

**MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN KOKEMUKSIA OSALLISUUDESTA JA
VALINNANVAPAUSTA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ**

Kaisu-Leena Raikisto
Ammatillinen lisensiaatintutkimus
Turun yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaalityö
Kesäkuu 2020

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TIIVISTELMÄ
Turun yliopisto
Sosiaalityö, Hyvinvointipalvelujen erikoisala

RAIKISTO, KAISU-LEENA: Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia osallisuudesta ja valinnanvapaudesta palvelujärjestelmässä
Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen liittyvä lisensiaatintutkimus, 96 s., 15 liites.
Sosiaalityö, Hyvinvointipalvelujen erikoisala
Ohjaaja: Professori Merja Anis
Kesäkuu 2020

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemuksia osallisuudesta ja valinnanvapaudesta palvelujärjestelmässä. Tutkimuskysymykset olivat: Minkälaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on osallisuudesta ja valinnanvapaudesta palvelujärjestelmässä? Miten osallisuus ja valinnanvapaus toteutuvat mielenterveyskuntoutujien käyttämässä palveluissa? Tutkimusaihetta lähestyttiin hyvinvointivaltion palvelurakenteissa ja mielenterveyskuntoutujan asemassa tapahtuneiden muutosten kautta. Teoreettisen viitekehyksen muodostivat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asema ja oikeudet nykypäivänä sekä osallisuuden ja valinnanvapauden merkitykset. Osallisuutta tarkasteltiin tutkimuksessa suhdetoimittajana. Laadullisen tutkimuksen aineiston muodostivat 11 mielenterveyskuntoutujan teemahaastattelut. Mielenterveyskuntoutujat olivat iältään 25–65-vuotiaita ja useimmat heistä olivat sairastaneet psyykkisesti 20 vuotta tai kauemmin. Kokemukset analysoitiin käyttäen kriittisten tapahtumien menetelmää ja sisällönanalyysia teoriaohjaavasti.

Mielenterveyskuntoutujien osallisuuden ja valinnanvapauden toteutuminen vaihtelevat palvelutapahtumissa. Osallisuutta on suurimmassa osassa palvelutapahtumista. Tuettuna osallisuudessa on kyse tilanteista, joissa palvelutapahtumassa toinen osapuoli suostuttelee mielenterveyskuntoutujan aloittamaan palvelun tai vaihtamaan palvelua. Kokemuksiin, joissa osallisuutta ei koettu, liittyi mielenterveyskuntoutujan negatiivinen tunnetila ja toimimaton vuorovaikutus osallisten kesken. Kielteinen palvelukokemus saattaa myös muuttua myönteiseksi mielenterveyskuntoutujan aktiivisen osallisuuden tai toimintakyvyn paranemisen myötä. Valinnanvapaus näkyi tutkimuksessa tuettuna valintana, mahdollisuutena terveydenhuollon ammattihenkilön tai hoitopaikan valintaan sekä lain mukaisena valinnanvapautena. Tutkimus puoltaa aiempien tutkimusten ja ohjelmien tapaan tuettua päätöksenteon mallia niille, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjille, joiden omat voimavarat tai kyvyt eivät riitä osallisuuteen ja päätöksentekoon palveluista. Asiakassuhteessa on tärkeää kiinnittää huomiota vuorovaikutukseen, jotta osallisuus ja valinnanvapaus toteutuisivat mielenterveyskuntoutujien sosiaalityössä ja laajemminkin palvelujärjestelmässä.

Asiasanat: mielenterveyskuntoutuja, osallisuus, valinnanvapaus, tuettu osallisuus, kokemus.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
2. HYVINVOINTIVALTION MUUTOS JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA	9
2.1 Laitoksesta avohoitoon	9
2.2 Muutos hyvinvointivaltiossa ja psykiatriassa 1990-luvulla	11
2.3 Kansalainen, asiakas ja potilas	15
3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET	18
3.1 Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus	18
3.2 Asiakaslähtöisyys ja valinnanvapaus	22
3.3 Osallisuus ja osallistuminen	28
4. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA METODOLOGINEN PERUSTA	35
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	40
5.1 Mielenterveyskuntoutujat ja teemahaastattelu	40
5.2 Kriittisten tapahtumien menetelmä	44
5.3 Aineiston analyysitapa	47
5.4 Eettiset kysymykset	54
6. OSALLISUUS JA VALINNANVAPAUS KOKEMUKSISSA	58
6.1 Osallisuus ja myönteiset palvelukokemukset	58
6.2 Tuettu osallisuus ja palvelukokemukset	66
6.3 Osallisuus ja kielteiset palvelukokemukset	71
6.4 Palvelujen valinnan mahdollisuudet	77
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	81
8. POHDINTA	85

KIRJALLISUUS	89
LIITTEET	
LIITE 1. Tutkimuslupahakemus mielenterveys- ja päihdejärjestöille	97
LIITE 2. Ilmoitus tutkimuksesta	99
LIITE 3. Haastateltavan tutkimuslupalomake	100
LIITE 4. Tiedote tutkimuksesta haastateltaville	101
LIITE 5. Teemahaastattelurunko ja muistilista kysymyksistä	103
LIITE 6. Taulukko kielteisistä palvelutapahtumista ja niiden sisällön kategorisoimisesta sekä tyypittelystä.	104
LIITE 7. Taulukko myönteisistä palvelutapahtumista ja niiden sisällön kategorisoimisesta sekä tyypittelystä.	108
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Esimerkki osallisuuden tekijöiden kategorisoinnista ja tyypittelystä.	
KUVIOT	
KUVIO 1. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutusta kuvaavia suhdekäsitteitä asiakkaan osallisuuden jatkumolla.	
KUVIO 2. Myönteinen palvelukokemus, kun osallisuutta on ja vuorovaikutus on toimivaa.	
KUVIO 3. Myönteinen palvelukokemus, kun osallisuutta ei ole, eikä vuorovaikutus ole toimivaa palvelutapahtuman aikana.	
KUVIO 4. Myönteinen palvelukokemus ja tuettu osallisuus, kun osallisuus on tuettua ja vuorovaikutus suostuttelevaa.	
KUVIO 5. Kielteinen palvelukokemus, kun osallisuutta ei ole.	
KUVIO 6. Kielteinen palvelukokemus korjaantuu mielenterveyskuntoutujan aktiivisuuden myötä.	
KUVIO 7. Nelikenttä analyysi mielenterveyskuntoutujien osallisuuden ja vuorovaikutuksen kokemuksista palvelujärjestelmässä suhteessa palvelujen valintaan.	

1. JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemuksia osallisuudesta ja valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Asiakkaiden osallisuus ja valinnanvapaus ovat ajankohtaisia aiheita sosiaali- ja terveydenhuollossa uusliberaalin yhteiskuntapolitiikan yleistyttyä 2010-luvulla. Muutos yhteiskuntapolitiikassa luo tarpeen tarkastella hyvinvointipalvelujen käyttäjän asemaa. Palvelujen käyttäjältä odotetaan aktiivisuutta ja osallisuutta enemmän kuin aiemmin. Tähän sisältyy myös ajatus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista mahdollisina palvelujen kuluttajina, palvelujen valitsijoina. Kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjillä ei kuitenkaan ole kykyä osallisuuteen. Toisaalta asiakkaiden kokemukset palveluista ovat tulleet yhdeksi ohjaavaksi tekijäksi palveluja kehitettäessä.

Tutkimusaiheeni valintaa on ohjannut kiinnostukseni sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden osallisuuden ja valinnanvapauden toteutumista kohtaan sekä työ johtavana sosiaalityöntekijänä erikoissairaanhoidossa. Terveysosiaalityössä yhdistyy ymmärrys potilaan sairauden tuomista toimintakyvyn rajoitteista ymmärrykseen yhteiskunnan tarjoamista palveluista. Terveysosiaalityön tavoitteena on säilyttää ja vahvistaa potilaan osallisuutta yhteiskunnassa sairauden tuomista toimintakyvyn rajoitteista huolimatta. Tätä taustaa vasten asiakkaiden osallisuuden toteutumisen tarkastelu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on ammatillisesti kiinnostavaa. Lähdin tekemään tutkimusta mielenterveyskuntoutujien kokemuksista myös kartuttaakseni omaa ymmärrystäni nimenomaan tämän potilasryhmän elämästä ja sairauden tuomista rajoitteista hyvinvoinnille. Mielenterveyskuntoutujissa on paljon sosiaalihuoltolain mukaisia erityisen tuen tarpeessa olevia henkilöitä, joiden palvelutarpeen arviointi on sosiaalityöntekijän tehtävä.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys on ollut kasvavan huomion kohde. Vaikka mielenterveyshäiriöt eivät ole yleistyneet, niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti. Joka neljäs sairauspäivärahapäivistä ja joka kolmas uusista työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään psyykkisin perustein.

Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien aiheuttamat hoitoon ja sosiaalivakuutukseen liittyvät suorat kustannukset ovat suuria. Epäsuorat kustannukset, kuten menetetyistä työpanoksesta ja tuottavuuden laskusta johtuvat, ovat moninkertaiset suoriin kustannuksiin verrattuna. (Mieli 2009 -työryhmä 2012, 13.)

Suomen psykiatrinen palvelujärjestelmä on täysin erilainen 2010-luvulla kuin se oli 1970- ja 1980-luvuilla. Psykiatrisilla sairaaloilla on edelleen tärkeä asema, mutta avopalveluiden painoarvo on selvästi lisääntynyt. Erillisten psykiatristen sairaaloiden määrä on vähentynyt ja psykiatriset sairaansijat ovat siirtyneet yhä enemmän yleissairaaloihin. Psykiatristen sairaansijojen määrä on Suomessa 30 vuodessa laskenut viidennekseen. Ikääntyneiden potilaiden, kehitysvammaisten ja lievemmistä häiriöistä kärsivien määrä psykiatrisessa hoidossa on merkittävästi laskenut. Tämä tarkoittaa sitä, että käytännössä ”psykiatrian ytimeen” kuuluvien, skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien määrä psykiatrisessa sairaalahoidossa on lisääntynyt. Suurin muutos on ollut hoitoaikojen dramaattinen lyhentyminen. (Tuori 2011, 2.)

Psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2017 yhteensä 195 406 potilasta, joista 145 706 oli täysi-ikäisiä. Psykiatrisista potilaista suurin osa kävi vuoden aikana avohoidon vastaanotolla, jossa käyntejä oli 2,255 miljoonaa. Vuodeosastolla oli hoidossa vuoden aikana 24 495 potilasta. Parin viime vuoden aikana psykiatristen palvelujen käyttö on kasvanut aiempiin vuosiin verrattuna. Vuonna 2017 psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä kasvoi 9,9 prosenttia vuoteen 2016 verrattuna. Miehiä oli hieman useampi kuin naisia sairaalahoidossa olevista. Naisten osuus on puolestaan suurempi kuin miesten osuus avohoidossa. Skitsofrenia ja mielialahäiriöt ovat yleisimpiä sairaalahoidon syitä. (Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2017.)

Tämän tutkimuksen aihe on yhteydessä sekä potilaan että asiakkuuden käsitteisiin. Terveydenhuollon palveluiden käyttäjistä; käytetään lainsäädännössä ja palveluiden parissa käsitettä potilas. Asiakkuudesta on taas kysymys silloin kun käytetään sosiaalihuollon tai yksityissektorin palveluita. Asiakkuuden käsite on myös vähitellen siirtynyt terveydenhuollon palveluihin terveydenhuoltolain (1326/2010) tuoman palveluiden valinnan mahdollisuuksien myötä (Lehtonen 2015, 53). Tämä tutkimus käsittelee yhden sosiaali-

ja terveydenhuollon asiakasryhmän palvelukokemuksia. Koska ryhmän määrittävänä tekijänä on pitkäaikainen psykiatrinen sairaus, käytän näistä asiakkaista ja potilaista käsitettä mielenterveyskuntoutuja.

Tutkimusraporttini mukailee tutkimusprosessia. Lähestyn tutkimusaihetta kappaleessa kaksi kuvaamalla hyvinvointivaltion ja mielenterveyskuntoutujan aseman muutosta psykiatrian ja mielenterveyspalveluiden muutoksen kautta sekä tarkastelemalla kansalaisen, asiakkaan ja potilaan käsitteiden suhdetta. Psykiatrinen hoitojärjestelmä on alkujaan historiallisesti kehittynyt erillään muusta terveydenhuollosta, laajentunut avohoitoon ja viimeksi MIELI-hankkeen myötä vahvistanut asiakkaan asemaa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä vahvisti kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma -hanke vuosina 2009–2015 (MIELI-hanke). Hankkeessa edistettiin muun muassa asiakkaiden asemaa kehittämällä kokemusasiantuntijoiden käyttöä.

Kappaleessa kolme esittelen osallisuuden ja valinnanvapauden liittyviä lähikäsitteitä ja tuon esille niiden suhteita. Osallisuutta määrittää vahvasti itsemääräämisoikeus, jonka toteutumiseen palveluissa vaikuttaa toiminnan asiakaslähtöisyys. Valinnanvapaus on myös yhteydessä osallisuuden ja itsemääräämisoikeuteen. Luvun lopussa tuon esille osallisuuden erilaisia määritelmiä, lähikäsitteitä ja aiempaa tutkimusta.

Kappaleessa neljä esittelen tutkimuskysymykset ja tutkimuksen metodologisen perustan. Kappaleessa viisi esittelen tutkimuksen toteutuksen. Tutkimusaineiston keräsin haastatteleamalla 11 mielenterveyskuntoutujaa talvella 2015–2016. Teemoina olivat hyvät ja huonot palvelut sekä valinnanvapaus palveluissa. Tutkimuksessa todellisuus käsitetään rakentuvan sosiaalisena konstruktiona. Menetelmänä olen soveltanut kriittisten tapahtumien menetelmää mielenterveyskuntoutujien osallisuuden ja valinnanvapauden kokemusten ja niiden tekijöiden löytämiseksi. Palvelukokemusten analysointia jatkoin sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimuksen tuloksia esittelen kappaleessa kuusi osallisuuden toteutumisen ja palvelukokemuksen mukaan. Etenen myönteisistä palvelukokemuksista ja osallisuuden toteutumisesta kielteisiin palvelukokemuksiin, joissa osallisuus ei toteudu.

Tutkimusaineiston palvelukokemukset edustavat mielenterveyskuntoutujien kokemusten ääripäitä haastatteluissa kysytyjen teemojen mukaisesti. Luvun loppuun tarkastelen kokemuksissa esille tulleita palvelujen valinnan mahdollisuuksia. Luvussa seitsemän kokoaan yhteen tutkimuksen tulokset ja vertaan niitä aiempaan tutkimukseen. Luvun kahdeksan pohdinta-osuudessa suhteutan tutkimustani sen tehtävään ja laajempaan kontekstiin.

2. HYVINVOINTIVALTION MUUTOS JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA

2.1 Laitoksesta avohoitoon

Mielisairauksien selitykset ovat vaihdelleet eri aikoina. Muuttuvat poliittiset, moraaliset ja kulttuuriset arvot ja aatteet ovat pitkälti määritelleet mielisairauksien tulkinnat. Eri sairausnimikkeisiin mielisairauksia alettiin jaotella 1800-luvulla lääketieteen kehittymisen myötä. Samalla mielisairaus muuttui yksilökeskeisemmäksi ja psykologisemmaksi. (Pietikäinen 2014, 65.)

Länsimaissa mielisairaalalaitosten kehittymisen linjoja ovat tarkastelleet ranskalainen filosofi Michel Foucault ja pohjoisamerikkalainen sosiologi Erving Goffman (Pietikäinen 2014, 144–145). Goffmanin (1969) mukaan totaalinen instituutio, kuten mielisairaala, leprasairaala tai vankila on muusta yhteiskunnasta eristetty paikka, jossa elämisen käytännöt järjestetään tietyllä tavalla. Totaalisessa instituutiossa eletään tietty aika esimerkiksi vankeina, mielisairaina tai varusmiehinä. Instituutio muokkaa ihmisen omakuvaa ja luo hänelle laitokseen sopivan, auktoriteettien vallalle alisteisen roolin. Tätä kautta totaalisilla instituutioilla on taipumus riistää ihmisen minuus; itsemääräämisoikeus, autonomia ja toiminnan vapaus. Mielisairaaloissa sairas sosiaalistuu mielenterveyspotilaaksi laitoksen tuottamien moraalisten muutosten kautta. (emt.)

Foucault (1961) esitti puolestaan kiistellyn väitteen, jonka mukaan ajanjakso 1600-luvun puolivälistä noin vuoteen 1800 oli Euroopassa ”suuren säilöönoton” aikaa. Suuren säilöönoton aikana hulluudesta tuli pelkkä järjettömyys, joka piti eristää, kurittaa ja kesyttää. Poikkeavat haluttiin pois järjestyksen piiristä, eristää. Toisaalta säilöön otettujen poikkeavien henkilöiden katsottiin olevan muistutus terveille oikeasta elämäntavan ja mielenhallinnan tärkeydestä. Lisäksi säilöönottoon kuului työ moraalisen velvoitteena. (emt.)

Foucaultin väitteiden ajoitus oli liian aikainen ja yleistävä koko Eurooppaa koskevaksi, mutta tarkastelemalla ilmiötä maittain, se ei enää vaikuta niin väärältä. Pohjoismaihin Foucaultin väitteet sopivat hyvin, koska niissä valtio on ollut päävastuussa mielisairaiden hoidosta. Pohjoismaissa on myös korostettu kollektiivisesti jaettua arvomaailmaa sekä

ihmisen ylhäältä päin tapahtuvaa kasvattamista nuhteettomaksi kansalaiseksi. (Pietikäinen 2014, 142–143.)

Foucaultin esittämä mielisairaiden säilöönoton kaltainen ilmiö toteutui länsimaissa vuosina 1800–1960. Tuona aikana useissa maissa julkinen valta eristi mielisairaita ja muita marginaaliryhmiä yhteiskunnasta omiin laitoksiinsa. Mielisairaalahoidon vakiintuminen oli merkittävä yhteiskunnallinen muutos, jossa nähtiin yhdistyvän hoidolliset, juridiset, lääketieteelliset, sosiaali- ja luokkapoliittiset sekä korporatiiviset tekijät. Mielisairaalahoidon vakiintumisen taustalla ajatellaan vaikuttaneen myös yhteiskunnan modernisoituminen, kuten palkkatyöläistyminen ja valtiollistuminen. (Salo 1996; Pietikäinen 2014.)

Mielisairaaloitten koko, taso ja toimintakulttuuri vaihtelivat paljon sekä maiden sisällä että välillä, joten laajoja yleistyksiä mielisairaaloista ei voida tehdä. Mielisairaaloitten merkitys mielisairauksien tutkimukselle oli kuitenkin merkittävä. (Pietikäinen 2014, 145.) Hoitojärjestelmien vakiintumisen eriaikaisuus maittain on tulkittu eriaikaisuudeksi valtioiden modernisaatiokehityksessä (Salo 1996, 58).

Mielisairauksien hoito Suomessa oli pitkään laitostalasta. Laitostalastaisen hoidon alkuperä oli tsaarin vallan ajassa 1840-luvulla, jolloin annettiin asetus mielisairaiden erottamiseksi vaivaishoidosta. Asetus erotti vähitellen psykiatrian yleissairaaloista omaksi laitostalastaiseksi hoitojärjestelmäksi. Lisäksi asetuksella erotettiin psykiatrinen akuutti- ja pitkäaikaishoito toteutettaviksi erillisissä hoitolaitoksissa ja maksuluokissa. Asetuksen vaikutukset olivat pitkäaikaisia (Hyvönen 2008, 89.)

Varsinainen ”suuri säilöönotto” eli mielisairaaloitten aikakausi alkoi Suomessa vasta 1900-luvun alussa. Kuntien järjestettäväksi mielisairaanhoido siirtyi valtiolta maan itsenäistymisen jälkeen. Mielisairaaloat olivat laajimmillaan 1970-luvun alussa, jolloin asukasmääriin suhteutettuna oli 4,24 potilasta tuhatta asukasta kohden. Tämä oli yli kahdeksankertainen määrä vuoteen 1900 verrattuna (Salo 1996, 56.)

Mielisairaaloiden aikakauden perinnöksi tuli potilaan hiljeneminen, kun laitos minimoi käytännöllään hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen vuoropuhelun. Potilas oli lääketieteellisen arvioinnin ja erinäisten hoitomenetelmien passiivinen kohde. Potilaiden mielenilmauksia alettiin tulkita sairauden oireiden ilmentymänä, vailla kytköstä reaali maailmaan. (Pietikäinen 2014, 178–179.)

Länsimaissa koettiin toisen maailmansodan jälkeen mielenterveydenhoidon monipuolistuminen ja inhimillistyminen, mikä näkyi avohoitopainotteiseen hoitojärjestelmään siirtymisenä ja mielisairaaloista luopumisena. Tähän vaikuttivat sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden huomioiminen mielenterveystyössä, hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittyminen, potilaiden oikeuksien kohentuminen ja sairaita vähemmän stigmatisoiva yleinen mielipide. (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 13–14; Pietikäinen 2014, 367.)

Laitoshoidon vaihtoehdot nostettiin Suomessa esille 1960-luvulla kaupungistumisen ja teollistumisen aikana. Avohoidon kehittämiseen vaikutti myös tehokkaiden psyykenlääkkeiden laajamittainen käyttöönotto. Mielisairaaloiden potilasmäärät alkoivat vähetä 1970-luvun lopulta kiihtyvällä vauhdilla, ja 1990-luvun loppuun mennessä sairaansijoja oli alle kolmasosa 1970-luvun tasosta. (Salo 1996; Pietikäinen 2014, 371–373.) Muutoksen takana olivat 1970- ja 1980-lukujen mielenterveyspoliittiset ohjelmat sekä osittain niiden seurauksena toteutetut lainsäädännölliset uudistukset (Salo 1996; Helén ym. 2011). Mielenterveystyö ei rajoittunut enää mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten hoitamiseen, vaan se laajeni mielenterveysongelmien ehkäisyyn terapeuttisten ja sosiaalisten interventoiden sekä neuvonnan avulla. Mielenterveystyön painopiste siirtyi korjaavasta työstä ennaltaehkäisevään työhön, minkä lisäksi korostettiin rakentavaa mielenterveystyön politiikkaa. (Salo 1996 259–261; Helén ym. 2011, 19.)

2.2 Muutos hyvinvointivaltiossa ja psykiatriassa 1990-luvulla

Hyvinvointivaltiota koskevissa tutkimuksissa on todettu suomalaisen hyvinvointivaltion tulleen vaiheeseen, jossa vallitsee uusliberaali yhteiskuntapolitiikka (Heinonen 2014;

Metteri 2012; Valokivi 2008). Poliitiikka ovat ohjanneet neljä muutosta: rahamarkkinoiden vapauttaminen, julkisen sektorin uudistaminen (Uusi julkishallinto, *New Public Management*), työmarkkinoiden muutokset (joustot, pätkätyöt) ja sosiaalipolitiikan uudistaminen (Heinonen 2014, 47). Julkisella sektorilla uudistaminen näkyi etenkin palvelujen tuotannon ulkoistamisena kilpailutuksella. Sairaalaapaikkojen vähentyessä mielenterveyspotilaille tarkoitetut tuki- ja palveluasumispaikat siirtyivät yksityisen sektorin tuotamaksi palveluksi, jotka kunta kilpailuttaa määrääjoin. (Hyvönen 2008.)

Asiakaskansalaisen näkökulmasta hyvinvointivaltion muutos tuo kolmen asiakokonaisuuden ympärille kietoutuvat haasteet, jotka ovat köyhyys-, osallisuus- ja valtakysymys. Näihin asiakokonaisuuksiin liittyvät muun muassa pienituloisuuden kasvu, joukkotyöttömyys, yksilöllistyminen, kilpailu ja kuluttajuus. Olennaista muutoksessa on ympäröivän maailman ja sen perinteisten tukirakenteiden murtuminen. (Heinonen 2014, 49–50.)

Kuntien itsehallinto alkoi korostua 1980-luvulta alkaen, kun kunta- ja valtionosuusuudistus vuonna 1993 muutti palvelujärjestelmän tuotanto- ja rahoitus pohjan. Valtio oli aiemmin rahoittanut suoraan suurimman osan kuntien järjestämistä palveluista. Kuntien valtionosuus muodostui uudistuksen jälkeen erilaisten tekijöiden perusteella, kuten kuntalaisten määrän, ikärakenteen, työttömyysasteen ja sairastavuuden mukaan. Suomessa alkoi 1990-luvun alussa taloudellinen lama, mikä myös supisti kuntien valtion tukea merkittävästi. Uudistukset ja uusi julkishallinto tehokkuusvaatimuksineen vaikuttivat osaltaan palvelujen järjestämiseen. Mielenterveyspolitiikka siirtyi paikalliselle tasolle kuntien ja kuntayhtymien asiaksi. Valtion ohjauksesta tuli lähinnä informatiivista. (Hyvönen 2008; Helén ym. 2011, 44–45.)

Psykiatriselle hoitojärjestelmälle aiemmin ominainen muusta terveydenhuollosta eriytynyt ja samalla myös suojainen asema muuttui ratkaisevasti ja nopeasti 1990-luvulla. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon osuus mielenterveyspalvelujen tuottajana vähentyi ja palvelujärjestelmä hajaantui merkittävästi perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja yksityisen sektorin tuottaessa osan palveluista. Huomattava määrä pitkäaikaisia potilaita

on siirtynyt pääasiassa yksityissektorin ylläpitämiin hoito- ja kuntoutuskoteihin. Vanhuspsykiatrian potilaiden hoitopaikka on muuttunut psykiatialta yleissairaalaan tai muihin hoitolaitokseen. Kehitysvammaiset hoidetaan heille tarkoitetuissa hoitopaikoissa. Toisaalta aikuispsykiatrian avohoitoon ei ole lisätty riittävästi voimavaroja laitospaikkojen vähentämiseen ja palvelujen kysyntään vastaamiseksi. (Kärkkäinen 2004; Hyvönen 2008.)

Mielisairaaloiden potilaspaikat vähenivät edelleen 1990-luvulla. Uudistusten ja laman seurauksena vuosina 1990–1997 mielisairaaloiden potilaspaikat vähenivät koko maassa 12 300:sta 6 200:aan eli yli puolella. Avohoidon resursseja ei kuitenkaan kehitetty samaan tahtiin. (Hämäläinen & Metteri 2011, 113–114.) Vuonna 1991 voimaan tulleen mielenterveyslain (1116/1990) tavoitteena oli kehittää avohoidon mielenterveyspalveluja ja vähentää laitospaikkoja, mutta avopalveluja kehitettiin vasta 2000-luvulla. Mielenterveyslaki muutti kuitenkin merkittävästi psykiatristen sairauksien hoitojärjestelmää. Laki korostaa mielenterveyspalvelujen yhteensovittamista ja yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Mielenterveyspalveluiden tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus ja potilaalle tulee järjestää riittävän hoidon lisäksi mahdollisuus lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen sekä palveluasumiseen. (Lehtonen 2015, 83.)

Mielenterveyden häiriöiden todella suuri kansanterveydellinen ja myös kansantaloudellinen merkitys kasvoi entisestään 1990-luvun aikana. Mielenterveyspalvelujen kysyntä on kasvanut psyykkisen oireilun ja pahoinvoinnin lisääntymisen sekä mielenterveysongelmien häpeän leiman hälvenemisen myötä. Psyykkisten sairauksien esiintyvyys on kuitenkin pysynyt ennallaan. Asiakasmäärien kasvu on haaste palvelujärjestelmälle. (Kärkkäinen 2004; Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006; Hyvönen 2008.)

Sosiaali- ja terveyspoliittisissa linjauksissa on korostettu kansalaisen vastuuta ja oman elämän hallintaa. Julkisissa palveluissa on siirrytty kohti yksilölähtöisyyttä ja kuluttajuutta. Markkinaperusteisia palveluita on kehitetty. Palvelujärjestelmien kentillä on tapahtunut oikeudellistumisen kehitystä, kun oikeudellinen sääntely ja lainopilliset perus-

teet ovat korostuneet. Aktiivisen ja toimintakykyisen kansalaisen oikeudet ovat vahvistuneet, kun sosiaali- ja terveystalvelujen hakeminen ja myöntäminen ovat oikeudellistuneet ja sopimuksellistuneet. Kehityksen kääntöpuolena on hiljaisten ja toimintakyvyttään heikkojen kansalaisten äänen jääminen kuulumattomiin. (Valokivi 2008, 8–9.)

Psykiatrian muodonmuutoksella tarkoitetaan yleensä eristyslaitoksiin sitoutuneen tieteen ja käytäntöjen perinpohjaista muutosta, kun psykiatrinen toiminta on laajentunut mielisairaaloitten muurien ulkopuolelle ja sekoittunut yhteiskunnallisiin toimintoihin muun muassa kasvatuksessa, terveydenhoidossa ja sosiaalitalveluissa (Helén 2010, 45).

Mielenterveyspolitiikan viimeisen kehitysvaiheen on todettu painottuvan kehittämis- ja projektityöksi. Viime vuosikymmenen aikana mielenterveys- ja päihdepalveluita on kehitetty kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman avulla (MIELI-hanke). Suunnitelman painopistealueina vuosina 2009–2015 olivat: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena, jossa painopisteet ovat perus- ja avohoitopalveluissa sekä tiiviisti yhteen sovitettussa mielenterveys- ja päihdetyössä. Valtion taholta tuettiin suunnitelman toteuttamista järjestämällä useita kehittämishankkeita. (Mieli 2009 -työryhmä 2009; Mieli 2009 -työryhmä 2012.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ulkoisen loppuarvioinnin mukaan suunnitelmalla oli myönteinen vaikutus erityisesti tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen, edistävän ja ehkäisevän työn sekä palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeista. Hankkeen kaikkia tavoitteita ei kuitenkaan saavutettu. Hankkeen ohjausryhmä on esittänyt tavoitteita vuoteen 2020 saakka. Tavoitteista monet vahvistavat asiakkaan asemaa, kuten palvelujen monipuolistaminen, ottamalla käyttöön yhdenvertaisuutta tukevia keinoja asiakkaan valinnanvapauden toteuttamisessa, vakiinnuttamalla kokemusasiantuntijoita, omaisia ja läheisiä huomioivia työmuotoja ja ottamalla käyttöön kuntoutumista ja työhön pääsyä tukevia toimenpiteitä. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016.)

2.3 Kansalainen, asiakas ja potilas

Suomen kielessä asiakas tarkoittaa markkinoiden ja kaupankäynnin asiakasta, kuluttajaa (customer). Hyvinvointipalveluihin kuluttajan käsite ei kuitenkaan ole vakiintunut, koska niiden piirissä tavoitteena on yleensä asiakkaan muutos parempaan suuntaan, eikä niinkään itse palvelujen kuluttaminen. Hyvinvointipalveluiden asiakkaista on historian aikana Suomessa käytetty käsitteitä vaivainen, köyhä, huollettava. Käsitteen muuttumiseen ajan myötä vaikuttivat yksilön ja yhteiskunnan suhdetta koskevan ajattelutavan sekä lainsäädännön muutokset. (Pohjola 2010, 20–24.)

Suomalaista hyvinvointi- ja sosiaalipolitiikan kansalaisuutta voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista kuten aktivoinnin, valtaistamisen, vastuuttamisen, hylätyksi tulemisen, oikeudenmukaisuuden, kuluttajuuden, aktivoinnin ja sopimuksellisuuden näkökulmista. Oikeudenmukaisuuden näkökulmaa pidetään sosiaalipolitiikan yhtenä perustana, joka saa ajassa erilaisia painotuksia. Muut edellä mainitut näkökulmat ovat korostuneet viimeisen neljännesvuosisadan aikana sosiaalipolitiikan uudelleenmuotoilussa. Erilaiset yhteiskuntatieteelliset tarkastelut yhdistyvät näkökulmissa. (Julkunen 2006, 187.)

