiseen liittyviä ongelmia, mutta henkilökunnan pysyvyys ei noussut merkittäväksi asiakaslähtöisyyttä määrittäväksi tekijäksi. Todennäköisesti henkilökunta oli haastateltavien osastolla tai ainakin omahoitajaryhmissä sangen pysyvää. Saattaisi olettaa, että henkilökunnan persoonalliset tekijät olisivat merkittäviä omahoitaja-mallissa.

Kokon tutkimustulosten mukaan hyvää mielenterveystyötä voidaan toteuttaa ilman, että asiakas on mukana hoitosuunnitelmanneuvottelussa (Kokko 2004, 141). Tällainen vaihtoehto ei tullut

esille tutkimukseni haastateltavien kokemuksissa. Haastateltavieni mukaan asiakaslähtöinen työskentely (hyvä hoito) edellytti asiakkaan läsnäoloa kuntoutussuunnitelmatilaisuudessa. Asiakkaan osallistumisoikeutta korostetaan myös hyvän mielenterveys- ja terveydenhuollon kriteereissä (Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset 2001, Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja 857/2004, Mielekäs elämä 2000).

Tutkimukseni osoittaa, että asiakaslähtöisyys- periaatteen toteutuminen jää psykiatrisessa kuntoutuskulttuurissa asiantuntijuuden varjoon. Myös psykiatrisen palvelukulttuurin tulee muuttua vastaamaan ”vapautuksen psykiatriaan” näkökulmalla, jolla on todellista tulevaisuutta. Muuttuneessa palvelukulttuurissa on mahdollisuus edetä ainoastaan ihmisen oman kokemuksen kuuntelemisella. Tällainen kuntoutuskulttuuri on osoitus todellisesta asiantuntijuudesta. Palvelukulttuurin muutoksen tarve haastaa niin ammatillisen koulutuksen suunnittelijat ja toteuttajat kuin esimies- ja suorittajatasen. Psykiatrisen sairaalan toimintakulttuurissa on erityisesti sosiaalityölle haastetta osoittaa asiantuntijakeskeisen kulttuurin asiakasta marginalisoiva menettely ja osoittaa se miten asiakkaan ääntä oikeasti kuunnellaan. Asiakkaan ääni kuuluu, kun toiminnassa huomioidaan seuraavat periaatteet:

1. Kohtaa kuntoutuja omana yksilönään
2. Kohtaa kuntoutua kokonaisvaltaisesti
3. Kuntoutustoiminnan lähtökohtana on itsemääräämisoikeuden omaava asiakas
4. Kuntoutustoiminnan tulee olla tulevaisuuteen suuntaavaa yhteistoimintaa
5. Kuntoutustoiminnan tulee olla moniammatillista ja verkostoyhteistyötä, jossa asiakas on keskiössä
6. Tärkeät toiminnan periaatteet: avoimuus, rehellisyys, luottamus, yhteisvastuullisuus, ystävällisyys, empaattisuus ja hienotunteisuus
7. Kuntoutujalla tulee olla riittävät tiedot yhteistoiminnan pohjaksi
8. Kuntoutustoiminnan tulee pohjautua yhdessä laadittuun ja yhdessä arvioitavaan suunnitelmaan
9. Kuntoutussuunnitelman tavoitteet tulee olla yksilölliset ja kuntoutujan määrittelemät
10. Toimitilojen tulee olla asianmukaiset

7 Tarkastelu

Tutkimusaiheeni on tärkeä. Mielenterveyspotilaiden kokemuksia on tutkittu vähän (Hansen ym. 2004, 293). Myös tämän asiakasryhmän mielipiteet on tärkeä ottaa huomioon palveluita kehitettäessä. Se miten mielenterveyspotilaiden hoito toteutetaan, kertoo yhteiskunnan moraalista tasosta. Raporttini tuo esiin psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan yksilöllisen asiakaslähtöisyyden kokemuksen odotuksineen ja ristiriitoineen. Psykiatrisen sairaala tuottaa asiakkuudelle tietynlaisen identiteetin, jota olen pyrkinyt kuvaamaan. Olen pyrkinyt säilyttämään haastateltavieni kokemuksen aitouden.

Psykiatrisen kuntoutustoiminnan asiakaslähtöisyyden kehittämisessä ei pelkästään asiakkaiden käsitysten selvittäminen ole riittävää, vaan se vaatii myös työntekijöiden käsitysten selvittämistä. Psykiatrisessa kuntoutustoiminnassa on aina kyse vuorovaikutuksesta, joten sitä ei voida kehittää pelkästään työntekijä- tai asiakasnäkökulman perusteella. Monipuolisempi psykiatrisen kuntoutujan asiakaslähtöisyyden määrittely vaatisi myös henkilökunnan haastattelut ja yhteiskunnan reunaehtojen analyysin, mutta se on jo uuden tutkimuksen tehtävä. Tärkeä tutkimusaihe olisi myös psykiatrisen potilaan laituskuntoutusjaksojen todellisen hyödyn selvittely. Vahvistavatko laituskuntoutusjaksot todella kuntoutujan elämänhallintaa? Vähentävätkö ne myös laitoshoidon kustannuksia?

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tärkeitä luotettavuuden kriteereitä ovat tutkimustulosten uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistuvuus (Eskola & Suoranta 1999, 210-212.). Tutkimuksen uskottavuuden tarkistin toimittamalla raporttini haastateltavien luettavaksi ja kommentoitavaksi. Tutkimustulosten siirrettävyyden ehdot olen tuonut arvioinneissani esille. Tutkimukseni vahvistettavuuden olen tuonut esille kertomalla raportissani toisten vastaavaa ilmiötä tarkastaneiden tutkimusten tuloksia. Laadullisessa tutkimuksessa on paikallaan kiinnittää huomiota myös aineiston merkittävyyteen, yhteiskunnalliseen tai kulttuuriseen paikkaan, aineiston riittävyyteen, analyysin kattavuuteen ja analyysin arvioitavuuteen ja

toistettavuuteen (Mäkelä 1990, 47). *Aineiston merkittävyys*: Aineistoni kertoo psykiatristen kuntoutujien kokemuksista. *Aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus*: Aineistoa voidaan pitää riittävänä luotettavien johtopäätösten tekemiseen. Johtopäätökset eivät myöskään perustu satunnaisiin poimintoihin aineistosta. *Aineiston arvioitavuus ja toistettavuus*: Olen pyrkinyt varmistamaan sen, että lukija pystyy seuraamaan päättelyäni. Olen pyrkinyt tuomaan esiin myös luokittelu- ja tulkintasääntöni.

Tieteellisen neutraaliuden ja systematisoinnin hankaluus näkyy usein laadullisen tutkimuksen raportoinnissa (Rostila 1992, 92). Suomalaisessa laadullisessa sosiaalitutkimuksessa on viime vuosina pyritty pääsemään eroon liiallisesta vaikutelmanvaraisuudesta ja mietitty keinoja, joilla voitaisiin lisätä tulosten ja analyysin arvioitavuutta ja toistettavuutta. (Rostila 1997, 92.) Laadulliset tutkimusraportit sisältävät yleensä tutkijan omaa pohdintaa ja ovat paljon henkilökohtaisempia kuin kvantitatiiviset tutkimukset (Eskola & Suoranta 1999, 210). Myös tässä raportissa olen pyrkinyt reflektiiviseen kirjoittamisotteeseen säilyttäen kosketukseni käytännön sosiaalityöhön. Pohdiskelevasta kirjoittamisotteestani kertovat raportissa esiin tulevat osin retorisetkin kysymyksenasettelut. Tällainen pohdiskeleva raportointityyli on osin ristiriidassa tieteen objektivismin vaateen kanssa. Toisaalta konstruktionismissa (ajatus kielen ja todellisuuden suhteesta) tieteen objektivisuuden vaatimus hylätään ja odotetaan, että yhteiskuntatieteen tulisi olla arvo-orientoitunutta sekä sen intressin tulisi olla moraalinen (Helne 2004, 17, 24). Kuvaukset sosiaalisesta todellisuudesta myös luovat sosiaalista todellisuutta (Pösö 1993, 30). Tutkimus, on aina konstruktio, myös minun tutkimukseni, tuottaen vain osittaisen tarinan sosiaalisesta todellisuudesta. Kertomuksen lopulliset merkitykset muodostuvat vasta lukemistapahtumassa eikä tutkijankaan muodostama kuva välttämättä välity sellaisenaan lukijalle. (Helne 2004, 49.)

Tarkastelin aineistoani omien käytännön kokemusteni ja oman ajatteluni pohjalta. Pyrin eläytymään aineistooni ja ymmärtämään sitä syvällisesti. Voisin kysyä etsiessäni asiakaslähtöisyyden kokemuksia psykiatrisen kuntoutuspotilaan kokemuksena, onko asiakkaan subjektiivista, autonomiaa ja vastuuta korostava ideologia pelkkää retoriikkaa? Onko asiakaslähtöisyyden periaate toteutettavissakaan totaalissa ympäristössä, psykiatrisen sairaalan byrokraattisella näyttämöllä. Haastan myös lukijan arviointiin.

Lähteet

Aaltonen, J. & Koffert, T. & Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito- projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ala-Kauhaluoma, M. (2000) Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Kuntoutus 3/2000, 13-18.

