

Marjatta Martin & Kari Soronen (toim.)

Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa



Marjatta Martin & Kari Soronen (toim.)

Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa



Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020

Hanke: Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa

Rahoittaja: Euroopan sosiaalirahasto

Toteuttajaorganisaatiot:

Lapin yliopisto

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Lapin sairaanhoitopiiri

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Mielenterveyden keskusliitto

Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lisenssi: CC BY

ISBN 978-952-337-321-1

ISSN 2737-2200

Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>

Kansi ja taitto: Mainostoimisto Nomon Oy / Jan Åqvist

Sisällys

1	JOHDATUS TOIPUMISORIENTAATIOON MIELENTERVEYSPALVELUISSA	8
2	TIE TOIPUMISORIENTAATIOON – Suomalaisen psykiatrian ja mielenterveystyön toipumisorientaatioon suuntaavat askelmerkit 1960-luvulta nykypäivään	13
	2.1 Toipumisorientaation juuret	13
	2.2 Toipumisorientaation lähtökohdat Suomessa	14
	2.3 Sosiaalipsykiatrian ja ehkäisevän mielenterveystyön ensiaskeleet Suomessa	15
	2.4 Skitsofreniaprojekti	16
	2.5 Keroputaan malli ja itsemurhien ehkäisyprojekti	18
	2.6 Psykiatria osaksi erikoissairaanhoidtoa	19
	2.7 Klubitalot	20
	2.8 Elämän mielekkyyttä ja asiakaslähtöisyyttä vahvistavat hankkeet	21
	2.9 Mielenterveystyön kärkihankkeet	22
	2.10 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	23
	2.11 Nykytilanne Suomessa	25
3	KOKEMUSASIAANTUNTIJUUTEEN JA VERTAISTUKEEN PERUSTUVAT TYÖMENETELMÄT JA TOIMINTATAVAT	29
	3.1 Kokemusasiantuntijatoiminnan suhde toimijoiden hyvinvointiin	29
	3.2 Kokemusasiantuntijaraatitoiminta	35
	3.2.1 Kokemusasiantuntijaraatitoiminnan tausta	35
	3.2.2 Kokemusasiantuntijaraadin tapaamiset	37
	3.2.3 Arviointi kokemusasiantuntijoiden osallistumisesta kehittämistyöryhmiin	37
	3.3 Monimuotoinen palkkioperustainen kokemusasiantuntijatoiminta	38
	3.3.1 Kokemusasiantuntijatoiminnan tausta	38
	3.3.2 Vastuut, velvollisuudet ja oikeudet	39
	3.3.3 Kokemusasiantuntijatoiminnan arviointi	40

4	DIGITAALISET TOIMINTAMAHDOLLISUUDET	42
4.1	Digitaaliset toimintamahdollisuudet mielenterveyspalveluissa	42
4.1.1	Sähköisten palvelujen tarjonta ja tutkimus	42
4.1.2	Sähköisten mielenterveyspalvelujen mahdollisuudet ja haasteet	43
4.1.3	Sähköisten mielenterveyspalvelujen kustannusvaikutukset	44
4.1.4	COVID-19-pandemia ja mielenterveyden sähköinen palvelutarjonta	44
4.1.5	Kohti monikanavaista mielenterveyden palvelujärjestelmää	46
4.2	Virtuaalisten palvelumuotojen kehittäminen mielenterveyspalveluihin	49
4.2.1	Kehittämistyön toteuttaminen ja tulokset	50
4.2.2	Pilottien arviointi	56
4.2.3	Virtuaalisten palvelumuotojen kehittämisen ja käyttöönoton mahdollisuudet ja haasteet	59
4.3	eDepressiokoulu toipumista tukevana sähköisenä interventiona	61
4.3.1	Depressiokoulun toimintaperiaatteet	61
4.3.2	eDepressiokoulupilotit	62
4.3.3	Tutkimuksellisen arvioinnin toteuttaminen	63
4.3.4	Arvioinnin tulokset tiivistettyinä: muutos, konteksti ja mekanismit	64
4.3.5	Pilottikokeiluista kohti rutiinikäytäntöjä	68
4.4	Sähköiset palvelut omaisen toipumisen edistäjänä	70
4.4.1	Omaislähtöisyys sähköisten palveluiden kehittämisessä	72
4.4.2	Hankkeessa kehitetyt sähköiset palvelut	74
4.4.3	Lopuksi	77
5	MONIALAISEEN YHTEISTYÖHÖN PERUSTUVAT KÄYTÄNNÖT	79
5.1	Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten jaetun asiantuntijuuden merkitys mielenterveystyössä	79
5.2	Kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen työparityöskentely	83
5.2.1	Työparityöskentelyn toteutuminen	83
5.2.2	Työparityöskentelyn haasteita ja kehittämisen kohteita	85
5.3	Recovery College -toimintamallin mukainen Mielen Hyväksi -kurssitoiminta	87
5.4	Olkkari	89

6	SOSIAALINEN KUNTOUTUS JA SEN KEHITTÄMINEN	90
6.1	Sosiaalinen osana monialaista kuntoutusta	90
6.1.1	Kuntoutusjärjestelmän asiantuntijuusalueet	90
6.1.2	Asiakasosallisuus kuntoutuksen kehittämisessä	93
6.2	Mieli pt -malli sosiaalisen kuntoutuksen sisältöjen kehittämisessä	97
6.2.1	Kokemusasiantuntijat palveluiden kehittäjinä	98
6.2.2	Sosiaalityö ja asiakkaan osallisuuden kehittäminen	98
6.2.3	Osahankkeen toteutus Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä	99
6.2.4	Mieli pt -malli	100
6.2.5	Hankkeen arviointi kokemusasiantuntijoiden tehtävän näkökulmasta	102
6.2.6	Johtopäätökset	106
7	TOIPUMISEN ITSEARVIOINTI JA MIELENTERVEYSPALVELUJEN ARVIOINTI TOIPUMISEN TUKEMISEN NÄKÖKULMASTA	110
7.1	Henkilökohtaisen toipumisen sekä organisaatio- ja palvelujärjestelmätason toipumissuuntautuneisuuden mittaaminen ja arviointi	110
7.1.1	Tarkastelun lähtökohdat	110
7.1.2	Toipumisorientaation CHIME-viitekehys	110
7.1.3	Mittareiden psykometriset ominaisuudet	112
7.1.4	Mittaamisen eri tasot	113
7.1.5	Henkilökohtaisen toipumisen mittaaminen	114
7.1.6	Toipumissuuntautuneisuuden mittaaminen organisaatio- ja järjestelmätasolla	117
7.1.7	Mittareiden jatkokehittämistarpeet	121
7.2	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyys terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa	123
7.2.1	Järjestämissuunnitelmien asiakaslähtöisyys ja lakisääteisyys	123
7.2.2	Tutkimustehtävä ja -kysymykset	126
7.2.3	Laajuudeltaan ja sisällöltään eriytyvät järjestämissuunnitelmat	126
7.2.4	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden sisällöt järjestämissuunnitelmissa	128
7.2.5	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden toimeenpano järjestämissuunnitelmissa	130
7.2.6	Järjestämissuunnitelmien merkitys asiakaslähtöisyydelle ja yhteys kansallisiin strategioihin	135

7.3	Mielenterveyspalvelut toipumista tukemassa – näkemyksiä Lapista	139
7.3.1	Aineistot ja analysointi	140
7.3.2	Mielenterveyspalveluiden viestinnän tilanne Lapissa vuosina 2018–2019	140
7.3.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä Lapin mielenterveyspalveluiden tilasta	142
7.3.4	Mielenterveyspalveluiden käyttäjien ja läheisten näkemyksiä palveluista	146
7.3.5	Mielenterveyspalveluiden vastuuhenkilöiden näkemyksiä nykytilanteesta	148
7.3.6	Yhteenveto	150
8	COVID-19-PANDEMIAN KOETUT VAIKUTUKSET	153
8.1	Järjestöjen tavoittamien ihmisten kokemuksia koronaepidemian vaikutuksista hyvinvointiin poikkeustilan alkuvaiheessa	153
8.1.1	Koronaepidemia herätti huolta riskiryhmien hyvinvoinnista	153
8.1.2	Tutkimusaineisto ja menetelmät	154
8.1.3	Tulokset	156
8.1.4	Koronaepidemian hyvinvointivaikutukset moninaisia ja yhdenvertaisuutta rapauttavia	161
8.2	COVID-19-pandemian heijastuminen mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin ja mielenterveyspalveluihin – kokemuksia pandemian ensimmäisen aallon jälkeen	166
8.2.1	COVID-19-pandemia, mielenterveys ja tutkimustiedon tarve	166
8.2.2	Tutkimuskysymys, aineistot ja analyysi	167
8.2.3	Asiakkaille arjen haasteita ja itsensä ylittämisiä	168
8.2.4	Mielenterveyspalveluissa karsimista ja uusia kokeiluja	169
8.2.5	Kokemusten ohjaamana kohti uudistuvaa palvelujärjestelmää?	170
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET	174

1 JOHDATUS TOIPUMISORIENTAATIOON MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Marjatta Martin

Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa -teos perustuu valtakunnallisessa Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa 1.4.2018–30.4.2022 toteutettuun toimintaan ja on samalla hankkeen loppujulkaisu. Hankkeen suunnittelu käynnistettiin Lapin yliopistossa ja pyydettyistä osatoteuttajista mukaan suunnitteluun ja toteutukseen tulivat Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Lapin sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Mielenterveyden keskusliitto, Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kyseessä on Euroopan sosiaalirahaston Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020 Suomen rakennerahasto-ohjelman mukainen hanke, jonka tavoitteena on edistää sosiaalista osallisuutta ja torjua köyhyyttä sekä parantaa työelämän ulkopuolella olevien työ- ja toimintakykyä.

Hanketta suunniteltaessa kiinnitettiin huomiota suomalaisissa mielenterveyspalveluissa havaittuihin haasteisiin, kuten palvelujen organisaatiokeskeisyyteen sekä saavutettavuuden, kohdentumisen ja tuloksellisuuden ongelmiin. Lisäksi huomiota kiinnitettiin mielenterveyden haasteiden leimaavuuteen ja yhdenvertaisuutta heikentäviin osallisuusvajeisiin. Hankkeen lähtökohdaksi valittiin toipumisorientaatio, joka uudistaa käsityksiä mielenterveydestä, kuntoutumisesta, toipumisesta, ihmisyydestä ja asiantuntijuudesta sekä vahvistaa palvelujen yhteyttä ihmisten arkeen, verkostoihin ja yhteisöihin.

Toipumisorientaatio on monitieteinen ajattelun ja toiminnan viitekehys, jonka taustalla vaikuttavat erityisesti psykologiset ja sosiaalitieteelliset teoriat (ks. Nordling & Rissanen 2020). Toipumisorientaatio on vahvistettu monissa maissa mielenterveyspalvelujen järjestämisen strategiseksi lähtökohdaksi (esim. Resnick ym. 2005; Leamy ym. 2011; Smith-Merry ym. 2011; Schrank ym. 2012; Williams ym. 2012; Salzer & Brusilovskiy 2014), ja sitä sovelletaan mielenterveyspalvelujen käytäntöjen lisäksi päihdepalveluissa ja kuntoutuksessa (esim. Martin 2021). Kiinnostus toipumisorientaatiota kohtaan on lisääntynyt myös Suomessa siten, että osa julkisen sektorin ja kolmannen sektorin toimijoista on valinnut viitekehyksen toiminnan ja palvelujen järjestämisen lähtökohdaksi (esim. Järvinen 2021; Martin ym. 2021; Eronen 2021; Kurttila & Kärmeniemi 2021). Myös toipumisorientaatioon perustuvia koulutusrakenteita on kehitetty julkisella sektorilla ja järjestötoimijoiden keskuudessa (esim. Laitila ym. 2021; Anttinen & Nousiainen 2021).

Bani Adam ja Melissa Petrakis (2020) korostavat toipumisorientaation mukaisen toiminnan keskeisinä eettisinä periaatteina yksilön autonomian ja itsemääräämisen kunnioittamista, oikeudenmukaisuutta ja oikeudenmukaista kohtelua, hyvää tarkoittavaa toimintaa ja haitallisuuden välttämistä. Toipumisorientaatioon perustuvan toiminnan ja sen mukaisten palvelujen perusarvoja ovat asiakaslähtöisyys, yksilöllisten tarpeiden huomiointi, ratkaisukeskeisyys, voimavaralähtöisyys sekä asiakkaan voimaantumisen ja toimijuuden tukeminen (Kankaanpää & Kurki 2013). Esa Nordlingin (2018) mukaan toipumisorientaatioissa mielenterveyspalvelujen viitekehyksenä painottuvat voimavarojen lisäksi osallisuus, toivo ja tulevaisuusoptimismi, elämän merkityksellisyys sekä positiivinen mielenterveys, joka tarkoittaa mielenterveyden tarkastelua laaja-alaisesti hyvinvoinnin resurssina eikä vain häiriön puuttumisena (ks. tark. Nordling 2018; myös Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016).

Toipumisorientaation omaksuminen mielenterveyspalveluja ohjaavaksi viitekehykseksi edellyttää muutoksia sekä palveluorganisaatioissa että mielenterveystyötä tekevien ammattilaisten keskuudessa. Muutosta tarvitaan ajattelutavoissa, asenteissa ja toiminnassa. (Kallio & Kuosmanen 2020). Toipumisorientaatio haastaa työntekijät aitoon dialogiin asiakkaiden kanssa ja tasaveroiseen kohtaamiseen sekä siirtymään asiantuntijan roolista kohti mentorin roolia.

Toipumisorientaation viitekehyksessä ja sen mukaisessa ajattelussa toipuminen käsitetään henkilökohtaisena, laaja-alaisena ja erilaisia osa-alueita sisältävänä muutosprosessina (ks. Leamy ym. 2011). Siihen sisältyy muutoksia yksilön arvoissa, asenteissa, tunteissa, taidoissa, tavoitteissa ja sosiaalisissa rooleissa (Anthony 1993). Toipuminen ei ole lineaarista, vaan siihen voi sisältyä ylä- ja alamäkiä sekä stabiileja vaiheita, joissa tapahtuu kasvamista (Kallio & Kuosmanen 2020). Keskeistä on yksilön omien päämäärien ja tavoitteiden mukainen toipuminen, mitä ei voi ulkopuolelta arvottaa.

Mielenterveyspalvelujen ja niissä työskentelevien ammattilaisten tehtävänä on tukea yksilön henkilökohtaisten tavoitteiden mukaista toipumista. Tämä voi toteutua esimerkiksi edistämällä asiakkaan yhteyksiä muihin ihmisiin ja yhteisöihin, kannustamalla uusien sosiaalisten roolien löytämisessä, luomalla uskoa toipumisen mahdollisuuteen ja tukemalla muutosmotivaatiota. Toipumista voi edistää myös ylläpitämällä toivoa ja asiakkaan positiivista minäkuvausta, vähentämällä häpeäleimaa, tukemalla elämässä merkityksellisten asioiden löytämistä, keskittymällä vahvuuksiin ja vastuun ottamiseen sekä tukemalla elämäntilanteiden haltuun ottamisessa. (Ks. Kallio & Kuosmanen 2020.)

Näistä edellä kuvatuista lähtökohdista hankkeen tavoitteeksi asetettiin: 1) toipumisorientaation käsitteellistäminen ja soveltaminen suomalaisiin mielenterveyspalveluihin, 2) toipumisorientaatioon perustuvien palveluprosessien ja niiden vaikutusten arviointiin soveltuvien mittareiden kehittäminen sekä 3) kokemusasiantuntijuuteen, vertaisuuteen ja moniammatillisuuteen perustuvien toipumisorientoituneiden palvelukokonaisuuksien, työmenetelmien ja -välineiden luominen. Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa -teos pohjautuu näiden hankkeissa asetettujen tavoitteiden mukaisesti toteutettuun ja yhteen nivottuun tutkimus- ja kehittämis-toimintaan. Hankkeen kehittämistoimintaa toteutettiin tutkimusperustaisesti ja tutkimus tuotti käytäntörelevanttia tietoa, jota hyödynnettiin edelleen mielenterveyspalvelujen kehittämistyössä.

Teoksen toisessa luvussa tarkastellaan suomalaisen psykiatrian ja mielenterveystyön historiaa sekä kehitystä kohti toipumisorientaatiota. Huomion kohteena ovat toipumisorientaation kansalliset lähtökohdat, erilaisten projektien ja hankkeiden merkitys sekä kansallisen normiohjauksen ja strategiatyön vaikutukset mielenterveystyössä tapahtuneelle kehityskululle.

Kolmannessa luvussa fokus on kokemusasiantuntijuuteen ja vertaistukeen perustuvissa työmenetelmissä ja toimintatavoissa. Luvun aloittaa tutkimuksellinen tarkastelu kokemusasiantuntijatoiminnan suhteesta toimijoiden hyvinvointiin ja sen osa-alueisiin, minkä jälkeen kuvataan ja arvioidaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijaraatitoimintaa ja monimuotoista kokemusasiantuntijoiden palkkioperustaista toimintaa.

Neljännessä luvussa huomion kohteena ovat digitaaliset toimintamahdollisuudet mielenterveyspalveluissa. Lukua kehystää tutkimuksellinen tarkastelu sähköisistä mielenterveyspalveluista, niiden mahdollisuuksista ja haasteista sekä kustannusvaikutuksista. Sen jälkeen kuvataan ja arvioidaan Lapin sairaanhoitopiiriin ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen yhteisen kehittämistyön tuloksena tuotettuja virtuaalisia palvelumuotoja. Etäyhteyksin toteutettuja depressiokoulupilotteja tarkastellaan erikseen niihin yhdistetyn tutkimuksen näkökulmasta. Luvun päättää sähköisiä palveluja omaisen toipumisen edistäjänä käsittelevä luku, jossa huomion kohteena on myös omaisten osallisuus palvelujen kehittämisessä.

Teoksen viides luku kohdistuu monialaiseen yhteistyöhön perustuviin käytäntöihin, ja sen aloittaa käsitteellinen jäsenitys kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten jaetusta asiantuntijuudesta ja sen merkityksestä mielenterveystyössä. Luvussa tarkastellaan myös Lapin sairaanhoitopiirissä toteutettua kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten työparitoimintaa sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä käynnistettyä Recovery College -toimintamalliin perustuvaa kurssitoimintaa, jota toteutetaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja järjestötoimijoiden yhteistyönä. Luvussa kuvattu Olkkari-toiminta on myös yksi esimerk-

ki Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteistyöstä ja rajapintatyöskentelystä julkisen ja kolmannen sektorin välillä.

Kuudennessa luvussa tarkastelu suunnataan sosiaaliseen kuntoutukseen ja sen kehittämiseen. Luvun aloittaa tarkastelu sosiaalisesta kuntoutuksesta osana monialaista kuntoutusta ja yhtenä sen asiantuntijuusalueena. Huomio kohdistuu myös asiakasosallisuuteen ja sen eri tasoihin kuntoutuksen kehittämisessä. Sosiaalisen kuntoutuksen sisältöjen kehittämistä tarkastellaan ja arvioidaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kehitetyn Mieli pt -toimintamallin näkökulmasta.

Teoksen seitsemännen luvun keskiössä ovat toipumisen arviointi yksilötasolla ja mielen-terveyspalvelujen arviointi toipumisen tukemisen näkökulmasta. Luvun aloittaa katsaus henkilökohtaisen toipumisen sekä organisaatio- ja palvelujärjestelmätason toipumissuuntatuneisuuden arvioinneissa käytettyihin mittareihin ja niiden psykometrisiin ominaisuuksiin. Luvussa tarkastellaan myös toipumisorientaation keskeisen periaatteen asiakaslähtöisyyden ilmenemistä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa sekä arvioidaan alueellisia mielen-terveyspalveluja toipumisen tukemisen näkökulmasta.

Kahdeksannessa luvussa painopiste on kesken hanketoiminnan levinneessä COVID-19-pandemiassa. Tutkimuksellisissa tarkasteluissa huomio kohdistuu COVID-19-pandemian koettuihin vaikutuksiin yksilöiden hyvinvoinnissa ja elämäntilanteissa sekä mielenterveyspalveluissa.

Teoksen päättää toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa pohtiva luku. Siinä huomion kohteena ovat toipumisorientaation soveltamisen edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet sekä toipumisorientaation soveltamista ja sen mukaisten hyvien käytäntöjen juurruttamista koskevat suositukset.

Lähteet

Aadam, Bani & Petrakis, Melissa 2020: *Ethics, Values, and Recovery in Mental Health Social Work Practice*. In Ow, Rosaleen & Poon, Abner (eds.): *Mental Health and Social Work*. Social Work. Springer. Singapore, 22–43. https://doi.org/10.1007/978-981-13-6975-9_2

Anthony, William 1993: *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 11–23.

Anttinen, Anna & Nousiainen, Suvi 2021: *Mielen avoin opisto – Recovery College*. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 21–27.*

Appelqvist-Schmidlechner, Kaija & Tuisku, Katinka & Tamminen, Nina & Nordling, Esa & Solin, Pia 2016: *Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan?* *Suomen lääkärilehti* 71 (24), 1759–1764.

Eronen, Seppo 2021: *Niilo – kohti digitaalista toipumisorientaatiota*. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 68–75.*

Järvinen, Matti 2021: *Kuntoutussuunnitelmasta asiakassuunnitelmaksi ja toipumisen työvälineeksi*. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 56–67.*

Kallio, Liisa & Kuosmanen, Lauri 2020: Yksilöllistä toipumista toipumisorientaation avulla. *Tiimi* 3/2020, 22–25.

Kankaanpää, Sini & Kurki, Marjo 2013: Recovery-ajattelu. Teoksessa Falk, Hanna & Kurki, Marjo & Rissanen, Päivi & Kankaanpää, Sini & Sinkkonen, Niina: Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 39/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 10–11.

Kurttila, Miia & Kärmeniemi, Markku 2021: Havaintoja ja kokemuksia toipumisorientaation toteuttamisesta – Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielen-terveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 49–56.

Laitila, Minna & Ketola, Mikko & Koivumäki, Marja 2021: Voimaa arkeen kurssitoiminnan kehittäminen. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielen-terveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 13–20.

Leamy Mary & Bird, Victoria & Le Boutillier, Clair & Williams, Julie & Slade, Mike 2011: Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry* 199 (6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Martin, Marjatta 2021: Johdatus toipumisorientaation toimintamalleihin ja niiden implementaatioon mielen-terveystyössä. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielen-terveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 9–12.

Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Tamminen, Mikko & Jaakkola, Virpi 2021: Toipumisorientaatio strategisena valintana – Helsinki toipumisympäristönä. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielen-terveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 28–32.

Nordling, Esa 2018: Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielen-terveystyössä? *Duodecim* 134 (15), 1476–1483.

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: Mielen-terveystyö uudistuu: toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 40/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Resnick, Sandra G. & Fontana, Alan & Lehman, Anthony F. & Rosenheck, Robert A. 2005: An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research* 75 (1), 119–128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.009>

Salzer, Mark S. & Brusilovskiy, Eugene 2014: Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services* 65 (4), 442–453. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300089>

Schrank, Beate & Bird, Victoria & Rudnick, Abraham & Slade, Mike 2012: Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine* 74 (4), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>

Smith-Merry, Jennifer & Freeman, Richard & Sturdy, Steve 2011: *Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland*. *International Journal of Mental Health Systems* 5 (11), 1–12. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1752-4458-5-11>

Williams, Julie & Leamy, Mary & Bird, Victoria & Harding, Courtenay & Larsen, John & Le Boutillier, Clair & Oades, Lindsay & Slade, Mike 2012: *Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47 (11), 1827–1835. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>

2 TIE TOIPUMISORIENTAATIOON

– Suomalaisen psykiatrian ja mielenterveystyön toipumisorientaatioon suuntaavat askelmerkit 1960-luvulta nykypäivään

Esa Nordling

Toipumisorientaatiolla viitataan sekä mielenterveyspalvelujen järjestämisen periaatteisiin että yksilötason toipumisen tavoitteiden henkilökohtaistamiseen yhteisen päätöksenteon kehyksessä. Henkilökohtaisen toipumisen aikana toimijuuden kokemus vahvistuu, omat vahvuudet ja heikkoudet hahmotetaan paremmin sekä omia taitoja ja piirteitä hyödynnetään paremmin. Itseyden jälleenrakentamisessa voidaan siirtyä sairaan identiteetistä kohti positiivista itsekokemusta. Jotta tämä olisi mahdollista, potilaan tulee voida vaikuttaa hoitopäätöksiin ja tehdä valintoja itse. Tätä kaikkea edistävät avoimuuden ja rehellisyyden periaatteet, toivon ilmapiirin luominen ja ylläpitäminen mielenterveyspalveluissa. (Korkeila 2017, 2865.)

2.1 Toipumisorientaation juuret

Toipumisorientaation juuret kiinnittyvät 1960- ja 1970-lukujen erilaisten marginaaliryhmien puutteellisia ihmisoikeuksia esiin nostaneeseen ja erityisesti Yhdysvalloissa vaikuttaneeseen yhteiskunnalliseen liikkeeseen. Liikkeen aktivistit, joihin kuului eri tieteenalojen tutkijoita, taiteilijoita ja poliitikkoja, vaativat, että yhteiskunnassa tunnistettaisiin psyykkisistä häiriöistä kärsivien henkilöiden sorto ja syrjäytyminen (Nordling 2018, 1476). Erityisesti psykiatristen sairaaloiden epäinhimilliset olosuhteet olivat kritiikin kohteina.

Yhteiskuntakriittisessä ilmapiirissä psykiatriaan syntyi antipsykiatrinen liike, jossa esimerkiksi kyseenalaistettiin se, olivatko useimmat mielisairaudet todellisuudessa luonteeltaan lääketieteellisiä vai pikemminkin sosiaalisia ja poliittisia käsitteitä, oikeastaan siis myyttejä (Hyvönen 2008, 67). Antipsykiatrian edustajista erityisen radikaaleja ajatuksia esittivät Tomas Szasz ja Ronald D. Laing. Szaszin (1994) mukaan mielisairaudet olivat myyttejä ja keino leimata yksilöitä, joilla oli ongelmia elämässä. Laing (1960) puolestaan piti psykoosin läpikäyntiä luonnollisena paranemisprosessina. Hän oli myös sitä mieltä, että hoidosta on enemmän haittaa kuin hyötyä. Antipsykiatraliike ja yleinen yhteiskunnallinen protestointi olivat vaikuttamassa myös siihen, että psykiatrisessa hoidossa olleet potilaat alkoivat järjestäytyä ja muodostaa ryhmiä oikeuksien puolustamiseksi. He perustivat myös omia järjestöjään protestoidakseen mielisairaalojen epäkohtia ja henkilökunnan epäkunnioittavia asenteita vastaan. Nämä esitetyt vastalauseet huomioitiin myös psykiatrien keskuudessa, ja vähitellen vuoropuhelu hoitavan ja hoidettavan tahon järjestöjen kesken lisääntyi (Dain 1994; Hyvönen 2008, 70).

Antipsykiatriselle liikkeelle ja toipumisorientaation alkutaipaleelle yhteistä oli vahva oppositioasenne perinteistä psykiatrista hoitoa kohtaan ja pyrkimykset vapauttaa psykiatrinen potilas hoitojärjestelmän kontrollista ja psykiatrian medikalisaatiosta. Yhteys on kuitenkin lähinnä historiallinen, koska nykyisellään toipumisorientaatio ei kiellä psyykkisten sairauksien olemassaoloa ja hoidon merkitystä. Pikemminkin nähdään, että yksilöllisen, asiakasta kunnioittavan ja kokonaisvaltaisen psykiatrisen hoidon avulla voidaan edistää asiakkaiden toiveikkautta, elämän merkityksiä ja voimaantumista.

Toipumisorientaatioon liittyy myös paljon ominaisuuksia, joita voidaan löytää terapeuttisten yhteisöjen periaatteista. Terapeuttisen yhteisön oppi-isän Maxwell Jonesin ajatukset perustuivat vahvasti humanistisen psykologian traditioon. Vuonna 1959 perustamaansa Henderson Hospitalia Jones itse pitää ensimmäisenä varsinaisena terapeuttisena yhteisönään, jossa potilaiden aktiivisuutta tuettiin valitsemalla heitä työryhmien johtajiksi. Myöhemmin Jonesin tehtäväksi tuli vanhan hierarkkisen sairaalarakenteen muuttaminen ja innovaatioiden kehittäminen. Näitä olivat yksilöpsykiatrisen toimintamallin luominen, sairaalan johtamisen selkiyttäminen monijohtajuuteen perustuvaan johtamismalliin, sairaalan toiminnallisen rakenteen luominen sekä henkilöstön ja potilaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien laajentaminen antamalla heille enemmän valtaa ja vastuuta niin työtehtävissä kuin päätöksenteossakin. (Heiskanen 2008, 4–5.)

Jonesin luomia terapeuttisten yhteisöjen periaatteita ovat yhteinen päämäärä, tasa-arvoisuus, avoin kommunikaatio, roolien uudelleen arviointi, vapaaehtoisuus ja ryhmätoiminnot (Heiskanen 2008, 5). On helppo havaita, että nämä periaatteet ovat pitkälti yhteneväisiä toipumisorientaation näkemysten kanssa.

2.2 Toipumisorientaation lähtökohdat Suomessa

Suomessa antipsykiatrinen liike ei saanut suurta vastakaikua. Helsingiläiset akateemiset asiantuntijat perustivat Marraskuun liikkeen vuonna 1967. Perustajat puolustivat vankeja, mielisairaita ja asunnottomia vetoamalla ihmisoikeuksiin ja kyseenalaistivat yhteiskunnan käyttämiä toimenpiteitä, joilla ylläpidettiin yhdenmukaisuutta ja mielivaltaista tapaa määritellä poikkeavuus. Liike pyrki kiinnittämään huomiota mielisairaiden asemaan, ja sen tavoitteena oli yhteiskunnallisten olosuhteiden muuttaminen, ei yksilötason auttamistyö. Marraskuun liike järjesti 1967 Mielisairaalaviikon, minkä puitteissa kritisoiin myös kehittymätöntä avohoitoa. (Ahonen 2019, 96–97.)

Avohoidon varaan ei hoitoa Suomessa 1960-luvulla rakennettu. Hoitojärjestelmä oli hyvin sairaalakeskeinen, ja sitä vahvisti 50-luvulla luotu B-mielisairaalaverkosto. Näiden perustaminen nojautui ajatukseen, ettei mielisairaudesta juurikaan voinut parantua, mutta pitkäaikaipotilaat saattoivat sairaalaolosuhteissakin osallistua maataloustöihin. Työ oli osa hoitoa (Eskola 2007, 16–17). Tähän liittyy mielenkiintoinen yhteys toipumisorientaatioon, koska työ tarjosi monille maatalousvaltaisessa yhteisössä varttuneelle potilaalle mielekästä toimintaa, jota ilman elämä laitosoosuhteissa olisi merkinnyt toimintakyvyn romahtamista.

1960-luvulla virisi myös kuntoutusajattelu. Reino Elosuon väitöskirja Hoito- ja kuntoutus skitsofreniassa herätti niin suurta mielenkiintoa, että alun perin väitöskirjana julkaistu tutkimus muokattiinkin oppikirjaksi. Kuntoutusajattelu ei sinänsä vastannut toipumisorientaation viitekehyksen mukaista ajatusta toipumisesta, koska Elosuon mukaan kuntouttaminen pyrki ensisijaisesti palauttamaan potilaan psykoosivaihetta edeltäneeseen tilaan. Hän totesi myös, että kuntouttaminen ei saa olla mikään jäykkä rakennelma, missä inhimillisyys unohdetaan. (Elosuo 1968, 9–10.)

Suomeen syntyi 1970-luvun alussa myös terapeuttisia yhteisöjä. Suomen Mielenterveysseuran ylläpitämässä Veikkolan parantolassa luotiin uudentyyppinen hoitoyhteisö, jossa hoitohenkilöstö luopui virkapuvuistaan ja kehitti osallistavaa tiimityötä. Sekä potilaat että henkilökunta osallistui aamukokoukseen, jossa sovittiin päivän ohjelmasta ja myös säännöistä ja sopimusten rikkomisten seurauksista. Vaikka potilailla oli paljon sananvaltaa yhteisössä, olivat hoitoon liittyvät ryhmät pakollisia. Pyrkiminen tasavertaisuuteen ja yhteiseen vastuunottoon muutti yhteisön ilmapiirin hyvin myönteiseksi ja todisti, ettei potilaiden auttaminen edellyttänyt tiukkaa kuria ja diagnostista leimakulttuuria (Andersson 2017).

Vuonna 1970 perustettiin Sopimusvuoren asuntolayhdistys, jonka tavoitteena oli tukea psykiatrisista sairaaloista takaisin yhteiskuntaan palaavia ja työskennellä yhdessä avohoidossa olevien psykiatristen toipilaitten kanssa heidän psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen kyvykkyytensä lisäämiseksi (Ojanen ym. 1995, 25). Perustamisen lähtökohtana oli perinteisen psykiatrisen sairaalan ilmapiirin hierarkkisuus, autoritaarisuus, rajoittava kaavamainen byrokratia ja eristävä luonne, joiden nähtiin heikentävän potilaiden hoidon ja kuntoutuksen tuloksia. Toisin kuin antipsykiatrinen liike, Sopimusvuori ei syntynyt protestina, vaan taustalla oli tahtotila kehittää kuntoutustyötä. Sen oletettiin tarjoavan etuja erityisesti niille ihmisille, joiden pitkäaikainen sijoituspaikka olisi muussa tapauksessa psykiatrinen mielisairaala. (Anttinen & Ojanen 1984, 38–39.)

Toiminta laajeni nopeasti ja psykiatrisille toipilaille perustettiin uudenlaisia asumis- ja kuntoutuspalveluita. Kaikki toiminta perustui terapeuttien yhteisöjen periaatteiden soveltamiseen. Vähitellen syntyi niin sanottu Sopimusvuoren henki, jolle oli tyypillistä yhteen hiileen puhaltaminen, yhdistyksen toiminnan arvostaminen ja vahva sitoutuminen siihen. (Ojanen ym. 1995, 27–29.) Yksilöllisyyttä ja yhteisöllisyyttä ei Sopimusvuoressa asetettu toistensa vastakohdiksi, vaan yksilöllisyyden nähtiin toteutuvan silloin, kun hoidettavan ongelmia tarkasteltiin hänen omista ehdoistaan ja tarpeistaan käsin. Tärkeää oli, että kuntoutuja tunsi, että hänen taustansa, ympäristönsä, kokemuksensa ja tietonsa olivat arvokkaita ja että niitä voitiin käyttää hänen hoitonsa tukena. Yhteisöllisyys puolestaan tarkoitti sitä, että muut yhteisön jäsenet olivat mukana hoitoa tukemassa. (Anttinen & Ojanen 1984, 174–175.) Kokemukset sosiaalisen tuen saannin mahdollisuudesta ja yhteisöön kuulumisesta vahvistivat osallisuuden tunnetta. Toimintaa haluttiin kehittää myös oppimisterapian ja realiteettiterapian suuntaan, missä korostui tavoitteisuus, toiminnallisuus, vastuullisuus ja asiakkaiden kanssa yhdessä tekeminen. (Ojanen ym. 1995, 29.)

Terapeuttien yhteisöjen periaatteita yritettiin soveltaa myös joissakin psykiatrisissa sairaaloissa 1970-luvulla. Kunnianhimoisin yritys oli Turun yliopiston psykiatrian klinikassa toteutettu Turun skitsofreniaprojekti, jonka tarkoituksena oli kehittää psykoterapeuttisesti orientoitunut perhekeskeinen hoitomalli. Tavoitteena oli, että terapeutit toiminnat suunnitellaan ja toteutetaan aina joustavasti ja yksilöllisesti niin, että ne parhaiten vastaisivat sekä potilaan että lähimpään vuorovaikutusverkostoon kuuluvien ihmisten muuttuviin hoidollisiin tarpeisiin. (Aaltonen 2007, 68.)

2.3 Sosiaalipsykiatrian ja ehkäisevän mielenterveystyön ensiaskeleet Suomessa

1970-luvulla Suomessa virisi myös sosiaalipsykiatrinen ajattelutapa. Tämä perustui ihmiskeskeiseen ja terapeuttiseen näkökulmaan, jonka mukaan sosiaalisella ympäristöllä oli vahva merkitys mielenterveydelle, persoonallisuuden normaalille kehitykselle ja onnellisuudelle. Taustalla oli ajatus siitä, että mielenterveysongelmat liittyivät pitkälti yksilöiden ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin ja ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Hoidon rinnalla alettiin ymmärtää myös ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tärkeys (Ahonen 2019, 75). Tämä todentui vuosikymmenen puolivälissä julkaistussa Kirsti Kivisen ja Totte Vadénin Mielenterveys nimisessä teoksessa.

Kivinen ja Vadén (1978, 143–147) pitivät mielenterveyskäsitteen ymmärtämisen pahimpana esteenä sairausajattelua, joka pitää häiriötä yksilön toiminnasta riippumattomana ja siirtää liiaksi huomiota yksilön jokapäiväisistä elämäntapahtumista ja niiden säätelystä hoitotapahtumiin ja asiantuntijoiden varaan. Sairausmalliajattelu selittää psyykkisen häiriön yksilön ominaisuutena eikä korosta yhteistyön merkitystä hoitosuhteessa. He näkivät mielenterveyden liittyvän ihmisten rikkaaseen ja monipuoliseen henkiseen elämään, jolloin ihminen voi omalla toiminnallaan vaalia hyvää mielenterveyttään.

Kivinen ja Vadén (1978, 171–187) jakoivat mielenterveystyön asiakastyöhön ja häiriöitä ehkäisevään työhön. Heidän mukaansa ennaltaehkäisevän työn tarve korostuu, koska hoitokoneisto on osoittautunut riittämättömäksi. Useat psyykkiset ongelmat ovat niin vaikeasti korjattavissa, että ainoa mahdollisuus parantaa tilannetta on ehkäistä niiden syntyminen. Ennaltaehkäisy merkitsee myös ihmisten tapaamista arkisissa ympäristöissä niin, että he ovat tasavertaisia neuvottelukumppaneita. Tasa-arvoisempi suhtautuminen palveluiden käyttäjiin vähentäisi myös asiakas- ja potilassuhteisiin liittyvää alistamista ja autoritaarisuutta. Mielenkiintoista teoksessa on myös se, että vaikkeivat kirjoittajat näe edistävää mielenterveystyötä erillisenä työmuotona, he kuitenkin kirjoittavat sen merkityksestä todetessaan, että poliittiset päätöksentekijät voisivat edistää mielenterveyttä tutkimustyötä kannustamalla ja suuntaamalla. Asiantuntijoiden pitäisi myös suunnata voimavaroja kansalaisten terveystavoitteiden toteuttamiseen.

Vaikka sosiaalipsykiatria ja ehkäisevään mielenterveystyöhön liittyviä ajatuksia tuotiinkin 1970-luvulla keskusteluun, hoitojärjestelmässä muutokset olivat vähäisiä. Psykiatrinen hoitojärjestelmä pysyi hyvin laitospainotteisena eivätkä sairaaloiden ulkopuolella toteutettavat hoitomuodot päässeet kehittymään kunnolla. Kehitys Suomessa kulki ajan valtavirtaa vastaan, sillä useissa Länsi-Euroopan maissa ja Yhdysvalloissa psykiatristen sairaansijojen määrä oli jatkuvasti vähentynyt jo 1950-luvun puolivälistä lähtien. (Hyvönen 2008, 108.) Mielisairaslain uudistus vuoden 1978 alussa auttoi vahvistamaan psykiatrisen avohoidon asemaa ja psykiatriset huolto- toimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi, joiden yhteyteen liitettiin esimerkiksi päiväsa- raalatoimintaa (Hyvönen 2008, 113).

Karoliina Ahosen (2019, 105–106) mukaan 1970-luvulla tapahtui neljä paradigmaattista muutosta, jotka vaikuttivat mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmis- ja perusoikeuksien toteutumiseen: 1) uusvasemmistolaiset arvot vauhdittivat inhimillisemmän yhteiskunnan rakentumista, 2) hyvinvointi- valtion rakentamisessa oltiin kiinnostuneita kansalaisten terveyden parantamisesta ja yhteiskunnan kaikkien jäsenten osallisuuden lisäämisestä, 3) sosiaalipsykiatrinen ajattelu ja vaikutusvaltaiset toi- mijat toivat mielenterveyskysymykset yhteiskunnalliseen keskusteluun ja 4) lääketiede kehitti uusia lääkkeitä ja hoidossa omaksuttiin uudenlainen ihmiskäsitys ja käsitys mielenterveydestä.

2.4 Skitsofreniaprojekti

Vuonna 1979 Mielisairaalain liitto teki aloitteen skitsofrenian hoitoa koskevan valtakunnallisen ohjelman laatimiseksi. Aloitteessa kiinnitettiin huomiota erityisesti siihen, miten suuresti skitsofrenian hoito ja kuntoutus kuormitti terveydenhuoltojärjestelmää. (Lääkintöhallitus 1985, 29.) Laitoshoitoon painottuneella aikakaudella valtaosa potilaista sairasti skitsofreniaa ja se oli myös sairaus, joka syrjäytti helposti sairastuneen täysivaltaisesta kansalaisuudesta (Ahonen 2019, 89). Laaja-alaisen asiantuntijatyön valmistelun pohjalta käynnistyi Skitsofrenian tutkimuksen, hoi- don ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma (ns. Skitsofreniaprojekti) syksyllä 1981 ja päättyi vuonna 1987.

Skitsofreniaprojekti sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia tavoitteita, ja se toteutettiin kahden tutkimustoimintaa painottavan valtakunnallisen osaprojektin avulla. Toinen osaprojekti keskit- tyi uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämiseen ja seurantaan (USP-projekti) ja toinen pitkäaikaispotilaiden hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehittämiseen (PSP-projekti). Lisäksi mo- net mielisairaanhuoltopiirit osallistuivat omilla suppeilla osaprojekteillaan kehittämisohjelmaan. (Lääkintöhallitus 1985, 48–49.)

Kehittämisohjelmaan sisältyi monia potilaan asemaa parantavia tavoitteita. USP-projektin kes- keisenä tavoitteena oli hoitokäytäntöjen kehittäminen psykoterapeuttiselta ja perhekeskeisel- tä pohjalta siten, että kehittämisessä otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti ja suunnitelmallisesti

kunkin potilaan spesifiset hoidolliset tarpeet (Lääkintöhallitus 1988, 70). PSP-projektin tavoitteina olivat hoitojärjestelmän porrasteisuuden parantaminen, hoitoympäristön ja -ilmaston kehittäminen, hoito-ohjelmien laadinnan tukeminen ja asenteisiin vaikuttaminen (Lääkintöhallitus 1988, 113).

Kehittämishojelman aikana psykiatriset sairaalapaikat vähenivät huomattavan paljon. Kun psykiatristen sairaansijojen määrä oli vuonna 1980 ollut noin 20 000, oli se vuonna 1990 noin 12 300 (Hyvönen 2008, 119). Projektin monipuolisen tutkimustyön tulosten kautta löydettiin monia hyvän hoidon ja kuntoutuksen toteutumisen edellytyksiä. Hoidon tulee aina perustua tapauskohtaiseen suunnitteluun, missä pyritään vastaamaan sekä potilaan että hänen läheistensä hoidollisiin ja tuen saamisen tarpeisiin. Hoidon on oltava moniulotteista ja samalla kokonaisvaltaista. Sekä yksilöterapialla, perheterapialla ja perheen tukemisella että lääkehoidolla ja kuntoutuksella on siinä tärkeä merkityksensä. Hoito pitää aloittaa ihmissuhdetilanteen selvittämällä, mikä parhaiten tapahtuu tapaamalla sairastunut yhdessä hänen perheensä tai muiden hänelle tärkeiden ihmisten kanssa hoitoon tulon yhteydessä. Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun tulee perustua monitahoiseen diagnostiikkaan, joka ei rajoitu kuitenkaan oireita kuvaavaan kliiniseen luokitteluun, vaan painottuu potilaan vuorovaikutussuhteiden ja sosiaalisen tilanteen tarkkaan selvittelyyn. Varsinaisen tutkimusvaiheen suorittaa parhaiten psykoosien tutkimukseen ja hoitoon perehtynyt työryhmä, niin sanottu psykoosityöryhmä. Psykoosityöryhmän tehtäväksi on syytä asettaa myös hoidon seuranta, jolloin hoidon hallittu kokonaisuus säilyy riittävän pitkäjänteisenä ja tavoitteellisena. (Lääkintöhallitus 1988, 217–221.)

Skitsofreniaprojektin aikana hoidon painopistettä pyrittiin vahvasti siirtämään avohoitoon ja psykososiaaliseen kuntoutukseen. Avohoidon ensisijaisuutta perusteltiin sillä, että näin voitiin parhaiten auttaa potilasta selviytymään omassa vuorovaikutus- ja sosiaalisessa ympäristössään ja vähentää hänen leimautumistaan sairaan rooliin. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että erilaisia kuntoutustoimenpiteitä suunnataan myös uusiin ja avohoidon piirissä oleviin potilaisiin. Tärkeimpiä työmuotoja tässä olivat tuki sosiaalisen kanssakäymisen edistämässä sekä fyysisestä kunnosta huolehtimisessa, ohjaus sosiaalisten taitojen kehittämisessä, ohjaus työn hankinnassa tai muissa työn hankintaan tai opiskeluun liittyvissä järjestelyissä, asunto-olojen järjestely ja muu asumiseen liittyvä kuntoutus, taloudellinen apu sekä perhetilanteeseen liittyvä apu. (Lääkintöhallitus 1988, 220–229.)

Skitsofreniaprojekti uudisti hoidollista ja kuntouttavaa ajattelua voimakkaasti, mutta säilytti asiantuntijakeskeisyyden hoidon toteuttamisessa. Vaikka potilaan perheellä ja läheisillä nähtiin olevan lisäarvoa hoidon onnistumisessa, ei ajatuksia potilaan omista vaikuttamismahdollisuuksista hoitonsa suunnitteluun tai toteutukseen juurikaan tullut esiin. Projektin loppuraportin suosituksissa tosin todettiin lyhyesti tavoitteena se, että peruskunnat huolehtisivat potilasjärjestöille ja vaapaaehtoisjärjestöille annettavasta tuesta. (Lääkintöhallitus 1988, 251.) Ahonen (2019, 89) tiivistää tämän toteamalla, että vaikka skitsofreniaprojektia on kritisoitu diagnoosikeskeisenä lääketieteen paradigman ajamana hankkeena, kehittämishanke oli selvä julkisen vallan yritys kehittää vakavasti sairaiden asemaa yhteiskunnassa. Tavoitteet olivat ihmis- ja perusoikeuksien vahvistamiseen pyrkiviä.

Skitsofreniaprojektin aikana luotu porrasteinen hoito- ja kuntoutusjärjestelmä noudatti pitkälti Sopimusvuoreissa luotua rakennetta. Käytännössä porrasteisuus toteutui pääosin vain asumispalveluiden kohdalla, mikä mahdollisti kunnallisten ja niin sanotun kolmannen sektorin kuntoutuskotien, pienryhmäkotien ja tuetun asumisen yksiköiden määrän nopean kasvun. Ongelmaksi muodostui asumispalveluiden hyvin heterogeeninen laatu, mikä herätti epäilyjä perustettujen asumisyksiköiden kuntoutujia laitostavista piirteistä. Tätä näkemystä vahvistaa tutkimustulos, jonka mukaan vain pieni osa asumisyksiköissä asuvista kuntoutujista siirtyi ajan mittaan itsenäiseen asumiseen. Vähitellen kunnat luopuivat asumispalveluiden ylläpidosta ja tilasivat niitä sosiaalipsykiatrisilta yhdistyksiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Valtaosa asumispalveluista oli vielä 2000-luvun alkupuolellakin pikemminkin laitostavia kuin kuntouttavia. Erityisesti yritys- muotoinen palvelutuotanto näytti vahvasti edistävän laitostumista (Salo & Kallinen 2007).