Kansalaisuuden perusideologiana pidetään nykyään aktiivisuutta. Aktiivisuus on noussut viime vuosikymmeninä sosiaalipolitiikan uudistuspyrkimysten tunnukseksi jopa niin, että vastuullisuus liki samaistuu aktiivisuuteen, vastuuttomuus passiivisuuteen ja riippuvuuteen. Toisaalta aktivointi ei onnistu vain kehotuksin, vaan aktiivisuuteen on velvoitettava. Sosiaaliturva on osittain muutettu vastikkeelliseksi. Oikeuksien vastapainoksi on korostettu kansalaisten velvollisuuksia; vähimmäisturvaan on liitetty työ- tai muita aktiivisuusvastikkeita. (Julkunen 2006, 206–207.) Tavallisesti aktiivinen kansalaisuus ymmärretään osallistumiseksi yhteisön toimintaan ja sosiaalipoliittisessa mielessä sitä pidetään rinnakkaiskäsitteenä osallisuudelle (Närhi, Kokkonen, Matthies 2013, 116–121).

Aktiivisen asiakkaan suoriutumista vaatiin kuuluu asiointi- ja byrokratiaosaaminen, jolloin pitää tuntea etuus- ja palvelujärjestelmä ja sen toimintatavat. Pitää osata mennä oikeaan paikkaan oikeaan aikaan. Pitää osata laittaa vireille oikeat hakemukset oikealla

tavalla ja oikeaan aikaan. Laiminlyönneistä seuraa kielteisiä asioita, kuten työttömälle karenssi tai sairaalle jääminen vaille sairautenaikaista sosiaaliturvaa ja riittävää huolenpitoa. Järjestelmä on armoton, eivätkä sen sisällä toimivat ota huomioon järjestelmän monimutkaisuutta ja ihmisen toimintavoiman heikkoutta, joka voi liittyä erilaisiin aktiivisuuden esteisiin. Tällaisia esteitä kohtuuttomissa tilanteissa ovat olleet muun muassa sairaus, jonka takia ihminen ei jaksanut toimia tai ei kykene toimimaan, tiedon puute, jolloin ihminen ei osaa toimia tai loukkaantuminen kohtelusta, jolloin ihminen ei halua toimia. (Metteri 2012, 202–203.)

Heli Valokivi (2008) on tutkinut kansalaisuutta asiakkuutena. Asiakkaan asemassa olevan kansalaisen osallisuus muodostaa jatkumon, jonka toisessa päässä on vaativa ja hyvin aktiivinen kansalaisuus ja toisessa päässä ulkopuolelle ajautunut ja palvelujärjestelmistä irtisanoutunut kansalaisuus. (emt.) Asiakas on ymmärretty myös yksityisen mikrotason käsitteenä ja kansalaisuus rakenteiden tasolla. Tasot eivät kuitenkaan sulje toisiaan pois ja toimivat samanaikaisesti sekä vaikuttavat toisiinsa. Ihminen elää yhteiskunnassa ja kantaa sen historiaa ja vaikutussuhteita elämänsä aikana, ja vastaavasti yhteiskunta rakentuu ihmisistä oman elämänsä toimijoina. (Pohjola 2010, 72.)

Asiakas on historiallisesti ollut näkymätön sosiaalityössä, koska tarkastelujen keskiössä ovat olleet etuudet, palvelut, säädökset ja järjestelmän rakenne. Keskustelu asiakkaasta ja hänen asemastaan on kehittynyt vasta viimeisen muutaman vuosikymmenen aikana. Sitä ennen asiakas oli järjestelmäkeskeisessä suomalaisessa sosiaalityössä enemmänkin työprosessiin kuuluva osatekijä kuin itsenäinen toimija. Asiakkaan ja työntekijän suhteeseen sosiaalityössä kytkeytyvät historialliset ajattelumallit, ideologiat sekä vallitseva yhteiskunnallinen järjestys ja palveluita koskeva politiikka. (Pohjola 2010, 19–20, 26.)

Sosiaalityön asiakasta voidaan tarkastella palvelujärjestelmän tai hänen oman elämänsä suunnasta. Järjestelmän intressi on yksittäisen ihmisen tilanteen sijasta palvelutarpeiden yleinen määrittäminen, asiakasmäärät, -jakaumat sekä palveluiden taloudelliset kustannukset ja tuottavuus. Asiakas on työn kohde, tapaus muiden joukossa, joka asettaa työlle haasteita ja vaatimuksia. Asiakkaan kannalta on kuitenkin tärkeää hänen selviytymisensä elämäntilanteessaan sekä arjen sujuvuuden paraneminen. (Pohjola 2010, 29.)

Vuokko Niiranen (2002, 67–70) tarkastelee sosiaalityön kansalaista kuntalaisena ja kunnallisten palvelujen asiakkaana kolmesta eri näkökulmasta: 1. Kansalainen palvelujen ”kohdeasiakkaana”. 2. Kansalainen kuluttajana ja palvelujen kuluttaja-asiakkaana. 3. Kansalainen kuntalaisena ja palvelujen käyttäjänä, palveluasiakkaana. Käsitteet asiakas, kuluttaja ja palvelun käyttäjä saavat eri ihmisillä ja eri yhteyksissä erilaisia merkityksiä. Samoin erilaisissa asiakkuuksissa osallistumisen ja osallisuuden odotukset vaihtelevat. Siirtyessään aihealueelta toiselle käsitteet vievät lähdealueen merkitykset ja niihin sisältyvät arvot helposti mukanaan kohdealueelle. (emt.)

Mielenterveystyö on muuttunut ihmiskeskeisestä asiakaslähtöiseksi uuden julkishallinnon oppien mukaisesti. Historiallisesti tarkasteltuna 1900-luvun alun mielisairas, poikkeava ja laitostettu potilas on muuttunut 1960-luvun kansalaisesta ja 1980-luvun kokonaisvaltaisesta persoonasta asiakkaaksi. (Helén 2011.)

3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET

3.1 Itsemäärääminen - Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisellä (*self-determination*) tarkoitetaan yksilön oikeutta itse vapaasti päättää itseään koskevasta asiasta (Pahlman 2003, 170). Sen lähikäsitteitä ovat autonomia, yksilönsuoja ja yksilönvapaus (Kansalliskirjasto 2016.) Itsemääräämistä voidaan pitää myös voimaantumiseen liittyvänä käsitteenä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaslakien vahvistaessa sitä (Kaseva 2011, 16). Vakiintuneena ilmaisumuotona ”itsemääräämisoikeus” liittyy tarkastelukulman vahvasti keskusteluihin oikeuksista, mutta mihin asiakkaalla itsemääräämisoikeudessaan on oikeus (Pohjola 2010, 47).

Itsemääräämisoikeus on perusoikeuksien keskeinen käsite ja oikeus, jolle useat muut oikeudet rakentuvat. Itsemääräämisoikeus sisältää oikeuden vapauteen ja tasa-arvoon sekä syrjinnän kiellon. Lisäksi se sisältää oikeuden yksityisyyteen, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja kompetenssiin. Kompetenssilla tarkoitetaan kykyä ajatella ja tahtoa sekä kykyä tehdä itseä koskevia päätöksiä. Henkilön fyysiseen ja psyykkiseen minään puuttuminen edellyttää henkilön omaa suostumusta ja lakiin sisältyvää oikeutusperustetta. (Pahlman 2003, 182–183; Pahlman 2015, 194.)

Yksilön itsemääräämisoikeus kuuluu osaksi perusoikeusjärjestelmäämme huolimatta siitä, ettei sitä nimenomaisesti mainita perustuslaissa. Itsemääräämisoikeus ymmärretään osaksi yleisperusoikeutena turvattua oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Se liittyy kiinteästi myös perustuslain 10 §:n säännöksiin yksityiselämän suojasta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä 2014, 18.)

Perustuslain uudistuksessa vuonna 2000 pyrittiin lähentämään sisällöllisesti toisiinsa kotimaista perusoikeusjärjestelmää ja kansainvälisiä ihmisoikeusvelvoitteita. Uudistuksessa laajennettiin ja vahvistettiin yksilön oikeuksien perustuslaintasoista turvaa. Uudistuksella parannettiin yksilön oikeusturvaa niin perinteisten vapausoikeuksien kuin taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien alalla

sekä luotiin edellytykset ihmisten lisääntyville vaikutusmahdollisuuksille itseään ja ympäristöään koskevilla asioilla. Uudistuksella lisättiin myös perusoikeuksien suora sovellettavuutta tuomioistuimissa ja muissa viranomaisissa. (HE 309/1993; Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä 2014, 16.)

Henkilökohtainen vapaus on luonteeltaan yleisperusoikeus, joka suojaa ihmisen fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädetään tarkemmin laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jäljempänä potilaslaki, ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä 2014, 18.)

Perustuslain 10 §:n 1 momentin mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Yksityiselämän suojan lähtökohta on yksilön oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai aiheetonta puuttumista siihen. Yksityiselämään kuuluu myös yksilön oikeus määrätä itsestään ja ruumistaan. Yksityiselämässä kyse on henkilön yksityistä piiriä koskevasta yleiskäsitteestä. Yksityiselämän suoja on osin päällekkäinen henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden sekä kunnian ja kotirauhan suoja koskevien perusoikeussäännösten kanssa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä 2014, 18–19.)

Petteri Niemi (2011, 169–194) on tarkastellut itsemääräämistä filosofisten itsemääräämisen teorioiden eri näkökulmista ja pohtinut itsemääräämisen sekä vallan problematiikan suhdetta asiakaslähtöisyyden, toisen tiedon ja dialogisuuden aatteisiin sosiaalialalla. Toisella tiedolla tarkoitetaan virallista tietoa haastavaa ja täydentävää tietoa, joka on hiljaista, kokemuksellista, paikantunutta, pohdiskelevaa ja yksityiskohtaista. Virallista tietoa luonnehditaan yleensä yleiseksi, konstruoiduksi ja ilmeiseksi. Virallisen tiedon pyrkimyksenä on esittää julkinen totuus, kun hiljainen tieto tuo esiin asiasta harvemmin kysytyjä kysymyksiä ja viralliselle tiedolle vastakkaisiakin näkemyksiä. (Hänninen, Karjalainen & Lahti 2005, 4–5.) Toisen tiedon kerääminen ja

huomioiminen päätöksenteossa tarjoaa mahdollisuuksia asiakkaiden itsemääräämisen vahvistamiseksi. Toista tietoa ei voida kuitenkaan pitää virallista tietoa parempana, eikä sitä aina voida ottaa päätöksenteon lähtökohdaksi. (Niemi 2011, 184.)

Niemen (2011, 169–194) mukaan itsemäärääminen on rationaalisesti kontrolloitua halujen ja taipumusten toteuttamista. Sen yksi ulottuvuus on se, että ihminen toimii aktiivisesti oman elämänsä käsikirjoittajana. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä auttaa tässä identiteettityössä. Asiakslähtöisen dialogisen kumppanuus -sosiaalityön tavoitteena on, että asiakas palautetaan kunnan identiteettityötä tekeväksi kansalaiseksi. Itsemääräämisen toteutumisen kannalta on ratkaisevaa, avaavatko asiakaslähtöisyys, dialogisuus tai kumppanuus kulloinkin asiakkaalle hänen toivomiaan ja rationaalisesti perustelemaansa todellisia toimintamahdollisuuksia vai ei. (emt.)

Perinteisesti itsemääräämisoikeutta ei ole palvelujärjestelmässä käytetty juridisessa mielessä, mutta sen merkitys on ymmärretty vahvana. Itsemääräämisoikeudessa on yksilömoraalin sijasta kysymys suhteesta ja liittymisestä yhteiskuntaan. Käsitettä voidaan pitää yhteiskuntasopimuksen tasoisena, johon sisältyy kansalaisten moraalisiin oikeuksiin liitettyjä yhteiskuntaa velvoittavia periaatteita. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen lähtee ihmisen kunnioittamisesta oman elämänsä asiantuntijana ja palvelujen kiinnittymisestä tähän asiantuntijuuteen. (Pohjola 2010, 47.) Toisaalta itsemääräämisoikeuden käyttäminen edellyttää henkilöltä kykyä ymmärtää hoidon tai siitä kieltäytymisen merkitys ja vaikutus terveydentilaan. Kelpoisuus päättää omasta hoidostaan tai tehtävistä tutkimuksista ei kuitenkaan ole sidottu henkilön oikeustoimikelpoisuuteen. Oikeustoimiin kykenemätön henkilö saattaa hyvinkin olla kykenevä ja kelpoinen päättämään omasta hoidostaan. (Pahlman 2015, 195–199.)

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

asiakkaiden itsemääräämisoikeutta vahvistavia menettelytapoja. Sosiaalihuollossa hyvään kohteluun kuuluu asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja hänen perusoikeuksiensa kunnioittaminen. (emt., 3, 72.)

3.2 Asiakslähtöisyys ja valinnanvapaus

Asiakslähtöisyyden, asiakkaan osallisuuden ja osallistumisen määrittelemine on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan vaikeaa (Ristaniemi 2005; Laitila 2010; Kaseva 2011), joten tuon seuraavassa esiin käsitteiden eri puolia ja suhdetta toisiinsa sen sijaan, että yrittäisin määritellä niitä tyhjentävästi.

Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa toiminta- ja ajattelutapaa, jossa asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset muodostavat toiminnan perustan. Asiakslähtöisyys esiintyy periaatteena lainsäädännössä ja suosituksissa, mutta sen käytännön toteutumista kuvataan puutteelliseksi. Käsitteen sisällöstä ei ole yksimielisyyttä, vaikka asiakslähtöisyys on laadunhallinnan ja palvelutoiminnan kehittämisen keskeisiä periaatteita. (Sorsa 2002, 68–71.) Asiakslähtöisyyden käsite yleistyi vasta 2000-luvun taitteen aikoihin, kun asiakaskeskeisyys ei nostonut asiakasta riittävästi toimivaksi subjektiksi auttamissuhteessa. Asiakaskeskeisyydessä oli tavoiteltu asiakkaan nostamista työn tärkeimmälle sijalle siten, että auttamissuhteessa toteutuisi työntekijän ja asiakkaan tasavertainen suhde. (Pohjola 2010, 46.)

Asiakslähtöisyydestä säädetään laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Lain tarkoituksena on edistää asiakslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkielensä ja kulttuuritaustansa. Sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilai-

set vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava siten, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. (emt.)

Suunnitelmaksi ei riitä se, että listataan toimenpiteitä ilman, että asiakkaan kanssa olisi pohdittu toimien tavoitteita. Olennaista suunnitelmassa on nimenomaan sopimus, jossa molemmat osapuolet sitoutuvat tavoittelemaan yhteistä päämäärää. (Pohjola 2010, 51.) Palvelujärjestelmässä sopimukset ilmenevät usein suunnitelmien nimellä (Valokivi 2008, 77). Huhtikuussa 2015 voimaan tullut uusi sosiaalihuoltolaki painottaa asiakassuunnitelman tekoa ja sen tarkistamista säännöllisesti. Laki antaa myös mahdollisuuden yhdistää useat asiakasta koskevat hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmat yhdeksi suunnitelmaksi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Potilaslakiin sisältyy itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeudessa on kyse myös heikkomman suojasta. Heikompina pidetään ihmisiä, jotka eivät kykene tai kykenevät puutteellisesti huolehtimaan itsestään ja oikeuksistaan. (Pahlman 2003, 182–183.) Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää samoja asioita kuin sosiaalihuollon asiakaslaki. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumus-

taan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa se, mitä siitä mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa (41/1986), tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977) säädetään. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Sosiaalihuollon asiakaslaki ja terveydenhuollon potilaslaki nähdään myös asiakkuuden oikeudellistumisena. Lait säätelevät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemaa ja oikeutta. Muutoksen takana nähdään olevan kuluttajaideologian nousu. Mikäli lakiin kirjatut subjektiiviset oikeudet eivät ole palvelujen luonteen vuoksi tai poliittisesti mahdollisia, on alettu käyttää vähemmän velvoittavia ”takuita” (esim. hoitotakuu, palvelutarpeen arviointitakuu). (Julkunen 2006, 194.)

Asiakslähtöisyyden käsitettä voidaan pitää ongelmallisena, koska se kuvaa usein tavoitteellisesti palvelujärjestelmää aidosti asiakkaan lähtökohdista lähtevän työn sijaan. Asiakslähtöisyydestä voi muodostua ilmaisu, jolla palveluiden tuottajat osoittavat toimintansa hyvyttä. Asiakslähtöisyydestä on tarve siirtyä itsemääräämisoikeuteen, joka punnitsee ihmisen oikeuksia ja nostaa hänen näkökulmansa sekä yhdessä toimimisen esiin. (Pohjola 2010, 46–47.) Itsemääräämisoikeutta pidetään kulttuurisesti itsestänselvyytenä, jolloin vastuuttomasti käyttäytyvien ihmisten katsotaan menettävän tämän oikeuden. Itsemääräämisoikeuden menettämisen syyksi sosiaalityössä voidaan katsoa, ettei asiakas ansaitse käytöksensä takia oikeutta tehdä valintoja. Toisenlainen, ymmärtävä tulkinta perustelee oikeuden menettämistä sillä, ettei asiakas kykene ”sairautensa” tai ”vammansa” vuoksi toimimaan omassa asiassaan. (Juhila 2008, 95–96.)

Kriittisen puheenvuoron asiakslähtöisyydestä on esittänyt Ilpo Helén (2011, 153–166). Helénin (emt.) mukaan asiakslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoidon ja hoivan lähtökohdina on hoidettavan ihmisen todellisuus ja itse hoitotoiminta perustuu ammattiauttajan

ja asiakkaan kumppanuuteen. Hoito- ja tukitoimenpiteet ovat muuttuneet neuvoteltaviksi, ja siksi asiakaslähtöisyyden idean ytimessä ovat suhde ja yhteistoiminta. Mielen-terveystyössä hoitosuhteen asiakaslähtöisyyttä luonnehtivat yhdenvertainen yhteistyö, dialogisuus ja voimavarat sekä voimaantuminen. Ammattikäytännöissä ja ammatillisuudessa asiakaslähtöisyys on merkinnyt erityisasiantuntijuuden ja ammatillisuuden rinnalla tavallisen ihmisyyden korostamista. Ammatilainen on sekä asiantuntija että lähimmäinen. Organisaatioiden ja instituutioiden tasolla asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan mukaan ottamista organisaation päätöksentekoon ja keskusteluun. Koko palvelujärjestelmän tasolla asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaiden osallistumista ja osallisuutta, moniammatillista yhteistyötä, palvelujen ja asiakastyön tuomista kentille, palvelujen saumattomuutta ja hoitosuhteen jatkuvuutta. Viimeinen tarkastelutaso Helénillä (emt.) on mielenterveyspolitiikan asiayhteys, jossa kyse on asiakkaiden osallistumisesta toimintapolitiikan laadintaan. (emt.)

Analyysinsa perusteella Helén (2011, 166–167) toteaa, että asiakaslähtöisyys on sosiaalityön ja terveydenhoidon kehittämistä ohjaava käsite. Oleellista on yhtäältä ammattitaidon muokkaaminen, toisaalta organisaation, toimintatapojen ja –kulttuurin kehittäminen. Silloin kun asiakaslähtöisyydellä ei tarkoiteta asiakkaan ja ammattiauttajan suhdetta, on ennemminkin kyseessä uuden julkishallinnon tavoitteita palveleva, retorinen asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyydellä voidaan perustella erilaisia palveluiden uudelleen organisoimisen tapoja kuten palvelujen hajauttamista. Toisaalta retorinen toiminta toimii oikeutuksena kritiikkiin. (emt.)

Asiakaslähtöisyys haastaa mielenterveystyön tieto- ja valtakäsityksiä. Olennaista on tilannekohtaisesti kysyä, mikä on asiakkaan kokemuksellisen tiedon painoarvo, kun kuntoutusprosessia hallitaan, sairauden itsehoitoa opetetaan, palveluja valitaan, etuuksia myönnetään, mielenterveystyötä tutkitaan ja kuntoutumistuloksia sekä laatua mitataan. Asiakkaan ääni välillä kuuluu ja välillä ei. Hänet kohdataan yhdessä hetkessä toimijana ja toisessa taas toiminnan kohteena. Mielenterveystyön kehittäminen yhdessä tekemiseksi edellyttää erilaisten tietämisen tapojen sekä passiivinen/aktiivinen toimijuus-asetelmien tiedostamista asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisissa ja näitä kohtaamisia kirjatessa. (Günther, Raitakari, Juhila, Saario, Kaartamo & Kulmala 2013, 129.)

Asiakaslähtöisyyden käsitteen on todettu kuvaavan organisaatioiden tai työntekijöiden toimintatapaa ja osallisuuden käsitteen asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista (Närhi ym. 2013, 118). Näkökulmat voidaan yhdistää tarkastelemalla asiakaslähtöisyyttä asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksessa eli tarkastelemalla asiakaslähtöisyyttä suhdekäsitteenä tietyssä kontekstissaan. Tällöin asiakaslähtöisyys moninaistuu ilmiönä, jolloin selkeiden käsitelmääritelmien tilalle tulevat epävarmuus, monitulkintaisuus ja risiiriittäisyys. (Raitakari, Juhila, Günther, Kulmala & Saario 2012, 52–56.)

Suvi Raitakari, Kirsi Juhila, Kirsi Günther, Anna Kulmala ja Sirpa Saario (2012, 47–80) ovat tiivistäneet tutkimuksensa perusteella asiakaslähtöisyyden kolmeen asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa läsnä olevaan tulkintatapaan eli kuluttajuus-, kumppanuus-, ja huolenpitosuhteeseen. Suhteissa voidaan erottaa erilaiset tavat määrittellä asiakkaan ja ammattilaisen roolit. Yritysmaailman, palvelujärjestelmän modernisoitumisen ja ammattietiikan erilaiset painotukset asiakaslähtöisyydestä näkyvät suhteissa. (emt.)

Asiakas ja työntekijä kohtaavat lainsäädännön määrittämässä rajojen ja normien puitteissa. Asiakkaan asemaa, itsemääräämisoikeutta sekä oikeutta asiakaslähtöisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vahvistettu 1990-luvulta lähtien lainsäädännössä. (Günther ym. 2013, 130.) Psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaiden kokemuksia asiakaslähtöisyydestä tutkineen Teija Ristaniemen (2005, 123) haastattelemat potilaat kokivat asiakaslähtöisyyden synonyymina hyvälle hoidolle. Asiakaslähtöisyyden toteuttaminen laitospotilaiden kuntoutuksessa edellyttää asiakaslähtöisyyden sisältyvän kuntoutuksen prosessiin eli kuntoutuksen tulee olla suunnitelmallista, yhteistoiminnallista, arvioivaa ja tavoitteiden yksilöllisiä. Asiakas kohdataan arvostaen ja yksilöllisesti asiakaslähtöisessä toiminnassa. Potilas kokee osallisuutta yhteistyösuhteessa, mikäli hänellä on riittävät tiedot vaikuttamistilanteissa. (emt.)

Asiakkaan valinnanvapauden kehittäminen on uusin kehityssuunta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Asiakkaille tuli mahdollisuus valita terveyskeskuksensa vähintään vuodeksi kerrallaan oman kunnan alueelta ja erikoissairaanhoidon asuinpaik-

kansa erityisvastuualueen sisältä terveydenhuoltolain myötä vuonna 2011. Valinnanvapaus laajeni koskemaan koko maata vuonna 2014. Lisäksi kansalaisilla on mahdollisuus valita julkisen sektorin järjestämä hoito toteutettavaksi EU:n alueella. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Terveydenhuoltolaki (1326/2010) lisäsi terveydenhuollon asiakaskeisyyttä laajentamalla valinnanvapautta ja edistämällä potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon laatua (Lehtonen 2015, 53–54).

Terveydenhuollon valinnanvapaudella tarkoitetaan potilaan tai asiakkaan oikeutta valita itse hoitopaikkansa ja häntä hoitava ammattihenkilö sekä oikeutta osallistua hoitoonsa liittyviin valintoihin. Sosiaalihuollon valinnanvapaus on toteutunut lähinnä palvelusetelien kautta. Kuntien on ollut mahdollista hyväksyä palvelujen tuottajiksi myös muita kuin julkisia tuottajia vuoden 2009 palvelusetelilainsäädännön myötä. Valinnanvapauden toteutuminen edellyttää kansalaisilta kykyä tehdä valintoja. Lisäksi palvelujärjestelmän tulee sisältää riittävästi vaihtoehtoja valintoihin, jotta valinnanvapaus voi toteutua. (Junnila & Nykänen 2016, 41–54.)

Yksilöllisten oikeuksien (esim. subjektiiviset oikeudet) ja takuiden (esim. hoitotakuu) yleistymistä voidaan tulkita monin tavoin. Tällaista kehitystä voidaan pitää oireena yleisestä oikeudellistumisesta ja siirtymästä yhteiskuntaan luottavasta kansalaisesta kohti oikeuksistaan tietoista sosiaalipolitiikan kuluttajaa. Toisaalta oikeudet ja takuut voidaan nähdä vastavetona palvelujen rapautumisen tendenssille. (Julkunen 2006, 196.)

Valinnanvapaus ei välttämättä hyödytä mielenterveys- ja päihdeongelmaisia. Valinnanvapaus koskee pikemminkin yksittäisiä palveluja kuin palvelujen käyttäjän tarvitsemia yksilöllisiä palvelujen kokonaisuuksia. Mikäli henkilöllä ei ole voimavaroja tai kykyä valintaan, voi valinta olla hyvin sattumanvaraista. Positiivista diskriminaatiota eli erityistoimia voidaan tarvita eriarvoisuuden lisääntymisen estämiseksi tukemaan niitä ryhmiä, jotka jäisivät muuten eriarvoiseen asemaan. Erityistoimilla tarkoitetaan tuetun päätöksenteon mallia. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016.) Tuetun päätöksenteon rinnalla on käytetty käsitettä jaettu päätöksenteko tai asiakkaan ja ammattilaisen kumppanuus. Palvelun valintatilanteissa jaettu päätöksenteko vaatii erityistä eettistä reflektiivisyyttä, jotta

asiakkaan vahva asema olisi mahdollinen. (Raitakari & Juhila 2013, 194.)

Sosiaalipolitiikan näkökulmasta kansalaisia voidaan tarkastella myös sopimuksia tekevinä subjekteina. Sopimusten käyttö on yleistynyt yhteiskunnallisen ohjauksen ja hallinnan välineenä konkreettisissa, osapuolten allekirjoittamissa muodoissa. Suomessa on muihin maihin verrattuna vielä vältetty puhumasta sopimuksista silloin, kun sopimuksen vapaaehtoisuus ja sopijaosapuolten tasavertaisuus (eli sopimuksellisuus) eivät toteudu. Toisaalta sopimuksia käytetään myös esimerkiksi omaishoitajien ja kuntien välillä. Suomalaisessa aktivointipolitiikassa puolestaan käytetään työnhaku- ja aktivointisuunnitelmia eurooppalaiseen sosiaaliturvaan verrattuna. (Julkunen 2006, 212–216.)

3.3 Osallisuus ja osallistuminen

Aktiivisesta asiakkaasta puhuttaessa voidaan myös puhua asiakkaan osallisuudesta (*involvement*) tai osallistumisesta (*participation*), jotka menevät usein sekaisin keskenään. Yhteistä osallisuudelle ja osallistumiselle on, että niissä katsotaan asiakkaalla olevan tärkeä rooli oman palvelutilanteensa ja –kokonaisuutensa määrittymisessä. Osallistuva asiakas toimii, hän ei ole vain vastaanottava passiivinen kohde. Syrjäytymistä koskevissa keskustelussa osallistuminen on tärkeä teema. (Pohjola 2010, 57.)

Osallistuminen voidaan määritellä tapahtumisena tai toimintana ja osallisuus kokemuksena tai olotilana. Osallistuminen ja osallisuus konkretisoituvat aina palvelujärjestelmän asiantuntijoiden ja asiakkaan kohtaamisissa, ja ovat tämän takia myös kansalaisuuden toteutumisen kannalta merkityksellisiä. Palvelujärjestelmän organisatorisella tasolla asiakkaan osallistumisen esteitä voivat luoda esineellistävät, järjestelmäkeskeiset toimintakäytännöt, byrokraattiset, hierarkkiset ja jäykät toimintakulttuurit tai perityt autoritaariset toimintaideologiat ja ajattelumallit. (Metteri 2003b, 94–95.)

Kaisa Kaseva (2011) on kirjallisuuskatsauksessaan määritellyt osallisuuden kaikkien väestöryhmien oikeutena käyttää sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita tai toimia niiden piirissä, ja osallistuminen vastaavasti palveluihin vaikuttamisena tai niiden kehittämisenä yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimukset jäsenettiin potilaiden ja asiakkaiden osallisuutta sekä osallistumista kuvaavaan neljään osallisuuden asteeseen, jotka olivat: 1. asiakas palveluiden kohteena, 2. asiakas palautteen antajana, 3. asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä, 4. asiakas aktiivisena palveluiden kehittäjänä. Asiakkaiden itseään koskevista palveluista antaman palautteen perusteella voitiin osoittaa, että yksilön osallisuuden lähtökohtia määrittävät suhde asiantuntijavaltaan, tiedon prosessoinnin kyky, omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta sekä sosiaalinen tuki. Lisäksi aineiston perusteella todettiin, että voimaantumiseen vaikuttivat sosiaalinen tuki sekä asiakkaan tai potilaan kyky muokata omia ajatusmallejaan ja asenteitaan. (emt.)

Terveydenhuollossa asiakkaan osallisuuden huomioiminen on kasvanut lainsäädännön itsemääräämisoikeutta, kuten palvelujen valinnan mahdollisuudet, lisäävien muutosten myötä. Potilaan osallistuminen ei kuitenkaan ole uusi käsite terveydenhuollossa toimiville, vaan sen historia juontaa lääkärin ja potilaan suhdetta koskevaan keskusteluun ja tutkimukseen. (Collins, Britten, Ruusuvoori & Thompson 2007, 7.)

Osallisuus ja osallisuuden kokemukset ovat yhteydessä osallistujan henkilökohtaiseen elämismaailmaan, identiteettiin ja verkostoihin. Tästä näkökulmasta osallisuus on vahvempi ja perustavanlaatuisempi käsite kuin osallistuminen. Osallisuuden vastakohtana voidaan pitää osattomuutta. (Närhi ym. 2013, 115–116.)

Asiakkaan todellinen osallisuus perustuu siihen, että hänet ymmärretään oman elämänsä asiantuntijana ja asiantuntijuuden hierarkian purkamisena sekä kääntämisenä yhteistyösuhteeksi. Jaetusta asiantuntijuudesta on kyse silloin, kun työntekijä tuntee ammatillisesti palveluiden antamat mahdollisuudet sekä työprosessin metodiset keinot ja asiakas tuntee kokemuksellisesti oman elämänsä puitteet ja tapahtumat. (Pohjola 2010, 59.)

Osallistumisessa katsotaan riittäväksi, että asiakas voi olla mukana prosesseissa, häntä voidaan kuulla ja asiakkaan tavoitteita kirjataan palvelusuunnitelmiin. Osallistumisessa järjestelmä asettaa asiakkaalle ehdot ja intressit, se ei tapahdu välttämättä asiakkaan aloitteesta. (Pohjola 2010, 58.) Samansuuntaisesti on Metteri (2003b, 94) todennut, että palvelujärjestelmän organisatorisella tasolla asiakkaan osallistumisen esteitä voivat luoda esineellistävät, järjestelmäkeskeiset toimintakäytännöt, byrokraattiset, hierarkkiset ja jäykät toimintakulttuurit tai perityt autoritaariset toimintaideologiat ja ajattelumallit.

Asiakkaan tasaveroisen osallisuus palveluissa on osallistumisen kehittyneempi muoto. Tasaveroisen osallisuuden edistyneenä muotona pidetään kumppanuutta. Kumppanuudessa asiakassuhteen sijaan rakentuu yhteistyösuhde, jossa toiminnan tavoitteet asetetaan ja niiden saavuttamiseen liittyvä työskentelyprosessi toteutetaan aidosti yhdessä. Kumppanuuden jäädessä retoriseksi tavoitteeksi, sitä esitetään asiakkaan kohteellistamisen vaihtoehtona. (Pohjola 2010, 58.) Huolenpitosuhde pitää sisällään puolestaan riippuvuussuhteen: autettava tarvitsee auttajaansa ja usein hänellä on rajallinen määrä vaihtoehtoja valittavana. Kuluttaja-asiakkuus määrittyy ennen kaikkea mahdollisuutena tehdä valintoja. (Raitakari ym. 2012.)