Alasuutari, P. (1999) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Allen, C.1. & Turner, P.S. (1991) The effect of an intervention programme on interactions on continuing care ward for older people. Journal of Advanced Nursing 6/1991, 1172-1177.

Arjen taitojen tukeminen - projekti. Arttu 1998-2002. Loppuraportti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos. Terveys ja toimintakyvyn osasto. Helsinki: Hakapaino

Bauman, Z. (1996) Postmoderni moderni - Zygmunt Baumanin haastattelu. Timo Cantellin ja Poul Poder Pedersenin tekemä haastattelu teoksessa Ahponen, P. & Timo Cantell, T. (toim.)(1996) Zygmunt Bauman – postmodernin lumo. Jyväskylä: Vastapaino, 283-300.

Bauman, Z. (2001) The Individualized Society. Cambridge: Polity Press.

Beck, U. (1995) Poliitiikan uudelleen keksiminen: kohti refleksiivisen modernisaation teoriaa. Teoksessa Beck, U., Giddens, A. & Lash. S. Nykyajan jäljillä. Suomentanut Lehti, L. Tampere: Vastapaino, 11-82.

Bensing, J. (2000) Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Education and Counselling, 39/2000, 17-25.

Borkan, J., Hermoni, D.& Biderman, A. (1995) Talking about the plain: a patient centered study of low back pain in primary care. Social Science & Medicine 7/1995, 977- 988.

Brooker, C. & Butterworth, C. (1991) Working with families caring for a relative with schizophrenia: the evolving role of the communitypsychiatric nurse. International Journal of Nursing Studies. 2/1991, 189-200.

Buber, M. (1993) Minä ja sinä. Juva:WSOY.

Cahill, J. (1996) Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24/1996, 561-571.

Cahill, J. (1998) Patient participation – a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7/1998, 119-128.

Druss, BG., Bradford WD., Rosenbeck, RA., Radford, MJ. & Krumholz, HM. (2001) Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 58/2001, 565-572.

Drylen, W & Mytton, J. (1999) *Four Approaches to Counselling and Psychotherapy*. London: Routledge.

Ellis, S. (1999) The patient-centered care model: holistic/multiprofessional/reflective. *British Journal of Nursing*, 5/1999, 296-301.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1999). *Johdatus laadullisen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Fisher, M.(ed.) (1983) *Speaking of Clients*. University of Sheffield Joint Unit for Social Services Research.

Fisher, W. (1994) Restraint and seclusion: a review of literature. *Am J Psychiatry* 151/1994, 1584-1591.

Graham, I. (1999) Reflective narrative and dementia care. *Journal of Clinical Nursing*. 8/1999, 675-683.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967) *The discovery of grounded theory: Strategy for qualitative research*. New York: Adline.

Granfelt, R. (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, R., Jokiranta, H., Karvinen, S., Matthies, A-L. & Pohjola, A. *Monisärmäinen sosiaalityö*. Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto, 175-227.

Granfelt, R. (1998) *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Grönfors, M. (1982) *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. Juva: WSOY.

Habermans, J. (1987) *The Theory of Communicative Action*. 2/1987. *Lifeworld and system: a critique of functionalist reason*. Bacon Press. Boston.

Hall, AB. (1996) The psychiatric model: A critical analysis of its undermining effects on nursing in chronic mental illness. *Advances in Nursing Science* 3/1996, 16-26.

Hammill, K., McEvoy, J., Koral, H. & Schneider, N (1989) Hospitalized schizophrenic patients' views about seclusion. *J Clin Psychiatry* 50/1989, 174-177.

Hansen, T., Halting, T., Lidal, E. & Ruud, T. (2004) The User perspective: respected or rejected in mental health? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11/2004, 292-297.

Hautamäki, A. (1997) Saako asiakas itse valita palvelunsa. Teoksessa Salmela, T. (toim.) *Autetaanko asiakasta- palveluun potilasta?* Juva: WSOY:n graafiset laitokset, 96-107.

Healthcare Commission 2004. [Http://www.ippr.org](http://www.ippr.org)

Helne, T. (2004) *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Toinen painos. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.

Helsingin Sanomat 27.10.2004. Mielenterveysongelmien hoitoon havahdutaan liian myöhään. Helsinki. STT.

Hilmo- hoitoilmoitusrekisteri. [Www.stakes.info/2/5/index.asp](http://www.stakes.info/2/5/index.asp).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2005) *Tutki ja kirjoita*. 11. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Honkonen, T., Karlsson, L., Koivisto, A-M., Stengård, E. & Salokangas, K. R. (2002) Schizophrenic patients in different treatment settings the era of deinstitutionalization: three-year follow-up of three discharge cohorts in Finland. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 3/2003, 160-168.

Hurtig, J & Laitinen, M. (2002) *Paha ihmisyden ja ammatillisen auttamisen haasteena*. Teoksessa Laitinen, M. & Hurtig (toim.) *Pahan kosketus. Ihmisyden ja auttamistyön varjojen jäljillä*. PS-kustannus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 192-198.

Hytti, H. & Gould, R. (2001) "Työkyvyttömyys ja muut varhaiseläkkeet." (Käsikirjoitus tulossa olevaan kirjaan Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) *Suomalainen terveys 2000*. Teoksessa *Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen*. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Monisteita* 2002:7.

Hyttinen, L. (2003) *Palveluohjauksen vaikuttavuutta määrittelemässä – kokemuksia mielenterveystyön kehittämisprojektistä*. Teoksessa Satka, M., Pohjola, A. & Rajavaara, M. (toim.) *Sosiaalityö ja vaikuttaminen*. Jyväskylä: Paino Kopijyvä Oy, 83-102.

Häkkinen, V., Asikainen, K. & Linna, M. (1996) *Terveyshuollon tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla*. *Stakes Aiheita* 45/1996. Helsinki.

Hänninen, V. (1999) *Sisäinen tarina, elämä, muutos*. *Acta Universitatis Tamperensis* 696: Tampereen yliopistopaino.

Isola, A. (1997) Grounded theory-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka (toim.) Juva: WSOY, 174-186.

Janhonen, S. (1993) Finnish nurse instructors' view of the core of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 30/1993, 157-169.

Janhonen, S. (1999) Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla kohti potilaslähtöistä tietoa. *Hoitotiede* 6/11, 334-339.

Jensen, T.O. "Publicumserfaringer med förvaltningen". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 2/1986, 7-29.

Juhila, K. (2000) Sosiaalityön luokittelu ja ohjeistaminen – ristiriidassa refleksiivisyyden kanssa? *Refleksiivisen sosiaalityön aika*. Helsinki: Palmenia-kustannus, 157-167.

Juhila, K. (2001) Neuvot ja pulmat lastensuojelussa. Teoksessa Jokinen, A. & Soininen, E. (toim.) *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Tampere: Vastapaino, 105-130.

Järvikoski, A. (1994) Vajaakuntoisuudesta elämönhallintaan? Kuntoutusten viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. *Kuntoutussäätiö tutkimuksia* 46/1994. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski, A. (2004) Kuntoutuksen arvioinnista. *FinSocnews*. 2/2004, 1-3.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2001) Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve - kuntoutujan, ammattihenkilöstön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) *Kuntoutus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 30-41.

Kalland, M. (1996) Hyvin leikattu - huonosti ommeltu. Erityisryhmien palveluihin kohdistuneet säästöt valtionosuusuudistuksen jälkeen. *Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry*. Helsinki: Edita.

Kaltiala-Heino, R & Laippala, P. (1997) pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 5/1997, 435-440.

Kananoja, A (1997) Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehityksessä. Teoksessa Salmela, T. (toim.) *Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta?* Jyväskylä: Atena kustannus Oy, 109-121.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta. (1998) Toteutumisen seuranta vuosina 1992-1997. Kansaneläkelaitos. Helsinki: Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja.

Kari, A. & Puukka, P. (2001) Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? Turku: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Karisto, A. (1997) Kaupunkisosaalityö tulee. Teoksessa Viialainen, R. & Maaniittu, M. (toim. (1997) ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” Sosiaalityö 1990-luvulla. Jyväskylä: Stakes. Raportteja 213, 129-144.
- Karjalainen, J. (1993) Mitä silmä ei näe – sitä ei sydän sure. Asunnottomuus, asumispalvelut ja sosiaalityö. Helsinki: Stakes.
- Karvinen, S. (1993) Reflektiivinen asiantuntijuus sosiaalityössä. Teoksessa Pohjola, R., Jokiranta, H., Karvinen, S., Matthies, A. & Pohjola, A. Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto, 17-44.
- Karvinen, S. (1996) Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopio: Kuopion yliopistollinen painatuskeskus.
- Kaslow, F. W. (1996) Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns. New York: John Wiley & Sons.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. (2003) Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kiikkala, I. (2000) Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi, 112-121.
- Kiikkala, I. (1999) Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? Sairaanhoidaja, 3/1999, 6-10.
- Kiikkala, I. (2004). Mielenterveyspalvelut ovat hajallaan. Dialogi 4/2004, 14-15.
- Kokko, R-L. (2003) Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kokko, S. (2004) Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Acta universitatis Ouluensis. Oulu:Oulu University Press.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto. Stakes. Helsinki.
- Koskisuu, J. (2003) Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan käsikirja. Helsinki: Edita Prisma Oy.
- Kostamo-Pääkkö, K. (2001) ”Puheet avohuoltopainotteisia, toimenpiteet laitoskeskeisiä”- analyysi paikallisesta palvelujärjestelmästä

mielenterveyssektorilla. Rovaniemi: Acta Universitatis Lapponiensis 39. Lapin yliopisto.