2.5 Keroputaan malli ja itsemurhien ehkäisyprojekti

Keroputaan sairaalassa alettiin kehittää täysin uudenlaista hoitomallia skitsofreniaprojektin aikana 1980-luvun alkupuolella. Keskeinen tapahtuma oli hoitokokouskäytännön aloittaminen. Jokaisen sairaalaan tulleen potilaan omaiset ja potilasta avohoidossa hoitaneet kutsuttiin yhteiseen keskusteluun. Tavoitteena oli tehostaa ja nopeuttaa hoidon aloitusta sairaalassa. Usein jo tässä kokouksessa päädyttiin kotiuttamiseen ja avohoidon järjestämiseen. Hoitokokouksessa kaikista potilaan ongelmaan, sen analyysiin, hoidon suunnitteluun ja hoitopäätöksiin liittyvistä asioista keskustellaan alusta lähtien kaikkien asianosaisten ollessa läsnä. Keroputaan sairaalassa tämä merkitsi siirtymistä sellaiseen käytäntöön, jonka mukaan potilas on aina mukana, kun hänen asioistaan puhutaan. Samoin potilaan perhe kutsutaan mukaan kaikissa tapauksissa riippumatta siitä, onko perheterapeuttisille keskusteluille havaittu jotain erityistä syytä. Tässä prosessissa perhe muuttuu hoitotoimenpiteiden kohteesta yhteistyökumppaniksi ja yhteisen prosessin osapuoleksi. (Seikkula & Alakare 2004, 290.)

Hoitomallia kehitettiin perustamalla kriisipoliklinikka huolehtimaan sairaalaan tulevien potilaiden vastaanottokokouksen järjestämisestä. Tehtävänä oli arvioida tarkkaan sairaalahoidon tarvetta, ja painopiste oli nopean kriisihoidon järjestäminen sairaalahoidon vaihtoehdoksi. Kokousten pitäminen ennen sairaalaan ottamista vähensi sairaalaan otettujen potilaiden määrää noin 40 prosenttia. Vuonna 1990 kaikki Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueen mielenterveystoimistot alkoivat organisoida liikkuvia kriisiryhmiä. Keskeinen ajatus oli psykoterapeuttisen hoidon toteuttaminen potilaiden omassa elinympäristössä. Hoitojärjestelmä kehittyi niin, että perhe- ja verkostokeskeinen kriisi-interventio voitiin toteuttaa kaikissa tapauksissa ja alueella toimi tapauskohtaisesti muodostettavien liikkuvien kriisiryhmien verkosto. Periaatteessa kaikilla hoitotyötä tekevillä oli mahdollisuus tulla mukaan näihin työryhmiin tarpeen mukaisesti. (Seikkula & Alakare 2004, 290.)

Keroputaan hoitomallia kutsutaan avoimen dialogin menetelmäksi. Hoitoprosessia ohjaavat tällöin seuraavat keskeiset periaatteet: 1) välitön apu kriisissä, 2) sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, 3) joustavuus ja liikkuvuus, 4) työntekijöiden vastuullisuus, 5) työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, 6) epävarmuuden sietäminen ja 7) dialogisuus keskustelun muotona. Avoimessa dialogissa luovutaan henkilökunnan hoidonsuunnittelukokouksista ja keskustellaan sekä hoidettavaan ongelmaan että hoidon suunnitteluun liittyvistä asioista kaikkien asianosaisten läsnä ollessa. Tämä lisää potilaan ja hänen läheistensä psyykkisiä voimavaroja, jotka auttavat selviytymään kriisistä. (Seikkula & Alakare 2004, 291.) Toimintaa on seurattu sekä kvantitatiivisten että kvalitatiivisten menetelmien avulla tieteellisesti. Toiminnasta on valmistunut useita väitöskirjoja, joiden tulosten perusteella voidaan todeta hoitomallilla olevan positiivista vaikutusta paitsi potilaiden hoitotuloksiin myös alueen väestön sosiaaliseen pääomaan, mikä taas on terveyden ja hyvinvoinnin kannalta tärkeää (Aaltonen 2007, 77). Avoimen dialogin malli sisältääkin huomattavan paljon elementtejä, jotka realisoivat toipumisorientaation periaatteita.

Suomessa aloitettiin vuonna 1986 myös toinen laaja projekti, jonka nimenä oli Valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojekti. Tavoitteena oli hakea oloissamme luontevat keinot itsemurhien ehkäisyyn ja vähentää itsemurhien määrää viidenneksellä (Upanne 2007, 87). Kymmenvuotisen hankkeen aikana kehitettiin monia ehkäisevän työn muotoja ja myös mielenterveyttä edistäviä toimia eri olosuhteissa. Keskeinen itsemurhan riskitekijä depressio avautui uudeksi omaksi alakseen siten, että psykiatriassa huomioitiin paremmin masennuksen heikko tunnistettavuus hoitokontakteissa, kehittymättömät hoitokäytännöt ja puutteellinen lääkehoito. Tämä kaikki on ollut taustana hankkeen jälkeiselle aktiiviselle depressiotutkimukselle ja masentuneiden vertaistoinnin kehittymiselle. (Upanne 2007, 96.)

2.6 Psykiatria osaksi erikoissairaanhoidoa

Vuonna 1991 voimaan astuneen erikoissairaanhoidolain pohjalta psykiatriset palvelut siirrettiin osaksi erikoissairaanhoidoa ja sen järjestämistä. Mielisairaanhuoltopiirit lopetettiin ja psykiatrien erikoissairaanhoido liitettiin osaksi sairaanhoitopiirien toimintaa. Tavoitteena oli yhdenmukaistaa psykiatrian asema muiden erikoisaloiden kanssa. Laki teki mahdolliseksi psyykkisesti sairaiden tasa-arvoisen aseman terveystalvelujen käyttäjinä, ja sen yhtenä tavoitteena olikin vähentää psykiatristen potilaiden leimautumista. Hallinnollisesti pyrittiin lisäämään terveydenhuollon yhteistyötä ja voimavarojen yhteiskäyttöä sekä selkeyttämään työnjakoa ja parantamaan hoidon porrastusta. (Kärkkäinen 2004, 46–51.)

Esa Nordling ja Markku Ojanen (1990) tutkivat, miten muutos oli koettu niissä sairaanhoitopiireissä, joissa psykiatria oli vapaaehtoisesti liitetty sairaanhoitopiiriin toiminnaksi ennen erikoissairaanhoidolain voimaan tuloa. Vertailukohtana käytettiin mielisairaanhuoltopiirejä, joiden yhdyntyminen somaattisen erikoissairaanhoidon kanssa tapahtuisi vasta lain myötä. Vapaaehtoisesti perustetuissa sairaanhoitopiireissä yhdyntymistä perusteltiin muun muassa paremmilla mahdollisuuksilla potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon ja hoidon jatkuvuuteen, yhteistyön paranemisella somatiikan ja psykiatrian välillä sekä myös mielenterveysongelmia koskevien kielteisten asenteiden vähentymisellä (Nordling & Ojanen 1990, 12). Mielisairaanhuoltopiirien johtoryhmien asenne integraatiota kohtaan oli yleensä kielteinen. Tulevan yhdyntymisen synnyttäminä pelkoina piireissä mainittiin byrokratian lisääntyminen, ymmärtämättömyys psykiatrisia hoitokäytäntöjä kohtaan, perinteiden häviäminen, resurssien riittämättömyys ja epätietoisuus psykiatrian kehittämisvastuusta. Myönteisinä puolina integraatiossa nähtiin joissakin mielisairaanhuoltopiirien johtoryhmissä esimerkiksi se, että psykiatialle tulotaisiin asettamaan selkeämmät tavoitteet ja tulosvastuu, muut lääketieteen erikoisalot oppisivat ymmärtämään psykiatriaa, sairaanhoidon kokonaisvaltainen suunnittelu tulisi mahdolliseksi ja että psykiatrian asenteellinen hyväksyntä helpottuisi. (Nordling & Ojanen 1990, 17, 30.)

Jukka Kärkkäinen (2004) selvitti psykiatrisen ja somaattisen hoitojärjestelmän yhdyntymisen onnistuneisuutta sairaanhoitopiireissä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä. Vuonna 1994 toteutettu sairaanhoitopiirien johtaville virkamiehille osoitettu kysely tarjosi tietoa psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon lakisääteisen yhdyntymisen kokemuksista ensimmäisen kolmen vuoden aikana. Vastanneista psykiatrian edustajista vain joka viides, kun taas muista puolestaan joka toinen, arvioi yhdyntymisen onnistuneen hyvin. Erityisesti psykiatrian edustajat pitivät huonoina psykiatrian hallinnollista asemaa ja vaikutusmahdollisuuksia sairaanhoitopiirien päätöksenteossa. Psykiatrian koettuja resursseja samoina vuosina piti liian vähäisinä 9 prosenttia somatiikan ja 47 prosenttia psykiatrian vastaajista. (Kärkkäinen 2004, 5–6, 128–139.) Yhdyntymistä haitanneista tekijöistä keskeisimpiä olivat psykiatrian pelko itsenäisyyden menettämisestä, psykiatristen hoitokäytäntöjen huono ymmärrys somaattisen lääketieteen puolella, puuttuva yhteistyö ennen yhdyntymistä sekä psykiatrian liika laitospasiteetti. Kärkkäinen toteaa tutkimuksen osoittaneen, että psykiatrian toimialueen edustajien mielipiteet olivat merkittävästi kielteisemmät lähes kaikkien yhdyntymisen alueiden suhteen arvioituna. Sairaanhoitopiirien muodostamisen aikaan oli uhkana pidetty sitä, että psykiatria joutuisi alistettuun asemaan somaattiseen erikoissairaanhoidoon nähden eikä pärjäisi sen kanssa kilpailussa taloudellisista voimavaroista. Tutkimuksessaan Kärkkäinen arvioi, että kyseiset uhkatekijät olivat toteutuneet sekä tosiasiatietojen että erityisesti psykiatrian toimialueen edustajien kokemusten valossa. Kyselyn avoimissa vastauksissa 40 prosenttia psykiatrian vastaavista lääkäreistä koki psykiatrian aseman heikoksi tai alistetuksi sairaanhoitopiireissä. (Kärkkäinen 2004, 159–162, 181, 193.)

Kärkkäisen tutkimuksen perusteella voidaan myös todeta se, että Nordlingin ja Ojasen (1990) raportoimat ennakkokäsitykset psykiatrian ja somatiikan integraatiosta olivat suurelta osin toteutuneet ainakin lyhyellä ajanjaksolla. Mielenkiintoista oli myös se, ettei Kärkkäisen (2004) tuloksissa tullut esiin, miten integraatio oli näkynyt potilaiden hoidossa.

Mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen näkökulmasta psykiatrisen hoidon muutokset konkretisoituivat 1990-luvulla laitospaikkojen vähenemiseen ja avohoidon kehittämiseen. Avohoitoa ei kuitenkaan kyetty kehittämään riittävästi, koska vuosikymmenen alun lama ja resurssipula estivät sen. Avohoito pelkistyi lääkkeiden tarjoamiseksi. Tehokkaiden lääkkeiden avulla kroonistuneita psykiatrisia potilaita siirrettiin pois avohoidon palveluista markkinoituneisiin asumispalveluihin. Pitkäaikaissairaiden kuntoutuksesta ei oltu enää kiinnostuneita. Vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksiin ja autonomiaan liittyvät kysymykset ohitettiin poliittisessa ohjauksessa. Mielenterveyshoidossa ryhdyttiin hoitamaan työssäkäyviä keskiluokkaisia ihmisiä ja 1990-luvun työllisyyspolitiikan korostuksen seurauksena huomio kiinnittyi niihin kuntoutujiin, jotka pystyivät edes osa-aikaisesti työskentelemään avoimilla työmarkkinoilla. (Ahonen 2019, 136.)

2.7 Klubitalot

Vaikka 1990-luvun psykiatrian hoidon ja mielenterveystyön kehitystä on edellä kuvattu varsin synkein värein, tapahtui silloin kuitenkin myös myönteisiä asioita. Suomen ensimmäinen Klubitalo, Näsinkulman Klubitalo, perustettiin Tampereelle 1995. Sen jälkeen Klubitaloja on perustettu niin, että tällä hetkellä niitä on Suomessa jo 23. Klubitalojen yhteisiä nimittäjiä ovat kuntoutujien ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen, yhtäläiset mahdollisuudet osallisuuteen, palveluiden käyttäjien oikeus osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon, yhteisö- ja avopalveluiden ensisijaisuus, mahdollisuus luoda uusia ihmissuhteita sekä voimaantumisen edistäminen. Klubitalo pyrkii takaamaan jäsenilleen neljä perusoikeutta: 1) oikeus paikkaan, johon voi tulla ja jossa on mahdollisuus tuntea itsensä tervetulleeksi, tarpeelliseksi ja arvotetuksi; 2) oikeus mielekkääseen toimintaan, työhön ja uusien taitojen oppimiseen; 3) oikeus mielekkäisiin ja tasavertaisiin ihmissuhteisiin ja 4) oikeus paikkaan, johon voi myös aina palata. (Hänninen 2016, 35.)

Oikeuksien lisäksi Klubitalon jäsenillä on myös velvollisuuksia. Heidän edellytetään osallistuvan omien voimavarojensa mukaan Klubitalon työpainotteisiin tehtäviin ja töihin, joita ovat esimerkiksi ruoanlaitto, siivous, hallinnolliset tehtävät ja uusien jäsenten perehdyttäminen. Yhdessä tekeminen perustuu henkilökunnan ja jäsenten tasavertaisuuteen. Työpainotteisen päivän tarkoituksena on tarjota mielekäästä ja tarpeellista työtä ja oppimista, jolloin mielekkyyden ja merkityksen voi kokea välittömästi toimintaan osallistumisen tulosten kautta. Klubitalo mahdollistaa myös jäsentensä paluun ansiotyöhön siirtymätyön ja tuetun työllistymisen ohjelmien sekä itsenäisen työllistymisen avulla. (Hänninen 2016, 35–36, 146–159.)

Juuso Pitkänen ja Sini Vaccariello (2017, 15–24) raportoivat opinnäytetyössään Suomen Klubitalojen jäsenkyselyn tuloksia. Tulosten mukaan useimmat jäsenet kokivat klubitalotoiminnan selkiyttäneen heidän päiväryhtiään ja ajankäyttöään sekä lisänneen sosiaalista kanssakäymistä, ihmissuhteita, toiminnallisuutta ja mielekäästä tekemistä. Koetut hyödyt liittyivät toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja itsetunnon kohentumiseen sekä lisääntyneeseen tyytyväisyyteen elämään. Lähes kaikki jäsenet kokivat Klubitalon ainakin jokseenkin tärkeänä, mielekkäänä ja yhteisöllisenä paikkana, josta useimmat saivat myös vertaistukea. Suurin osa jäsenistä oli sitä mieltä, että Klubitalon henkilökunnalta sai apua työhön, opiskeluun ja arjen pulmiin.

2.8 Elämän mielekkyyttä ja asiakaslähtöisyyttä vahvistavat hankkeet

Vuosina 1998–2002 toteutettiin Suomessa vuosituhanen vaihteen merkittävin mielenterveyteen liittyvä kehittämishanke, Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) koordinoima Mielekäs elämä -ohjelma. Ohjelmassa pyrittiin välittämään ajatus siitä, että mielenterveys kuuluu kaikille ja se pitää huomioida myös palveluissa ja kaikilla hallinnonaloilla. Ohjelman aikana havaittiin, että mielenterveyspalveluiden käyttäjien ongelmat liittyivät erityisesti yksinäisyyteen, toimeettomuuteen ja palveluiden virka-aikaisuuteen. Apua kaivattiin ajoissa ja läheltä omaa kotia. (Ahonen 2019, 117.) Ohjelman tarkoituksena oli parantaa kansalaisten mahdollisuuksia elää mielekästä elämää. Sen erityisenä kohteena olivat ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia tai niiden merkittävä uhka. Ohjelman avulla edistettiin heidän mahdollisuuksiaan pärjätä yhteiskunnassa ja yhteisössään. (Immonen ym. 2003, 19.)

Mielekäs elämä -ohjelman vaikutukset mielenterveystyön käytäntöihin olivat varsin vähäiset, mutta loppuraportin suositukset mielenterveystyön kehittämiseksi olivat monipuoliset. Loppuraportti otti vahvasti kantaa käyttäjälähtöiseen mielenterveyttä edistävään toimintaan. Tällaisen toiminnan lähtökohtana on ihmisarvo ja sen perusteella ihmisen kunnioittaminen ja yhdenvertaisuus. Jokainen kohtaaminen on ainutkertainen, dialogisuuteen pyrkivä ja perustana olevia arvoja käytännön tilanteessa konkretisoiva. Käyttäjälähtöisesti toimiva työntekijä yhdistää omassa toiminnassaan ihmisyyden ja alansa asiantuntijuuden, luopuu ylä- ja/tai ulkopuolelle asettuvasta asiantuntijavallasta ja auttaa asiakasta toimimaan täysivaltaisena ihmisenä. Käyttäjälähtöisen työn mahdollistuminen edellyttää asenteiden sekä organisaatio-, metodi- ja työntekijälähtöisten toimintamallien muuttamista aidosti käyttäjälähtöisiksi. (Immonen ym. 2003, 111–112.)

Samaan aikaan Mielekäs elämä -ohjelman kanssa käynnistettiin Pääsky-ohjelma 1998–2001, jonka tavoitteena oli peruspalveluiden mielenterveystyön kehittäminen asiakaslähtöisyyttä ja työntekijöiden osaamista vahvistamalla. Ohjelmassa korostettiin kansalaisosallisuutta, voimaantumisen näkökulmaa ja dialogisuutta. Ohjelman aikana käynnistettiin useita kehittämishankkeita. Kaikessa toiminnassa pyrittiin huomioimaan biopsykososiaalinen terveys- ja sairauskäsitys, perhekeskeisyys, yhteisöllisyys sekä jaettu asiantuntijuus. (Ahonen, 2019, 118.) Osana ohjelmaa toteutettiin hanke, jonka tavoitteena oli luoda asiakaslähtöinen mielenterveystyön toimintamalli, jossa asiakkaan tahtoa kunnioitettaisiin ja hänen valinnanvapauttaan ja vaikuttamismahdollisuuksiaan vahvistettaisiin. Asiakaslähtöisyyden ajateltiin perustuvan ihmisarvoon, ihmisen kunnioittamiseen ja ihmisestä välittämiseen, ja sen ajateltiin toteutuvan dialogisessa vuorovaikutuksessa ja sujuvissa palvelukokonaisuuksissa. Hankkeen tuloksia kirjatessa jouduttiin kuitenkin toteamaan, että asiakaslähtöisyys oli vain harvoin työtyöntekijöiden sisäistämä tapa toimia. (Kiikkala & Immonen 2002, 52–53, 63.)

Edellä kuvattuja harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta suomalaista mielenterveystyötä kehitettiin 2000-luvun alussa pitkälti lyhytaikaisten pienten hankkeiden avulla. Nordlingin (2005) selvityksen mukaan kolmen sairaanhoitopiirin alueella (Etelä-Pohjanmaa, Vaasa, Keski-Pohjanmaa) toimi vuonna 2005 yhtä aikaa 83 Raha-automaattiyhdistyksen tai kuntien rahoittamaa ehkäisevän mielenterveystyön hanketta. Näiden hankkeiden tavoitteet ja toimintaresurssit olivat usein ristiriidassa niin, ettei hankkeen aikana tehtyjä kehittämistyön saavutuksia ehditty kunnolla arvioida ja implementoida.

2.9 Mielenterveystyön kärkihankkeet

Vuonna 2005 aloitettiin Sosiaali- ja terveysministeriön osittain rahoittamana kolme mielen-terveystyön niin sanottua kärkihanketta Suomessa. Nämä olivat Vantaan Sateenvarjo-projekti, Pohjanmaa-hanke sekä Lapin hanke. Näillä laajoilla ja kokonaisvaltaisilla hankkeilla pyrittiin pitkäjänteisen kehittämistyön avulla saamaan aikaan todellisia muutoksia mielen-terveystyössä. Vaikka jokaisen osahankkeen tavoitteet olivat erilaisia, niin kaikissa niissä tavoitteena oli asiakkaan aseman vahvistaminen ja perustason palveluiden parantaminen. Sateenvarjo-projektissa keskityttiin erityisesti masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon. Lapin mielen-terveyshankkeessa pääpaino oli preventiossa ja promootiossa sekä kuntien perustoimintojen laadullisessa kehittämisessä. Pohjanmaa-hankkeessa kehittämisen kohteena oli mielen-terveystyön koko kenttä kuntien mielen-terveysstrategioista psykiatriseen kuntoutukseen sekä vanhusten auttamistyöstä lasten ja nuorten mielen-terveysongelmien ehkäisyyn.

Pohjanmaa-hanke oli kärkihankkeista laajin ja pitkäkestoisin. Hanke toteutettiin Etelä-Pohjanmaan, Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueella. Sairaanhoitopiirien lisäksi hankkeessa oli mukana pohjalaismaakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet Botnia. Erikoista hankkeessa oli se, että sairaanhoitopiirit rahoittivat toimintaa, missä kehittämisen pääasialliset kohteet olivat promotiivinen ja preventiivinen mielen-terveystyö sekä myös päihdetyö, ei psykiatrinen erikoissairaanhoito. Hankkeeseen liittyi myös monipuolista arviointi- ja tutkimustoimintaa. (Kaivosoja & Lassila 2007, 175.)

Hankkeen aikana tehtiin monia asioita, jotka vahvistivat erityisesti alueen asukkaiden osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Kuntien mielen-terveystyön tavoitteellinen kehittäminen oli 2000-luvun alkuvuosina puutteellista, koska vain muutamilla kunnilla oli mielen-terveys- tai päihdestrategia. Hankkeen aikana noin kolmasosa alueen kunnista aloitti strategiatyön. Strategiatyön pohjana hyödynnettiin yleensä kansalaiskuulemisia, joissa kartoitettiin alueen väestön tarpeita mielen-terveys- ja päihdeasioissa. Strategian valmisteluun kutsuttiin sekä potilasyhdistyksen että omaisyhdistyksen edustajia.

Hankkeen aikana toteutettiin Masennustalkoot -niminen kokonaisuus, missä haluttiin lisätä kansalaisten mielen-terveysymmärrystä ja masennukseen liittyvää tietoisuutta korostamalla tekijöitä, joiden avulla itse kukin saattoi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. Oma-apuun ja läheisapuun liittyvää informaatiota välitettiin antistigmakampanjan avulla yhteistyössä tiedotusvälineiden kanssa. Lisäksi panostettiin perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon henkilöstön kykyyn tunnistaa masennuksen varhaisvaiheen tunnusmerkit.

Pohjanmaa-hanke pilotoi Suomessa Australiasta lähtöisin olevan Mielenterveyden ensiapu-kurssin. Kurssi oli tarkoitettu etupäässä muille kuin mielen-terveystyön ammattilaisille. Kurssi koostui kahdesta erillisestä osiosta, joista toisen tavoitteena oli saada mielen-terveyteen liittyvä ensiapu kansalaistaidoksi ja toisen tavoitteena oli mielen-terveyteen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja taito antaa ongelmaan liittyvää ensiapua ja ohjata tarvittaessa hakemaan ammattiapua. Kursseille osallistuneiden kokemusten kartoituksessa saatiin hyviä tuloksia. Kurssi oli vaikuttanut suotuisasti mielen-terveysongelmiin kohdistuneisiin asenteisiin, tietoisuus mielen-terveysongelmista oli lisääntynyt, kurssin käyneet kokivat saaneensa työkalun auttaa mielen-terveysongelmaista ja myös kanssaihmissään (Häikiö 2008). Pilotoinnin jälkeen Suomen Mielenterveysseura (nykyisin MIELI Suomen Mielenterveys ry) otti Mielenterveyden ensiapu-kurssit omaksi toiminnakseen.

Pohjanmaa-hankkeessa kokeiltiin myös uusia innovaatioita. Yksi tällainen oli urheiluseurayhteistyö. Pohjanmaa-hanke teki vuoden 2007 alussa kumppanuussopimuksen Kaustisen Pohjan-Veikkojen (KPV) kanssa. Perinteisessä seurassa maksavia jäseniä oli noin tuhat, ja se tarjosi

toimintaa aktiivurheilijoille, harrastajille ja kuntoilijoille. Kumppanuussopimuksen kautta oli tavoitteena pilotoida erilaisia toimia, joilla pyrittiin vaikuttamaan mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviin asenteisiin seurassa toimivien keskuudessa. Lisäksi tavoitteena oli tukea seuraa laati- maan pitkäkestoinen hyvinvointistrategia, jonka avulla voitaisiin vahvistaa seuran toimintaa ter- veyden edistäjänä. Urheiluseuraan kohdentuvien toimien kautta Pohjanmaa-hankkeessa nähtiin mahdollisena vaikuttaa kaikkiin toiminnassa oleviin (esimerkiksi valmentajat ja vanhemmat), mutta erityisesti toimien haluttiin painottuvan seuratoiminnassa olevien lasten ja nuorten hyvin- voinnin tukemiseen. Pohjanmaa-hanke tarjosi koulutusta vuosina 2007–2008 seurassa toimiville valmentajille, urheilijoille ja muille aktiivisesti seuratoiminnassa oleville. Koulutuksissa käsiteltiin niin mielenterveyteen, psyykkiseen valmennukseen kuin päihteiden käyttöönkin liittyviä teemoja. Koulutusten tavoitteena oli lisätä seuratoimijoiden tietämystä ja ymmärrystä mielenterveys- ja päihdeasioista sekä niiden merkityksestä siten kuin ne seuraympäristössä näyttäytyvät. Samal- la välillisesti pyrittiin vaikuttamaan asenteisiin ja poistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää leimaa. Kehittämisprosessin aikana pyrittiin siis vaikuttamaan urheiluseuratoimijoihin si- ten, että urheiluseuralla olisi aiempaa paremmat edellytykset toimia tehtävässään yhteisössä, paitsi terveyden myös positiivisen mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäjänä. (Fraktman & Ropponen 2010, 19–21.)

Vuonna 2004 aloitettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa (nykyi- sin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamallin ke- hittäminen. Se oli ainutlaatuinen kuntien, puolustusvoimien sekä työ- ja elinkeinoministeriön yhteistyömalli, jonka tavoitteena oli nuorten miesten selviytymisen tukeminen ja syrjäytymi- sen ehkäisy. Toimintamallin tarkoituksena oli aktiivinen tarttuminen tukea tarvitseviin miehiin kutsunnoissa ja varusmies- ja siviilipalveluksen keskeytyessä ja ohjaaminen erityiseen tukipal- veluun. Tukipalvelua toteuttivat kuntien työntekijät, joilla oli sosiaali- tai terveysalan tai esimer- kiksi nuorisoalan koulutus. Nämä menetelmään koulutetut ohjaajat tarjosivat toimintamalliin hakeutuville miehille mahdollisuuden arvioida elämäntilannettaan ja toimintavaihtoehtoja sekä auttoivat miehiä luomaan tarvittaessa kontakteja erilaisiin tukipalveluihin. Oleellista toiminta- mallissa oli, että se oli luonteeltaan vapaaehtoista, kokonaisvaltaista, ratkaisuihin ja voimavaroii- hin keskittyvää eikä ongelma- tai sairauskeskeistä. (Toivio & Nordling 2013, 367–368.)

Toimintamallin vaikuttavuustutkimus osoitti, että toiminnalla oli positiivinen vaikutus mies- ten psyykkiseen hyvinvointiin ja sen avulla miesten toiveikkuus ja elämän merkityksellisyys vahvistuivat (Appelqvist-Schmidlechner 2011). Toimintamallia voidaankin pitää aidosti toipu- misorientaatiohenkisenä interventiona. Toimintamallin implementointi aloitettiin kolmen kärki- hankkeen aikana, minkä jälkeen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos jatkoi ohjaajien kouluttamista niin, että malli levisi lähes kaikkiin Suomen kuntiin. Nykyisin malli on integroitu osaksi etsivää nuorisotyötä.

2.10 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Vuonna 2005 osa kansanedustajista oli tehnyt aloitteen kansallisen mielenterveysohjelman laa- timiseksi maahan. Kärkihankkeiden kehittämistyöstä saadut kokemukset vahvistivat ohjelman tarpeellisuuden. Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän, jonka tehtäväk- si tuli valmistella kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, tehdä suunnitelma hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tehdä ehdotuksia ohjauskeino- jen kehittämiseksi. Työryhmään kuului eri ministeriöiden ja kärkihankkeiden edustajien lisäksi mielenterveys- ja päihdealojen asiantuntijaorganisaatioita. Suunnitelma julkaistiin vuoden 2009 helmikuussa. Mieli-suunnitelmaksi nimetty ohjelma sisälsi 18 ehdotusta, jotka sisältyivät neljään pääteemaan. Nämä olivat asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ, mielen-

terveys- ja päihdepalvelut sekä ohjauskeinot. Suunnitelman toimeenpano ja seuranta oli pitkälti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vastuulla. Samanaikaisesti toteutettiin Suomessa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), joka oli samalla keskeinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteiden mukaisen kehittämistoiminnan väline.

Asiakkaan aseman vahvistamiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos keskittyi kahteen kärkihankkeeseen, jotka olivat Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän kehittämisessä sekä Pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävä ohjelma. Edistävän ja ehkäisevän työn kärkihankkeet olivat Mielenterveys- ja päihdestrategioiden saaminen osaksi kuntien, kuntayhtymien ja alueiden hyvinvointisuunnitelmia (Mielen tuki -hanke) sekä Mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvien työmenetelmien kehittäminen, juurruttaminen sekä sektorirajat ylittävien palveluiden kehittäminen (erityisesti Toimiva lapsi & perhe -menetelmät). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen kaksi kärkihanketta olivat Matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittäminen peruspalveluiden yhteyteen sekä Kuntalaisten tarpeiden mukaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuuden seuranta.

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet kattoivat koko Suomen. Pohjois-Suomessa toteutettiin vuosina 2009–2011 Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke ja sen jatkohanke vuosina 2013–2015 oli nimeltään Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -hanke. Väli-Suomessa toteutettiin vuosina 2009–2013 Välittäjä-hanke, joka rakentui vahvasti Pohjanmaa-hankkeen jatkotyölle. Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke Länsi toteutettiin myös vuosina 2009–2013, ja sen jatkona vuosina 2013–2015 oli Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke. Vuosina 2011–2013 toiminut Itä- ja Keski-Suomen hanke oli nimeltään Arjen mieli. Etelä-Suomen Mielen Avain -hanke toteutui vuosina 2010–2015. Jokaisella Kaste-hankkeella oli omat alueelliset tavoitteensa, joissa painottui Mieli-suunnitelman sisältö eri tavoin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työryhmä seurasi ja arvioi Mieli-suunnitelman toteutumista ja koosti vuosittain sitä koskevan raportin laitoksen julkaisusarjoihin. Vuonna 2015 julkaistussa loppuraportissa oli myös toipumisorientaatiota koskeva artikkeli Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Artikkelissa tuotiin esille se, että kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kokemusasiantuntijuutta ja vertaistoimijuutta koskevan ehdotuksen pääosin myönteinen vastaanotto käytännön työssä muutti asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua paitsi oman hoitonsa suunnitteluun, niin paikoitellen myös hoito-organisaatioiden kehittämistointintaan. Kaste-rahoitteisilla mielenterveys- ja päihdehankkeilla oli tässä muutoksessa erittäin keskeinen rooli. Ilman tätä toiminnallista ja asenteellista muutosta ei toipumisorientaation rantauminen Suomeen olisi ollut mahdollista (Nordling ym. 2015, 133).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman koko kautta 2009–2015 koskevassa arviossa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ohjausryhmän jäseniä ja varajäseniä pyydettiin arvioimaan ehdotusten toteutumista sekä esittämään perustelut arvioinnilleen. Parhaiten arvioitiin toteutuneen ehdotukset, jotka koskivat (1) kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottamista mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin, (2) tahdosta riippumattoman hoidon ja hoidon aikaisen itsemääräämisoikeuden rajoitusten vähenemistä, (3) mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden laatimista sekä (4) työterveyshuollon tehostunutta roolia työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Ohjausryhmä arvioi, että kahden ensin mainitun ehdotuksen hyvä toteutuminen oli vahvistanut asiakkaan asemaa. Kuntien yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdestrategioiden arvioitiin luoneen pohjaa myös edistävälle ja ehkäisevälle työlle ja hallinnonalojen rajat ylittävälle kehittämiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Voidaan olettaa, että juuri nämä muutokset loivat hedelmällisen maaperän toipumisorientaatiota koskevien kehittämisajatus etenemiselle.

2.11 Nykytilanne Suomessa

Mieli-suunnitelman toteuttamisen aikana ja sen jälkeen kiinnostus toipumisorientaatiota kohtaan lisääntyi huomattavasti. Ensimmäiset teemaan liittyvät koulutukset pidettiin vuonna 2012. Vuonna 2017 Suomeen perustettiin Toipumisorientaatio ry. Mielenterveyden keskusliitto, Mielen-terveysomaisten keskusliitto – FinFami ja Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto ovat sittemmin nimenneet toipumisorientaation toimintansa viitekehyyksi. Myös kuntasektorilla on tehty toipumisorientaatioon liittyviä ratkaisuja. Helsingin kaupungin mielen-terveys- ja päihdepalvelujen järjestämisen lähtökohtana on toipumisorientaatio, ja Porin kaupungin asumis-palveluissa toipumisorientaatio on ollut toiminnan viitekehyyksenä jo usean vuoden ajan.

Jyrki Korkeilan (2017, 2865) mukaan muutoksen taustatekijöinä Suomessa ovat olleet yhteis-kunnalliset tekijät, kuten ihmisoikeudet ja terveyspalvelujen lisääntyvä käyttäjälähtöisyys, joiden seurauksena paternalistinen suhtautuminen vakavista psykiatrisista sairauksista kärsiviin alkoi heiketä. Kasvava huomio hoidon yksilöllistämisen tarpeisiin ja positiivisen psykologian kehitys ovat vauhdittaneet orientaation leviämistä. Avohoidon kehittymisen myötä kuntoutujat ovat tulleet paremmin kuulluiksi siitä, minkälaista elämä on sairauden kanssa ja toisaalta sairastamisen tuolla puolen.

Monet mielen-terveysalan toimijat ovat tehneet opintomatkoja maihin, joissa toipumisorientaatiolla nähtiin olevan vahvistunut asema hoitojärjestelmässä. Ulla-Karin Schön ja David Rosenberg (2013) väittävät tutkimuskirjallisuuteen vedoten toipumisorientaation näkyvän erityisesti englanninkielisten maiden mielen-terveystyössä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella he havaitsivat, että vuoteen 2013 mennessä esimerkiksi Pohjoismaissa oli tehty hyvin vähän toipumiseen liittyvää tutkimusta. Pohjoismaiden osalta he toteavat myös, että riippumatta lisääntyneestä kiinnostuksesta toipumisorientaatiota kohtaan, on epäselvää, missä määrin toipumisorientaatioon liittyvä tietopohja on saavuttanut hyväksyntää tieteellisissä ja ammatillisissa piireissä. Vaikka Suomesta on tehty toipumisorientaatioon liittyviä opintomatkoja muihin Pohjoismaihin, näyttää yleisestä uskomuksesta huolimatta siltä, ettei Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa toipumisorientaation implementoinnissa olla merkittävästi Suomea pidemmällä (ks. Egeland ym. 2021; Korsbek 2017; Klockmo ym. 2012).

Lapin yliopistossa nähtiin vuonna 2017 ajan olevan otollinen toipumisorientaatiota koskevan tutkimus- ja kehittämishankkeen aloittamiselle. Recovery-toimintaorientaatio mielen-terveys-palveluissa -hanketta pidettiin tarpeellisena tilanteessa, jossa tavoiteltiin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista (sote-uudistus) sekä mielen-terveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön kokonaisuudistusta. Hankkeen lähtökohtana olivat sote-uudistuksen mukaiset vaatimukset ja toisaalta sen tarjoamat mahdollisuudet palvelujärjestelmän uudistamiseen sekä kansalaisten hyvinvoinnin ja osallisuuden vahvistamiseen aiempaa laajemmalla toimijapohjalla sektorirajoja ylittäen. Mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistamisessa keskeistä oli asiakkaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Hankkeen tavoitteena oli kehittää tarpeenmukaisia ja oikea-aikaisia matalan kynnyksen mielen-terveyspalveluja, joissa varhainen puuttuminen, nopea avun saanti ja asiakkaan osallisuus toteutuvat. Näillä katsottiin olevan merkitystä hoitotulosten, tahdosta riippumattoman hoidon vähenemisen ja hoitokustannusten kannalta. Hankkeella haettiin ratkaisuja mielen-terveyspalvelujen organisaatiokeskeisyyteen, palvelujen kohdentumisen ja saavutettavuuden sekä tuloksellisuuden haasteisiin. Lisäksi tavoitteena oli vaikuttaa mielen-terveyden ongelmien leimaavuuteen ja niistä aiheutuviin osallisuusvajaisiin ihmisten elämässä, palveluissa ja yhteiskunnassa. (Martin 2021.) Hanke on ollut siten luonnollinen ja tarpeellinen jatkumo vuosikymmenten aikana suomalaisessa mielen-terveystyössä tapahtuneelle kehityskululle.

Lähteet

- Aaltonen, Jukka 2007: *Vaikeat mielenterveyshäiriöt yhteiskunnan kuvastajina*. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.): *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Edita Prima Oy. Helsinki, 64–83.
- Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Teologinen tiedekunta. Helsinki.
- Andersson, Claes 2017: *Veikkolan parantola – erilainen hoitoyhteisö*. Suomen Mielenterveys ry. Helsinki.
- Anttinen, Erik & Ojanen, Markku 1984: *Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemisen ja tutkimuksen perusteella*. Kirjapaino Hermes Oy. Tampere.
- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija 2011: *Time Out! Getting Life Back on the Track. A psychosocial support programme targeting at young men exempted from compulsory military or civil service*. Acta Universitatis Tamperensis 1653. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Dain, Norman 1994: *Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry*. Hospital & community psychiatry 45 (10), 1010–1014.
- Egeland, Karina & Benth, Jurate & Heiervang, Kristin 2021: *Recovery-oriented care: mental health workers' attitudes towards recovery from mental illness*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 35 (3), 998–1005.
- Elosuo, Reino 1968: *Hoito ja kuntoutus skitsofreniassa*. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.
- Eskola, Jarkko 2007: *Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos*. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.): *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Edita Prima Oy. Helsinki, 14–44.
- Fraktman, Pia & Ropponen, Mervi 2010: *Yhteistyö urheiluseurojen kanssa*. Teoksessa Kuosmanen, Lauri & Vuorilehto, Maria & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria & Laitila, Minna & Posio, Jorma & Partanen, Airi (toim.): *Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009*. Avauksia 5/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 19–20.
- Heiskanen, Aki 2008: *Maxwell Jonesin demokraattinen terapeutti yhteisö Mainiemen kuntoutumiskeskuksen toiminnan perustana. Maxwell Jonesin demokraattisen yhteisön teoria ja humanistinen ihmiskäsitys. Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä. Mainiemen kuntoutumiskeskus*. Lammi.
- Hyvönen, Juha 2008: *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Häikiö, Mikko 2008: *MTEA 2 – häiriöt ja koulutuksen vaikuttavuuden arviointi*. Teoksessa Mieli 2008. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Stakesin Työpappeja 6/2008. Helsinki, 37.
- Hänninen, Esko 2016: *Klubitalotoimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet*. Teoksessa Hänninen, Esko (toim.): *Mieleni minun tekevi. Mielenterveyskuntoutujien Klubitalot 20 vuotta Suomessa*. Suomen Klubitalot ry. Helsinki, 35–38.
- Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma & Ahonen Juha (toim.) 2003: *Mielekäs elämä! -ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö*. Helsinki.

Kaivosoja, Matti & Lassila, Antero 2007: *Pohjanmaa-hanke hyvinvointia etsimässä. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.): Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy. Helsinki, 174–187.*

Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula 2002: *Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa. Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:23. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.*

Kivinen, Kirsti & Vadén, Totte 1978: *Mielenterveys. Gummerus Oy. Jyväskylä.*

Klockmo, Carolina & Marnetoft, Sven-Uno & Nordenmark, Mikael & Dalin, Rolf 2012: *Knowledge and attitude regarding recovery among mental health practitioners in Sweden. International Journal of Rehabilitation Research 35 (1), 62–68.*

Korkeila, Jyrki 2017: *Toipumisorientaation paluu. Suomen Lääkärilehti 72 (49), 2865.*

Korsbek, Lisa 2017: *How to Recover? Recovery in Denmark: A Work in Progress. Journal of Recovery in Mental Health 1 (1), 25–33.*

Kärkkäinen, Jukka 2004: *Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Stakes Tutkimuksia 138. Stakes. Helsinki.*

Laing, Ronald D. 1960: *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness. Penguin. Harmondsworth.*

Lääkintöhallitus 1985: *Skitsofrenian hoidon valtakunnallinen kehittäminen. Väli­raportti. Lääkintö­hallituksen julkaisuja 69. Valtion painatuskeskus. Helsinki.*

Lääkintöhallitus 1988: *Skitsofreniaprojekti 1981–1988. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti. Valtion painatuskeskus. Helsinki.*

Martin, Marjatta 2021: *Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen lähtökohdat. Kirjallinen tiedoksi­anto 7.9.2021.*

Nordling, Esa 2005: *Mielenterveyttä ja päih­teettömyyttä edistäviä sekä mielenterveys- ja päihde­ongelmia ehkäiseviä hankkeita Etelä-pohjanmaan, Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueilla. Julkaisematon aineisto.*

Nordling, Esa 2018: *Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Duodecim 134 (15), 1476–1483.*

Nordling, Esa & Järvinen, Matti & Lähteenlahti, Yrjö 2015: *Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Kesänen, Minna & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahti, Päivi & Solin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Miten tästä eteenpäin? Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 20/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 133–141.*

Nordling, Esa & Ojanen, Markku 1990: *Henkilökunnan ja johtoryhmien käsitykset psykiatriasta erikoissairaanhoidon osana: vertaileva tutkimus sairaanhoitopiireissä ja mielisairaanhuoltopiireissä. Saira­alaliitto. Helsinki.*

Ojanen, Markku & Anttinen, Erik & Jokinen, Ritva & Kulju, Anneli & Leppänen, Lasse & Salmijärvi, Leena & Valmari, Pirkko 1995: Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä. Sopimusvuori. Tampere.

Pitkänen, Juuso & Vaccariello, Sini 2017: Suomen Klubitalojen toiminnan hyödyt jäsenten näkökulmasta. Opinnäytetyö (AMK). Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Toimintaterapian tutkinto-ohjelma. Jyväskylä.

Salo, Markku & Kallinen, Mari 2007: Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki.

Schön, Ulla-Karin & Rosenberg, David 2013: Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic countries. *Journal of Mental Health* 22 (6), 563–569.

Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta 2004: Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120 (3), 289–296.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Szasz, Tomas 1994: Psychiatric diagnosis, psychiatric power and psychiatric abuse. *Journal of Medical Ethics* 20 (3), 135–138.

Toivio, Timo & Nordling, Esa 2013: Mielenterveyden psykologia. Edita. Helsinki.

Upanne, Maila 2007: Ehkäisevä mielenterveystyö itsemurhien torjunnassa. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.): Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy. Helsinki, 86–105.

3 KOKEMUSASIASIANTUNTIJUUTEEN JA VERTAIS- TUKEEN PERUSTUVAT TYÖMENETELMÄT JA TOIMINTATAVAT

3.1 Kokemusasiantuntijatoiminnan suhde toimijoiden hyvinvointiin

Päivi Rissanen

Kokemusasiantuntijatoimintaa voidaan tarkastella järjestölähtöisesti vertaistoimintaan perustuvana ilmiönä, jolloin sille on ominaista vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden päällekkäisyys ja rinnakkaisuus (vrt. Billis & Glennerster 1998, 81). Vertaistuki on perinteisesti ollut mielenterveys- ja päihdejärjestöjen ydintoimintaa, josta se on erityisesti viimeisen vuosikymmenen aikana laajentunut kokemusasiantuntijatoiminnaksi ja palkkio- ja palkkaperusteiseksi työksi (Rissanen & Jurvansuu 2019). Toiseksi kokemusasiantuntijatoimintaa voidaan tarkastella osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakäytäntöjen ja asenteiden muutosta, jolloin lähtökohtana ovat esimerkiksi palvelunkäyttäjien asemaa ja valinnanvapautta korostavan konsumerismin vahvistuminen (Toiviainen 2007, 13–16) tai muutokset suhtautumisessa hoitoon, kuntoutukseen, osallisuuteen ja kokemustietoon (Crawford ym. 2003, 410; Rutter ym. 2004, 1973–1974). Valta-kunnallisesti vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus nostettiin selkeästi esiin Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemassa Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosille 2009–2015 (STM 2009; Rissanen & Jurvansuu 2019).

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoimintaan osallistuminen voi vaikuttaa eri tavoin toimijoiden hyvinvointiin. Näitä merkityksiä on mahdollista tarkastella hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia kuvaavan nelikentän, belonging-acting-being-having -mallin, kautta (Rissanen & Jurvansuu 2019; ks. Allardt 1976; Niemelä 2009, 2010; Raivio & Karjalainen 2013) (kuvio 1). Nelikentässä vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhdetta hyvinvointiin tarkastellaan yksilön sisäisinä prosesseina (being), suhteessa vertaisryhmään, yhteisöihin ja yhteiskuntaan (belonging), mielekkäänä tekemisenä ja työnä (acting) sekä aineellisten tarpeiden tyydyttämisenä (having) (Rissanen & Jurvansuu 2019).

Käsite ”belonging” (Raivio & Karjalainen 2013, 16–17) kuvaa vertaistoiminnan keskiössä olevaa yhteisöllisyyttä ja ryhmään kuulumisen merkitystä. Näissä yhteisyys-suhteissa korostuu usein vastavuoroisuuteen perustuvan vertaistuen merkitys. (Nylund 1996, 193–194; Ochocka ym. 2006; Resnick & Rosenheck 2008; Hokkanen 2014, 25.) Termi ”acting” kuvaa yksilön ja ryhmien osallisuuden vahvistumista, työelämäosallisuutta sekä asiakkaiden kuulemistä ja vaikuttamista (Raivio & Karjalainen 2013). Tekemisen ulottuvuudella toiminta tarjoaa yksilön ja yhteiskunnan kannalta mielekästä tekemistä ja vaikutusmahdollisuuksia sekä mahdollistaa siirtymän työelämän ulkopuolelta palkkatyöhön (Rissanen & Jurvansuu 2019). Suhteessa itsensä toteuttamiseen (being) keskeisiä tekijöitä ovat osallisuuden kokemukset, arvostetuksi tuleminen sekä yksilön identiteetin muuttuminen avun saajasta sen tarjoajaksi. Toiminnan palkkatyöluonteeseen näkökulmasta itsensä toteuttamisen ulottuvuudella (being) korostuu identiteetin muutos työelämän ulkopuolella olevasta palkkatyöstä tekemiseksi. Koettu työelämästatuksen muutos on toimijoille tärkeää siinänsä. Elintason ulottuvuudella (having) tärkeää on toiminnasta saatu rahallinen korvaus.



Kuvio 1. Hyvinvoinnin osatekijät (Rissanen & Jurvansuu 2019; ks. Allardt 1976; Niemelä 2009, 2010; myös Hutchinson ym. 2006; Ochocka ym. 2006; Resnick & Rosenheck 2008; Repper & Carter 2011; Hokkanen 2014).

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta voidaan jaotella kahdeksi toimintamuodoksi eli mielekkääksi tekemiseksi sekä palkka- tai palkkioperusteiseksi työksi. Taulukossa 1 tarkastellaan näiden toimintamuotojen suhdetta hyvinvoinnin ulottuvuuksiin. Kuulumisen ulottuvuudella toimintamuotojen yhteiseksi piirteeksi hahmottuu yhteisöön kuulumisen merkitys, joka konkretisoituu vertaisyhteisöön tai työyhteisöön kuulumisena. Tekemisen ulottuvuudella yhteisenä piirteenä on pyrkimys vaikuttaa tärkeiksi koettuihin asioihin, omien arvojen toteuttaminen ja voimaantumisen kokemus. (Vrt. Allardt 1976; Niemelä 2009, 2010; Raivio & Karjalainen 2013.) Itsensä toteuttamisen ulottuvuudella yhteisenä piirteenä ovat kokemus arvostetuksi tulemisesta, identiteetin muuttuminen ja mahdollisuus osallisuuteen, josta voi erotella osallisuuden kokemuksen ja työelämäosallisuuden. Toisaalta yhteisöllisyys ja mahdollisuus toteuttaa itselle tärkeitä arvoja vertautuvat Erik Allardtin (1976) kuvailemiin yhteisyssuhteisiin ja tekemisen ulottuvuuteen sekä Pauli Niemelän (2010) kuvaukseen omien tavoitteiden ja arvojen sekä sosiaalisen yhteiselämän ja sosiaalisten suhteiden tarpeiden toteuttamisesta. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Taulukko 1. Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta mielekkään toiminnan muotona sekä palkkioperusteisena työnä suhteessa hyvinvoinnin neljään ulottuvuuteen.