Sosiaalityön asiakkaiden osallistuminen voidaan ymmärtää myös sekä tavoitteena että keinona. Puhuttaessa osallistumisesta keinona (välinearvo), se liitetään ainakin seuraaviin asioihin: 1) työn varsinaisten tavoitteiden saavuttaminen, kuten asiakkaan ongelmien lievittyminen tai elämänhallinnan ja itsenäisen selviytymisen edistäminen, 2. Työn laatuun liittyvät tavoitteet, jolloin asiakkaan osallistuminen ja hänen kuulemisensa ovat osa hyvin tehtyä laadukasta työtä. Osallistuminen edellyttää, että siihen on edellytyksiä. Varsinaisten legitimoitujen osallistumisen kanavien ohella tieto, oikeusturva, mahdollisuus valvoa profession ja päätöksentekijöiden toimintaa sekä näiden lisäksi taito, halu ja kyky osallistumiseen ovat osallistumisen edellytyksiä. (Niiranen 2002, 71–72.)

Osallistuminen ja osallisuus ovat yhteydessä laadukkaaseen palveluun. Onnistuneen, hyvän palvelun kriteereinä pidetään ihmisen kohtaamista kokonaisuutena, kiireettömästi,

avoimesti, arvostaen, ymmärtäen ja tosissaan (Pohjola 2010, 52–54). Järjestelmälähtöisessä toimintakulttuurissa palvelutyön varsinainen merkitys ihmisen kohtaamiselle saattaa kuitenkin unohtua, jolloin asiakkaiden ainutkertaisiin tarpeisiin vastataan yleisillä standardiratkaisuilla (emt.). Työntekijän voi olla vaikea toteuttaa asiakaslähtöisyyttä vuorovaikutustilanteissa, joissa läsnä ovat myös instituutioiden asiakkuudelle asettamat kriteerit ja sosiaalisia ongelmia määrittävät kulttuuriset diskurssit. Instituution läpi tullut asiakkuus on oikeastaan asiakaslähtöisen ongelmien tulkinnan vastakohta. Kärjistyneimmillään instituutiot hakevat itselleen sopivia asiakkaita, eivätkä muokkaa omia toimintojaan asiakkaidensa tarpeiden mukaan. (Juhila 2006, 252.) Tätä institutionaaliin käytäntöihin liittyvää toimintaa on kutsuttu myös poiskäännyttämiseksi. Apua ja palveluja tarvitsevat ihmiset voidaan suoraan tai epäsuorasti ohjata muualle tai yksinkertaisesti torjua. (Hänninen 2007, 8.)

Osallisuutta voidaan tarkastella myös erilaisten tekijöiden kautta. Erik Allardt (1976) mukaillen osallisuuden merkittäviä tekijöitä ovat tieto (tiedon saaminen ja tietäminen-ymmärtäminen), valta (tietoisuus – mahdollisuudet vaikuttaa), oikeudenmukaisuus, ihmisarvoinen kohtelu (kunnioitus, arvostus) ja autonomia (empowerment, valtaistuminen) (Luhtasela 2009, 80.)

Asiakkaiden osallisuutta ja palveluiden asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdepalveluissa tutkinut Minna Laitila (2010) toteaa tutkimustuloksissa osallisuuden tarkoittavan palveluiden käyttäjien asiantuntemuksen hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Osallisuus toteutui omassa hoidossa ja kuntoutuksessa, palveluiden kehittämisessä ja palveluiden järjestämisessä. Asiakaslähtöisyys toteutui puolestaan organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, yhteistyösuhteena ja ammattilaisten toimintana. Asiakaslähtöisyydellä mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitetaan joko laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet saavutetaan. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaita sekä työntekijöitä. (emt.)

Osallisuuden on ajateltu olevan laajempi näkökulma kuin asiakaslähtöisyys, koska osallisuudessa on kyse itsemääräämisoikeudesta, vaikutusmahdollisuuksista, vahvasta

asemasta, arvostuksesta ja mukaan pääsemisestä palvelujärjestelmään ja yhteiskuntaan. Asiakaslähtöisyydessä puolestaan ajatellaan olevan kyse palvelujen valinnasta, asiakkaan kuulemisesta ja tarpeista suhteessa palveluihin. Asiakkaan osallistuminen voidaan ymmärtää prosessina, johon vaikuttavat muun muassa menneet kokemukset asiakkaana olemisesta ja monet tilannetekijät. On hetkiä, tilanteita ja aikoja, jolloin asiakkaan on mahdollista toteuttaa vahvaa toimijuutta, ja on tilanteita, jolloin hänen toimijuutensa on rajoitettua ja heikkoa. Siten osallisuutta voi tarkastella janalla ei-osallisuutta – tuettu osallisuus – itsenäinen osallisuus. Todellisessa elämässä mielenterveystyössä liikutaan kyseisellä janalla, tilannekohtaisesti edestakaisin. Osallisuuden jana realisoituu ihmisten vuorovaikutuksessa, ei-osallisuus on tapahtuma- ja vuorovaikutusketjujen tulosta siinä missä itsenäisenkin osallisuus. (Günther ym. 2013, 116, 123.)

Julkisen sektorin palvelujen käyttäjiä on mahdollista tarkastella myös taloustieteilijä Albert O. Hirschmanin (1970) tekemän luokittelun mukaan. Hirschman on tarkastellut yksilöiden suhdetta organisaatioon ja luokitellut heidän toimintatapansa kolmeen. Ihmiset voivat vetäytyä vuorovaikutussuhteesta (*exit*). Toiseksi he voivat osallistua toiminnan ja palveluiden kehittämiseen (*voice*). Kolmanneksi he voivat alistua saamaansa kohteluun ja jatkaa entiseen tapaan palvelujen käyttäjinä (*loyalty*). (emt.)

Englantilaisia terveydenhuollon hankkeita tarkasteltaessa on todettu, että julkisten palveluiden käyttäjien toiveet ja kokemukset ovat korvaamassa managerialismin ja hallinnon asiantuntemuksen palveluiden uudistamisessa. Palvelunkäyttäjän osallistumisen tavoitteet ja siihen käytetyt keinot voidaan ymmärtää suhteessa siihen, pidetäänkö osallistumiselle ensisijaisena kansanvallan tai markkinoiden oikeutusta. (Tritter 2009, 211, 217.)

Osallistuminen voidaan ymmärtää myös erilaisten tekijöiden, osallistumisen asteen ja kontekstin kautta. Terveydenhuollossa potilaiden osallistumista tutkittaessa on tärkeää huomioida konteksti eli millaista potilasryhmää ja miten ollaan tutkimassa sekä osallistumiseen vaikuttava vuorovaikutus. Lisäksi on muistettava, että potilaiden osallistuminen vaihtelee eli kaikki potilaat eivät halua ottaa kantaa hoitoonsa kaiken

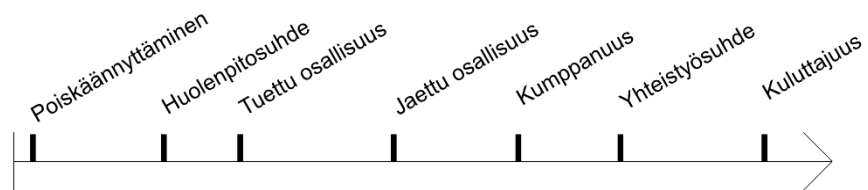
aikaa, jos lainkaan. Osallistumisen vaihtelussa havaittiin eroja sen mukaan, tarvitsiko potilas kiireellistä hoitoa vai kiireetöntä tai oliko sairaus krooninen vai akuutti. Sairauden vakavuus ja kiireellisen hoidon tarve vähensivät halua osallisuuteen, kun taas kiireetöntä hoitoa saaneet pitkäaikaissairaat potilaat osallistuivat edellisiä aktiivisemmin hoitoonsa. (Collins, Britten, Ruusuvaori & Thompson 2007, 182–188, 192–193.)

Terveydenhuollon tutkimuksessa on esitetty monimuotoisen osallisuuden jakamista seuraaviin tekijöihin: 1. potilaan myötävaikutus vuorovaikutuksen ja toiminnan kulkuun, 2. potilaan vaikutus käsiteltävän asian määrittelyyn, 3. potilaan rooli asioiden ratkomisessa ja pohtimisessa, 4. potilaan rooli päätöksenteossa, 5. potilaan osallistumisen tarkastelu vuorovaikutuksen tunneilmaston ja tuen antamisen näkökulmasta. (Peräkylä & Ruusuvaori 2007.)

Lasten osallisuutta hyvinvointipalveluissa tutkinut Nigel Thomas (2002, 174–175) kuvaa osallisuutta verkkona tai kiipeilyseinänä, jossa oleellista on mahdollisuus edetä useammalla kuin yhdellä akselilla. Hän kritisoi aiempia osallisuuden tikapuita siitä, että niiden mukaan jonkun yksilön osallisuus voidaan yksiselitteisesti määrittää merkityksellisemmäksi kuin toisen henkilön osallisuus. Toimitaan ikään kuin osallisuutta voisi olla enemmän tai vähemmän, kun pitäisi huomioida sen monimutkaisuus. (emt.)

Neuvottelu- ja päätöksentekotilanteissa erilaisia osallisuuden näkökulmia voidaan tunnistaa kuin tiiliä kiipeilyseinästä ja niitä kohti voidaan kurottaa eri tavoin. Lapsia koskevissa neuvottelu- ja päätöksentekotilanteissa lapsen osallisuuden tärkeimpinä näkökulmina pidetään osallisuuden vaihtoehtojen olemassaoloa, tilannekohtaisten tietojen ja oikeuksien ymmärrystä, päätöksentekoprosessin hallittavuutta, sananvaltaa keskusteluissa, lapsen samaa tukea puhuessaan, lapsen autonomisuuden astetta, kun hänen täytyy tehdä itsenäisesti päätös. Tarkastelemalla neuvottelu- ja päätöksentekotilanteita em. näkökulmien kautta huomataan, että jonkun lapsen osallisuus päätöksentekoprosessissa on jossain suhteessa vahvaa ja toisessa suhteessa heikkoa. (Thomas 2002, 174–176.)

Tämän tutkimuksen kannalta tärkeimmiksi käsitteiksi ovat muodostuneet: kansalaisuus, asiakkuus, asiakaslähtöisyys, osallisuus, itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus. Valittuihin käsitteisiin ei ole olemassa yksiselitteisiä määritelmiä. Ne kuvaavat palvelun saajaa ja tuottajaa eri näkökulmista ja eri yhteyksissä. Aiemman tutkimuksen mukaan palvelun tuottajan ja palvelun saajan välistä suhdetta voidaan kuvata myös erilaisilla suhdekäsitteillä, jotka kertovat asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutumisesta palvelukokemuksissa.



KUVIO 1. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutusta kuvaavia suhdekäsitteitä asiakkaan osallisuuden jatkumolla. Mukailten Valokivi (2008), Raitakari ym. (2012), Günther ym. (2013), Närhi ym. (2013).

4. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA METODOLOGINEN PERUSTA

Tarkoitukseni on tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemuksia osallisuudesta ja valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Osallisuus ja valinnanvapaus konkretisoituvat vuorovaikutuksessa mielenterveyskuntoutujien ja sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisissa erilaisissa palvelutilanteissa. Tutkimuksen keskiössä ovat mielenterveyskuntoutujien kokemukset, ei palveluiden tuottajan tai palvelun laadun näkökulma.

Tutkimustehtävään haetaan vastausta kahdella kysymyksellä:

1. Minkälaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on osallisuudesta ja valinnanvapaudesta palvelujärjestelmässä?
2. Miten osallisuus ja valinnanvapaus ovat yhteydessä toisiinsa mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksissa?

Tutkimuskysymykset tarkentuivat tutkimusprosessin edetessä. Aineiston keruun aikana mielenterveyskuntoutujien osallisuus ja valinnan mahdollisuudet palveluissa näyttäytyivät vielä kahtena erillisenä kysymyksenä. Osallisuuden ja valinnanvapauden käsitteet täsmentyivät aineiston analyysin ja kirjoittamisen aikana. Osallisuuden ja valinnanvapauden käsitteet ovat yhteydessä toisiinsa sekä itsemääräämisoikeuteen. Tutkimuksen suunnitteluvaiheen tutkimuskysymykset tiivistyivät yhdeksi kysymykseksi ja rinnalle tarkentui toiseksi tutkimuskysymykseksi osallisuuden ja valinnanvapauden yhteyden tarkastelu mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksissa.

Mielenterveyskuntoutujien palvelukokemukset ovat sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluista. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon lisäksi mielenterveyskuntoutujilla saattaa olla kokemuksia perusterveydenhuollon palveluista, järjestöjen palveluista ja erilaisista sosiaalitoimen palveluista kuten aikuissosiaalityöstä, asumispalveluista ja toimeentulotuesta.

Asiakkaiden oikeudesta valinnanvapauteen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on säädetty laissa. Lakisääteisen valinnanvapauden lisäksi tarkastelen mielenterveyskuntoutujien kokemuksia valinnan mahdollisuuksista. Valinnanvapauden toteutuminen palveluissa merkitsee osallisuuden ja siten myös itsemääräämisoikeuden toteutumista. Valinnanvapaus voi toteutua myös osittain, ammattilaisen tuella, jolloin kyseessä on tuettu osallisuus (Günther ym. 2013).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tarkoitettu tuottamaan hyvinvointia niille ihmisille, jotka oman elämäntilanteensa takia ovat tuen ja palvelujen tarpeessa. Täten palveluja tarvitsevan ja käyttävän asiakkaan näkökulma tulisi olla keskeisessä asemassa palvelujen tutkimuksessa ja arvioinnissa. (Metteri 2012, 58.) Tässä tutkimuksessa kerätään tietoa suoraan palvelujen käyttäjiltä. Kerättävä tieto on yksityiskohtaista, kokemuksellista ja paikantunutta, joten tutkimuksessa käytettävä tieto on viralliseen tietoon nähden toisen tiedon asemassa. Toinen tieto antaa kansalaista lähellä olevan ja kokemustietoon perustuvan näkökulman siihen, mitä yhteiskunnassa tapahtuu ja minkälainen on yksittäisten ihmisten tilanne. (Juhila 2006, 106; Metteri 2012, 55).

Tutkimuksen taustafilosofialla tarkoitetaan teoriaa, joka kuvaa tutkijan maailmankuvaa, peruskomuksia, paradigmoja (Denzin & Lincoln 2005, 21; Metsämuuronen 2009, 216; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 183). Tässä tutkimuksessa ymmärrän mielenterveyskuntoutujia Lauri Rauhalan (2005) kuvaaman holistisen ihmiskäsityksen orientaatiolla. Holistisessa ihmiskäsityksessä olemassaolon katsotaan perustuvan tajunnallisuuteen (psykkis - henkinen olemassaolo), kehollisuuteen (organisena tapahtumisena) ja situationaalisuuteen (suhteina todellisuuteen) (emt., 32). Tutkiessani kokemuksia otan huomioon erityisesti mielenterveyskuntoutujien psyykkisen sairauden ja toimintakyvyn sillä hetkellä sekä sairauden vaikutukset ja situationaalisuuden. Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti (Rauhala 2005, 41). Pitkään psyykkistä sairautta sairastaneilla henkilöillä sairaus on vaikuttanut elämänkulkuun, mikä on merkittävä yhteinen tekijä todellisuuden kokemisessa yksilöllisten tekijöiden ohella. Kokemuksellisuus kertyy osittain palveluissa asiakkuuden kautta ja kaikkiaan ihmisen oman elämisen prosessin kautta (Pohjola 2017, 311).

Tutkimuksen teoreettismetodologinen viitekehys on konstruktionistinen. Siinä käsitys todellisuudesta rakentuu relativistisesti, sosiaalisena konstruktiona, joiden osana ovat kokemukset elämästä. Konstruktionistisen käsityksen mukaan sosiaalinen todellisuutemme rakentuu (rakentaa=*construct*) sosiaalisessa ja kielellisessä vuorovaikutuksessa. Todellisuudesta voidaan konstruoida useita eri versioita: elämästämme ei niinkään ole olemassa absoluuttisia totuuksia, vaan pikemminkin erilaisia selitystapoja ja kertomuksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Sosiaalisen konstruktionismin epistemologinen lähestymistapa on subjektiivinen ja siten tulkinnallinen (Lincoln & Guba 2000, 165). Tietoa todellisuudesta saadaan vuorovaikutuksessa tutkittavaan, mutta tutkijan tehtävänä on tulkita löydökset (Metsämuuronen 2009, 218). Keskeiset kysymykset sosiaalisessa konstruktionismissa ovat: Kuinka ihmiset rakentavat todellisuutensa? Mitkä ovat heidän oletuksensa, selityksensä, ”totuutensa”, uskomuksensa ja maailmankatsomuksensa? Millaisia seurauksia heidän todellisuudestaan on käyttäytymiselle ja niille, keiden kanssa he ovat vuorovaikutuksessa? (Patton 2002, 132.) Todellisuudesta voidaan konstruoida useita eri versioita. Tämän tutkimuksen tekemisessä ovat vaikuttaneet sosiaalisen konstruktionismin tutkimuksen periaatteet: 1. kriittisyys itsestäänselvyksiä kohtaan, 2. käsitystemme historialliskulttuurinen tausta (relatiivisuus), 3. tiedon syntyminen sosiaalisissa prosesseissa, 4. tiedon ja sosiaalisen toiminnan vuorovaikutussuhde. (Burr 1995, 2–5.) Näiden periaatteiden mukaisesti tulkiten mielenterveyskuntoutujien kokemuksia aineiston analyysivaiheessa yrittäen tavoittaa osallisuuden ja valinnanvapauden kokemuksen ymmärtämistä suhteessa psykiseen sairauteen, aiempiin kokemuksiin, vuorovaikutukseen ja muihin tilanteissa vaikuttaviin tekijöihin.

Metodologisesti konstruktionistinen tutkimus on hermeneuttista eli tulkinnallista ja dialektista (Lincoln & Guba 2000, 165). Tässä tutkimuksessa tulkinnan ja ymmärtämisen kohteena ovat mielenterveyskuntoutujien kokemukset osallisuudesta ja valinnanvapaudesta sekä mielenterveyskuntoutujien niille antamat merkitykset. Tutkija on vuoropuhelussa aineiston kanssa, minkä tavoitteena on mielenterveyskuntoutujan toiseuden ymmärtäminen. Tässä vuoropuhelussa tutkijan ymmärryksen tulisi syventyä ja korjaantua

koko ajan. Kriittisen etäisyyden jälkeen aineistosta nousee esiin asioita, joita tutkija ei aluksi lainkaan huomaa tai joita pitää epäolennaisina, koska ne eivät vastaa tutkijan omaa välitöntä tulkintaa. (Laine 2007, 36.)

Erilaisia päättelyn logiikoita on laadullisessa analyysissä sen mukaan, millainen tulkinnan tapa ohjaa analyysin tekoa. Päättelyn logiikoista puhutaan usein induktiivisena (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiivisena (yleisestä yksittäiseen). Lisäksi on olemassa kolmas päättelyn logiikka: abduktiivinen analyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Siinä havaintojen tekoon liittyy jokin johtojatous, mikä mahdollistaa teorian muodostuksen (Alasuutari 1996). Jari Eskola (2007) on esittänyt jaottelun aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Tässä jaottelussa korostuu teorian merkitys tutkimuksessa, ja analyysimuotojen erot liittyvät tutkittavaa ilmiötä kuvaavan teorian ohjaavuuteen aineiston hankinnassa, analyysissä ja raportoinnissa. (emt. 2007; Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Teorialähtöinen analyysi nojaa johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin. Tutkittava ilmiö määritellään jo ennen aineiston keruuta ja aineiston analyysia ohjaa aiempi tieto. Päättelyn logiikka yhdistetään teorialähtöisessä analyysissä usein deduktiiviseen päättelyyn. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköitä ei ole etukäteen harkittu, vaan ne valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Puhdas aineistolähtöinen tutkimus on vaikea toteuttaa, koska tutkija vaikuttaa jo ennakkooajatuksillaan aineiston analyysiin. Ennakkokäsitykset ilmiöstä tulee siksi selittää tutkimusraportissa sekä huomioida tutkimusta tehdessä. Päättelyn logiikoista aineistolähtöisessä analyysissä lähinnä on induktiivinen tulkintatapa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–98.)

Teoriaohjaavassa analyysissä tutkija pyrkii yhdistelemään valmiita malleja ja aineistolähtöistä analyysia toisiinsa eri tavoin luovuuttakin käyttäen. Analyysissä hyödynnetään teoreettisia kytkentöjä tai teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä. Teoriaohjaavan analyysin päättelyn logiikassa on usein kyse abduktiivisesta päättelystä. Erilaiset analyysin muodot eivät suoraan vastaa päättelyn logiikoita, vaan tutkijan on tehtävä ratkaisu, missä kohtaa analyysia hän ottaa teorian mukaan ohjaamaan päättelyä. (emt. 2009, 97, 100)

Tämä tutkimus on lähinnä teoriaohjaava logiikaltaan. Olen tutkimusprosessin aikana perehtynyt aiempaan tietoon aiheesta, ja tutkimusasetelman luomiseen ovat vaikuttaneet sekä työkokemukseni psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, että johtoajatus psyykkisesti sairaiden henkilöiden osallisuuden ja valinnanvapauden mahdollisuuksien lisäämisestä viime vuosikymmenenä sekä lainsäädännössä että suosituksissa. Tutkimusta suunniteltaessa ja toteuttaessa en ole täysin lähtenyt ilman ennakkoajatuksia tai aiemman tiedon vaikutuksia. Tutkimuksen peruskäsitteet pohjautuvat raportin alkuosassa esitettyihin teoreettisiin lähtökohtiin. Analyysiyksiköitä en kuitenkaan valitse etukäteen, vaan ne löytyvät aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti (emt. 2009, 96). Aineisto ja sen analysointitapa voivat työn edetessä nostaa esiin uusia käsitteitä merkityksineen, jotka yhdistyessään aiempaan tietoon luovat uutta teoriaa mielen-terveyskuntoutujien kokemuksista osallisuudesta ja valinnanvapaudesta palvelujärjestelmässä.

Kokemukselle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Kokemuksen tutkimiseen sisältyy oletus, että tutkittavat ilmiöt ovat sellaisenaan elämismaailmassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 35). Kokemuksia voidaan jaotella erilaisiin lähtökohtiin perustuen. Juha Perttula (2009, 120) on jakanut kokemuksen ymmärtämisen aiheeseen uppoutuneeseen ymmärtämiseen ja rakentavaan ymmärtämiseen. Aiheeseen uppoutuneessa kokemuksen ymmärtämisessä kokemus nousee suoraan sen aiheesta, eikä siihen haeta ymmärrystä muualta. Rakentavassa ymmärtämisessä ihminen ymmärtää kokemustaan suhteessa muihin kokemuksiinsa ja niiden aiheisiin (emt., 120–122.) Perttula (emt., 123) on edelleen tarkastellut ymmärtämisen perustavoissa muodostuvia kokemuksia ja jakanut kokemuslaadut neljään: tunteeseen, intuitioon, tietoon ja uskoon. Koska kokemus nähdään suhteena, se sisältää sekä tajuavan subjektin ja hänen tajunnallisen toimintansa, että toiminnan kohteen. Kokemuksen tutkimuksessa on siten huomioitava sekä kokija että kokemuksen kohde. (emt., 116–117.) Muistelemalla kokemuksia rakennetaan niistä kertomuksia. Tutkija konstruoi puolestaan kertomuksista omat tulkintansa hyödyntäen aiempaa teoriaa.

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Mielenterveyskuntoutajat ja teemahaastattelu

Keräsin tutkimusaineiston haastattelemalla järjestöjen kautta tavoitettuja mielenterveyskuntoutujia. Otin yhteyttä viiteen mielenterveys- ja päihdejärjestöön ja lähetin heille tutkimuslupahakemuksen (liite 1) sekä ilmoituksen tutkimuksesta (liite 2) järjestön tiloihin laitettavaksi, haastateltavan tutkimuslupalomakkeen ja tiedotteen tutkimuksesta. Kaksi järjestöä ilmoitti, ettei heillä ole asiakkaita, jotka soveltuisivat haastateltaviksi. Kolmesta muusta järjestöstä tuli myönteinen vastaus. Kahdessa järjestössä lupahakemus hyväksyttiin hallituksessa ja yhdessä toiminnanjohtaja antoi luvan tutkimuksen suorittamiseen. Kahdessa järjestössä kävin paikan päällä kertomassa tutkimuksesta saadakseni haastateltavia ja se lisäsi kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Useiden rekryointikeinojen käyttö haastateltavien saamiseksi on nähty tarpeelliseksi etenkin silloin, kun kyseessä on marginaalinen, erityisen haavoittuva, vaikeasti tavoitettava tai piilossa pysyvä kohderyhmä (Kallinen, Pirskanen & Rautio 2015, 41). Haastattelut ajoittuivat loppuvuoteen 2015 ja alkuvuoteen 2016. Pidin haastattelut järjestöjen tiloissa, joista löytyi vapaa huone luottamuksellisen keskustelun pitämiseen. Järjestöjen tilat olivat tutut haastateltaville, joten se edesauttoi myönteisen ilmapiirin luomista haastatteluille.

Haastattelijan on kerrottava haastateltavilleen totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta, pidettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina ja suojeltava haastateltavien tunnistamattomuutta (Ruusuvoori & Tiittula 2017, 66). Kysyin haastateltavilta ennen teemahaastattelun alkua luvan nauhoittaa haastattelu ja kerroin nauhoituksen käyttötarkoituksen. Pyysin jokaiselta haastateltavalta kirjallisen luvan haastatteluun (liite 3) ja kerroin tutkimuksen raportoinnista siten, että tutkittavien tunnistamattomuus säilyy.

Ihmistä tutkivissa tieteissä on hyvin keskeistä tutkimuksen suostumuksen perustuminen tietoon. Suostumuksen tärkein ja ensisijainen merkitys on saada tutkittavat ihmiset ymmärtämään, mihin he suostuvat. (Kuula 2013, 104.) Annoin haastateltaville

tiedotteen tutkimuksesta (liite 4). Tiedotteessa kerroin tutkimuksen tavoitteesta, vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta, tutkimustavasta ja aineiston säilyttämisestä. Tiedotteessa oli myös yhteystietoni siltä varalta, että haastateltava haluaa jälkepäin kysyä jotain tutkimuksesta tai perua osallistumisensa tutkimukseen.

Erilaisista haastattelutavoista valitsin aineiston keruun tavaksi teemahaastattelun (liite 5), koska se mahdollistaa tarkentavien kysymysten esittämisen. Lisäksi haastattelututkimuksen etuna muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna on se, että aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. (Eskola & Suoranta 2008, 86; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 205.)

Koehaastatteluja ei aina koeta tarpeellisiksi kohderyhmän vaikean tavoitettavuuden, ajankäytön tai hyödyn takia. Toisaalta koehaastattelun tekemisestä voi olla hyötyä etenkin ensimmäistä kertaa sensitiivistä aihetta tutkivalle. Koehaastattelu on myös tapa testata haastattelukysymysten toimivuutta. (Kallinen ym. 2015, 42.) Tein ensimmäisen haastattelun koehaastatteluna valmiina muuttamaan haastattelurunkoa. Kerroin tästä myös haastateltavalle. Haastattelu kuitenkin onnistui ja liitin sen tutkimusaineistoon.

Aloitin teemahaastattelut kysymällä ensin palvelujen käytöstä, koska se johdatti haastateltavien ajatukset omiin palveluihin, niiden käyttöön ja kokemuksiin. Yhdentoista haastattelun jälkeen vaikutti siltä, ettei haastattelussa kerry enää oleellisesti uutta tietoa. Tuntuma aineistoon oli siinä vaiheessa, että suurin osa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista kohdistui perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön. Lisäksi olin saanut kuulla kokemuksia hyvistä ja huonoista palveluista. Kahdennentoista haastattelun jälkeen lopetin aineiston keräämisen ajatuksella, että oleelliset asiat tutkimusaiheesta kohderyhmän kertomana oli saatu talteen. Yhden haastatteluista jätin aineistosta pois, koska haastateltava ei ollut mielenterveyskuntoutuja. Aineiston keruun aikana merkitsin joitakin havaintoja muistiin haastattelujen sujumisesta.

Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jonka toimivuuteen vaikuttavat tilannetekijät, tutkijan suuntautuminen ja osapuolten persoonalliset ominaisuudet (Granfelt 2004,

147). Yleisvaikutelma haastattelujen jälkeen oli, että haastateltavat olivat keskenään hyvin erilaisia suhteessa tiedon tuottamiseen. Tähän mielestäni vaikutti haastateltavien persoonallisuus sekä psyykkisen sairauden luonne ja vaihe. Haastattelujen kestosta ei voinut päätellä sen sisällöllistä antia tutkimukselle, koska muutama haastateltavista puhui hyvinkin nopeasti ja paljon, kun taas muutamat haastateltavista puhuivat hyvinkin hitaasti ja kaksi haastateltavista oli niukkasanaisia.

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksien tutkimiseen teemahaastattelu sopi mielestäni paremmin kuin syvähaastattelu, koska haastattelulla haettiin vastausta tietynlaisiin kokemuksiin eli kokemuksiin osallisuudesta ja valinnanvapaudesta. Tutkimuksella ei tutkittu yksittäisen mielenterveyskuntoutujan koko elämän- tai sairaushistoriaa, vaan haastattelussa pitäydettiin nimenomaan kokemuksissa palvelujärjestelmästä. Avoimuudessaan teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on lähellä syvähaastattelua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Ryhmähaastattelua en pitänyt tarkoituksenmukaisena, koska aihe oli sensitiivinen ja siten hyvin henkilökohtainen. Ennen haastatteluja pidin mahdollisina esiin tulevina asioina kokemuksia psykiatrisesta hoidosta, tahdosta riippumattomasta hoidosta tai taloudellisesta niukkuudesta.

Tutkimuksen kohteena olevat kokemukset ilmentävät ihmisen suhdetta omaan todellisuuteen. Ihmistä ei voida ymmärtää irrallaan tästä suhteesta. Ihminen antaa merkityksiä kokemilleen asioille, joten kokemus muotoutuu annettujen merkitysten mukaan. Merkitysten lähteen muodostavat yhteisö ja kulttuuri, johon hän kasvaa. Yhteisön jäsenet jakavat yhteisiä piirteitä, yhteisiä merkityksiä. (Laine 2010, 29–30.) Tutkimukseen osallistuneet mielenterveyskuntoutujat eivät kuuluneet samaan yhteisöön, mutta he kuuluivat samaan potilasryhmään eli mielenterveyskuntoutujiin. Samaan potilasryhmään kuuluminen merkitsee kokemuksia samasta palvelujärjestelmästä ja kokemuksia saman tyyppisistä sairauksista.

Aineisto muodostui 11 haastattelusta, jotka litteroin. Litteroinnin tarkkuustaso määrittellään suhteessa tutkimusintressiin ja analyysin tarkkuustasoon (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 14). Lähestyin osallisuuden ja valinnanvapauden kokemuksia teemahaastattelussa kysymällä mielenterveyskuntoutujilta kokemuksia hyvistä ja huonoista

palveluista, koska siten saadaan esiin sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia osallisuudesta ja valinnanvapaudesta. Lisäksi kartoitin taustatekijöinä mielenterveyskuntoutujien elämäntilannetta, sairauksia ja palveluiden käyttöä. Litteroin haastatteluista sanatarkasti hyviä ja huonoja palvelukokemuksia koskevat osuudet. Tauot, huokaukset ja muut tahattomat äännähdykset jätin litteroimatta, koska kiinnostukseni kohdistui haastattelun sanalliseen sisältöön. Haastateltavien taustatekijät kirjoitin vapaamuotoisesti muistiin nauhoituksesta. Raporttia kirjoittaessa muutin tekstiä haastateltavien tunnistettavuuden välttämiseksi eli jätin paikkojen ja henkilöiden nimet pois. Korvasin paikkojen nimiä sulkeissa olevilla yleiskielisillä ilmaisuilla, kuten palvelukoti, nimi, kaupunki tai Kela. Aineistoesimerkeissä muutin vielä tekstit murteesta yleiskielelle henkilöiden anonyymiyden suojaamiseksi. Sitaateissa merkitsin kolme pistettä, kun aloitin tai lopetin sitaatin kesken lauseen.

Tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien keski-ikä oli 49 vuotta. Nuorin haastateltu oli 25-vuotias ja vanhin 65-vuotias. Haastateltavista oli naisia hieman enemmän kuin miehiä. Lähes kaikki haastateltavat asuivat yksin. Haastateltavien perhetilannetta tai sosiaalisia suhteita ei selvitetty tutkimuksessa tarkasti. Haastattelujen aikana tuli kuitenkin ilmi, että usealla oli tullut avo- tai avioero jossain vaiheessa elämää. Muutammat kertoivat myös lapsistaan ja lastenlapsista. Tukiasunnossa tai tuetusti asui noin puolet haastateltavista. Tuettulla asumisella tarkoitetaan asumisen tukemista sosiaalipalveluilla kuten sosiaaliohjauksella (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Kaikki haastateltavat olivat eläkkeellä.

Tutkimukseen osallistuneilla mielenterveyskuntoutujilla on pitkiä hoitosuhteita perus- ja erikoistason psykiatriin palveluihin, kuten terveyskeskuksiin, sairaaloihin, mielenterveystoimistoihin, psykiatrian poliklinikkoihin ja muihin toimipisteisiin. Haastateltavat sairastivat pääasiassa skitsofreniaa ja masennusta. Useimmat haastatelluista olivat sairastaneet psyykkistä sairautta 20 vuotta tai kauemmin. Somaattinen sairaus oli noin puolella haastateltavista. Haastateltavat mielenterveyskuntoutujat ovat pitkäaikaissairaita, joilla psyykinen sairaus vaikuttaa toimintakykyä alentavasti.

Koska haastateltavat tavoitettiin järjestöjen tai yhdistysten kautta, he olivat kaikki osallisina jollain tavalla järjestöjen toiminnassa. Puolella haastateltavista oli hoitosuhde erikoissairaanhoidossa parhaillaan tai päättynyt parin kuukauden sisällä. Suurimmalla osalla haastateltavista oli ollut sairaalahoitajakso jossain vaiheessa elämää. Noin puolet haastateltavista kertoi säännöllisesti käyttävänsä perusterveydenhuollon palveluita somaattisen sairauden hoitamiseen. Kysyin myös sen hetkistä vointia. Vastaukset olivat melko myönteisiä ja useat kokivat vointinsa hyväksi.

5.2 Kriittisten tapahtumien menetelmä

Tutkimusmenetelmänä sovellan kriittisten tapahtumien menetelmää (*Critical incident technique, CIT*). Menetelmän avulla voidaan tuottaa tietoa jonkin toiminnan kriittisistä tekijöistä. Nämä tekijät vaikuttavat toiminnan lopputulokseen myönteisesti tai kielteisesti. Menetelmään sisältyy oletus, että tapahtumien logiikasta ja tekijöiden välisestä dynamiikasta on mahdollista tehdä päätelmiä. Menetelmän kehitti John C. Flanagan 1950-luvulla lentoturvallisuuden parantamisen välineeksi. Menetelmä perustuu teollisuuden ja organisaatioiden psykologiaan. Sen käyttö on kuitenkin laajentunut monille tieteenaloille. (Vornanen, Jaakola, Pölkki, Pohjanpalo & Miettinen 2012, 203–207.)

Kriittisten tapahtumien menetelmää voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin kuten empiirisenä tutkimusmenetelmänä, palvelujen suunnittelun apuvälineenä tai vuorovaikutustaitojen oppimisen reflektiivisenä metodina (Haverinen 1998, 86–96). Tutkimusmenetelmänä kriittisten tapahtumien menetelmää on käytetty muunnellusti tai soveltaen, jolloin tutkimuksen lähestymistavat ja menetelmän käyttötavat vaihtelevat. Menetelmällä on vahva perinne erityisesti hoitotieteen tutkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaalipalvelujen tutkimuksessa menetelmää on käytetty vähemmän, mutta sen avulla olisi mahdollista muun muassa tutkia sosiaalityön ammatilliseen toimintaan liittyviä rakenteita ja prosesseja. (Koponen, Perälä & Rääkkönen 2000; Vornanen ym. 2012, 203–213; Jaakola, Vornanen & Pölkki 2014, 163–167.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kriittiset tapahtumat on määritelty esimerkiksi kuvauksiksi asiakkaan palvelun ydintapahtumasta tai koetuista tilanteista. Tapahtumalla on kuitenkin oltava vaikutusta hoidon tai palvelun lopputulokseen. (Koponen ym. 2000, 166.) Kohtuuttomien tilanteiden tutkimuksessa on myös jossain määrin piirteitä kriittisten tapahtumien analyysistä kuten tapausten valinnassa (Metteri 2003a, 23).

Kriittiset tapahtumat ovat oleellisia kokemusten hahmottamiseen, mieleen palauttamiseen ja tutkimukseen. Muistelemalla kokemuksia rakennetaan niistä samalla kertomuksia. Silloin kun tapahtuma on vaikuttanut kertojan toimintaan, siitä tulee kriittinen. Tapahtumaan voi sisältyä jokin traumaattinen kokemus, jokin riskitilanne tai jokin muu voimakas positiivinen tai negatiivinen kokemus. (Vornanen ym. 2012, 208.) Jan Fook (2002, 99) korostaa kriittisen tapahtuman konkreettisuutta. Sen tulee olla jotakin, joka todella tapahtui, eikä kuvausta jostakin abstraktista asiasta tai tilanteesta. Ilman konkreettisia tilanteita, ei kriittisiä tapahtumista voi löytää yhteyttä toimintaan. (emt.)

Käytän tässä tutkimuksessa kriittisten tapahtumien menetelmää saadakseni esiin mielenterveyskuntoutujille merkitykselliset palvelukokemukset, jotka edustavat hyvää tai huonoa palvelua. Käyttämällä kriittisten tapahtumien metodologiaa saan esiin ne kokemukset, joilla on ollut vaikutusta mielenterveyskuntoutujan toimintaan. Lähdän tutkimusaineiston analyysissä liikkeelle siitä ajatuksesta, että haastateltavien kertomukset huonosta ja hyvästä palvelusta ovat poikkeuksia yksityisen kuntoutujan kokemuksissa palveluista ja hoidosta. Kertomukset ovat poikkeuksia siksi, että ne ovat jääneet mieleen ja tulevat nyt kerrotuksi hyvänä tai huonona palveluna eli palvelun kokemuksellisina ääripäinä.

Ihmisten kriittisiä elämäntilanteita ja asiakas- sekä työprosesseja on mahdollista jäsentää kriittisten tapahtumien menetelmällä. Kriittinen tapahtuma voidaan ymmärtää itseisarvoisena, välineenä jonkin asiantilan saavuttamiseksi tai henkilölle merkityksellisenä kokemuksena, miksi jotakin tapahtui. Kriittisten tapahtumien avulla voidaan löytää palveluprosessin ydinkohtia, jotka ovat merkittäviä hyvän palvelun kannalta. (Vornanen ym. 2012, 203–204, 212.) Flanaganin (1954) alkuperäisenä ajatuksena kuitenkin oli, että

olennaiset tekijät löytyvät parhaiten, kun jäsennetään teoreettisesti toimintaa ja arvioidaan tapahtumien merkitystä suhteessa toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin (Vornanen ym. 2012, 206).

Kriittistä tapahtumaa on määritelty eri tavoin. Kriittiseksi tapahtumaksi on määritelty mikä tahansa tapahtuma, joka on henkilölle merkittävä huolimatta siitä, mikä on tapahtuman syy (Fook 2002, 98). Menetelmää käytetään vain poikkeavien ja konkreettisten, erityisen hyvin mieleen jääneiden tapahtumien tutkimukseen. Tapahtuma voidaan määritellä kriittiseksi, kun se poikkeaa huomattavasti odotetusta. Jotta tapahtuma voidaan todeta kriittiseksi, tulee se myös kuvata hyvin yksityiskohtaisesti ja sen tulee sisältää haastattelijan tai havainnoijan arvion siitä, miksi tapahtuma on merkittävä. (Haverinen 1998, 87–88.)

Hyvät ja huonot palvelukokemukset jäävät ihmisille hyvin mieleen, koska niitä voidaan pitää poikkeavina tavanomaisista palvelukokemuksista. Kriittisen tapahtuman yksityiskohtaista kuvausta pidetään vaativana tehtävänä, koska kriittisiin tapahtumiin liittyy usein emotionaalinen lataus. (Jaakola ym. 2014, 158.)

Kriittisten tapahtumien menetelmän etuna muihin metodeihin verrattuna on se, että kontekstin, toimintasuunnitelman ja tuloksen välinen yhteys on helposti löydettävissä. Tämä johtuu siitä, että metodissa painotetaan tapahtumaa ja sen selittämistä vastamalla kysymyksiin: Mitä tapahtui? Miksi? Kuinka se käsitettiin ja mitä siitä seurasi? (Chell 2005, 56.) Määritettäessä mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kriittisiksi tapahtumiksi tulee arvioida, miksi kokemus oli mielenterveyskuntoutujalle merkittävä ja mikä sen aiheutti. Menetelmä karsii pois sellaiset mielenterveyskuntoutujien mielipiteet, joilla ei ole ollut vaikutusta heidän toimintaansa tai palveluun.

Sovellan sisällönanalyysia aineiston jäsentämiseen kriittisten tapahtumien määrittelyn jälkeen. Tällä tarkoitan pelkistettyjen ilmausten hakua ja listaamista, samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsimistä näistä ilmauksista, alaluokkien muodostamista, niiden yhdistämistä yläluokiksi ja lopuksi kokoavien käsitteiden muodostamista tutkittavasta asi-

asta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Elizabeth Chell (2005, 49–50) on analysoinnissa korostanut yläkategorioiden yhteyttä alakategorioihin etsimällä kriittisen tapahtuman tekijöitä olosuhteista, toimintatavasta tapahtuman hyväksymiseksi ja lopputuloksesta. Daniel L. Kain puolestaan (2004, 76–84) korostaa kategorioiden nimeämistä ja määrittelyä analyysin helpottamiseksi ja toistettavuuden mahdollistamiseksi.

Flanagan (1954) jakoi kriittisten tapahtumien menetelmän viiteen päävaiheeseen: 1. toiminnan kuvaus, 2. tutkimuksen suunnittelu ja palvelutapahtumien määrittely, 3. aineiston keruu, 4. aineiston analyysi, 5. aineiston tulkinta ja raportointi. (Vornanen ym. 2012, 203–207; Kain 2004, 73.) Tässä tutkimuksessa oletuksena on, että analysoimalla hyviä ja huonoja kokemuksia, voidaan löytää osallisuuden ja valinnanvapauden kannalta merkityksellisiä episodeja ja prosesseja sekä tekijöitä. Kriittisten tapahtumien menetelmällä voidaan myös tarkastella, miten hyvät tai huonot palvelukokemukset syntyvät, kehittyvät ja päättyvät (Haverinen 1998, 87–88). Asiakkaiden kokemuksia tarkastellaan menetelmässä prosesseina ja episodeina. Samalla tarkastellaan muitakin kokemukseen vaikuttavia tekijöitä, jotka löytyvät aineistoa analysoidessa. Kokemukseen vaikuttavien tekijöiden (merkitysten) sekä episodien ja prosessien avulla kuvataan ja selvitetään mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksia osallisuudesta ja itsemääräämisoikeudesta. Kriittisten tapahtumien löytymisen jälkeen sovelletaan aineistoon sisällönanalyysejä, jonka avulla pyritään rakentamaan teoriaa osallisuuden ja valinnanvapauden yhteydestä.

5.3 Aineiston analyysitapa

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monen suuntaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2010, 161.)

Haastattelun teemat, osallisuus ja valinnanvapaus, ovat osa itsemääräämisoikeutta. Mielenterveyskuntoutujat ovat osallisena palvelutapahtumassa palveluita käyttäessään, ja heillä on mahdollisuus käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Aiemman tutkimuksen mukaan osallisuuden aste ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen palvelutapahtumassa voivat kuitenkin vaihdella eri tekijöiden vaikutuksesta. Näistä osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden vaihteluista syntyy hyviä tai huonoja palvelukokemuksia, jotka muistetaan pitkään.

Laadullisen tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa korostuvat analyysin systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden kriteerit. Systemaattisessa analyysissä avataan kaikki matkan varrella tehdyt valinnat, rajaukset ja analyysin etenemistä ohjaavat periaatteet. Luotettavuuden lisäämiseksi lukijalle näytetään, mistä aineiston kokonaisuus koostuu ja kuvataan ne aineiston osat, joille päähavainnot rakentuvat. (Ruusuvuori ym. 2010, 27.) Validiteetin arvioiminen laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa puolestaan sekä kerättyjen aineistojen että niistä tehtävien tulkintojen käypyyden arviointia, siis sitä, olenko valinnut oikean aineiston voidakseni mahdollisimman hyvin ja osuvasti vastata tutkimuskysymyksiini. (Ruusuvuori ym. 2010, 27.)

Järjestin aineiston ensin myönteisten ja kielteisten palvelukokemusten mukaan, koska haastateltavat kertoivat sekä osallisuudesta että valinnanvapaudesta molempien teemojen alla. Palvelukokemusten listauksen jälkeen luokittelin ja määrittelin omiksi ryhmikseen ne hyvät ja huonot palvelukokemukset (episodit ja prosessit), jotka täyttivät kriittisen tapahtuman tunnusmerkit (liite 6 ja liite 7) eli tapahtuma poikkesi huomattavasti odotetusta, tapahtuman pystyi kontekstin perusteella arvioimaan merkittäväksi ja tapahtuma oli vaikuttanut mielenterveyskuntoutujan toimintaan jollain konkreettisella tavalla. Hyväksyin joukkoon myös ne tapahtumat, joissa mielenterveyskuntoutujat olivat muuttaneet omaa arviotaan toimintakyvystään esimerkiksi asumispalvelujen muutoksen yhteydessä. Kokemuksesta oli saattanut kulua paljon aikaa, jolloin sen merkitys mielenterveyskuntoutujalle oli muuttunut. Toisaalta haastattelun teemat ohjasivat mielenterveyskuntoutujia kertomaan konkreettisista palvelukokemuksista.

Tässä tutkimuksessa kriittisiä tapahtumia ovat kokemukset palveluista, joista jatkossa käytän nimitystä palvelukokemus. Kriittisistä tapahtumista käytän myös nimitystä palvelutapahtuma silloin, kun selitän kriittistä tapahtumaa kontekstin näkökulmasta. Palvelukokemukset ovat sekä kertomuksia erilaisista palvelujen käyttöön liittyvistä episodeista, yksittäisistä tapahtumista, että monen episodin muodostamasta prosessista. Aineistossa oli sekä myönteisiä että kielteisiä palvelukokemuksia 17, jotka sisälsivät sekä episodeja että prosesseja. Oleellista aineistoon valikoituneissa palvelukokemuksissa oli se, että ne täyttivät kriittisen tapahtuman tunnusmerkit.

Esimerkki myönteisestä kriittisestä palvelutapahtumasta:

A10: "No kyllä minun täytyy sanoa että tuossa – (tuetussa palvelutalossa) kun asuin niin asumispalvelut tai tuetut asumispalvelut niin nämä olivat ihan ok, että en olisi sieltä lähtenytäkään kovin helposti mutta kun minua nyt sitten kovasti patisteltiin ja oltiin sitä mieltä, että minä pärjäisin omillani ja nyt olen sitten ollut sen vuoden omillani ja nyt on semmoinen, että en ehkä enää tuettuun asumiseen ellei ihan sitten pakko ole, mutta ei mulla sitten kokonaisuudessaan siitä – (tuetusta asumisesta) niistä palveluista niin minun mielestä on ihan, ihan ok."

A10: "No varmaan se, että minulle sattui hyvät hoitajat siihen sitten kuitenkin, että ne olivat tommoiset. Ne olivat varmaan se yksi ja sitten tietysti se, että asunto oli aika viihtyisä. Se oli ihan tämmöinen oma asunto. Se oli ihan verrattavissa mihin tahansa asumiseen mutta siellä vaan oli nämä sairaanhoitajapalvelut."

A10: "Neljä vuottahan minä asuin tuossa – (tuetussa palvelutalossa) että...H: Joo-o. V10: Että se oli sitten viimeisenä vuonna, minulla taisi olla lääkkeitä sitten jo omassa asunnossani."

Palvelutapahtumasta tekee kriittisen se, että tapahtuma poikkeaa lopulliseen tilanteeseen nähden huomattavasti odotetusta. Mielenterveyskuntoutuja oli epävarma muutosta. Hän ei odottanut pystyvänsä muutokseen ja lähtevänsä siihen mukaan. Muutto tuetusta asumisesta vuokra-asuntoon kuitenkin tapahtui henkilökunnan myötävaikutuksella. Tapahtuma on merkittävä mielenterveyskuntoutujalle ja hän kokee vuoden asumisen jälkeen muuton onnistuneeksi. Palvelutapahtumana muutto oli myönteinen, koska mielenterveyskuntoutujan palvelujen tarve väheni kevyemmän asumismuodon myötä. Kuntoutujan osallisuus omassa elämässään ja itsemääräämisoikeus lisääntyi omaan asuntoon muuton myötä, kun vastuu lääkkeistä siirtyi hänelle.

Esimerkki kielteisestä kriittisestä palvelutapahtumasta:

A12: "Kun ei sieltä voi valita hoitohenkilöä sieltä mielenterveyskeskuksesta. Sitten se, minulla oli monta vuotta se sama ja nyt olen käynyt vajaa puoli vuotta sitten uudella hoitajalla ja... (H: Aha.)...kyllä se nyt aika, ihan hyvin minua ymmärtää kuitenkin."

A12: "Ei kun se lähti pois toisiin hommiin. A12: Se ei liittynyt minuun mitenkään. A12: Sitten täytyy alusta asti kertoa kaikki, sillä ensimmäisellä kerralla, kun eihän se tunne minua mitenkään. Muutama kerta meni ennen kuin se oppii tuntemaan."

Palvelutapahtumasta tekee kriittisen se, että tapahtuma poikkeaa huomattavasti odotetusta. Mielenterveyskuntoutuja kokee hoitajan vaihtumisen kielteisenä palvelutapahtumana, koska ei itse voi vaikuttaa asiaan. Lisäksi edellinen hoitosuhde on ollut merkityksellinen, koska se on kestänyt vuosia ja hoitaja tunsu mielenterveyskuntoutujan hyvin. Hoitosuhteen kannalta hoitajan vaihtuminen on merkittävä asia ja mielenterveyskuntoutuja joutuu kertomaan uudelle hoitajalle sairastumisestaan, hoidostaan ja nykyisestä tilanteestaan.

Hylkäsin mielipiteitä ja joitakin palvelutapahtumia, jotka eivät täyttäneet kriittisen tapahtuman tunnusmerkkejä. Lisäksi kysymyksenasettelu ohjasi muutamaa vastaajaa, joten ne vastaukset jätin huomioimatta. Seuraavassa esimerkki palvelukokemuksesta, joka ei täyttänyt kriittisen tapahtuman kriteereitä:

A11: "Niinkuin että minä en edes itse kysynyt sitä enkä mitään niin se asiakaspalvelija (Kela) mitä ani harvoin tekee, että alkaa itse kertomaan, että sinulla on mahdollisuus hakea tällaista ja tällaista ja tällaista... palvelua niin kuin heiltä eli jotain tukee. ...että se oli aika minun mielestäni hyvää palvelua niin kuin sieltä, kun yleensä sieltä saa aika nuivaa palvelua. ...tai ainakaan vapaaehtoisesti kerrota mistään palveluista... et se oli siinä mielessä hyvä. (Kela)"

Mielenterveyskuntoutuja koki saaneensa erittäin hyvää palvelua Kelasta, mikä oli hänen aiempiin palvelukokemuksiinsa nähden poikkeuksellista ja odottamatonta. Kontekstin perusteella palvelutapahtuma oli kriittinen. Tarkentava kysymys palvelun lopputuloksesta kuitenkin osoitti, että tapahtumaa ei voida luokitella kriittiseksi tapahtumaksi.

A11: ”Mites se nyt sitten meni...kyllä hän vissiin...no, minä en...siis...sanon suoraan et en muista koska siitä on aikaa. ...siis onhan siitä varmaan vuosi aikaa, mutta minä en muista tarkalleen millä tavalla se meni, että pyysikö hän sitten vielä käymään uudestaan vai jättikö hän sen sitten minulle sen lopun selvitettäväksi. ...en muista, täytyy sanoa, että minä en muista kyllä sitä.”

Mielenterveyskuntoutuja ei muista positiivisen palvelukokemuksen Kelassa vaikuttaneen mitenkään hänen toimintaansa, mikä oli yksi kolmesta kriteeristä kriittiselle palvelutapahtumalle. Kokemus jäi aineiston ulkopuolelle. Kriittisten tapahtumien tutkimusmenetelmän retrospektiiviseen luonteeseen liittyy virhealttius aineiston keruumenetelmän ollessa herkkä epä johdonmukaisuuksille ja muistivirheille (Jaakola ym. 2014, 160). Tämä tuli esiin joissakin mielenterveyskuntoutujien kommentoissa koskien mieleen palauttamisen hankaluutta, kun tapahtumasta oli kulunut aikaa. Kriittisten tapahtumien systemaattinen etsiminen aineistosta kuitenkin vähentää virheellisten tapahtumien mahdollisuutta lopullisessa aineistossa.

Määriteltyäni kriittiset palvelutapahtumat kaikista palvelutapahtumista jatkoin aineiston analysointia sisällönanalyysin keinoin. Valitsin analysoitaviksi asioiksi osallisuuden ja valinnanvapauden tutkimustehtävän ja kriittisten tapahtumien metodin soveltamisen perusteella. Jatkoin aineiston pelkistämistä kategorisoimalla analysoidakseni osallisuuden sisältöä syvällisemmin mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksissa. Kategorioiden muodostaminen perustuu tutkijan subjektiiviseen arvioon ja kokemukseen (ks. Flanagan 1954), jolloin tutkijana olen tulkitsijan roolissa tehdessäni analyysia mielenterveyskuntoutujien kokemuksista.

Kategorisoimalla etsitään aineistosta tutkimusongelmaan vastaavia asioita ja pelkistetään ne yksittäisiksi ilmauksiksi. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmausten joukoiksi ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan. Kategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysia voidaan jatkaa yhdistämällä sopivia alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla siten yläkategorioita. Tutkimusongelmiin vastataan ala- ja yläkategorioilla sekä yhdistävien kategorioiden avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

Huomasin palvelukokemusten sisältävän paljon tunnetilaa kuvaavia sanoja ja lauseita lukiessani aineistoa läpi. Lisäksi mielenterveyskuntoutujien osallisuus palvelutapahtumissa vaihteli siten, että osa oli aktiivisesti mukana palvelutapahtumassa ja osa ei. Joissakin palvelutapahtumissa hyvään tai huonoon palvelukokemukseen vaikutti sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen ja mielenterveyskuntoutuja oli passiivinen. Osallisten välinen vuorovaikutus myös vaihteli palvelutapahtumissa.

Etsin kriittisistä palvelutapahtumista osallisuutta, aktiivisuutta, vuorovaikutusta ja tunnetilaa (analyysiyksiköitä) kuvaavat lauseet sekä sanat. Muodostin niistä tyypittelemällä ja pelkistämällä osallisuutta määrittäviä, aktiivisuutta, tunnetiloja ja vuorovaikutuksen laatua kuvaavia sanoja (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki osallisuuden tekijöiden kategorisoinnista ja tyypittelystä.

Huonot kokemukset (kriittiset tapahtumat)	Osallisuutta kuvaava lause	Aktiivisuus, Osallisuus, Tunnetila, Vuorovaikutus
A10: ..., et alussahan se vähän niin kuin oli sillain, kun jaoin lääkkeitä valvotusti. Mun lääkkeet säilytettiin siellä. Sen koin vähän sillai...sekin loppui sitten aikoinaan niin mulla oli lääkkeet kotona.	...jaoin lääkkeitä valvotusti. Mun lääkkeet säilytettiin siellä. Sen koin vähän sillai...	Aktiivinen, ei osallisuutta Loukkaantunut Vuorovaikutus ei toiminut

Tyypittelin jokaisen kuntoutujan osallisuutta palvelutapahtumassa asteikolla: on osallisuutta, tuettu osallisuus, ei osallisuutta. Osallisuuden tyypittelyyn vaikuttivat eniten aiemmin tehty vuorovaikutuksen tyypittely ja tunnetilan ilmaisut. Kuvasin osallisuutta myös tyypittelemällä jokaisessa palvelutapahtumassa mielenterveyskuntoutujan aktiiviseksi tai passiiviseksi. Osallisuuden tyypittelyssä selkeäksi kriteeriksi palvelutapahtumissa muodostui mielenterveyskuntoutujan kyky ajaa omaa asiaansa tai muuttaa vallitsevaa tilannetta palvelutapahtumassa. Nämä

tilanteet tulivat esiin erityisesti osassa kielteisiä palvelutapahtumia. Lisäksi kategorisoin palvelutapahtumien vuorovaikutuksen ja tunnetilan, mitkä kuvaavat osallisuuden merkityksellisyyttä eri osapuolille.

Mielenterveyskuntoutujan aktiivisuus ei välttämättä tarkoita, että hän olisi täysin osallinen palvelutapahtumassa. Samoin passiivinen mielenterveyskuntoutuja voi olla kuitenkin osittain osallisena palvelutapahtumassa. Mielenterveyskuntoutujan aktiivisuus tai passiivisuus palvelutapahtumassa kuvaa myös osallisuuden määrää vahvistaen tai heikentäen osallisuuden astetta ja sen tyypittelyä. Tunnetilaa kuvaavia erilaisia ilmaisuja myönteisissä palvelukokemuksissa olivat: Epävarma, tyytyväinen, epätoivoinen, pelokas, tyytymätön, iloinen. Kielteisissä palvelukokemuksissa tunnetilaa kuvaavia ilmaisuja olivat: pelokas, surullinen, loukkaantunut, harmistunut, hätäntynyt, turhautunut, pettynyt. Jatkoin tunnetilan kategorisointia ja muodostin tunnetilaa kuvaavista ilmaisuista alakategoriat: negatiivinen tunnetila ja positiivinen tunnetila.

Mielenterveyskuntoutujan ja palvelutapahtumassa mukana olevien muiden toimijoiden välinen vuorovaikutus vaikuttivat myös osallisuuteen. Luin mielenterveyskuntoutujien kertomuksia palvelutapahtumista uudelleen läpi kiinnittäen huomiota palvelukokemusten vuorovaikutukseen. Lukemisen myötä hahmottuivat erilaiset vuorovaikutustyyppit. Myönteisistä ja kielteisistä palvelutapahtumista luokittelin vuorovaikutuksen tyypeiksi: toimiva, suostutteleva, ei toimiva. Pakkohoidosta kertovien palvelukokemusten luokittelua mietin pitkään, koska kyse on mielenterveyskuntoutujan tahdosta riippumattomasta hoidosta, palvelusta. Mielenterveyskuntoutujat olivat kokeneet vuorovaikutuksen näissä tilanteissa toimimattomaksi, joten käsittelin tapahtumat muun aineiston mukana. Lähtökohtaisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa ei voida olettaa vuorovaikutuksen olevan täysin toimivaa hoitohenkilökunnan ja mielenterveyskuntoutujan välillä. Tahdosta riippumaton hoito oli koettu sekä myönteisenä että kielteisenä tapahtumana. Myönteisesti tahdosta riippumattomasta hoidosta puhuva mielenterveyskuntoutuja oli vuosia myöhemmin ymmärtänyt olleensa niin huonossa kunnossa, ettei vaihtoehtoja tälle hoidolle ollut. Toinen mielenterveyskuntoutuja kertoi tahdosta riippumattomasta hoidostaan kielteisenä palvelukokemuksena, koska siihen liittyi hänen ensimmäinen lääkärikäyntinsä

mielenterveysasioissa. Lisäksi mielenterveyskuntoutuja koki, ettei hänelle riittävästi ollut kerrottu hoidon syistä. Tapahtuma oli ollut niin merkittävä, että mielenterveyskuntoutuja muisti sen vielä vuosien päästä kielteisenä kokemuksena.

Luokittelin palvelutapahtumat niiden asiasisällön mukaan, nähdäkseni painottuuko jokin osallisuuden aste tai palvelu. Myönteiset kokemukset koskivat muutosta asumisessa ja onnistunutta hoitoa sekä kuntoutumista. Suurin osa myönteisistä kokemuksista koski kuntoutumista. Löysin kielteisiä palvelukokemuksia lukemalla kolme erilaista luokkaa: 1. hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen, 2. virhe hoidossa tai palvelussa, 3. epäasiallinen kohtelu tai puutteita vuorovaikutuksessa. Palvelukokemusten luokittelu osoittautui haasteelliseksi, koska muutamilla haastateltavilla oli väritynyt perusasenne sairauden vuoksi joko korostuneen negatiiviseksi tai positiiviseksi. Toisaalta haastateltavissa oli niitäkin mielenterveyskuntoutujia, jotka kertoivat erilaisista palvelukokemuksistaan erittäin neutraalisti. Erilaisia osallisuuden asteita (osallinen – tuettu osallisuus – ei osallinen) sisältyi erilaisiin palvelutapahtumiin (hoito, muutos asumispalveluissa, hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen, virhe hoidossa tai palvelussa, epäasiallinen kohtelu tai puutteita vuorovaikutuksessa).

Tein yhteenvedona taulukot kriittisten tapahtumien sisällön kategorisoinnista ja tyyppittelyistä, jotta pääsin tarkastelemaan osallisuutta, vuorovaikutusta, aktiivisuutta sekä tunnetilaa myönteisten ja kielteisten palvelutapahtumien mukaan. Valinnanvapautta tarkastelin luokittelemalla ne palvelutapahtumat, joissa valinnanvapaus oli jollain tavalla mukana (liite 6 ja liite 7).

5.4 Eettiset kysymykset

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osaluueeseen: 1. tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, 2. vahingoittamisen välttäminen, 3. yksityisyys ja tietosuoja (Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi 2009). Tutkimusaineiston keruussa, käsittelyssä ja

säilyttämisessä olen noudattanut tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä periaatteita ja aineiston keruun aikana talvella 2015–2016 voimassa olleen henkilötietolain säännöksiä (Henkilötietolaki 523/1999). Haastateltavilta pyydetty tutkimuslupalomakkeet ja aineiston olen säilyttänyt toisistaan erillään lukitussa kaapissa, mihin ei ole tutkijan lisäksi muilla henkilöillä pääsyä. Aineisto ei muodosta henkilökisteriä. Tutkimuslupalomakkeet ja aineisto tuhoataan niiden käyttötarkoituksen päättymisen jälkeen heti tutkimuksen valmistuttua. EU-maissa alettiin soveltaa yhteistä yleistä tietosuojaa-asetusta keväällä 2018, mikä tarkensi tutkimusaineistojen keräystä, käyttöä ja säilytystä (Yleinen tietosuojaa-asetus 679/2016).

Tutkimuksen sensitiivisyydellä tarkoitetaan laadullisen tutkimuksen kontekstissa samaa kuin arkaluonteinen, kipeä, vaikea ja henkilökohtainen. Useimmiten sensitiivisyydellä tarkoitetaan aiheita tai kokemuksia, jotka ovat haavoittaneet niitä kokeneita ihmisiä. (Kallinen ym. 2015, 15–17.)