Kuotola, U. (1985) Vammaisten elinolot ja integroituminen yhteiskuntaan. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 9. Helsinki.

Krudup, S & Keldrima, T. (1998) Lyhytaikaiset kuntoutusjaksot Kellokosken sairaalassa vuosina 1992 – 1996. Suomen Lääkärilehti 33/1998.

Laine, T. (2001) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Altola, J. & Valli, R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-43.

Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) (2003) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Juva: WS Bookwell Oy.

Latvala, E. (1996) Psykiatrinen hoitotyö sairaalaympäristössä hoitajien, opiskelijoiden ja potilaiden kuvaamana sekä videoitujen hoitotilanteiden pohjalta tarkasteltuna. Lisensiaattityö. Oulun yliopisto. Oulu. Julkaisematon.

Latvala, E. (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksessä. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis. Oulu University Press.

Launis, K. (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 122-133.

Lawthers, A. G., Pransky, G. S., Peterson, L. E. & Himmelstein, J. H. (2003) Rethinking quality in the context of persons with disability. International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press, 4/2003, 287-299.

Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J. & Aromaa, A. (1991) Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33. Turku ja Helsinki.

Leino-Kilpi, H. (1990) Grounded teoria-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2/1990, 199-204.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. (1999) Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes. Raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

Leinonen, L. (2001) Sosiaalityöntekijöiden ammatillinen identiteetti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu-tutkimus. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Julkaisematon.

Lieberman, P., Von Rehn, S., Dickie, E., Elliot, B. & Egerter, E. (1992) Therapeutic effects of brief hospitalization: The role of a therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1/1992, 56-63.

Lindberg, M. (2003) Työryhmä esittää hoitoalalle lisää psykiatrian koulutusta. *Helsingin Sanomat* 2.4.2004.

Little, P., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gougl, C., Ferrier, K. & Payne, S. (2001) Preferences of patients for patient-centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 322/2001, 468-472.

Lonkila, M. (1993) Tietokoneavusteinen kvalitatiivinen analyysi. Helsingin yliopiston sosiologisen laitoksen lisensiaattityö. Julkaisematon.

Lonkila, M. & Silvonen, J. (2002) Laadullinen tekstianalyysi Atlas.ti. 4.2. –ohjelmalla. www.helsinki.valt/atk.

Luomahaara, J., Vuorinen, M. & Naarala, M. (2000) Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Helsinki: Stakes. Aiheita 7/2000.

Lutz, B., Bowers, B. (2000) Patient-centered Care: Understanding Its Interpretation and Implementation in Health Care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 2/14, 165-181.

Lähteenlahti, Y. (2001) Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) *Kuntoutus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 173-185.

Maaniittu, M., Päivärinta, E. & Kiikkala, I. (2002) Asiakslähtöistäkö? - sosiaali- ja terveydenhuolto muutosten alkumetreillä. *Dialogi* 2/2002, 34-35.

Mead, N. & Bower, P. (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature, *Social Science & medicine*, 51, 1087-1110. <http://vertex.helsinki.fi/egi-bin/ovidweb.cgi>.

Melartin, T. (2004) Vakavasti masentuneen potilaan monihäiriöisyys, ennuste ja saatu hoito psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Metteri, A. (2003a) Kohtaamiset sairastavan kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Teoksessa Metteri, A. *Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä*. Helsinki: Edita Prima Oy, 10-13 ja 92-104.

Mielekäs elämä. Mielenterveyspalveluiden kehittämissuositukset. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:4.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki: Edita Oyj.

Mielenterveystyön komitean mietintö. 1984:17. Osat I-II. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Millett, K. (1991) *The Loony Bin Trip*. London: Virago.

Molander, G. (1999) *Askel lyhenee, maa kutsuu - yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa*. Tummavuoren kirjapaino Oy. Suomen mielenterveysseura SMS-Julkaisut.

Munnukka, T. (1993) *Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 375. Tampereen yliopisto.

Mutka, U. (1998) *Sosiaalityön neljäs käänne*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Mäkelä, K. (1990) *Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet*. Teoksessa Mäkelä, K.(toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 42-61.

Mäkipetäjä-Leinonen, A. (2003) *Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema*. ISBN:951-855-210-X, sarjanumero A: 241

Määttä, T. (1992) *Kontrolli sosiaalioikeudessa. Hyvinvointivaltion väärinymmärretyt harha-
askeleet*. *Oikeus* 3/21, 253-265.

Määttä, P. (1999) *Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt*. Jyväskylä: Atena.

Mönkkönen, K. (1999) *Ei riitä, että pasianssi menee läpi. Dialogisuus ja vuorovaikutuksesta syrjäytyminen nuorten kanssa tehtävässä työssä*. Teoksessa Eskola, J (toim.) *Hegelistä Harréen, narratiivista nudistiin*. Kuopion yliopiston selvityksiä E. *Yhteiskuntatieteet* 10/1999, 105-137.

Mönkkönen, K. (2001a) *Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa*. *Yhteiskuntapolitiikka* 66/2001, 432-447.

Mönkkönen, K. (2001b). *Ammatillinen vuorovaikutustietoisuus asiakaskeskeisyyden ja dialogisuuden jännitteissä*. *Janus* 2/9, 122-140.

Mönkkönen, K. (2002a) *Dialoginen työote. Vastaaminen, valta ja vastuu vuorovaikutussuhteessa*. *Kuntoutus* 4/2002, 36-54.

Mönkkönen, K. (2002b) *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteessa. Vastaaminen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 94.

Nieminen, M. (2001) Potilasvalitukset sairaalan toiminnan kehittäjinä. Potilasasiamies toimintatutkijana. Terveydenhuollon sosiaalityön PD-ohjelman lopputyö. Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Julkaisematon.

Niiniluoto, I. (1983) Tieteellinen päättely ja selvittäminen. Helsinki: Otava.

Numminen, M., Sainio, H. & Saukkonen, M. (1999) Mitä todella tapahtui. Potilas X:n kuntoutusprojekti. Kellokosken sairaala - Mariefors sjukhus. Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/1999.

Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2002:7.

Pahlman, I. (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki:Edita Prima Oy.

Partanen, P., Perälä, M.-I. & Turunen, H. (1998) Väestön kokemuksia itsemääräämisestä ja hoidosta terveydenhuollossa. Teoksessa Haverinen, R., Simonen, L., Kiikkala, I (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Stakes. Raportteja 221, 121-134.

Partio, T. (2003) Kelan Sanomat 2/2003, 23.

Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2001:33.

Piirainen, K. (1999) Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? Kuntoutus 4/1999, 3-12.

Pohjoismainen sosiaalityön konferenssi, Åttonde svenska kongressen i Psykosocialt Förändringsarbete, Nordisk konferens, 27.8.-29.8.2004, Skövde. Teija Ristaniemen luentomuistiinpanot.

Pohjola, A. (1993) Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Granfelt, R., Jokiranta, H, Karvinen, S., Matthies. A-L. & Pohjola, A. (1993) Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 55-92.

Pohjola, A. (1997) Asiaa asiakkailta. Teoksessa Salmela, T.(toim.)(1997) Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena kustannus Oy, 168-182.

Pohjola, A. & Hokkanen, L. (toim.) (1998) Projektit paikallisena jatkuvuutena. Hyvinvointipalvelusektorin osaraportti 7. Täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 56. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Pohjola, A. (1999) Työmarkkinavalmiuksien reunaehdot. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 29. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Poulton, B.C. (1999) User involvement in identifying health needs and shaping and evaluating services: is it being realised? *Journal of Advanced Nursing* 30/1999, 1289-1296.

Psykiatrinen avohoito palveluiden käyttäjien näkökulmasta. ”Aika paljon potilaat ovat mielestäni oman onnensa varassa.” (1993). *Mielenterveyden keskusliitto*.

Pösö, T. (1993) Kolme koulukotia. Tutkimus poikien ja tyttöjen poikkeavuuden määrittelykäytännöistä koulukotihoidossa. Tampereen yliopisto. Tampere: Acta Universitas Tamperensis ser A vol 288.

Rankin, J. (2004) *Mental Health in the Mainstream. Developments and trends in mental health policy*. Institute for public policy research. London. <http://www.ippr.org>.

Rauhala, L (1989) *Ihmisen ykseys ja moninaisuus*. SHKS. Karisto Oy.

Raportti HUS ja LOHJA. 3.4.2002 / 19.7.2002. Julkaisematon.

Relph, E. (1976/1986). *Place and placelessness*. London: Pion.

Riikonen, E. (1992) Auttamistyön ongelmat ja haastattelukäytännöt. *Ongelmakielestä kompetenssieleen. Kuntoutussäätien tutkimuksia* 32. Helsinki: Yliopistopiano.