Hyvinvoinnin ulottuvuus	Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan muoto	
	Mielekäs tekeminen	Palkkioperusteinen työ
Kuulumisen ulottuvuus (belonging)	Vertaisuus, vertaistuki, yhteisöllisyys	Työyhteisöön kuuluminen
Tekemisen ulottuvuus (acting)	Mielekäs toiminta, osallistuminen, tärkeäksi koettujen arvojen toteuttaminen, vaikuttaminen, voimaantuminen	Palkkatyön tekeminen, tärkeäksi koettujen asioiden parissa toimiminen, vaikuttaminen, voimaantuminen
Itsensä toteuttamisen ulottuvuus (being)	Osallisuus, arvostetuksi tuleminen, identiteetin muuttuminen	Työelämästatus ja sen muutos, työelämäosallisuus, identiteetin muuttuminen, kokemustiedon arvostus
Elintason ulottuvuus (having)		Toiminnasta saatu palkkio tai palkka

(Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Taulukossa 1 tarkasteltu kokemusasiantuntijatoiminnan merkitys yksilön hyvinvoinnille hahmotuu erilaiseksi riippuen lähtökohdasta. Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta mielekkään tekemisen muotona korostaa vertaisuuden, osallisuuden ja tärkeiksi koettujen asioiden kanssa toimimisen merkityksiä. Palkattuun vertais- ja kokemusasiantuntijatoimintaan osallistumisessa taas painottuvat yksilön työelämästatuksen muuttuminen ja asema palkkatyöntekijänä, minkä toimijat kokevat keskeiseksi hyvinvointiin vaikuttavaksi tekijäksi. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhde työelämään ja palkkatyöhön hahmotuu moninaiseksi. Toimijat kutsuvat sitä palkkatyön vastineeksi, korvikkeeksi ja jatkeeksi, askeleeksi työllistymisen polulla, työelämään tutustumiseksi, työkokemuksen hankkimiseksi ja työelämässä tarvittavien taitojen ylläpitämiseksi. Lisäksi toiminnan määrittymisellä palkkatyöksi on itsessään tärkeä merkitys toimijoiden kokemalle hyvinvoinnille. Kokemusasiantuntijatoiminnan rinnastaminen työhön heijastanee toiminnan ammatillistumiskehitystä, johon liittyvät palkkiokäytäntöjen ja kokemusasiantuntijakoulutusten yhtenäistämisen sekä tukikäytäntöjen lisäämisen vaateet. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Palkalla tai palkkiolla on monenlaista merkitystä toimijoiden hyvinvoinnille. Ensinnäkin ne motivoivat ja kannustavat. Toiseksi ne ovat yhteydessä kokemustiedon ja kokemusasiantuntijatoiminnan arvostukseen. Kolmanneksi palkkioiden nähdään rinnastavan kokemusasiantuntijatoiminnan palkkatyöhön ja kokemustiedon ammatilliseen tietoon ja osaamiseen. Näin ollen kokemusasiantuntijatoiminnalla voidaan tarkoittaa yhtäältä yksilön identiteetin muutosta, jolloin autettavasta tulee auttaja tai kuntoutujasta asiantuntija, sekä toisaalta yksilön työ-

elämänsä muuttamista ja muutoksen vaikutuksia yksilöiden hyvinvointiin. Palkkiot tai palkka ovat etenkin hauraassa taloudellisessa asemassa oleville toimijoille tärkeä aineellinen resurssi ja toimeentulon lähde. Haasteita ovat tulojen ennakoinnattomuus ja epäselvyydet sekä palkkioiden yhteensovittaminen sosiaaliturvaetuksiin. Sosiaalipolitiikan ja eläkejärjestelmän piirissä tulisi tunnistaa nykyistä paremmin vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan rooli ja mahdollisuudet kuntoutuksen osana, työhön palaamisen tukena ja työurien pidentäjänä. (Rissanen & Jurvansuu 2019; vrt. Niemelä 2009, 221.)

Osa vertaisista ja kokemusasiantuntijoista korostaa vapaaehtoistoiminnan keskeisiä elementtejä eli osallistumisen altruistisia motiiveja, kutsumusta, palkattomuutta ja toiminnan mielekkyyttä (Rissanen & Jurvansuu 2019). Mielekkään tekemisen kuntoutumista edistävä vaikutus on nähty psykiatrisen hoidon työtoiminnassa jo vuosikymmeniä (Jyrkinen 1998, 19–21). Ero perinteiseen työtoimintaan nousee vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan luonteesta ja tehtävien monipuolisuudesta (vrt. Rissanen & Jurvansuu 2017). Lisäksi mahdollisuus yhdistää mielekäs ja mielenkiintoinen tekeminen oman ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen näyttää tukevan yksilöiden hyvinvointia ja työhön palaamista. Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan kautta yksilö voi myös kokea olevansa hyödyllinen yhteisön tai yhteiskunnan jäsen, missä heijastuu tekemisen merkitys elämän mielekkyyden kokemisen ja yhteiskunnan odotusten näkökulmasta. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan keskeinen piirre on vaikeiden kokemusten ja elämäntilanteiden sekä kuntoutumisen prosessin kääntyminen voimavaraksi, koska niiden avulla on mahdollista vaikuttaa eli saada aikaan muutoksia. Vaikuttamisella voidaan tarkoittaa vertaistukea eli yksilöiden välistä auttamista, viiteryhmän edustajina eli ”kuntoutujien äänenä” toimimista (vrt. Meriluoto 2016), vaikeiden kokemusten tai tabuina pidettyjen ilmiöiden näkyväksi tekemistä sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseen osallistumista. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta tyydyttää usein toimijoiden sosiaalisen yhteiselämän ja sosiaalisten suhteiden tarpeita. Vertaiskokemukseen perustuvan yhteisöllisyyden erityispiirre on mahdollisuus samanaikaisesti tukea toisia ja saada tukea omien ongelmien käsittelemiseen tai omaan toipumiseen. Vertaistukeen kuuluvat vastavuoroiset ja tasa-arvoiset sosiaaliset suhteet auttavat erityisesti toteuttamaan omia arvoja. Yhteisöllisyyden ydintä on elämäkokemusten samankaltaisuus sekä sosiaalisten suhteiden tasavertaisuus, vastavuoroisuus ja luottamuksellisuus. Erityisyytenä on toimijan oman hyvinvoinnin linkittyminen vertaisten hyvinvointiin, jolloin toisten hyvinvoinnin edistäminen parantaa toimijan omaa hyvinvointia. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta voi myös heikentää toimijoiden hyvinvointia. Joka kolmas päihde- ja mielenterveysjärjestössä toimiva vertainen on joskus kokenut väsymistä tai uupumusta tehtävissään (Jurvansuu & Rissanen 2018). Tämä voi johtua esimerkiksi riittämättömästä tuesta, toiminnan intensiivisyydestä, liian suuresta vastuusta, viiteryhmän monimutkaisista ongelmista (Walker & Bryant 2013; Rissanen & Jurvansuu 2017), epäselvästä roolista ja asemasta työntekijöiden ja asiakkaiden välissä (Moll ym. 2009, 457) tai kokemusasiantuntijoiden ja toimintakentän ristiriitaisesta määrittelystä. Kuormitusta aiheuttavat myös liian suuri työmäärä, henkinen paine, järjestöjen epätydyttävät toimintatavat, ihmisten väliset ristiriidat, oman voimien huononeminen ja ennakoinnattomat terveydentilan vaihtelut. Kokemusasiantuntijat korostavat sitä, että on tärkeä ottaa huomioon psyykkisten ja fyysisten sairauksien vaikutukset työ- ja toimintakykyyn sekä jaksamiseen. Haasteeksi koetaan myös vertais- ja kokemusasiantuntijatehtävien kertaluonteisuus ja lyhytkestoisuus, jotka heikentävät hyvinvointia palkkioiden ennakoinnattomuuden, epäselvyyden ja työsuhteiden sirpaleisuuden vuoksi. (Rissanen & Jurvansuu 2019.)

Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan voidaan päätellä tukevan toimijoiden hyvinvointia laaja-alaisesti, jolloin toiminta samalla edistää yksilöiden kokonaisvaltaista hyvinvointia (Rissanen & Jurvansuu 2019). Toimintamuodot voivat osaltaan vastata mielenterveys- ja päihdeongelmiin, toipumisen prosessiin ja kuntoutukseen liittyviin haasteisiin, kuten sosiaaliseen eristäytymiseen ja mielekkäästä toiminnasta ja työelämästä syrjäytymiseen. Saadut palkkiot ovat toimijoille tärkeä aineellinen resurssi. Palkkiokäytäntöjen ennustettavuutta tulisi lisätä sekä palkkioiden ja sosiaaliturvan yhteensovittamista helpottaen. Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnalla on myös yhteiskunnallista merkitystä työurien pidentämisen, osatyökykyisyyden hyödyntämisen ja asenteiden muuttamisen näkökulmista. (Rissanen & Jurvansuu 2019). Toimintaan liittyviä mahdollisuuksia tukea yksilön toimijuutta ja osallisuutta tulisikin hyödyntää nykyistä laajemmin ja monipuolisemmin sosiaali- ja terveystalouden keinoina (vrt. Juhila 2006, 118–123).

Lähteet

Allardt, Erik 1976: *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Söderström. Porvoo.

Billis, David & Glennerster, Howard 1998: *Human services and the voluntary sector: towards a theory of comparative advantage*. *Journal of Social Policy* 27 (1), 79–98.

Crawford, Mike & Aldridge, Tom & Bhui, Kamaldeep & Rutter, Deborah & Manley, Catherine & Weaver, Tim & Tyrer, Peter & Fulop, Naomi 2003: *User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (6), 410–414.

Hokkanen, Liisa 2014: *Mielenterveysaktiivien toiminta: Kysely Mielenterveyden keskusliiton jäsenyhdistysten aktiivitoimijoille*. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Hutchinson, Dori S. & Anthony, William A. & Ashcraft, Lori & Johnson, Eugene & Dunn, Erin C. & Lyass, Asya & Rogers, Sally A. 2006: *The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 29 (3), 205–213.

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

Jurvansuu, Sari & Rissanen, Päivi 2018: *Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen vertais- ja vapaaehtoistoimijoiden väsymisen ja uupumisen tunteet*. Tietopuu: Tutkimussarja 1/2018. A-klinikkasätiö. Helsinki.

Jyrkinen, Anna Riitta 1998: *Mielisairaanhoidon Kellokosken sairaalassa perustamisesta 50-luvulle*. Teoksessa Nenonen, Heljä & Autio, Mirva & Jyrkinen, Anna Riitta & Rytsälä, Seija (toim.): *Hoitotyötä Kellokosken sairaalassa*. Kellokosken sairaala – Marefors sjukhus Julkaisuja 1. Kellokosken sairaala. Kellokoski, 15–35.

Meriluoto, Taina 2016: *Kokemusasiantuntijuus ohjaavana ja voimaannuttavana hallintana*. Teoksessa Nousiainen Marko & Kulovaara Kari (toim.): *Hallinnan ja osallistamisen politiikat*. *Sophi*. Jyväskylä, 65–96.

Moll, Sandra & Holmes, Jennifer & Geronimo, Julie & Sherman, Deb 2009: *Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities*. *Work (Reading, Mass.)* 33, 449–458. <https://doi.org/10.3233/wor-2009-0893>

Niemelä, Pauli 2009: Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Jyväskylä, 209–236.

Niemelä, Pauli 2010: Hyvinvointipolitiikka. WSOYPro. Helsinki.

Nylund, Marianne 1996: Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena & Kotakari, Ulla & Nylund, Marianne (toim.): Välittävät verkostot. Vastapaino. Tampere, 193–205.

Ochocka, Joanna & Nelson, Geoffrey & Janzen, Rich & Trainor, John 2006: A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 – A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology* 34 (3), 273–283.

Raivio, Helka & Karjalainen, Jarno 2013: Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Teoksessa Era, Taina (toim.): Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156/2013. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä, 12–34.

Repper, Julie & Carter, Tim 2011: A review of literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20 (4), 392–411.

Resnick, Sandra G. & Rosenheck, Robert A. 2008: Integrating Peer-Provided Services: A Quasi-experimental Study of Recovery Orientation, Confidence, and Empowerment. *Psychiatric Services* 59 (11), 1307–1317.

Rissanen, Päivi & Jurvansuu, Sari 2017: Vertaistoiminnan muodot ja merkitys päihde- ja mielen-terveysjärjestöissä. *Kuntoutus*, 40 (1), 5–17.

Rissanen, Päivi & Jurvansuu, Sari 2019: ”Haluan olla hyödyllinen ja aktiivinen yhteisön ja yhteiskunnan jäsen”: Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhde mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointiin. *Tietopuu: Tutkimussarja* 1/2019. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Rutter, Deborah & Manley, Catherine & Weaver, Tim & Crawford, Mike & Fulop, Naomi 2004: Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine* 58 (10), 1973–1984.

STM 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Toiviainen, Hanna 2007: Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus tutkimuksia 160. Stakes. Helsinki.

Walker, Gill & Bryant, Wendy 2013: Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36 (1), 28–34.

3.2 Kokemusasiantuntijaraatitoiminta

Mikko Ketola

3.2.1 Kokemusasiantuntijaraatitoiminnan tausta

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella on vuodesta 2010 alkaen koulutettu palvelunkäyttäjii ja omaisia kokemusasiantuntijoiksi. Vertaistukeen perustuvien tehtävien ohella on myös tärkeää saada palvelunkäyttäjien ja kokemusasiantuntijoiden mielipiteet ja osaaminen osaksi kehittämistyötä. Kokemusasiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen palveluiden suunnittelussa on osa toiminta-alueemme kehittämistoimintaa ja tapa vahvistaa asiakaslähtöisyyden toteutumista. Vuonna 2017 psykiatrian toiminta-alue sai sisäistä tutkimus- ja kehittämishankerahoitusta kokemusasiantuntijaraadin perustamiseksi. Hankkeen tavoitteet olivat: 1) Perustaa kokemusasiantuntijaraati, joka kommentoi ja arvioi mielenterveystyöhön ja psykiatriin palveluihin liittyviä teemoja sekä toiminta-alueen sisäisessä kehittämisessä että Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalueella, 2) Mallintaa kokemusasiantuntijaraadin toiminta 31.12.2018 mennessä, jotta se olisi levitettävissä myös muille alueille/asiakasryhmiin ja 3) Ottaa kokemusasiantuntijaraati pysyvään käyttöön Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalueella 1.1.2020 alkaen.

Hankkeen tarkoitus oli vahvistaa palvelunkäyttäjien ja kokemusasiantuntijoiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia psykiatrisen hoidon ja toimintakäytäntöjen kehittämisessä. Hankerahoituksen jälkeen kokemusasiantuntijaraadin toiminta vakiintui osaksi psykiatrian toiminta-alueen toimintaa. Kokemusasiantuntijaraati käsittelee sille työryhmistä annettuja tehtäviä palvelunkäyttäjien näkökulmasta. Se kokoontuu järjestelmällisesti kerran kuukaudessa ja toiminta on mallinnettu. Kokemusasiantuntijaraati tuottaa annetusta tehtävästä tuotoksen, jonka avulla työryhmä voi hyödyntää enimmillään 25 kokemusasiantuntijan kokemustietoa. Toiminta on myös avannut kokemusasiantuntijoille tietä kehittämistyöryhmiin, joissa he ovat nykyään vakiintuneita työryhmän jäseniä. Miltei kaikissa M-talon (sairaalan uudisrakennus, jossa on mm. psykiatrian toimintoja) prosessien työryhmissä on vähintään yksi kokemusasiantuntijajäsen ja toiminta-alueen johtoryhmässä on kaksi kokemusasiantuntijaa.

Ennen kokemusasiantuntijaraatitoiminnan aloittamista organisaation on hyvä arvioida omia asiakasosallisuustoimintoja.

- Miten asiakasosallisuus toteutuu?
- Miten kokemusasiantuntijaraatia hyödynnettäisiin?
- Mitä arvioituja hyötyjä toiminnasta on?
- Mitä kustannuksia toiminnasta on?
- Mitä yhteistyökumppaneita toimintaan voi liittää vai toteutetaanko kokemusasiantuntijaraati pelkästään organisaation sisäisen kehittämisen tarpeista?

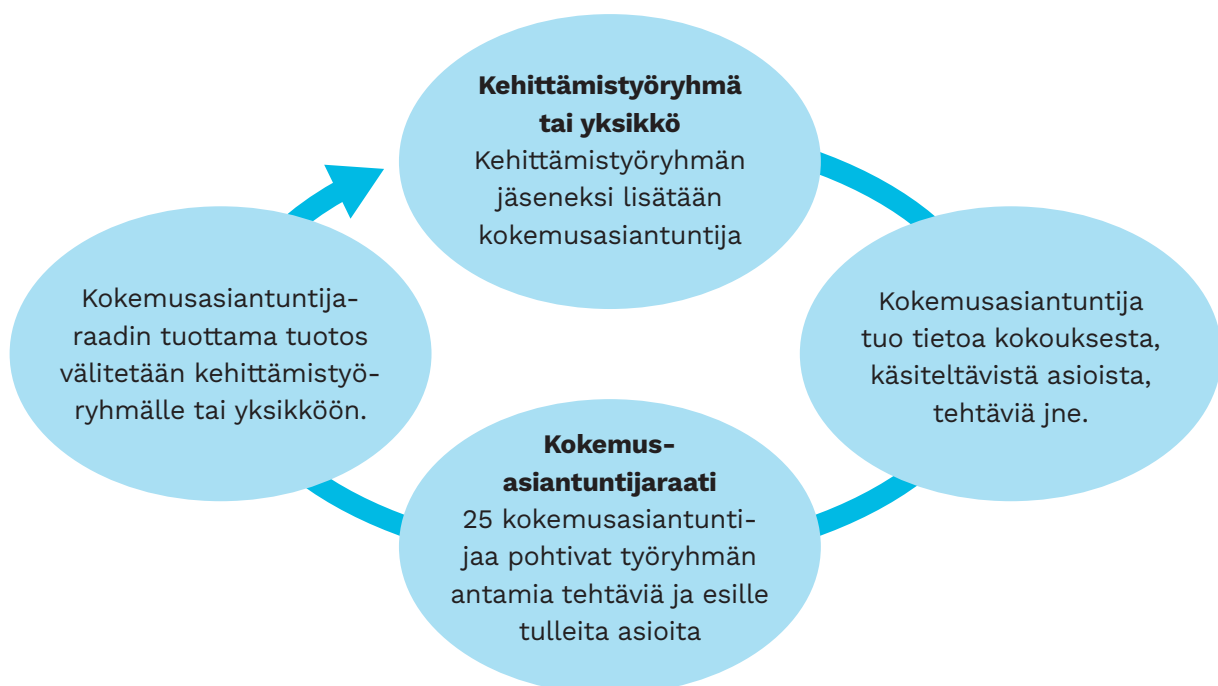
Yhteistyökumppanit on syytä selvittää ennen kokemusasiantuntijaraadin toiminnan aloittamista. Selvityksen aikana yhteistyökumppaneita sitoutetaan kokemusasiantuntijaraadin hyödyntämiseen. Kokemusasiantuntijan lisääminen yhteistyökumppanin työryhmiin vahvistaa linkittymistä kokemusasiantuntijaraadin toimintaan.

Projektityöntekijä toimii fasilitaattorina kutsuen kokoon kokemusasiantuntijaraadin ja toimien käytännössä muun muassa sen sihteerinä. Hän vastaa hankkeen käytännön järjestelyistä, kokousjärjestelyistä, tiedottamisesta sekä erilaisista toimistotoista. Projektityöntekijän on hyvä tiedostaa omat ennakko-olettamukset ja käsitykset hoidosta, osallisuudesta ja kokemusasiantuntijatoiminnasta. Tällöin projektityöntekijän ennakko-olettamukset vaikuttavat mahdollisimman vähän kokemusasiantuntijaraadin työskentelyyn esimerkiksi työskentelyn koontia tehdessä.

Kokemusasiantuntijaraadin kokoa ei ole määritetty, mutta siinä on tarpeen olla niin paljon jäseniä, että kokouksissa kokemusasiantuntijat voidaan jakaa useampaan pienryhmään. Nykyisessä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijaraadissa on 25 jäsentä, kun toimintaa aloitettaessa jäseniä oli 12. Kokemusasiantuntijoiden rekrytoimisen tulee olla avointa ja jokaiselle tulee antaa mahdollisuus osallistua haastatteluvaiheeseen. Jos projektityöntekijä valikoi kokemusasiantuntijoita ennen haastattelua, voivat hänen omat ennakkokäsityksensä muovata kokemusasiantuntijaraatia. Kokemusasiantuntijoiden valinnassa painotetaan erilaisten taustojen omaavien kokemusasiantuntijoiden valintaa. Kokemusasiantuntijaraadin on tarkoitus olla mahdollisimman monimuotoinen, että se tarjoaa laajan kokemustietopohjan. Valittujen kokemusasiantuntijoiden pitää lähtökohtaisesti olla kiinnostuneita työryhmätyöskentelystä, ja heillä on oltava halu kehittää palveluita.

Projektityöntekijä vastaa kokemusasiantuntijoiden jakamisesta eri työryhmiin huomioiden työryhmän tarpeet ja toiveet. Valintaan vaikuttaa eniten kokemusasiantuntijan kokemuksen sopivuus kyseiseen työryhmään. Työryhmäjäsenyyksistä on hyvä keskustella myös kokemusasiantuntijaraadissa. Työryhmäjäsenyyttä voidaan vaihtaa määräajoin tai jäsenyys voi olla pysyvä.

Työryhmät tuovat niihin kuuluvien kokemusasiantuntijoiden välityksellä tehtäviä kokemusasiantuntijaraadille. Kokemusasiantuntijaraati käsittelee työryhmien antamia tehtäviä ja valmistelee niiden pohjalta tuotoksen, joka toimitetaan työryhmän seuraavaan kokoukseen. Kokemusasiantuntijaraadin toiminnan myötä työryhmä saa laaja-alaista ja monimuotoista kokemustietoa kehittämistyön tueksi. Kokemusasiantuntijaraatitoiminnan prosessi on kuvattu kiteytetysti kuviossa 2.



Kuvio 2. Kokemusasiantuntijaraatitoiminnan prosessi.

3.2.2 Kokemusasiantuntijaraadin tapaamiset

Projektityöntekijä valmistelee kokemusasiantuntijaraadin tapaamiset (aika, paikka, esityslista ja mahdollinen ennakotehtävä). Ennakotehtävä on vapaaehtoinen ja sen voi tehdä, vaikka tapamiseen ei pääsisikään osallistumaan. Tässä tapauksessa ennakotehtävä lähetetään projektityöntekijälle etukäteen, jolloin sitä voidaan hyödyntää tapaamisessa.

Tapaamisessa käydään läpi esityslista ja annettu tehtävä. Kokemusasiantuntijat jaetaan 3–5 henkilön pienryhmiin. Pienryhmät valmistelevat tehtävästä esitykset, ja ne käydään läpi yhdessä. Esitysten pohjalta muodostetaan kokemusasiantuntijaraadin yhteinen vastaus tehtävään eli tuotos. Joko projektityöntekijä tai työryhmään kuuluva kokemusasiantuntija toimittaa tuotoksen tehtävän antaneelle työryhmälle. Tapaamisen jälkeen projektityöntekijä tekee muistion ja toimittaa sen kokemusasiantuntijaraadille tarkistettavaksi.

3.2.3 Arviointi kokemusasiantuntijoiden osallistumisesta kehittämistyöryhmiin

Kokemusasiantuntijoiden osallistumisesta kehittämistyöryhmiin tehtiin kysely vuonna 2019. Kysely kohdennettiin kehittämistyöryhmien jäsenille. Kysely sisälsi Likert-asteikollisia väittämiä (1=täysin samaa mieltä ... 5=täysin eri mieltä) ja avoimia kysymyksiä. Väittämät olivat seuraavat: kokemusasiantuntijatieto täydensi ammattilaistietoa, kokemusasiantuntija oli tasavertainen kehittämistyöryhmän jäsen ja kokemusasiantuntija toi uusia näkökulmia kehittämiseen. Kyselyyn vastasi 44 kehittämistyöryhmien jäsentä.

43 vastaajan mukaan kokemusasiantuntijatieto täydensi ammattilaistietoa. Heistä 28 oli täysin samaa mieltä ja 15 osittain samaa mieltä väittämästä. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa. Kokemusasiantuntija oli 40 vastaajan mukaan tasavertainen kehittämistyöryhmän jäsen. Heistä 25 oli täysin samaa mieltä ja 15 osittain samaa mieltä väittämästä. Vastaajista kolme ei osannut sanoa kantaansa asiaan ja yksi oli täysin eri mieltä väittämästä. 41 vastaajan mukaan kokemusasiantuntija toi uusia näkökulmia kehittämiseen. Heistä 26 oli täysin samaa mieltä ja 15 osittain samaa mieltä väittämästä. Vastaajista yksi ei osannut sanoa kantaansa ja yksi oli osittain eri mieltä ja yksi täysin eri mieltä väittämästä.

Kokemusasiantuntijoiden kehittämistyöryhmiin osallistumista koskevaan avoimeen kysymykseen vastasi 13 henkilöä. He kiinnittivät vastauksissaan huomiota seuraaviin asioihin.

”Kokemusasiantuntijalla merkittävä rooli käytännön palvelukokemusten esiintuojana.”

”Heitä tarvitaan myös muuttamaan hoitohenkilöstön asennetta hoitotyössä.”

”Sitä tulee KAT-henkilölle painottaa, ettei tarvitse olla tietoinen kaikesta organisaatiomme toiminnasta, vaan tärkeintä on, miten hän on kokenut asioita ja onko saanut ohjausta, neuvontaa omassa hoidossaan.”

”Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen tuo lisää todellista tietoa työryhmiin. Palaverit eivät ole silloin pelkkää hymistelyä ja pään nyökyttelyä.”

”Kokemusasiantuntijoiden mukana olo on tuonut hyvää ja aitoa asiakkaan/palvelunkäyttäjän näkökulmaa kehittämistyöhön.”

”Kokemusasiantuntijat ovat ehdottomasti hyvä lisä. Osa ehkä tarvitsee vielä kokemusta ja harjaantumista, toiset saattavat yrittää hallita tilannetta liikaakin, puheen tasolla. Vie liaksi huomiota pois asiasta.”

Kokemusasiantuntijaraati on vakiinnuttanut toimintansa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Kokemusasiantuntijaraati tapaa kerran kuussa ja työstää kehittämistyöryhmien ja yksiköiden tehtäviä. Kokemusasiantuntijoita on lisätty miltei jokaiseen kehittämistyöryhmään ja palaute on ollut hyvää. Toiminta avaa väyliä osallisuudelle myös kehittämistyössä eikä vain perinteisimmissä rooleissa, kuten vertaistuki- tai luentotehtävissä.

3.3 Monimuotoinen palkkioperustainen kokemusasiantuntijatoiminta

Mikko Ketola

3.3.1 Kokemusasiantuntijatoiminnan tausta

Kokemusasiantuntija on kokemusasiantuntijakoulutuksen käynyt henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmasta joko niitä sairastavana, niistä toipuneena, palveluita käyttäneenä tai läheisenä. Hän toimii palveluiden suunnittelussa, niiden kehittämisessä ja arvioinnissa, vertaistoimijana tai kokemuskouluttajana. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella kokemusasiantuntijatehtävissä voivat toimia vain Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koulutuksen käyneet kokemusasiantuntijat. Kokemusasiantuntija voi toimia muun muassa tukihenkilönä ja kokemukseen perustuvaa asiantuntijuutta edellyttävissä tehtävissä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.

Tukihenkilönä toimiessa tapaamisia voi olla 1–5, ja yksi tapaaminen on kestoaltaan maksimissaan kaksi tuntia. Mikäli tarve on pidempiaikaiselle vertaistuelle, voidaan viiden kerran maksimimäärästä joustaa. Tukihenkilökäynnit voidaan myös aloittaa uudelleen tarpeen mukaan. Toiminnan tavoitteista, kestosta, reunaehdoista ja käytännöistä sovitaan aina hoitavan tahon kanssa. Ensimmäinen ja tarvittaessa viimeinen tapaaminen toteutetaan yhdessä hoitavan tahon ammattilaisen kanssa, ja toimintaa arvioidaan määräajoin. Tapaamiset ja yhteydenotot tuettavan ja kokemusasiantuntijan välillä sovitaan aina erikseen. Tukihenkilötapaamista ei sovita potilaan tai kokemusasiantuntijan kotiin. Tapaamispaikka voi olla hoitavan tahon järjestämä tai yleinen paikka, kuten kahvila tai kirjasto. Tukihenkilötapaamisessa kokemusasiantuntijan tavoitteena on tuoda toivon näkökulmaa toipumisesta omalla esimerkillään ja toipumistarinallaan. Hän kuuntelee vertaisena jakaen kokemustaan neuvomatta ja kannustaen omalla esimerkillään.

Kokemusasiantuntija voi toimia erilaisissa hoidollisissa ja kuntouttavissa ryhmissä ammattiauttajan työparina vertaisohjaajana. Tavoitteena on toivon tuominen ryhmäläisille. Hänen asiantuntemustaan voi hyödyntää ryhmän toiminnan ja sisällön suunnittelussa. Kokemusasiantuntija voi olla myös vierailijana ryhmässä, jolloin hän käy kertomassa yksittäisellä ryhmätapaamisella oman toipumistarinsa.

Kokemusasiantuntijat ovat tavattavissa osastoilla sovittuna kellonaikana. Heidän kanssaan potilailla on mahdollisuus viettää aikaa jutellen ja jakaen kokemuksia. Osastotyötä tekevillä kokemusasiantuntijoilla on aina oma kokemus osastohoidosta. Osastokäynnin yhteydessä voidaan myös sopia tukihenkilötapaamisia tai sosiaalisena tukena toimimisesta, mutta niistä päätetään aina yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa.

Kokemusasiantuntija voi toimia kuntoutuksen sosiaalisena tukena. Kokemusasiantuntija voi olla tukena (ei puolesta tekijänä) arkisten asioiden hoidossa (kaupassa tai Kelassa käynti) ja sosiaalisiin tilanteisiin ja harrastuksiin ohjaamisessa (matalan kynnyksen kohtaamispaikassa, kirjastossa tai kahvilassa käyminen). Sosiaalisen tuen tavoitteista, kestosta, reunaehdoista ja käytännöistä sovi- taan aina hoitavan tahon kanssa. Reunaehdot voidaan sopia samoin kuin tukihenkilönä toimimi- sessä. Ensimmäinen tapaaminen toteutetaan hoitavan tahon ammattilaisen kanssa ja toimintaa arvioidaan määräajoin. Sosiaalinen tuki sovitaan aina määräajaksi, mutta se voidaan tarpeen tul- len keskeyttää ennen määräaika. Mikäli sosiaaliseen tukeen liittyy esimerkiksi kahvilassa käy- mistä tai muuta vastaavaa, tulee hoitavan tahon kanssa aina sopia etukäteen mahdollisista kulukorvauksista.

Kokemusasiantuntija voi toimia työryhmässä tarjoamalla kokemuksellisen näkökulman. Kokemus- asiantuntijaa voi hyödyntää muun muassa kehittämisspäivillä, hoidon suunnittelun työryhmissä, johtoryhmässä ja muissa foorumeissa, joissa kokemuskäkökulmaa tarvitaan.

Kokemusasiantuntijoiden osaamista voi hyödyntää myös luennoilla. He voivat kertoa toipumista- rinaansa muun muassa lukioissa, ammattikorkeakouluissa ja yhdistyksissä. Kokemusasiantuntija tuo luentoihin käytännön esimerkin halutusta aiheesta, kuten mielenterveysongelmasta, sen hoi- dosta ja toipumisesta. Luennot voivat olla ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan yhteistyössä to- teutettuja, jolloin käytännön kokemukset ja teoriat muodostavat yhteisen kokonaisuuden.

Kokemusasiantuntija on tavattavissa yksikön (esim. poliklinikan) aulassa ennalta määritettyinä kel- lonaikoina ilman ajanvarausta. Hänellä on tietoa yhdistystoiminnasta, ja hänen kanssaan voi käydä vertaistukikeskusteluja. Hän voi tarvittaessa olla potilaan tukena lääkärin tai hoitajan vastaanotoil- la. Kokemusasiantuntijan voi myös ottaa mukaan kotikäynnille. Tällöin hän voi tuoda käynnille eri- laista näkökulmaa ja toimia potilaan tukihenkilönä.

3.3.2 Vastuut, velvollisuudet ja oikeudet

Hoitohenkilökunnalla on aina hoitovastuu potilaasta, ja se huolehtii esimerkiksi kirjaamisesta. Kokemusasiantuntijatyön lähtökohtana on potilaiden hyvinvointi ja turvallisuus sekä toipumisen edistäminen. Kokemusasiantuntijalla on aina velvollisuus ilmoittaa hoitohenkilökunnalle, jos hä- nellä herää huoli potilaasta. Tästä kerrotaan potilaalle aina ennen tapaamista. Tällaisissa tilan- teissa kokemusasiantuntija kertoo potilaalle, että esimerkiksi itsemurhan suunnittelu on sellainen, joka pitäisi kertoa hoitohenkilökunnalle. Usein potilas on itse kertonut huolta herättävän asian hoitohenkilökunnalle kokemusasiantuntijan tukemana.

Kokemusasiantuntijalle tarjotaan perehdytystä työtehtäviin sekä täydennyskoulutusta. Hoitohenki- lökunnan tulee antaa kokemusasiantuntijalle ennakoon esitietoja työtehtävästä tarvittaessa. Jos kokemusasiantuntija toimii tehtävässä ensi kertaa, niin kokemusasiantuntijakoordinaattori vastaa esitietojen antamisesta. Tehtäviä käydään läpi myös kokemusasiantuntijakoulutuksessa.

Kokemusasiantuntijalla on työtehtävien jälkeen oikeus purkukeskusteluun hoitohenkilökunnan kanssa sitä halutessaan, ja sitä kysytään aina kokemusasiantuntijalta. Aikaa tähän varataan 10–15 minuuttia tilanteesta riippuen. Mikäli hoitohenkilökunnalla herää huoli kokemusasiantuntijan voin- nista, on heidän otettava yhteyttä kokemusasiantuntijakoordinaattoriin.

Kokemusasiantuntijoille järjestetään ryhmätyönohjausta. Työnohjauksen tavoitteena on työnteki- jän kehittyminen ja kasvaminen työntekijänä työtaidoissaan. Työnohjauksen avulla on mahdolli- sta löytää uusia näkökulmia työn sisältöön tai tukea työtehtävien muuttuessa sekä ehkäistä työn aiheuttamaa uupumista. Työnohjaussuhde on luottamuksellinen. Työnohjaus on osa henkilöstön

tukemista ja kehittämistä kaikilla sairaanhoitopiirin toimialoilla, myös kokemusasiantuntijatyössä. Kokemusasiantuntijoille suositellaan myös vuosittain kehityskeskustelua kokemusasiantuntijakoordinaattorin kanssa.

Kokemusasiantuntijalla pitää olla voimassa oleva vaihtelevan työajan työsopimus, jossa ei ole viikoittaista minimituntimäärää. Kokemusasiantuntijoille pyritään tarjoamaan pitkiä yhteistyösuhteita tilaajien kanssa. Pitkillä yhteistyösuhteilla voidaan taata työn jatkuvuutta kokemusasiantuntijoille, jotka ovat kykeneviä ja halukkaita tekemään runsaasti tehtäviä. Kun minimiviikkotyöaika ei ole määritetty, mahdollistaa se myös niiden kokemusasiantuntijoiden työskentelyn, jotka eivät voi sitoutua pitkiin yhteistyösuhteisiin esimerkiksi vaihtelevan työkyvyn vuoksi. Työtehtävien vastaanottamisesta päättää aina kokemusasiantuntija itse. Työsopimuksen alaisina kokemusasiantuntijat ovat juridisesti verrattavissa muihin työntekijöihin, jolloin he sitoutuvat noudattamaan potilaan yksityisyyden suojaa koskevaa lainsäädäntöä sekä kuntayhtymän sääntöjä. Työsopimus takaa heille myös vakuutusturvan työtehtävissä. Työtehtävissä kokemusasiantuntijalla tulee olla henkilökortti nähtävillä, ja työtehtävistä riippuen kokemusasiantuntijalle annetaan myös avaimet ja kulkulupa. Kokemusasiantuntijoille maksetaan psykiatrian toiminta-alueen johtoryhmässä hyväksytyn palkanmaksupäätöksen mukaista palkkaa sekä matkakorvaus tehdystä työtehtävästä.

Suostumuksen antaneista kokemusasiantuntijoista on varauslista, joka näkyy psykiatrian toiminta-alueen työntekijöille. Varaustilalla on kokemusasiantuntijoiden nimi, yhteystiedot ja kokemusosaaminen. Osastot voivat suoraan varata kokemusasiantuntijoita käyttöönsä tarpeen mukaan. Tämä helpottaa kokemusasiantuntijoiden rekrytoimista erityisiin tarpeisiin. Kokemusasiantuntijan voi tilata myös käyttämällä sähköistä [tilauslomaketta](#) tai ottamalla yhteyttä kokemusasiantuntijakoordinaattoriin.

Kokemusasiantuntijoiden luentopalkkio on 30€/kerta sekä matkakulut verohallinnon ohjeen mukaan. Muista tehtävistä maksetaan palkkiona 12€/tunti sekä matkakulut. Tehtävään liittyvä valmistautuminen tai purku sisältyy työaikaan. Ulkopuolisen tilaajan kanssa palkkio on aina neuvoteltava erikseen. Suosituksena annetaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistus.

3.3.3 Kokemusasiantuntijatoiminnan arviointi

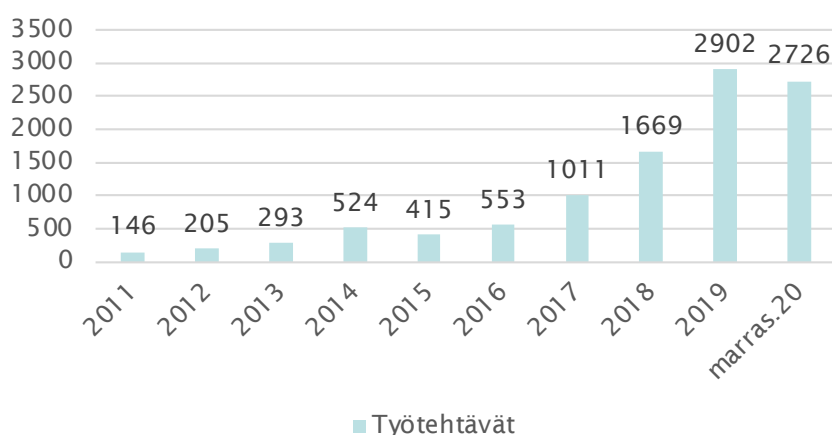
Kahdella osastolla pilotoitiin kokemusasiantuntijan työskentelyä koko aamuvuoron aikana. Osastoiksi valittiin psykiatrian kuntouttava ja akuutti osasto. Pilotti kesti 10 viikkoa, jonka jälkeen kerättiin palautetta sekä potilailta että henkilökunnalta. Palaute kerättiin kyselyllä, joka sisälsi Likert-asteikollisia (1=täysin eri mieltä ... 5=täysin samaa mieltä) väittämiä. Potilaille kohdennetun kyselyn väittämät olivat: kokemusasiantuntija kohtasi minut tasavertaisesti, kokemusasiantuntija puhui sairaudesta/hoidosta ymmärrettävällä tavalla ja tapaamisesta oli minulle hyötyä. Henkilökunnalle kohdennetun kyselyn väittämät olivat: kokemusasiantuntijan kanssa oli helppo työskennellä ja hyödynsin kokemusasiantuntijaa työssäni. Kyselyyn vastasi 36 potilasta ja 23 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa.

32 potilaan mukaan kokemusasiantuntija kohtasi heidät tasavertaisesti. Heistä 27 oli täysin samaa mieltä ja 5 osittain samaa mieltä väittämästä. Potilaista kolme ei osannut sanoa kantaansa ja yksi oli eri mieltä asiasta. 28 potilaan mukaan kokemusasiantuntija puhui sairaudesta ja hoidosta ymmärrettävällä tavalla. Heistä 19 oli täysin samaa mieltä ja yhdeksän osittain samaa mieltä väittämästä. Vastaajista viisi ei osannut sanoa kantaansa asiaan, kaksi oli osittain eri mieltä ja yksi täysin eri mieltä väittämästä. 30 potilasta koki hyötynensä tapaamisesta kokemusasiantuntijan kanssa. Heistä 24 oli täysin samaa mieltä ja kuusi osittain samaa mieltä väittämästä. Neljä ei osannut sanoa kantaansa asiaan ja kaksi oli täysin eri mieltä väittämästä.

Henkilökunnasta 22 oli sitä mieltä, että kokemusasiantuntijan kanssa oli helppo työskennellä. Heistä 20 oli täysin samaa mieltä ja kaksi osittain samaa mieltä väittämästä. Vastanneista henkilökuntaan kuuluvista yksi sen sijaan oli täysin eri mieltä väittämästä. Henkilökunnasta 21 hyödynsi kokemusasiantuntijaa työssään. Heistä 11 oli täysin samaa mieltä ja 10 osittain samaa mieltä väittämästä. Yksi henkilökuntaan kuuluvista vastaajista ei osannut sanoa kantaansa ja yksi oli osittain eri mieltä asiasta.

Pilotista kerätyn palautteen perusteella kokemusasiantuntijat on otettu hyvin vastaan ja heille on löytynyt oma ainutlaatuinen työnkuva ja rooli osastoilla. Kokemusasiantuntijatehtävät ovat lisääntyneet viime vuosina voimakkaasti Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Vuonna 2011 työtehtäviä oli 146, vuonna 2014 ylitettiin 500 tehtävän raja ja vuonna 2017 työtehtäviä oli jo yli tuhat. Kokemusasiantuntijoiden työtehtävien määrä on jatkanut edelleen kasvuaan ja vuonna 2019 oli jo yli 2900 tehtävää. (Kuvio 3.) Toimintaa on muokattu etänä toteutettavaksi COVID-19-pandemian vuoksi, eikä se näytä vaikuttaneen tehtävien kasvuun.

Työtehtävät



Kuvio 3. Kokemusasiantuntijoiden työtehtävät vuosina 2011–2020.

Myös yhä useampi kokemusasiantuntija on tehnyt työsopimuksen, mikä kertoo työtehtävien monipuolisesta jakautumisesta ja aktiivisten kokemusasiantuntijoiden suuresta määrästä. Työsopimuksia tehtiin vuonna 2011 14 kappaletta, vuosina 2013–2016 yli 30 ja vuonna 2019 jo 59 sopimusta. Tehtyjen työsopimusten määrä on kasvanut edelleen, esimerkiksi marraskuuhun 2020 mennessä tehtyjä työsopimuksia oli 61 (kuvio 4).

Työsopimukset



Kuvio 4. Kokemusasiantuntijoiden työsopimukset vuosina 2011–2020.

4 DIGITAALISET TOIMINTAMAHDOLLISUUDET

4.1 Digitaaliset toimintamahdollisuudet mielenterveyspalveluissa

Mari Kivistö

4.1.1 Sähköisten palvelujen tarjonta ja tutkimus

Sähköisiä mielenterveyspalveluja laajasti ymmärrettynä (esim. sähköisesti saatavilla oleva tieto, sähköiset itsearviointi- ja omahoitosovellukset, sähköinen reaali- tai ei-reaaliaikainen asiointi ja palveluohjaus, teknologiavälitteiset yksilö- ja ryhmäinterventiot, verkossa toteutettu terapia tai psykoedukaatio) on tutkittu kansainvälisesti paljon erityisesti lääketieteen ja psykologian tieteenaloilla. Tutkimustarvetta on kuitenkin edelleen. Sekä sähköisten palvelujen tarjontaa että tutkimusta on kansainvälisessä keskustelussa kuvattu pirstaleiseksi ja tutkimusperustaisesti kehitettyjen uusien interventioiden implementointia haastavaksi (”tutkimuksesta käytännöksi -kuilu”). Alan tutkijat ovat kaivanneet lisää tutkimusnäyttöä sähköisten mielenterveyspalvelujen vaikuttavuudesta sekä siitä, miten tutkimusasetelmista siirrytään osaksi rutiinikäytäntöjä. (Esim. Mohr ym. 2017; Titov ym. 2019; Graham ym. 2020.) Myös sähköisiä mielenterveyspalveluja koskevaa yhteiskunta- ja sosiaalitieteellistä tutkimusta tarvitaan lisää (myös Kivistö 2020).

Sähköisiä mielenterveyspalveluja on tutkittu erityisesti klinisen toipumisen näkökulmasta, mutta enenevässä määrin myös laaja-alaisen ja henkilökohtaisen toipumisen (recovery) näkökulmasta. Toisaalta toipumisorientaation elementtejä on todettu toistaiseksi viedyn teknologisiin interventioihin lähinnä erillisinä. (Strand ym. 2017.) Kansainvälisistä tutkimuksista kootun tiedon perusteella sähköisten mielenterveyspalvelujen käyttö voi edistää palvelunkäyttäjien kliinistä toipumista, tukea laaja-alaista henkilökohtaista toipumista ja elämänhallintaa sekä lisätä osallisuuden kokemuksia (Kivistö 2020). Parhaimmillaan sähköisillä mielenterveyspalveluilla voidaan vahvistaa asiakkaan osallisuutta omassa elämässä sekä omassa hoito- ja palveluprosessissa (esim. Williams ym. 2019).

Suomenkielistä sähköisiä mielenterveyspalveluja koskevaa tutkimusta on julkaistu eri asteisten opinnäytteiden lisäksi melko vähän (ks. kuitenkin esim. Stenberg ym. 2016; Rantala ym. 2019; Kivistö 2020; Kivistö 2021). Sähköisten mielenterveyspalvelujen tarjonta on ollut Suomessa vaihtelevaa julkisen sektorin laajimman tarjonnan löytyessä osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/>. Myös monilla mielenterveysjärjestöillä on tarjolla sähköisiä palveluja, kuten Mielenterveyden keskusliitolla <https://www.mtkl.fi/> sekä Mielenterveysomaisten keskusliitolla FinFamilla <https://finfami.fi/mahdollisuuksia/>. Lapissa sähköisiä palveluja – myös mielenterveyspalveluja – on koottu Virtu.fi -palveluportaaliin <https://virtu.fi/>. Näistä tärkeistä palvelukokonaisuuksista huolimatta eri puolilla maata asuvien kansalaisten mahdollisuudet sähköiseen asiointiin mielenterveyspalveluissa ovat erityisesti virallisestorin palveluissa eriarvoisia. COVID-19-pandemia on tehnyt sähköisten palvelujen käyttömahdollisuuksiin liittyvää eriarvoisuutta entistä näkyvämmäksi (Eronen ym. 2021). Toisaalta myös osa mielenterveyskuntoutujista on pystynyt hyödyntämään etäpalveluja esimerkiksi yksinäisyyden lieventämisessä (Virtanen ym. 2021).

4.1.2 Sähköisten mielenterveyspalvelujen mahdollisuudet ja haasteet

Kansainvälisessä keskustelussa sähköisten mielenterveyspalvelujen potentiaalia on korostettu, sillä ilman sähköisten vaihtoehtojen hyödyntämistä palvelujen saatavuus jää tarpeiden kasvaessa entistään heikommaksi (ks. esim. Mohr ym. 2017). Tutkimuksissa on kuvattu sähköisten mielenterveyspalvelujen myönteisiä vaikutuksia niin oireiden vähentymisen ja niiden hallinnan kuin laajemmankin elämänhallinnan sekä esimerkiksi stigman vähenemisen näkökulmasta (esim. Korsbek & Tønder 2016; Wallin ym. 2018). Erityisen paljon myönteisiä havaintoja on tehty digitaalitekniikan hyödyntämisestä masennuksen ja ahdistuksen hoidossa (ks. esim. Stenberg ym. 2016). Esimerkiksi Australiassa on ollut masennuksen hoitoon tarjolla verkossa avoimesti saatavilla olevia omahoitopalveluja, virallisesektorin sähköisiä omahoitopalveluja, yksityissektorin sähköisiä palveluja sekä virallisesektorin osana asiakkaan hoitoa tarjoamia ammattilaisen ohjaamia palveluja (Batterham ym. 2015). Yksinomaan omahoitoon perustuvat sähköiset palveluratkaisut sopivat vain osalle kansalaisista. Positiivisia vaikutuksia on kuvattu saavutettavan erityisesti sähköisiä ja kasvokkaisia palveluja asiakkaan tarpeiden mukaan porrastavilla ja sulauttavilla ratkaisuilla, joihin asiakkaan tarpeen niin vaatiessa sisältyy myös ammattilaisen tukea (esim. Wentzel ym. 2016; Erbe ym. 2017; Kivistö 2020).