Tutkimuksen sensitiivisyyden huomioimiseksi on tärkeää pohtia, onko tutkimus arkaluonteinen aiheeltaan vai kohderyhmältään vai sekä että. Erityisryhmiä sinällään pidetään sensitiivisenä tutkimuksen kohdejoukkona. Sensitiivisyydellä viitataan usein aiheisiin ja kokemuksiin, jotka ovat tuottaneet häpeää tai haavoittaneet jollain tavalla niitä kokeneita ihmisiä. (Kallinen ym. 2015, 15–17.) Tämän tutkimuksen kohderyhmä ja aihe ovat sensitiivisiä, koska mielenterveyskuntoutujat ovat erityisryhmä ja tutkimuksen aihe koskee hyvin henkilökohtaisia ja arkaluonteisia asioita. Kysyttäessä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä vastaajat kertoivat omista henkilökohtaisista ja arkaluonteisista asioistaan, kuten sairauksista, palvelujen käytöstä, taloudellisesta tilanteesta, mielialasta, tunteista, saamastaan kohtelusta ja elämänkulusta.

Tutkimusaiheen lisäksi sensitiiviseksi voidaan katsoa tutkimuksen kohde, haastateltavat. Ihmisryhmät, joiden katsotaan olevan riippuvuussuhteessa, alisteisessa asemassa valta-asemaltaan tai ulkoapäin ja hallinnollisesti oikeusasemaltaan määriteltyjä, määrittyvät haavoittuviksi. Olennainen osa tutkijan ammattitaitoa onkin haavoittuvuuden huomioiminen osana (haastattelu)tutkimusta. Haastateltavien kohtaaminen,

kuunteleminen ja turvallisen puheympäristön luominen ovat tässä keskeisiä. (Luomanen & Nikander 2017, 288–291.)

Tutkimukseen osallistuminen edellytti mielenterveyskuntoutujilta rohkeutta ja kykyä analysoida kokemuksiaan palvelujärjestelmästä. Järjestöjen seinillä olleet tiedotteet tutkimuksesta loivat etukäteen mielikuvaa kysymyksistä ja antoivat mahdollisuuden miettiä etukäteen, mitä haastateltava haluaa kertoa kokemuksistaan. Millaisia hyviä ja huonoja kokemuksia hänellä on kerrottavana. Tämä oli tärkeää sekä aineiston keräämisen, että haastateltavien itsensä kannalta. Näin he pystyivät valmistautumaan haastatteluun etukäteen. Haastattelujen järjestäminen järjestöjen tiloissa loi puitteet turvalliselle ympäristölle, koska ympäristö oli haastateltaville ennestään tuttu.

Huumekuntoutujien ja vankien asunnottomuutta etnografisella tutkimusotteella tutkinut Riitta Granfelt (2004, 135, 152) on todennut vapaisiin ja temaattisiin haastatteluihin perustuneesta tutkimuksesta, että siihen osallistuminen edellytti haastateltavilta kykyä eläytyä muistoihinsa, verbalisoida kokemuksiaan ja muodostaa ainakin jossain määrin luottamuksellinen suhde tutkijaan. Saman suuntaisesti voidaan todeta tästä tutkimuksesta, että mielenterveyskuntoutujien haastatteluihin osallistuminen edellytti heiltä rohkeutta ja kykyä sanoittaa kokemuksensa sekä halua kertoa kokemuksistaan palvelujärjestelmästä.

Normiperusteisen etiikan lisäksi on olemassa tilanteinen etiikka, jolla tarkoitetaan haastattelutilanteessa esiin tulevia eettisiä kysymyksiä, joihin on reagoitava välittömästi oman arviointikyvyn mukaan (Kallinen ym. 2015, 142). Tässä tutkimuksessa haastateltavat kertoivat arkaluonteisista kokemuksistaan ja niihin liittyen ajatuksistaan ja tunteistaan. Osa haastateltavista toi esiin myös haastattelutilanteeseen liittyvää jännitystään. Kuitenkaan haastatteluita ei jouduttu keskeyttämään tai pitämään niissä taukoa. Tämä johtui mielestäni siitä, että keskusteluissa kuitenkin rajauduttiin kokemuksiin palvelujärjestelmästä ja haastateltavat saivat itse valita millaisista huonoista tai hyvistä kokemuksista he kertovat. Aiheeni ja kysymykset antoivat mielenterveyskuntoutujille mahdollisuuden rajata kerrontaansa. Toisaalta kokemukset palvelujärjestelmästä ei ole niin arkaluonteinen aiheena kuin tutkimusaiheet, joissa jo

lähtökohtaisesti paneudutaan ihmisen koskemattomuutta loukkaaviin kysymyksiin kuten väkivaltaan.

Kokemuksen empiirisessä tutkimuksessa tutkijan on huomioitava myös omat tutkimustilanteen aihetta muistuttavat kokemuksensa erottaakseen ne kokemuksista, jotka ilmenevät suhteessa tutkittaviin. Tätä kautta tutkijalla on mahdollisuus ymmärtää uutta. (Perttula 2009, 134.) Aineiston keruussa eli haastatteluja tehdessä koin myötätuntoa mielenterveyskuntoutujia kohtaan heidän raskaiden kokemustensa takia, jotka liittyivät sairauden pahenemiseen, pakkohoitoon ja elämäntilanteeseen yleensä. Toisaalta koin myös iloa heidän puolestaan, kun asiat olivat järjestyneet, palvelukokemukset olivat hyviä ja elämäntilanne vaikutti vakaalta.

6. OSALLISUUS JA VALINNANVAPAAUS KOKEMUKSISSA

6.1 Osallisuus ja myönteiset palvelukokemukset

Tässä tutkimuksessa osallisuus on määritelty mielenterveyskuntoutujan palvelutapahtumassa kokeman tunnetilan, aktiivisuuden ja palvelutapahtumassa olevien osallisten vuorovaikutuksen kautta. Osallisuuteen vaikuttavat myös mielenterveyskuntoutujan toimintakyky palvelutapahtuman aikana ja hänen aiemmat kokemuksensa palvelujärjestelmästä (Collins ym. 2007; Günther ym. 2012).

Osallisuus vaihteli myönteisissä palvelukokemuksissa asteikolla: on osallisuutta – tuettu osallisuus – ei osallisuutta. Esittelen ja avaen tässä kappaleessa näitä erilaisia osallisuuden kokemuksia. Suurin osa mielenterveyskuntoutujista koki osallisuutta myönteisissä palvelutapahtumissa. Osallisuus oli tuettua muutamalla ja vain pari mielenterveyskuntoutujaa koki, etteivät he olleet osallisia palvelutapahtumassa, jonka kuitenkin jälkepäin olivat arvioineet myönteiseksi palvelutapahtumaksi. Osallisuuden ja valinnan vapauden kokemukseen vaikuttavien tekijöiden kautta pyrin löytämään ja kuvaamaan palvelukokemusten keskeisen episodin tai prosessin kappaleiden lopuksi.

Kaikilla mielenterveyskuntoutujilla myönteiseen palvelutapahtumaan liittyi muutos jollain tavalla. Palvelutapahtumassa oli kyse muutoksesta pitkään vallinneissa olosuhteissa (esim. palvelun käytön aloitus), muutos sairauden tilassa tai hoidon tarpeessa, muutos asumispalveluissa tai muissa palveluissa. Koska aineiston keruu perustui menneisiin palvelukokemuksiin ja kriittisten tapahtumien menetelmään, on todennäköistä, että tällöin korostuvat ne palvelukokemukset, jotka muistetaan erityisen hyvin kokemuksen sisältämän itselle merkityksellisen muutoksen tai tunnetilan vuoksi.

Mielenterveyskuntoutujien myönteiset palvelukokemukset koskivat pääasiassa onnistunutta hoitoa ja kuntoutumista. Muutamit kertomukset kokemuksista koskivat muutosta asumisessa. Myönteiset palvelukokemukset asumisessa liittyivät kaikki asumismuodon muuttumiseen palveluiltaan kevyemmiksi ja itsenäisemmiksi kuin aiemmin.

Useimmat myönteisiä palvelukokemuksia ja osallisuutta kokeneista mielenterveyskuntoutujista toivat haastatteluissa esiin, että hoitohenkilökunta oli ollut kuuntelevaa, ymmärtäväistä ja kiinnostunutta mielenterveyskuntoutujan asiaa kohtaan. Toisaalta mielenterveyskuntoutajat olivat kokeneet palvelun merkittävänä ja hyödyllisenä. Seuraava haastattelulainaus kuvaa erittäin positiivista osallisuuden kokemusta.

A3:” No, just sieltä mielenterveystoimistosta sain tosi hyvää hoitoa, että mulle jäi siitä kyllä tosi hyvä mieli, kun kävin siellä. (H: Joo-o) Että tuota noin silloin kun mä ennen asuin – (kaupungin nimi) tätä ennen niin mä kävin siellä varmaan 20 vuotta samalla, yhdellä samalla lääkärin tykönä ja meillä oli tiivis hoitosuhde ja tosi hyvä hoitosuhde, mutta tämä nyt kun jouduin kesällä käymään niin siitä jäi kyllä tosi hyvä mieli. H: Joo-o. Oliko siinä sama lääkäri sitten taas vai...? A3: Eri, ei, eri. H: Mikä siinä su... mikä siinä niin kuin teki siitä palvelusta hyvää, et tuota...osaatko sä sitä kuvailla tai kertoa siitä sitten tarkemmin? A3: No se just niin kun että, että mä kesällä kävin lääkärillä se jakso niin kuin koko ajan kuunnella sitä, että vaikka mulla olisi ollut kuinka paljon kerrottavaa niin keskeyttämättä se jakso kuunnella mua, että mitä asiaa mulla on, että tuota noin mulle jäi siitä niin kuin semmoinen hyvä olo. (H: Joo-o.) Että se ymmärsi niin täysin, että mikä mua vaivasi. ”

Mielenterveyskuntoutujalle merkitsi hyvää hoitoa se, että hän sai puhua asiansa lääkärille keskeyttämättä ja käynnistä jäi hyvä mieli. Myönteiseen palvelukokemukseen vaikutti myös aiempi kokemus samassa paikassa saadusta hyvästä hoidosta. Vaikka mielenterveyskuntoutujan toimintakyvyssä oli tapahtunut muutos huonompaan ja hän oli joutunut hakeutumaan hoitoon, ei se vaikuttanut palvelukokemukseen. Aiemman positiivisen kokemuksensa vuoksi mielenterveyskuntoutuja osallistui aktiivisesti lääkärin vastaanottoon kertomalla voinnistaan ja koki tulleen sekä kuulluksi että ymmärretyksi. Hoitoon liittyi myös uuden lääkkeen käyttöönotto, josta potilas koki saaneensa apua. Tässä palvelutapahtumassa mielenterveyskuntoutujan asiantuntijuus omasta sairaudestaan ja tilanteestaan tuli huomioiduksi. Asiakslähtöisyys toteutui vahvasti palvelukokemuksessa osallisuuden lisäksi.

Asiakkaan ollessa palvelun keskiössä, asiakaslähtöisyys käsitetään toimintana, joka perustuu asiakkaan omaan haluun saada palveluita. Asiakas on etusijalla suunniteltaessa palveluita ja palvelut rakennetaan hänen ympärilleen. Palveluiden käyttäjä nähdään ku-

luttajana. Mikäli asiakas itse ei ole niin aktiivinen kuin edellisessä tapauksessa niin asiakaslähtöisen palvelun voi taata hoitohenkilökunnan toiminta siten, että asiakas tulee kuulluksi. (ks. Laitila 2010.)

Osallisuutta kokeneiden mielenterveyskuntoutujien myönteiset palvelukokemukset vaihtelivat tunnetilan, psyykkisen sairauden vaiheen, aiempien palvelukokemusten ja palvelutapahtuman vuorovaikutuksen suhteen. Joissakin kertomuksissa palvelukokemuksista tuli esiin monia asioita, jotka vaikuttivat mielenterveyskuntoutujan tapaan kokea palvelu. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan pohtineet kokemuksiaan kovinkaan laajasti tai suhteutettuna sairaushistoriaansa. Kun asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan suhdekäsitteenä (Raitakari ym. 2012) voidaan sanoa, että tässä tutkimuksessa niissä mielenterveyskuntoutujien hyvissä palvelukokemuksissa, joissa oli osallisuutta, toteutui myös asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa.

Eräs myönteiseksi palvelut kokenut kuntoutuja erottautui muista siinä, että hän oli monta vuotta pyytänyt itselleen hoitajaa, jolla olisi juuri hänen sairauttaan koskevaa osaamista. Mielenterveyskuntoutuja ei tyytynyt saamaansa palveluun. Osallisuus palvelujen käytössä läheni kuluttajana toimimista, koska siihen sisältyi palvelun valintaa. Mielenterveyskuntoutuja oli käyttänyt psykiatrian avohoidon palveluita koko ajan, mutta hän ei ollut kokenut hoitosuhdetta sairaanhoitajan kanssa toimivaksi. Mielenterveyskuntoutuja koki, ettei häntä yleensä ymmärretä neuropsykiatrisen sairauden ja psyykkisen sairauden yhdistelmän takia. Diagnoosin saaminen oli kestänyt kauan. Haastattelun aikoihin kuntoutuja oli juuri aloittanut uuden hoitosuhteen sairaanhoitajalla, jolla on erityistä koulutusta kuntoutujan sairauksien hoitoon:

A7: ” Se on iso ero tavalliseen erikoissairaanhoitajaan tai sitten sellaiseen, joka ymmärtää tuota --- (sairaus) ja näitä saman tyyliä... Olen vasta käynyt siellä... kaks kertaa vasta, että tuota en tiedä tuntuuko se jotenkin erilaiselta sitten mutta sen näkee.”

Sairaanhoitajan lisäkoulutus merkitsi mielenterveyskuntoutujalle osaamisen lisääntymistä hänen sairautensa hoitoon ja haastateltava oli ollut aktiivinen oikeanlaisen hoitohenkilön löytymiseksi. Mielenterveyskuntoutuja oli hieman jo huomannut eroa uuden

ja vanhan hoitosuhteen välillä ja oli varovaisen toiveikas alkaneesta hoitosuhteesta. Palvelussa oli myös asiakaslähtöisyyden elementtejä, vaikka mielenterveyskuntoutuja oli pitkään joutunut vaatimaan oikeanlaista hoitohenkilöä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät ovat pitäneet yhteistyösuhdetta henkilökunnan kanssa asiakaslähtöisenä, kun siihen sisältyy seuraavia elementtejä: syvällisiä keskusteluja, tasa-arvoisuus, henkilökohtaisuus, joustavuus, vastavuoroisuus, turvallisuus, luottamuksellisuus ja asiakkaan kokonaisuuden huomioiminen (Laitila 2010, 103–107).

Samoin eräs haastateltavista oli aktiivisesti vaikuttanut hoitopaikkansa valintaan osastohoidon aikana.

”A3: ... Nyt kun minä asuin siellä --- (palvelutalossa) niin olin sitä enne niin kuin osastolla sairaalassa ja minä aloin itse siellä sairaalassa puhumaan sitä, että haluaisin johonkin sellaiseen paikkaan, että kun minä en pärjää kotona, kun olin jatkuvasti osastolla. Niin se lähti ihan minusta itsestäni ja pääsin sitten sinne – (palvelutaloon).”

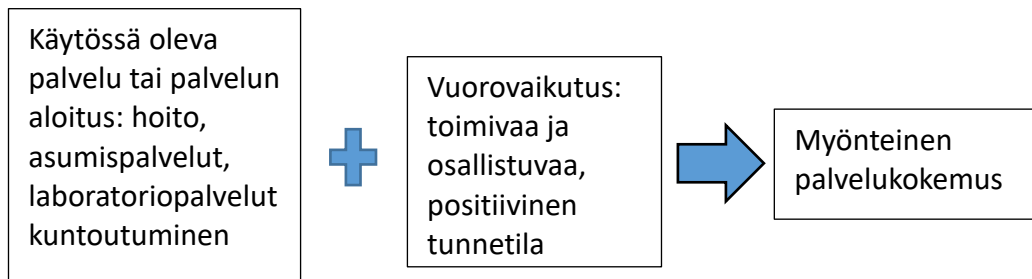
Kun mielenterveyskuntoutujan toimintakyky on huono ja tarvitaan pitkäaikaista kuntoutumista, palvelutaloon muutto voi olla ainoa vaihtoehto sairaalasta pois pääsulle. Palveluun tarvitaan sosiaalihuollon päätös ja maksusitoumus palveluasumisesta, joten kunnan sosiaalihuolto oli myös osallisena muutoksessa. Mielenterveyskuntoutuja oli kuitenkin itse puhunut asumispalvelujen tarpeestaan sairaalassa ja kokenut, että vuorovaikutus toimi. Mielenterveyskuntoutuja näyttäytyi tasaveroisena hoitohenkilökunnan kanssa osallisuuden suhteen, jolloin yhteistyösuhdetta ammattilaisen kanssa voidaan luonnehtia kumppanuudeksi (ks. Pohjola 2010). Kuluttaja-asiakkaana toimimisesta ei kuitenkaan ole kyse, koska mielenterveyskuntoutujilla ei ole ollut mahdollisuutta tehdä valintoja (Raitakari ym. 2012). Julkiset palveluntuottajat ovat tehneet päätökset palveluista eli paikasta palvelutalossa ja sairaanhoitajan vaihtamisen mahdollisuuden rajoista. Mielenterveyskuntoutujilla ei ole ollut mahdollisuutta todelliseen palvelun valintaan, vaan hän on toiminut aloitteen tekijänä ja aktiivisena palvelujen käyttäjänä.

Muutamissa tapauksissa kokemus palvelujen käytöstä säilyi myönteisenä, vaikka palveluiden toteuttamistavassa oli tapahtunut muutoksia palvelun järjestäjän puolelta. Molemmissa tapauksissa oli kyse perusterveydenhuollon palveluista. Mielenterveyskuntoutujat olivat käyttäneet näitä perusterveydenhuollon palveluita aiemmin säännöllisesti ja muutokset palveluiden toteuttamistavoissa olivat heille merkittäviä, onnistuneita ja siten näyttäytyivät myönteisinä palvelukokemuksina.

”A10: Mun täytyy sanoa, et toi – (paikan nimi) on tullut nyt tuo, ihan tähän näin labraan, labrakokeisiin tai laboratorikäynteihin, niin se on niin jouhevaa nykyään tuo labra että, ennehän siellä joutui odottamaan tuntikausia, saattoi joutua odottamaan. H: Joo-o. A10: Odottamaan vuoroonsa, mutta nyt yleensä pääsee jo etuajassa, huudellaan sieltä, että tuleppas. H: Joo-o. A10: Nimi huudetaan, että harvemmin on siten käynyt, että joutuisi sen varatun ajan niin kuin yli odottamaan. H: Joo-o, siinä on se sähköinen ajanvaraus...A10: Niin se on, -- (laboratorion nimi), juu – (laboratorion nimi) on hyvä, että se, että sen kokenut hyvänä just et saa sen itse niin kuin netin kautta sitten varattua sen laboratorioajan.”

Mielenterveyskuntoutuja käy säännöllisesti laboratorionkokeissa lääkityksen takia ja sähköisen ajanvarauksen käyttöönoton myötä odotusaika palveluun on lähes poistunut, jonka mielenterveyskuntoutuja kokee merkityksellisenä tekijänä palvelun parantumisessa. Mielenterveyskuntoutuja varaa itse ajan laboratorioon ja käyttää palvelua. Muutos palvelussa on ollut myönteinen palvelukokemus. Mielenterveyskuntoutujan tunnetila palvelutapahtumassa on tyytyväinen ja vuorovaikutus palvelussa on ollut toimivaa.

Myönteisissä palvelukokemuksissa, joissa mielenterveyskuntoutujat olivat osallisina, oli kyse jo käytettävästä palvelusta tai muutoksesta palveluissa esimerkiksi hakeutumisesta palveluihin tai palveluissa tapahtuvasta valinnasta. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia yhdisti osallisuus, toimiva vuorovaikutus ja tunnetilan positiivisuus. Positiiviset tunnetilat palvelutapahtumissa tulivat esiin tyytyväisyytenä ja iloisuutena. Vuorovaikutus mielenterveyskuntoutujien ja työntekijöiden välillä oli palvelutapahtumissa toimivaa ja kuntoutujat toimivat aktiivisesti omassa asiassaan.



Kuvio 2. Myönteinen palvelukokemus, kun osallisuutta on ja vuorovaikutus on toimivaa.

Muutamissa tapauksissa mielenterveyskuntoutuja koki palvelutapahtuman jälkeenpäin myönteisenä, vaikka palvelua tai hoitoa aloittaessa tunnetila oli ollut ensin negatiivinen. Näissä tilanteissa psyykinen sairaus oli aktivoitunut, joka tuli haastatteluissa esiin mainintoina hoitoon hakeutumisesta, peloista ja unettomuudesta sekä ajatusten negatiivisuudesta.

Palvelukokemus voi muuttua myönteiseksi myös vuosia palvelutapahtuman jälkeen, kun mielenterveyskuntoutujan toimintakyky paranee ja hän ymmärtää olleensa psyykkisesti huonossa kunnossa palvelukokemuksen aikana. Näissä tapahtumissa hoitohenkilökunta tai palveluista päättävät ovat joutuneet tekemään päätöksiä mielenterveyskuntoutujan puolesta. Näistä kokemuksista välittyy mielenterveyskuntoutujan kokemus ulkopuolisuudesta palvelujen käyttäjinä.

A3: "Mutta sitten se taas tuntui hirveen pitkältä, kun vuodet kuluivat vaan ja sieltä palvelutalosta ei päässyt pois niin, niin tuota noin menin välillä huonoon kuntoon ja jouduin muutamaksi viikoksi – (sairaalaan) ja siitäkin minä sitten selvisin ja tuota noin niin ja sitten kaiken kaikkiaan olin siellä kymmenen vuotta... Siellä me sitten oltiin ja sitten minä kuulin et saan muuttaa ja muutin sinne kerrostaloille sinne kylille ja tykkäsin siitä tosi paljon."

Vuodet kuluivat tehostetussa palvelutalossa, kunnes kunnan sosiaalihuolto arvioi mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarvetta ja teki päätöksen mielenterveyskuntoutujan muuttamisesta vuokralle tukiasuntoon kevyempään asumismuotoon. Mielenterveyskuntoutuja kertoi haastattelussa kuulleensa, että hän

muuttaa. Vuorovaikutus kunnan sosiaalihuollon työntekijöiden kanssa on jäänyt vähäiseksi tai sitä ei ole ollut lainkaan. Mielenterveyskuntoutuja ei ollut aloitteellinen tai osallinen muuttoa koskevassa päätöksenteossa, mutta kuitenkin tyytyväinen uuteen tuettuun asumismuotoonsa kerrostalossa.

Mielenterveyskuntoutujien kokemissa myönteisissä palvelutapahtumissa, joissa oli osallisuutta, oli osassa kyse myös vuosia kestävästä, pitkistä hoitosuhteista ja kuntoutumisesta.

A8: ”Mä olen muuttanut – (osastolta) tähän (tuettuun asumiseen), mutta se ei sujunut täällä – (tuetussa asumisessa). Muutin – (tehostettuun palveluasumiseen). Olen asunut siellä sitten sen kolme ja puoli vuotta ja sitten muutin takaisin tähän (tuettuun asumiseen). H: Joo-o. A8: Mutta sitten aloin käymää tässä (järjestötoiminta) kun olin siellä – (tehostetussa palveluasumisessa) ja olen tosi paljon tykännyt käydä täällä et.”

A8: ”No kauheasti yritin sieltä – (tehostetusta palveluasumisesta) pois, mutta ei mua päästetty ja sitten se oli ihan hyvä. Mutta kyllä niin kuin siten, että jos on oikeasti pitänyt sanoa mielipide niin kyllä ne on mua kuunnellut ihan. H: Hienoa.”

H: ”Täällä on varmaan... tai oikeastaan mun täytyy kysyä siten että tuota mikä tässä – (järjestötoiminnassa) käymisessä on parasta? A8: Ihmiset ja se, ettei makaa vaan kotona, et mulle on tullut tosi paljon uusia kavereita täältä ja kaikkea todella kivaa, kun on jotain tavallaan hyödyllistä, mitä voi tehdä päivän aikana. Just jotain tilastointia tuolla niin onhan se hauskeampi kuin maata sohvalla.”

Mielenterveyskuntoutujan kertomuksesta on pääteltävissä, että tuettu asuminen oli liian vaativaa hänelle suoraan osastohoidon jälkeen ja hän joutui muuttamaan tehostettuun palveluasumiseen. Tehostetussa asumismuodossa mielenterveyskuntoutuja asui pitkään, mutta hän pääsi siellä asuessaan aloittamaan järjestötoiminnan. Järjestötoiminnan merkitystä mielenterveyskuntoutuja kuvaa tunnetilalla, että on ollut kiva käydä siellä. Kertoessaan nyt jälkeenpäin kokemuksistaan muutoista ja kuntoutumisesta merkitsevät ne mielenterveyskuntoutujalle yhtä elämänvaihetta. Mielenterveyskuntoutuja suhtautuu haastatteluhetkellä myönteisesti tehostetussa palvelutalossa asumiseen, vaikka siellä asuessaan hän on ollut tyytymätön saamaansa palveluun. Asumispalveluissa annettava tuki vaihtelee asumismuodoittain ja muutto tukiasumisesta tehostettuun palveluasumiseen tarkoittaa sitä, että mielenterveyskuntoutuja on tarvinnut

enemmän palveluja ja hänen toimintakykynsä on ollut huonompi kuin nykyisin. Tehostetussa palvelutalossa asuessa mielenterveyskuntoutujan toimintaa on jouduttu rajoittamaan, minkä hän arvioi nyt hyväksi ratkaisuksi ollessaan paremmassa kunnossa. Tehostetussa palvelutalossa asuessaan mielenterveyskuntoutuja koki kuitenkin tulleen kuulluksi, mikä merkitsi hyvää palvelua. Järjestötoiminnan mielenterveyskuntoutuja kokee merkitykselliseksi, koska se on tuonut sisältöä elämään: merkityksellisiä ihmissuhteita ja kokemuksen tarpeellisuudesta tekemisen kautta.

Osallisuus ja siten myös asiakaslähtöisyys saavat eri muotoja riippuen mielenterveyskuntoutujan toimintakyvystä ja tilanteesta sekä vuorovaikutuksen tavoitteista ja reunaehdoista (Raitakari ym. 2012). Potilaat eivät yleensä ole yhteistyöhaluisia tahdosta riippumattomassa hoidossa (Mielenterveyslaki 1116/1990), eikä osallisuudesta voida puhua positiivisena kokemuksena.

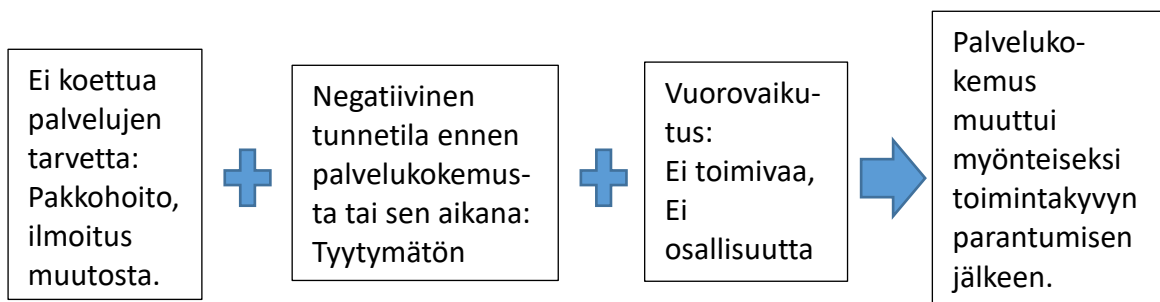
A8: ”En ja kyllä silloin kun olin siellä – (sairaalassa) esimerkiksi niin halusin koko ajan pois, että en minä halunnut olla siellä, mutta jälkepäin olen tajunnut, kuinka paljon hyötyä näistä on ollut, ja paljonko on oikeasti tarvinnut sitä apua. H: Yy-y. A8: Mutta sillä hetkellä, kun sitä tarvitsee niin sitä ei myönnä, jos menee niin pitkälle jo se masennus, ja kaikki niin ei sitä silloin myönnä, että tarvitsee apua.”

Mielenterveyskuntoutujan vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa ei toiminut eikä hän ollut motivoitunut sillä hetkellä hoitoon, eikä halunnut olla hoidossa. Vuosia myöhemmin mielenterveyskuntoutuja ymmärsi, että kyse oli sairaudesta ja hoidon tarpeesta. Vuosia kestänyt kuntoutuminen alkoi sairaalahoidon jälkeen. Haastattelussa ei tule esiin, millaisia keskusteluja mielenterveyskuntoutuja on käynyt tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta hoitohenkilökunnan kanssa.

Organisaation ja systeemin osallisuutta rajoittavista säännöistä huolimatta, osa mielenterveyskuntoutujista oli Laitilan (2010) tutkimuksessa sitä mieltä, että osallisuus on mahdollista näiden rajoitusten sisällä. Osittaiset osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet omassa hoidossa ja kuntoutuksessa koettiin kuitenkin näennäisiksi. Asiakkaiden mukaan nämä tilanteet johtuivat osin toimintatavoista ja osin asiakkaista itsestään silloin, kun

kyse oli tahdosta riippumattomasta hoidosta tai tilanteesta, jossa asiakas ei kokenut olevansa hoidon tarpeessa. (Laitila 2010.)

Muutamissa myönteisissä palvelukokemuksissa niiden syntymiseen on vaikuttanut vain aika ja toimintakyvyn parantuminen, koska tunnetilalla, vuorovaikutuksella ja mielen-terveyskuntoutujan aktiivisuudella ei ole ollut vaikutuksia myönteisen palvelukokemuksen syntyyn. Mielenterveyskuntoutujan palvelukokemus muuttui myönteiseksi voinnin paranemisen ja osallisuuden myötä pitkän ajan kuluessa.



Kuvio 3. Myönteinen palvelukokemus, kun osallisuutta ei ole, eikä vuorovaikutus ole toimivaa palvelutapahtuman aikana.

6.2 Tuettu osallisuus ja palvelukokemukset

Tuettua osallisuutta oli sekä myönteisissä että kielteisissä palvelutapahtumissa. Jotta mielen-terveyskuntoutujalle on syntynyt myönteinen palvelukokemus, on tarvittu hoito-henkilökunnan tai muun henkilön suostuttelua ja mielen-terveyskuntoutujan tuettua osallisuutta palvelutapahtuman aloittamiseksi tai jatkamiseksi. Mielenterveyskuntoutujat näyttäytyivät näissä palvelutapahtumissa pääasiassa passiivisina. Kunnan sosiaalitoimen aktiivisuus tuli esiin erityisesti asumispalveluiden muutosten yhteydessä. Asumisvaihtoehtoista käytiin kertomassa mielen-terveyskuntoutujille, vahvistamassa heidän haluaan muuttoon ja lähes painostamassa muutokseen.

H: "...ja sosiaalitoimessa on vissiin kanssa samalla tavoin sujunut sitten, et... A2: Kyllä, joo, siellä o oltu avuliaita ja sitten ollaan oltu kiinnostuneita kun on täälläkin käyty muutamana kerran niin ja sitten se että ennen kuin muutin tänne niin sieltä sosiaalitoimesta

ne, ne otti niin kuin asiakseen että muutan tänne kun asuin semmoisessa tuetussa, tuetummassa asumismuodossa ja olin pitkään asunut siellä, eikä minunkaan mielestä välttämättä en ehkä tarvinnut kaikkia niitä, mitä siellä sai niin se, että tuolta sosiaalitoimesta sitten niin kuin käytiin muutaman kerran suostuttelemassa minua että mää muuttaisin ja sitten kun minä muutin niin sitten minä totesin, että tämä on tosi hyvä vaihtoehto tämä – (nykyinen asumispaikka).”