Riikonen, E. (1998) *Mielenterveyskuntoutus*. Teoksessa Winell, K. (toim.) (1998). *Kuntoutuspalveluiden seuranta ja arviointi Stakesissa*. Helsinki: Stakes.

Riikonen, E. (2001) Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet ja kuntoutuminen. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) *Kuntoutus*. Gummerus Kirjapaino Oy, 86-93.

Riikonen, E. & Järvikoski, A. (2001) ”Mielenterveysongelmat.” Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) *Kuntoutus*. Gummerus Kirjapaino Oy, 164-170.

Ristaniemi, T. (1998) Oman onnensa seppä? Tutkimus masentuneen naisen selviytymisestä. *Pro gradu- tutkielma*. Stakes Aiheita 33/1998.

Ristaniemi, T. (2001) Asiakkaan näkökulma psykiatrisen sairaalaan sosiaalityön kehittämiseksi. *Psykiatrisen sairaalaan sosiaalityön profiili. Opinnäytetyö. Terveystieteiden sosiaalityön PD- ohjelman lopputyö*. Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Julkaisematon.

Roisin, P., Rees, M.E., Stott, N.C.H. & Rollnick, S.R. (1999) Can nurses learn to get go? Issues arising from an intervention designed to improve patients' involvement in their own care. *Journal of Advanced Nursing* 29/1999, 1492-1499.

Rose, N. (1995) Eriarvoisuus ja valta hyvinvointivaltion jälkeen. Teoksessa Eräsaari, R. & Rahkonen, K. (toim.) (1995) *Hyvinvointivaltion tragedia*. Tampere: Gaudeamus, 19-56.

Rose, N. (1999) *Governin The Soul. The Shaping of Private Self*. London. 2nd edition. Free Assosiation Press. Alkuperäisteos 1989.

Rose, N. (2003) Sosiaalityön missio. Teoksessa Laitinen, M & Pohjola, A. (toim.) *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*. Juva: PS-kustannus, 193-206.

Rostila, I. (1997) *Keskustelu sosiaaliluukulla. Sosiaalityön arki sosiaalitoimiston toimeentulokeskusteluissa*. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino.

Rostila, I. (2001) *Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmaratkaisun periaatteet*. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Saarnio, P & Mäntysaari, M. (2000) *Tutkimus päihdehuollon terapeuttien arvioinnissa käyttämistä menetelmistä*. Janus 4/2000.

Saastamoinen, M. (2003) *Sosiaalipsykologia riskiyhteiskunnan haasteita kohtaamassa*. <http://www.uku.fi/ssf/sospsyk/mikko281103pdf>, 1-24.

Sabin, J. E. (1995) *General Hospital Psychiatry and the Ethics of Managed Care*. *General Hospital Psychiatry* 17/1995. New York, 293- 298.

Salmela, T. (toim.) (1997) *Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta?* Juva: WSOY:n graafiset laitokset, 11-14.

Salo, M. (1996) *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Salokangas RKR., Saarinen, S. & Stengård, E. (1996) *Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) II: Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986 ja 1990 kotiutettujen potilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista*. Helsinki: Foundation for psychiatric research publication serie.

Satka, M. (1993a) *Hyvinvointivaltion hyvinvointityöstä kansalaisten sosiaalityöksi*. Teoksessa Karvinen, S. (toim.) *Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja. Sosiaalityöntekijäin Liitto ry. Painatuskeskus, 50-62*.

Satka, M. (1993b) *Kansalaiskeskeinen sosiaalityö. Sosiaalityöntekijä 3/1993, 23-26*.

Seppänen, J. (2003) *Mielen voimaa. Omien voimavarojen tunnistaminen ja oman kertomuksen muutos työllistymisprojektin aikana*. Teoksessa Metteri, A. (toim.). *Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä*. Helsinki: Edita Prima Oy, 51-70.

Shotter, J. (1997) *Social constructionsim as social poetics: Oliver Sacks and Case of Dr. P*. Teoksessa Bayer, B. (toim.) *Reconstructing the sychological Subject*. London: Sage.

Sihvonen, M. (1988) *Potilaiden ja hoitajien näkemys tavoitteista ja keinoista psykiatrisessa sairaanhoidossa*. Julkaisusarja: 5. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G. & Parkman, S. (1996) The Camperwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31/1996, 109-113.

Sohlman, B., Kiiikkala, I., Immonen, T., Ahonen, J. & Saalasti-Koskinen, U. (2003) Mielenterveystyö kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*. 4/2003. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 379-486.

Somerkivi, P. (2000) Olen verkon silmässä kala. Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Helsinki: Valopaino Oy.

Sorsa, M. (2002) Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Julkaisematon.

Sosiaalibarometri 2002. Hyvinvointipalveluiden tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Tekijät Eronen, A., Kinnunen, P., Selkälä, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki: Hakapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1992. Palvelurakennetyöryhmän muistio. Helsinki. STM:17.

STM – suositus hoitoon pääsystä. <http://www.stm.fi>.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990) Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. London: Sage Publication.

Suojanen, P. (1982) Kulttuurin tutkimuksen empiiriset menetelmät. Tampereen yliopiston kansanperinteen laitos, moniste 4. Tampere.

Suikkanen, A. (2003) Sosiaalipolitiikan yksilölähtöinen tulkintatapa. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Juva: WS Bookwell Oy, 35-59.

Suominen, S. (toim.) (2002) Henkilökohtainen palveluohjaus case-management mielenterveystyössä. Kokemäki: Satakunnan Painotuote Oy.

Suominen, S. (2004) Palveluohjaus ehkäisee potilaan syrjäytymistä. *Mielipide*. Helsingin Sanomat 28.4.2004.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E & Saari, S. (1995) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma. West Point Oy.

Särkelä, A. (1993) Sosiaalityön asiakas subjektina ja ei-subjektina. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki: Täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 7.

Särkelä, A. (2001) Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Jyväskylä: Gummerus.

Särkelä, J., Taipale, I., Heikkilä, T. & Heinonen, M.(toim.) (1995) Arki mielisairaalassa. Selvitys psykiatrisen potilaan arjesta. Mielenterveyden Keskusliitto. Tampere: Printway Oy/Hämeen Kirjapaino Oy.

Taipale, I. (toim.) (1997) Miелensairaat samalle viivalle. Vammaisettuuksien soveltaminen. Mielenterveyden keskusliitto ry. Helsinki: Printway Oy.

Taipale, V. (1996) Teemana mielenterveyspalvelut. ”Leikkaukset menneet liian pitkälle”. Dialogi 3/6, 14-16.

Talja, M. (2003) Kansallinen terveysprojekti potilaan oikeuksien näkökulmasta. Luentomoniste. Valtakunnalliset potilasasiamiespäivät 9.-10.10.2003. Hämeenlinna.

Tendre, S. (1997) Suomalaisen vanhustenhuollon kodit. Alustus Naistutkimuspäivien työryhmässä Sosiaalihuollon kodit. Jyväskylän yliopisto 14.-15.11.1997, 21.

Terveysbarometri 2004. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Tekijät Tuominen, P., Savola, E., Koskinen-Ollonqvist, P. & Rämä, K. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.

Thorne, S., Harris, S., Mahoney, K., Con, A. & McGuinness, L. (2004) The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counselling* 54/2004, 299-306.

Trnobranski, P.H. (1994) Nurse-patient negotiation: assumption or reality. *Journal of Advanced Nursing* 19/1994, 733-737.

Tolkki-Nikkonen, M. (1985) Kun ei odota, ei kärsi, kun ei vaadi ei paljon pety. Tampere: Acta Universitas Tampereensis A:191.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuori, T. (2002) Psykiatrinen sairaalahoito Suomessa. Sairaanhoidopiiri- ja sairaalakohtaista vertailutietoa vuosilta 1999 ja 2000. *Stakes, Aiheita* 5/2002. Helsinki: Stakesin monistamo.

Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Törrönen, M. (1999) Lasten arki laitoksessa. Helsinki: Helsinki University Press. ISBN 951-570-453-7.

Varto, J. (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vähätalo, K. (1998) Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta. Tampere: Tammer-Paino.

Välimäki, M. (1994) Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus. Teoreettinen ja empiirinen analyysi itsemääräämisoikeuden käsitteestä. Licensiaattitutkimus. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, Turku.

Walls, G. (1992) Rationalitet och språkspel i socialt arbete. Zenon Förlag:Floda.

Wahlbeg, H. & Sohlman, B. (1993) Minne ovat mielisairaalapotilaat kadonneet? Stakes Aiheita 51/1993.

Weckroth, K. (1994) Minä ja se toinen. Helsinki: Hanki ja jää.

Willner-Rönholm, M. (1990) Det ”andra”könet i forskningsprocessen. Forskaren, som subjekt och object. Naistutkimus Kvinnoforskning 3/1990, 41-56.

Winell, K. & Ståhl, T. (1998) Kuntalaisen kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Stakes. Raportteja 226/1998. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Witkin, S. (2003) Päämääränä hyvän tekeminen. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Juva: PS-kustannus. WS Bookwell Oy, 237-254.

Yliruka, L. (2003) Itsearviointista reflektiiviseen arviointiin asiakkaan kanssa- teoreettisten perusteiden tarkastelua. FinSoc news. Uutiskirje sosiaalihuollon menetelmien arvioinnista 1/2003, 11-13.