Sähköisten mielenterveyspalvelujen potentiaalina voidaan nähdä niiden tarvittaessa nopeakin saatavuus sekä luonne matalan kynnyksen palveluina, millä on merkitystä myös ennaltaehkäisevyyden näkökulmasta. Sähköisillä palveluratkaisuilla on niin ikään merkitystä kestävä kehityksen näkökulmasta ihmisten fyysisen liikkumisen palveluihin vähetessä. Toisaalta perusedellytys digitaalisten ratkaisujen hyödyntämiseksi on toimiva teknologia, mutta sähköisten mielenterveyspalvelujen käyttöä on usein rajoittanut huonosti toimiva teknologia (Korsbek & Tønder 2016). Esimerkiksi videoneuvottelusovellusten ”raskaudesta” ja teknisistä ongelmista on kokemuksia erityisesti varhaisempien kokeilujen osalta (ks. Stenberg ym. 2016).

Tutkimuksissa usein korostetaan, että sähköisillä mielenterveyspalveluilla voidaan saada aikaan yhtä hyviä tuloksia kuin perinteisillä kasvokkaisilla palveluilla (esim. Kivistö 2020; Reay ym. 2020). Taustalla vaikuttavat kuitenkin aina asiakkaiden henkilökohtaiset toipumisprosessit ja yksilölliset tilannetekijät sekä kulloinenkin konteksti ja olosuhteet (Briand ym. 2018). Sähköisten mielenterveyspalvelujen implementoinnin haasteiden ylittämisessä on korostettu myös asiakkaiden ja ammattilaisten mukana oloa palvelujen kehittämisessä (Titov ym. 2019).

Asiakaslähtöisyyttä ja sähköisten mielenterveyspalvelujen käyttöönottoa on todettu haastaneen muun muassa asiakkaiden aiemmat kokemukset heikosta asiakaslähtöisyydestä ja toimimattomista yhteistyösuhteista ammattilaisten kanssa sekä työntekijöiden taipumus rajata asiakkaita sähköisten palvelujen ulkopuolelle liian tiukoin kriteerein. Sen sijaan yhteinen ymmärrys toiminnan tavoitteista, työntekijän sitoutuminen sähköisen palvelun käyttöön ja sähköisten palvelujen yhteiskehittäminen on todettu asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tärkeiksi. (Strand ym. 2017; Williams ym. 2019; Kivistö 2020.) Positiivisesti vaikuttavien ja toipumista tukevien sähköisten mielenterveyspalvelujen edellytyksiksi voidaan asiakaslähtöisyyden rinnalla kiteyttää palvelujen tietoperusteisuus, tilannekohtaisuus, tuen tarjolla oleminen, henkilökohtaisuus ja vuorovaikutteisuus (Kivistö 2020).

4.1.3 Sähköisten mielenterveyspalvelujen kustannusvaikutukset

Uusia palveluratkaisuja käyttöön valittaessa tulee kiinnittää huomiota sekä intervention vaikutuksiin asiakkaiden palvelutarpeiden näkökulmasta että palvelun kustannusvaikutuksiin. Lähtökohtaisesti sähköisiä mielenterveyspalveluja pidetään kustannustehokkaana tapana vastata kasvaneisiin palvelutarpeisiin myös palvelujen saatavuuden näkökulmasta (esim. Berryhill ym. 2019). Sähköisten mielenterveyspalvelujen onnistuneella kehittämisellä, käyttöönotolla ja juurruttamisella on tunnistettu olevan positiivisia kustannusvaikutuksia, vaikkakin kustannusvaikutuksista kaivataan lisää empiiristä tutkimusnäyttöä (Batterham ym. 2015; myös Warmerdam ym. 2010; Berryhill ym. 2019).

Tutkimuksissa on tuotu esille, miten teknologiavälitteisten palvelujen tarjoamisen avulla voidaan vähentää psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta (esim. Pratt ym. 2015), jolloin myös kustannukset voivat välillisesti pienentyä. Tutkimuksissa on niin ikään tehty näkyväksi teknologiavälitteisten mielenterveyden interventoiden kustannustehokkuus esimerkiksi masennuksen hoidossa ja ennaltaehkäisemisessä (Paganini ym. 2017; myös Warmerdam ym. 2010). Suomessa digitaaliset matalan kynnyksen asiakaslähtöiset mielenterveys- ja päihdepalvelut on nostettu yhdeksi säästöpotentiaaliksi, jolloin ideana on parantaa palvelujen saatavuutta ja tuottaa etäyhteyksin asiakkaan lähelle tulevia palveluja palvelujen laatua heikentämättä. Positiivisia kustannusvaikutuksia ajatellaan saatavan myös vastaamalla palvelutarpeisiin sähköisiä välineitä hyödyntämällä ennen kuin ongelmat pahenevat ja vaativat intensiivisempiä ja kustannuksiltaan raskaampia toimenpiteitä. (Torkki ym. 2016.)

Kustannusvaikutustenkin näkökulmasta on tärkeää, että sähköisistä mielenterveyspalveluista tehdään alusta lähtien mahdollisimman laadukkaita, asiakaslähtöisiä ja tarpeisiin vastaavia. Sähköisten mielenterveyspalvelujen kehittämisprosesseissa on usein jouduttu toteamaan sovellus tai väline tarpeisiin vastaamattomaksi tai huonosti toimivaksi. Toisaalta tutkimuksessa lupaavaksi todettua sähköistä interventiota ei aina ole saatu levitettyä ja juurrutettua rutinikäytäntöihin esimerkiksi varauksellisten asenteiden tai puutteellisen osaamisen ja resurssien vuoksi. Parhaiten laadukkaita ja samalla kustannustehokkaita sähköisiä mielenterveyspalveluja voidaan tuottaa aiempaa tutkimustietoa hyödyntävällä kehittämisellä, joka yhdistetään säännölliseen arviointiin. (Ks. Mohr ym. 2017.)

4.1.4 COVID-19-pandemia ja mielenterveyden sähköinen palvelutarjonta

Tilanne sähköisten mielenterveyspalvelujen suhteen muuttui keväällä 2020. COVID-19-viruksen levittyä myös Suomeen tuotti viruksen aiheuttama pandemia haasteen koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle: sekä palvelujen organisoimiselle että palveluissa asioimiselle. Perinteisesti henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tarjottujen mielenterveyspalvelujen pandemian aikana kohtaama haaste on ollut laaja (ks. esim. Balcombe & De Leo 2020; Torous ym. 2020; Eronen ym. 2021). Vakavuutta lisää se, että koronapandemia on lisännyt mielenterveyden ongelmia sekä suoraan että välillisesti. Mielenterveyspalveluja onkin ryhdytty tarjoamaan aiempaa enemmän teknologiavälitteisesti, esimerkiksi videoneuvottelusovelluksia hyödyntäen (Chiauzzi ym. 2020).

Myös Suomessa ryhdyttiin keväällä 2020 kiireesti ohjeistamaan rajoitus- ja suojaustoimenpiteistä ensin valtakunnan tasolla ja sittemmin myös alueellisesti eriytyen. Kasvokkaisia kohtaamisia ja kokoontumisia ryhdyttiin radikaalisti rajoittamaan ja palveluja siirtämään etäyhteyksin toteutettaviksi. Organisaatioiden ja työntekijöiden valmiudet tarjota ja toteuttaa sähköisiä palveluja

ovat kuitenkin olleet erilaiset (esim. Orlowski ym. 2016; Titov ym. 2019), ja pandemian aikana erot muuttuneisiin palvelutarpeisiin vastaamisessa ovat tulleet yhä näkyvämmiksi (Eronen ym. 2020).

Jo ennen pandemiaa tavoitteena on ollut palvelutarjonnan monikanavaistaminen siten, että tarjolla on erilaisiin tarpeisiin vastaten niin kasvokkaisia kuin sähköisiä palveluja sekä intensiteetiltään erilaisia palveluja. Kuitenkin muun muassa tekniikkaan, resursseihin ja asenteisiin liittyvistä syistä sähköisiä mielenterveyspalveluja on ollut käytössä vaihtelevasti. Sähköisten palvelujen käyttöönottoa ovat saattaneet hidastaa myös mahdolliset väärinkäsitykset digitalisaation tavoitteista.

Viime vuosina ei enää olla puhuttu siitä, että digitaalisilla palveluilla yritettäisiin korvata perinteisiä kasvokkaisia palveluja vaan siitä, että kyse on nimenomaan monikanavaistamisesta sekä prosessien ja toimintatapojen uudelleenarvioinnista ja niiden muuttamisesta paremmiksi digitaalitekniologiaa hyödyntäen. Toisaalta esille on nostettu kysymys siitä, missä määrin kansalaiset ja asiakkaat pystyvät tosiasiallisesti hyötymään sähköisistä palveluista, joiden käyttöönotto riippuu merkittävässä määrin organisaatioiden ja niitä edustavien työntekijöiden toimintatavoista, kuten tiedottamisesta, sekä käyttäjien – niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin – koulutuksesta.

Pandemian aikaisesta siirtymästä mielenterveyden lähipalveluista etäpalveluihin ei ole vielä julkaistu paljoa kotimaista empiiristä tutkimusta (ks. kuitenkin Eronen ym. 2020; Laukka ym. 2021; Virtanen ym. 2021; myös Kivistö 2021; Martin ym. 2021). Kansainvälisesti on tuotu esille, miten digitaalinen eriarvoisuus ja etäpalvelujen hyödyntämisen vaikeudet ovat informaation heikomman saavutettavuuden vuoksi tuottaneet osalle ihmisistä jopa suuremman riskin koronavirustartunnan saamiselle (Beaunoyer ym. 2020). Sähköisten palvelujen käyttäjiksi on jouduttu pandemian aikana ohjaamaan myös henkilöitä, jotka hyötyisivät enemmän perinteisistä kasvokkaisista palveluista (Chiauzzi ym. 2020). Myös Suomessa on havaittu, etteivät etäpalvelut sovi kaikille (Eronen ym. 2021). Etäasiointi on kasvanut merkittävästi, mutta etäyhteyksien käyttöä ovat haastaneet muun muassa puutteet välineistössä, ohjelmistoissa, ammattilaisten ja asiakkaiden osaamisessa ja asenteissa, toiminnan organisoimisessa sekä se, ettei etäasiointi yksinkertaisesti sovi kaikille asiakkaille. Myönteisessä mielessä korona-aika on korostanut etäasioinnin merkitystä ja pakottanut ottamaan käyttöön uusia teknologiavälitteisiä toimintatapoja sekä ”normalisoinut” niiden henkilöiden toimintaa, joille henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvat sosiaaliset tilanteet ovat vaikeita. Pandemiankin aikana on kuitenkin huomioitava myös ne ihmiset, joille etäasiointi ei ole vaihtoehto. (Laukka ym. 2021; Martin ym. 2021; Virtanen ym. 2021.)

Kansainvälisessä keskustelussa on kuvattu tarvetta lisätä digitaalisten välineiden ja toimintaympäristöjen hyödyntämistä mielenterveyden tukemisessa ja tähän liittyen myös opastusta, tutkimusnäyttöä ja digitaalista yhdenvertaisuutta (Torous ym. 2020). Esimerkiksi Nickolai Titov kumppaneineen (2020) on todennut sekä mielenterveysongelmien, kuten ahdistuneisuus- ja masennusoireiden, että sähköisten mielenterveyspalvelujen käytön lisääntyneen pandemian aikana. Osalle kansalaisista sähköiset välineet ovat koronakriisin aikana olleet ”pelastava” mahdollisuus palvelujen saamiseksi. Sähköisten palvelujen käyttöönottoa ei kuitenkaan tule pitää itsestäänselvyytenä, vaan esimerkiksi videoneuvotteluyhteyksiä hyödynnettäessä on huomiota kiinnitettävä asiakkaiden tarpeiden keskiössä pitämiseen, asiakkaiden kokemuksiin, eettisyyteen sekä tietoturvaan ja yksityisyydensuojaan (Chiauzzi ym. 2020).

4.1.5 Kohti monikanavaista mielenterveyden palvelujärjestelmää

Yhtäältä tarvitaan lisää tutkimustietoa- ja näyttöä sähköisistä mielenterveyspalveluista. Tarvitaan tarkempaa tietoa siitä, millaiset sähköiset palvelut ovat toimivia ratkaisuja missäkin tilanteessa sekä siitä, ketkä jäävät sähköisten ratkaisujen ulkopuolelle ja tarvitsevat edelleen henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa annettavaa tukea. (Torous ym. 2020.) Toisaalta tiedämme jo paljon asiakaslähtöisten sähköisten mielenterveyspalvelujen toteuttamisen edellytyksistä (Kivistö 2020).

Ennen COVID-19-pandemiaa sähköisillä mielenterveyspalveluilla on ollut Suomessa erityisesti julkisen sektorin mielenterveyspalvelujen toteuttamisessa verrattain pieni rooli huolimatta siitä, että palveluja on jo pitkään kehoitettu järjestämään monikanavaisesti ja siitä, että maailmanlaajuisesti etämielenterveyspalveluja on tarjottu jo kymmenien vuosien ajan (Balcombe & De Leo 2020). Sekä palveluntarjoajien että palvelunkäyttäjien onkin kuvattu nyt – pakon edessä – havahduneen siihen, millainen positiivinen merkitys digitaalisilla välineillä voi mielenterveyspalveluissa olla paitsi pandemian aikana niin myös sen jälkeen. Pitkällä tähtäimellä ja kriisin välillisten vaikutusten, kuten taloudellisten ongelmien tai lisääntyneen työttömyyden, vuoksi voivat mielenterveyden ongelmat lisääntyä entisestään, mikä tuottaa myös sähköisille palveluille lisätarvetta. (Torous ym. 2020.)

Palvelutarpeiden lisäksi pandemia on tehnyt mielenterveystyön kentällä näkyväksi uusia palvelumahdollisuuksia, mutta toisaalta korostanut myös muutoksen haastavuutta. Pandemia tuotti palveluille nopean muutostarpeen eikä esimerkiksi kaikilla ammattilaisilla ollut aiempaa kokemusta etäpalveluiden toteuttamisesta (Reay ym. 2020; myös Martin ym. 2021). Myös osalla mielenterveyspalveluja tarvitsevista ihmisistä on ollut suuria haasteita digipalvelujen hyödyntämisessä. Mielenterveyskuntoutujille on voitu pandemian aikana tarjota vain etäpalveluja niissäkin tilanteissa, joissa heidän tarpeensa olisivat edellyttäneet lähipalveluja (Eronen ym. 2020; Eronen ym. 2021). Lotta Virtanen kollegoineen (2021) ehdottaakin asiakassegmentoinnin tehostamista palveluiden kohdentumiseksi paremmin asiakkaiden tarpeisiin.

John Torous kollegoineen (2020) korostaa kriittisenä tekijänä sitä, että tarjotut sähköiset mielenterveyspalvelut ovat mahdollisimman laadukkaita. Myös sähköisiin mielenterveyspalveluihin pääsyyn sekä käyttäjien osaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Pyrittäessä toimimaan eettisesti kestäväällä tavalla keskeinen tekijä on se, miten ihmisten erilaiset mahdollisuudet hyödyntää sähköisiä palveluja otetaan huomioon (Balcombe & De Leo 2020; Kivistö 2020; Newby ym. 2020). Torous kumppaneineen (2020) tulkitsee COVID-19-pandemian jopa vedenjakajaksi sen suhteen, millaiseksi sähköiset mielenterveyspalvelut tulevat jatkossa muotoutumaan ja millaisen painoarvon ne tulevat palvelujärjestelmän kokonaisuudessa saamaan. Mikäli etäpalveluja hyödynnetään kriisin aikana eettisesti kestäväällä tavalla tavoitteena mahdollisimman saavutettavat, laadukkaat ja tietoon perustuvat palvelut, voi pandemian seurauksena sähköisistä palveluista tulla mielenterveyspalveluissa onnistunut osa ”uutta normaalia”. (Mt.; ks. myös Chiauzzi ym. 2020; Reay ym. 2020). Toisaalta tämän tulevaisuuskuvan toteutuminen edellyttää muun muassa rahoitusta, tutkimusta, poliittisia ratkaisuja ja koulutusta (Torous ym. 2020; myös Chiauzzi ym. 2020). Suomessa Hanna Tiirinki kollegoineen (2020) on palvelujen organisoitumisen näkökulmasta tulkinut terveydenhuollon etäpalvelujen kehittämisen ja käyttöönoton edistävän pandemian seurauksena. Siksi ei ole poissuljettua olettaa tai ainakin toivoa, että COVID-19-kriisin lopputulemana on lähtenyt aiempaa rivakammin kehittymään porrastettuja ja sulautettuja ratkaisuja erilaisiin tarpeisiin ja tilanteisiin tarjoava aidosti monikanavainen lähi- ja etäpalveluja sisältävä mielenterveyden palvelujärjestelmä.

Lähteet

Balcombe, Luke & De Leo, Diego 2020: Commentary. An integrated blueprint for digital mental health services amidst COVID-19. *JMIR Mental Health* 7 (7), e21718. <https://doi.org/10.2196/21718>

Berryhill, Micha Blake & Culmer, Nathan & Williams, Nelle & Halli-Tierney, Anne & Betancourt, Alex & Roberts, Hannah & King, Michael 2019: Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and eHealth* 25 (6), 435–446.

Batterham, Philip J. & Sunderland, Matthew & Cear, Alison L. & Davey, Christopher G. & Christensen, Helen & Teesson, Maree & Kay-Lambkin, Frances & Andrews, Gavin & Mitchell, Philip B. & Herrman, Helen & Butow, Phyllis N. & Krouskos, Demos 2015: Developing a roadmap for the translation of e-mental health services for depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 49 (9), 776–784.

Beaunoyer, Elisabeth & Dupere Sophie & Guitton, Mathieu J. 2020: COVID-19 and digital inequalities: reciprocal impacts and mitigation strategies. *Computers in Human Behavior* 111, 106424. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106424>

Briand, Catherine & Sablier, Juliette & Therrien, Julie-Anne & Charbonneau, Karine & Pelletier, Jean-Francois & Weiss-Lambrou, Rhoda 2018: Use of a mobile device in mental health rehabilitation: A clinical and comprehensive analysis of 11 cases. *Neuropsychological Rehabilitation* 28 (5), 832–863.

Chiauzzi, Emil & Clayton, Ashley & Huh-Joo, Jina 2020: Videoconferencing-based telemental health: Important questions for the COVID-19 era from clinical and patient-centered perspectives. *JMIR Mental Health* 7 (12), e24021. <https://doi.org/10.2196/24021>

Erbe, Doris & Eichert, Hans-Cristoph & Riper, Heleen & Ebert, David Daniel 2017: Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *J Med Internet Research* 19 (9), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>

Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka & Karvonen, Sakari & Kivipelto, Minna & Koponen, Erja & Leemann, Lars & Londén, Pia & Saikku, Peppi 2020: Sosiaalibarometri 2020. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. Helsinki.

Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka & Karvonen, Sakari & Kivipelto, Minna & Knop, Jade & Londén, Pia 2021: Sosiaalibarometri 2021. Koronakriisi ja palvelujärjestelmän joustavuus. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. Helsinki.

Graham, Andrea K. & Lattie, Emily G. & Powell, Byron J. & Lyon, Aaron R. & Smith, Justin D. & Schueller, Stephen M. & Stadnick, Nicole A. & Brown, Hendricks & Mohr, David C. 2020: Implementation strategies for digital mental health interventions in health care settings. *American Psychologist*, 75 (8), 1080–1092. <https://doi.org/10.1037/amp0000686>

Kivistö, Mari 2020: Sähköiset mielenterveyspalvelut toipumisen näkökulmasta. *Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus* 43 (3), 34–50.

Kivistö, Mari 2021: Teknologiavälitteinen eDepressiokoulu masennuksesta toipumisen tukena. *Kokemukset pilottikokeiluista. Kuntoutus* 44 (2), 48–57.

Korsbek, Lisa & Tønder, Espen Sandvik 2016: Momentum: A smartphone application to support shared decision making for people using mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 39 (2), 167–172.

Laukka, Elina & Gluchkoff, Kia & Kaihlanen, Anu-Marja & Suvisaari, Jaana & Kärkkäinen, Jukka & Vormaa, Helena & Heponiemi, Tarja 2021: Muutos psykiatristen avohoitokäyntien toteutuksessa ja johtajien kokemukset etäasiointia estävistä ja edistävistä tekijöistä Covid-19 aikakaudella. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 13 (1), 49–62.

Martin, Marjatta & Laitila, Minna & Kivistö, Mari & Soronen, Kari & Hautala, Sanna 2021: COVID-19-pandemian aiheuttaman poikkeustilanteen merkitys kokemusasiantuntijatoiminnalle mielenterveystyössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58 (3), 320–336.

Mohr, David C. & Lyon, Aaron R. & Lattie, Emily G. & Reffy, Madhu & Schueller, Stephen M. 2017: Accelerating digital mental health research from early design and creation to successful implementation and sustainment. *Journal of Medical Internet Research* 19 (5), e153. <https://doi.org/10.2196/jmir.7725>

Newby, Jill & O' Moore, Kathlen & Tang, Samantha & Christensen, Helen & Faasse, Kate 2020: Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE* 15 (7), e0236562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>

Orlowski, Simon & Lawn, Sharon & Matthews, Ben & Venning, Anthony & Wyld, Kaisha & Jones, Gabrielle & Winsall, Megan & Antezana, Gaston & Schrader, Geoffrey & Bidargaddi, Niranjan 2016: The promise and the reality: a mental health workforce perspective on technology-enhanced youth mental health service delivery. *BMC Health Services Research* 16 (1), 562. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1790-y>

Paganini, Sarah & Teigelkötter, Wiebke & Buntrock, Claudia & Baumaister, Harald 2017: Economic evaluations of internet and mobile-based interventions for the treatment and prevention of depression: a systematic review. *Journal of Affective disorders* 225 (1), 733–755.

Pratt, Sarah & Naslund, John A. & Wolfe, Rosemarie & Santos, Meghan & Bartels, Stephen J. 2015: Automated telehealth for managing psychiatric instability in people with serious mental illness. *J Ment Health* 24 (5), 261–265.

Rantala, Nella & Keppo, Joonas & Karadeniz, Sami & Hulkkonen, Tommi & Karla, Timo 2019: Ennaltaehkäisevät digitaaliset mielenterveyspalvelut, tekoäly ja nuorten mielenterveys. *Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja* 76/2019. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Reay, Rebecca E. & Looi, Jeffrey JL. & Keightley, Philip 2020: Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry* 28 (5), 514–516.

Stenberg, Jan-Henry & Blanco Sequieros, Sanna & Holli, Matti & Kampman, Olli & Kiesepää, Tuula & Korkeila, Jyrki & Mäki, Pirjo & Wahlbeck, Kristian & Joffe, Grigori & Häll, Pasi & Joutsenniemi, Kaisla 2016: Mielenterveyttä etänä? *Suomen lääkärilehti* 71 (35), 2106–2011.

Strand, Monica & Gammon, Deede & Ruland, Cornelia M. 2017: Transitions from biomedical to recovery-oriented practices in mental health: a scoping review to explore the role of internet-based interventions. *BMC Health Services Research* 17 (1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2176-5>

Tiirinki, Hanna & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Sovala, Markus & Atkins, Salla & Koivusalo, Meri & Rautiainen, Pauli & Jormanainen, Vesa & Keskimäki, Ilmo 2020: COVID-19 -pandemic in Finland – preliminary analysis on health system response and economic consequences. *Health Policy and Technology*. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.005>

Titov, Nickolai & Hadjistavropoulos, Heather D. & Nielssen, Olav & Mohr, David C. & Andersson, Gerhard & Dear, Blake F. 2019 *From research to practice: ten lessons in delivering digital mental*

health services. *Journal of Clinical Medicine* 8 (8), 1239. <https://doi.org/10.3390/jcm8081239>

Titov, Nikolai & Staples, Lauren & Kayrouz, Rony & Cross, Shane & Karin, Eyal & Dear, Blake & Nielssen, Olav 2020: Rapid report: Early demand, profiles and concerns of mental health users during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Internet Interv.* 21:100327. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100327>

Torkki, Paulus & Leskelä, Riikka-Leena & Maksimainen, Anna & Niemelä, Pyry & Koukkula, Lari & Torvinen, Anna & Mulari, Mikko & Välimaa, Norma & Rimpelä, Matti 2016: Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki.

Torous, John & Myrick, Keris Jän & Rauseo-Ricupero, Natali & Firth, Joseph 2020: Digital mental health and COVID-19: using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. Editorial. *JMIR Mental Health* 7 (3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>.

Virtanen, Lotta & Kaihlanen, Anu-Marja & Isola, Anna-Maria & Laukka, Elina & Heponiemi, Tarja 2021: Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58 (3), 266–283.

Wallin, Emma & Maathz, Pernilla & Parling, Thomas & Hursti, Timo 2018: Self-stigma and the intention to seek psychological help online compared to face-to-face. *Journal of Clinical Psychology* 74 (7), 1207–1218.

Warmerdam, Lisa & Smit, Filip & van Streten, Annemieke & Riper, Heleen & Cuijbers, Pim 2010: Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research* 12 (5), e53. <https://doi.org/10.2196/jmir.1436>

Wentzel, Jobke & van der Vaart, Rosalie & Bohlmeijer, Ernst T. & van Gemert-Pijnen Julia EWC. 2016: Mixing Online and Face-to-Face Therapy: How to Benefit From Blended Care in Mental Health Care? *JMIR Mental Health* 3 (1), e9. <https://doi.org/10.2196/mental.4534>

Williams, Anne & Farhall, John & Fossey, Ellie & Thomas, Neil 2019: Internet-based interventions to support recovery and self-management: a scoping review of their use by mental health service users and providers together. *BMC Psychiatry* 19 (1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2153-0>

4.2 Virtuaalisten palvelumuotojen kehittäminen mielenterveyspalveluihin

Eija Savelius-Koski ja Sari Veikanmaa

Virtuaalisilla palveluilla tarkoitetaan tässä yhteydessä virtu-palveluportaaliissa (virtu.fi) olevia sähköisiä palveluita eli työvälineitä, joita voidaan ottaa käyttöön asiakkaiden ja ammattilaisten väliseen työskentelyyn. Palveluportaali kokoaa lappilaisille tarkoitettut sähköiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhteen paikkaan, ja se mahdollistaa luotettavan tavan olla yhteydessä työntekijään tai organisaatioon monikanavaisella tavalla. Sen kautta voi hoitaa oman tai läheisen asioita eri tavoin esimerkiksi kysyä neuvontaa, välittää tietoa, tavata etänä ja arvioida omaa tilannettaan. Teknisesti modulaarinen järjestelmä mahdollistaa eri sovelluksien integroinnin portaalin verkkosivulle. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2021.) Lisäksi virtuaalisilla palveluilla tar-

koitetaan Teams-sovellusta, jota on käytetty eDepressiokoulun toteuttamiseen.

Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa (ESR) virtuaalisten mielenterveyspalveluiden kehittämistyö sähköisten palveluiden käyttöönoton edistämiseksi Lapissa oli yksi alueellisista päätavoitteista. Kehittämistyötä toteutettiin yhteistyössä Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Poske) osahankkeen työntekijän, virtu-palveluportaalista vastaavien eri asiantuntijoiden, Lapin sairaanhoitopiirin osahankkeen eri vastuuhenkilöiden ja työntekijöiden kanssa sekä kehittäjäasiakkaiden ja kokemusasiiantuntijoiden kanssa. Sähköisten palveluiden pilotit on sovittu Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluiden nostamien tarpeiden pohjalta. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta, työskentelyn tavoista ja etenemisestä käytännön tasolle aikatauluineen sovittiin yhdessä projektiryhmässä ja muissa erikseen sovituissa asiaan liittyvissä tapaamisissa. Tapaamiset ovat raamittaneet virtuaalisten (sähköisten) palveluiden pilotointikohteiden valintaa ja käyttöönoton etenemistä mielenterveyspalveluissa.

Palvelumuodoiksi virtu-palveluportaalista valikoituivat verkkoneuvonta (yhteen tiimiin), sähköiset lomakkeet psykiatrisen avohoidon suunnittelun tueksi sekä chat-toiminnan käyttöönotto mielenterveyspalveluiden osastonsihteereille. Virtuaalisten palvelumuotojen kehittämistä toteutettiin työpajatyöskentelynä palvelumuotoilun menetelmiä käyttäen. Työpajoihin ja työryhmiin osallistuivat vastuuhenkilöt ja työntekijät, joille organisaation sisällä pilottikohteiksi valitut palvelumuodot on suunnattu. Kaikkiin työpajoihin kutsuttiin mukaan kokemusasiiantuntijoita ja kehittäjäasiakkaita, joilla on omakohtaista kokemusta palveluista. Pilottikohtaista kehittämistyötä kuvataan seuraavaksi tarkemmin.

4.2.1 Kehittämistyön toteuttaminen ja tulokset

Kehittämistyötä toteutettiin strukturoidulla työpajarakenteella lähtien liikkeelle yleisestä virtuaalipalveluiden teemasta edeten pilottikohtaiseen työskentelyyn. Ensimmäinen työpaja toteutettiin toukokuussa 2019, jolloin pajatyöskentelyssä käsiteltiin toipumisorientaatiota tukevia toimintatapoja erilaisten olemassa olevien virtuaalipalveluiden näkökulmasta. Periaatteina olivat viestinnällinen saavutettavuus, palvelun käytön esteettömyys ja mahdollisuuden tarjoaminen monikanavaisen asiointiin matalalla kynnyksellä.

Työpajatyöskentelyn tavoitteena oli hahmottaa palveluiden käyttämiseen ja käyttöönottoon liittyviä mahdollisuuksia ja esteitä sekä arvioida ja päättää, millaiset palvelut päätyvät konkreettisen pilotoinnin kohteeksi käytännön työssä. Työpaja oli kohdennettu Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilökunnasta sekä työntekijöille että esimiehille. Heidän lisäksi työpajaan kutsuttiin kokemusasiiantuntijoita ja kehittäjäasiakkaita. Työpajassa käsiteltiin asiakkaiden (potilaiden) ja ammattilaisten välisten erilaisten virtuaalipalveluiden käyttämisen esteitä ja mahdollisuuksia seuraavien jo käytettävissä olevien teknisten mahdollisuuksien osalta: sähköinen esitietolomake, sähköinen oirearvio, chat-palvelu, viestintäkanava ja etävastaanotto. Yhteiseksi haasteeksi kaikissa palveluissa todettiin tekninen osaaminen, tietoliikenneyhteyksiin ja välineisiin liittyvät puutteet. Palvelukohtaiset kuvaukset, hyödyt ja haasteet esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Sähköisten palveluiden kuvaukset, käytön hyödyt ja haasteet.

Sähköiset palvelut	Kuvaus	Palvelun käytön hyödyt	Palvelun käytön haasteet
Esitietolomake	Palvelu, jonka kautta henkilö voi lähettää tietoturvallisesti vahvaan tunnistautumiseen perustuen esitietoja itsestään ammattilaiselle esimerkiksi hoidon suunnittelua ja palveluiden tarpeiden arviointia tukemaan.	Sopii mielenterveyspalveluissa avovastaanotoille ja asiakkaille (potilaille), joilla on sähköisten palveluiden osaamista. Asiakas (potilas) saa rauhassa vastata strukturoituihin kysymyksiin kotona etukäteen ennen työntekijän ajanvaraukselle tuloa. Ajan säästyminen vastaanottokäynnillä: lomakkeet ovat jo valmiiksi täytettyinä tapaamisessa ja työntekijä sekä asiakas (potilas) ovat ehtineet molemmat etukäteen valmistautua tapaamiseen.	Asiakkaiden (potilaiden) sairauden luonne ja hoidon kiireellisyys eivät kaikissa tilanteissa mahdollista lomakkeiden täyttöä. Lomakkeet eivät välttämättä anna oikeaa tietoa, jos kysymyksiä ei ymmärrä oikein tai ei osaa sanoittaa avuntarvettaan ja tuntemuksiaan. Erityisesti päivystysluonteisissa tai ilman ajanvarausta tapahtuvassa asiointissa lomakkeiden lähettäminen etukäteen ei ole mahdollista. Esteen käytölle voi aiheuttaa myös se, että lomakkeita ei ole olemassa omalla kielellä.
Oirearvio	Palvelu, joka auttaa oman tilanteen arvioinnissa esimerkiksi suhteessa avun hakemiseen ja itsehoitoon.	Hyötyinä ovat paikasta ja ajasta riippumattomuus sekä mahdollisuus helposti arvioida omaa vointiaan ja hoidon tarvettaan erityisesti silloin, kun asiakas on fyysisesti kauempana palveluista. Oirearvio voi olla yksi väline oman tilanteen arviointiin, ja se voi lisätä tietoisuutta ja tukea ensi-asteena esimerkiksi hoitoon hakeutumisessa. Arvioinnin voi lähettää ammattilaiselle suojatussa yhteydessä.	Haasteena palvelun käytölle voivat olla fyysisen toimintakyvyn rajoitteet ja tarve kohdata työntekijä kasvatusten sekä akuutit ja muut sairauden luonteeseen liittyvät tekijät. Sähköinen oirearviointi ei kuvaa todellista tilannetta, koska kokonaisvaltainen havainnointi jää puuttumaan. Tämä voi altistaa asiakkaan (potilaan) tilanteen ali- tai ylitulkinnalta. Asiakkaan jääminen oirearvion jälkeen yksin. Työntekijän yhteydenoton viivästyminen arvioinnin lähettämisen jälkeen.
Chat	Chat-palvelulla tarkoitetaan chatissa tapahtuvaa keskustelua, jossa saa henkilökohtaista neuvontaa anonyyminä ja tarvittaessa myös tunnistautuneena.	Chat-palvelu nähtiin sopivaksi ja helpoksi henkilölle, joilla kirjoittaminen on helpompaa kuin puhuminen jännityksen, ahdistuksen tai puheentuottamisen ongelmien vuoksi. Chatissa apua voi kysyä anonyymisti ja kynys avun pyytämiseen madaltuu. Chat-palvelu nähtiin nykyaikaisena ja tulevaisuuden mielenterveyspalveluiden asiointiväylänä. Palvelun koettiin vastaavan tarkoitukseen par-	Asiakkaalle esteenä voi olla asioiden esittäminen nopeasti kirjoittamalla. Esteeksi nähtiin myös, jos palvelun käyttö edellyttää aina vahvaa tunnistautumista. Palvelun käyttämisen edellytyksiä ei ole ammattilaisten näkökulmasta silloin, jos työntekijöiden työtä ei organisoida siten, että chat-kysymyksiin voidaan vastata nopeasti. Myös ammattitaidon chat-palveluun vastaamisessa tulee olla var-

Sähköiset palvelut	Kuvaus	Palvelun käytön hyödyt	Palvelun käytön haasteet
Chat		haiten olemalla avoimena vuorokauden ympäri siten, että tavoitetaan mielen-terveystyön ammatti-lainen, joka voi arvioida kysyjän tilannetta sekä hoidon ja henkilökohtai-sen asioinnin tarvetta. Li-säksi chat-palvelu nähtiin väylänä tavoittaa koke-musasiantuntijoita se-kä toisia ammattilaisia tulevaisuudessa.	mistettu palvelun laadun turvaamiseksi. Esteenä koettiin palveluun liit-tyvä epäily riittävästä tietoturvallisuudesta.
Viestintäkanava	Verkkoneuvonnan palve-lu, jolla asiakas voi kirjoit-tamalla viestiä ja hoitaa asiaansa oman työntekijän-sä kanssa. Verkkoneuvon-nan käytön mahdollisuus tarjoaa asiakkaalle (poti-laalle) asioinnin työntekijän kanssa ajasta riippumatta virka-ajan ulkopuolella se-kä lisäkanavan asiointiin silloin, kun kyseessä ei ole akuutti tilanne.	Eduksi nähtiin, että joilla-kin asiakasryhmillä kirjoit-tamalla tapahtuva asian hoitaminen ja viestimi-nen voi olla helpompaa. Ammattilaisten näkökul-masta etuna nähtiin, että viesteihin voi vastata rau-hassa, asiaan ehtii hakea tarvittavan tiedon ja tar-vittaessa voi konsultoida muita työntekijöitä. Palve-lu koettiin myös mahdol-lisuutena tukea asiakasta (potilasta) toipumiseen orientoitumisessa.	Viestintäkanavana verkko-neuvonta ei sovi kiireelli-sissä tilanteissa tai silloin, kun oirekuva voi muuttua nopeasti. Esteeksi koettiin huoli yk-silöllisyyden puuttumisesta, kun asiaa hoidetaan kirjoittamalla. Vaarana voi olla, että samantyyppisiin kysymyksiin kopioidaan valmiita vastauspohjia.
Etävastaanotto	Etävastaanottopalvelulla tarkoitetaan reaaliaikaista etätapaamista, jossa hyö-dynnetään sekä kuvaa että ääntä samaan aikaan.	Etätapaamisten koettiin sopivan silloin, kun etäi-syys palveluista hanka-loittaa vastaanottoajolle tulemistä tai sitä ei saa lähipalveluna. Hyödyiksi koettiin myös matkustusajan sääs-täminen ja esimerkik-si verkostotapaamisten järjestäminen entistä helpommin. Mahdollisuu-tena nähtiin toipumisen tukeminen ja ryhmä-tapaamisten järjestä-minen paikkakunnasta riippumatta ja niihin osallistuminen kotoa. Etätapaamisten koet-tiin sopivan myös päi-vystysluonteiseen konsultointityöhön.	Etävastaanoton ei koet-tu soveltuvan virka-ajan ulkopuoliseen työsken-telyyn, jos valmistelui-hin tarvittavaa teknistä tukea ei ole saatavilla. Luottamuksen rakentumi-sen verrattuna fyysiseen kasvokkaiseen tapaa-miseen koettiin jäävän heikommaksi.

Sähköiset esitietolomakkeet ja oirearvioinnit

Sähköisiä esitietolomakkeita pilotoitaessa työryhmä kokoontui syksyn 2019 ja talven 2020 aikana useita kertoja. Lomakkeiden sähköistämistä päädyttiin pilotoimaan, koska työryhmä arvioi, että osalla asiakkaista olisi valmiuksia täyttää lomakkeita sähköisesti ja niiden lähettäminen asiakkaalta työntekijälle nopeutuisi ja mahdollistuisi useammalla tavalla kuin niin sanottuna maapostina. Hoidon suunnittelun tukena käytetään erilaisia oirearviointoja, ja ammattilaiset voisivat ohjata hoitoon tulossa olevan asiakkaan täyttämään ja lähettämään lomakkeet suoraan poliklinikalle sähköisessä muodossa.

Työ aloitettiin kokoamalla käytettävät aikuisten oirearvioinnissa tukena olevat esitietolomakkeet, joita voitaisiin kokeilla sähköisessä muodossa. Lomakkeet olivat masennuskysely BDI 21, ahdistuskysely BAI, mielialahäiriökysely MDQ, psykoosien esioirekysely PROD, aikuisten ADHD-seula ASRS, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti ja Audit-kysely. Osa lomakkeista oli jo muualla sähköisenä olemassa, mutta niiden lähettäminen suojatussa yhteydessä työntekijälle ei ollut näillä alustoilla mahdollista. Erilaisia kyselyjä on julkaistu itsearviointimateriaalina Mielenterveystalon (2021) internetsivulla.

Koonnin jälkeen sovittiin, että kyseiset lomakkeet siirretään teknisesti virtu-palveluportaalin tiedonsiirtopalveluihin. Lomakkeiden teknisen toteutuksen yhteydessä huomioitiin mahdollisuus tehdä välitallennuksia ja jatkaa niiden täyttämistä myöhemmin. Asiakkaasta riippuen lomakkeita saattoi olla täytettävänä yhdestä useampaan, joten niiden täyttämisen jaksottamista pidettiin tärkeänä jaksamisen ja keskittymisen näkökulmasta.

Oirearviointilomakkeiden lisäksi pohdittiin positiivisen mielenterveyden mittarin muuttamista sähköisesti täytettäväksi, jolloin oireiden lisäksi olisi tarjolla mahdollisuus voimavarojen arvioimiseen. Mittarin käyttö mahdollistaisi oman tilanteen arviointia kaikille avoimessa ympäristössä ja antaisi toisenlaisen näkökulman kuin sähköiset esitietolomakkeet, joiden avulla arvioidaan oireita. Mittarin muuntamista ja lupaa sähköiseen muotoon selvitettiin tuolloin Terveystalon ja hyvinvoinnin laitokselta sekä alkuperäiseltä ulkomaiselta lähteeltä, mutta aikataulullisista syistä lopullista vahvistusta ei jääty odottamaan, joten se jätettiin tuossa vaiheessa viemättä palveluportaaliin.

Lomakkeiden teknisen toteutuksen jälkeen suunniteltiin työryhmässä palvelulle palvelukuvaus. Lomakkeiden käyttäminen testattiin yhdessä työntekijöiden kanssa ennen niiden käyttöönottoa ja sovittiin palvelun käyttöönoton tiedottamisesta ja seurannasta. Palvelu avattiin käytettäväksi maaliskuussa 2020 virtu-palveluportaalissa osoitteessa <https://virtu.fi/psykiatrisen-avohoidon-esitietolomake?r=241>. Konkreettinen käyttöönotto potilastyössä ei edennyt alkuvaiheessa liian suppean työntekijämäärän ja -vaihdosten vuoksi. Syksyllä 2020 päätettiin, että palvelu laajennetaan kaikille psykiatrisen avohoidon työntekijöille, jotta palvelusta saadaan kokemuksia.

Verkkoneuvonta Mippi-tiimi

Verkkoneuvonnan käyttöönoton tueksi järjestettiin toinen työpaja lokakuussa 2019, ja se kohdennettiin Mippi-tiimin verkkoneuvonnan käyttäjille. Mippi on yksi psykiatrian poliklinikan tiimeistä, joka on tarkoitettu vakaassa tilanteessa oleville asiakkaille. Mipissä voi asioida tiistaisin ja torstaisin ilman ajanvarausta joko puhelimitse tai tulemalla paikan päälle. Työpajaan osallistui 14 henkilöä ja mukana oli työntekijöitä, esimiehiä sekä kokemusasiantuntijoita ja kehittäjäasiakkaita. Työpajassa esiteltiin verkkoneuvonnan palvelu, tehtiin jatkosuunnitelma ja sovittiin vastuutehtävät ennen konkreettista palvelun käyttöönottoa ja pilotointia. Näiden asioiden lisäksi sovittiin palvelun tiedottamisesta, pilotointiajasta ja arvioinnista.

Jatkotyössä otettiin huomioon palvelun kuvaus ja viestinnällinen lähestyttävyyys. Palvelu pyrittiin kuvaamaan helposti lähestyttävällä ja luottamusta herättävällä tavalla. Palvelusta tiedottamisen yhteydessä pyrittiin tiedottamaan palvelun käytön turvallisuudesta eri tavoin. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että tuodaan esille selkeästi, kenelle palvelu on tarkoitettu ja tuodaan esille esimerkkejä, missä kaikissa asioissa voi olla yhteydessä ja milloin pitää ottaa yhteyttä muuhun palveluun. Tiedottaminen tapahtui palvelun käyttöön ottavasta tiimistä eri tavoin. Asiakkaille on annettu tietoa mahdollisuudesta ottaa yhteyttä sähköisesti ja tuettu mahdollisuuksien mukaan palvelun käytössä. Asiakkaat ovat muun muassa saaneet kirjepostin mukana tiedotteen palvelun käyttämisestä ja Mippi-tiimin käyntikortteihin on laitettu suora linkki eli internetosoite palvelusta.

Virtu-palveluportaalin palvelukorttiin tuotettiin palvelukuvaus yhdessä palvelun työntekijöiden kanssa. Palveluun rakennettiin palautteenantomahdollisuus, jota tiimissä on mahdollisuus hyödyntää sovitulla tavalla. Ennen palvelun käyttöönottoa työntekijöille annettiin tunnukset ja heidät perehdytettiin toimikorttikirjautumiseen sekä palvelun käyttämiseen. Mippi-tiimin verkkoneuvonta avattiin helmikuun 2020 lopussa osoitteessa <https://virtu.fi/lshp-mippiitiimin-verkkoneuvonta?r=241>.

Etätapaamisena ryhmämuotoinen eDepressiokoulu

Etätapaamisten palvelupilotiksi päädyttiin eri tapaamisten perusteella suunnittelemaan etäryhmänä toteutettavaa depressiokoulua, joka nimettiin eDepressiokouluksi. Samaan aikaan tarjoutui mahdollisuus osallistua syksyn 2019 aikana Kuntaliiton sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallintoyhteistyöfoorumi AKUSTIN kautta Digipam-projektin kehityskompassityökalun (Kuntaliitto 2020) kehitystyöhön. Verkosto tukee sosiaali- ja terveystietopalveluiden uudistamista ja tähän liittyy tietohallintoyhteistyötä (Kuntaliitto 2021).

Työpajan valmistelua varten pidettiin suunnittelukokous, jossa tarkasteltiin depressiokoulun etätoteutukseen liittyvää aiempaa taustaa ja sen hetkisiä tarpeita. Varsinainen kehityskompassin työpaja toteutettiin marraskuussa 2019. Työpajassa arvioitiin eDepressiokoulun suunnittelua ja toteutusta kehityskompassityökalun avulla. Työpajan tulosten perusteella jatkettiin eDepressiokoulun pilotin käynnistämiseen ja toteuttamiseen liittyvien asioiden selvittämistä.

Ryhmämuotoisesta etätoteutuksesta käytiin runsaasti keskustelua ja tehtiin selvittelyä esimerkiksi tietoteknisestä alustasta sekä kohderyhmästä. Suunnittelussa hyödynnettiin aiempia kokemuksia vuodelta 2009, jolloin depressiokoulua oli toteutettu silloisten teknisten mahdollisuuksien mukaisesti. Tuolloin kokeiltu toiminta ei kuitenkaan ollut juurtunut pysyväksi toimintamuodoksi.

Alkuvuodesta 2020 käytiin keskusteluja depressiokoulun toteuttamisesta korkeakouluopiskelijoille, joiden palvelujen järjestämisessä oli yhteistyörakennetta työntekijöiden välillä. Aiemmin käynnistyneen kasvokkain kohtauksiin perustuneen ryhmän kanssa toteutui niin sanottu Buusti-tapaaminen korkeakoulussa käytössä olevalla Adobe Connect -yhteydellä ja sen kokemuksia hyödynnettiin jatkosuunnittelussa. Korkeakouluopiskelijoille omana ryhmänä suunnattu toiminta ei toteutunut. Ajankohdan aikaan korkeakouluissa oli meneillään muutoksia mahdollisissa työntekijäresursseissa ja teknisessä alustassa. Pohdintaa herätti myös mahdollisiin las-kutuksiin liittyvät käytännöt, jos osallistujia on etänä muualta kuin Lapin sairaanhoitopiirin kunnista. Aikataulusyistä näiden asioiden selvittämistä ei tuolloin jatkettu huomioiden myös pilottiin liittyvät tutkimukselliset reunaehdot ja resurssit. Pelkästään tutkimukselliset reunaehdot eivät edellä mainittujen asioiden selvittämistä olisi estäneet.

Samaan aikaan keväällä 2020 koronatilanne vauhditti kokonaisuudessaan nopeaa siirtymistä etäpalveluihin. Teknisen alustan selvittelyssä Lapin sairaanhoitopiirissä etäpalvelualustaksi tuli tuossa vaiheessa Skype for Business (myöhemmin siirrytty Teams-sovellukseen). Muista pilottipalveluista poiketen etätapaamisen pilotointi ei toteutunut virtu-palveluportaalin kautta, koska kyseistä järjestelmää ei toistaiseksi ole sisällytetty portaaliin.

Varsinainen ensimmäinen Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen pilotina toteutettava etätapaamisiin perustuva eDepressiokouluryhmä saatiin käynnistymään Lapin sairaanhoitopiirissä keväällä 2020. Palvelupilotista toteutettiin erillinen tutkimus Lapin yliopiston osahankkeessa, ja se on kokonaisuudessaan kuvattu erikseen.