Sosiaalitoimen käynnit ja keskustelut tuetun asumispalvelupaikan vaihtamisesta vuokra-asumiseen ja avopalveluihin vahvistivat epävarman mielenterveyskuntoutujan halua vaihtaa asumispaikkaa. Mielenterveyskuntoutuja ei todennäköisesti olisi ollut aloitteellinen ilman suostuttelua asumismuodon vaihtamiseen. Mielenterveyskuntoutuja oli todennut muuton jälkeen, että asumismuodon vaihtaminen oli onnistunut. Vaikka mielenterveyskuntoutuja oli aluksi ollut muutossa passiivinen ja epävarma, oli kokemus sosiaalitoimen suostuttelusta ja muutosta jälkeensä arvioiden merkittävä myönteinen palvelutapahtuma mielenterveyskuntoutujan elämässä, koska muutto kevyempiin asumispalveluihin lisäsi mielenterveyskuntoutujan osallisuutta elämässään ja siten itsenäisyyttä. Kuntoutuminen voi myös vaarantua ilman hoitohenkilökunnan aktiivista mielenterveyskuntoutujan osallisuuden tukemista.

H:”Onko ollut tilanteita, että olisit keskustellut hoitohenkilökunnan kanssa hoitopaikasta? A9: No joo siis, tännehän (järjestö) ne sieltä -- osastolta, että käydään tutustumassa ja sitten olin täällä ja ne niin kuin kehottivat mua, että mene nyt sinne koittamaan ja mene nyt tutustumaan ja no tulinkin tänne ja käyn pari kertaa viikossa...”

...onhan tämä tämmöinen sitten tämmöinen tukipaikka tai, että saa niin kuin mun mielestä saa päiviä kulumaan. H: Joo. A9: ... niin tuota sitten on jotakin täytettyä elämälle ja muutenkin...”

Mielenterveyskuntoutuja oli tarvinnut paljon tukea ja suostuttelua sairautensa takia aloittaakseen käynnit järjestön toiminnassa. Hän oli aluksi itse passiivinen osallistumaan toimintaan ja edelleen hieman tyytymätön. Toiminnan aloituksen jälkeen mielenterveyskuntoutuja oli kuitenkin tyytyväinen osallistumisesta säännöllisesti toimintaan ja koki suostuttelun hoitohenkilökunnan taholta sekä järjestön päivätoiminnan myönteisenä.

Asiakkaiden uskallus ja halu olla osallisina ja osallistua vaihtelee. Vertaistapaamisiin osallistumisen voi estää häpeä sairaudesta. Toisaalta kaikki eivät jaksaa tai halua osallistua tai

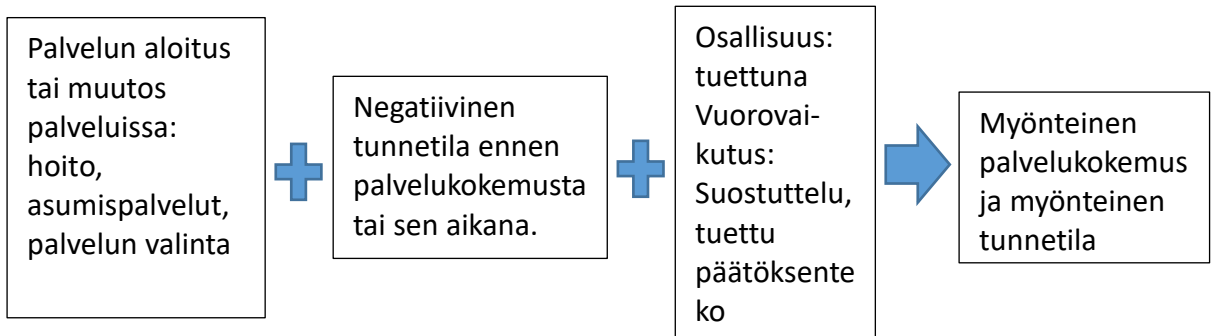
he voivat olla arkoja kertomaan mielipiteitään. Mielenterveyskuntoutujan psyykinen ja fyysinen vointi, lääkitys ja kuntoutumisen vaihe vaikuttavat kykyyn ja haluun osallistua. (Laitila 2010, 88.)

Erityinen palvelutapahtuma tuetun osallisuuden kokemuksissa oli sellainen, jossa mielenterveyskuntoutujan tunnetila oli ennen palvelutapahtumaa ja sen aikana epätoivoinen. Tästä huolimatta mielenterveyskuntoutuja toimi aktiivisesti palvelutapahtumassa yhdessä henkilökunnan ja läheisen henkilön kanssa. Luottamus läheiseen henkilöön psyykkisen toimintakyvyn huonontuessa oli merkityksellistä hoitoon hakeutumisessa. Mielenterveyskuntoutuja hakeutui läheisen tuella hoitoon ja lopputuloksena oli myönteinen palvelukokemus. Haastatteluhetkellä palvelutapahtumasta oli kulunut paljon aikaa, joka oli vaikuttanut myönteisesti mielenterveyskuntoutujan ymmärrykseen sairaudestaan ja tapahtumista.

A5: "...mulla meni asiat semmoiselle mallille, että mulla oli oikein mahdottoman kovaa masennusta, että pelkäsin olla, että kuolen ja kaikkea ja, sitten oli viikko, kaksi mennyt etten ollut kunnolla yöllä nukkunutkaan ja sitten olin yhdelle tuttavamiehelle niin kaks kertaa samana iltana soittanut ja hän tuli sitten silloin seuraavana päivänä meille ja rupesi mulle suoraan hoitamaan lääkäriin aikaa ja sitten olinkin tuo – (osastolla) niin varmaan oliko se kaksi viikkoa hoidossa siellä. H: Joo-o ... A5: Että mä sanon, että mä tiedän, tiedän tosiaan, mitä se on, kun ihminen on tosi huonossa kunnossa. H: Yy-y. Yy-y. A5: No siellä (osastolla) oli semmoinen tuo, ruvettiin tätä lääkettä antamaan, että mä rupesin nukkumaan."

Näissä tuetun osallisuuden kokemuksissa mielenterveyskuntoutujan osallisuuteen vaikutti palvelutapahtuman toinen osapuoli. Ilman toisen osapuolen vaikutusta mielenterveyskuntoutuja ei olisi käyttänyt palvelua tai lähtenyt muutokseen mukaan. Tuetussa osallisuudessa oli kyse myös tuetusta päätöksenteosta. Tuettu osallisuus ja päätöksenteko ovat yhteydessä ammattilaisten kanssa yhdessä toimimiseen, keskinäiseen vuorovaikutukseen ja dialogiseen päätöksentekoon (Günther ym. 2012). Mielenterveyskuntoutujien omien käsitysten mukaan ensin tulee toteutua osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, jonka jälkeen voimavarojen salliessa osallisuus voi toteutua laajemmin (Laitila 2010, 139).

Myönteisissä palvelukokemuksissa, joissa mielenterveyskuntoutujan osallisuus oli tuettua, mielenterveyskuntoutujien tunnetila oli ennen palvelukokemusta tai sen alussa negatiivinen, joka ilmeni tyytymättömyytenä, epävarmuutena, pelokkuutena ja epätoivona palvelutapahtumissa. Palvelutapahtumat olivat kaikki muutostilanteita; muutoksia asumispalveluissa, vapaa-ajan palveluissa ja hoidossa tai sen tarpeessa. Mielenterveyskuntoutujan osallisuutta palveluiden aloituksessa tai käytössä tuettiin ja siitä seurasi myönteinen palvelukokemus. Vuorovaikutus palvelutapahtumassa oli lähinnä suostuttelua. Palvelun aloitus tai palvelussa tapahtunut muutos koettiin kuitenkin myönteisenä, jonka seurauksena tunnetila muuttui myönteiseksi.



Kuvio 4. Myönteinen palvelukokemus, kun osallisuus on tuettua ja vuorovaikutus suostuttelevaa.

Tuetun osallisuuden kokemuksia oli vähän kielteisissä palvelukokemuksissa. Näissä palvelukokemus säilyi kielteisenä, tunnetila oli negatiivinen ja osallisuus oli tuettua terveydenhuollon ammattilaisen suostutellessa mielenterveyskuntoutujaa käyttämään palvelua. Palvelutapahtumissa oli kyse osastohoitoon lähtemisestä. Palvelukokemuksissa näkyi erityisesti sairaus ja pitkäaikaisen hoitosuhteen merkitys siten, että mielenterveyskuntoutuja tuli hoitajan vastaanotolle ja lähti peloistaan huolimatta vapaaehtoisesti hoitoon. Kokemus säilyi kielteisenä huolimatta siihen sisältyneestä osallisuudesta ja vuorovaikutuksesta. Mielenterveyskuntoutujan sairaus vaikutti hoidon tarpeeseen ja hänen osallistumismahdollisuuksiinsa palvelutapahtumassa.

V5: ” ... sitten on joskus aikanaan ollut semmoinen tuota noin niin tuossa -90-luvun alkuvuosina, että kävin tuolla mielenterveystoimistossa yhdellä hoitajalla sitten varmaan taisin kuusi - seitsemän vuotta käydä ja, mutta sitten oli joskus semmoinen että tuota noin niin oli sitten semmoinen asia, että tuo niin ei vissiin kovin hyvin asiat ollutkaan, siinä oli semmoinen minun täytyi sitten mennä sinne osastolle hoitoon ja minulla on sellainen käsitys että, jos minä en olisi mennyt niin minut olisi todennäköisesti viety. (...) A5: Kyllä minä sitten kuitenkin menin niin kuin vapaaehtoisesti sinne.”

Mielenterveyskuntoutujan tunnetila oli palvelutapahtumissa pelokas, koska hän toisaalta pelkäsi tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumista ja toisaalta häntä harmitti osastohoitoon joutuminen. Tunnetila tuli kokemuksen kertomisessa esiin vaikeutena kertoa kokemuksesta. Vuorovaikutuksessa henkilökunnan kanssa korostui suostuttelu ja tuettu päätöksenteko hoitoon lähtemisestä, jonka mielenterveyskuntoutuja itse kyseenalaisti pohdinnoillaan.

Vuorovaikutus oli toimivaa siinä mielessä, että sairaanhoitaja sai mielenterveyskuntoutujan lähtemään vapaaehtoisesti hoitoon. Toisaalta mielenterveyskuntoutuja ei kuitenkaan kertonut hoitajalle pelostaan. Hoitoon hakeutumisessa tai osastohoidossa sinällään ei mielenterveyskuntoutujan kertomuksen mukaan ollut mitään kielteistä tapahtunutta, mutta tunnetila mielenterveyskuntoutujan kertoessa kokemuksestaan oli edelleen ahdistunut, eikä mikään kertomuksessa viitannut siihen, että hän olisi vuosikymmeniä tapahtuneen jälkeen hyväksynyt osastohoidon.

Mielenterveyskuntoutujien hoidossa ja palveluissa tarvitaan ajoittain rajoittamista, sääntöjä ja puolesta toimimista, jos asiakkaan omat voimavarat tai motivaatio eivät riitä. Asiakaslähtöiseen yhteistyösuhteeseen vaikuttavat erilaiset laadulliset tekijät, joita mielenterveys- ja päihdepalvelujen työntekijät ovat kuvanneet seuraavasti: joustavuus, tasa-arvoisuus, ristiriitojen käsittely tarvittaessa, vastuun antaminen, asiakkaan voimavarat ja motivaatio. Rajoitukset ja säännöt, joita ammattilaiset eivät riittävästi perustele, tai liiallinen pakottaminen koetaan itsemääräämisoikeutta loukkaavana. (Laitila 2010.)

6.3 Osallisuus ja kielteiset palvelukokemukset

Suurin osa mielenterveyskuntoutujista toimi aktiivisesti kielteisiksi koetuissa palvelutapahtumissa, mutta useimmilla ei ollut osallisuuden kokemusta. Osallisuuteen ei ollut edes mahdollisuutta kaikissa tilanteissa sairauden, tietämättömyyden tai palvelujärjestelmästä johtuvien tekijöiden takia. Mielenterveyskuntoutujien toimiessa aktiivisesti, mutta osallisuuden ollessa vähäistä kielteisissä palvelukokemuksissa, korostui kertomuksissa vuorovaikutuksen merkitys.

Useimmat mielenterveyskuntoutajat eivät kokeneet osallisuutta palvelutapahtumissa, joissa kielteisen palvelukokemuksen aiheutti palvelujärjestelmästä johtuva tekijä, kuten hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen, virheellinen palvelu tai hoitovirhe. Näissä palvelutapahtumissa oli kyse poikkeavasta palvelusta, joka ei vastannut tavanomaista, odotettua palvelua. Kaikilla kielteisen palvelukokemuksen kokeneilla mielenterveyskuntoutujilla oli negatiivinen tunnetila ennen palvelukokemusta tai sen aikana. Negatiivinen tunnetila näyttäytyi kokemuksissa surullisuutena, pelokkuutena, loukkaantumisenä, hätääntymisenä, harmistuneisuutena ja turhautuneisuutena.

Kielteisissä palvelukokemuksissa oli monesti kyse hoitajan vaihtumisesta. Eräs mielenterveyskuntoutuja oli sairastanut pitkään diabetesta, jonka hoidon takia hän kävi terveyskeskuksessa. Hoitopaikan ja hoitajan vaihtuminen moneen kertaan viime vuosina turhautti mielenterveyskuntoutujaa.

A10: "... olen nyt mennyt tässä vähän joka puolella diabeteksessa, että siinä mielessä olen ollut vähän joka puolella, että se on ehkä ollut vähä huonoa, että joutunut – (kaupunginosa) asti lähtemään lääkärille ja sitten tietysti...niin ja viimeisen kerran olin diabeteshoitajalla, olin tuolla – (nimi) asemalla hoitajan tykönä että minä, minä olen vähä poukkoilu tässä että se nyt olisi lähinnä semmoinen, että jos jotain kritiikkiä niin olisi kiva, jos kaikki ne olisi tuossa – (nimi) ollut kaikki ne palvelut, niin ei olisi tarvinnut miettiä, että missä se nyt on ja millä minä sinne pääsen, jos on kurja keli niin ei fillarilla, polkupyörällä viitsi kovin pitkälle lähteä..."

Palvelun tuottajat eivät selittäneet hoitopaikan vaihtumista mielenterveyskuntoutujalle mitenkään ja syy hoitajan ja hoitopaikan vaihtumisesta jäi arvailujen varaan. Toisaalta mielenterveyskuntoutuja ei ole aktiivisesti itse selvittänyt syitä hoitajan ja hoitopaikan

vaihtumiseen. Mielenterveyskuntoutuja on osallisena palvelutapahtumassa käyttämällä aktiivisesti tarvitsemaansa palvelua siellä, missä se annetaan. Mielenterveyskuntoutuja alistuu tilanteeseen ja jatkaa palvelujen käyttöä palveluja tuottavan organisaation ehdoilla (ks. Hirschman 1970).

Kielteisissä palvelutapahtumissa, joissa mielenterveyskuntoutuja koki hoitajan tai lääkärin vaihtumisen negatiivisena, tuli esille myös kokemuksia yhteistyösuhteen rakentamisesta alusta alkaen uudelleen työläänä ja turhauttavana.

A10: "...että mun mielestä olisi hyvä, että tällaisia ei tulisi tällaisia katkoksia, koska että se niin kuin se omahoitaja on aina ollut alusta asti siitä, kun se tauti on puhjennut niin, H: Joo. A10: ... ollut mukana niin olisi sama hoitaja olisi... H: Nii-i. A10: ... mahdollisimman pitkään mukana ainakin. H: Nii-i. A10: ... koska hän tietäisi sitten tilanteenkin. Nyt joku menee tuonne (hoitopaikka), (hoitaja) vaihtuu koko aika, joutuu uudestaan ja uudestaan samat asiat selittämään."

Mielenterveyskuntoutujan odotukset ja tarpeet eivät täyty palvelutapahtumassa, joten toiminta ei ole asiakaslähtöistä (ks. Sorsa 2002). Mielenterveyskuntoutuja joutuu uudelleen selittämään sairautensa vaiheet. Kielteisissä palvelukokemuksissa tuli esiin myös asiakas-ammattilaisuuden laadullinen heikkous silloin, kun ammattilainen vaihtuu usein:

A11: "...suhde tai se side niin ei se niin kuin synny siten yht tuosta noin vaan. Niin kuin sitten se on vaan, että täytyy kertoa kaikki asiat alusta ja sitten kun se side syntyy niin sitten se lähtee yhtäkkiä veks irti, taas täytyy aloittaa rakentaa sitä uutta suhdetta toisen hoitajan kanssa. H: Joo-o. Joo-o. A11: Että se on niin kuin silleen mulla niin kuin pienen ajan sisällä vaihtui kaks kertaa..."

Asiakaslähtöinen hoitotoiminta perustuu auttajan ja asiakkaan kumppanuuteen tai huolenpitosuhteeseen, jolloin kohtaamisen keskiössä ovat suhde ja yhteistoiminta. (Helén 2011) Hoitajan vaihtuessa kumppanuus- ja huolenpitosuhteen luominen pitää aloittaa alusta ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan välille. Hoitajan vaihtuminen voi aiheuttaa myös hoitovirheitä, kun uudella ammattilaisella ei ole sitä tuntemusta mielenterveyskuntoutujasta, mitä edellisellä hoitajalla oli.

A11: "...se oli just ennen kuin...menin mani sairaalaan, niin mulla oli silloin hypomania päällä, kun menin tapaamaan tätä mun...(sairaanhoitaja) tätä mun silloista, joka oli niin kuin sijainen. (H: Joo-o.) ... sitä psyyk... sitä sairaanhoitajaa tai niin, niin se sano, ettei tässä nyt mitään hätää ole, että sinä olet vähän hypomaaninen, että ei tässä mitään hätää ole, mutta kun se hypomaanisuus johtaa aina, aina niin kuin maniaan, et se ei niin kuin lähde pelkästään sillä niin kuin, että täytyy tehdä niin jotain lääkemutoksia tai jotain, että niin kuin se ei lähde sillä pelkällä puhumisella. H: Joo-o. A11: ...et se vaan niin kuin johtaa siihen maniaan et siinä niin kuin tehtiin vähän kuin hoitovirhe tai näin että kun hän ei ymmärtänyt sitä, että se niin kuin johtaa maniaan se...hypomania niin sitten mä olin jo, kun mä menin sairaalaan niin olin jo aikalailla maaninen H: Yhyy. A11: Niin, niin että sillain se, että se oli ihan tai se on ollut mitä minä niin kuin pidän huonona palveluna."

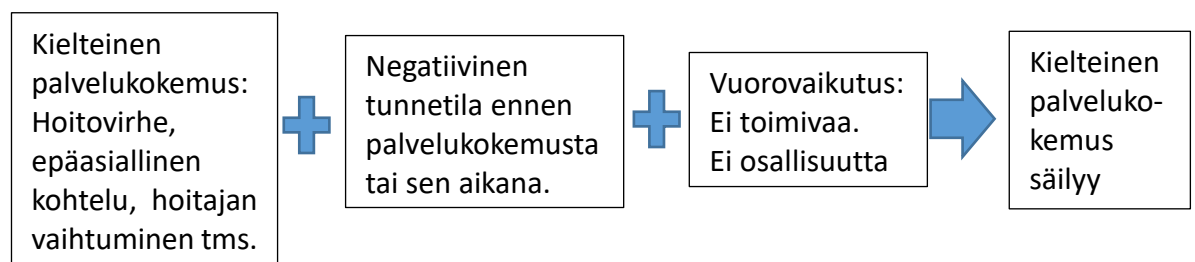
Mielenterveyskuntoutuja odotti, että sairaanhoitaja osaa auttaa häntä sairauden pahe-
nemisvaiheessa. Näin ei kuitenkaan käynyt. Uusi sairaanhoitaja ei ymmärtänyt mielen-
terveyskuntoutujan sairauden vaihetta riittävän hyvin. Mielenterveyskuntoutujan oma
käsitys oli, että hän olisi tarvinnut lääkemutoksia. Mielenterveyskuntoutuja kuitenkin
toimi itse aktiivisesti tulemalla vastaanotolle. Hän luotti hoitajan arviointikykyyn sai-
raudestaan, vaikka hoitosuhde oli uusi. Mielenterveyskuntoutuja toimi kuin huolenpi-
tosuhteessa: autettava on riippuvuussuhteessa, tarvitsee auttajaansa ja hänellä on vä-
hän vaihtoehtoja (ks. Raitakari ym. 2012). Hoitaja oli tulkinnut tilanteen eri tavoin, koska
hänellä ei ollut riittävästi tietoa mielenterveyskuntoutujan sairaudesta.

Mielenterveyskuntoutuksessa on tilanteita, jolloin mielenterveyskuntoutuja ei selviydy
ilman ulkopuolisten apua. Tällöin vastuunkantajan roolin ottavat omaiset ja sosiaali- ja
terveydenhuollon ammattilaiset. Mielenterveyskuntoutujat tietävät usein myös itse, mil-
loin selviytyminen ilman ulkopuolista apua on mahdotonta. (Raitakari ym. 2012.) Kieltei-
sissä palvelukokemuksissa oli mukana myös tapahtuma, jossa mielenterveyskuntoutuja
oli joutunut ensimmäisen kerran psykiatriseen sairaalaan ja kokenut, ettei hänelle seli-
tetty vastentahtoisen hoidon syitä.

*A2: "Olen ollut vaan kerran sairaalassa. -97 olin muutaman kuu.. tai kesäajan olin sairaa-
lassa. Silloin olin. Se oli mun ensimmäinen oikeastaan tällainen lääkärikontakti mielen-
terveysasioissa ja silloin olin vähän kauhuissani, koska jouduin yhtäkkiä vaan suljetulle
osastolle. Ajattelin, että mitä tämä nyt oikein on. Kukaan ei selittänyt juurikaan mitään
tai kertonut mistään mitään. A2: Mutta sen jälkeen en ole ollut sairaalassa. Sen jälkeen
on ollut pääosin hyviä kokemuksia."*

Mielenterveyskuntoutuja oli ollut peloissaan ja koki edelleen, ettei vuorovaikutus ollut toiminut. Vaikka tapahtumasta oli kulunut paljon aikaa, se oli jäänyt mielenterveyskuntoutujan mieleen. Kokemuksen kuvauksesta on vaikea päätellä kuntoutujan sairauden tilaa ja kykyä osallisuuteen sekä vuorovaikutukseen henkilökunnan kanssa. Osallisuutta palvelutapahtumassa ei ollut. Osallisuus voi jäädä myös toteutumatta, koska kuntoutuja ei koe olevansa hoidon tarpeessa (Laitila 2010, 90). Yleisesti ottaen osallisuuden toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa edellyttää, että asiakas saa riittävästi tietoa sairaudestaan, palvelujärjestelmästä, mahdollisuuksistaan vaikuttaa ja oikeudenmukaista kohtelua. Lisäksi asiakkaalla tulee olla riittävä autonomia toimiakseen. (Luh-tasela 2009.)

Kielteisissä palvelukokemuksissa oli kyse epäasiallisesta kohtelusta tai puutteellisesta vuorovaikutuksesta, hoitovirheestä tai virheestä palvelussa, hoitajan tai hoitopaikan vaihtumisesta. Kielteisiä palvelukokemuksia voidaan kuvata kuviolla, jossa kokemukseen vaikuttavat tekijät ovat mukana.



KUVIO 5. Kielteinen palvelukokemus, kun osallisuutta ei ole.

Mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksista osa koski tilanteita, joissa kielteisen palvelukokemuksen aikana ja sen jälkeen mielenterveyskuntoutuja oli toiminut aktiivisesti saadakseen parempaa palvelua. Näissä palvelutapahtumissa suurimmassa osassa vuorovaikutus ei ollut toiminut. Mielenterveyskuntoutuja koki palvelutapahtumien tunnetilan negatiivisena. Mielenterveyskuntoutujan toimiminen oli kuitenkin niin aktiivista, että se johti korjaavaan palvelukokemukseen.

A6: "... Ja silloinko nämä psyykkiset ongelmat paheni, niin mulle meinasi asuntoon omakotitaloon tulla joku roisto oven läpi H:Yhy. A6: ja silloin mulle tuli kauheita pelkotiloja ja kävin tuota terveyskeskuslääkärillä ja silloin oli sitten psykiatrin vastaanotto siellä, mutta hän määräsi mulle sellaiset lääkkeet, että ne teki mulle valtavat Parkinson tauti oireet. H:Yhy. A6: Mä hakeuduin itse sairaalahoitoon silloin -- ja siellä tämä pitkään hoitava lääkäri sanoi, että joo mulle on määrätty väärät lääkkeet, että ne tekee nämä oireet ja siellä vaihdettiin lääkitys sopivaksi ja ne Parkinson tauti oireet jäi sitten pois, että ne oli aivan kauheita, että... A6: Heti tämä - sairaalan lääkäri näki mun olemuksesta et joo et nyt on aivan väärät lääkkeet myönnetty... Mä en päässyt paljon liikkumaankaan niin."

Terveyskeskuksen psykiatri oli määrännyt mielenterveyskuntoutujalle väärät lääkkeet. Vastaanottokäynti terveyskeskuksessa sujui muuten normaalisti, mutta lääkkeiden aloituksen jälkeen mielenterveyskuntoutujan toimintakyky huononi ja hän hakeutui itse sairaalahoitoon saadakseen apua. Mielenterveyskuntoutuja oli aktiivinen ja osallistui omaan hoitoonsa hakeutumalla uudelleen hoitoon. Mielenterveyskuntoutujan kertomuksen perusteella vaikutti siltä, että vuorovaikutus toimi sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa.

Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan tai muiden henkilöiden kanssa ei toiminut kielteiseksi koetuissa palvelutapahtumissa yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta.

A7: "...et tuo nämä on nämä mielenterveyspuolen omien sosiaalihoitajien kanssa tehnyt ne paperit ja (H: Joo) ja ... Siinä tietysti kävi vähä semmoinen, semmoinen lipsahdus ja tällaisia lipsahduksia sattuu silloin tällöin, että tuota unohtuu, unohtuu (työeläkeyhtiö) kokonaan... No, tämä on sitä palvelussa tapahtunutta kömmähdystä että, mikä oli, oli niin kuin henkisesti kauhean raskasta, että, kun ajattelee että itse ei pysty tuollaisia lappuja täyttämään ja kokonaisuus on hämäävä niin silloin, silloin tukeutuu toisiin ja siellä tapahtuu kanssa väärinymmärrystä ja unohdusta niin se rassaa hirveästi, mutta on tietysti inhimillistä. H: Yy-y. A7: Enkä minä ole näissä missään tapauksissa niin mitenkään alkanut mitenkään syyttelemään enkä sillain (H:Yy-y), mutta se on sitä arkuutta just, että niin kuin turha lähteä sotimaan niin näillä voimilla tai...tai mitä hyötyä siitä olisi paitsi se ehkä, että se ilmapiiri meitä kohtaan vakavoitus jonkun verran (H:Nii-i), mutta tuo ei sitä jaks."

Mielenterveyskuntoutujan sosiaalityöntekijälle oli tapahtunut erehdys kuntoutustukihakemuksen täyttämässä, ja hakemus ei lähtenyt työeläkeyhtiölle heti, vaan myöhemmin. Mielenterveyskuntoutuja oli aktiivinen ja osallinen tapahtumassa, kun hakemus täytettiin yhdessä. Kertomuksessa ei mikään viittaa siihen, etteikö vuorovaikutus olisi

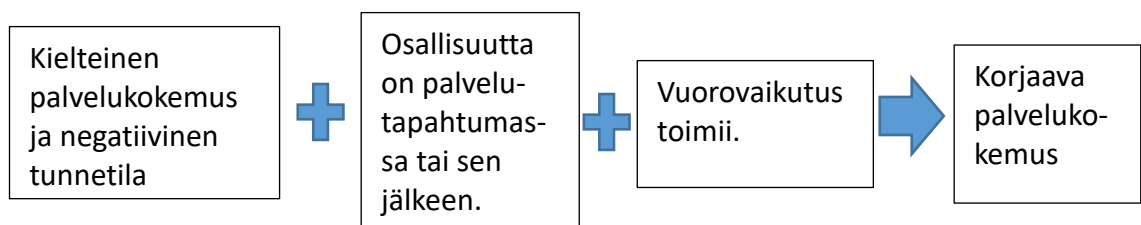
toiminut palvelutapahtumassa. Kokemus oli raskas mielenterveyskuntoutujalle, joka koki sairauden takia toimintakykynsä alentuneen.

Mielenterveyskuntoutujan osallisuudesta ja toimimattomasta vuorovaikutuksesta kielteisessä palvelukokemuksessa kertoo seuraava esimerkki:

A11: "...ainoastaan mikä siellä kävi lääkärin kanssa, että kun se oli sellainen venäjänkielinen lääkäri niin tuota meni vähän niin kuin sanat sekaisin niin kuin että se ei ymmärtänyt, mitä mä puhui enkä mä mitä hän puhu (H: Hy.), mutta kyllä mä niin kuin ihan selvisin ja vaihdoin sitten tuolle ylilääkärille ketä siellä on niin hän näytti mulle noita lääkärinlausuntoja mitä hän kirjoitti niin...kyllä siellä niin kuin saanut että jos on jotain halunnut muuttaa niin kyllä sen olisi pystynyt muuttaa. H: Joo. A11: Et, et...kyllä siellä ainakin, mutta pystyy. Olen mä saanut mun omasta mielestä mun oman mielipiteeni kuuluviin."

Mielenterveyskuntoutujalla on ollut hyvä toimintakyky, koska hän on pystynyt vaatimaan muutosta palveluunsa. Vuorovaikutus ei toiminut lääkärin kanssa, mutta vaadittuaan ja saatuaan toisen lääkärin, mielenterveyskuntoutuja on ollut tyytyväinen palveluun.

Korjaavissa palvelukokemuksissa mielenterveyskuntoutujat toimivat aktiivisesti edistämällä omia palveluitaan. Osallisuus ja aktiivisuus lähenivät joissain tapauksissa jo vaativaa asiakkuutta ja kuluttajuutta. Asiakasammattilaisvuorovaikutuksessa palvelujen kuluttaja kyseenalaistaa ammattilaisen päätösvaltaa valita palveluita asiakkaan puolesta ja oikeutta määrittää tarpeita (Raitakari ym. 2012).



KUVIO 6. Kielteinen palvelukokemus korjaantuu mielenterveyskuntoutujan aktiivisuuden myötä.

Osallisuus ja osallistumattomuus tulevat näkyväksi ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Ne ovat molemmat tapahtuma- ja vuorovaikutusketjujen tulosta. Mielenterveyskuntoutujien ja työntekijöiden kohtaamisissa osallisuuden määrän ratkaisee usein eettisten kysymysten pohdinta: rajoitetaanko huolenpidon perusteella asiakkaan osallisuutta? (Günther ym. 2012.) Toisaalta tässä tutkimuksessa on myös tullut ilmi, että mielenterveyskuntoutujien tukeminen osallisuudessa ja päätöksenteossa, on johtanut myönteisiin palvelukokemuksiin ja osallisuuden kasvuun. Tämä vahvistaa mielenterveyskuntoutujan itsemääräämisoikeutta. Laitilan (2010, 146) tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ja työntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaiden osallisuus voi toteutua monella eri tavalla, mutta osallisuuden toteutuminen kaikkiaan mielenterveys- ja päihdetyössä on riittämätöntä.

6.4 Palvelujen valinnan mahdollisuudet

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia lakisääteisestä valinnanvapaudesta ja valinnan mahdollisuuksista tuli esiin myönteisissä ja kielteisissä palvelukokemuksissa. Palvelujen valinta ja neuvottelujen käyminen valinnan mahdollisuuksista edellyttää mielenterveyskuntoutujan osallisuutta palvelutapahtumassa ja siten riittävää toimintakykyä.

Heikossa asemassa olevien kansalaisten mahdollisuuksia toimia kuluttajana ja aktiivisena yhteistyökumppanina rajoittavat sairaudet, toimintakyky ja vähäiset valinnanvaihtoehdot. Tällöin aktiiviseen kansalaisuuteen tarvitaan ammattilaisten ja sosiaalisen verkoston tukea. (Raitakari ym. 2012, 74.) Valinnanvapaus näyttäytyi kokemuksissa erilaisina tilanteina, joissa palvelutapahtuman osallisuuden ja vuorovaikutuksen mukaan neuvottelumahdollisuudet ja siten mielenterveyskuntoutujan mahdollisuudet vaikuttaa palveluidensa valintaan vaihtelivat.