Lait ja asetukset:

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 ja 856/2004

Kansanterveyslaki 66/1972 ja 855/2004

Laki asiakaspalveluyhteistyöstä 604/1991

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 784/1992 ja 857/2004

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992 ja 858/2004

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992

Lääkinnällisen kuntoutuksen makuasetus 1015/1991

Mielenterveyslaki 1423/2001

Potilasvahinkolaki 585/1996

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki 734/1992

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetus 912/1992

Suomen Perustuslaki 731/1999

Tieliikennelaki 267/1981, 113/2004

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004

Liitteet

Liite 1.

Tutkimuspyyntö potilaalle ja suostumus haastatteluun

Hyvä vastaanottaja

Olen valtakunnallisen SOSNET - yliopistoverkoston kuntotuttavan sosiaalityön lisensiaattiopiskelija ja teen tutkimusta, jonka tarkoituksena on selvittää asiakaslähtöisyyden toteutumista psykiatrisessa laitoshoidokäytännössä.

Tiedot tutkimusta varten kerätään yksilöhaastattelujen avulla, jotka kohdistuvat satunnaisotannalla valittuihin.....sairaalassa vuonna 2002 hoidossa olleisiin kuntoutuspotilaisiin. Toivon, että voitte osallistua tutkimukseen täyttämällä ja postittamalla oheisen suostumuslomakkeen palautuskuoressa.....mennessä. Suostumuksenne saatuani otan Teihin yhteyttä sopiaksemme haastatteluajankohdan sekä –paikan.

Haastattelussa kerättyjä tietoja käytetään ainoastaan tutkimustarkoitukseen ja niitä käsitellään ehdottoman luottamuksellisina. Haastateltavien henkilöllisyys ei missään vaiheessa tule ulkopuolisten tietoon. Haastatteluun osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta hoitoonne ja voitte keskeyttää tutkimuksen ja vetäytyä siitä milloin haluatte.

Olen hyvin kiitollinen, mikäli voitte osallistua tutkimukseeni. Tieto, jonka haastattelututkimuksessa annatte, on tutkimuksen sekä psykiatrisen hoidon laadun kehittämisen kannalta erittäin merkityksellistä.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta. Odotan yhteydenottoanne kirjeitse tai puhelimitse.

Kiitos!

Lohja.....

Teija Ristaniemi
sosiaalityöntekijä/potilasasiamies
Lohjan sairaala
Sairaalatie 8
08200 Lohja
puh. 019- 3801 470

SUOSTUMUS

Osallistun sosiaalityöntekijä Teija Ristaniemen tutkimukseen, joka selvittää asiakaslähtöisyyden toteutumista psykiatrisessa laitoshoidokäytännössä. Haastattelutilanteen saa nauhoittaa.

Voin keskeyttää osallistumisen tutkimukseen milloin haluan.

Paikka

aika

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Osoite ja puhelinnumero

Liite2.

Avoimien koodien luettelo

Negatiivisia laitostuntoutusjaksoihin liittyvistä kokemuksista kuvasi 24 koodiin sijoitetut 113 tekstisegmenttiä. Positiivisia kokemuksia kuvasi 25 koodia ja niihin liittyi 85 tekstisegmenttiä

[HU: New Hermeneutic Unit
File: [c:\my documents\lisuri\lisurianalyysi]
Edited by: Super
Date/Time: 2004/03/12 - 05:59:54

Code-Filter: All (146)

-----!

- asiantuntijälähtöisyys
- ei uskoa sairaala-, lääkehoitoon
- fyysinen miljö, sairaala
- hoidon sisältö,hoitoneuvottelut,perheneuvottelut
- hoitajat ei usko puheita
- hoitajat huomauttelee käyttäytymisestä
- hoitajien kiire
- hoitajien puheet
- hoitajien ylimielinen suhtautuminen
- hoitoketjut
- hoitomuodot vanhoillisia:lääkeh.
- intervallit ei oikein toiminu
- kokemus lääkähoidosta
- kokemus pakkohoidosta
- kokemus pakkotoimista :lukitut ovet
- lapset ei saanut tukea
- lääkäri vaihtuu
- lääkärin tapaaminen
- omahoitajat eivät ymmärrä
- perhe ei tue
- sitoutuminen kuntoutukseen
- suljetut ovet
- tiedonsaanti/omahoitaja,kunt.päätös,edunvalvojan kustannukset
- vaikuttaminen hoidon sisältöön/ei hoitoneuvottelua,hoitopaikka
- +asiakaslähtöisyys:toimia asiallisesti
- +hoitaja pistää kuntoon
- +hoitohenkilökunnan osaaminen
- +hoitokeskustelut/pyytää vaan
- +hyöty hoidosta:eläke haettu
- +keskustelut lääkärin kanssa
- +kokemukset pakkotoimista
- +kokemukset/hoitajien asenne ja käyttäytyminen

+kokemus lääkehoidosta
 +kokemus pakkohoidosta
 +kokemus:hoidon sisältö, insuliinihoito
 +potilastoveri ymmärtää
 +psykiatriaan uudistuksia:hoitajien käyttäytyminen
 +sopeutunut systeemiin
 +sovittu perheneuvottelu
 +suljetut ovet
 +tiedonsaanti
 +tieto omista hoitajista
 +tulohaastattelu
 +usko lääkärin osaamiseen, paranemiseen
 +vaikuttaminen hoidon jaksotukseen
 +vaikuttaminen hoidon sisältöön
 +vaikuttaminen:edunvalvoja
 +vaikuttaminen:kotiapu
 +ystävä ymmärtää
 apua arkeen:edunvalvoja, veli, intervallit,Kela-korv.
 arkielämä sujuu
 arkuutta tuoda mielipide esille
 asiakaslähtöisyys:aikaa kuunnella
 asiakaslähtöisyys:asiakas on aina oikeassa
 asiakaslähtöisyys:autetaan
 asiakaslähtöisyys:avoimuus
 asiakaslähtöisyys:fyysinen rauhalla.keskustelutila
 asiakaslähtöisyys:hienotunteisuus
 asiakaslähtöisyys:hoidon arviointi
 asiakaslähtöisyys:hoito kokonaisvaltaisesti
 asiakaslähtöisyys:hoitoketjut
 asiakaslähtöisyys:keskustelualoite
 asiakaslähtöisyys:kompromissit
 asiakaslähtöisyys:kontaktin syntyminen
 asiakaslähtöisyys:kuunteleminen
 asiakaslähtöisyys:luottamus, rehellisyys
 asiakaslähtöisyys:moniammatillisuus
 asiakaslähtöisyys:ottaa huomioon
 asiakaslähtöisyys:potilaan vastuu
 asiakaslähtöisyys:potilassalaisuus
 asiakaslähtöisyys:saada olla rauhassa
 asiakaslähtöisyys:sitoutuminen hoitoon
 asiakaslähtöisyys:sympatia
 asiakaslähtöisyys:tarpeiden huomiointi, myönteinen suhtautuminen, itse päättää
 asiakaslähtöisyys:tavoitteiden asettelu
 asiakaslähtöisyys:tiedon saanti
 asiakaslähtöisyys:vaikuttaminen
 asiakaslähtöisyys:vastavuoroisuus

asiakaslähtöisyys:yksilöllisyys
asiakaslähtöisyys:ystävällinen, kannustava sana
asuminen
auktoriteetti-usko:virka-valta
diagnoosi:skitsofrenia masennus
edunvalvoja rajoittaa
elämä koettelee:pojan suisidi, alkoholismi, avioero
elämänkaariajattelu
ennaltaehkäisy
este asiakaslähtöisyydelle:potilas niin sairas
fyysisen paikan merkitys:ulkomaanmatkat
fyysisen ympäristön merkitys
hakee itse tietoa
hoidon konk.sisältö:ulkoilu,jumppa,kuntosaliryhmät
hoidon pakot:lääkkeidenotto, yöhiljaisuus, keskustelurajoite
hoidon pakote:ajokortti pois
hoidon sisällöt /vapaaehtoisista, autoritaarista
hoidon toteutus/hoitomääräykset
hoitoasenne kroonistaa, leimaa
hoitopessimismää
häpeä
intervalleilla; kokonaisaika
intervallijaksotus
intervallin tavoite: rauhoittumaan, hoidetaan eteenpäin
intervalliosastot
itsearvio; omat perustelut pakkot.edunval.avioero
itsekuntoutus
järjestelmäkritiikki
kenen skitsofreniaa hoitavat
kirjalliset valitukset/lääni
kotona selviytymisen ongelmia
koulutus
kroonistunut ilmiö
laitoskulttuuri
laitostuminen
lamakokemukset
mielisairaalan armahtava todellisuus
miksi sairastan/oma pohdinta
muut sairaudet:astma, iskias
odotukset hoidolta:kotiutus, ajokortti, tavoite, terveys
oiretiedostus
oppimisterapia
potilaan aktiivisuus/hoitosisältö, sos.suhteet
potilastovereiden käyttäytyminen
psyk.hoito/muutokset
pärsjää itse

sairaalan parantava henki
sairaushistoria; aika, hoitopaikat/avo+laitos
salaisuuksia voi olla
selviytymiskeinot:perhe, vaimo, ajokortti, usko, usko paranemiseen, kuudes aisti
siviilisääty:eronnut
sosiaaliset suhteet:perhe, potilastoverit, ystävät
sosiaaliturva/eläke
suhtautuminen psyk.sairauteen
suisidiyritys
taloudellisia ongelmia
tavoite:mielekäs elämäntehtävä, suojatyöpaikka
toistuva kysymys:kuuluuko ääniä
työhistoria
täällä saa olla lomalla
uskomukset horjuttaa
vaihtoehtoiset hoidot
vallankäyttö
vuorovaikutus
yksinäisyys

Liite 3.