Chat-palvelu

Chat-palvelun kehittämiseen liittyi monia eri ulottuvuuksia, joita selvitettiin keväästä 2019 alkaen osana muiden sähköisten palveluiden kehittämiseen liittyvien kysymysten ratkaisemista. Yhteistä näkemystä vaativia asioita olivat muun muassa chat-palvelun sopivuus mielenterveyspalvelujen asiointikanavana, virtu-portaaliin integroituneiden chat-palveluiden perustelut, kustannukset sekä tietosuojaan ja kirjaamiseen liittyvät kysymykset.

Chat-palvelun pilotin kehittäminen aloitettiin työpajalla lokakuussa 2019. Työpajaan kutsuttiin mielenterveyspalveluista työntekijät ja esimiehet, joiden työtehtäviin tai tehtäväalueelle palvelupilotointi kohdentuisi. Työpajan sisältö toteutettiin virtu-palveluportaalin erityissuunnittelijan avulla palvelumuotoilun keinoin. Pajassa tutustuttiin chat-palvelun käyttöönottoon alustusvideon avulla ja keskusteltiin siitä, millaisia ajatuksia palvelun käyttöönotto osallistujissa herätti. Työpajan keskusteluteemoina olivat chat-palvelun käyttämistä hankaloittavat ja mahdollistavat tekijät sekä chat-palvelun hyödyt palvelun käyttäjille (asiakkaat/potilaat) ja työntekijöille.

Nimettömän asioinnin chat-palvelussa nähtiin olevan hankalaa, koska palveluihin ei pääse ilman lähetettä ja asiointissa tarvitaan aina henkilötietoja. Keskustelua herätti myös se, mitä tällaisessa palvelussa voi yleisesti ottaen neuvoa ja mitä voi tarjota, jos chat-keskustelija ei olekaan asiakas. Käytännön ongelmia chat-palvelun aukipitämisestä ja siinä vastaamisesta voi syntyä silloin, jos on paljon paikan päällä asioivia henkilöitä samaan aikaan tai puhelimesta ruuhkaa. Lisäksi toivottiin, että chat-palvelua antavilla työntekijöillä (ja yksiköllä) on tiedot muiden mielenterveyspalveluiden ja psykiatrian ohjeista, prosesseista ja säännöistä, jotta voi antaa oikeaa tietoa.

Hyviä puolia nähtiin siinä, että chat-keskustelu antaa vastaajalle aikaa hakea tietoa tai miettiä asiaa ennen vastaamista. Chatin käyttäjiä arvioitiin olevan ensisijaisesti nuorissa, koska ajateltiin, että chat on nuorille luonteva tapa olla yhteydessä. Erityisryhmiin (kuulovammaiset, puhevaikeudet) kuuluvien henkilöiden koettiin myös olevan potentiaalisia chatin käyttäjiä ja samoin työntekijöiden, jotka tarvitsevat nopeasti lisätietoa esimerkiksi joissakin tilanteissa vielä faksin numeroa.

Chat-pilotin suunnittelusta, toteuttamisesta ja käyttöönotosta käytiin runsaasti keskusteluja ja yhteydenpitoa eri tapaamisissa sekä sähköpostikeskusteluina sosiaalialan osamiskeskuksen virtu-palveluportaalin vastuutyöntekijöiden, Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen kehittäjäsosiaalityöntekijöiden sekä Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluiden vastuuhenkilöiden, tietohallinnon, kehittämisyksikön sekä asiakas- ja toimistopalveluiden välillä koko prosessin ajan.

Erityisesti tietosuojaan ja kirjaamiseen liittyvien asioiden vuoksi chat-pilotoinnin toteutus muuttui alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen anonyymiksi palveluksi siten, että chatista voi kysyä hyvin yleisiä asioita. Chat-palvelussa pilotointiaikana vastaajina toimivat osastonsihteerit.

Yleisen ohjauksen ja neuvonnan sisältönä on esimerkiksi yhteystietojen ja palvelupaikkatietojen antaminen.

Virtu-palveluportaalin palvelukorttiin tuotettiin palvelukuvaus yhdessä palvelun työntekijöiden kanssa. Palveluun rakennettiin palautteenantomahdollisuus, jota asiakas- ja toimistopalveluiden yksikössä voidaan hyödyntää sovitulla tavalla. Ennen palvelun käyttöönottoa työntekijöille annettiin tunnukset ja heidät perehdytettiin palvelun käyttämiseen. Chat-palvelun pilotti aloitettiin joulukuussa 2020.

4.2.2 Pilottien arviointi

Seuraavaksi tarkastellaan virtuaalipalveluita niille asetettujen tavoitteiden ja niiden saavuttamisen näkökulmasta. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan ja palvelusta tulleita kokemuksia kuvataan seuraavien aineistojen perusteella: tilastot, asiakkaiden antamat palautteet palvelusta ja kysely ammattilaisille, jotka palvelua ovat työssään käyttäneet.

Psykiatrisen avohoidon sähköinen esitietolomake

Psykiatrisen avohoidon työntekijät pilotoivat sähköistä esitietolomaketta ajalla 7.10.2020–28.2.2021. Sähköinen esitietolomake on vaihtoehto asiakkaalle (potilaalle) postitse täytettäväksi lähetettävälle lomakkeille, jotka pyydetään ottamaan mukaan ajanvaraukselle tullessa. Sen tavoitteena oli antaa asiakkaalle mahdollisuus valmistautua tapaamiseen ja lisätä asiakkaan osallisuutta. Tarkoituksena oli myös tukea yksilötapaamisten toteuttamista etävastaanotoina: lomakkeita ei tarvitse erikseen tuoda poliklinikalle, kun asiakas osallistuu vastaanotolle kotoaan.

Pilotoinnin aikana sähköisiä esitietolomakkeita täytettiin yhteensä 47 kappaletta. Lomakkeen käyttö lisääntyi kuukausittain, sillä lokakuussa 2020 sähköinen lomake oli täytetty vain yhden kerran, marraskuussa kaksi ja joulukuussa kolme kertaa. Tammikuussa 2021 se oli täytetty yhdeksän kertaa ja helmikuussa jo 32 kertaa. Pilotointi olisi tarvinnut pidemmän ajan, sillä tältä aikaväliltä ei vielä pysty toteamaan, mille tasolle lomakkeen käytön määrä tulee vakiintumaan.

Asiakkaat ovat voineet antaa palautetta sähköisestä esitietolomakkeesta sen jälkeen, kun työntekijä on vastannut heille viestillä, esimerkiksi kiittänyt lomakkeen täyttämistä. Pilotoinnin aikana palautetta oli annettu kahdeksan kertaa. Suurin osa asiakkaiden antamasta palautteesta oli positiivista. Seitsemän vastaajaa oli arvioinut, että palvelun käyttäminen oli helppoa. Yhden vastauksen mukaan palvelun käyttäminen ei sen sijaan ollut helppoa. Asiakkailta kysyttiin myös, kokivatko he esitietolomakkeen täyttämistä olleen itselleen hyötyä oman tilanteen arvioimisessa. Kuusi vastaajaa oli kokenut siitä olleen itselleen hyötyä ja kaksi vastaajaa ei osannut sanoa, oliko siitä hyötyä. Avointa palautetta asiakkaat eivät olleet pilotoinnin aikana jättäneet.

Ammattilaisille toteutettuun kyselyyn vastasi 11 henkilöä, mikä on neljäsosa lomakkeen vastaanottajina toimivista ammattilaisista. Heistä seitsemän henkilöä oli käyttänyt työssään sähköistä esitietolomaketta. Kaksi ilmoitti käyttävänsä sähköistä lomaketta työssään viikoittain, kaksi kuukausittain ja kolme harvemmin. Kukaan vastaajista ei käyttänyt sähköistä lomaketta päivittäin. Neljältä vastaajalta, jotka eivät olleet käyttäneet sähköistä esitietolomaketta, kysyttiin syytä siihen. Kolme heistä vastasi käyttävänsä sähköisessä lomakkeessa olevia mittareita paperisina, ja yksi vastaaja ei käyttänyt työssään lomakkeessa olevia mittareita.

Seitsemää ammattilaista, jotka olivat työssään sähköistä esitietolomaketta käyttäneet, pyydettiin arvioimaan lomaketta asteikolla 1–5, jossa 1=täysin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä. Heistä kuusi oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että esitietojen täyttäminen sähköisesti on sopinut heidän asiakkailleen. Yksi vastaaja oli tästä täysin eri mieltä. Viisi vastaajaa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että sähköinen esitietolomake on helpottanut heidän työtään. Avoimien vastauksien mukaan hyödyllisenä koettiin, ettei lomakkeita tarvitse enää kopioida ja postittaa. Sähköinen lomake myös laskee pisteet valmiiksi. Lisäksi mainittiin, että sähköinen lomake on helposti saatavilla silloin, kun sitä tarvitsee. Yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, onko sähköinen esitietolomake helpottanut työtä, ja yksi vastaaja oli siitä jokseenkin eri mieltä.

Sähköisen esitietolomakkeen teknisestä toteutuksesta ammattilaisten mielipiteet vaihtelivat. Kolme vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä teknisen toteutuksen helppokäyttöisyydestä. Samoin kolme vastaajaa oli siitä jokseenkin eri mieltä. Yksi vastaaja ei ollut teknisen toteutuksen helppokäyttöisyydestä samaa eikä eri mieltä. Avoimissa vastauksissa toivottiin, että sähköisen lomakkeen vastaukset menisivät suoraan potilastietojärjestelmään. Tällä hetkellä työntekijän on itse siirrettävä ne, mikä vie aikaa ja on työlästä. Ostopalvelulääkärit, jotka yleensä työskentelevät etänä, eivät näe sähköisen lomakkeen vastauksia, jos työntekijä ei ole niitä potilastietojärjestelmään siirtänyt. Joskus täytetyt lomakkeet saapuvat työntekijälle niin lähellä ajanvarausta, ettei hän ehdi ennen sitä siirtämään niitä potilastietojärjestelmään.

Avoimissa vastauksissa työntekijät totesivat, että sähköinen esitietolomake on asiakkaalle helppo täyttää ja heille on hyötyä lomakkeen sähköisestä lähettämisestä. Sähköisen lomakkeen saa täyttää rauhassa silloin, kun se itselle sopii eikä vastaanotolla kulu aikaa lomakkeiden täyttämiseen. Yhden työntekijän mukaan asiakkaat täyttävät sähköisen lomakkeen heti, kun saavat siihen linkin. Kotiin lähetetyt lomakkeet ovat saattaneet unohtua ja kadota. Tilastojen mukaan asiakkaat ovat täyttäneet sähköisiä lomakkeita kaikkina viikonpäivinä. Eniten sähköisiä lomakkeita on täytetty keskiviikkoisin (11 kpl) ja maanantaisin (10 kpl). Kellonajan mukaan tarkasteltuna sähköisiä lomakkeita on täytetty kello 09:00–01:00 välillä. Eniten sähköisiä lomakkeita on täytetty kello 10 (7 kpl) ja 19 aikaan (6 kpl).

Haasteena ja kehittämisen kohteena sähköisessä esitietolomakkeessa on työntekijöiden mukaan heille sähköpostiin tulevat heräteviestit saapuneista lomakkeista. Heräteviestit saapuvat aina kaikille työntekijöille, jotka ovat sallineet heräteviestien lähettämisen. Heräteviestit eivät ohjaudu työntekijöille sen mukaan, että viestit tulisivat vain omien asiakkaiden täyttämistä lomakkeista. Lisäksi sähköiseen esitietolomakkeeseen toivottiin myös toimintakykyyn liittyvää kyselyä ja muitakin kyselyitä, joita ei nimeltä mainittu. Toiset taas kokivat, että sähköisessä esitietolomakkeessa on liikaa kyselyjä, jotka eivät ole omassa työssä tarpeellisia. Tarpeettomiksi koetut kyselyt eivät käyneet vastauksista ilmi.

Kaikki ammattilaisille toteutettuun kyselyyn vastanneet olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että sähköinen esitietolomake tukee etävastaanottojen toteuttamista. Kuusi vastaajaa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että sähköisen esitietolomakkeen käyttöä kannattaa jatkaa pilotoinnin jälkeen. Yksi vastaaja oli tästä täysin eri mieltä. Sähköisen esitietolomakkeen käyttöä jatketaan vielä ja selvitetään, voiko tekniseen toteutukseen liittyviä haasteita korjata.

Verkkoneuvonta

Verkkoneuvonta on sähköinen viestipalvelu, jota on pilotoitu psykiatrisen avohoidon yhdessä tiimissä ajalla 21.2.–30.11.2020. Sen tavoitteena oli parantaa palvelun saatavuutta. Verkkoneuvonta on asiakkaalle yksi vaihtoehto ottaa yhteyttä puhelin- ja käyntiaikojen lisäksi. Asiakas voi jättää viestin milloin tahansa, mutta palvelu ei ole reaaliaikainen, vaan hoitajat vastaavat viesteihin tiistaisin ja torstaisin.

Pilotoinnin aikana verkkoneuvontaan saapui 23 viestiä, joista 21 oli aloitusviestejä ja kaksi oli jatkokysymyksiä niihin. Kuukausittain viestejä on tullut 1–6 kappaletta. Eniten viestejä saapui heinäkuussa (6 kpl), mutta muuten viestien määrä on ollut koko pilotoinnin ajan tasaista, 1–3 viestiä kuukaudessa. Virtu.fi-portaalissa oleviin terveyden ja mielenterveyden neuvonta- ja asiointipalveluihin saapui yhteensä 419 viestiä vuonna 2020 (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2021). Verkkoneuvonnan voidaan katsoa edistäneen pilotoinnissa mukana olleen tiimin palvelun saatavuutta ja monikanavaisuutta, sillä suurin osa viesteistä on tullut muina viikonpäivinä kuin tiistaisin ja torstaisin, jolloin muut kanavat asiointiin ovat avoinna. Eniten viestejä on saapunut perjantaisin (7 kpl). Viestejä on lähetetty myös kello 16 jälkeen (7 kpl).

Ammattilaiselta vastauksen saatuaan asiakkaat ovat voineet antaa palautetta verkkoneuvonnasta. Pilotoinnin aikana palautetta oli annettu kahdeksan kertaa. Asiakkaiden antama palaute oli pääosin positiivista. Kaikilla kerroilla oli arvioitu, että palvelun käyttäminen oli helppoa. Kysymykseen 'auttoiko vastaus ongelmaasi' oli seitsemän kertaa vastattu kyllä ja yhden kerran en osaa sanoa. Avoimia palautteita asiakkailta ei tullut verkkoneuvonnan pilotoinnin aikana.

Ammattilaisille toteutettuun kyselyyn vastasi kolme henkilöä, mikä on neljäsosa verkkoneuvonnassa vastaajina toimivista ammattilaisista. Heistä kaikki olivat vastanneet yhdestä viiteen verkkoneuvonnan kautta tulleeeseen viestiin. Ammattilaisia pyydettiin arvioimaan verkkoneuvontaa asteikolla 1–5, jossa 1=täysin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä. Vastaajista kaikki olivat täysin samaa mieltä siitä, että verkkoneuvonta on lisännyt palvelun saatavuutta. Kaikki olivat myös täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että verkkoneuvonta sopii kyseisen tiimin asiakkaiden käytettäväksi. Toisin kuin asiakkaat kaikki ammattilaiset eivät arvioineet verkkoneuvontaa helppokäyttöiseksi. Kaksi ammattilaista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tekninen toteutus on helppokäyttöinen ja yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä. Palvelussa ammattilaisten ja asiakkaiden näkymät ovat hieman erilaiset. Myös vastauksissa verkkoneuvonnan löydettävyyteen asiakkaille oli eroja. Yksi ammattilainen oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että verkkoneuvonta on asiakkaille helposti löydettävissä ja kaksi ei ollut siitä samaa eikä eri mieltä. Kaikki ammattilaiset olivat kuitenkin täysin samaa mieltä siitä, että verkkoneuvontaa kannattaa jatkaa pilotoinnin jälkeen.

Ammattilaisten antamissa avoimissa vastauksissa verkkoneuvontaa verrattiin puheluihin. Ammattilaisten mukaan verkkoneuvonnassa on sekä heitä että asiakkaita koskevia etuja, joita puhelinasioinnissa ei ole.

"Verkkoneuvonta voi vähentää jonkin verran ruuhkaa puhelinajoista."

"Verkkoneuvontaa voi olla matalampi kynnyks käyttää vrt puhelimella soittoon. Viestiin saa mahdollisesti paremmin jäsenneityä asiat, on ns aikaa miettiä."

Ammattilaiset kokivat verkkoneuvonnassa olevan myös aikaan ja ajankäyttöön liittyviä etuja. Sen lisäksi, että asiakkaalla on aikaa miettiä ja jäsenellä kysymystä, hyvänä asiana nähtiin, että asiakas voi lähettää viestin mihin vuorokauden aikaan tahansa. Myös ammattilaisen työajan käyttöön liittyen verkkoneuvonnasta koettiin olevan hyötyä, sillä ammattilainenkin voi vastata viestiin hänelle sopivana ajankohtana ja tarvittaessa miettiä vastausta, mitä puhelun aikana ei voi tehdä.

"Viestin ehtii useimmiten lukemaan ajatuksella ja tarvittaessa miettimään vastausta/konsultoidaan lääkäriä. Viestin voi myös kopioida sellaisenaan Eskoon, joten kirjaamiseen ei mene niin paljoa aikaa (tapauskohtaista)."

Avoimissa vastauksissa ammattilaiset toivat esiin myös verkkoneuvonnan käytössä ilmenneitä haasteita ja kehittämiskohteita. Osaan asiakkaiden kysymyksistä on ollut hankalaa vastata viestillä. Silloin he ovat soittaneet asiakkaalle. Työntekijöiden vastausvuoroja viesteihin toivottiin nykyistä selkeämmiksi. Linkki tulisi olla helpommin löydettävissä, mutta vastauksesta ei ilme- ne, tarkoitetaanko linkillä asiakkaan vai ammattilaisen kirjautumislinkkiä palveluun. Lisäksi toi-

vottiin, että palvelusta olisi saatavilla puhelinsovellus. Sen uskottiin lisäävän verkkoneuvonnan käyttöä.

Verkkoneuvontaa on päätetty jatkaa hankkeen jälkeenkin, koska asiakkaat ovat kokeneet sen käytön helpoksi. Verkkoneuvonta on myös kustannuksiltaan edullinen. Vaikka saapuneiden viestien määrä on ollut vähäinen, verkkoneuvonnan käytön uskotaan lisääntyvän. Käyttöön voi vaikuttaa tiedottamisella. Tiedottamisessa haasteena on ollut, ettei käytössä ole mitään tiedottamisen keinoa, jolla tavoitettaisiin kaikki asiakkaat, joita verkkoneuvonta koskee. Verkkoneuvonnasta on tiedotettu tiimin päivitettyissä esitteissä ja käyntikorteissa, odotusaulan näytössä, organisaation nettisivuilla ja sosiaalisessa mediassa.

Chat

Osastonsihteerit pilotoivat neuvonta-chattia ajalla 1.12.2020–28.2.2021. Pilotoinnin aikana chat-palvelua arvioitiin seurantatapaamisissa, joissa oli paikalla Lapin sairaanhoitopiirin vastuuhenkilöitä, työssään chatia käyttänyt osastonsihteerin, virtu-palveluportaalin vastuutyöntekijä sekä Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen työntekijät Lapin sairaanhoitopiiristä ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta. Seurantatapaamisissa käytiin läpi tilastoja saapuneiden viestien määrästä ja viesteihin vastaamisen odotusajoista sekä osastonsihteerien kokemuksia palvelusta. Saapuneiden viestien vähäisen määrän vuoksi he eivät olleet kokeneet mielekkäänä ja tarpeellisenä seurata chatia varsinkaan silloin, kun osastonsihteerin on yksin paikalla eikä työtehtäviä voi jakaa toisen sihteerin kanssa. Chatin koettiin sitovan liikaa työntekijää siitä saatuun hyötyyn nähden. Chat-palvelun käyttöönotossa resursointi on tärkeää ja henkilökunnalla täytyy olla riittävästi aikaa vastata viesteihin. Seurantatapaamisissa keskusteltiin myös palvelusta tiedottamisesta. Chatin käyttöön vaikuttaa palvelun löydettävyyttä sitä tarvitseville. Chatista tiedotettiin muun muassa Lapin sairaanhoitopiirin nettisivuilla, sosiaalisessa mediassa ja odotusaulojen näytöillä, mutta tiedottamista tulee toistaa, mikä vaatii aikaa. Myös verkkoneuvonnan ja sähköisten lomakkeiden pilotoinnissa tuli esille, että palvelun käyttö määrän kasvaminen vie aikaa.

Todennäköisesti chatiin saapui vain yksittäisiä viestejä, koska chat oli anonyymi eikä tunnistautumista vaativiin kysymyksiin voitu vastata. Anonyymissa chatissa voi usein joutua ohjaamaan asiakasta ottamaan yhteyttä vielä toisellakin tavalla, mikä oli tiedossa jo chat-pilotin suunnitteluvaiheessa. Erään kartoituksen mukaan noin puolet chat-keskusteluista terveydenhuollossa vaatisi henkilötietojen käsittelyä, jotta asia hoituisi chatissa ohjaamatta asiakasta muuhun palveluun (Pisirici & Rönkä 2018, 48, 53). Pilotoinnin jälkeen sovittiin, että osastonsihteerit jatkavat chatin käyttöä siihen saakka, kunnes chat-palvelu saadaan siirrettyä toiselle yksikölle, jolla on enemmän tarvetta sen käytölle. Seuraavaksi selvitetään tunnistautumisella toimivan chatin käyttöönottoa nuorisopsykiatrialle.

4.2.3 Virtuaalisten palvelumuotojen kehittämisen ja käyttöönoton mahdollisuudet ja haasteet

Virtuaalisten palveluiden käyttöönoton edistäminen mielenterveyspalveluissa suunnitelman mukaisesti on kehittämisen kohteena ollut aikaa vievä ja monivaiheinen, mutta etenevä kokonaisuus. Palveluntuottajaorganisaation toimintamalli, vastuutahojen laajuus sekä päätökset sähköisten palvelujen käyttöönotossa hyväksyttävistä teknisistä järjestelmistä toivat haasteita suunniteltujen pilottien aikatauluihin. Virtuaalisten palveluiden kehittämiseen on liittynyt

monia selvittelyä vaativia eri vaiheita ja asioita, kuten tietosuojan varmistaminen ja tarvittavat järjestelmiin liittyvät sopimukset, työntekijöiden koulutus, jossa otetaan huomioon heidän henkilökohtaiset tietotekniset taidot, sekä palveluista tiedottaminen. Kaikkia vaiheita ja niiden työstämiseen tarvittavan ajan määrää ei ole riittävästi hankesuunnittelun ja toimeenpanon aikana osattu huomioida.

Aikataulujen sovittaminen ja toteuttaminen kehittämishankkeen toimenpiteiden etenemisen ja keston näkökulmasta on ollut välillä haastavaa. Sovittuja aikoja on eri syistä jouduttu siirtämään ja uuden ajan löytäminen on voinut mennä useiden viikkojen päähän. Virtuaalisten palveluiden käyttöönoton valmisteluun kului paljon aikaa, mikä lyhensi pilotointiaikoja. Pilotointiaikojen tulisi olla riittävän pitkiä, sillä käyttöönotto on jatkuva prosessi, joka edellyttää aktiivista palvelumallin vaiheiden eteenpäin viemistä, reagointia työntekijävaihdoksiin ja tiedottamista jatkuvasti ja monikanavaisesti sekä sisäisesti että ulkoisesti.

Palveluiden kehittämiseen liittyvät työpajat ovat sujuneet hyvin, ja virtuaalisiin palveluihin on suhtauduttu myönteisesti. Monet ammattilaisten ajattelemista myönteisistä mahdollisuuksista ovat myös toteutuneet, muun muassa sähköisen esitetolomakkeen myötä ajan säästyminen vastaanotolla muihin asioihin kuin lomakkeiden täyttämiseen.

Sähköisten palvelumuotojen edistämiseksi tarjoutui mahdollisuus osallistua Kuntaliiton Akusti-projektin toteuttamaan kehityskompassityökalun käyttöoppaan laadintaan syksyllä 2019. Tapaustyöskentelyn pohjalta ideoitiin etäryhmän (eDepressiokoulun) toteuttaminen Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen aikana sekä ryhmänohjaajakoulutuksen toteuttaminen depressiokouluohjaajien määrän lisäämiseksi. Toiminnot käynnistyivät kevään ja syksyn 2020 aikana. Ryhmänohjaajakoulutuksesta valmistui kuusi uutta depressiokouluohjaajaa Lapin sairaanhoitopiirin alueelle. Toimenpiteistä eDepressiokoulu integroitui osaksi hankkeen tutkimusyhteistyötä.

Ammattilaisilla on ollut ideoita myös muiden, kuin tässä hankkeessa pilotoitujen, sähköisten palveluiden hyödyntämisestä tulevaisuudessa. Sähköisen esitetolomakkeen esteiden ja mahdollisuuksien käsittelyn yhteydessä nousi esille, voisiko tulevaisuudessa olla sähköisesti täytettävä kriisisuunnitelma, joka näkyisi suojatussa yhteydessä sekä asiakkaalle että ammattilaiselle. Työpajoissa esimerkiksi viestintäkanavan ja chat-palvelun lisäetuna koettiin mahdollisuus tietoturvalliseen viestintään ammattilaisten välisessä konsultaatiossa. Kun chat-palvelun kehittämisessä ja käyttöönotossa edelleen edetään, palvelun käyttöönoton edistämistä voidaan arvioida myös työntekijöiden välisen viestinnän näkökulmasta. Konkreettista käyttöä voitaneen tulevaisuudessa kokeilla myös varsinaisessa hoitoon liittyvässä työssä, kuten hoidon tarpeen arvioinnin ja asiakkuudessa olevien henkilöiden asioiden hoitamisessa. Tekninen tietosuojattu valmius tähän on jo olemassa.

Lähteet

Kuntaliitto 2020: Kehityskompassi. Työkalu sosiaali- ja terveysalan kehittäjille käyttäjäkeskeiseen palvelusuunnitteluun. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Kehityskompassi-tyokalun-kayttopas.pdf>. Viitattu 11.3.2021

Kuntaliitto 2021: Alueiden ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallintoyhteistyöfoorumi. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/tiedonhallinta/akusti>. Viitattu 26.4.2021

Mielenterveystalo 2021: Itsearviointi. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/default.aspx>. Viitattu 26.4.2021.

Pisirici, Marianne & Rönkä, Hanna 2018: Terveyspalveluiden neuvonnan chat-palvelun kehittäminen. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

*Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2021: Virtuaalisen sosiaali- ja terveysterveystieteen tilastot vuonna 2020. [https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut asiakirjat%2FTuotantoympäristön tiedostomateriaali%2Fkollega%2FJulkaisut%2Fselvitykset%2Ftilastot 2020%20Epdf&parent=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut asiakirjat%2FTuotantoympäristön tiedostomateriaali%2Fkollega%2FJulkaisut%2Fselvitykset&p=true](https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut%20asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoympariston%20tiedostomateriaali%2Fkollega%2FJulkaisut%2Fselvitykset%2Ftilastot%2020%20Epdf&parent=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoympariston%20tiedostomateriaali%2Fkollega%2FJulkaisut%2Fselvitykset&p=true)
Viitattu 24.2.2021.*

4.3 eDepressiokoulu toipumista tukevana sähköisenä interventiona

Mari Kivistö

4.3.1 Depressiokoulun toimintaperiaatteet

Depressiokoulun manuaaleineen on alun perin kehittänyt Peter M. Lewinsohn kollegoineen 1970-luvulla. Depressiokoulu on teoriaan (kognitiivisbehavioraalinen orientaatio, sosiaalinen oppiminen) ja tutkimusnäyttöön perustuva strukturoitu noin 10 viikkoa¹ (10 oppituntia) kestävä ryhmäinterventio. Ryhmään kuuluu yleensä 6–8 henkilöä sekä ryhmänohjaaja. Depressiokoulussa saadaan tietoa masennuksesta sekä opetellaan masennuksen hallinnan ja ennaltaehkäisemisen taitoja ja rentoutumista. Työskentelyn painopiste on tulevaisuudessa ja toimintatapojen muutos kohdistuu arkeen. Strukturoitua huolimatta depressiokoulua on pidetty verrattain joustavana ja sopivana erilaisille asiakasryhmille. (Lewinsohn ym. 1984; Cujbers 1998; Cujbers ym. 2009; ks. myös Niemi 2007.) Interventioon osallistuvat tekevät kokoontumisten välillä tehtäviä depressiokoulun strukturoituun rakenteeseen sisältyvästä työkirjasta. Työkirjan ovat suomeksi muokanneet Tarja Koffert ja Katriina Kuusi (”Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja”). Työkirjan oppitunneilla käsitellään masennusta sekä sitä, miten tekeminen ja ajatukset vaikuttavat mielialaan. Lisäksi oppitunnit liittyvät ongelmien ratkaisuun, ihmissuhteissa toimimiseen ja tulevaisuudensuunnitteluun. Lopuksi pohditaan, mistä oma masennuksen ehkäisy ja hoidon ”työkalupakki” koostuu. (Koffert & Kuusi 2018, 3.)

Depressiokoulua on hyödynnetty eri puolilla maailmaa erityisesti masennuksen hoidossa (Cujbers ym. 2009; Kampman ym. 2011, 86). Tulokset ovat positiivisia ja depressiokoulua pidetään monipuolisena ja tehokkaana matalan kynnyksen interventiona (ks. Lewinsohn ym. 1984; Cujbers 1998; Niemi 2007; Cujbers ym. 2009; Kampman ym. 2011; Garvik ym. 2013). Erityisen tehokkaana depressiokoulua on pidetty lieväoireisen masennuksen hoidossa (Allart-van Dam ym. 2007; Niemi 2007). Asiakaskeskeisyyden, toiminnallisuuden, vertaistuellisuuden, arkeen kohdistuvuuden sekä positiiviseen ajatteluun perustuvuuden (ks. esim. Niemi 2007) vuoksi depressiokoulua voidaan pitää läheisenä myös toipumisorientaation lähtökohdille (ks. Nordling 2018; Nordling & Risänen 2020; myös Kivistö 2021).

¹ Interventiosta tunnetaan myös eri mittaisia sovelluksia.

4.3.2 eDepressiokoulupilotit

Lapin sairaanhoitopiirillä on pidempiaikaista kokemusta perinteisestä, henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa toteutettavasta ryhmämuotoisesta depressiokoulusta (ks. Niemi 2007). Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen osahankkeessaan Lapin sairaanhoitopiiri pilotoi depressiokoulun teknologiavälitteistä toteuttamista (eDepressiokoulu). Pilotteja suunnitelllessaan ja pilottien teknistä toteutusta pohtiessaan sairaanhoitopiiri teki yhteistyötä myös Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa. Lapin yliopistosta mukaan tuli tutkija toteuttamaan pilottien tutkimuksellista arviointia (ks. myös Kivistö 2021).

eDepressiokoulupilotit ovat osa Lapin sairaanhoitopiirin laajempaa sähköisten palveluiden kehittämistä. Lappi on alueena suuri ja välimatkat usein pitkiä, mikä tuottaa tarvetta sähköisten palveluratkaisujen kehittämiselle ja käyttöönnotolle. Viime aikoina etäpalveluiden tarvetta on entisestään lisännyt COVID-19-pandemia.

Teknologiavälitteistä eDepressiokoulua pilotoitiin sairaanhoitopiirissä ensimmäisen kerran jo yli kymmenen vuotta sitten, mutta tuolloin kokeilua haastoivat tekniset, kuten internetyhteyden laatuun liittyvät, ongelmat (Pirttijärvi 2009). Merkityksellistä ensimmäisissä kokeiluissa oli se, että teknisistä ongelmista huolimatta asiakkaat pitivät interventiota pääosin hyvänä ja olivat kiinnostuneita kokeilemaan vastaavanlaista palvelua uudelleen (mt.). Sitten eDepressiokoulua on sairaanhoitopiirissä kokeiltu myös korkeakouluopiskelijoiden kanssa, mutta tähän ei ole liittynyt tutkimuksellista arviointia.

eDepressiokoulupiloteissa noudatettiin perinteisen depressiokoulun strukturoitua sisältöä ja hyödynnettiin depressiokoulun työkirjaa (ks. Koffert & Kuusi 2018). eDepressiokoulu poikkeaa perinteisestä depressiokoulusta lähinnä teknologiavälitteisen toimintaympäristön vuoksi. Teknologiavälitteisyys asettaa vaatimuksia paitsi intervention tekniselle toteuttamiselle myös toteuttajien osaamiselle – esimerkiksi vuorovaikutusosaamiselle.

eDepressiokoulupilotteja vetivät sairaanhoitopiirin työntekijät, jotka olivat saaneet koulutuksen depressiokoulun ohjaamiseen. Yhdellä ohjaajista oli aiempaa kokemusta myös teknologiavälitteisestä depressiokoulusta. Pilotit toteutettiin videoneuvottelusovelluksella (Skype for Business). Toteutuksessa huomioitiin tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät kysymykset. Ohjaajat eivät esimerkiksi saaneet jakaa materiaalia videoneuvottelusovelluksen välityksellä.

Ensimmäinen pilotti toteutettiin kevästä kesään 2020 ja toinen syksyllä 2020. Ensimmäiseen pilottiin osallistui yhdeksän ja toiseen kuusi asiakasta. Osallistujien eDepressiokouluun rekrytoimiseen vaikutti pilottien toteutusaikana levinnyt koronapandemia sekä pitkät välimatkat sairaanhoitopiirin alueella. Osassa kuntia etäosallistuminen oli ainut vaihtoehto palvelun saamiseksi. Ennen interventiota sairaanhoitopiirin työntekijät arvioivat eDepressiokoulun soveltuvuuden asiakkaille. eDepressiokouluun sisältyi koetun masennuksen mittaaminen (Beck Depression Inventory, BDI) ennen koulua, koulun päätyttyä sekä seurantatapaamisen yhteydessä. Lähtökohtana oli, ettei palvelua ensisijaisesti tarjota vaikeasti masentuneille henkilöille. Osallistujille toimitettiin depressiokoulun työkirja sekä järjestettiin etäinfotilaisuus ennen eDepressiokoulun alkamista.

4.3.3 Tutkimuksellisen arvioinnin toteuttaminen

Arvioinnin aineistona toimi pilotteihin osallistuneiden asiakkaiden ja työntekijöiden tuottama kokemuksellinen tieto. Aineistona olivat kolmen palvelua käyttäneen asiakkaan yksilöhaastattelut, kahden ohjaajan ryhmähaastattelu sekä yhden ryhmänohjaajan kirjallisesti tuottama informaatio. Haastattelut olivat puolistrukturoituja teemahaastatteluja, joita toipumisorientaatioon kiinnittyvät teemat suuntasivat haastattelurungossa seuraavalla tavalla²:

Yleiset kokemukset eDepressiokouluun osallistumisesta

- Millaisena koit eDepressiokouluun osallistumisen?
- Millaisia vahvuuksia eDepressiokouluun mielestäsi liittyy? Entä haasteita?

eDepressiokouluun osallistumisen koetut vaikutukset toipumiseen ja osallisuuteen

- Millainen elämäntilanteesi oli ennen eDepressiokoulua?
- Millaisia vaikutuksia eDepressiokouluun osallistumisella oli elämäntilanteeseesi ja arkeesi?
- Millaista tukea ja apua sait eDepressiokoulusta?
- Miten eDepressiokouluun osallistuminen vaikutti käsitykseesi itsestäsi?
- Miten eDepressiokoulu heijastui käsitykseesi voimavaroistasi?
- Miten eDepressiokouluun osallistuminen heijastui jaksamisesi?
- Millaisia vaikutuksia eDepressiokoululla oli osallistumiseesi ja aktiivisuuteesi?
- Millaisia vaikutuksia eDepressiokoululla oli sosiaalisiin suhteisiisi?
- Millaisia tulevaisuuden suunnitelmia tai toiveita sinulla nyt on, ja oliko eDepressiokouluun osallistumisella niihin vaikutusta?
- Millaisia kohokohtia eDepressiokouluun osallistumiseen liittyi?

eDepressiokoulun kehittämistarpeet

- Millä tavoin etäyhteyksillä toteutettavaa eDepressiokoulua voitaisiin mielestäsi kehittää?

Asiakkaiden haastattelut toteutettiin etäyhteydellä ja äänitallentimella. Ammattilaisten ryhmähaastattelu toteutettiin kasvokkain. Litteroitua aineistoa kertyi asiakkailta 28 sivua ja ammattilaisilta 17 sivua.

Aineiston keruun tavoin myös arviointi suoritettiin laaja-alaisen toipumisen (Recovery) ja sen tukemisen näkökulmasta (ks. Anthony 1993; Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020). Masennus ymmärrettiin kokonaisvaltaisena ja kokemuksellisenä ilmiönä, josta toipumisessa merkityksellisiä ovat arjen sosiaaliset ulottuvuudet, kuten koti, sosiaalinen verkosto, toimivat mielenterveyspalvelut, mukava vapaa-aika, työ sekä muu mielekäs ja merkitykselliseksi koettu elämäntoiminta (Romakkaniemi 2011, 227). Laajempi kuvaus toteutetusta arvioinnista on julkaistu Kuntoutus -lehdessä julkaistussa artikkelissa (Kivistö 2021), jossa fokus oli siinä, miten

²Esimerkki on asiakkaiden teemahaastattelurungosta.

eDepressiokoulu heijastuu toipumiseen sekä siinä, millainen merkitys eDepressiokoulun eri elementeillä, kuten teknologiavälitteisyydellä, ryhmämuotoisuudella ja strukturoidulla rakenteella, on toipumisessa.

Tässä tekstissä tarkastellaan kokemuksellisen aineiston valossa eDepressiokouluun osallistuneiden tilanteissa tapahtuneen muutoksen taustalla vaikuttaneita konteksteja ja mekanismeja ja kuvataan näiden pohjalta intervention aikaisia muutoksia. Analyysissa on hyödynnetty realistisen arvioinnin menetelmää (ks. Pawson & Tilley 1997). Depressiokoulun perustuminen vankkaan teoria- ja tutkimustietoon puoltaa teoriasidonnaisen realistisen arvioinnin valintaa arvioinnin välineeksi. Realistisessa arvioinnissa keskeistä on, että siinä tarkastellaan aikaansaadun muutoksen ja vaikutusten lisäksi muutosten taustalla vaikuttavia mekanismeja, kuten erilaisia rakenteellisia tekijöitä ja toimintatapoja. Lisäksi huomiota kiinnitetään kontekstiin, kuten olosuhteisiin ja elämäntilanteisiin (konteksti + mekanismit = muutos). (Pawson & Tilley 1997.) Realistinen arviointi sopii teknologiavälitteisen mielenterveysintervention arviointiin myös siksi, että aiemmassa sähköisiä mielenterveyspalveluja koskevassa tutkimuksessa on tunnistettu tarvittavan tietoa siitä, millaisissa tilanteissa ja kenen kohdalla sähköiset interventiot tuottavat sellaisia vaikutuksia kuin tuottavat. Esimerkiksi palvelunkäyttäjien henkilökohtaiset tilannetekijät, tuen tarpeet ja tukimahdollisuudet sekä kunkin intervention tarkka sisältö ja käyttökonteksti on tärkeä ottaa huomioon. (Ks. esim. Stenberg ym. 2016; Briand ym. 2018; Kivistö 2020.) Realistisessa arvioinnissa ollaan kiinnostuneita siitä, mikä toimii kenellekin, missä olosuhteissa ja miten (Pawson & Tilley 1997). Realistisessa arviointitutkimuksessa pyritään toisin sanoen vastaamaan siihen, miksi jokin interventio vaikutti (Julkunen ym. 2005, 3).

4.3.4 Arvioinnin tulokset tiivistettyinä: muutos, konteksti ja mekanismit

Tulosten perusteella eDepressiokoulu on lupaava interventio masennuksesta toipumisen tukemisessa (myös Kivistö 2021) ja tuottaa kokemuksia myönteisestä muutoksesta (taulukko 3). Kaikki haastatteluihin osallistuneet asiakkaat ja ammattilaiset kuvasivat eDepressiokouluun osallistumisen aikaansaaneen myönteistä muutosta interventioon osallistuneiden henkilöiden tilanteissa. Toisaalta on tärkeä ottaa huomioon, että haastatteluihin osallistui vain viidesosa kaikista interventioon osallistuneista asiakkaista³ (ks. myös Kivistö 2021).

Perinteisen depressiokoulun tavoin eDepressiokoulun koettiin vahvistaneen siihen osallistuneiden identiteettiä, tarjoavan uutta tietoa ja uusia taitoja, rohkaisua ja vertaistukea sekä vahvistavan myönteistä ajattelua ja toiveikkuutta. Erityisesti intervention aikana saatua vertaistukea pidettiin merkityksellisenä sekä asiakkaiden että ammattilaisten kokemana. Toisaalta asiakkaat korostivat myös ryhmänohjaajina toimineiden ystävällisten, empaattisten ja ammattitaitoisten ammattilaisten merkitystä. Ammattilaiset kokivat niin ikään tärkeäksi depressiokoulun strukturoidun rakenteen ja siitä kiinnipitämisen sekä psykoedukaation merkityksen. Teknologiavälitteisyyden nähtiin tuottavan jonkin verran haasteita, mutta myös uusia etuja. Koetut vaikutukset ja muutos on raportoitu laajemmin toisessa julkaisussa (Kivistö 2021.)

³Ammattilaisten osalta tietoa tuottivat kaikki pilotteja ohjanneet ammattilaiset.

Taulukko 3. eDepressiokoulun aikainen muutos yksilöllisten toipumisprosessien näkökulmasta (Leamy 2011, Esa Nordlingin 2018 mukaan).

Toipumisen ydinprosessit	eDepressiokoulun aikainen muutos
Kumppanuus	• vertaistuen saaminen • yhteisöllisyyden kokeminen sekä vertaisten että ammattilaisten kanssa • sosiaalisten suhteiden kohentuminen
Toivo ja optimismi	• myönteisen ajattelun vahvistuminen • toivoa herättävien esimerkkien kuuleminen • unelmien ja toiveiden realistisena näkeminen
Identiteetti	• myönteisen minäkuvan ja itsearvostuksen vahvistuminen • häpeästigman vähentyminen • kokemus ”normaaliudesta”
Elämän tarkoitus	• oman onnellisuuden merkityksen ymmärtäminen • tulevaisuuden suunnittelun lisääntyminen • myönteisten tulevaisuuden näkymien vahvistuminen
Voimaantuminen	• arjen hallinnan taitojen oppiminen • jaksamisen ja aktiivisuuden parantuminen • teknologisen toimijuuden vahvistuminen

Realistisen arvioinnin mukaisesti analyysissä pyrittiin tunnistamaan paitsi eDepressiokoulun aikaista muutosta ja vaikutuksia (ks. taulukko 3) myös niitä tilanteita ja olosuhteita (konteksti), joissa eDepressiokoulun avulla pystyttiin edistämään positiivista muutosta ja masennuksesta toipumista. Niin ikään realistisen arvioinnin periaatteita noudattaen identifioitiin asiakkaiden ja ammattilaisten tuottamasta aineistosta niitä eDepressiokouluun liittyviä rakenteellisia tekijöitä ja toimintatapoja (mekanismeja), jotka tukivat toipumisprosessia⁴. (Ks. taulukko 4.)

Tulosten perusteella siihen, millaista muutosta eDepressiokoulun avulla aikaansaatiin intervention osallistuneiden asiakkaiden tilanteissa, vaikuttivat samanaikaisesti useat eri tekijät (ks. myös Pawson & Tilley 1997). Näitä olivat yksilöön liittyvät henkilökohtaiset tilannetekijät (esim. masennuksen lieväasteisuus, riittävät voimavarat), laajempi yhteiskunnallinen ja ajallinen konteksti (esim. COVID-19-pandemia, digitalisaation eteneminen) sekä varsinaiseen interventioon liittyvät niin rakenteelliset tekijät (esim. intervention ryhmämuotoisuus, toiminnalliset harjoitukset) kuin yksittäiseen pilottiin ja sen paikalliseen toteutukseen liittyvät tekijät (esim. teknologian toimivuus, ammattitaitoiset ja empaattiset ohjaajat).

⁴Pawsonin & Tilley (1997) mukaan realistisessa arvioinnissa pyritään tunnistamaan ensin interventioon liittyvät mekanismit ja sen jälkeen konteksti. Mekanismit aktivoituvat ainoastaan tietynlaisissa olosuhteissa eli konteksteissa.

Taulukko 4. eDepressiokoulun toipumista tukevat kontekstit ja mekanismit.

Kontekstit (elämäntilanteet, olosuhteet)	Mekanismit (intervention rakenne, toimintatavat)
Yksilötason tilannetekijät • riittävän vakaa / vakautumaan lähtenyt elämäntilanne • ei-vaikea-asteinen masennus • riittävät voimavarat ja sosiaaliset taidot ryhmämuotoiseen toimintaan osallistumiseksi • riittävät teknologiset taidot ja myönteinen suhtautuminen e-palveluihin Aikaan ja paikkaan liittyvät tilannetekijät • sähköisten palveluiden ja sähköisen asiainn yleistyminen (digitalisaatio) • lähipalveluiden vaihteleva alueellinen saatavuus (Lappi) • pandemiatilanne	Intervention liittyvät tekijät • tavoitteellinen tutkittuun tietoon perustuva prosessi (strukturi) • ryhmämuotoinen toiminta (vertaisuus) • myönteisen ajattelun korostaminen (positiivinen mielenterveys) • toiminnalliset harjoitukset ja uusien taitojen opettelu (psykoedukaatio, sosiaalinen oppiminen) • arkeen kiinnittyminen (recovery in) Paikalliseen toteutukseen liittyvät tekijät • ammattitaitoisten ja empaattisten ammattilaisten koordinoima (professionaalisuus, asiakaslähtöisyys) • riittävän toimiva ja helppokäyttöinen teknologia + ohjeistus (käytettävyys) • palvelun saatavuus (teknologiavälitteisyys)

Sähköiset palvelut tai interventiot eivät tuota samanlaisia vaikutuksia kaikissa konteksteissa ja kaikkien ihmisten kohdalla. Siksi erilaisiin tilannetekijöihin ja toiminnan kulloiseenkin kontekstiin tulee kiinnittää huomiota.

Yksilötason henkilökohtaisina tilannetekijöinä näyttäytyi ensinnäkin se, ettei eDepressiokoulu todennäköisesti sovellu akuutissa kriisitilanteessa oleville henkilöille. Haastattelujen perusteella eDepressiokoulu oli tukenut toipumista hyvin niissä tilanteissa, joissa asiakkaan masennuksesta toipuminen oli käynnistynyt ja elämäntilanne lähtenyt vakiintumaan jo ennen interventiota. Interventio edisti ja vahvisti tätä toipumista. Niin ikään saatujen kokemusten perusteella eDepressiokoulusta hyötyivät erityisesti henkilöt, joilla oli riittävät sosiaaliset ja kognitiiviset taidot osallistua ryhmämuotoiseen toimintaan sekä teknologiavälitteisen eDepressiokoulun kyseessä ollessa myös riittävät teknologiset taidot osallistua kotoa käsin itsenäisesti etäyhteyksin toteutettuun interventioon. Vaikka kaikilla haastatelluilla asiakkailla ei ollut aiempaa kokemusta sähköisestä asiainnista eikä videoneuvottelusovellusten käytöstä, he kykenivät sähköpostitse etukäteen saamansa kirjallisen ohjeistuksen perusteella liittymään mukaan videoneuvotteluun sekä toimimaan tavalla tai toisella myös mahdollisissa teknisissä ongelmatilanteissa.

Yksilöön liittyvien tilannetekijöiden lisäksi eDepressiokoulun aikaisen myönteisen muutoksen taustalta tunnistettiin laajempia kontekstuaalisia tekijöitä. Digitalisaatio on vähitellen levinnyt, minkä johdosta kansalaisten yleinen tietoisuus sekä asenteet sähköisiä palveluja kohtaan ovat muuttuneet positiivisemmiksi. Toisaalta joissakin osissa Lapin sairaanhoitopiiriä voivat sähköiset palvelut olla ainut vaihtoehto tiettyjen palveluiden saamiseksi, jolloin palvelun tarjoaminen etäyhteyksin parantaa merkittävästi alueellista palvelusaatavuutta. Pilottien aikaan vallinnut pandemiatilanne muutti kontekstia siten, että ilman eDepressiokoulupilotteja ei kesällä 2020 asiakkailla olisi ollut lainkaan mahdollisuutta osallistua vastaavaan ryhmäinterventioon. Vallitsevat olosuhteet olivat siten suopeat pilottien toteuttamiselle.