Mielenterveyskuntoutujilla oli vain vähän kokemuksia terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesta palvelujen valinnanvapaudesta. Myönteisissä palvelukokemuksissa tuli esiin kokemus, joka liittyi palvelun valintatilanteessa käytyyn neuvotteluun.

Mielenterveyskuntoutuja olisi halunnut valita hoitopaikakseen muun kuin kotikuntansa mukaisen erikoissairaanhoidon sairaalan.

A6: ”Kyllä ja silloin mulla oli vielä edessä tämä sappileikkaus niin, sitä hoitoa mä olisin halunnut vaikka – (kaupungin nimi) tai...mutta kyllä se ihan hyvin onnistui tuolla -- (sairaalan nimi). H: Joo-o. No, olisit halunnut sinne – (kaupungin nimi) niin, tuota keskustelitko sinä siitä vaihtamisesta sitten lääkärin kanssa vai? A6: Kyllä, omalääkärin kanssa täällä (H: Joo) (kaupungin) -- terveyskeskuksessa. H: Hän suositteli sitten – (nimi) sairaalaa vaan vai? A6: Kyllä. Hän olisi lähetteenkin laittanut mutta, kun hän sai sitten ylipuhuttua minut. H: Joo-o. A6: Joo. Mä pelkäsin, että täällä (kaupungin nimi) on tällaisia hoitajia, jotka eivät välttämättä halua minun parantuvan, että oli pelkotiloja sellaiseen.”

Mielenterveyskuntoutuja oli aktiivinen ja otti palvelun valinnan puheeksi lääkärin kanssa. Terveydenhuoltolain mukaan hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin kanssa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Mielenterveyskuntoutujan kokemuksen mukaan omalääkäri ylipuhui hänet käyttämään lähisairaalan palveluita. Palvelun valinta ei tapahtunut mielenterveyskuntoutujan alkuperäisen ajatuksen mukaisesti, vaan lääkärin suostuttelemana. Leikkaus onnistui hyvin ja mielenterveyskuntoutujalle tuli myönteinen palvelukokemus lähisairaalan palvelusta. Mielenterveyskuntoutujan kokemuksen perusteella palvelun valinnasta käyty neuvottelu oli asiakaslähtöinen. Kertomuksesta ilmenee, että lääkäri olisi tarvittaessa kirjoittanut lähetteen toiseen sairaalaan. Hoitopaikan valinnasta oli keskusteltu. Mikäli lääkäri olisi kirjoittanut lähetteen leikkaukseen toiseen sairaalaan olisi hän saattanut tukea tällä toiminnalla mielenterveyskuntoutujan pelkoja lähisairaalan palveluista. Ylipuhuminen sairaalan vaihtamiseen voidaan tulkita mielenterveyskuntoutujan tukemiseksi päätöksenteossa.

Valinnan mahdollisuuksien vähyys tuli myös palvelukokemuksissa esiin. Muutama mielenterveyskuntoutuja kertoi hoitavan ammattihenkilön tai hoitopaikan vaihtumisesta siten, ettei heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa asiaan (s. 70–71). Näissä tapauksissa mielenterveyskuntoutuja toi kokemuksen esiin huonona palveluna. Ammattihenkilön vaihtuminen saattoi tapahtua useaan otteeseen, mutta joissain tapauksissa taustalla olivat luonnolliset syyt, kuten eläköityminen tai vuorotteluvapaa. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön valinnanvapautta ei

ole pakko järjestää silloin, kun yksikön toiminnan tarkoituksenmukainen järjestämisen puitteissa se ei ole mahdollista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010) Kuitenkin usean mielenterveyskuntoutujan tuodessa asian esiin kielteisenä palvelukokemuksena, on hoitohenkilön vaihtuminen hyvin merkityksellistä mielenterveyskuntoutujille. Parissa tapauksessa mielenterveyskuntoutujan onnistui käyttää valinnanvapautta pyytäessään hoitavan ammattihenkilön vaihtoa. Näissä tapauksissa mielenterveyskuntoutuja oli itse erittäin aktiivinen hoitavan ammattihenkilön vaihtamiseksi (s. 59 ja s. 76).

Kuluttaja-asiakkuus edellyttää kykyä ja mahdollisuuksia tehdä valintoja. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluissa kuitenkin vaihtelee se, mitä asiakas voi itse valita; valintaa tehdään palveluntuottajista, palvelun sisällöistä, palvelun ajoituksesta ja määrästä. (Raitakari ym. 2012.) Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujat eivät toimineet palvelujen kuluttajina, koska mahdollisuuksia ja kykyä tehdä valintoja oli vähän.

Eräs hoitohenkilön valintatilanne oli erilainen kuin muut esille tulleet kokemukset. Mielenterveyskuntoutuja oli käynyt pitkään samalla suuhygienistillä ja hän olisi halunnut pitää hoitosuhteen samassa paikassa, vaikka muutti toiselle paikkakunnalle.

A6: "...Niin, mutta silloin kun minä hain tosiaan sitä valinnanvapautta lääkärille, niin se olisi koskenut kaikkia lääkäripalveluja, enkä minä halunnut muuta kuin sen ien suuhygienistin. H: Joo. A6: Että minä koin sen niin hyväksi siellä, mutta en minä kuitenkaan hakeutunut siihen sitten, koska se ei ollut mahdollista yksistään sitä yhtä sairautta kohden."

Pelkästään suuhygienistin palvelun valinta perusterveydenhuollon palveluista vanhasta kotikunnasta ei ollut lain mukaan mahdollista (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010), vaan mielenterveyskuntoutujan olisi pitänyt vaihtaa kaikki perusterveydenhuollon palvelut vanhaan asuinkuntaan vähintään vuodeksi. Mielenterveyskuntoutuja otti palvelut uudesta kotikunnasta. Mielenterveyskuntoutujalla oli tietoa valinnanvapaudesta ja kykyä neuvotella palveluistaan, mikä merkitsi sitä, että hän pystyi aktiivisesti osallistumaan palveluunsa ja päättämään palveluistaan.

Palvelukokemuksissa tuli esiin myös tilanne, jossa mielenterveyskuntoutuja muutti saadakseen palvelua, psykiatrista hoitoa:

A8: ”Mutta kun ei – (vanha kotikunta) saanut apua mihinkään niin ne sano mulle työkkärissä, että joo sä et saa apua ennen kuin sä muutat täältä pois, niin mä muutin sitten tänne. H: Joo. Oliko se (vanha kotikunta) sitten niin että sä niin kuin yritit johonkin terveyskeskuksesta hakea apua ja... V8: Juu oli. H: tällaisista paikoista, mutta siellä et niin kuin psykiatrian puolelle päässyt lainkaan? V8: En, ei mitään apua. Yritin kyllä vaikka mihin mutta työkkäri oli niin kuin ainoa mistä sanottiin tosiaan, että kannattaa lähteä.”

Mielenterveyskuntoutuja koki, ettei saanut vanhassa kotikunnassaan apua ongelmiinsa ja muutti palveluiden takia toiselle paikkakunnalle. Uudella paikkakunnalla mielenterveyskuntoutuja koki heti saavansa tarvitsemiaan palveluja. Erityiseksi palvelun valinnan tekee se, että mielenterveyskuntoutuja muutti palvelujen takia. Yleensä ihmiset muuttavat työn, asuinpaikan tai sukulaisten takia. Kuntien tai organisaatioiden erilaiset päätöntävät hoitoon lähettämässä eivät saisi olla esteenä hoidon aloitukselle silloin, kun asiakas haluaa ja tarvitsee hoitoa. (Laitila 2010, 89)

Tarkastellessani palvelutapahtumia valinnanvapauden näkökulmasta huomioni kiinnittyi muutamaan tapaukseen, joissa myönteiseen palvelutapahtumaan vaikutti erikoissairaanhoidon tai sosiaalitoimen. Näissä tapauksissa oli pääasiassa kyse tuetusta osallisuudesta, mielenterveyskuntoutuja toimi passiivisesti ja hänet suostuteltiin muuttoon tai järjestötoimintaan (s. 59–62). Kyse ei ollut valinnanvapaudesta tai sen mahdollisuudesta, koska mielenterveyskuntoutujat eivät toimineet näissä palvelutapahtumissa aktiivisina palvelujen valitsijoina. Päinvastoin kyse oli suostuttelusta, ehkä jopa lievästä painostuksesta palvelujen käyttäjiksi. Toisaalta olisivatko mielenterveyskuntoutujat muuttaneet tai kokeilleet järjestötoimintaa ilman suostuttelua. Kokemukset muutosta tai järjestötoiminnasta olivat kuitenkin mielenterveyskuntoutujille jälkepäin myönteisiä ja edistivät kuntoutumista.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujien osallisuus ja valinnanvapaus vaihtelivat erilaisissa hyvissä ja huonoissa palvelukokemuksissa. Kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon sekä järjestöjen palveluista näyttäytyivät erilaisina episodeina ja prosesseina mielenterveyskuntoutujien elämässä. Palvelutapahtumissa mielenterveyskuntoutujan tunnetila, toimintakyky, aktiivisuus ja aiemmat kokemukset sekä osallisten vuorovaikutus vaikuttivat siihen, millaisia palvelukokemuksia mielenterveyskuntoutujille syntyi.

Mielenterveyskuntoutujilla oli osallisuutta suurimmassa osassa palvelutapahtumissa. Palvelutapahtumat, joissa osallisuutta koettiin, koskivat useimmiten onnistunutta hoitoa sekä kuntoutumista. Sen lisäksi osallisuutta koettiin palvelutapahtumissa, jotka koskivat muutosta asumisessa ja tilanteissa, joissa mielenterveyskuntoutuja oli toiminut aktiivisesti kielteisen palvelukokemuksen jälkeen tilanteen korjaamiseksi. Tällaiset tilanteet olivat johtuneet hoitovirheestä tai virheestä palvelussa, epäasiallisesta kohtelusta tai hoitohenkilön vaihtumisesta.

Laitilan (2010, 138) tutkimuksessa asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia myönteisissä palvelukokemuksissa, joissa vuorovaikutus oli toimivaa. Mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn puute sairauden takia voi kuitenkin estää heitä osallistumasta täysipainoisesti palvelutapahtumiin, jolloin osallisuus jää osittaiseksi. Näissä tilanteissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vaikutus palvelutapahtumassa voi olla merkittävä. Toimintakyvyn parantuessa tai palveluiden muututtua mielenterveyskuntoutuja saattaa huomata palveluiden sopivan hänelle ja palvelukokemus muuttuu myönteiseksi.

Tuetussa osallisuudessa oli kyse tilanteista, joissa palvelutapahtumassa toinen osapuoli suostutteli mielenterveyskuntoutujan aloittamaan palvelun tai vaihtamaan palvelua.

Yleensä oli kyse hoitavan ammattihenkilön suostuttelusta hoitoon tai palveluihin tilanteissa, joissa mielenterveyskuntoutujan tunnetila oli negatiivinen. Mielenterveyskuntoutajat kokivat myöhemmin suurimman osan näistä tuetun osallisuuden palvelutapahtumista myönteisiksi palvelukokemuksiksi.

Palvelutapahtumissa, joissa osallisuutta ei koettu, oli yleensä kyse kielteisestä palvelukokemuksesta. Kokemukseen liittyi yleensä myös mielenterveyskuntoutujan negatiivinen tunnetila ja toimimaton vuorovaikutus palvelutapahtumaan osallistuneiden kesken. Kokemuksissa, joissa osallisuutta ei koettu, oli suurimmassa osassa kyse epäasiallisesta kohtelusta tai puutteellisesta vuorovaikutuksesta, hoitovirheestä tai virheestä palvelussa, hoitajan tai hoitopaikan vaihtumisesta.

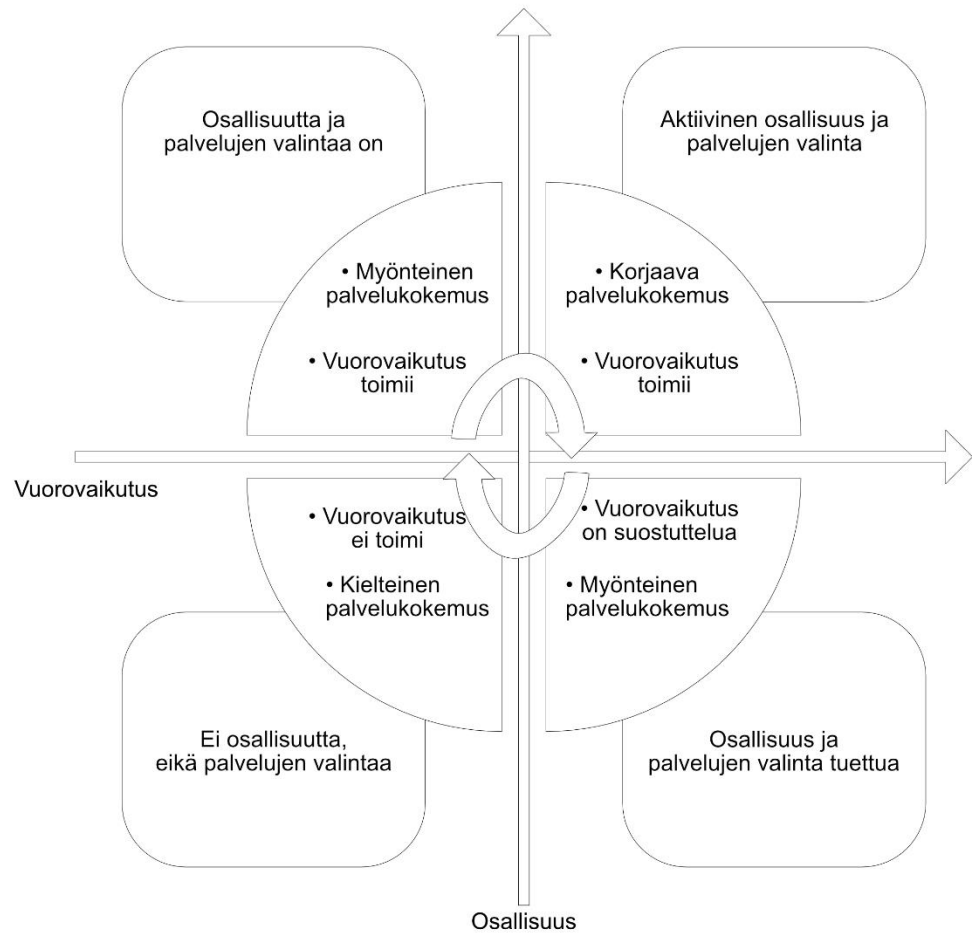
Suurimmassa osassa myönteisistä palvelukokemuksista osallisuus oli yhteydessä toimivaan vuorovaikutukseen ja positiiviseen tunnetilaan. Mikäli osallisuus oli tuettua, oli tunnetila palvelutapahtumassa negatiivinen ja vuorovaikutus palvelutapahtumassa lähinnä suostuttelua hoitohenkilökunnan tai muiden toimijoiden taholta. Mikäli osallisuutta ei ollut, ei vuorovaikutus näyttänyt toimivan lainkaan. Palvelukokemus saattoi myös muuttua mielenterveyskuntoutujan aktiivisen osallisuuden myötä, kun palveluunsa tyytymättömien mielenterveyskuntoutujien vaati tai hakeutui aiempaa parempaan palveluun.

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksissa oli eriasteisia mahdollisuuksia valinnanvapauteen. Valinnanvapauden mahdollisuudet näkyivät tutkimuksessa tuettuna valintana, mahdollisuutena terveydenhuollon ammattihenkilön tai hoitopaikan valintaan silloin, kun se on yksikön toiminnan järjestämisen kannalta mahdollista (hoitopaikan resurssien määrittelemää) sekä lain mukaisena valinnanvapautena.

Osalla mielenterveyskuntoutujia on tarve tukeen, jotta he käyttäisivät palveluita. Tukemalla osallisuutta, tuetaan myös palvelujen valintaa silloin, kun mielenterveyskuntoutujan oma kompetenssi ei riitä osallisuuteen ja valitsemaan palveluita itsenäisesti. Toimintarajoitteiset henkilöt tarvitsevat tukea sekä osallisuuteen että palveluiden valintaan. Tutkimus vahvisti aiempaa tutkimustietoa tuetusta osallisuudesta ja tuetun valinnan merkityksestä mielenterveyskuntoutujille.

Osallisuus ja valinnanvapaus ovat yhteydessä toisiinsa, kun tarkastellaan osallisuuden ja valinnanvapauden toteutumista aineistossa. Mikäli mielenterveyskuntoutujalla on osallisuutta palvelutapahtumassa, kykenee hän myös tarvittaessa osallistumaan palvelujen valintaan. Mielenterveyskuntoutuja pystyy siis hyödyntämään palvelujen valinnan mahdollisuuksia ja valinnanvapautta, mikäli hän kykenee osallisuuteen palveluissa. Osallisuus näkyi mielenterveyskuntoutujan kykyinä käyttää palveluita ja kykyinä neuvotella palveluista. Ilman osallisuutta ei voi olla valinnanvapautta.

Tutkimuksen analyysin, sen tuloksena saatujen keskeisten palvelukokemusten ja tulkintojen perusteella osallisuutta ja palvelujen valintaa voidaan kuvata suhteessa vuorovaikutukseen nelikenttäänalyysillä (kuvio 7). Vuorovaikutuksen onnistuminen on keskeistä osallisuuden toteutumisen ja palvelukokemuksen kannalta. Nelikenttäänalyysi auttaa ymmärtämään osallisuuden ja vuorovaikutuksen yhteyttä palvelukokemuksissa. Kuviossa vuorovaikutus ja osallisuus on kuvattu nuolilla, joissa niiden myönteinen voimakkuus kasvaa nuolten suuntaisesti. Nelikenttäänalyysin lohkot kuvaavat aineiston analyysin tuloksena saatuja keskeisiä palvelukokemuksia eli keskeisiä episodeja ja prosesseja (kuviot 2–6). Vuorovaikutus, osallisuus ja palvelujen valinta vaihtelevat mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksissa, jolloin analyysin tuloksena saadut keskeiset palvelukokemukset edustavat esimerkkejä kaikista laadullisesti erilaisista mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksista. Keskeinen tekijä osallisuuden ja valinnanvapauden toteutumisessa kokemuksissa on vuorovaikutus ja sen onnistuminen palvelutapahtumassa. Asiakassuhde näyttäytyy erilaisena vuorovaikutuksen onnistumisen ja mielenterveyskuntoutujan osallisuuden toteutumisen mukaan. Nelikenttäänalyysin keskellä olevat nuolet kuvaavat palvelukokemusten vaihtuvuutta ja muuttumista käytettäessä palveluja. Mielenterveyskuntoutujilla on erilaisia palvelukokemuksia ja palvelukokemus voi myös muuttua eri tekijöiden vaikutuksesta kuten mielenterveyskuntoutujan aktiivisuuden tai sairauden vaikutuksen myötä.



KUVIO 7. Nelikenttäanalyysi mielenterveyskuntoutujien osallisuuden ja palvelujen valinnan kokemuksista palvelujärjestelmässä suhteessa vuorovaikutukseen.

Kaseva (2011) oli määritellyt kirjallisuuskatsauksessaan osallisuutta ja osallistumista neljään asteeseen, joista vahvin oli asiakkaan toimiminen aktiivisena palvelujen kehittäjänä. Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutajat eivät tuoneet esiin kokemuksia, joissa he olisivat toimineet palvelujen aktiivisina kehittäjinä. Sen sijaan muut Kasevan jäsentämät osallisuuden asteet löytyivät myös tästä tutkimuksesta: asiakas palveluiden kohteena, asiakas palautteen antajana ja asiakas osallisena oman palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä.

8. POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä tietoa ja selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia osallisuudesta ja valinnanvapaudesta palvelujärjestelmässä. Haastattelin aineistoa varten 11 mielenterveyskuntoutujaa heidän hyvistä ja huonoista palvelukokemuksistaan. Sovelsin tutkimusmenetelmänä kriittisten tapahtumien menetelmää, jonka avulla hain merkitykselliset kokemukset esiin aineistosta. Aineistoon valikoituivat ne palvelutapahtumat, joilla oli konkreettisia seurauksia mielenterveyskuntoutujille. Palvelutapahtumia oli 34 ja analysoin ne sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimusaineiston analyysi painottui mielenterveyskuntoutujan ja palvelutapahtuman osallisten yhteistyösuhteen tarkasteluun. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin Laitilan (2010) ja Raitakarin ym. (2012) tutkimustulokset tältä osin. Asiakassuhteen onnistumiseen vaikuttavat monet elementit, jotka koostuvat sekä asiakkaan että ammattilaisen tiedoista, taidoista ja aiemmista kokemuksista (Vrt. Raitakari ym. 2012). Tämän tutkimuksen tuloksena on, että palveluissa on tärkeää kiinnittää huomiota vuorovaikutuksen laatuun, jotta mielenterveyskuntoutujan osallisuus ja valinnanvapaus toteutuisivat. Laadullisena, pieneen otokseen perustuvana tutkimuksena, tutkimuksen tulokset edustavat näytettä mielenterveyskuntoutujien kokemuksista hyvistä ja huonoista palveluista.

Tutkimus vahvistaa aiempaa tutkimustietoa siitä, että mielenterveyskuntoutujien osallisuus palvelujärjestelmässä toteutuu eri asteisesti liukuen huolenpitosuhteesta, tuetun osallisuuden kautta vahvaan, palvelujen valintaan kykenevään osallistumiseen, jolloin myös vuorovaikutus on toimivaa. Mielenterveyskuntoutujan sairauden vaihe ja toimintakyky, ammattilaisen ja mielenterveyskuntoutujan vuorovaikutus sekä mielenterveyskuntoutujan aiemmat palvelukokemukset vaikuttavat siihen, miten mielenterveyskuntoutujan osallisuus milloinkin toteutuu palvelutapahtumassa.

Tutkimuksen tulokset osallisuudesta merkitsevät, että mielenterveyskuntoutujien kanssa työskenneltäessä tulee ottaa huomioon asiakkaan toimintakyvyn rajoitukset

vuorovaikutukselle. Mielenterveyskuntoutujilla toimintakyvyn rajoitukset liittyvät psyykkisen sairauden aiheuttamiin haasteisiin vuorovaikutuksessa, mikä voi ilmetä monella tapaa kohtaamisissa. Sosiaalityöntekijöillä ja muilla mielenterveystyötä tekevillä tulee olla kykyä ottaa vastaan asiakkaan tunnetiloja ja ymmärtää tarpeita sekä toimia ammatillisesti erilaisissa tilanteissa asiakkaan parhaaksi. Mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden tulee saada koulutusta erilaisista psyykkisten sairauksien oireista ja ilmenemisestä käyttäytymisessä, jotta he voivat ymmärtää asiakasta paremmin ja kohdata asiakkaita tuloksellisesti.

Osallisuuden ja valinnanvapauden toteutumisen näkökulmasta onnistunut asiakassuhde palveluissa olisi kumppanuus- tai kuluttaja-asiakkuussuhde, jossa asiakas on tasavertainen suhteessa ammattilaiseen. Vuorovaikutuksessa korostuu tällöin yhteistyö ja neuvottelu. Kuluttaja-asiakkuussuhteen toteutumisen mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat vielä rajalliset valinnanvapauden vähyyden takia. Kumppanuussuhteen muodostamista ja ylläpitämistä rajoittavat asiakkaan toimintakyky, ammattilaisen osaaminen ja suhteeseen vaikuttavat organisaatiosta johtuvat tekijät kuten byrokraattisuus tai toimintakäytännöt. Kumppanuus on kuitenkin mahdollista asiakassuhteissa ja hyvä tavoite asiakastyössä niin sosiaalityössä kuin mielenterveyspalveluissa laajemminkin.

Suomen lainsäädäntöön on vahvasti kirjattu yksilön oikeus itsemääräämisoikeuteen. Itsemääräämisoikeus on sekä perustuslaissa että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslaeissa. Osallisuuden ja valinnanvapauden toteutumatta jääminen tarkoittaa myös itsemääräämisoikeuden heikkoa toteutumista. Tämä voi johtua mielenterveyskuntoutujan heikosta kompetenssista, joka on sairauden takia ajoittain tai pysyvästi heikentynyt. Asiakkaiden kuten mielenterveyskuntoutujien osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää henkilöltä kykyä ymmärtää sairauttaan, hoitoa ja siitä kieltäytymisen vaikutusta terveydentilaan (Pahlman 2015). Mikäli tätä kykyä ei mielenterveyskuntoutujalla ole tai hän kieltäytyy palveluista, tulisi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tukea heitä osallisuuteen.

Asiakaslähtöisyys on monitulkintainen käsite ja sille on säädetty moninaisia tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslaeissa. Potilasta on muun muassa hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli tätä periaatetta tulkittaisiin kirjaimellisesti, eikä mielenterveyskuntoutujia suostuteltaisi ja tuettaisi palvelujen käyttöön, kun hän suhtautuu negatiivisesti palveluihin, johtaisi se hoidon ja kuntoutumisen vaarantumiseen. Asiakaslakeja sovellettaessa käytännössä on huomioitava potilasryhmä ja sairauden vaikutus tilanteisiin. Mielenterveyskuntoutujan sairaus voi aiheuttaa esimerkiksi aloittekyvyttömyyttä ja negatiivisuutta palvelujen käyttöä kohtaan, jolloin mielenterveyskuntoutujan suostuttelu palveluiden käyttöön ammattilaisen toimesta on hoidon ja kuntoutumisen toteutumiseksi tärkeää. Tämän tutkimuksen mielenterveyskuntoutujien kokemukset palvelujärjestelmästä puoltavat aiempien tutkimusten ja ohjelmien tapaan tuettua päätöksenteon mallia niille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjille, joiden omat voimavarat tai kyvyt eivät riitä osallisuuteen ja päätöksentekoon palveluista.

Mielenterveyskuntoutujien asema palvelujärjestelmässä on muuttunut ja muuttumassa edelleen osallisuuden toteutumisen ja yhteiskunnan muuttumisen myötä. Mielisairaaloitten aikakaudella mielenterveyskuntoutuja oli potilas, joka oli eristetty poikkeavuutensa takia laitokseen erilleen muusta yhteiskunnasta. Kaupungistumisen, avohoidon ja lääkehoidon kehittymisen sekä palvelujärjestelmän rahoituspuolelta muututtua vuosina 1970–1990 laitoshoidon väheni ja potilaita alettiin vähitellen osallistaa yhteiskuntaan. Yhteiskuntapolitiikan muututtua uusliberaaliksi 2000-luvulla, on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksia ja vastuita alettu korostamaan. Potilas nähdään yhä useammin osallistuvana asiakkaana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Toisaalta on myös tiedostettu se, etteivät kaikki potilaat kykene osallisuuteen sairautensa tuomien rajoitusten takia. Viime vuosikymmenen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja niiden kehittämiseen ovat tulleet mukaan myös kokemusasiantuntijat. Mielenterveyspalveluissa tämä merkitsee isoa ideologista muutosta mielenterveyskuntoutujien asemassa ja osallisuudessa, kun vertaa muihin potilasryhmiin ja menneisiin vuosikymmeniin. Muut potilasryhmät eivät ole olleet niin leimautuneita ja yhteiskunnasta eristettyjä kuin mielenterveyskuntoutajat. Mielenterveyspalvelujen käytön kasvu ja mielenterveyspotilaiden leimautumisen

vähentyminen ovat kuitenkin vaikuttaneet yleisesti avoimempaan suhtautumiseen mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Mielenterveyskuntoutujien osallisuus palveluissa ja niiden kehittämisessä tulee muuttamaan palvelujärjestelmää edelleen ja haastamaan ammattilaisten asiantuntemusta.

KIRJALLISUUS:

Alasuutari, Pertti (1996) Erinomaista rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. 3. painos. Tampere: Hanki ja jää.

Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.

Burr, Vivien (1995) An Introduction to Social Constructionism. London: Routledge.

Chell, Elizabeth (2005) Critical Incident Technique. Teoksessa Cassell, Catherine & Symon, Gillian (toim.) Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research. London: Sage, 45–60.

Collins, Sarah & Britten, Nicky & Ruusuvuori, Johanna & Thompson, Andrew (2007) Understanding the process of patient participation. Teoksessa Collins, Sarah & Britten, Nicky & Ruusuvuori, Johanna & Thompson, Andrew (toim.) Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives. Maidenhead: Open University Press, 7.

Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (2005) Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. Teoksessa Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (toim.) The Sage Handbook Of Qualitative Research. 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage, 1–32.

Eskola, Jari (2007) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 159–183.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

Fook, Jan (2002) Social work. Critical Theory and Practice. London: Sage.

Foucault, Michel (1965), käänt. R. Howard. Madness & Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason. New York: Pantheon Books.

Goffman, Erving (1969), suom. A. Tarkka & R. Suominen. Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Helsinki: Marraskuun liike.

Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna (2013) Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry. <https://www.mielen.fi/julkaisut/> Viitattu 8.1.2015

Granfelt, Riitta (2004) Hetkeksi jaetut maailmat? Kokemuksia vankilasta ja tuetun asumisen yhteisöstä. Janus 12 (2), 134–154.

- Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Helsinki: Stakes, Suomen Kuntaliitto.
- Haverinen, Riitta (1998). Kriittisten palvelutapahtumien tutkiminen kohti hyviä palvelukokemuksia? Teoksessa Haverinen, Riitta & Simonen, Leila & Kiikkala, Irma (toim.), Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Raportteja 221. Helsinki: Stakes, 82–98.
- Heinonen, Jari (2014) Rakenteellinen sosiaalityö muutoksessa ja muuttajana. Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014. Kuopio: UNIpress, 37–86.
- Helén, Ilpo (2010) Psykiatrian muodonmuutos ja depression nousu kansantaudiksi. Historiallis-sosiologinen interventio. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47 (1), 45–58.
- Helén, Ilpo (2011) Asiakaslähtöisyys. Eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 153–181.
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia. Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 11–69.
- Hirschman, Albert O. (1970) Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2010) Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.
- Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. (2009) Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf> Viitattu 1.12.2016
- Hyvönen, Juha (2008) Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja. D, Lääketiede 440. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Uusi hallinnointi ja mielenterveyspolitiikan tyhjeneminen – Pirkanmaan tapaus. Teoksessa: Helén, Ilpo (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 111–152.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (2005) Johdanto. Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Helsinki: Stakes, 4–5.

Hänninen, Sakari (2007) Johdanto. Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja (toim.) Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes, 5–19.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa palveluissa. Lastensuojelussa, vammaispalveluissa, mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. (2013) Selvityksiä 1:2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Selvityksia_1_2013.pdf Viitattu 14.11.2016.

Jaakola, Anne-Mari & Vornanen, Riitta & Pölkki, Pirjo (2014) Kriittisten tapahtumien menetelmä lastensuojelun sosiaalityötä koskevassa tutkimuksessa. *Janus* 22(2), 156–171.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi (2008) Aikuisuus sosiaalityössä. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Jyväskylä: Vastapaino, 82–108.

Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.

Junnila Maijaliisa & Nykänen, Eeva (2016) Valinnanvapaus Suomessa: 1990-luvun valtionosuusuudistuksesta Sipilän hallitukseen. Teoksessa Junnula, Maijaliisa & Hietapakka, Laura & Whellams, Anne (toim.) Hallintoalalaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Raportti 11/2016. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/130823> Viitattu 14.6.2016.

Kain, Daniel L. (2004) Owing Significance. The critical incident technique in research. Teoksessa deMarrais, Kathleen & Lapan, Stephen D. (toim.) Foundations for research. Methods of inquiry in education and the social sciences. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 69–85.

Kallinen, Kati & Pirskanen, Henna & Rautio, Susanna (2015) Sensitiivinen tutkimuksessa. Menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet. Tallinna: United Press Global.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä (2016) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3.

Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDE-SUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 1.3.2018.

Kansalliskirjasto (2016) Yleinen suomalainen asiasanasto. <http://finto.fi/ysa/fi/page/Y108473> Viitattu 14.11.2016.

Kaseva, Kaisa (2011) Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämässä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72711> Viitattu 8.1.2015.

Koponen, Päivikki & Perälä, Marja-Leena & Räikkönen, Outi (2000) Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä. Metodinen tarkastelu (osa I). *Hoitotiede* 12(4), 164–172.