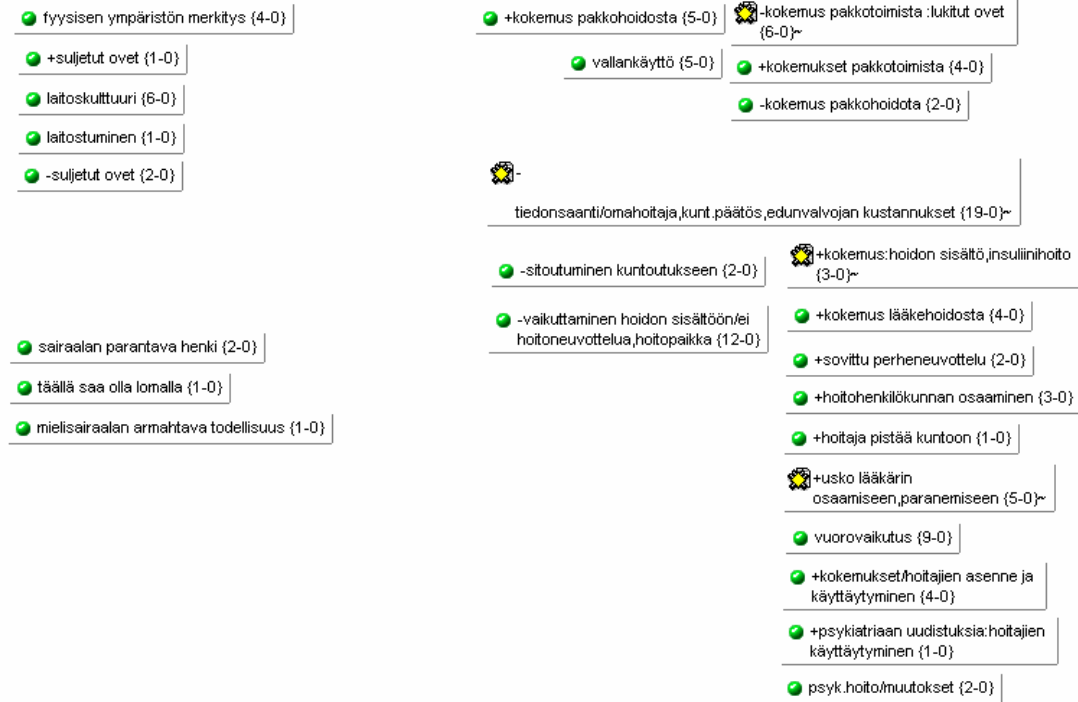
KOODIPERHEET (suluissa lukumäärällisesti viittaukset primaaritekstiin):

1. Sairaala kuntoutusympäristönä (34)
2. Laitoskuntoutusjaksojen sisällöt (11)
3. Vaikuttaminen (35)
4. Ongelmia selviytymisessä (46)
5. Selviytymiskeinot (36)
6. Vuorovaikutus (66)
 - 6.1 Positiiviset asiakaskokemukset (25)
 - 6.2 Negatiiviset asiakaskokemukset (24)
 - 6.3 Asiakaslähtöisyyden sisällöt (30)
 - 6.4 Asiakaslähtöisyyden esteet (31)
 - 6.5. Asiantuntijalähtöisyys (38)
7. Vallankäyttö (33)
8. Järjestelmäkritiikki (20)
9. Potilaiden taustatiedot (8)
10. Sosiaaliset suhteet (18)

Liite 4.

Network Browserin visuaalinen näkymä.

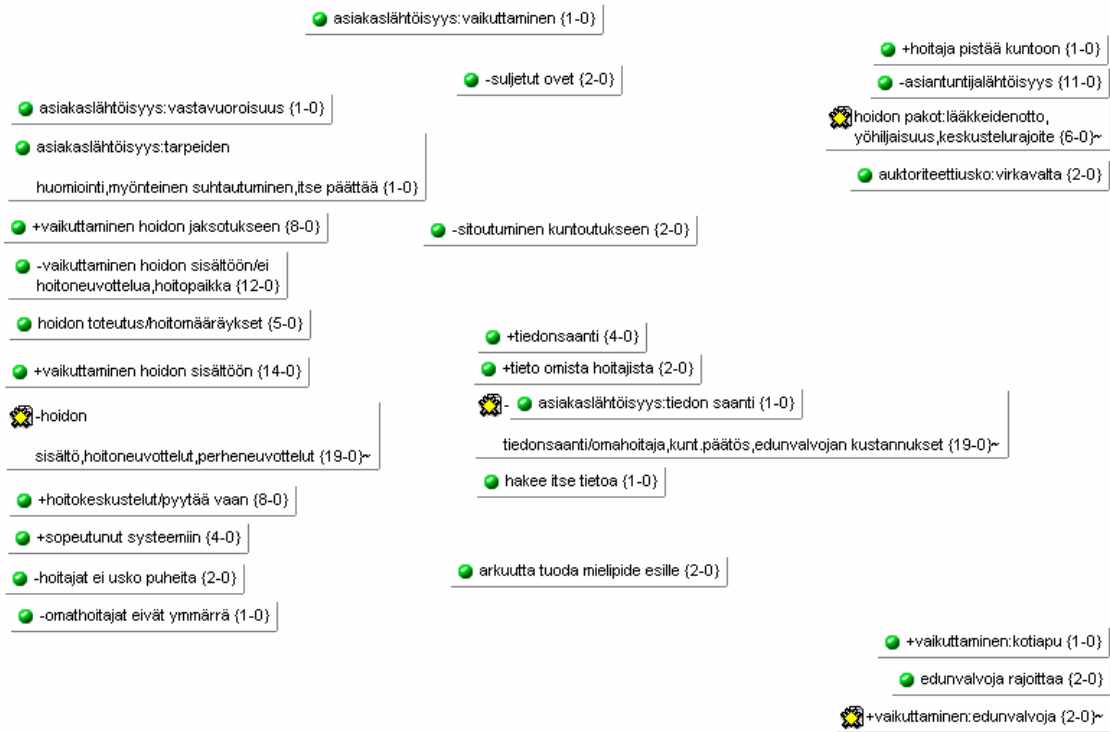
Koodiperhe 1: Sairaala kuntoutusympäristönä



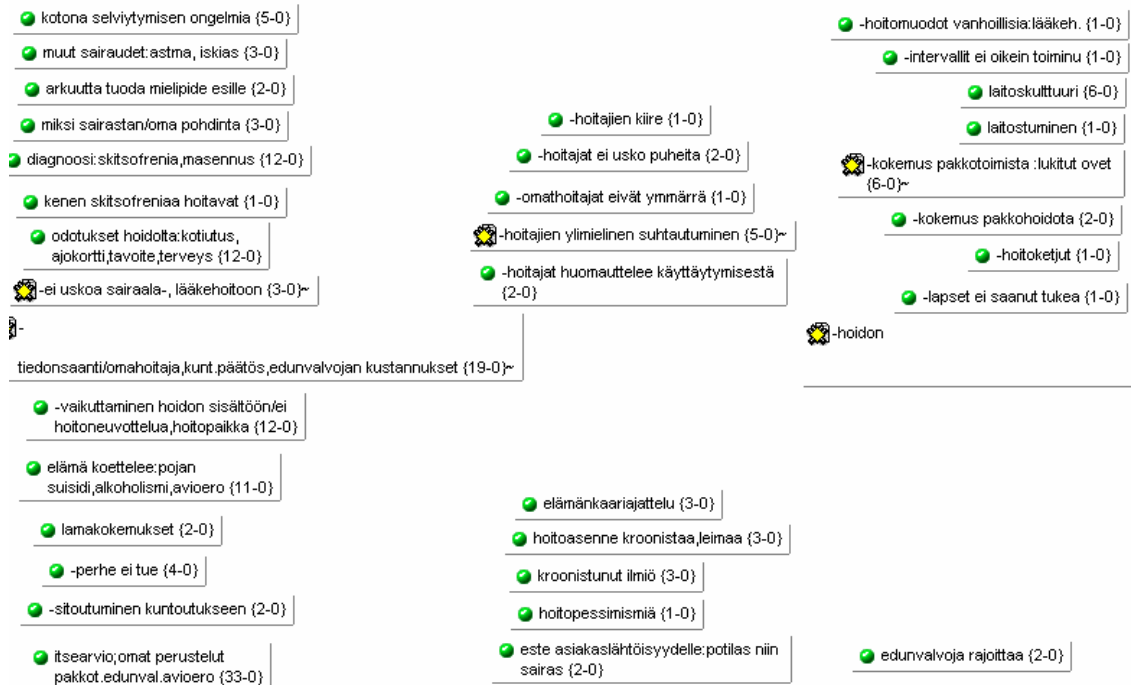
Koodiperhe 2: Laitoskuntoutusjaksojen sisällöt