Mekanismit kuvaavat niitä interventioon liittyviä tekijöitä, joiden avulla aikaansaadaan muutosta. Mekanismit eivät ole välttämättä näkyviä saatikka itsestään selviä. (Pawson & Tilley 1997.) eDepressiokoulun myönteistä muutosta mahdollistavina mekanismeina tunnistettiin ensinnäkin depressiokoulun vankkaan teoreettiseen pohjaan perustuva strukturi. eDepressiokoulu perustuu tutkitun tiedon pohjalta rakennettuun määräaikaiseen tavoitteelliseen kuntouttavaan

prosessiin, jolla on alku ja loppu. Jokaiseen eDepressiokoulun tapaamiseen liittyy oma tarkoin suunniteltu teemansa (oppitunti) sekä siihen liittyvät harjoitukset. eDepressiokoulupiloteissa pyrittiin pitämään kiinni intervention hyväksi havaitusta struktuurista, vaikkakin siitä kerrottiin tarpeen vaatiessa myös joustetun (myös Kivistö 2021). Struktuuri varmistaa osaltaan toiminnan tavoitteellisuutta.

Mekanismit eivät itsessään tee mitään, vaan tarjoavat interventioon kiinnittyville toimijoille resursseja muutoksen aikaansaamiseen (ks. Pawson & Tilley 1997). Keskeisiä toimijoita eDepressiokoulupiloteissa olivat ensinnäkin depressiokoulun ohjaamiseen koulutetut mielenterveystyön ammattilaiset, jotka huolehtivat strukturoidun intervention tavoitteellisesta läpiviemisestä ja joita interventioon osallistuneet asiakkaat kuvasivat paitsi tietoa jakavina mielenterveyden ammattilaisina myös empaattisina ja ystävällisinä ihmisinä. Interventioon osallistuneille oli merkityksellistä kokea kumppanuutta ja välittämistä myös ammattilaisten taholta.

Toiseksi ryhmään osallistuneet asiakkaat olivat itse keskeisiä toimijoita myönteisen muutoksen aikaansaamisessa. Jo ryhmämuotoiseen toimintaan osallistuessaan he olivat toimijoina ylittäneet yhden keskeisen kynnyksen. Onnistuneessa ryhmämuotoisessa toiminnassa siihen osallistuvat ovat valmiita paitsi saamaan tukea myös antamaan sitä itse, esimerkiksi omia kokemuksiaan jakamalla. Vertaistuki oli eDepressiokoulussa keskeinen toipumista tukeva elementti, jonka toivat esille niin kaikki haastatteluihin osallistuneet asiakkaat kuin ammattilaisetkin. Vertaisuuden kautta asiakkaat olivat ymmärtäneet, että monet muutkin ihmiset erilaisissa elämäntilanteissaan painivat arjessa samanlaisten asioiden kanssa. Toipumisessa enemmän edenneet vertaiset puolestaan toimivat eDepressiokoulun aikana myönteisenä esimerkkinä selviytymisestä, ja vertaisilta saatiin elettyihin kokemuksiin perustuvia vinkkejä arjen toimivista toimintamalleista sekä kokemustietoa palveluista. (Myös Kivistö 2021.)

eDepressiokoulun struktuuriin kuuluu myönteisten asioiden tunnistaminen omassa elämässä sekä itselle iloa ja mielihyvää tuottavien asioiden tavoittelu ja tekeminen. Myös itsensä arvostamista ja itsensä palkitsemista korostetaan. Siksi eDepressiokoulun rakenteilla ja toimintatavoilla voidaan tulkita olevan yhteyksiä positiivista mielenterveyttä korostavaan toipumisorientaatioon (ks. Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020). eDepressiokoulun keskeiseksi toipumista tukevaksi mekanismiksi tunnistettiin asiakkaiden ja ammattilaisten tuottaman kokemuksellisen tiedon perusteella toiminnalliseen eDepressiokouluun sisältyvät tehtävät ja harjoitukset, joiden avulla opeteltiin arjessa hyödynnettävissä olevia hyvää mielenterveyttä, elämäntilannetta ja jaksamista tukevia taitoja. Näin eDepressiokoulu mekanismeineen tukee merkitykselliseksi tunnistettua arjessa toipumista (Recovery in, ks. Raitakari ym. 2018; myös Romakkaniemi 2011), vaikkakin työkirjan sisältämiä harjoituksia myös jonkin verran kritisoitiin (ks. Kivistö 2021).

eDepressiokoulupilotit poikkesivat perinteisestä, henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa toteutetusta depressiokoulusta erityisesti teknologiavälitteisen toteuttamistapansa vuoksi. Keskeisiksi mekanismeiksi teknologiavälitteisyyden näkökulmasta aineistossa nousivat teknologian toimivuus, helppokäyttöisyys ja riittävä ohjeistus. Piloteissa, erityisesti ensimmäisessä, oli teknisiä ongelmia, mutta haastateltujen asiakkaiden mukaan tekniset ongelmat eivät olleet ylittämättömiä (myös Kivistö 2021), ja asiakkaat kokivat eDepressiokoulun myönteiset elementit mahdollisia haasteita merkityksellisemmiksi. Kuitenkin toipumista tukevaksi mekanismiksi tulkittiin myös teknologian riittävän hyvä käytettävyys. Mikäli tekninen toteutus olisi epäonnistunut, olisi se voinut olla osalle osallistujista kielteisessä mielessä hyvin merkityksellistä. Teknologiavälitteisyys toimi myös eDepressiokoulun toipumista tukevana kontekstisidonnaisena mekanismina. Pandemia-aikana ja erityisesti tiettyinä ajankohtina vuonna 2020 etäyhteyksin toteutettu depressiokoulu oli käytännössä ainut mahdollisuus palvelun saamiseksi.

4.3.5 Pilottikokeiluista kohti rutiinikäytäntöjä

Lapin sairaanhoitopiiriin kahta pilottikokeilua koskeneiden asiakkaiden ja ammattilaisten kokemusten perusteella teknologiavälitteinen eDepressiokoulu on lupaava interventio masennuksesta toipumisen tukemisessa aikaansaaden kokemuksia myönteisestä muutoksesta interventioon osallistuneiden tilanteissa (myös Kivistö 2021). Perinteisen depressiokoulun tavoin eDepressiokoulun koettiin muun muassa tarjoavan yhteisöllisiä kumppanuusmahdollisuuksia ja toivoa, vahvistavan siihen osallistuneiden asiakkaiden identiteettiä, tarjoavan voimaannuttavalla tavalla uutta tietoa ja uusia taitoja sekä vahvistavan myönteistä ajattelua ja tulevaisuuden näyttämistä aiempaa positiivisempaan (esim. Cujbers 1998; Niemi 2007; Cujbers ym. 2009; Kivistö 2021). Niin sanottuina realistisen arvioinnin mukaisina ”odottamattomina vaikutuksina” (ks. Pawsen & Tilley 2004, 8) voidaan tunnistaa esiin tullut teknologisten taitojen ja myönteisten teknologia-asenteiden vahvistuminen osalla asiakkaista. ”Odottamattomana vaikutuksena” myös osa ammattilaisista kuvasi aiempien, sähköisiin palveluihin kohdistuneiden ennakoluulojensa kariseen. (Myös Kivistö 2021.)

Tässä arvioinnissa tuotettiin uutta tietoa koetun muutoksen taustalla vaikuttavista mekanismeista ja konteksteista, toisin sanoen siitä, millaisissa tilanteissa ja olosuhteissa ja miten toteutettuna eDepressiokoulu on tukenut myönteistä muutosta interventioon osallistuneiden tilanteissa (vrt. Kivistö 2021). Konteksteina tunnistettiin niin interventioon osallistuneisiin henkilöihin liittyviä yksilötason tilannetekijöitä kuin pilottien aikaiseen yhteiskunnalliseen ja alueelliseen aikaan ja paikkaan liittyviä tilannetekijöitä. Mekanismeja jäsennettiin suhteessa intervention yleiseen rakenteeseen sekä sen paikalliseen toteutukseen.

Asiakkailta ja ammattilaisilta kerättyjen kokemusten perusteella depressiokoulu on toteutettavissa onnistuneesti etäyhteyksin. Pilottien ja tutkimuksen aikaan vallinneena pandamia-aikana osa asiakkaista olisi jäänyt kokonaan ilman palvelua, mikäli eDepressiokoulupilotteja ei olisi toteutettu. Toisaalta Lapin pitkien välimatkojen alueella teknologiavälitteiset palvelut ovat tarpeellisia ja vahvistavat palvelusaatavuutta myös pandemiakontekstin ulkopuolella – niin ennen pandemiaa kuin sen mahdollisen päättymisen jälkeen.

eDepressiokoulun vaikutuksista ja intervention avulla aikaansaataavasta muutoksesta tarvitaan lisää tarkempaa, erilaiset tilannetekijät, olosuhteet ja kontekstit huomioonottavaa tietoa. Tärkeää on myös pyrkiä selvittämään niitä mahdollisia kokemuksia, joissa eDepressiokoulu ei näyttäydy yhtä myönteisenä kuin tässä arvioinnissa.

Saadut lupaavat tulokset ja lisääntynyt sähköisten palveluiden tarve kannustavat jatkamaan eDepressiokoulupiloteista kohti rutiinikäytäntöjä. Näin Lapin sairaanhoitopiiri on pyrkinyt tekemäänkin ja integroinut eDepressiokoulun osaksi lappilaisia mielenterveystyön käytäntöjä.

Lähteet

Allart-van Dam, Esther & Hosman, Clemens M.H. & Hoogduin, Cornelis A.L. & Schaap Cas P.D.R. 2007: Prevention of depression in subclinically depressed adults: Follow up effects on the “Coping with Depression” course. *Journal of Affective Disorders* 97 (1–3), 219–228.

Anthony, Williams 1993: Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1 (4), 11–23.

Briand, Catherine & Sablier, Juliette & Therrien, Julie-Anne & Charbonneau, Karin & Pelletier, Jean-Francois & Weiss-Lambrou, Rhoda 2018: Use of a mobile device in mental health rehabilitation: A clinical and comprehensive analysis of 11 cases. *Neuropsychological Rehabilitation* 28 (5), 832–863.

Cujbers, Pim 1998: A psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: A Meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" Course. *Behavior Therapy* 29 (3), 521–533.

Cujbers, Pim & Munoz, Ricardo & Clarke, Gregory N. & Lewinsohn, Peter M. 2009: Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychological Review* 29 (5), 449–458.

Cujbers, Pim & Karyotaki, Eirini & de Wit, Leonore & Ebert, David, Daniel 2020: The effect of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research* 30 (3), 279–293.

Garvik, Margit & Idsoe, Thormod & Bru, Edvin 2013: Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. *Emotional and Behavioral Difficulties* 19 (2), 195–209.

Julkunen, Ilse & Lindqvist, Tuija & Kainulainen, Sakari 2005: Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. *Stakes. Helsinki.* https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76036/ty%C3%B6papereita3_05.pdf?seq. Viitattu 4.10.2021.

Kampman, Mikko & Solantaus, Tytti & Karlsson, Linnea & Marttunen Mauri 2011: Lasten ja nuorten sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen ja masennuksen ennaltaehkäisy koulussa. Teoksessa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.): *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 6. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 81–89.*

Kivistö, Mari 2020: Sähköiset mielenterveyspalvelut toipumisen näkökulmasta. *Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus* 43 (3), 34–50.

Kivistö, Mari 2021: Teknologiavälitteinen eDepressiokoulu masennuksesta toipumisen tukena. *Kokemukset pilottikokeiluista. Kuntoutus* 44 (2), 48–57.

Koffert, Tarja & Kuusi, Katriina 2018: *Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Työkirja. Suomen Mielenterveysseura ry. Helsinki.*

Lewinsohn, Peter M. & Steinmetz, Julia M. & Antonuzzio, David & Teri, Linda 1984: Group Therapy for Depression: The Coping with Depression Course. *International Journal of Mental Health* 13 (3–4), 8–33.

Niemi, Heli 2007: *Depressio-koulu työmenetelmän arviointiselvitys. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä menetelmästä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja Lapin sairaanhoitopiiri. Rovaniemi.*

Nordling, Esa 2018: Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim* 134 (15), 1476–1483.

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: Mielenterveystyö uudistuu – toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 40. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Pawson, Ray & Tilley, Nick 1997: *Realistic evaluation. Sage. London.*

Pawson, Ray & Tilley, Nick 2004: *Realist evaluation.* https://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf. Viitattu 4.10.2021.

Pirttijärvi, Maarit 2009: *Depressiokoulun arviointi 18.3.2019. Julkaisematon.*

Raitakari, Suvi & Holmberg, Suvi & Juhila Kirsi & Räsänen, Jenni-Mari 2018: Constructing the Elements of the "Recovery in" Model through Positive Assessments during Mental Health Home Visits. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (7), 1441. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071441>

Romakkaniemi, Marjo 2011: Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 209. Lapin yliopistokustannus LUP. Rovaniemi.

Stenberg, Jan-Henry 2016: Psykoterapia ja siihen liittyvät etähoito- ja etäkuntoutusmenetelmät. Teoksessa Salminen, Anna-Liisa & Hiekkala, Sinikka & Stenberg Jan-Henry (toim.): Etäkuntoutus. Kelan tutkimuksia. Kela. Helsinki, 63–84.

Stenberg, Jan-Henry & Blanco Sequieros, Sanna & Holli, Matti & Kampman, Olli & Kieseppä, Tuula ym. 2016: Mielenterveyttä etänä? *Suomen lääkärilehti* 71 (35), 2106–2011.

4.4 Sähköiset palvelut omaisen toipumisen edistäjänä

Minna Vuorio

Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFamin osahankkeen tavoitteena oli mielenterveysomaisten hyvinvoinnin lisääntyminen, mielenterveysomaisten tunnistaminen itsenäisenä tukea tarvitsevana ryhmänä ja heille suunnattujen palveluiden kehittäminen sekä mielenterveysomaisten ja perheiden osallisuuden lisääntyminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi osahankkeessa kehitettiin sähköisiä palveluita omaisten toipumisen tukemiseksi.

Psyykinen sairastuminen vaikuttaa aina sekä sairastuneen omaan että hänen läheistensä elämään. Sairastuminen aiheuttaa usein kriisin myös omaisille ja lähipiirille ja vaikuttaa myös heidän elämäänsä monella tavalla. Omaisten kuormittuneisuuden kertymää voidaan tarkastella huolenpitotehtävän neljällä ulottuvuudella. Niistä kaksi ensimmäistä kuvaavat konkreettista huolenpitotehtävää ja kaksi viimeistä kuvaavat läheisen sairastumiseen liittyvää huolta ja sairastuneen ja lähipiirin välisen vuorovaikutuksen haasteita:

1. Käytännön arkiaskareista huolehtiminen sairastuneen puolesta tai tämän tukena ja apuna,
2. Sairastuneen valvominen itselle tai muille vahingollisen toiminnan varalta,
3. Omaisen yleinen huolestuneisuus esimerkiksi läheisensä terveydentilasta, toimeentulosta ja tulevaisuudesta,
4. Sairastuneen ja omaisen tai lähipiirin vuorovaikutuksen jännittyneisyys. (Nyman & Stengård 2001, 18.)

Läheisen sairastuminen muuttaa omaisen elämää ja arkea, tuo elämään ennakoimattomuutta sekä varsin usein suurta huolenpitovastuuta. Omaiset joutuvat kantamaan vastuuta sairastuneen tukemisesta arjessa, toimimaan palveluohjaajina ja pohtimaan, miten voisivat parhaiten olla sairastuneen tukena. Useimmat omaiset joutuvat ottamaan vastuuta sairastuneen läheisensä tukemisesta ilman tietoja, taitoja tai itse tarvitsemaansa tukea (Nyman & Stengård 2001, 15).

Samalla kun sairastunut tarvitsee paljon tukea ja omaisen on uudesta tilanteesta hämmentynyt, jää omaisen omasta hyvinvoinnista huolehtiminen vähiin. Mielenterveysomaisten hyvinvointi on todettu väestön hyvinvointia matalammaksi. Heillä masentuneisuus on yleisempää ja tyytyväisyys vähäisempää. (Nyman & Stengård 2005, 47.) Mielenterveysomaisilla on kohonnut riski

sairastua itse masennukseen. Heistä 38–46 prosenttia kärsii itse masennusoireista huolenpitotilanteessa (Nyman & Stengård 2001, 69; Omaisten hyvinvointitutkimus 2014). Omaisilla on todettu paljon myös stressiperäisiä somaattisia oireita (Nyman & Stengård 2001; Omaisten hyvinvointitutkimus 2014; Eufami 2015; McDaid 2020). Omaisten kuormittumisen taustalla on usein omaisen voimavarojen ja läheisen sairauteen liittyvän huolenpitotehtävän vaatimusten ristiriita, jolloin lepoon ja palautumiseen ei jää aikaa ja voimia (Nyman & Stengård 2001, 66).

Vaikka keinoja omaistilanteen tuottaman kuormituksen vähentämiseen on olemassa, vastaa palvelujärjestelmämme edelleen huonosti omaisten tarpeisiin. Osahankkeessa toteutettu mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimus (n=799) toi esiin mielenterveysomaisten tarpeita ja palvelujärjestelmän katveita. Esimerkiksi yhteistyössä ammattilaisten ja omaisten kesken on paljon kehitettävää, koska tiedonsaanti sekä sairastuneen tilanteesta että omaisille ja perheille suunnatusta tuesta on puutteellista (Kallunki & Knaapi 2020; myös Jurvansuu & Ringbom 2020).

Hyvinvointitutkimukseen osallistuneista 64 prosenttia oli saanut huonosti tai ei ollut saanut lainkaan tietoa läheisen sairaudesta (Kallunki & Knaapi 2020). Tutkimus osoitti, että riittävä tiedonsaanti läheisen sairaudesta, hoidosta ja kuntoutuksesta on monella tapaa tärkeää omaiselle. Omaisat, jotka olivat saaneet tarvitsemaansa tietoa läheisensä tilanteesta, kokivat elämänlaadunsa muita paremmaksi. He kokivat myös vähemmän syyllisyyttä läheisensä tilanteesta ja salasivat mielenterveysongelmat muita harvemmin. Kokemukset perheestä/läheisestä ainoana, jolla on mielenterveysongelmia, olivat heillä myös harvinaisempia kuin muilla.

Mielenterveysongelmien salaaminen ja omaisen syyllisyyden kokemukset ovat puolestaan yhteydessä omaisen positiivisen mielenterveyden kokemuksiin. Ne omaiset, jotka eivät salanneet läheisensä mielenterveysongelmia tai tunteneet niistä syyllisyyttä, kokivat oman positiivisen mielenterveytensä muita korkeammaksi. Tämän(kin) vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota niihin tekijöihin, joilla voidaan vähentää mielenterveysongelmien salaamista ja niihin liittyviä syyllisyyden tunteita. Tutkimuksen perusteella yhtenä keinona voi olla omaisten riittävä ja tarpeenmukainen tiedonsaanti mielenterveysongelmista, niiden hoidosta ja kuntoutuksesta (Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimus 2019).

Palvelujärjestelmän tulee huomioida omaiset osana sairastuneen hoitoa ja kuntoutusta, mutta myös itsenäisinä tuen tarvitsijoina. Hyvinvointitutkimus osoitti, että vajetta on myös siinä, miten omaisen osataan nähdä ja huomioida itsenäisenä tuen tarvitsijana ja miten hoitotaho ohjaa omaisia heille suunnatun tuen piiriin. Tutkimukseen osallistuneista 83 prosenttia koki, että hoitotaho ei ollut huomionut lainkaan tai oli huomionut heikosti omaisen jaksamisen ja hyvinvoinnin. 85 prosenttia vastaajista ei ollut saanut lainkaan tai oli saanut heikosti hoitotaholta välineitä itsensä ja perheensä jaksamisen tukemiseen. Myöskään tukimahdollisuuksista ei ollut kerrottu: 82 prosenttia ei ollut saanut lainkaan tai oli saanut heikosti hoitotaholta tietoa tukimahdollisuuksista itselleen omaisena tai perheelleen. (Kallunki & Knaapi 2020).

Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen tulokset osoittivat tarpeen parantaa omaisille tarjolla olevan tuen yhdenvertaista saatavuutta eri alueilla, mutta myös lisätä ammattilaisten osaamista mielenterveysomaisten tunnistamisessa ja huomioinnissa. Ammattilaisten avun ulkopuolelle jäävät erityisen usein omaiset, joiden läheinen ei saa ongelmaansa palveluja, jolloin koko perheeltä puuttuu yhteys viralliseen tukiverkostoon (Jurvansuu & Ringbom 2020).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että sähköiset mielenterveyspalvelut voivat vähentää stigmaa (Wallin ym. 2018) ja madaltaa kynnystä mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen (Jaroszewski ym. 2019). Esimerkiksi oman ongelmansa stigmatisoivaksi kokevat ihmiset hakeutuvat helpommin sähköisten palveluiden piiriin kuin kasvokkaisiin palveluihin (Wallin ym. 2018). Sähköisillä palveluilla voidaan vaikuttaa henkilökohtaiseen toipumiseen sekä osallisuuden vahvistumiseen. Sähköisesti saadun vertaistuen sekä osallistumisen toivoa vahvistavaan kokemukseen asiantuntijavetoiseen verkkointerventioon on todettu edistävän henkilökohtaista toipumista.

Vastaavasti osallisuuden kokemusta on vahvistanut se, että on mahdollistettu asiakkaan sähköinen verkostoituminen vertaisiin sekä tuettu aktiiviseen toimijuuteen sähköisten välineiden avulla. (Strand ym. 2017.)

Tuottamalla valtakunnallisia sähköisiä palveluita parannetaan mielenterveysomaisille suunnattujen palveluiden löydettävyyttä ja saavutettavuutta. Samalla vahvistetaan tuen saannin mahdollisuuksia niille omaisille, joiden sairastunut läheinen ei ole hoidon piirissä. Keskitetyt verkkopalvelut helpottavat omaisten ohjaamista tuen pariin myös somaattisen terveydenhuollon puolella, jossa omainen on asiakkaana omassa asiassaan.

Toipumisorientaation mukaiset sähköiset mielenterveyspalvelut voivat sisältää esimerkiksi sähköistä mielenterveystietoa ja -materiaaleja, välineitä itsehoitoon ja elämänhallintaan, kokemusasiantuntijavideoita tai teknologiavälitteistä vertaistukea (Thomas ym. 2016). Tuomalla FinFami-yhdistyksissä tuotetut oppaat, itsehoitomateriaalit, verkkoluennot ja erilaiset sähköisillä alustoilla toteutettavat ryhmät sekä muu omaisille tarjolla oleva tuki esiin keskitetysti mahdollistetaan niiden löytyminen ja käytettävyys valtakunnallisesti kaikille omaisille. Kun sähköiset palvelut rakennetaan organisaatiolähtöisyyden sijasta asiakaslähtöisesti, niin mahdollistetaan tarpeisiin vastaavan ja oikeanlaisen tiedon saatavuus.

4.4.1 Omaislähtöisyys sähköisten palveluiden kehittämisessä

FinFamin osahankkeessa toteutettu sähköisten palveluiden kehittämistyö osoitti, että palveluiden kehittämisen asiakaslähtöisyys voi toteutua myös valtakunnallisessa tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Osahankkeessa kehitettyjen palveluiden tavoitteena on tukea mielen-terveysomaisten osallisuutta, mutta myös kehittämistyöhön osallistuminen loi mahdollisuuksia osallisuuden subjektiivisille kokemuksille. Omaisten vahvalla mukanaololla palveluiden kehittämisessä on vahvistettu tuotettujen palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja palveluiden vastaamista omaisten tarpeisiin.

Omaisten oli mahdollista vaikuttaa ja olla mukana palveluiden kehittämisessä monin tavoin erilaisilla sitoutumisen ja ajankäytön määrillä. Monenlaisten mahdollisuuksien tarjoaminen turvasi osallistumisen erilaisissa omaistilanteissa oleville, myös maantieteellisesti laajasti.

Kyselyt

Laajimmalle joukolle omaisia osallistumisen palveluiden kehittämiseen mahdollisti mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen sähköinen kysely. Kyselyä jaettiin laajasti FinFami-yhdistysten, yhteistyökumppaneiden (mm. sairaanhoitopiirien) sekä sosiaalisen median kautta, ja se mahdollisti matalan kynnyksen osallistumisen ja vaikuttamisen sadoille omaisille kautta maan. Kyselyn tuloksia hyödynnettiin muun muassa ammattilaisille suunnatun verkkokoulun suunnittelussa sekä sähköisten palveluiden markkinoinnissa ammattilaisille.

Matalan kynnyksen mahdollisuus osallistua palveluiden kehittämiseen oli myös Omaisten hyvät kokemukset ammattilaisten kanssa -sähköinen kysely, jota markkinoitiin FinFami-yhdistysten toimintaan osallistuville. Kyselyn tuloksia hyödynnettiin erityisesti ammattilaisille suunnatun verkkokoulun sekä omaisille suunnatun verkkokurssin rakentamisessa, mutta myös sähköisten palveluiden markkinoinnissa ja järjestön vaikuttamistyössä.

Myös omaisten anonyymin verkkokurssin suunnittelun tueksi eläytymismenetelmän kehyskertomusten avulla kerätyt aineistot olivat vähän resurssia vaativa tapa osallistua palveluiden kehittämiseen. Kehyskertomusten avulla kerättiin omaisilta näkemyksiä onnistuneesta ja epäonnistuneesta verkkokurssista. Näin saatiin luotua raamit kurssin suunnittelulle.

Osa hyvinvointitutkimuksen kyselyyn vastanneista pohti, että *”kyselyitä aina on, mutta vaikuttaako nämä mihinkään”*. Kuitenkin kysyttäessä onko vastaajilla ollut mahdollisuutta osallistua mielenterveyspalveluiden kehittämiseen, todettiin kyselyihin vastaaminen yhdeksi keinoksi palveluiden kehittämiseen osallistumiselle. Vastauksista kävi ilmi, että kysely toimi osallisuuden edistäjänä myös siten, että siihen vastatessaan sai sanoittaa omia kokemuksiaan ja antaa ne kehittämistyön aineistoksi, auttamaan muita omaisia.

Työpajat

Työpajat ovat olleet enemmän aikaa ja resursseja vaativia palveluiden kehittämiseen osallistumisen ja osallisuuden kokemisen mahdollisuuksia kehittämistyöstä kiinnostuneille omaisille. Työpajoja on toteutettu yksittäisinä, jotta niihin osallistuminen on ollut helppoa eikä ole vaatinut sitoutumista pitkään prosessiin.

Mahdollisuuksia-verkkopalvelun suunnittelu aloitettiin palvelumuotoilutyöpajoilla keväällä 2019 kolmella paikkakunnalla. Samoilla paikkakunnilla toteutettiin alkuvuodesta 2020 työpajat, joissa työstettiin palvelun sisältöä, käytettävyyttä ja tekstien muotoiluja omaisten kanssa. Työpajat olivat avoimia kaikille omaisille.

Omaisten hyvät kokemukset -verkkotyöpajassa kerättiin omaisten kokemuksia samoilla kysymyksillä kuin hyvien kokemusten sähköisessä kyselyssä. Työpaja mahdollisti vertaisuuden kautta kokemuksiin liittyvien muistojen aktivoitumisen ja työpajassa saatiinkin runsaasti aineistoa hyvistä kokemuksista.

Työryhmät

Yksittäisten työpajojen lisäksi osahankkeessa on toiminut työryhmiä, joista kehittäjäryhmä on toiminut hanketyöntekijän tukena koko hankeajan. Lisäksi yksittäisten prosessien tai palveluiden kehittämisen puitteissa on kokoontunut työryhmiä erilaisilla kokoonpanoilla.

Osahankkeen kehittäjäryhmä on pitkäkestoisin työryhmä, jossa jäsenenä on ollut omaistyön ammattilaisten lisäksi kokemusasiantuntijoita, jotka ovat tuoneet merkittävän ja pitkäjänteisen panoksensa sähköisten palveluiden kehittämiseen ja muotoiluun. Kehittäjäryhmä on osallistunut kaikkien hankkeessa toteutettujen sähköisten palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen.

Mahdollisuuksien Markkinoijat -koulutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi kokemusasiantuntijoiden ja hanketyöntekijän muodostama työryhmä. Työryhmä suunnitteli FinFamin vapaaehtoistoimijoille täydennyskoulutuksen, jonka käytyään vapaaehtoiset toimivat Mahdollisuuksia-verkkopalvelun markkinoijina omilla alueillaan edistämällä ammattilaisten tietoisuutta matalan kynnyksen verkkopalveluista.

Toipumistarinat-kurssikokonaisuudessa tuotettiin uusia, toipumishenkisiä, omaisten kokemustarinoita Mahdollisuuksia-verkkopalvelun Vertaistukea ja kokemuksia -osioon. Tarinoiden työstämisen tueksi toteutettiin viiden verkkotyöpajan kurssikokonaisuus. Kurssin suunnittelusta ja ohjaamisesta vastasi työryhmä, jossa oli mukana kokemusasiantuntija.

Omaisten verkkokurssin sisällön ja käytettävyyden suunnittelusta vastasi työryhmä, jossa kokemusasiantuntijoilla oli merkittävä rooli. Kokemusasiantuntijat osallistuivat kurssin rakenteen ja sisällön suunnitteluun sekä kurssin sisällön tuottamiseen.

Omaisten laajalla mukanaololla palveluiden kehittämisessä pyrittiin varmistamaan palveluiden asiakaslähtöisyys, mutta myös mahdollistamaan osallisuuden kokemuksia palveluiden kehittämiseen osallistumisen kautta. Mielenterveyspalvelujen kehittämiseen, toteutukseen ja arviointiin osallistuminen voi vaikuttaa myönteisesti hanketoiminnoissa mukana olleiden hyvinvointiin. Viitteitä osallistumismahdollisuuksien merkityksestä oli havaittavissa myös omaisten hyvinvointikyselyn alustavissa tuloksissa.

4.4.2 Hankkeessa kehitetyt sähköiset palvelut

FinFamin osahankkeen tavoitteena oli hyödyntää digitalisaation mahdollisuuksia tukea omaisten jaksamista varhaisessa vaiheessa sekä tuoda tuki alueellisesti yhdenvertaisemmin saavutettavaksi sähköisten palveluiden avulla. Hankkeessa kehitettiin sähköisiä palveluita omaisten toipumisen tukemiseksi. Osa sähköisistä palveluista oli suunnattu omaisille ja osa ammattilaisille.

Suoraan omaisille suunnatut sähköiset palvelut tuovat omaisille tarjolla olevat palvelut esiin keskitetysti ja auttavat omaisia löytämään omiin tarpeisiinsa vastaavia palveluita ja tukea paikkakunnasta riippumatta. Ammattilaisille suunnatuilla palveluilla voidaan edistää omaisten hyvinvoinnin tukemista tarjoamalla ammattilaisille tietoa ja keinoja omaisten tukemiseen. Tärkeää on myös se, että ammattilaiset ovat tietoisia omaisille suunnatuista sähköisistä palveluista ja osaavat ohjata omaisia niihin.

Mahdollisuuksia-verkkopalvelu omaisille

Ensimmäinen osahankkeessa toteutettu sähköinen palvelu oli omaisille suunnattu palveluohjauksellinen Mahdollisuuksia-verkkopalvelu (finfami.fi/mahdollisuuksia), johon sisällytettiin FinFami-yhdistysten toteuttamat kasvokkaiset ja etänä tapahtuvat palvelut ja toiminnot. Mahdollisuuksia-verkkopalvelu toi FinFami-yhdistysten palvelut valtakunnallisesti saataville ja omaisille suunnatut palvelut yhdestä paikasta löydettäväksi.

Mahdollisuuksia-verkkopalvelu julkaistiin 2.3.2020 juuri ennen kuin COVID-19-pandemia tuotti rajoituksia kasvokkaisten palveluiden toteuttamiseen. Etätoimintaan siirtyminen laajensi FinFamin alueyhdistyksissä puhelin- ja verkkoryhmien sekä verkkoluentojen tarjontaa, ja ne lisättiin Mahdollisuuksia-verkkopalvelun vertaistukea ja kokemuksia sekä tietoa mielenterveydenhäiriöistä -osioihin. Näin etänä ja verkossa tarjolla olevat ryhmät, tilaisuudet ja luennot saatiin nopeasti valtakunnallisesti saavutettaviksi.

Etä- ja verkkoryhmät jäävät jatkossakin osaksi FinFami-yhdistysten toimintaa ja Mahdollisuuksia-verkkopalvelun kautta löytyviä palveluita. Lisääntyneiden verkkopalveluiden myötä palvelut ovat olleet alueellisesti yhdenvertaisemmin saatavilla ja osallistujia on tavoitettu myös alueilta, joilla perinteisiä, kasvokkaisia palveluja ei ole ollut tarjolla. Verkkopalvelut ovat mahdollistaneet tuen aiempaa laajemmin omaisten saavutettavaksi.

Mahdollisuuksia-verkkopalvelu on kehitetty yhdessä mielenterveysomaisten kanssa, heidän kokemustietoonsa pohjautuen. Verkkopalvelun kehittämisessä on tietoisesti pyritty pois organisatiónäkökulmasta ja rakennettu palvelu asiakkaiden eli mielenterveysomaisten tarpeiden pohjalta ja näihin tarpeisiin vastaavaksi. Verkkopalvelun osiot on luotu ja nimetty siten, että sivustolta omainen voi löytää tukea ja tietoa juuri omien senhetkisten tarpeidensa mukaisesti.

Mahdollisuuksia-verkkopalvelun jokaisessa osiossa on tekstiä, jonka tavoitteena on madaltaa kynnystä avun hakemiseen, ja linkkejä verkko- ja kasvokkain toimintoihin sekä omaisen hyvinvointia tukeviin aineistoihin. Teksti on pyritty pitämään lyhyenä ja selkeänä. Tekstejä on ko-
kumusasiantuntijoiden kanssa muotoiltu siten, että ne ovat helposti vastaanotettavia ja lukijaa arvostavia.

- Tietoa sinulle -osio kuvaa yhden ihmisen psyykkinen sairastumisen vaikutuksia omaisten ja läheisten elämään. Se kuvaa läheisen sairastumisen aiheuttamia tunteita ja vuorovaikutuksen haasteita sekä tuo näkyväksi omaisten oikeutta saada apua ja tukea itselleen.
- Vertaistukea ja kokemuksia -osion tavoitteena on mahdollistaa vertaisuuden kokemus matalla kynnöksellä omaisten kokemustarinoiden avulla sekä rohkaista ja ohjata vertaistuen pariin omalle paikkakunnalle Finfami-yhdistykseen tai valtakunnallisiin verkkoryhmiin.
- Keskusteluapu-osion tavoitteena on madaltaa kynnystä avun hakemiseen ja tuoda näkyväksi se, että omaisella on oikeus keskustella tilanteesta ja saada tukea itselleen. Osio tuo esiin vaihtoehtoja keskusteluavun löytämiseen joko omalta paikkakunnalta tai paikkakunnasta riippumattoman etäpalvelun kautta.
- Sinä saat voida hyvin -osion tavoitteena on vahvistaa ajatusta, että oma hyvinvointi ja siihen panostaminen ei ole väärin, vaan omaisella on oikeus voida hyvin ja tehdä itselle mielekkäitä asioita. Osio kannustaa omaisia omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen ja itselle mielekkään tekemisen löytämiseen.
- Apua arkeen -osion tavoitteena on madaltaa kynnystä hankkia apua arjen toimintoihin ja velvollisuuksiin.
- Taloushuolet-osion tavoitteena on kuvata taloushuolten yleisyyttä ja tuoda esiin tahoja, joista apua voi saada, ja näin madaltaa kynnystä avun hakemiseen.
- Tietoa mielenterveydenhäiriöistä -osio pyrkii vastaamaan omaisten tiedontarpeeseen ja ohjaa omaisia luotettavan tiedon äärelle.
- Toimimaan ja vaikuttamaan -osio tuo esiin vapaaehtoistoiminnan ja toimijuuden mahdollisuuksia sekä vaikuttamisen paikkoja.
- Muut palvelut -osio kuvaa palvelujärjestelmää, sen rakenteita ja paikkoja, joista voi hakea ja saada apua.

Omaisten verkkokurssi

Hankkeen aikana havaittiin myös tarve verkkokurssille, jonka voi suorittaa täysin anonymisti, itse valitsemanaan ajankohtana. Verkkokurssi perustuu muun muassa verkkoryhmien osallistujien palautteisiin. Niissä on tullut ilmi, että verkkoryhmiin on osallistunut omaisia, jotka eivät ole osallistuneet perinteiseen toimintaan eivätkä usko koskaan osallistuvansa. He totesivat hyödyntävänsä verkossa olevia palveluja, mutta eivät käytä perinteisiä kasvokkain kohtaamisiin perustuvia järjestöllisiä palveluja. Verkkokurssi mahdollistaa vielä anonymimmän osallistumisen, kun kurssin voi suorittaa omassa tahdissa itsenäisesti lukien, videoita katsoen ja tehtäviä tehden. Näin mahdollistetaan tuen saaminen sellaisille omaisille, joille muihin palveluihin osallistumisen kynnys on liian korkea.

Omaisille suunnattu verkkokurssi on tietoperustainen itsehoitoon perustuva kokonaisuus. Kurssi antaa tietoa läheisen psyykkisen sairauden vaikutuksesta lähipiiriin elämään ja synnyttää kokemuksen, että ei ole ainoa, jonka läheinen on sairastunut psyykkisesti. Kurssi on rakennettu asia-

kasymmärryksen kautta vastaamaan niiden omaisten tarpeisiin, joiden läheisen sairastumisesta on vasta vähän aikaa. Kurssi ohjaa heitä toipumisen polulle.

Verkkokurssi on suunnattu omaisille, joiden läheisen sairastumisesta on alle kaksi vuotta sekä omaisille, joiden läheisen sairastumisesta on kauemmin, mutta he eivät ole saaneet itselleen tukea omaisena tai osallistuneet FinFamin toimintaan. Kurssi vastaa alkuvaiheessa olevan omaisen tiedon ja tuen tarpeisiin sekä herättelee omaisen oman hyvinvoinnin merkitykseen ja keinoihin oman hyvinvoinnin vahvistamisessa.

Omaisten verkkokurssi täydentää tuen saannin mahdollisuuksia tarjoamalla tukea matalalla kynnyksellä. Samalla se toimii väylänä vahvempiin palveluihin.

Sähköiset palvelut ammattilaisille

FinFamin osahankkeessa toteutettiin myös ammattilaisille suunnattuja sähköisiä palveluita (aineistopankki ja verkkokoulu) omaisten hyvinvoinnin, positiivisen mielenterveyden ja toipumisen tukemisen välineeksi. Ammattilaisille suunnatut verkkopalvelut löytyvät osoitteesta finfami.fi/ammattilaisille.

Ammattilaisille suunnatut verkkopalvelut tukevat ammattilaisia omaisten huomioimisessa sekä osana sairastuneen hoitoa ja kuntoutusta että itsenäisinä tuen tarvisijoina. Ne antavat välineitä ja keinoja omaisten kohtaamiseen, kuulluksi tulemisen mahdollistamiseen sekä sairauden arkeen tuomien haasteiden sanoittamiseen. Puheeksi ottamisen materiaalit auttavat ammattilaisia ottamaan tilanteen puheeksi myös oman asiakkaan kanssa – usein sairastuneelle on tärkeää kuulla, että myös hänen lähipiirinsä saa tukea.

Aineistopankkia voivat hyödyntää sosiaali-, terveys- ja kasvatustalon ammattilaiset, jotka työssään kohtaavat asiakkaita, joiden läheinen on sairastunut psyykkisesti. On tärkeää, että omaisen elämän kokonaisuus ja läheisen psyykkisen sairastumisen tuoma kuormittavuus tunnistetaan myös niissä sosiaali-, kasvatustalon- ja terveyspalveluissa, joissa omaisen on asiakkaana omassa asiassaan. Tällöin mielenterveysomaisten tuen saanti ei ole riippuvaista sairastuneen hoitotahon toiminnasta eikä siitä, onko sairastunut läheinen edes hoidon piirissä.

Ammattilaisten aineistopankki sisältää tietoa ja työkaluja ammattilaisten käytettäväksi mielenterveyspalveluissa. Tietoa-osio sisältää informaatiota sairastumisen vaikutuksesta sairastuneen henkilön omaisten ja lähipiirin elämään, siihen liittyvistä tuen tarpeista ja tuen mahdollisuuksista.

- Omaisten tarinat -osiosta ammattilainen voi katsoa, kuunnella tai lukea omaisten kokemustarinoita, jotka kuvaavat, millaista on elämä sairastuneen läheisenä.
- Oppaat ammattilaisille -osiosta löytyy ammattilaisille suunnattu materiaali, mutta sieltä ammattilaiset voivat katsoa myös omaisille suunnattuja oppaita ja suositella niitä asiakkailleen ja heidän omaisilleen.
- Mahdollisuuksia-verkkopalvelu palvelee myös sairastuneiden kanssa työskenteleviä ammattilaisia tuoden esiin omaisten tarvitseman, mutta myös tarjolla olevan, tuen moninaisuuden.
- Lisäksi tietoa-osiossa on omaisen toipumiseen liittyviä verkkoartikkeleita, mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen artikkeleita sekä tiedotteita.

Työkaluja-osiossa on ammattilaisille suunnattuja välineitä omaisten huomiointiin ja tukemiseen arjen työssä. Osio sisältää FinFami-yhdistyksissä kehitettyjä puheeksi ottamisen malleja sekä muita omaisten tunnistamisen ja huomioinnin malleja. Osioista löytyy myös tietoa

mahdollisuuksista saada omaiskokemusasiantuntija luennoimaan tai osaksi oman yksikön kehittämistoimintaa.

Osana aineistopankkia on hankkeessa tuotettu verkkokoulu omaisen toipumisen tukemisesta. Verkkokoulu tukee omaisen huomioimiseen, toipumiseen ja sen tukemiseen liittyvää ymmärrystä ja osaamista. Ammattilaisille suunnattu verkkokoulu tarjoaa tietoa psyykkisen sairauden vaikutuksista sairastuneen läheisiin sekä heidän tukemisensa keinoista ja mahdollisuuksista.

4.4.3 Lopuksi

Sähköisillä palveluilla pyritään lisäämään alueellista yhdenvertaisuutta, kun palvelut ovat saatavilla paikkakunnasta riippumatta. Näin mahdollistetaan vertaistuen kokemus myös pienillä paikkakunnilla asuville, kun eri omaistilanteisiin kohdentuvaa vertaistukea ei ole muutoin saatavilla.

Toipumista edistävien sähköisten palveluiden yksi edellytys on tuen tarjoaminen eli se, että asiakas saa tarvittaessa harjoitella palvelun käyttöä sekä saa mahdollisuuden tekniseen tukeen (esim. Buckingham ym. 2015; Williams ym. 2019). FinFami-yhdistyksissä tehtiin paljon henkilökohtaista puhelinneuvontaa verkkotoimintaan osallistumisen mahdollistamiseksi. Syntyi paljon onnistumisen ja uuden oppimisen kokemuksia, jotka auttavat omaisia käyttämään jatkossa myös muita digitaalisia palveluja.

Vaikka monet aiemmin digilaitteita ja sähköisiä palveluja käyttämättömät ovat poikkeustilanteissa rohkaistuneet mukaan, on edelleen paljon omaisia, joilla ei ole osaamista tai välineitä osallistua verkkovälitteiseen toimintaan. Digitaalinen epätasa-arvo voi johtua myös alueiden heikoista internetyhteyksistä. Verkkoryhmien toiminnassa on tullut esiin tilanteita, joissa nettiyhteyksien laatu ei riitä esimerkiksi verkkoryhmään osallistumiseen, vaan yhteyksien toistuva katkeaminen ja heikko kuuluvuus estää omaisen osallistumisen verkkotoimintaan. Sähköisten palveluiden hyödyntäminen voi olla haasteellista siksi, että kaikille osallistuminen verkossa ja etänä toteutuvaan toimintaan ei ole mahdollista kotoa käsin esimerkiksi välineiden, taitojen tai rauhallisen tilan puuttumisen vuoksi.

Pelkät digipalvelut eivät jatkossakaan riitä, vaan edelleen tarvitaan niiden ohen myös kasvokkaisia palveluja. Vaikka monikanavainen palvelutarjonta on myös omaistyössä tulevaisuutta, on tärkeää, että omainen pystyy edelleen valitsemaan itselleen sopivat sähköiset toiminnot ja toisaalta jättämään pois ne toiminnot, jotka kokee tarpeettomiksi (Briand ym 2019; Kidd ym 2019). Tarjoamalla sekä sähköisiä että kasvokkaisia palveluja mahdollistetaan omaisille henkilökohtaisten palvelukokonaisuuksien rakentuminen.

Lähteet

Briand, Catherine & Sablier, Juliette & Therrien, Julie-Anne & Charbonneau, Karine & Pelletier, Jean-Francois & Weiss-Lambrou, Rhoda 2018: Use of a mobile device in mental health rehabilitation: A clinical and comprehensive analysis of 11 cases. *Neuropsychological Rehabilitation* 28 (5), 832–863. <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1106954>

Buckingham, Cristopher D. & Adams, Ann & Vail, Laura & Kumar, Ashish & Ahmed, Abu & Whelan, Annie & Karasouli, Eleni 2015: Integrating service user and practioner expertise within a web-based system for collaborative mental-health risk and safety management. *Patient Education and Counseling* 98 (10), 1189–1196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.018>

Eufami 2015: *Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness. An international exploration. The caring for carers survey report 2015: Results from 22 countries.* <http://eufami.org/wp-content/uploads/2018/04/c4c-global-report-final-updated-11-aug-15.pdf>. Viitattu 16.3.2022.

Jaroszewski, Adam C. & Morris, Robert R. & Nock, Matthew K. 2019: *Randomized Controlled Trial of an Online Machine Learning-Driven Risk Assessment and Intervention Platform for Increasing the Use of Crisis Services.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 87 (4), 370–379. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000389>

Jurvansuu, Sari & Ringbom, Heli 2020: *Mielenterveys- ja päihdeomaisten saama sosiaalinen tuki ja sen yhteydet mielen hyvinvointiin. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 1/2020. A-Klinikkasäätiö. Helsinki.*

Kallunki, Minna & Knaapi, Emilia 2020: *Mielenterveysomaiset eivät saa tarvitsemaansa tukea.* <https://finfami.fi/ajankohtaista/mielenterveysomaiset-eivat-saa-tarvitsemaansa-maaraa-tukea/>. Viitattu 16.3.2022.

Kidd, Sean A. & Feldcamp, Laura & Adler, Amos & Kaleis, Linda & Wang, Wei & Vichnevetski, Klara & McKenzie, Kwame & Voineskos, Aristotle 2019: *Feasibility and outcomes of a multi-function mobile health approach for the schizophrenia spectrum: App4Independence (A4i).* *PLOS ONE* 14 (7), e0219491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219491>

Kivistö, Mari 2020: *Sähköiset mielenterveyspalvelut toipumisen näkökulmasta. Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus* 43 (3), 34–50. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.100141>

McDaid, David & Park, A-La 2020: *Understanding the value and impacts of informal care for people living with poor mental health.* http://eufami.org/wp-content/uploads/2017/03/caring-report-_corrected-version-2_.pdf. Viitattu 16.3.2022.

Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimus 2019. Julkaisematon. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Helsinki.

Nyman, Markku & Stengård, Eija 2001: *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki.*

Omaisten hyvinvointikysely 2014. Julkaisematon. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Helsinki.