Kuula, Arja (2013) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Kärkkäinen, Jukka (2004) Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. *Tutkimuksia* 138. Helsinki: Stakes.

Laine, Timo (2007) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 28–45.

Laitila, Minna (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. *Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences*, 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Lehtonen, Lasse (2015) Terveydenhuoltolaki. Teoksessa Lehtonen, Lasse & Lohiniva-Kerkelä, Mirva & Pahlman, Irma (toim.) *Terveysoikeus*. Helsinki: Talentum Pro, 53–68.

Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. (2000) Paradigmatic, Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. Teoksessa Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (toim.) *The Sage Handbook Of Qualitative Research*. 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage, 163–188.

Luhtasela, Leena (2009) Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. *Lisensiaatintutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Luomanen, Jari & Nikander, Pirjo (2017) Haavoittuvat haastateltavat? Teoksessa Hyvärinen, Matti & Nikander, Pirjo & Ruusuvoori, Johanna (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 287–296.

Metsämuuronen, Jari (2009) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. 4. laitos. Jyväskylä: International Methelp Oy.

Metteri, Anna (2003a) Asiakkaan ääntä kuunnellen kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Helsinki: Edita.

Metteri, Anna (2003b) Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Edita, 92–103.

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Acta Universitatis Tamperensis 1778. Tampere: Tampere University Press.

Mieli 2009 -työryhmä (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 1.3.2018.

Mieli 2009 -työryhmä (2012) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69912/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 1.3.2018.

Niemi, Petteri (2011) Minä itse ja sen määrääminen. Teoksessa Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija & Haaki, Raili (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 169–197.

Niiranen, Vuokko (2002) Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 1. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 63–80.

Närhi, Kati & Kokkonen, Tuomo & Matthies, Aila-Leena (2013) Nuorten aikuisten miesten osallisuuden ja toimijuuden reunaehtoja sosiaali- ja työvoimapalveluissa. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 113–145.

Pahlman, Irma (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Pahlman, Irma (2015) Potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Lehtonen, Lasse & Lohiniva-Kerkelä, Mirva & Pahlman, Irma (toim.) Terveystoiminta. Helsinki: Talentum Pro, 190–208.

Patton, Michael Quinn (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage.

Pekkarinen, Elina & Tapola-Haapala, Maria (2009) Kriittinen realismi sosiaalityössä. Tiedontuotannosta emansipaatioon. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) *Sosiaalityö ja teoria. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja 7*. Jyväskylä: PS-kustannus, 183–205.

Perttula, Juha (2009) Kokemus ja kokemuksen tutkimus. Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula, Juha & Lomaa, Timo (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. 3. painos. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115–162.

Peräkylä, Anssi & Ruusuvuori, Johanna (2007) Components of participation in health care consultations. A conceptual model for research. Teoksessa Collins, Sarah & Britten, Nicky & Ruusuvuori, Johanna & Thompson, Andrew (toim.) *Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives*. Maidenhead: Open University Press, 167–175.

Pietikäinen, Petteri (2013) *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Pohjola, Anneli (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus, 19–74.

Pohjola, Anneli (2017) Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Tampere: Vastapaino, 308–325.

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2017. Tilastoraportti 33/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/136978> Viitattu 19.10.2019.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2013) Kuluttajuusdiskurssi ja palveluvalinnat mielenterveyskuntoutuksen asiakaspalavereissa. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 167–196.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Günther, Kirsi & Kulmala, Anna & Saario, Sirpa (2012) Asiakslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa. Kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri, Arto & Lehto, Juhani & Palukka, Hannele (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, 52–56.

Rauhala, Lauri (2005) *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Gaudeamus.

Ristaniemi, Teija (2005) Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus?”. Asiakslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Lisensiaatintutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) (2010) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2017) Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Hyvärinen, Matti & Nikander, Pirjo & Ruusuvuori, Johanna (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 46–86.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [yläpitäjä ja tuottaja]. <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>. Viitattu: 13.2.2018.

Saarenpää, Ahti (2010) Kansalainen, yksilö oikeudellisesti kaiken keskipisteenä. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 75–137.

Salo, Markku (1996) Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Sorsa, Minna (2002) Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu-tutkielma: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus –työryhmä (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70271> Viitattu 11.11.2016.

Thomas, Nigel (2002) Children, Family and the State. Decision-Making and Child Participation. Bristol: Policy Press.

Tritter, Jonathan (2009) Vallankumous vai hidas muutos. Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 210–226.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuori, Timo (2011) Psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa vuosina 2004–2009. Teoksessa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015.

Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80007/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7.pdf?sequence=1> Viitattu 1.3.2018

Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkajien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vornanen, Riitta & Jaakola, Anne-Mari & Pölkki, Pirjo & Pohjanpalo, Heidi & Miettinen, Janissa (2012) Kriittisten tapahtumien tutkimus sosiaalipalvelujen tutkimuksessa. Hallinnon tutkimus 31 (3), 203–216.

Hallituksen esitykset:

HE 309/1993. Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1993/19930309> Viitattu 14.11.2016.

Lait ja sopimukset:

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Sosiaalihuoltolaki 31.12.2014/1301.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Yleinen tietosuoja-asetus 27.4.2016/679.

LIITE 1: Tutkimuslupahakemus mielenterveys- ja päihdejärjestöille

LUPAHAKEMUS TUTKIMUKSEEN: MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN KOKEMUKSIA ASIAKUUDESTA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tarkoitettu tuottamaan hyvinvointia palvelujen tarpeessa oleville ihmisille. Viime vuosina asiakkaan asema ja aktiivisuus ovat korostuneet palveluiden tuottamisessa kaupallisuuden ja markkinaperusteisuuden myötä. Potilailta ja asiakkailta odotetaan aktiivisuutta omien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suhteen esimerkiksi antamalla mahdollisuus valita terveydenhuollon hoitopaikka. Asiakkaiden oikeuksista säädetään muun muassa laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella kokemuksia asiakkuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Tutkimus lisää tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista asiakkuudesta ja tuotettua tietoa voidaan hyödyntää palvelujärjestelmän kehittämiseksi suosituksia vastaavaksi. Tutkimuksen näkökulma painottuu asiakkaiden kokemuksiin, ei niinkään palveluiden tuottajan tai palvelun laadun näkökulmaan. Erityisen kiinnostunut olen itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja valinnan mahdollisuuden kokemuksista.

Asiakkuutta määrittää tutkittavien mielenterveyskuntoutujien toimintakyky, käytetyt palvelut ja muodostuneen asiakassuhteen laatu. Mielenterveyskuntoutujat ovat pitkäaikaissairaita, joilla psyykinen sairaus vaikuttaa toimintakykyyn alentavasti ja sitä kautta vaikeuttaa arjessa toimimista. Monet mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat sekä sosiaali- että terveystalvuuja arjen tueksi. Samalla heille kertyy erilaisia kokemuksia palvelujärjestelmästä potilaana ja asiakkaana.

Tutkimustehtävään haetaan vastausta kahdella kysymyksellä:

1. Minkälaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on osallisuudesta palvelujärjestelmässä?
2. Minkälaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on palvelujen valinnan mahdollisuuksista?

(jatkuu)

LIITE 1 Jatkuu

Tutkimuksen aineiston muodostavat haastattelut, joita teen 10–12 kappaletta eri järjestöjen ja yhdistysten kautta mielenterveyskuntoutujille. Aineiston keruun tavaksi olen valinnut teemahaastattelun, koska se mahdollistaa tarkentavien kysymysten esittämisen. Lisäksi aihealue on hyvin henkilökohtainen, joten ryhmähaastattelu ei sovellu tutkimuksen tarkoitukseen. Liitteenä teemahaastattelun aiheet ja luonnokset kysymyksistä, haastateltaville jaettava tutkimustiedote sekä suostumuslomake. Haastattelu etenee keskustelumaisesti aiheesta toiseen. Tutkimuksessa kysytään muun muassa hyvästä palvelukokemuksesta ja huonosta palvelukokemuksesta.

Tutkimustyötä ohjaavat professorit Marketta Rajavaara Helsingin yliopistosta ja Merja Anis Turun yliopistosta. He ovat hyväksyneet tutkimussuunnitelman. Tutkimus on ammatillinen lisensiaattityö. Haastattelut litteroidaan ja analysoidaan sisällön analyysin keinoin. Tarkoituksena on tehdä aineistolähtöinen analyysi, jossa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus.

Pyydän ystävällisesti lupaa kerätä tutkimusaineistoa haastattelemalla tutkimukseen soveltuvia vapaaehtoisia yhdistyksenne jäseniä tiloissanne. Kiitokseksi haastatteluun osallistumisesta tarjoan kahvit tai teen kastamisen kera.

Kaisu-Leena Raikisto



TULE KERTOMAAN KOKEMUKSISTASI! OSALLISTU TUTKIMUKSEEN!

Kerään haastattelemalla tietoa tutkimustani varten, joka käsittelee mielenterveyskuntoutujien kokemuksia palveluista.

Haastateltavilla tulee olla kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Haastattelu kestää noin tunnin verran. Kysyn muun muassa hyviä ja huonoja kokemuksia palveluista. Haastattelut muodostavat aineiston, jonka avulla tutkin mielenterveyskuntoutujien osallisuutta ja valinnanvapautta. Haastatteluja käytän vain tutkimuksessa ja lopullisesta tutkimusraportista haastateltava ei ole tunnistettavissa.

Nyt on mahdollisuus kertoa luottamuksellisesti juuri sinun kokemuksistasi palveluista. Kiitokseksi haastattelusta tarjoan kahvit kastamisen kera.

Soita niin kerron lisää! Voit myös lähettää soittopyynnön tekstarilla, niin otan yhteyttä.

Kaisu-Leena Raikisto, puh.



LIITE 3: Haastateltavan tutkimuslupalomake

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS MIELENTERVEYSKUNTOITUJIIEN
KOKEMUKSET ASIAKKUUDESTA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ -
TUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, sekä perua suostumukseni, milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

_____._____._____.2016

_____._____._____.2016

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

Kaisu-Leena Raikisto

LIITE 4: Tiedote tutkimuksesta haastateltaville

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

TUTKIMUKSEN NIMI: MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSIA ASIAKKUUDESTA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Tutkimuksessa selvitetään mielenterveyskuntoutujien kokemuksia asiakkuudesta sosi-
aali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Erityisen kiinnostunut olen itsemäärää-
misoikeuden, osallisuuden ja valinnan mahdollisuuden kokemuksista. Tutkimuksessa ky-
sytään muun muassa hyvästä palvelukokemuksesta ja huonosta palvelukokemuksesta.
Tutkimus lisää tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista palvelujärjestelmässä ja
edesauttaa palvelujen kehittämistä suosituksia vastaaviksi.

Tutkimuksen aineiston muodostavat haastattelut, joita teen 10–12 kappaletta eri järjes-
töjen tai yhdistysten kautta mielenterveyskuntoutujille. Tutkimustyötä ohjaavat profes-
sorit Marketta Rajavaara Helsingin yliopistosta ja Merja Anis Turun yliopistosta. He ovat
hyväksyneet tutkimussuunnitelman.

Tutkimus toteutetaan mielenterveyskuntoutujan ja yhdistyksen/järjestön luvalla. Tutki-
mukseen osallistuvalla on milloin tahansa tutkimuksen aikana oikeus keskeyttää osallis-
tumisensa. Haastattelu on kertaluonteinen. Se nauhoitetaan ja siinä ovat paikalla vain
tutkija ja mielenterveyskuntoutuja. Haastattelu kestää noin tunnin. Haastattelut nauhoi-
tetaan kasetille ja litteroidaan eli kirjoitetaan tekstimuotoon sana sanalta.

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään huolellisesti ja luottamuksellisesti
henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkittavien henkilöllisyys (nimi) ei missään vai-
heessa paljastu tutkimusaineistoa käsiteltäessä. Tutkimusaineiston eri haastattelut nu-
meroidaan tallennusvaiheessa (haastattelu 1, haastattelu 2 jne.). Valmiissa tutkimusra-
portissa ei käytetä oikeita nimiä, eikä henkilöllisyys ole siitä tunnistettavissa.

(Jatkuu)

Tutkimuksen jälkeen haastatteluaineistoa säilytetään ilman tunnistetietoja tutkijan kotona ja aineistot hävitetään niille määrätyn säilytysajan jälkeen.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa. Keskeyttämisen syytä ei tarvitse ilmoittaa.

Tutkimuksen haastattelut ovat lisensiaattitutkimuksen pääaineisto. Tutkimustyön on määrä valmistua v. 2016 ja lisensiaattitutkimuksen tarkastustilaisuuden jälkeen tutkimukseen on mahdollista tutustua internetissä Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston sivuilla www.sosnet.fi. Tutkimuksen valmistumisesta ilmoitan siihen osallistuneille järjestöille ja yhdistyksille.

LISÄTIETOJA SAA TUTKIMUKSEN TEKIJÄLTÄ: Kaisu-Leena Raikisto, p. ----- (iltaisin),
sähköposti: kalera(at)utu.fi

LIITE 5: Teemahaastattelurunko ja muistilista kysymyksistä

TEEMAHAASTATTELURUNKO JA MUISTILISTA KYSYMYKSISTÄ:

1. Elämän tilanne, sairauden ja palveluiden käyttö

- Ikä, siviilisääty, sukupuoli
- Miten kuvailisit vointiasi tällä hetkellä?
- Mitä sairauksia sinulla on?
- Kuinka pitkään olet sairastanut?
- Miten saat toimeentulosi tällä hetkellä?
- Mitä palveluja olet käyttänyt viimeisen vuoden aikana?
(Kela, sosiaalitoimi, erikoissairaanhoido ja 3. sektori, talous- ja velkaneuvonta...)
- Mitä palveluja käytät nyt? (Kuinka kauan olet käyttänyt edellä mainitsemiasi palveluja?)

2. Osallisuus

- Kerro mieleesi jääneestä hyvästä palvelusta
- Mikä vaikutti siihen, että palvelu oli hyvää?
- Onko mieleesi jäänyt ikäviä kokemuksia palveluista?
- Mikä vaikutti siihen, että palvelu oli huonoa?
- Oletko saanut sanoa mielipiteesi hoidon suunnitteluun?
- Mikä on vaikuttanut siihen, että olet saanut/et ole saanut sanoa mielipidettäsi hoidon suunnitteluun?
- Oletko saanut sanoa mielipiteesi palveluja suunniteltaessa?
- Mikä on vaikuttanut siihen, että olet saanut/et ole saanut sanoa mielipidettäsi palvelujen suunnitteluun?
- Onko sairautesi vaikuttanut kykyysi hoitaa asioita?

3. Valinnanvapaus

- Mitä ymmärrät hoitopaikan valinnanvapaudella?
- Oletko keskustellut vaihtoehtoisista hoitopaikoista hoitohenkilökunnan kanssa?
- Onko sinulla kokemuksia hoitopaikan valinnasta? Onko sinulta kysytty mielipidettä hoitopaikasta?

LIITE 6: Taulukko kielteisistä palvelutapahtumista ja niiden sisällön kategorisoimisesta sekä tyypittelystä.

Merkittävä, huono palvelutapahtuma ja sen aiheuttaja	Tapahtuman vaikutus mt-kuntoutujan toimintaan	Luokittelu / paikka:1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen, 2. Hoitovirhe tai virhe palvelussa 3. Epäasiallinen kohtelu	Valinnanvapaus sisältyi palvelutapahtumaan jollain tavalla (- merkitty, jos palvelutapahtumassa ei ole valinnanvapaus mahdollisuutta.	Aktiivisuus Tunnetila Vuorovaikutus Osallisuus
A1: Mt-kuntoutuja koki saaneensa epäasiallista kohtelua (sosiaalitoimen sosiaalityöntekijä)	Ei ole käynyt sosiaalitoimessa. Toisaalta edunvalvoja hoitaa raha-asiat.	3. Epäasiallinen kohtelu/ Sosiaalitoimi tai asumispalvelut	-	Aktiivinen, ei osallisuutta Surullinen Vuorovaikutus ei toiminut
A2: Pakkohoito, jonka syitä ei silloin selvitetty mt-kuntoutujalle. (henkilökunta)	mt-kuntoutujan asumispalveluiden käyttö on alkanut sairaalajakson seurauksena (tehostetussa palveluasumisessa)	3. Epäasiallinen kohtelu/ Sairaala	-	Passiivinen, ei osallisuutta Pelokas Vuorovaikutus ei toiminut
A5: Avohoidosta lähte sairaalahoitoon (pelko pakkohoidosta)	Lähtenyt osastohoitoon vapaaehtoisesti, kokenut ettei voi mielipidettään ilmaista hillitsi itsensä pakkohoidon pelossa.	1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen/ avohoito	-	Aktiivinen, tuettu osallisuus, Pelokas Vuorovaikutus ei toiminut

(Jatkuu)

A5: Päivystyksessä myöhemmin tullut potilas pääsi ennen vastaanotolle	Mt-kuntoutuja hillitsi itsensä, kun toisen potilaan omainen oli kysynyt palautetta palvelusta sairaalaan toimitettavaksi. Ei antanut negat. palautetta.	2. Hoitovirhe tai virhe palveluissa/ Sairaala	-	Aktiivinen, tuettu osallisuus, Pelokas Suostuttelu
A5: Mt-kuntoutuja koki odotusajan päivystyksessä liian pitkäksi.	Kunto huononi ja joutui sairaalahoitoon	2. Hoitovirhe tai virhe palveluissa / Sairaala	-	Aktiivinen, ei osallisuutta Aggressiivinen Ei toimivaa vuorovaikutusta
A6: Sai väärät lääkkeet (perusterveydenhuollon erikoislääkäri)	Tapahtuma vahvasti mt-kuntoutujan käsitystä hoitohenkilökunnan heikosta tiedon tasosta liittyen hänen sairauteensa.	2. Hoitovirhe / perusterveydenhuolto	-	Aktiivinen, on osallisuutta Pelokas Vuorovaikutus toimivaa
A7: Koki saaneensa epäasiallista kohtelua (Hoitohenkilökyseenalaisti diagnoosin perusteetta)	Mt-kuntoutuja haki toimeentulotukea eläkeasian käsittelyn ajaksi. Mt-kuntoutuja ei lähtenyt valittamaan asiasta, koska voimat eivät riitä.	3. Epäasiallinen kohtelu/ avohoito	-	Aktiivinen, on osallisuutta Loukkaantunut Vuorovaikutus ei toiminut
A7: Mt-kuntoutujan eläkehakemuksesta jäi puuttumaan työeläkeyhtiön osuus		2. Virhe palvelussa / avohoito	-	Passiivinen, on osallisuutta, Harmistunut Vuorovaikutus toimi

(Jatkuu)

V8: Mt-kuntoutuja ei saanut palveluja entisessä kotikunnassa	Mt-kuntoutuja muuttanut toiselle paikkakunnalle.	2. Virhe palveluissa / perusterveydenhuolto (virheellinen hoidon tarpeen arviointi)	-	Aktiivinen, on osallisuutta Harmistunut Vuorovaikutus ei toiminut.
V8: Yliannostus rauhoittavia lääkkeitä (hoito-ohjaus epäonnistunut/lääkäri)	Mt-kuntoutujan suhtautuminen rauhoittaviin lääkkeisiin muuttui kriittisemmäksi.	2. Hoitovirhe / avohoito	-	Aktiivinen, ei osallisuutta Hätäntynyt Vuorovaikutus ei toiminut
V10: Lääkkeiden jako valvotusti (hoitohenkilökunta)	Mt-kuntoutuja kokenut kontrollin negatiivisesti.	3. Epäasiallinen kohtelu / Sosiaalitoimi tai asumispalvelut	-	Aktiivinen, ei osallisuutta Loukkaantunut Vuorovaikutus ei toiminut
V10: Mt-kuntoutuja on joutunut useaan kertaan vaihtamaan dm-hoitajaa ja fyysistä hoitopaikkaa. Hoitosuhde huonontunut. (Resurssit syynä)	Mt-kuntoutujalla ei ole mahdollista toimia muuten kuin tilaamalla aika sieltä, minne terveyskeskuksesta ohjataan ottamaan yhteyttä.	1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen / perusterveydenhuolto	Ei mahdollista valita hoitohenkilöä tai hoitopaikkaa. Toisaalta ei mt-kuntoutuja tuo esiin, että olisi vaatinut tiettyä sairaanhoitajaa. Hoitohenkilön valinta on hoitopaikan järjestettävä mahdollisuuksien mukaan.	Aktiivinen, ei osallisuutta Turhautunut Vuorovaikutus ei toimi
V11: Psyk. erikoissairaanhoitajan vaihtuminen ja hoitosuhde kärsinyt (Erikoissairaanhoito/resurssit)	Mt-kuntoutuja on joutunut luomaan hoitosuhteen uudestaan monesti.	1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen / avohoito	Ei mahdollista valita hoitohenkilöä. Toisaalta ei mt-kuntoutuja tuo esiin, että olisi vaatinut tiettyä sairaanhoitajaa. Hoitohenkilön va-	Aktiivinen, ei osallisuutta Turhautunut Vuorovaikutus ei toiminut (Jatkuu)

<p>V11: Hiljattain vaihtunut hoitaja ei osannut arvioida mt-kuntoutujan psyykkistä tilaa oikein (Sairaanhoidtaja/taidot)</p>	<p>Mt-kuntoutuja meni huonoon kuntoon ja joutui sairaalahoitoon</p>	<p>2. Hoitovirhe tai virhe palvelussa / avohoito</p>	<p>linta on hoitopaikan järjestettävä mahdollisuuksien mukaan.</p>	<p>Aktiivinen, ei osallisuutta Harmistunut Vuorovaikutus ei toiminut</p>
<p>V11: Psykiatrisen hoidon yksikköä oli pakko vaihtaa. (Hoitohenkilökunta)</p>	<p>Mt-kuntoutuja siirtyi käyttämään toisen yksikön palveluja ja hoitosuhde lähti alusta.</p>	<p>1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen /avohoito</p>	<p>Ei kysytty mielipidettä. Toisaalta ei mt-kuntoutuja tuo esiin, että olisi vaatinut tiettyä sairaanhoitajaa. Hoitohenkilön valinta on hoitopaikan järjestettävä mahdollisuuksien mukaan.</p>	<p>Passiivinen, ei osallisuutta Harmistunut Ei vuorovaikutusta / Pakko vaihtaa hoitopaikkaa.</p>
<p>V11: Ulkomaalainen lääkäri ja mt-kuntoutuja eivät ymmärtäneet toisistaan. (Resurssit)</p>	<p>Mt-kuntoutujan lääkäri vaihtui kuntoutujan aloituksesta.</p>	<p>1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen /avohoito</p>	<p>Valinnanvapaus toteutui.</p>	<p>Aktiivinen, on osallisuutta, Harmistunut Vuorovaikutus ei toiminut</p>
<p>V12: Psykiatrisen sairaanhoitaja vaihtui ja hoitosuhde alkoi alusta. (Erikoissairaanhoito / resurssit)</p>	<p>Uudelle hoitajalle täytyy alusta asti kertoa kaikki. Ei voi valita hoitohenkilökuntaa.</p>	<p>1. Hoitopaikan tai hoitohenkilön vaihtuminen /avohoito</p>	<p>Ei mahdollista valita hoitohenkilöä tai hoitopaikkaa. Toisaalta ei mt-kuntoutuja tuo esiin, että olisi vaatinut tiettyä sairaanhoitajaa. Hoitohenkilön valinta on hoitopaikan järjestettävä mahdollisuuksien mukaan.</p>	<p>Aktiivinen, Ei osallisuutta, Pettynyt Vuorovaikutus ei toiminut.</p>

LIITE 7: Taulukko myönteisistä palvelutapahtumista ja niiden sisällön kategorisoinnista sekä tyyppitelystä.

Merkittävä, hyvä palvelutapahtuma ja sen aiheuttaja	Tapahtuman vaikutus mt-kuntoutujan toimintaan	Luokittelu / paikka: 1. muutos asumisessa 2. Onnistunut hoito tai kuntoutus 3. muu tekijä	Valinnanvapaus sisältyi palvelutapahtumaan jollain tavalla (- merkitty, jos palvelutapahtumassa ei ole valinnanvapaus mahdollisuutta.	Aktiivisuus omassa asiassa, osallisuus, tunteet ja vuorovaikutus
<p>A2: Muutos (tehostetusta) asumispalveluissa (Sos.toimi oli aktiivinen)</p> <p>A2: Hakeutui hoitoon poliklinikalle ja palvelu ylitti odotukset (Hoito, erikoissairaanhoido)</p> <p>A3: Sairaalahoido toistui, muutti asumispalveluihin. (mt-kuntoutuja oli aktiivinen)</p> <p>A3: Muutto tehostetusta tuettuun asumiseen (10 v. asumisen jälkeen) (Kunnan sos.toimi on ollut aktiivinen)</p>	<p>Muutto kevyempiin asumispalveluihin eli tuettuun asumiseen ja mt-kuntoutuja on ollut tyytyväinen muutokseen.</p> <p>Lääkemuutos ja mt-kuntoutuja oli tyytyväinen palveluun.</p> <p>Muutto tehostettuun palvelutaloon</p> <p>On tyytyväinen muutokseen.</p>	<p>1. Muutos asumisessa / sosiaalitoimi</p> <p>2. Onnistunut hoito / avohoito</p> <p>1. Muutos asumisessa / mt-kuntoutuja, sosiaalitoimi</p> <p>1. Muutos asumisessa / sosiaalitoimi</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>Passiivinen, Tuettu osallisuus, Epävarma, Suostuttelu</p> <p>Vastavuoroinen suhde, osallisuutta on. Aktiivinen Tyytyväinen</p> <p>Aktiivinen, osallisuutta on. Vuorovaikutus toimi, tyytyväinen</p> <p>Passiivinen, ei osallisuutta. Vuorovaikutus ei toiminut, Tyytyväinen</p> <p>(Jatkuu)</p>

<p>A5: Sairaalajakso: lääkityksen aloittaminen ja nukkuminen onnistui. (Erikoissairaanhoido)</p>	<p>Hoido auttoi.</p>	<p>2. Onnistunut hoito / sairaalahoito</p>	<p>-</p>	<p>Aktiivinen, osallisuutta oli. Epätoivoinen, Toimiva vuorovaikutus</p>
<p>A6: Muuton takia suuhygienisti vaihtui (mt-kuntoutuja oli itse aktiivinen, ei olisi halunnut vaihtaa, mutta pelkän suuhygienistin valinta ei ollut mahdollista)</p>	<p>Palvelu on ollut hyvää uudessa kotikunnassa.</p>	<p>1. Onnistunut hoito / perusterveydenhuolto</p>	<p>- Valinnanvapaus ei toteutunut, koska ei lain mukaan mahdollista.</p>	<p>Aktiivinen, osallisuutta on Tyytyväinen, Toimiva vuorovaikutus</p>
<p>A6: Mt-kuntoutuja sai hyvän leikkauksen lähisairaalassa. (perusterveydenhuollon lääkäri ylipuhui mt-kuntoutujan leikkauksen lähisairaalaan.)</p>	<p>Mt-kuntoutuja oli leikkauksessa lähisairaalassa. Halunnut alkuun Tamperelle.</p>	<p>2. Onnistunut hoito / sairaalahoito</p>	<p>Valinnanvapaus toteutunut. Valinnanvapaudesta keskustellut lääkärin kanssa lain ohjeistuksen mukaan. Mt-kuntoutujan mielipide muuttunut keskustelun aikana.</p>	<p>Aktiivinen, Tuettu osallisuus, Pelokas, Suostuttelu</p>
<p>A7: Mt-kuntoutuja on saanut terapeutin, jolla on erityistietoa kuntoutujan sairaudesta. (Mt-kuntoutuja on ollut aktiivinen saadakseen pätevän hoitajan)</p>	<p>Käynnit terapeutilla ovat alkaneet ja käyntejä on lisätty. Kuntoutuja on varovaisen toiveikas hoitosuhteesta.</p>	<p>2. Onnistunut hoito / avohoito</p>	<p>Valinnanvapaus toteutunut, koska potilas vaatinut erityisosaamista omaavan hoitajan.</p>	<p>Aktiivinen, osallisuutta on, Tyytymätön, Vuorovaikutus: toiveikas</p>
<p>A8: Muuton myötä mt-kuntoutuja sai palveluita (Mt-kuntoutuja ollut itse aktiivinen muutosuhteen)</p>	<p>Mt-kuntoutujalla alkoi uudessa kotikunnassa heti psykiatrinen hoito.</p>	<p>1. Pääsy hoitoon / avohoito</p>	<p>Mt-kuntoutuja toteuttanut valinnanvapauden kotikunnan muutoksen avulla, jotta on päässyt psykiatrisen hoidon piiriin.</p>	<p>Aktiivinen, osallisuutta on. Tyytyväinen, Toimiva vuorovaikutus</p>
<p>(Jatkuu)</p>				

A8: Ymmärtänyt vuosien jälkeen pakkohoidon tarpeellisuuden (erikoissairaanhoido auttoi)	Pakkohoidon myötä alkanut vuosia kestänyt kuntoutuminen.	2. Onnistunut hoito / sairaalahoido	-	Passiivinen, ei osallisuutta, Tyytymätön, Ei toimivaa vuorovaikutusta
A8: Mt-kuntoutuja pääsi 3,5 vuoden tehostetun palveluasumisen jälkeen muuttamaan takaisin tuettuun asumiseen. (Sosiaalityö)	Kuntoutuminen edistyi ja toimintakyky parani vähitellen.	1. Muutos asumisessa / sosiaalityö	-	V8: Aktiivinen, osallisuutta on, Ilmainen, Vastavuoroinen
A9: Mt-kuntoutuja on lähtenyt yhdistystoimintaan mukaan (Hoitohenkilökunta on ollut aktiivinen)	Yhdistystoiminnan myötä mt-kuntoutuja on saanut elämänsä sisältöä.	2. Onnistunut hoito /avohoidon henkilökunta patistanut.	-	Passiivinen, Tuettu osallisuus, Tyytymätön, Suostuttelu
A10: Laboratoripalveluiden odotusajan poistuminen sähköisen ajanvarauksen käyttöönoton myötä. (Erikoissairaanhoido kehittynyt palveluita)	Mt-kuntoutuja varaa itse netin kautta ajan laboratorioon ja on tyytyväinen palveluun.	2. Onnistunut hoito / perusterveydenhuolto.	-	Aktiivinen, osallisuutta on, Tyytyväinen, Toimiva vuorovaikutus
A10: Muutto tuetusta asumisesta vuokra-asuntoon. (kunnan työntekijät olivat aktiivisia asiassa)	Vuoden asumisen jälkeen kokee muuton onnistuneeksi.	1. Muutos asumisessa / sosiaalityö	-	Passiivinen, Tuettu osallisuus, Tyytymätön, Suostuttelu
A10: Diabeteslääkkeen jättäminen pois onnistui. (Mt-kuntoutuja ja terveydenhoitaja olivat aktiivisia)	Motivoi jatkaa terveitä elämäntapoja. Onnistumisen kokemus.	2. Onnistunut hoito / perusterveydenhuolto	-	Aktiivinen, osallisuutta on, Ilmainen, Toimiva vuorovaikutus
				(Jatkuu)

<p>A10: Traumaattisen kokemuksen seurauksena sairaus aktivoitui ja toipui siitä tuetussa asumispalveluissa asuminen aikana. (Asumispalvelut olivat tukena/auttoivat)</p>	<p>Mt-kuntoutuja koki, että tuettu asuminen oli avuksi.</p>	<p>2. Onnistunut hoito / sosiaali-toimi (asumispalvelut)</p>	<p>-</p>	<p>Aktiivinen, osallisuutta oli. Tyytyväinen, Vuorovaikutus toimi</p>
<p>A11: Mt-kuntoutujan kuulo tutkittiin heti (työterveys-huolto, potilaan aloite)</p>	<p>Mt-kuntoutuja sai tiedon kuulonsa alenemisesta.</p>	<p>2. Onnistunut hoito / työterveyshuolto</p>	<p>-</p>	<p>Aktiivinen, osallisuutta oli, Tyytyväinen, Vuorovaikutus toimi</p>