<ul style="list-style-type: none">● intervallin <p>tavoite: rauhoittumaan, hoidetaan eteenpäin {16-0}</p> <ul style="list-style-type: none">● odotukset hoidolta: kotiutus, ajokortti, tavoite, terveys {12-0} <ul style="list-style-type: none">● ennaltaehkäisy {1-0} <ul style="list-style-type: none">● tavoite: mielekäs elämäntehtävä, suojatyöpaikka {9-0} <ul style="list-style-type: none">● hoidon pakote: ajokortti pois {7-0} <ul style="list-style-type: none">● diagnoosi: skitsofrenia, masennus {12-0} <ul style="list-style-type: none">● itsearvio: omat perustelut pakkot, edunval, avioero {33-0} <ul style="list-style-type: none">● kenen skitsofreniaa hoitavat {1-0}	<ul style="list-style-type: none">● -sitoutuminen kuntoutukseen {2-0} <ul style="list-style-type: none">● +tieto omista hoitajista {2-0} <ul style="list-style-type: none">● +tiedonsaanti {4-0} <ul style="list-style-type: none">● arkuutta tuoda mielipide esille {2-0} <ul style="list-style-type: none">● -vaikuttaminen hoidon sisältöön/ei hoitoneuvottelua, hoitopaikka {12-0} <ul style="list-style-type: none">● potilaan aktiivisuus/hoitosisältö, sos. suhteet {4-0} <ul style="list-style-type: none">● +vaikuttaminen hoidon sisältöön {14-0} <ul style="list-style-type: none">● +vaikuttaminen hoidon jaksotukseen {8-0} <ul style="list-style-type: none">● - tiedonsaanti/omahoitaja, kunt. päätös, edunvalvojan kustannukset {19-0}~	<ul style="list-style-type: none">● +tulohaastattelu {1-0} <ul style="list-style-type: none">● hoidon toteutus/hoitomääräykset {5-0} <ul style="list-style-type: none">● hoidon konk. sisältö: ulkoilu, jumppa, kuntosaliryhmät {17-0} <ul style="list-style-type: none">● hoidon sisällöt /vapaaehtoisista, autoritaarista {7-0} <ul style="list-style-type: none">● +sovittu perheneuvottelu {2-0} <ul style="list-style-type: none">● +kokemus: hoidon sisältö, insuliinihoito {3-0}~ <ul style="list-style-type: none">● -hoidon sisältö, hoitoneuvottelut, perheneuvottelut {19-0}~ <ul style="list-style-type: none">● hoidon pakot: lääkkeidenotto, yöhijaisuus, keskustelurajoite {6-0}~ <ul style="list-style-type: none">● elämäntapa- ja ajattelu {3-0} <ul style="list-style-type: none">● toistuva kysymys: kuuluuko ääniä {1-0} <ul style="list-style-type: none">● oppimisterapia {2-0} <ul style="list-style-type: none">● lääkehoito {2-0} <ul style="list-style-type: none">● -hoitoketjut {1-0}
--	---	--

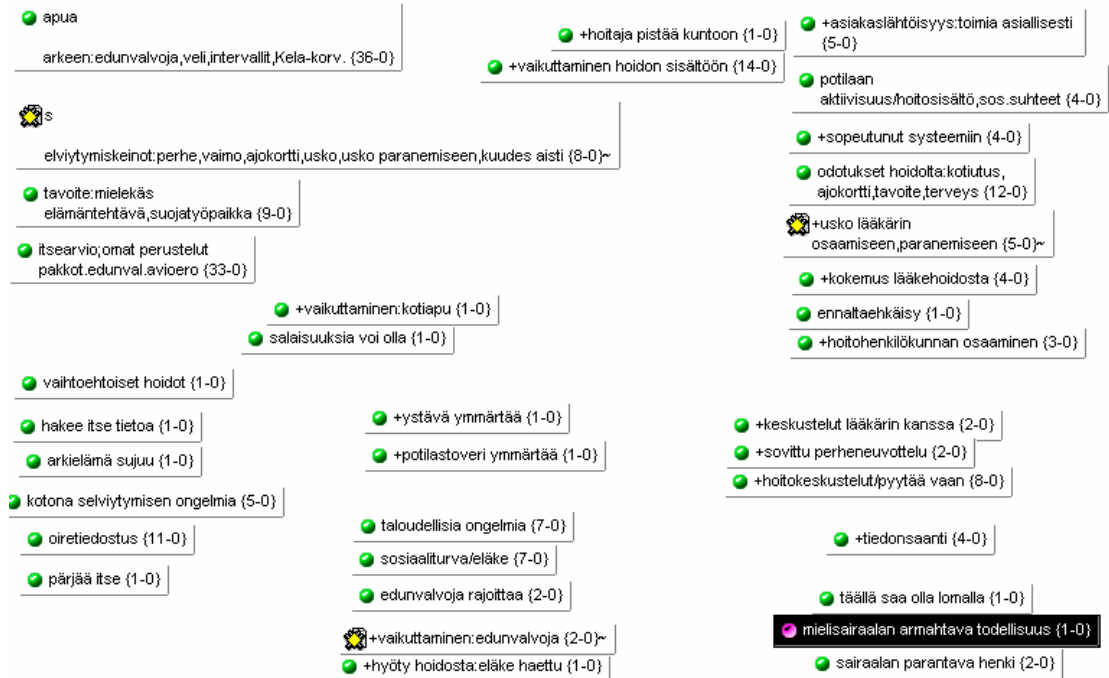
Koodiperhe 3: Vaikuttaminen



Koodiperhe 4: Ongelmia selviytymisessä



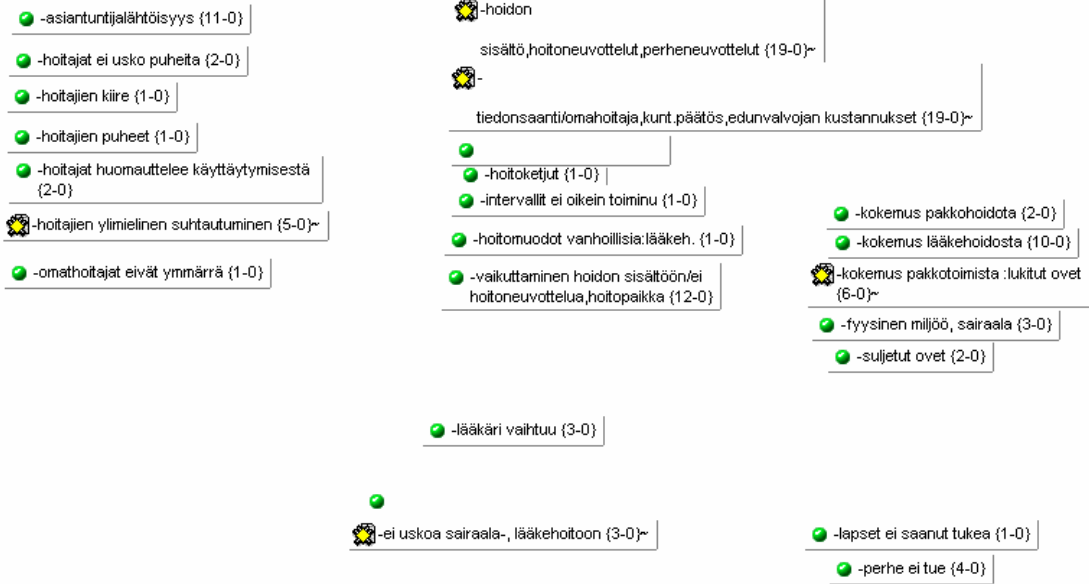
Koodiperhe 5: Selviytymiskeinot



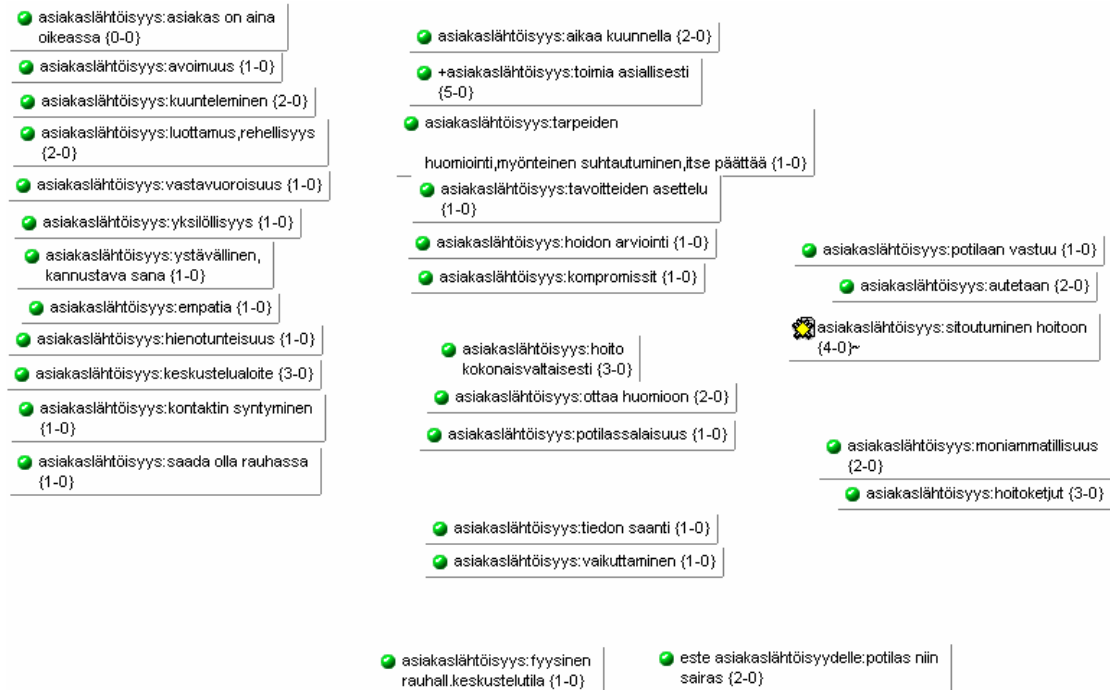
Koodiperhe 6.1 Positiiviset asiakaskokemukset