Strand, Monica & Gammon, Deede & Ruland, Cornelia M. 2017: *Transitions from biomedical to recovery-oriented practices in mental health: a scoping review to explore the role of internet-based interventions.* *BMC Health Services Research* 17 (1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2176-5>

Thomas, Neil & Farhall, John & Foley, Fiona & Rossell, Susan L. & Castle, David & Ladd, Emma & Meyer, Denny & Mihalopoulos, Cathrine & Leitan, Nuwan & Nunan, Cassy & Frankish, Rosalie & Smark, Tara & Farnan, Sue & McLeod, Bronte & Sterling, Leon & Murray, Greg & Fossey, Ellie & Brophy, Lisa & Kyrios, Michael 2016: *Randomized controlled trial of a digitally assisted low intensity intervention to promote personal recovery in persisting psychosis: SMART-therapy study protocol.* *BMC Psychiatry* 16 (1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1024-1>

Wallin, Emma & Maathz, Pernilla & Parling, Thomas & Hursti, Timo 2018: *Self-stigma and the intention to seek psychological help online compared to face-to-face.* *Journal of Clinical Psychology* 74 (7), 1207–1218. <https://doi.org/10.1002/jclp.22583>

Williams, Anne & Farhall, John & Fossey, Ellie & Thomas, Neil 2019: *Internet-based interventions to support recovery and self-management: A scoping review of their use by mental health service users and providers together.* *BMC Psychiatry* 19, 191. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2153-0>

5 MONIALAISEEN YHTEISTYÖHÖN PERUSTUVAT KÄYTÄNNÖT

5.1 Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten jaetun asiantuntijuuden merkitys mielenterveystyössä

Kari Soronen

Tarkastelen mielenterveyden kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveystyön ammattilaisten jaettua asiantuntijuutta. Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden asema Suomessa on vahvistunut 2000-luvulla. Kehitystä on tuettu poliittisella ohjauksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Kokemusasiantuntijuuden merkitys painottuu edelleen uusissa valtakunnallisissa suosituksissa. Se on nostettu keskeisten mielenterveysoikeuksien joukkoon uudessa kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa vuosille 2020–2030 (Vorma ym. 2020, 25).

Mielenterveyden kokemusasiantuntijat ovat henkilöitä, joiden asiantuntijuus rakentuu omakohtaiselle kokemukselle mielenterveyden häiriöistä, niistä toipumisesta sekä mielenterveyspalveluista (esim. Curran ym. 2015, 625; Rissanen 2015, 125). Omakohtainen kokemus toimii perustana, jolta kokemusasiantuntijuus kehittyy erityiseksi rooliksi kokemusasiantuntijakoulutuksen ja oman toipumisprosessin edistymisen antamien valmiuksien kautta. Siten kokemusasiantuntijat tuovat mielenterveystyön käytäntöihin omaan kokemukseen pohjaavan, asiakkaan kokemusta avaavan näkökulman.

Käsitteenä kokemusasiantuntijuus on edelleen monitulkintainen. Eri toimijoilla on toisistaan poikkeavia näkemyksiä toiminnan sisällöistä (esim. Kaminskiy ym. 2013; Humpston 2014). Myös vertaistoiminnan ja kokemusasiantuntijuuden suhde on selkiintymätön ja vastakkainasetteluineen jatkuvan neuvottelun kohteena (Soronen 2019). Osa mielenterveystyön ammattilaisista ja kokemusasiantuntijoista pitää vertaisuutta tärkeänä osana kokemusasiantuntijuutta. Toiset rajaavat kokemusasiantuntijuuden pelkästään muille kuin vertaisille suunnatuksi toiminnaksi. Kirjoitukseni kohdentuu sekä vertaistoimintaan perustuvaan että muille kuin vertaisille suunnattuun kokemusasiantuntijuuteen. Palkkioperusteisiin tehtäviin voivat kuulua osallistuminen asiakasvastaanottoihin, kotikäynteihin, kouluttamiseen sekä palvelujärjestelmän kehittämiseen ja arviointiin (esim. Rissanen 2015; Rissanen & Jurvansuu 2019).

Kokemusasiantuntija-nimityksen monitulkintaisuus on koettu ongelmaksi määriteltäessä kokemusasiantuntijuuden suhdetta mielenterveystyön ammatilliseen asiantuntijuuteen (esim. McLaughlin 2009; Meriluoto 2016). Kokemusasiantuntijoista käytetään yleisesti muun muassa vertaisohjaaja, kokemuskouluttaja, kehittäjäasiakas sekä kokemustutkija -nimityksiä (ks. Rissanen 2015). Niillä pyritään kuvaamaan neutraalimmin toiminnan sisältöjä ja omaan kokemukseen perustuvaa asiantuntijuutta. Käytettyjen nimikkeiden vaihtelu kuvaa kokemusasiantuntijoiden moninaisia toimintarooleja. Se tekee samalla näkyväksi kokemusasiantuntijoiden vakiintumattoman paikan mielenterveystyössä ja on hedelmällinen lähtökohta kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveystyön ammattilaisten jaetun asiantuntijuuden tarkastelemiselle.

Mielenterveystyössä kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteistyö toteutuu suurelta osin perinteisen ammatillisen työkulttuurin, arvojen ja normien säätelemissä työympäristöissä (esim. Freidson 1986). Professionaaliseen tietoon ja hierarkkiseen ammattirakenteeseen nojaavissa mielenterveystyön ympäristöissä kokemusasiantuntijoiden mukaantulo ja aseman muuttuminen vakavasti otettaviksi asiantuntijoiksi ja kollegoiksi työyhteisössä vievät aikaa. Se haastaa aiem-

min vallinneita toimintatapoja ja valtasuhteita (esim. Väyrynen & Lindh 2013). Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten jaettu asiantuntijuus kehittyy mielenterveystyössä lainsäädännön rajaamana ja ammattilaisten asemaa korostaen (esim. Miettinen ym. 2017, 33–35). Mielenterveysjärjestöissä toimivien kokemusasiantuntijoiden ja järjestötyön ammattilaisten yhteistyössä toiminta voi olla vapaamuotoisempaa. Säädökset eivät rajaa toimintaa samassa määrin kuin mielenterveystyön julkisen tai yksityisen palvelujärjestelmän piirissä. Siksi uudenlaisten toimintamallien kehittäminen ja kokeileminen on ominaista järjestökentän toimijoille. Ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden erilaisen tiedon yhdistäminen voi näin toteutua luontevammin.

Viimeaikaisessa professiososiologisessa tutkimuksessa oman alan asiantuntijuutta on tutkittu paljon. Perinteiseen ammatilliseen asiantuntijuuteen kuuluvan itsenäisen aseman on nähty heikentyvän vaihtoehtoisten asiantuntijuuden muotojen kehittyessä (Susskind & Susskind 2015, 231; myös Evetts 2011, 412). Eri ammattiryhmien suhteita sosiaali- ja terveysalalla on tutkittu muun muassa lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisen työnjaon ja rajanvedon näkökulmasta (Olakivi 2017, 110–115). Tarkastelutapa sopii myös mielenterveystyön ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden jaetun asiantuntijuuden tarkasteluun. Se voi kohdentua toimijuuden osa-alueiden, tehtävien, autonomian ja valtuuksien tutkimiseen.

Tämä voi johtaa kokemusasiantuntijoiden omaan kokemukseen ja ammattilaisten tutkimukseen perustuvan tiedon erojen korostamiseen. Kokemusasiantuntijuuden myönteisestä kehityksestä huolimatta aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että kokemusasiantuntijoiden on haastavaa päästä sisään ammatillisen työkuultuurin, arvojen ja normien ohjaamiin työympäristöihin (Martin & Finn 2011, 1061). Kirsi Güntherin ja kumppaneiden (2013, 81) mukaan kokemusasiantuntijoiden asiantuntijuus on rajattu edelleen kapeasti omaan kokemukseen perustuvan tiedon tuottamiseksi. Ajankohtainen kysymys kuuluu, mihin rajaan asti mielenterveyden kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten jaettu asiantuntijuus voi toteutua vakiintuneiden ammattihierarkioiden varaan rakentuvassa mielenterveystyössä.

Kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveystyön ammattilaisten erilaisten, mutta toisiaan täydentävien, tiedonlajien tunnistaminen ja yhdistäminen on tärkeää jaetun asiantuntijuuden kehittymiselle. Tietoisuus siitä, mitä kokemustiedolla ja mitä ammatillistiedolla on annettavana mielenterveystyössä ja mikä on kummankin erityisyys, suuntaa jaetun asiantuntijuuden kehittymistä. Etenemisen haasteista huolimatta tiedonlajien yhdistäminen ja asemoiminen toisiaan tukeviksi voi tuottaa mielenterveystyössä uudenlaista jaettua asiantuntijuutta. Päivi Rissasen (2015, 198) mukaan kokemusasiantuntijuus on saanut jalansijaa tavoiteltaessa laadukkaampia palveluita ja asiakasosallisuutta tukevia ratkaisuja mielenterveystyön ja koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän haasteisiin. Aiempaa tasa-arvoisemman jaetun asiantuntijuuden edistämiseksi tarvitaan valmiutta muutokseen asiantuntijoiden asenteissa ja toimintatavoissa. Perinteisestä näyttyön ja teorian tietoon perustuvasta asiantuntijuudesta on siirryttävä kohti mentorin ja valmentajan roolia.

Toipumisorientaatio mielenterveystyötä ohjaavana viitekehyksenä tukee jaetun asiantuntijuuden edistymistä. Kokemusasiantuntijat ovat toimineet sillanrakentajina jaetulle asiantuntijuudelle. Heillä on myös tärkeä asema toipumisorientaatioon tukeutuvan mielenterveystyön tavoittelussa. Toipumisorientaatio mielenterveystyössä toteutuu kokonaisvaltaisena asiakkaiden voimavaroja, osallisuutta, toivoa, merkityksellistä elämää ja positiivista mielenterveyttä huomioivana toimintana (esim. Le Boutillier ym. 2015; Nordling 2018). Toipumisorientaation mukaisesti mielenterveystyön ammattilaisten tehtävänä on tukea asiakkaiden omia tavoitteita prosessissa, jossa toipuminen ymmärretään kokonaisvaltaisena ja syvästi henkilökohtaisena kokemuksena (ks. Pilgrim ym. 2013).

Mielenterveystyön kontekstissa on nähtävissä uudenlaista jaetun asiantuntijuuden tavoittelua kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveystyön ammattilaisten kesken, ja jaetun asiantuntijuuden kehittymiselle on paikkansa mielenterveystyössä. Tasa-arvoon perustuvan jaetun asian-

tuntijuuden tavoittaminen edellyttää valtakysymysten ja ammattilaisten aseman uudenlaista tarkastelua. Jaettu asiantuntijuus ei kuitenkaan uhkaa mielenterveystyön ammattilaisten tutkimustietoon ja näyttöön perustuvan asiantuntijuuden asemaa. Kansainvälisessä tutkimuksessa keskiöön ovat nousemassa ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden erilaista ja toisiaan täydentävää tietoa kuvaavat käsitteet ”content versus context expertise” (Attygalle 2017, 3; Williams 2014). Content expertise kuvaa ammattilaisten mielenterveystyön sisällöllistä osaamista. Context expertise ilmentää kokemusasiantuntijoiden tärkeää tietoa palvelujärjestelmän kokonaisuudesta palvelunkäyttäjän kokemuksia ja näkökulmaa painottaen. Näin kummankin tiedon erityisyys yhdistyy, tulee huomioiduksi arvokkaana osana jaettua asiantuntijuutta. Mielenterveystyötä tehdään moninaisissa ympäristöissä tavoitteena auttaa henkilöitä heidän omalla henkilökohtaisella toipumismatkallaan (esim. Nordling 2018). Yhteisiä tavoitteita toipumisorientaatiolle ja jaetulle asiantuntijuudelle ovat tasa-arvoinen, kunnioitusta ja arvostusta välittävä vuorovaikutussuhde ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden välillä. Jaetulla asiantuntijuudella on paljon annettavaa mielenterveystyössä. Kokemusasiantuntijoiden tieto ja asiantuntijuus on koettu syvälliseksi. Jaetussa asiantuntijuudessa se yhdistyy rakentavasti ammatillisen asiantuntijuuden rinnalle. Jaettu asiantuntijuus voi auttaa ammatillaisia syventämään suhdettaan asiakkaiden kanssa ja antaa uutta näkökulmaa, ymmärrystä vaikeisiin ja henkilökohtaisiin kysymyksiin.

Lähteet

Attygalle, Lisa 2017: *The context experts: A white paper*. Tamarack Institute. <https://www.tamarackcommunity.ca/library/the-context-experts>. Viitattu 24.9.2021.

Curran, Tillie & Sayers, Ruth & Percy-Smith, Barry 2015: *Leadership as Experts by Experience in Professional Education*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 186, 624–629. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.005>.

Evetts, Julia 2011: *A new professionalism? Challenges and opportunities*. *Current Sociology* 59 (4), 406–422. <https://doi.org/10.1177/0011392111402585>

Freidson, Eliot 1986: *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. The University of Chicago Press. Chicago.

Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna 2013: *Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskursilla*. *Etnometodologinen tapaustudkimus*. Muotialan asuin- ja toimintakeskus. Tampere.

Humpston, Clara 2014: *Perplexity and Meaning: Toward a Phenomenological “Core” of Psychotic Experiences*. *Schizophrenia Bulletin* 40 (2), 240–243.

Kaminskiy, Emma & Ramon, Schula & Morant, Nicola 2013: *Exploring Shared Decision Making for Psychiatric Medication Management*. Teoksessa Walker, Steven (toim.): *Modern Mental Health: Critical Perspectives on Psychiatric Practice*. Critical Publishing. St Albans, 33–48.

Le Boutillier, Clair & Chevalier, Agnes & Lawrence, Vanessa & Leamy, Mary & Bird, Victoria J. & Macpherson, Rob & Williams, Julie & Slade, Mike 2015: *Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis*. *Implementation Science* 2015: 10, 87. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4>

Martin, Graham P. & Finn, Rachael 2011: *Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional health-care teams*. *Sociology of Health & Illness* 33 (7), 1050–1065. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01356.x.

McLaughlin, Hugh 2009: *What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'Service User' – What's Next?* *The British Journal of Social Work* 39 (6), 1101–1117. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155>

Meriluoto, Taina 2016: *Mitä kokemusasiantuntijat edustavat?: analyysi edustamisen politiikoista osallistamishankkeissa.* *Politiikka* 58 (2), 131–143.

Miettinen, Riikka & Romakkaniemi, Marjo & Laitinen, Merja 2017: *Historialliset painolastit asiakkaan aseman haastajina.* Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu, & Niskala, Asta (toim.): *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi – Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudessa.* Vastapaino. Tampere, 15–37.

Nordling, Esa 2018: *Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveyshäiriössä?* *Duodecim* 134 (15), 1476–83.

Olakivi, Antero 2017: *Terveystalouden ammattilaiset: professiososiologisia näkökulmia.* Teoksessa Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Mäki-Opas, Tomi (toim.): *Terveystalouden linjat.* Gaudeamus. Helsinki.

Pilgrim, David & McCranie, Ann 2013: *Recovery and Mental Health. A Critical Sociological Account.* Red Globe Press. London.

Rissanen, Päivi 2015: *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta.* *Kuntoutussäätien tutkimuksia* 88/2015. Kuntoutussäätien tutkimuksia. Helsinki.

Rissanen, Päivi & Jurvansuu, Sari 2019: *”Haluan olla hyödyllinen ja aktiivinen yhteisön ja yhteiskunnan jäsen”. Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhde mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointiin.* *Tietopuu: Tutkimussarja* 1/2019. A-klinikkasäätien tutkimuksia. Helsinki.

Soronen, Kari 2019: *Kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveyshäiriön ammattilaisten jaettu asiantuntijuus mielenterveyshäiriössä.* Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Romakkaniemi, Marjo & Tauro, Tanja-Maria (toim.): *Tutkiva sosiaalityö. Muuttuvat rajat ja vastuut – globaali ja lokaali sosiaalityö.* Talentia-lehti / Sosiaalityön tutkimuksen seura, 115–128.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.* Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Susskind, Richard & Susskind, Daniel 2015: *The Future of the Professions: How Technology Will Transform the Work of Human Experts.* Oxford University Press. London.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Koslof, Anu 2020: *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Väyrynen, Sanna & Lindh, Jari 2013: *Yhteistoimisuuden rajakohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa.* Teoksessa Niskala, Asta & Laitinen, Merja (toim.): *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä.* Vastapaino. Tampere.

Williams, Gareth, H. 2014: *Lay expertise.* Teoksessa Cockerham, William C. & Dingwall, Robert S. & Quah, Stella R. (toim.): *The Wiley-Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior and society.* Wiley-Blackwell. Chichester, 1283–1288.

5.2 Kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen työparityöskentely

Sari Veikanmaa

Kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen työparityöskentely on yksi tapa toteuttaa recovery- eli toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa. Kokemusasiantuntijoiden käyttö kliinisessä työssä edistää potilaan toipumista kohti mielekästä arkea (Venesmäki & Wiens 2021), ja työmuoto on käytössä ainakin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Pirkanmaalla. Pidempikestoisessa kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen työparina toimimisessa ammattilainen voi laajentaa osaamistaan yhdistämällä kokemustietoa asiantuntijatietoonsa ja kokemusasiantuntijoille avautuu mahdollisuus ammattilaisten työtehtävien, vastuiden ja velvoitteiden sekä mielenterveystyön kokonaisuuden laajempaan ymmärtämiseen (Soronen 2019, 123–124).

Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon tulosalueella (jatkossa LSHP Psykiatria) on kehitetty työparityötä lisäämällä ja kehittämällä kokemusasiantuntijoiden osallistumista asiakastyöhön ja palveluiden kehittämistyöhön. Tätä varten on myös koulutettu lisää kokemusasiantuntijoita yhteistyössä järjestön kanssa. Tässä tekstissä tarkastellaan ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan työparityöskentelyä asiakastyössä. Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten kokemuksia työparityöskentelystä on kerätty kyselyllä, johon vastasi kolme kokemusasiantuntijaa ja kaksi ammattilaista. Lisäksi tarkastelu perustuu hankkeen aikana tehtyihin havaintoihin.

5.2.1 Työparityöskentelyn toteutuminen

Kokemusasiantuntijatoiminnassa LSHP Psykiatria tekee yhteistyötä järjestöjen kanssa. Balanssi ry välittää kokemusasiantuntijoita ammattilaisten tekemien tilausten perusteella. Kokemusasiantuntijoita voi tilata myös muista järjestöistä, joilla on koulutettuja kokemusasiantuntijoita ja jotka järjestävät kokemusasiantuntijoilleen työnohjausta. Suoraan kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävistä ei sovita, koska järjestö seuraa jokaisen kokemusasiantuntijan tehtävien määrää heidän hyvinvointinsa ja jaksamisensa tukemiseksi. Näin tehtävät saadaan myös jaettua tasaisesti eri kokemusasiantuntijoiden kesken.

Ammattilainen pyytää asiakkaalta etukäteen luvan, jotta voi tilata kokemusasiantuntijan työpariksi asiakastapaamiseen. Eniten ammattilaiset ovat tilanneet asiakastapaamisiin työpariksi kokemusasiantuntijoita, joilta on edellytetty kokemusta ECT-hoidosta masennuksen hoitomuotona (electroconvulsive therapy) sekä epävakaudesta ja DKT-hoitomallista (dialektinen käyttäytymisterapia). Muissa ammattilaisten tekemissä tilauksissa on pyydetty työpariksi kokemusasiantuntijoita, joilla on kokemusta muun muassa skitsofreniasta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, alkoholin käytöstä, masennuksesta ja päihteiden käytöstä sekä asumisesta mielenterveyskuntoutujana tuetussa asumisessa. Lisäksi ryhmämuotoisessa avokuntoutuksessa, jossa sama ryhmä kokoontuu viidelle viikon mittaiselle kuntoutusjaksolle vajaan kahden vuoden aikana, kokemusasiantuntijoiden käyttö on vakiintunutta.

Asiakastapaamisiin ammattilaiset ovat pyytäneet kokemusasiantuntijan työpariksi, kun ovat arvioineet, että vertaistuellisesta lähestymistavasta voisi olla hyötyä. Ammattilaisten mukaan työparityön tavoitteena on yleensä ollut saada asiakkaalle vertaistukea, kun asiakas on esimerkiksi toivoton selviytymisensä suhteen. Asiakkaan kannalta hyviin tuloksiin päästäänkin, kun ammattilainen työ ja vertaistuki yhdistetään (Mikkonen & Saarinen 2018, 29). Vertaistukena toimiminen on kuitenkin vain yksi kokemusasiantuntijan tehtävistä ja kokemusasiantuntijoilla voi olla myös ammattimaisia tehtäväkuvia (Hirschovits-Gerz ym. 2019).

ECT-hoitoon liittyen on käytetty kokemusasiiantuntijan ja ammattilaisen työparityöskentelyä, koska monella ECT-hoito jännittää ja pelottaa eivätkä he uskalla suostua hoitoon, vaikka hoitajat antavat siitä paljon tietoa. Osa on halunnut tavata henkilön, joka on saanut ECT-hoitoa ja hyötynyt siitä. DKT-arviokäynnneille kokemusasiiantuntijoita on pyydetty DKT-yksilöterapeutin työpariksi tapaamaan hoidon mahdollisesti aloittavaa henkilöä ja kertomaan hänelle hoitomallista sen läpikäyneen ihmisen näkökulmasta. Tavoitteena on ollut antaa arvioitavalle henkilölle tietoa, millainen hoitomalli on asiakkaan näkökulmasta, mihin ja miten se auttaa ja mitä se vaatii, sekä vastata arvioitavan mahdollisiin muihin hoitomallia koskeviin kysymyksiin. Henkilö on tarvinnut tietoa, jotta on voinut tehdä päätöksen, lähteekö hoitomalliin. Lisäksi hän on tarvinnut toivoa, että ongelmiin voi saada apua sekä vertaiskokemuksen toiselta epävakaaan diagnoosin saaneelta henkilöltä. Näissä kahdessa esimerkissä kokemusasiiantuntijan tehtävänä on toimia välittäjänä ja sillanrakentajana (ks. Kirjavainen & Hietala 2019, 242–249).

Ammattilaiset ovat odottaneet työparityöskentelyltä erityisesti toivon näkökulman tuomista toipumiseen. Kun asiakas on vasta saanut diagnoosin, tapaamisen tavoitteena on ollut keskustella elämästä sairaudesta huolimatta sekä antaa toivoa toipumiseen. Työparityöskentelyltä on odotettu myös tavoitteiden löytymistä. Toipumisorientaatioon perustuvassa työotteessa ammattilaisen tehtävänä on auttaa asiakasta tunnistamaan hänen omia toipumistavoitteitaan (Nordling 2018, 1482), mutta joskus on haastavaa löytää tavoitteita, joihin asiakas sitoutuu. Kokemusasiiantuntija voi tuoda työskentelyyn käytännönläheistä otetta. DKT-arviokäynnneillä ammattilainen on odottanut, että kokemusasiiantuntija kertoisi arvioitavalle omasta tilanteestaan, josta lähti aikoinaan DKT:hen. Lisäksi hän on pyytänyt kokemusasiiantuntijaa pohtimaan ennen tapaamista, mistä olisi itse toivonut keskusteltavan saman kokeneen ihmisen kanssa arviokäynnillä. Kokemusasiiantuntijat ovat odottaneet työparityöskentelyltä, että voivat olla apuna oman kokemuksensa kautta ja heidän kokemuksestaan on hyötynyt asiakkaalle.

Enimmäkseen kokemusasiiantuntijan tehtävä on määrittynyt toipumiskokemusten kautta (ks. Kirjavainen & Hietala 2019, 249–251). Ammattilaisten mukaan kokemusasiiantuntija on antanut työparityöskentelyyn ennen kaikkea oman kokemuksensa: oman tärkeän näkemyksensä sairautteen ja sen mukanaan tuomiin asioihin sekä koetun ja eletyn, mihin työntekijällä ei ole kosketuspintaa. Kokemusasiiantuntija on antanut toivon näkökulmaa ja toiminut esimerkkinä. Hän on kertonut, mikä häntä on auttanut hyväksymään sairauden ja miten itse on konkreettisesti vastaavassa tilanteessa toiminut. Ammattilaisten mukaan monet asiat ovat asiakkaalle helpommin vastaanotettavia kokemusasiiantuntijan kertomana. Myös kokemusasiiantuntijat vastasivat, että heillä on ollut antaa työparityöskentelyyn oma kokemuksensa ja omat toipumiskeinonsa.

Vastaukset ammattilaisen ja kokemusasiiantuntijan rooleista työparityöskentelyssä vaihtelivat hieman. Yhden ammattilaisen vastauksen mukaan roolit ovat olleet tasavertaiset. Toipumisorientaatioissa ja jaetussa asiiantuntijuudessa tavoitteena onkin tasa-arvoinen, kunnioitusta ja arvostusta välittävä vuorovaikutussuhde ammattilaisten ja kokemusasiiantuntijoiden kesken (Soronen 2019, 125). Muissa kyselyvastauksissa ammattilaisella nähtiin olevan vastuu työparityöskentelystä. Osassa vastauksista vastuu tarkoitti, että ammattilaisen tehtävänä on huolehtia keskustelun etenemisestä asiakastapaamisessa ja kokemusasiiantuntijan rooli on täydentää. Yhden vastauksen mukaan ammattilainen voi olla ikään kuin taustalla, vaikka olisikin vastuussa tapaamisesta. Asiakkaan ja kokemusasiiantuntijan välinen keskustelu voi sujua niin, että ammattilaisen tehtävänä on kuunnella ja tarvittaessa fokusoida ja ohjata keskustelua. Ryhmämuotoisessa avokuntoutuksessa kokemusasiiantuntija suunnittelee ryhmätapaamisen sisällön ja ohjaa ryhmää, jolloin ammattilainen on avustavassa roolissa. Kokemusasiiantuntijat kuvasivat oman roolinsa työparityöskentelyssä olevan vertainen sekä näkemysten ja toivon antaja. He ovat kertoneet oman tarinansa ja ammattilainen ja asiakas ovat esittäneet kysymyksiä toipumisesta ja sen vaiheista.

Ammattilaisten ja kokemusasiiantuntijoiden välinen yhteistyö on sujunut molempien näkökulmasta hyvin, ja siitä on positiivisia kokemuksia. Kyselyn vastauksissa yhteistyön kuvattiin olleen

erittäin sujuvaa ja hyvää, eikä siinä koettu olleen ongelmia. Asiakkaat ovat antaneet kokemusasiantuntijoille palautetta, että tapaamisesta oli hyötyä ja siinä vastattiin kysymyksiin, joita hänellä oli ja hän sai apua. Ainoastaan kokemusasiantuntijat toivoivat, että tilaaja ottaa yhteyttä ennen asiakastapaamista ja antaa kokemusasiantuntijalle palautetta välittömästi tapaamisen jälkeen. Kokemusasiantuntijat tarvitsevat ennakkotietoja, jotta he tietävät, mitä heiltä odotetaan. Ammattilaisia onkin ohjeistettu olemaan yhteydessä kokemusasiantuntijaan ennen tehtävän toteuttamista ja antamaan tarkennetut ohjeet tehtävään valmistautumista varten. Kokemusasiantuntijan on tärkeä saada työntekijän tuki valmistautumiseen. Tapaamisen kannalta olennaiset esitiedot asiakkaasta voi kertoa, sillä kokemusasiantuntijalla on vaitiolovelvollisuus. Kokemusasiantuntijakoulutuksessa käsitellään vaitiolovelvollisuutta, minkä lisäksi kokemusasiantuntijat allekirjoittavat Lapin sairaanhoitopiirin vaitiolovakuutuksen. Kokemusasiantuntijan jaksamisen kannalta on tärkeää, että myös tapaamisen jälkeen kokemusasiantuntijalla on mahdollisuus keskustella työntekijän kanssa. Toipuminen on pitkä prosessi eikä tapaamisen hyöty välttämättä ole kokemusasiantuntijalle heti nähtävissä.

5.2.2 Työparityöskentelyn haasteita ja kehittämisen kohteita

Ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan työparityöskentelyä ei ole ollut vielä kovin paljon. Osa-hankkeen loppuaikana tammikuusta kesäkuuhun vuonna 2021 ammattilaisten tekemiä tilauksia kokemusasiantuntijasta työpariksi on ollut noin yksi kuukaudessa. Kokemusasiantuntijat ovat toivoneet, että tilauksia olisi enemmän. Ammattilaisilla on kiinnostusta kokemustietoa kohtaan, mutta he tarvitsevat vielä enemmän tietoa kokemusasiantuntijuudesta ja kokemusasiantuntijoiden kanssa työskentelystä. Kaikki ammattilaisten tekemät tilaukset eivät ole toteutuneet, koska niihin ei ole löytynyt sopivaa kokemusasiantuntijaa. Esimerkiksi kokemusasiantuntijaa ECT-hoidosta ei aluksi ollut saatavilla, mutta hankkeen aikana kokemusasiantuntijakoulutuksesta valmistui henkilö, jolla on kokemusta ECT-hoidosta.

Kyselyn vastauksissa ei tullut esiin mitään syytä, miksi kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen työparityöskentely on lähtenyt rauhallisesti liikkeelle. Tutkimuksissa kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhdessä työskentelyyn on havaittu liittyvän myös ristiriitoja (mm. Palukka ym. 2019) ja toiminnan juurruttamista hankaloittavia tekijöitä, kuten huolia ja epäilyjä esimerkiksi kokemusasiantuntijan osaamisesta (Hämeenaho ym. 2019). Myös kokemusasiantuntijan ja työntekijän aiempi yhteinen historia ja tuttuus voi aiheuttaa jännitteitä työparityöskentelyyn (Kirjavainen & Hietala 2019, 253). Vaikka työparityöskentelyssä ei ole ollut tutkimuksissa havaittuja ongelmia, ammattilaisilla voi olla silti kynnys työparityöskentelyyn, koska se haastaa ammattilaista tarkastelemaan omaa rooliaan ja omia työtapojaan (Meriluoto & Marila-Penttinen 2015, 44).

Ammattilaiset ovat toivoneet, että kokemusasiantuntijat esittäytyisivät ja osallistuisivat kehittämispäiviin ja että heillä olisi etukäteen tietoa kokemusasiantuntijan tarinasta. Kokemusasiantuntijoiden esittelyiden on ajateltu helpottavan ja madaltavan kynnystä tilata kokemusasiantuntijoita. Kokemusasiantuntijan tilaaminen ei edellytä kokemusasiantuntijan tuntemista. On kuitenkin helpompi pyytää kokemusasiantuntija mukaan asiakastapaamiseen, jos hänet tuntee entuudestaan. Tietämystä kokemusasiantuntijoista ja heidän tunnettavuuttaan on edistetty kokoamalla lista käytettävissä olevista kokemusasiantuntijoista ammattilaisille. Listan on koettu lisäävän kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä. Lisäksi on järjestetty kokemusasiantuntijaesittely, jossa neljä kokemusasiantuntijaa esittäytyi ja kertoi oman tarinansa. Työntekijöillä on ollut myös mahdollisuus osallistua Balanssi ry:n järjestämään kokemuskirjastoon, jossa voi kuulla kokemusasiantuntijoiden tarinoita. Asiakkaille on tehty esite kokemusasiantuntijuudesta odotusaulan näyttöön, jotta asiakas voi myös itse ottaa esille tarpeen keskustella kokemusasiantuntijan kanssa.

Työparityöskentely on vastannut sekä ammattilaisten että kokemusasiantuntijoiden odotuksia. Jatkossa kokemusasiantuntijoita aiotaan käyttää myös ryhmätoiminnoissa, kun ne pääsevät alkamaan koronaviruspandemian jälkeen. Ryhmämuotoisessa avokuntoutuksessa kokemusasiantuntijat ja hoitajat tulevat yhdessä suunnittelemaan viikon ohjelman, sillä kokemusasiantuntijat ovat toivoneet enemmän yhteistä suunnittelua. Myös palkkiokäytäntöä aiotaan vakiinnuttaa ja yhtenäistää.

Lähteet

Hirschovits-Gerz, Tanja & Sihvo, Sinikka & Karjalainen, Jarno & Nurmela, Anna 2019: Kokemusasiantuntijuus Suomessa. Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -toiminnan käytännöistä. Työpaperi 17/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-354-0>. Viitattu 12.7.2021.

Hämeenaho, Pilvi & Rask, Linda-Maria & Kasila, Kirsti & Kettunen, Tarja 2019: Terveystieteiden ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta terveysasemalla. *Tutkiva Hoitotyö* 17 (4), 22–29.

Kirjavainen, Marjaana & Hietala, Outi 2019: Kokemusasiantuntijuus asiakkaiden osallisuuden vahvistajana yhteisvastaanotolla. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kemppainen, Tarja & Niskala, Asta & Peronius, Nina (toim.): Yhteiskunnallisen asemansa ottava sosiaalityö. Vastapaino. Tampere, 227–256.

Meriluoto, Taina & Marila-Penttinen, Leena 2015: Mitä osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden toteutumiseen tarvitaan? Teoksessa Meriluoto, Taina & Marila-Penttinen, Leena & Lehtinen, Essi (toim.): Osallisuus. Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja. Ensi- ja turvakotien liiton käsikirja 2. Ensi- ja turvakotien liitto. Helsinki, 38–51.

Mikkonen, Irja & Saarinen, Anja 2018: Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla. Tietosanoma. Helsinki.

Nordling, Esa 2018: Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveyshäiriöissä? *Duodecim* 134 (15), 1476–1483.

Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina & Auvinen, Petra 2019: Kokemusasiantuntija mielenterveys- ja päihdepalveluissa – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan väline? *Janus* 27 (1), 21–37.

Soronen, Kari 2019: Kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveyshäiriöiden ammattilaisten jaettu asiantuntijuus mielenterveyshäiriöissä. Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Romakkaniemi, Marjo & Tauro, Tanja-Maria (toim.): Tutkiva sosiaalityö. Muuttuvat rajat ja vastuut – globaali ja lokaali sosiaalityössä. *Talentia-lehti / Sosiaalityön tutkimuksen seura*, 115–128. <https://talentia.e-julkaisu.com/2019/tutkivasosiaalityo/docs/tutkivasosiaalityo2019.pdf>. Viitattu 5.7.2021.

Venesmäki, Ville & Wiens, Varpu 2021: Ihmiseltä ihmiselle – oirekeskeisyydestä kohti toipumista ja mielekästä arkea. <https://dialogi.diak.fi/2021/04/19/ihmiselta-ihmiselle-oirekeskeisyydesta-koh-ti-toipumista-ja-mielekasta-arkea/>. Viitattu 1.6.2021.

5.3 Recovery College -toimintamallin mukainen Mielen Hyväksi -kurssitoiminta

Mikko Ketola

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on tehnyt yhteistyötä Skotlannin Penumbra-järjestön kanssa toipumisorientaation implementoinnissa, molemminpuolisessa koulutustoiminnassa ja tietojen vaihdossa. Yksi Skotlannista otetuista malleista on ollut Recovery College -toimintamalli. Skotlannissa on useita eri Recovery Collegeja, mutta niiden toimintamallit ovat samankaltaisia. Niissä tarjotaan opettavaisia kursseja mielenterveydestä ja toipumisorientaatiosta, mitkä on suunniteltu lisäämään osallistujien mielenterveystietoja ja -taitoja. Kurssien tarkoitus on lisätä osallistujien itsevarmuutta, mielenterveyden omahoitoa ja mielen hyvinvointia. Osallistujalle kurssit voivat lisätä omaa elämänhallintaa ja hän voi tulla oman hyvinvoinnin ja toipumisen asiantuntijaksi, mikä helpottaa elämässä etenemistä huolimatta mahdollisista mielenterveysongelmista. Nämä muutokset auttavat osallistujia tekemään töitä sen eteen, mikä on heidän elämässään tärkeää, ja saavuttamaan päämääriään. Kursseja voidaan hyödyntää vaihtoehtona perinteisille mielenterveyspalveluille, hoitoa tukevana toimintana tai jatkohoidon tukena.

Recovery College -toimintamallin koulutuksellisen näkökulman tavoitteena on:

- auttaa ihmisiä tunnistamaan ja hyödyntämään heidän taitojaan ja voimavarojaan
- avustaa ihmisiä tutkimaan heidän mahdollisuuksiaan ja kehittämään taitojaan
- tukea ihmisiä saavuttamaan heidän tavoitteitaan ja päämääriään
- tehdä henkilökunnasta valmentajia, jotka auttavat ihmisiä löytämään omat ratkaisut
- saada osallistujat pohtimaan, mitä heidän elämässään on tapahtunut ja miten se on heihin vaikuttanut, sekä saada heidät kasvamaan oman elämänhallinnan asiantuntijoiksi.

Recovery Collegen ajatusta on jo otettu käyttöön luentotyyppisenä Voimaa arkeen -kurssitoimintana, jossa ammattilaiset luennoivat yhdessä kokemusasiantuntijan kanssa mielenterveysteemoihin liittyvistä aiheista. Voimaa arkeen -kurssitoiminnan maksuttomille luennoille voi osallistua kuka tahansa, joka on kiinnostunut mielenterveysteemoista (ks. Laitila ym. 2021). Voimaa arkeen -kurssitoiminnan luennot eivät anna samanlaista mahdollisuutta vuorovaikutukselle ja vertaistuelle kuin suunniteltu Recovery College -toimintamallin mukainen Mielen Hyväksi -kurssitoiminta.

Mielen Hyväksi -kurssitoiminta toteutetaan yhteistyössä yhdistysten, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Päävastuu toiminnasta on erikoissairaanhoidolla. Päävastuuseen kuuluu kurssien aikataulutus, tilavaraukset, tiedottaminen sekä palautteen kerääminen ja toiminnan tilastointi. Kurssien suunnittelua toteutetaan yhteistyössä yhdistysten ja perusterveydenhuollon kanssa. Jokainen taho vastaa järjestämänsä kurssin henkilöstöresursseista.

Mielen Hyväksi -kurssitoiminnan tarjonta on nähtävillä psykiatrian toiminta-alueen [kurs-sikalenterissa](#). Suunniteltuja kursseja ovat muun muassa Arjen sankari! -kurssi ja ryhmä läheisriippuvuudesta.

Arjen sankari! -kurssi toteutetaan kuutena peräkkäisenä viikkona, yhtenä kahden tunnin tapaa-misena viikossa. Kurssi on kaikille avoin, ja se voidaan kohdentaa esimerkiksi osastolta kotiutu-ville. Ryhmäkoko on 6–8 henkilöä. Ryhmänvetäjinä toimivat ratkaisukeskeisen lähestymistavan omaava ohjaaja ja kokemusasiantuntija yhdessä. Ohjelman sisältöön kuuluu arjen rutiinien läpi-

käyminen henkilökohtaisesti ryhmäläisten kanssa. Ensimmäisellä kokoontumiskerralla käydään läpi teoriaa ja ohjeistusta arkipäiväkirjan pitämisestä, minkä jälkeen ryhmäläiset pitävät arkipäiväkirjojaan. Ryhmän kokoontuessa mietitään yhdessä keinoja arjenhallintaan ja käydään läpi käytännön keinoja. Ryhmässä saatava vertaistuki ja reflektio ovat tärkeitä.

Ei mua varten tartte keittää – Ryhmä läheisriippuvuudesta kokoontuu kuutena peräkkäisenä viikkona tavaten kerran viikossa kahden tunnin ajan. Ryhmä on kaikille avoin, ja ryhmäkoko on 6–8 henkilöä. Ryhmänvetäjinä toimivat terapiakoulutuksen käynyt ryhmänohjaaja ja kokemusasiantuntija. Ryhmässä opetellaan tunnistamaan ja laittamaan omia tarpeita etusijalle. Ensimmäisellä kokoontumiskerralla on teoriaa ja ohjeistusta havainnointipäiväkirjan pitämisestä, minkä jälkeen osallistujat pitävät havainnointipäiväkirjoja. Ryhmässä annetaan kotitehtäviä, joita käsitellään sitten tapaamisissa. Keskeistä on, että itseltään ei saa vaatia liikaa. Ryhmässä harjoitellaan ”tervettä itsekkyyttä”. Ryhmän toiminnassa vertaistuki ja reflektointi ovat tärkeitä.

Palaute ja raportointi

Kurssien osallistujamääriä tilastoidaan, ja kursseilta kerätään nimetön palaute. Kurssin ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla täytetään toipumista mittaavia mittareita. Mittareita ovat joko Positiivisen mielenterveyden mittari (WEMWBS) (ks. Nordling 2021) tai I.ROC (ks. Laitila ym. 2021). I.ROC-mittarin suomenkielisen version validointi on tätä kirjoitettaessa vielä kesken, joten mittarin käyttöönotto tulee ajankohtaiseksi vasta validoinnin valmistuttua.

Lähteet

Laitila, Minna & Ketola, Mikko & Koivumäki, Marja 2021: Voimaa arkeen -kurssitoiminnan kehittäminen. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 13–20.

Laitila, Minna & Reunanen, Karoliina & Kirvesmäki, Sini & Koivumäki, Marja 2021: I.ROC-mittarin validointi- ja pilotointiprosessi. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 83–90.

Nordling, Esa 2021: Positiivisen mielenterveyden mittarin käyttö ja soveltuvuus. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 76–83.

5.4 Olkkari

Mikko Ketola

Olkkari on yksi esimerkki Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteistyöstä ja rajapintatyöskentelystä, jossa kokemusasiantuntijuus on keskeisessä roolissa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Pohjanmaa-hanke vuonna 2010 käynnisti mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä omaisten kouluttamisen kokemusasiantuntijoiksi. Kun koulutettuja kokemusasiantuntijoita alkoi valmistua, tarvittiin yhteinen toiminta- ja tapaamispaikka, joka toimisi myös matalan kynnyksen kohtaamispaikkana. Pohjanmaa-hankkeen loppuessa haluttiin toiminnalle jatkoa, jolloin toteutettiin matalan kynnyksen kohtaamispaikka. Sopiva tila löytyi Seinäjoen keskustasta. Olkkari avasi virallisesti ovet huhtikuussa 2012. Toiminnan vakiinnuttamiseksi ja rahoituksen varmistamiseksi Kokemus- ja vertaistoimijat ry – Olkkari perustettiin huhtikuussa 2013. Vuonna 2017 toiminta sai vakiintuneen aseman matalan kynnyksen kohtaamispaikkana Seinäjoella, kun Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) projektiavustus (C) muuttui vakiintuneen toiminnan AK-avustukseksi.

Kokemus- ja vertaistoimijat ry:n tarkoituksena on edistää mielen hyvinvointia sekä tukea päihdeetöntä elämää ja toimintaan voi osallistua matalalla kynnyksellä. Yhdistyksen arvoja ovat tasa-arvoisuus, leimaamattomuus, asiakaslähtöisyys ja kuulluksi tuleminen. Yhdistys toimii Seinäjoella ja ylläpitää matalan kynnyksen kohtaamispaikka Olkkaria. Olkkari on avoinna kelle tahansa mielen hyvinvoinnista ja päihdeettömästä elämästä kiinnostuneelle. Toimintaan kuuluu erilaisia aktiviteetteja, vertaistukiryhmiä ja matkoja. Olkkari on pääsääntöisin auki arkisin kello 12–16. Kokemusasiantuntijuus ilmenee voimakkaasti yhdistyksen toiminnassa. Kokemusasiantuntijoita on sekä kävijöinä että työntekijöinä. Olkkarissa on kuukausittain noin 500 kävijää käyntikertojen mukaan laskettuna.

Yhdistyksessä on vakinaisina työntekijöinä toiminnanjohtaja ja kokemusasiantuntijakoordinaattori. Toiminnanjohtaja vastaa yhdistyksen hallinnosta, taloudesta ja kehittämisestä. Kokemusasiantuntijakoordinaattori vastaa kokemusasiantuntijatoiminnasta, kuten kokemusasiantuntijoiden työtehtävistä ja tapaamisista. Kokemusasiantuntijakoordinaattori on myös itse Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koulutettu kokemusasiantuntija. Yhdistyksessä on myös 4–6 palkkatuella ja työkokeilussa olevaa henkilöä. Yhdistyksessä voi suorittaa lisäksi muun muassa sosionomi-, sairaanhoitaja- ja lähihoitajajarjoitteluja.

Olkkarissa toteutettiin kävijäkysely huhtikuusta syyskuuhun 2019. Kyselyyn vastasi 107 kävijää, joista 51 oli naisia, 45 miehiä ja 11 muunsukupuolisia. Kyselyssä selvitettiin, kokivatko kävijät tulensa kohdatuiksi, vastasiko toiminta odotuksia sekä suosittelisivatko kävijät Olkkaria muille. Vastaajista 71 oli täysin samaa mieltä siitä, että he tulivat kohdatuiksi käynnillään Olkkarissa. Vastaajista 34 oli jokseenkin samaa mieltä ja kaksi vastaajaa täysin eri mieltä asiasta. 104 vastaajan mukaan Olkkarin toiminta vastasi odotuksia ja kolmen vastaajan mukaan ei. Vastaajista 102 suosittelisi Olkkaria muille ja kaksi suosittelisi ehkä Olkkaria muille.

Vaikka Olkkari on oma itsenäinen yhdistyksensä, on sillä vahva yhteistyösuhde Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueen kanssa. Psykiatrian toiminta-alue tukee Olkkaria kustantamalla kokemusasiantuntijakoordinaattorin palkkakustannukset. Olkkarin hallituksessa on ollut koko sen perustamisen ajan psykiatrian toiminta-alueen työntekijä. Olkkariin ohjautuu psykiatrian potilaita, ja osastoilta sekä poliklinikoilta tehdään sinne säännöllisesti tutustumiskäyntejä. Monialaiseen yhteistyöhön perustuvan Recovery College -toimintamallin mukainen Mielen Hyväksi -kurssitoiminta lisää Olkkarin ja psykiatrian toiminta-alueen rajapintatyöskentelyä, kun Olkkari on yksi kursseja järjestävä taho.

6 SOSIAALINEN KUNTOUTUS JA SEN KEHITTÄMINEN

6.1 Sosiaalinen osana monialaista kuntoutusta

Marjatta Martin

6.1.1 Kuntoutusjärjestelmän asiantuntijuusalueet

Kuntoutusta on perinteisesti tarkasteltu sen osajärjestelmien tai toimintaloikkojen mukaisesti. Kuntoutus on tällöin määritelty kokonaisuudeksi, joka muodostuu lääkinnällisen, kasvatuksellisen, sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen palveluista (esim. United Nations 1953; World Health Organization 1969). Osajärjestelmien tai toimintaloikkojen mukaisen jaottelun avulla on pyritty lähinnä helpottamaan palvelujärjestelmän eri organisaatioiden ja eri ammattiryhmien välistä työnjakoa. Jaottelua on pidetty jossain määrin keinotekoisena, koska kuntoutuksen osa-alueet liittyvät toisiinsa ja ovat osittain päällekkäisiä. Jaottelua on kritisoitu myös soveltumattomana nykyiseen kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja sen jäsentelyyn. (Ks. esim. Järvikoski & Härkäpää 2011, 20.) Kuntoutusta koskevassa normiohjauksessa jaottelua kuitenkin vielä käytetään, kun määritetään osajärjestelmien vastuita kuntoutuksen järjestämisestä ja säädetään niiden järjestämien kuntoutuspalvelujen sisällöistä (Martin 2016, 71). Määriteltäessä kuntoutuksen osa-alueita tai toimintaloikkoja on kiinnitetty huomiota kuntoutuksen vastuutahojen ja sisältöjen lisäksi tavoitteisiin, niiden mukaisiin toimenpiteisiin ja työtapoihin sekä kohderyhmiin.

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämis- ja toteutusvastuu on ensisijaisesti terveydenhuollolla ja toisaalta Kansaneläkelaitoksella ja vakuutuslaitoksilla niitä koskevan lainsäädännön mukaisesti (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24; Järvikoski 2013, 42). Lääkinnällistä kuntoutusta on kuvattu myös toimintakykykuntoutuksena tai toimintakykyä parantavana ja ylläpitävänä kuntoutuksena, koska sen tavoitteena on kompensoida yksilöllisiä menetyksiä ja auttaa palauttamaan menetettyä toimintakykyä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21). Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteenasettelu on laajimmillaan määritelty fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi sekä elämäntilanteiden hallinnan ja itseenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja edistämiseksi (asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015). Kyseisen tavoitteenasettelun on todettu soveltuvan yleiseksi koko kuntoutusta koskevaksi määrittelyksi (Järvikoski 2013, 42). Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteiksi on kuvattu myös työ- ja toimintakyvyn turvaaminen sekä arjen toiminnoista suoriutumisen ja osallistumisen tukeminen, kun kuntoutus ei liity välittömään sairaanhoitoon (laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 20.2.2015/145). Lääkinnällisellä kuntoutuksella on usein tarkoitettu kuntoutuksessa käytettäviä lääketieteellisiä tutkimuksia ja niiden perusteella toteutettavia yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantavia toimenpiteitä. Tällöin rahanveto hoidon ja kuntoutuksen välillä on häilyvä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21).