- +asiakaslähtöisyys:toimia asiallisesti {5-0}
- +hoitokeskustelut/pyytää vaan {8-0}
- +kokemukset/hoitajien asenne ja käyttäytyminen {4-0}
- +hoitohenkilökunnan osaaminen {3-0}
- +tieto omista hoitajista {2-0}
- +psykiatriaan uudistuksia:hoitajien käyttäytyminen {1-0}
- +hoitaja pistää kurtoon {1-0}
- +keskustelut lääkärin kanssa {2-0}
- +usko lääkärin osaamiseen,paranemiseen {5-0}~
- +tulohaastattelu {1-0}
- +sovittu perheneuvottelu {2-0}
- +kokemukset pakkotoimista {4-0}
- +kokemus lääkehoidosta {4-0}
- +kokemus pakkohoidosta {5-0}
- +kokemus:hoidon sisältö,insuliinihoito {3-0}~
- +suljetut ovet {1-0}
- +tiedonsaanti {4-0}
- +vaikuttaminen hoidon jaksotukseen {8-0}
- +vaikuttaminen hoidon sisältöön {14-0}
- +vaikuttaminen:edunvalvoja {2-0}~
- +vaikuttaminen:kotiapu {1-0}
- +sopeutunut systeemiin {4-0}
- +ystävä ymmärtää {2-0}
- +potilastoveri ymmärtää {1-0}

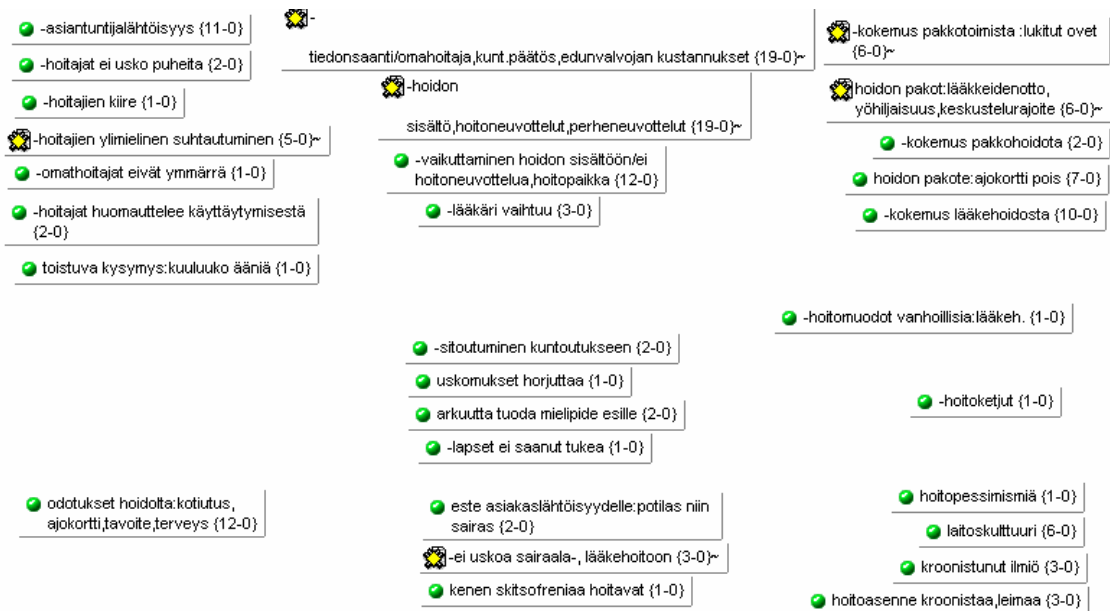
Koodiperhe 6.2 Negatiiviset asiakaskokemukset



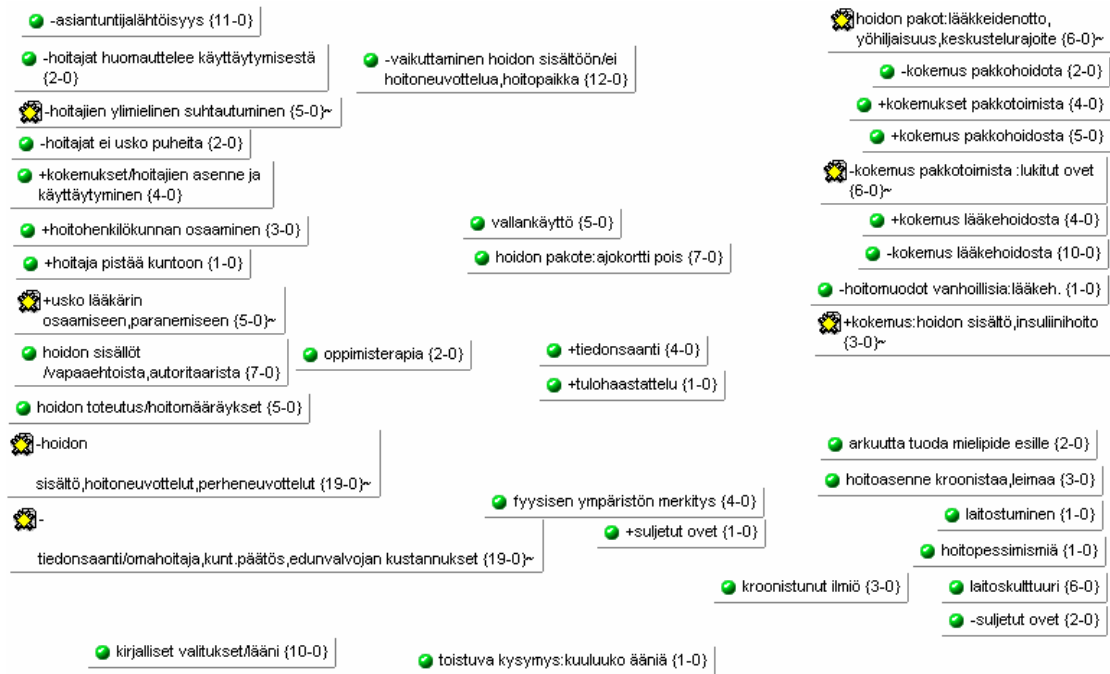
Dokumenttiperhe 6.3 Asiakslähtöisyyden sisällöt



Dokumenttiperhe 6.4 Asiakslähtöisyyden esteet



Koodiperhe 6.5 Asiantuntijälähtöisyys



Liite 5.

Teija Ristaniemi
Lohjan sairaala
Sairaalatie 8
08200 Lohja

8.4.2005

Arvoisa haastateltava!

Olemme tavanneet kesällä 2003 tutkimukseni haastattelujen merkeissä. Kiitän vielä kerran panostuksestasi tutkimukseeni.

Postitan ohessa tutkimustyöhöni liittyvän raportin käsikirjoituksen. Toivon saavani sinulta kommentteja työhöni. Raportin alussa on sivuilla 6-41 tutkimuksen asiakaslähtöisyyden-käsitteeseen liittyvää teoreettista tarkastelua ja sivulla 41-58 kerron tutkimuksen toteuttamisesta. Varsinaisista tutkimustuloksista kerron sivuilla 58-135.

Mikäli ajankäyttösi on rajallinen, suosittelen lukemisen aloittamista tutkimuksen tuloksista sivulta 58 tai tutkimustulosten keskeisistä johtopäätöksistä sivulta 125.

Voit kommentoida tutkimusraporttiani kokonaisuudessaan tai vain osaa siitä. Odotan kommentteja 22.4 mennessä. Voit ottaa minuun yhteyttä puhelimitse tai kirjeitse.

Tarkoitukseni on jättää tämä kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaattityöni Helsingin yliopiston valtiotieteelliseen tiedekuntaan tarkastettavaksi toukokuussa 2005.

Kiitän yhteistyöstä ja toivotan hyvää kevään jatkoa,

Teija Ristaniemi
sosiaalityöntekijä/potilasasiamies
Lohjan sairaala
puh. 019- 3801 470