Kasvatuksellisella kuntoutuksella tarkoitetaan yleensä vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen tai aikuisen kasvatusta ja koulutusta ja niihin liittyviä erityisjärjestelyjä, tukea ja apuvälineitä. Kasvatuksellisen kuntoutuksen lähtökohtana ovat yksilölliset tuen tarpeet ja kuntoutujan (useimmiten lapsen tai nuoren) kehitysprosessin, yksilöllisyyden ja elämänhallinnan tukeminen kuntoutuksen monialaisten menetelmien avulla. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21–22; Järvikoski 2013, 48.) Tavoitteena kuntoutuksessa voivat olla fyysisen toimintakyvyn ja valmiuksien edistyminen, psyykkisen itsenäisyyden ja realistisen minäkuvan saavuttaminen sekä sosiaalisten vuorovaiku-

tustaitojen ja kansalaistaitojen kehittyminen (esim. Murto 1999). Kasvatuksellista kuntoutusta on jäsennetty myös verkostotyönä eli moniammatillisena, perhekeskeisenä yhteistyönä. Kuntoutujan arkielämän ymmärrykselle perustuva kuntoutus toteutuu tällöin opetus-, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ja perheen välisenä verkostotyönä (ks. Haapaniemi 2003, 24). Aila Järvikoski (2013, 48–49) korostaa kuntoutuksen olevan luonteeltaan aina oppimis- ja kehitysprosessi. Kun kuntoutuja pyrkii sopeutumaan sairauden, vammautumisen tai myyn syyn aikaansaamaan uuteen elämäntilanteeseensa ja oppimaan sen vaatimat tiedot, taidot ja valmiudet, niin kasvatukselliset elementit ovat oleellisesti mukana kuntoutuksessa. Kasvatuksellinen kuntoutus on tällöin olennainen osa kokonaisvaltaista kuntoutusta.

Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on vahvistaa yksilön kyvykkyyttä siten, että hän selviytyy arkipäivän toiminnoissa, vuorovaikutussuhteissa sekä erilaisissa rooleissa omassa toimintaympäristössään (ks. Järvikoski 2013, 47; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 56). Kuntatason vastuu sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä on vahvistunut sosiaalihuoltoa koskevan lakiuudistuksen myötä (Piirainen & Linnakangas 2021, 210). Sosiaalihuoltolaki (30.12.2014/1301) määrittelee sosiaalisen kuntoutuksen tehostetuksi tueksi sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamisessa, syrjäytymisen torjumisessa ja osallisuuden edistämisessä. Siihen sisältyviä toimenpiteitä ovat muun muassa sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä -palvelujen yhteensovittaminen, valmennus ja ryhmätoiminta sekä tuki vuorovaikutustilanteisiin.

Sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteet voivat kohdentua yksilötasolle, yksilöä ympäröiviin verkostoihin ja yhteisötasolle sekä rakennetasolle. Yksilöllisten tukitoimien lisäksi on huomioitava läheisten tarpeet ja heidän sekä verkostojen merkitys ja tuki yksilön kuntoutumiselle. Myös kuntoutumista tukevat ympäristöolosuhteet ja yhteiskunnan rakenteelliset tekijät ovat olennaisia sosiaalisen kuntoutuksen tulosten kannalta. (Ks. Kataja ym. 2022.) Sosiaalista kuntoutusta on määritelty myös sen kohderyhmien perusteella. Keijo Piirainen ja Ritva Linnakangas (2021, 212) toteavat sosiaalisen kuntoutuksen kohderyhmään kuuluvan pitkäaikaistyöttömiä, vammaisia ja pitkäaikaissairaita työnhakijoita, Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluja käyttäneitä, nuoren kuntoutusrahan saajia, vapautuvia vankeja, päihdehuollon laitoksissa olleita ja kuntoutuspsykoterapiaa saaneita henkilöitä. Kati Kataja (2022, 115–116) kumppaneineen nimeävät tekemänsä meta-analyysin perusteella sosiaalisen kuntoutuksen asiakasryhmiksi henkilöt, joilla vamma tai sairaus vaikuttaa sosiaaliseen elämään tai joilla on erilaisia psykososiaalisia ongelmia vaikean taustan tai käyttäytymishäiriöiden vuoksi tai joilla on elämänvaiheeseen liittyviä sosiaalisia esteitä tai passiivisuutta. Mainittuja asiakasryhmiä yhdistävät sosiaalisen alueen haasteet, kuten ongelmallinen vuorovaikutus, ja sosiaalisen sopeutumisen tarpeet.

Ammatillisen kuntoutuksen järjestäjinä toimivat ennen kaikkea työeläkelaitokset, Kansaneläkelaitos, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset sekä ammatilliset oppilaitokset. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on työikäisen väestön ammatillisten valmiuksien, työllistymisen, työhön paluun ja työssä jatkamisen edellytysten lisääminen. Sen kohderyhmänä ovat ensinnäkin työsuhteessa olevat henkilöt, joiden työkyky on alentunut sairauden tai muun syyn vuoksi ja jotka pyrkivät palaamaan työelämään. Toisaalta ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu myös henkilöille, joiden työura on rikkonainen ja joilla riski pitkäaikaistyöttömyyteen tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen on suuri sairauden, vamman tai muutoin työkyvyn alenemisen vuoksi. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat esimerkiksi työ- ja koulutuskokeilut, ammatillinen koulutus, työhön valmennus, elinkeinotuki sekä työssä tarvittavien apuvälineiden mahdollistaminen. Myös aktiiviset työllistämistoimenpiteet, kuten tuettu työllistäminen, voivat sisältyä ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteisiin. (Ks. Järvikoski & Härkäpää 2011, 21; Järvikoski 2013, 44–46.)

Ammatillisen kuntoutuksen yhteydessä on käytetty myös työelämäkuntoutuksen käsitettä, joka laajentaa kuntoutuksen toimenpiteitä työssä olevien ja työelämän ulkopuolella olevien ihmisten tukemisesta yksilöiden työelämäosallisuuden vahvistamiseen eli kuntouttavan työllistymisen

muotoihin. Niissä painottuvat elämänhallinnan ja sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteet, mutta pyrkimyksenä voi myös olla tuettu työllistyminen avoimille työmarkkinoille. Kuntoutuksen kohderyhmänä ovat tällöin työllistymisessä erityisiä haasteita kohtaavat ja syrjäytymisuhassa olevat kuntoutujat. (Suikkanen & Lindh 2012, 55; Järvikoski 2013, 46.) Kuntoutuksen osa-alueiden jaot-
telussa käsite liudentaa rajaa sosiaaliseen kuntoutukseen.

Lääkinnällinen, kasvatuksellinen, sosiaalinen ja ammatillinen kuntoutus ovat osia monimuotoisessa kuntoutusjärjestelmässä, jossa eri toimintaloikoilta edellytetään yhteistyötä tulosten saavuttamiseksi. Myös sosiaalista kuntoutusta on toteutettava tiiviissä yhteistyössä muiden kuntoutuksen osa-alueiden kanssa ja kokonaisvaltaisesti, jotta usein pitkänkin ajan kuluessa muodostuneisiin ja kasautuneisiin haasteisiin ja niiden pohjalta syntyneisiin tarpeisiin voidaan vastata. Esimerkiksi pitkittyneen työttömyyden seurauksista, hahmotus- ja oppimishäiriöstä, vammaisuudesta tai mielenterveys- ja päihdehäiriöistä aiheutuviin kuntoutustarpeisiin voidaan harvoin vastata yksittäisellä interventiolla tai kuntoutusmuodolla. Sen sijaan tällaisissa asiakastilanteissa tarvitaan monialaista kuntoutuksen erityisosaamista ja asiantuntijuutta kohdennettuna tarveperustaisesti ja oikea-aikaisesti sekä huomioiden asiakaslähtöisyys ja -osallisuus. (Ks. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 56–57.)

Järvikoski (2013, 47–49) korostaa kuntoutuksen eri toimintaloikojen tai osa-alueiden välisten rajojen häilyvyyttä ja painottaa kuntoutuksen monialaisuutta (ks. myös Väisänen 2018, 22). Esimerkiksi lasten kuntoutukseen sisältyy usein kasvatuksellista kuntoutusta, toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta sekä sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteitä. Toisaalta sellaisissa tilanteissa, joissa lääkinällisellä kuntoutuksella tavoiteltu toimintakyvyn paraneminen ei mahdollista sosiaalista integraatiota, tarvitaan myös sosiaalista kuntoutusta. Esimerkiksi kotiuduttaessa psyykkisen tai somaattisen sairauden tai vammautumisen edellyttämältä sairaalajaksoilta voidaan tarvita lääkinällisen kuntoutuksen ja terapioiden lisäksi sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteitä turvallisen kotiin ja lähiyhteisöihin paluun tueksi. (Järvikoski 2013, 47–49.)

Raija Väisänen (2018, 22–31) painottaa kuntoutuksen eri osa-alueiden tavoitteiden ja toimintamuotojen yhtäläisyyksiä. Sosiaaliseen kuntoutukseen sisältyy esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen painotuksia ja kytköksiä lääkinälliseen kuntoutukseen. Sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamisessa keskeisiä sosiaalitoimen yhteistyötahoja ovatkin olleet esimerkiksi terveydenhuolto, koulutoimi ja työvoimahallinto.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017, 41–43) suosituksissa kuntoutuksen kehittämiseksi kiinnitetään huomiota kuntoutuksen perustumiseen yleiseen toimintamalliin, jonka periaatteet ovat yhteneväiset kaikilla asiakkailla ja eri ikäryhmissä. Kuntoutuksen yhteisen toimintamallin tarkoituksena on, että kuntoutujat saavat tarpeitaan vastaavat palvelut ja tuen. Toimintamalli sisältää tarpeen tunnistamisen, arvioinnin, suunnitelman, päätökset, palvelut ja etuudet, kuntoutujan ympäristöön kohdistuvat toimenpiteet, kuntoutusprosessin seurannan ja arvioinnin ja sen perusteella tehtävät tarpeenmukaiset muutokset. Saumattoman kuntoutusprosessin toimintakäytäntöineen tulee toteutua osana asiakkaan palvelukokonaisuutta eri asiantuntijuusalueet yhdistäen ja asiakkaan yksilöllistä kuntoutumista tukien. Eri tahojen toimijoiden yhteistyöllä varmistetaan, että asiakkaan kuntoutumista ohjaa yksi nimetty taho. Asiakkaan prosessista päävastuullinen taho toteuttaa vastuullista asiakasohjausta ja huolehtii verkostoyhteistyön toimivuudesta.

SOTE- ja maakuntauudistuksen myötä keskeisiä kuntoutuksen toimijoita ovat sosiaali- ja terveyskeskukset sekä hyvinvointikeskukset (ks. Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 42–43; Piirainen & Linnakangas 2021, 214). Hyvinvointialue vastaa palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakkaiden ja asiakasryhmien tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta sekä palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä. Lisäksi se huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa ja asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri palveluntuottajien välillä. (Laki sosi-

aali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612.) Tässä teoksessa Anni Vanhala kumppaneineen kiinnittävät myös huomion sosiaali- ja terveystieteiden sekä hyvinvointikeskusten merkitykseen sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamisessa.

Piiraisen ja Linnakankaan (2021, 210–211) mukaan lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen prosessit sisältävät yhteneväisiä, yleisesti kuntoutusjärjestelmässä ja sen organisaatioissa hyväksyttyjä toimeenpanon ja käytännön toteutuksen vaiheita, joita myös Kuntoutuksen uudistamiskomitea peräänkuuluttaa. Keskeistä on pohtia, poikkeavatko sosiaalisen kuntoutuksen lähtökohdat, tavoitteet ja kuntoutusprosessin vaiheet näistä vakiintuneista käytänteistä, jolloin haasteena on kuntoutuksen kokonaisuuden hajoaminen.

6.1.2 Asiakasosallisuus kuntoutuksen kehittämisessä

Asiakkaan osallisuus kuntoutuspalvelujen kehittämisessä voi toteutua usealla eri tavalla. Järvikoski kumppaneineen (2017, 63–73) ovat tarkastelleet asiakasosallisuutta kuntoutuksen kehittämisessä viidellä eri tasolla. Kehittämisosallisuuden ensimmäinen taso kuvaa asiakaslähtöistä kuntoutusta, jossa keskeistä on asiakkaan osallisuus oman kuntoutuksensa suunnittelussa, sitä koskevassa päätöksenteossa ja arvioinnissa. Kuntoutuksen lähtökohtana on tällöin asiakkaan kuuleminen prosessin eri vaiheissa sekä hänen oikeutensa tehdä omaa kuntoutustaan koskevia päätöksiä. Tutkimuksissa on todettu, että asiakasosallisuuden toteutuminen kuntoutuksen suunnittelussa ja sitä koskevassa päätöksenteossa on yhteydessä kuntoutuksen koettuihin vaikutuksiin (esim. Puumalainen ym. 2014, 15; Järvikoski ym. 2015, 112–114; Martin 2016, 173–174, 198–200).

Kehittämisosallisuuden toisella tasolla kokemusasiantuntijat ja vertaistukityöntekijät toimivat kuntoutuspalvelujen toteutuksessa. Premissinä kuntoutuksessa on, että kokemusasiantuntija kykenee tukemaan asiakasta yhteisten kokemusten perusteella haastavien tilanteiden käsittelyssä ja ratkaisujen löytämisessä sekä toivon ja luottamuksen säilyttämisessä. Kokemusasiantuntijat ja vertaistukityöntekijät toimivat kuntoutuksessa esimerkiksi tukihenkilöinä, palveluohjaajina, ryhmänohjaajina, kouluttajina ja kuntoutustyöryhmien jäseninä. (Järvikoski ym. 2017, 63–68.)

Kokemusasiantuntijoiden toimintaa ja sen hyötyjä on tutkittu erityisesti mielenterveyskuntoutuksessa, mutta myös somaattisiin sairauksiin liittyvässä kuntoutuksessa. Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistukityöntekijöiden antaman sosiaalisen, emotionaalisen ja tiedollisen tuen on havaittu olevan monella tapaa merkityksellistä. Vertaistuellalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia sekä tuen antajalle että tuen saajalle (Embuldeniya ym. 2013, 10), sairauteen liittyvän tietämyksen, oireiden hallinnan, itsehoidon ja hoitotulosten kannalta (esim. Heisler & Piette 2005; Kivistö ym. 2021). Lisäksi sen on todettu vaikuttavan itsetuntoon, tulevaisuuteen suuntautumiseen, elämän merkitykselliseksi kokemiseen, hallinnan tunteeseen ja käyttäytymiseen (Embuldeniya ym. 2013, 9–10). Kokemusasiantuntijatoiminnan on todettu edistävän myös asiakkaan elämänhallintaa, hyvinvoinnin vaalimista ja elämäntyytyväisyyttä sekä lisäävän itseluottamusta ja elämänlaatua (Cook ym. 2010; Davidson ym. 2012; Shalaby 2020).

Toisaalta on pohdittu kokemusasiantuntijoiden ja vertaistukityöntekijöiden toiminnan merkitystä kuntoutuksen käytäntöjen kannalta, esimerkiksi kuntoutuksen työotteiden ja yleisemminkin palvelujärjestelmän kehittymisen kannalta (ks. Järvikoski ym. 2017, 67–68, 79; Kivistö ym. 2021, 10–11). Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistukityöntekijöiden osallistumisen mielenterveystyöhön on todettu vaikuttavan työyhteisössä vallitseviin asenteisiin ja arvoihin sekä ammattilaisten roolien tarkasteluun ja uudelleen arviointiin. Lisäksi kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteistyön on todettu vahvistavan työn eettisyyttä ja mielekkyyttä sekä johtavan toipumisorientoitu-

neisiin toimintatapoihin ja käytäntöihin palvelujärjestelmässä. (Ks. Bradstreet & Pratt 2010, 38, 40; Hietala & Rissanen 2015, 14; Kivistö ym. 2021.)

Kokemusasiantuntijatoimintaa on pohdittu myös kriittisesti kiinnittäen huomiota kokemusasiantuntijoiden muuttuvaan ja ristiriitaiseen asemaan asiakaslähtöistä kuntoutusta ja asiakkaan kuntoutumista edistävinä toimijoina sekä hallinnon harjoittaman osallistamispolitiikan välineinä mielenterveystyössä (ks. Palukka ym. 2019). Toisaalta on todettu, että on tärkeää pohtia kokemusasiantuntijuuden rajoja, alun alkaen vapaaehtoisuuteen perustuvan toiminnan integroimista virallisen palvelujärjestelmän yhteyteen, kokemusasiantuntijoiden koulutusta ja heidän tarvitsemaansa tukea, kuten työnohjausta (ks. Järvikoski ym. 2017, 68; Kivistö ym. 2021, 13).

Tässä teoksessa Anni Vanhala kumppaneineen tarkastelevat kokemusasiantuntijuuteen perustuvaa palvelujen kehittämistä erityisesti sosiaalisen kuntoutuksen sisältöjen kehittämisen näkökulmasta. He pohtivat artikkelissaan myös kokemusasiantuntijoiden roolia kuntoutuspalveluiden kehittämisessä ja siihen liittyviä jännitteitä.

Kehittämisosallisuuden kolmas taso kuvaa asiakkaiden monialaista osallisuutta kuntoutuspalvelujen kehittämisessä. Kuntoutuksen lähtökohtana on asiakkaiden oikeus olla mukana ja vaikuttaa erilaisten kuntoutusmenetelmien, palveluprosessien ja palvelukokonaisuuksien suunnitteluun ja kehittämiseen. Oletuksena on, että asiakasosallisuus mahdollistaa paremmin tarpeisiin vastaavien palvelujen kehittämisen ja laadultaan paremmat palvelut. (Järvikoski ym. 2017, 64, 68–70.)

Osallisuutta edistäviä toimintatapoja ovat esimerkiksi erilaiset asiakasfoorumit, kehittäjäasakas- tai kokemusasiantuntijaraadit, yhteistyöryhmät ja erilaiset kumppanuushankkeet, joissa tavoitteena on tietyn kuntoutusmenetelmän, työotteen tai palvelun kehittäminen, palveluvalikoiman laajentaminen tai palvelun laadun parantaminen. Tässä teoksessa Mikko Ketola kuvaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella vakiinnutettua kokemusasiantuntijaraatitoimintaa, jossa tavoitteena on vahvistaa kokemusasiantuntijoiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia sekä hyödyntää heidän näkemyksiään palvelunkäyttäjinä psykiatrisen hoidon ja toimintakäytäntöjen kehittämisessä.

Asiakas- ja vammaisjärjestöjen edustajien osallisuus kuntoutuksen palvelujärjestelmän yleisessä kehittämisessä ilmentää kehittämisosallisuuden neljättä tasoa. Perusajatus on, että asiakasjärjestöjen edustajien tietämys ja toiminta erilaisissa työryhmissä, toimikunnissa ja neuvottelukunnissa voivat edistää palvelujen vaikuttavuutta ja sosiaalista hyväksyttävyyttä. (Järvikoski ym. 2017, 64, 70–71.) Valtakunnan tasolla, alueellisesti tai paikallisesti toimivat neuvostot ja osallisuusryhmät (ks. esim. Kontu ym. 2019) ovat esimerkkejä edustuksellisista rakenteista, joiden puitteissa asiakkaiden osallisuus palvelujen kehittämisessä voi toteutua.

Kehittämisosallisuuden korkeinta tasoa edustaa käyttäjäjohtoinen palvelujen kehittämistyö. Siinä tarkoitetaan kuntoutusasiakkaiden tai asiakasjärjestöjen johdolla tapahtuvaa palvelujen kehittämistä, niiden toteuttamista ja arviointia. Lähtökohtana on ajatus siitä, että käyttäjäjohtoisen kehittämistyön avulla kyetään tuottamaan asiakkaiden tarpeisiin paremmin vastaavia ja heitä enemmän hyödyttäviä palveluja, pystytään korjaamaan palveluvalikoiman puutteita ja torjumaan asiakkaiden välinputoamisia palvelujärjestelmässä. (Järvikoski ym. 2017, 64, 71.)

Eri tasoilla toteutuva asiakasosallisuus kuntoutuksen kehittämisessä mahdollistaa muutoksia palvelujärjestelmässä ja sen tuottamissa palveluissa (ks. Järvikoski ym. 2017, 78–81; myös Kaseva 2011, 42–43, 45). Asiakasosallisuus on myös oikeudenmukaisuuskysymys. On tärkeää, että asiakkaat voivat osallistua heille suunnattujen palvelujen suunnitteluun ja niiden kehittämiseen. (Ks. Järvikoski ym. 2017, 78–81.)

Lähteet

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015.

Bradstreet, Simon & Pratt, Rebekah 2010: *Developing peer support worker roles: reflecting on experiences in Scotland*. *Mental Health and Social Inclusion* 14 (3), 36–41.

Cook, Judith A. & Copeland, Mary Ellen & Corey, Linda & Buffington, Erica & Jonikas, Jessica A. & Curtis, Laurie C. & Grey, Dennis D. & Nichols, William H. 2010: *Developing the evidence base for peer-led services: changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives*. *Psychiatr Rehabil J* 34 (2), 113–120. <https://doi.org/10.2975/34.2.2010.113.120>

Davidson, Larry & Bellamy, Chyrell & Guy, Kimberly & Miller, Rebecca 2012: *Peer support among persons with severe mental illness: a review of evidence and experience*. *World Psychiatry* 11 (2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>

Embuldeniya, Gayathri & Veinot, Paula & Bell, Emma & Bell, Mary & Nyhof-Young, Joyce & Sale, Joanna EM. & Britten, Nicky 2013: *The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis*. *Patient Education and Counseling* 92 (1), 3–12.

Haapaniemi, Liisa 2003: *Sopeutumattomien erityisluokkaopetus – konfliktisimulaattoriko?* *Acta Universitatis Tamperensis* 915. Tampereen yliopisto. Tampere.

Heisler, Michele & Piette, John D. 2005: *I Help You, and You Help Me. The Science of Diabetes Self-management and Care* 31 (6), 869–879.

Hietala, Outi & Rissanen, Päivi 2015: *Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta: Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi*. *Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki*. <https://kuntoutussaatio.fi/files/1944/kokemusasiantuntija-opas.pdf>. Viitattu 24.3.2021.

Järvikoski, Aila 2013: *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet*. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011: *Kuntoutuksen perusteet: Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. WSOYpro Oy. Helsinki.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Martin, Marjatta & Vasari, Pekka & Autti-Rämö, Ilona 2015: *Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes*. *Journal of Child Health Care* 19 (1), 106–117.

Järvikoski, Aila & Martin, Marjatta & Kippola-Pääkkönen, Anu & Härkäpää, Kristiina 2017: *Asiakkaan kehittämisosallisuus kuntoutuksessa*. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.): *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi: Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Vastapaino. Tampere, 58–81.

Kaseva, Kaisa 2011: *Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – Integroitu kirjallisuuskatsaus*. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kataja, Kati & Lantela, Pilvikki & Romakkaniemi, Marjo 2022: *Dimension of social rehabilitation: A qualitative interpretative meta-synthesis*. *Journal of Social Work* 22 (1), 109–129.

Kivistö, Mari & Martin, Marjatta & Hautala, Sanna 2021: *Ammattilaisten antamat merkitykset mielenterveys- ja päihdetyöhön integroidulle kokemusasiantuntijatoiminnalle toipumisen tukemisessa*. *Tietopuu: Tutkimussarja* 2/2021. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Kontu, Katariina & Krokfors, Ylva & Kunttu, Katriina & Mantere, Ellinoora & Ronimus, Heli & Nygård, Martina 2019: Asiakasosallisuusryhmät osana kehittämisen rakenteita. Teoksessa Kivistö, Mari & Nygård, Martina (toim.): Yhdessä eteenpäin – asiakasosallisuus vammaissosiaalityössä. Työpapere 42/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 11–15.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017: Ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 20.2.2015/145.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612.

Martin, Marjatta 2016: Nuoruus, vammaisuus ja kuntoutuksen merkitys. Acta Universitatis Laponienses 328. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Murto, Pentti 1999: Kohti kuntouttavaa koulua. Teoksessa Pentti Murto (toim.): Kuntouttava koulu kaikille. Onko inklusio tarua vai totta? Täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 2. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä, 31–42.

Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina & Auvinen, Petri 2019: Kokemusasiantuntija mielenterveys- ja päihdepalveluissa – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan väline? Janus 27 (1), 21–37.

Piirainen, Keijo & Linnakangas, Ritva 2021: Sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpano näyttöön perustuvana käytäntönä. Nykytila, suositukset ja haasteet. Yhteiskuntapolitiikka 86 (2), 210–217.

Puumalainen, Jouni & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 2014: Odotukset, osallisuus ja koetut vaikutukset: osallistujien kokemuksia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutus 37 (4), 5–19.

Shalaby, Reham AH. & Agyapong, Vincent IO. 2020: Peer Support in Mental Health: Literature Review. JMIR Mental Health 7 (6), e15572. doi: 10.2196/15572

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: Osatyökykyisten työllistymisen edistäminen: Toimintaohjelmaa valmisteleavan työryhmän välimietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Julkaisuja 2017:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2012: Kuntoutuksen tulevaisuudennäkymiä. Kuntoutus 35 (2), 50–57.

United Nations 1953: Rehabilitation of the handicapped. Social Welfare Information Series. United Nations. New York.

Väisänen, Rajja 2018: Sosiaalisen kuntoutuksen käsite ja kehitysvaiheet. Teoksessa Lindh, Jari & Härkäpää, Kristiina & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.): Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press. Rovaniemi, 19–38.

World Health Organization 1969: WHO expert Committee on medical rehabilitation: Technical report series 419. World Health Organization. Geneve.

6.2 Mieli pt -malli sosiaalisen kuntoutuksen sisältöjen kehittämisessä

Anni Vanhala, Pipsa Häkkinen, Hanna-Mari Kuusinen ja Kristiina Savotta

Sosiaalinen näkökulma kuntoutuksessa on vuorovaikutteisuuden ja suhteisuuden ymmärtämistä laajasti yhteiskunta-, yhteisö- ja yksilötasoilla (Lindh ym. 2018). Sosiaalisen näkökulman vahvistaminen kuntoutuksen eri kentillä vaatii käsitteiden, lähtökohtien ja työmuotojen avaamista. Edellä olevan lisäksi tarvitaan myös käytännön kehittämistä ja rohkeutta kokeilla uutta siellä, missä palveluita annetaan ja saadaan. Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Asiakasta tuetaan elämäntilanteen perusteella. Sosiaalinen kuntoutus on tullut lakisääteiseksi osaksi sosiaalipalveluita vasta vuonna 2015 (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 17 §). Useissa kunnissa sosiaalinen kuntoutus hakee edelleen muotoaan ja on siksi otollinen kehittämiselle.

Tässä artikkelissa kuvaamme sosiaalisen kuntoutuksen sisältöjen kehittämistä kokemusasiantuntijatoiminnan avulla. Artikkelin pohjautuu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osahankkeessa kehitetyn toimintamallin (Mieli pt) kuvaukseen, hankkeen aikana tekemiimme havaintoihin ja kokemusasiantuntijoiden kyselyvastausten perusteella tekemäämme osahankkeen arviointiin. Tulokulmana on aikuisille suunnatut julkiset mielenterveyspalvelut, mutta verkostojen kautta asiakkaita ja työntekijöitä yhdistävät myös muut kunnalliset sekä järjestöjen tuottamat palvelut.

Hanke alkoi vuonna 2018, ja hankkeen aikana on tapahtunut paljon sekä globaalisti että paikallisesti; COVID-19-pandemia, sote-valmistelun eteneminen ja vuoden 2021 alussa Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja Tampereen yliopistollisen sairaalan (jatkossa Tays) psykiatrian palveluiden integraatio. Pirkanmaan maakunnallisessa mielenterveystyön kehittämisessä on tukeuduttu sote-valmisteluun ja panostettu erityisesti sosiaali- ja terveysasemien mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 korostaa vahvasti kokemusnäkökulmaa. Ohjelmaan on kirjattu, että palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa huomioidaan käyttäjien näkemykset. Taysin psykiatrian toimialueen toiminta- ja taloussuunnitelmaan on kirjattu potilaan ja läheisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä sekä asiakkailta saatavien palautteiden säännöllisestä seuraamisesta ja niiden merkityksestä hoidon kehittämiselle. Kokemusasiantuntijoiden roolia hoidon sisältöjen suunnittelussa ja toteutuksessa halutaan lisätä.

Asiakkaiden osallisuus on palveluiden kehittämisen keino ja myös tavoite; asiakkaiden asiantuntemuksen hyödyntäminen, yhteiskehittäminen, asiakasraadit, kokemusasiantuntijuus ja vertaistuki ovat toiminnan muotoja, joilla osallisuutta voidaan lisätä ja kehittää. Matalan kynnyksen lähipalvelut sekä yhteisöllinen lähestymistapa ovat palveluiden käyttäjien näkökulmasta tärkeitä. (Ks. esim. Kokkonen 2021.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osahankkeessa pyrimme hyvään kehittämis-yhteistyöhön ammattilaisten ja palveluiden käyttäjien kanssa vahvistamalla kokemusasiantuntijoiden roolia sellaisilla mielenterveyspalveluiden alueilla, joissa sitä ei aikaisemmin ole ollut.

6.2.1 Kokemusasiantuntijat palveluiden kehittäjinä

Taina Meriluodon ja Sanna Laineen (2019) mukaan kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan ”vaikeita elämäntilanteita läpikäyneitä henkilöitä, jotka toimivat erityisesti sosiaali- ja terveysalalla erilaisissa tehtävissä kokemustensa tuomaan asiantuntijuuteen nojaten. Kokemusasiantuntijoita toimii sekä vapaaehtoisina että työntekijöinä, ja heidän tehtävänsä vaihtelevat suuresti organisaatiosta ja toimintaympäristöstä toiseen.”

Kokemusasiantuntijuuden vakiinnuttaminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on jo vuosia ollut valtakunnallinen tavoite. Se on osa laajempaa kansalaisten osallisuuden vahvistamiseen liittyvää tavoitetta, joka tulee esille lukuisissa sosiaali- ja kuntopoliittisissa ohjelmissa. Kansalaisten osallisuutta pyritään vahvistamaan esimerkiksi asuin- ja elinympäristön suunnitteluun liittyen tai palveluiden kehittämisessä palveluiden käyttäjien tarpeita vastaaviksi. Sosiaali- ja terveyspalveluissa painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä, hallintorajoja ylittäviä palveluketjuja. Tämän ajatellaan toteutuvan vahvistamalla palveluiden käyttäjien osallisuutta ja kokemusasiantunteumuksen käyttöä palveluissa. Myös sosiaalihuoltolaissa osallisuuden vahvistaminen on nostettu keskeiseksi lakisääteiseksi tehtäväksi (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301). Kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävä yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa onkin yleistynyt, ja tänä päivänä jo useat tahot kouluttavat kokemusasiantuntijoita (Hirschovits-Gerz ym. 2019).

Tanja Hirschovits-Gerzin ja kumppaneiden (2019) mukaan Sipilän hallituksen Palvelut asiakaslähtöiseksi -kärkihankkeeseen liittyen luotiin osallistumisen alueellinen toimintamalli (2018) asiakas- ja asukaslähtöisen toiminnan kehittämisen perustaksi. Asiakasosallisuus on lakiin perustuva oikeus osallistua ja vaikuttaa myös omaan hoitoon ja järjestettäviin palveluihin. Oikeus osallistua palveluiden kehittämiseen laajemmin liittyy myös toimintamalliin. Sekä kokemusasiantuntijoita että asiakkaita otetaan nykyään luontevasti mukaan palveluiden kehittämiseen.

Kokemustiedon hyödyntäminen on valtakunnallisen Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -kehittämisen ja tutkimushankkeen viitekehyksenä olevassa recovery-ajattelussa keskeistä. Sosiaalisen kuntoutuksen kohteeksi määrittyvien asiakkaiden pulmat ovat usein monitasoisia; terveydellisiä, päihteisiin, sosiaalisiin suhteisiin ja koulutukseen liittyviä. Kuntoutumisen tavoin toipuminen (recovery) ymmärretään helposti sairaudesta tai vammasta paranemiseksi tai päämääräksi, jossa sairaus tai vamma poistuu. Sairaus tai vamma kietoutuu kuitenkin monenlaisiksi vaativiksi elämäntilanteiksi, jotka ovat syntyneet pitkän ajan kuluessa, joten myös toipumisprosessissa menee pitkä aika. Esimerkiksi mielenterveysongelmista on mahdollista toipua ja niiden kanssa on mahdollista elää myös täysipainoista tyydytystä tuovaa elämää sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Recovery-ajattelu on voimavaroja, osallisuutta, toivoa, merkityksellisyyttä ja positiivista mielenterveyttä painottava ajattelun ja toiminnan viitekehys. (Nordling & Rissanen 2020; Fox 2017.) Vertaistuen näkökulmasta kokemustiedon merkitys yksilön toipumiselle tunnustetaan tänä päivänä jo hyvin yleisesti.

6.2.2 Sosiaalityö ja asiakkaan osallisuuden kehittäminen

Tulokulmina osahankkeeseen ovat aikuisille suunnatut julkiset mielenterveyspalvelut, paikallinen palveluverkosto ja erikoissairaanhoidon sosiaalityö. Osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys ovat keskeisiä asioita kenelle tahansa meistä, mutta erityisesti ne ovat muutosprosessin voimavaroja. Sosiaalityön professori Kirsi Juhilan mukaan sosiaalityössä on usein kyse juuri muutoksen tukemisesta ja toipuminen-käsite on sovellettavissa laajasti so-

siaalityön alueelle (Juhila 2018, 90–91). Sosiaali- ja terveystalvaeluiden asiakaslähtöisten, hallin- torajoja ylittävien palveluketjujen tavoitteet eivät toteudu itsestään, vaan ne otettava tietoisesti kehittämistään kohteeksi (esim. Muurinen 2019). Pirkanmaan osahanke on sosiaality  vetoinen. Tavoitteena oleva sosiaalisen kuntoutuksen sisältöjen kehittäminen soveltuu hyvin sosiaalityölle moniammatillisen t    n kentillä. Terveystenhuollon ympäristössä sosiaalityö toimii niin sanotuilla vieraskentill  , mutta sosiaalisen kuntoutuksen kehitt  amisen näkökulmasta ydinalueella, toimii- joiden välimaastossa.

Hoidon porrasteisuuden mukaan erikoissairaanhoidon tehtäväksi tulee asiakkaan sairauden diagnosointi ja siihen perustuva hoidon suunnittelu sekä vaativa akuuttivaiheen hoito. Muu hoi- don toteutus ja seuranta nähdään kuuluvaksi perusterveydenhuollolle tai kunnallisella tasolla mielenterveyst    h  n erikoistuneille ammatillisille. Osahankkeen kohdealueella voitiin toteuttaa akuuttivaiheen osastohoitoa ja kuntouttavaa avohoitoa yhdellä paikkakunnalla. Erikoissaira- hoitotasosta avohoitoa voitiin toteuttaa kolmella paikkakunnalla sijaitsevilla psykiatrian polikli- nikoilla. Kaikilla näillä alueilla ovat sosiaalityön palvelut käytettävissä.

Sosiaalityöntekijän tehtävän sisällöissä voi olla eroja sen mukaan, mitä kyseinen t    ntekij  , h  - nen tiiminsä tai sairaanhoidosta vastaava lääketieteellinen johto haluaa tehtävässä painottaa. Tehtävät keskittyvät asiakkaiden sosiaaliturva-asioihin, kuntoutukseen, asumiseen, perheen ti- lanteeseen tai toimeentulon kysymyksiin. Sosiaalityöntekijän tehtävä ei ole hoitosuhdety  t  , eikä esimerkiksi terapiaty  skentely kuulu tehtäviin, mutta psykososiaalinen tukeminen ja elä- m  ntilannetta jäsentävä keskustelu ovat olennainen osa asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välistä työskentelyä. Yhtäältä verkostotyö, kuten eri auttamist    n paikkojen kontaktointi ja mahdolli- suuksien selvittely, voi jäädä vähäiseksi, etenkin jos palveluiden paikallinen kirjo on vähäinen. Toisaalta esimerkiksi Sirkka Alhon (2021) mukaan sosiaalityön ammatillaiset tunnistavat asia- kas- ja verkostotyön tapaamisia, joissa yksin olevaa asiakasta vastassa on runsaslukuinen am- mattilaisten ryhmä. Pahimmillaan t    ntekij  t kinastelevat, jopa kilpailevat keskenään siitä, kenen sana painaa eniten. Voi olla niinkin, ettei kukaan ammatillainen ota kokonaisvastuuta asi- akkaasta, jolloin lopputuloksena on asiakkaan putoaminen palveluiden ulkopuolelle ja jääminen vaille tarvitsemaansa tukea. Ammatillainen voi myös uupua asiakkaaseen, jos hoidettavat asiat eivät etene tai jos asiakas ei halua edesauttaa tilanteensa etenemistä. Tällöin asiakas voi jäädä niin sanottuihin byrokratian rattaisiin (Mikkonen & Saarinen 2018).

Suomalaista sosiaalityötä on arvosteltu liian vähäisestä yhteiskunnallisesta osallistumisesta, kuten myös vähäisestä asiakkaiden osallisuuden tukemisesta (ks. Pohjola ym. 2019). Kehit- t  j  asiakastoiminnan myötä asiakastyö on vahvistunut ja sosiaalityön tietoperusta lisääntynyt. Työskentely yhdessä asiakkaiden kanssa lisää t    ntekij  iden sosiaalista osaamista. Asiakkaiden kokemustieto ja näkemys palveluiden toimivuudesta voidaan ottaa mukaan suunnitteluun. T  - m  n asiantuntemuksen hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä ja suunnittelussa on keskei- nen osa sosiaalityön oman t    n kehitt  amisen kulttuuria ja rakenteellista sosiaalityötä.

6.2.3 Osahankkeen toteutus Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Osahankkeessa sovelletaan recovery-, toipumisorientaation mukaista ajattelua. Toipumisella ei tarkoiteta tässä sitä, että ihminen toipuisi aikaisempaan terveeseen tilaansa. Toipumisorientaa- tiossa on kysymys prosesseista, muutoksesta ja tulevaisuudesta. Kyse on toivon löytämisestä ja yhteyden saamisesta muihin ihmisiin ja tätä kautta merkityksellisen elämän saavuttamisesta. Ihminen on aktiivinen toimija ja pystyy sairaudestaan huolimatta elämään omista l  ht  kohdis- taan käsin mielekästä ja tyydyttävää elämää (Raivio & Raivio 2020). Pirkanmaan osahankkees- sa ihmisiä tuetaan sosiaalisten suhteiden piiriin, yhteisöllisen toiminnan alueille ja osallisuutta

tukemalla heitä rohkaistaan löytämään oma toimijuutensa. Vertaistuki ja toisten kokemukset erilaisista selviytymiskeinoista herättävät toivoa omasta toipumisesta ja antavat uusia mahdollisuuksia kuntouttaa itseään. Toipumisessa on kyse henkilökohtaisella tasolla asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessista. Vastaavaa muutosprosessia voidaan odottaa myös ammattilaisilta silloin, kun asiakaslähtöisyys asetetaan auttamistyön lähtökohdaksi.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin osahankkeeseen palkattiin kokoaikainen kehittäjä-sosiaalityöntekijä alkuvaiheen käynnistämiseksi. Näin saatiin täysi työpanos hankkeen suunnitteluun ja alkuvaiheen toimintaan mielenterveys- ja aikuissosiaalityön palvelukentälle. Toimintojen suunnittelu tehtiin osahankkeessa alusta lähtien yhdessä koulutettujen kokemusasiantuntijoiden kanssa. Kehittäjä-sosiaalityöntekijän tehtävänä oli aluksi luoda verkostoja kohdealueille. Osahankkeessa tukikohdiksi maakunnassa tulivat psykiatrian poliklinikat. Niiden kautta joka kunnassa yhteistyökuviot muodostuivat omanlaisikseen. Yhdessä kunnassa sosiaalihuollon toiminnat nousivat alusta saakka merkittävään osaan ja hanketoiminnoissa mukana oleville asiakkaille tehtiin sosiaalisen kuntoutuksen sopimuksia. Kaikissa kunnissa kokemusasiantuntija toimi psykiatrian poliklinikan asiakkaiden tukena.

Hankkeen alkuvaiheessa panostettiin recovery-, toipumisorientaation tunnetuksi tekemiseen kokemusasiantuntijuuden ja uuden toimintamallin kehittämisen lähtökohtana. Toipumisorientaatiosta järjestettiin koulutuksia valtakunnallisen hankkeen ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Toipumisorientaatiossa korostettiin asiakkaiden omien tavoitteiden arvostamista ja toivon virittämistä asiakkaan elämäntilanteeseen. Tämä näkökulma sulautuu hyvin sosiaaliseen kuntoutukseen, joka korostaa elämänhallintaa ja yhteiskunnan toimintaan osallistumista.

Hankkeen keskivaiheilla suurin osa toiminnoista jouduttiin keskeyttämään COVID-19-viruksen esiintymisen ja Pirkanmaan rajoitustoimien vuoksi. Toimintojen uudelleen käynnistämistä ja jatkamista tehtiin rajoitusten puitteissa.

Hankkeen loppupuolella keväällä 2021 kokemusasiantuntijoille suunnatun kyselyn avulla arvioitiin osahankkeen tavoitteiden toteutumista. Hanketyöntekijä tapasi edelleen myös kohdekuntien ammattilaisia. Tavoitteena oli saada vietyä tietoa toipumisorientaatiosta varsinkin uusille ammattilaisille. Osahanke sai toiminnalleen jatkoaikaa vuoden 2021 loppuun.

6.2.4 Mieli pt -malli

Idea uudesta Mieli pt (personal trainer) -mallista tuli kokemusasiantuntijalta jo hankkeen alkuvaiheessa. Ajatuksena on, että asiakkailla on tukihenkilö, joka tukee arkipäivään liittyvissä asioissa ja oman mielen hoitamisessa tekemisen kautta. Tärkeää on myös vertaistuki yhteistaapamisissa muiden asiakkaiden kanssa. Myöhemmin idea täydentyi kokemusasiantuntijoiden työskentelyllä mielenterveyspalveluiden toimipisteiden aulatiloihin, joissa he tapaavat asiakkaita, heidän läheisiään ja henkilökuntaa.

Tiivistetysti Mieli pt -mallissa kokemusasiantuntija tarjoaa tukea mielenterveyden haasteita kokeville asiakkaille. Mieli pt -malli toteutuu ammatillisen hoidon ja palveluiden sekä kansalaistoiminnan yhdyspinnalla. Koulutettu kokemusasiantuntija tekee asiakastyötä kokemusasiantuntijakoulutusta tarjoavan toimijan ja paikallisen palveluyksikön työntekijöiden sekä sosiaalihuollon toimijoiden tuella. Mallia on testattu ja kehitetty Tampereen yliopistollisen sairaalan toimipisteissä sekä sosiaalihuollon toiminnoissa. Kokemusasiantuntijaresurssin koordinoinnista ovat vastanneet järjestötoimijoista ennen muuta Mielen ry yhdessä Taysin työntekijöiden kanssa. Asiakkaat ohjautuvat Mieli pt:hen Taysin psykiatrian, kuntien päihde- ja mielenterveystyön, sosiaalitoimen, nuoriso-

toimen tai työpajatoiminnan kautta. Asiakkaat ovat löytäneet toimintoihin myös omatoimisesti lehtijuttujen tai psykiatrian poliklinikan seinällä olleiden tiedotteiden avulla. Toimintamalli ei ole diagnoosikeskeinen; fyysinen, psyykinen tai päihteisiin liittyvä diagnoosi ei ole esteenä osallistumiselle. Toimintamallissa huomioidaan myös omaiset ja läheiset. Omaisen mukaan saaminen on tärkeää asiakkaan hoitoprosessille, mutta edellyttää asiakkaan antamaa suostumusta.

Mieli pt:n tavoitteena on lisätä ihmisten mahdollisuuksia toipumiseen tuen avulla ja lisätä onnistumisen kokemuksia, jotka motivoivat muutokseen. Tarkoituksena on myös haastaa asiakkaan omaa mieltä, lisätä arjen hallintaa ja ongelmanratkaisutaitoja. Kokemustiedon huomioiminen ja kokemusasiantuntijoiden mukaan otto voi auttaa myös ammattilaisten jaksamista, koska näin avautuu myös uusia reittejä avun tarjoamiselle.

Mieli pt -mallissa on tarjolla yksilötukea, aulatoimintaa psykiatrian poliklinikoilla ja yhteistapaamisia tai ryhmätoimintaa ammattilaisten palvelujen rinnalla ja niiden osana. Mieli pt -mallin mukaiset toimintamuodot on kuvattu kiteytetysti taulukossa 5.

Taulukko 5. Mieli pt -mallin toimintamuodot.

Yksilötapaamiset	Yhteistapaamiset	Kokemusasiantuntija tavattavissa -aulatoiminta
Tapahtuvat osallistujan valitsemassa paikassa. Tapaaminen voi sisältää kotikäyntejä, asioimista tai harrastukseen osallistumista. Tärkeää on tukea asiakasta asettamaan omia tavoitteita, joita kohti kulkiessa Mieli pt:n tuki on käytössä.	Tapaamiset voivat sisältää keskustelua, retkeilyä, tutustumista kotikunnan kohteisiin ja muuta tekemistä, johon osallistujilla itsellään on halu ja kiinnostus. Tapaamisilla tuodaan esiin recovery-ajattelua sekä yleensä toipumiseen vaikuttavia perusasioita.	Kokemusasiantuntija tarjoaa keskustelua ja kahvia eri toimipisteiden odotustiloissa kerran kuukaudessa. Kerrotaan kokemusasiantuntijudesta ja recovery-ajattelusta. Tärkeää on läsnäolo.

Yksilötapaamisissa kokemusasiantuntija tapaa asiakkaan valitsemassa paikassa ja asiakkaalle tärkeiden asioiden tiimoilta. Tapaamiset voivat sisältää liikuntaa, asiointia kodin ulkopuolella, keskustelua asiakkaalle tärkeistä asioista tai muuta vapaamuotoista asiakaslähtöistä toimintaa. Asiakkaan kanssa läsnäoloon kiinnitetään erityistä huomiota. Asiakkaan kanssa käytävästä keskustelusta poimitaan asiakkaalle tärkeitä asioita ja lähdetään tarvittaessa yhdessä miettimään, mitä asioille voi tehdä. Tärkeää on löytää asiakkaan piilossa olevia haaveita, joihin panostamalla asiakkaassa saattaa viritä toivoa muidenkin asioiden järjestymisestä, mikä taas johtaa paremmin omaan vastuunottoon asioiden hoidossa. Kokemuksellisuus on tärkeä elementti, koska asiakkaiden on helpompi ottaa vastaan tietoa, kun vertainen puhuu omista kokemuksistaan. Vertaisuuden kautta voi saada vinkkejä esimerkiksi selviytymiskeinoista.

Yhteistapaamiset ovat kokoontumisia, joissa toimintaa ohjaavat asiakkaiden tarpeet. Ammattilainen ja kokemusasiantuntija ovat tapaamisessa läsnä, mutta eivät varsinaisesti toimi vetovastuussa, vaan parhaimmillaan vain osallistuvat keskusteluun ja huolehtivat toiminnan puitteista, kuten tiloista. Ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan tehtävänä on myös poimia asiakkaiden keskusteluista aiheita, joita voidaan myöhemmin käsitellä ja selvittää. He voivat välillä ehdottaa jotain aiheita, joista asiakkaat päättävät, mitä käsitellään. Yhteistapaamisissa voidaan harrastaa yhdessä esimerkiksi luontoretkeä, elokuvia tai ruuanlaittoa. Mikäli kokemusasiantuntijoiden omat tarinat ovat esillä, niistä riittää keskusteltavaa usein seuraavallekin tapaamiskerralle. Kokemusasiantuntija voi myös vierailla erilaisissa ryhmissä, ja vieraileva kokemusasiantuntija voi valmistella tapaamista ryhmäläisten toivomusten mukaan.

Kokemusasiantuntijoiden aulatoimintaan ”Kokemusasiantuntija tavattavissa” on otettu mallia Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin aulatoiminnasta. Siinä kokemusasiantuntija on tavattavissa mielenterveyspalveluiden odotusaulassa. Samassa yhteydessä tarjotaan kahvia ja teetä, mikä usein auttaa keskustelun alkuun pääsemistä. Keskustelussa kokemusasiantuntijat pystyvät jakamaan kokemuksiaan asiakkaiden ja myös työntekijöiden kanssa, mikä voi antaa eri osapuolille uusia näkökulmia. Kokemusasiantuntija on läsnä ja kuuntelee asiakkaita, kertoo tarvittaessa omaa tarinaansa ja voi ohjata edelleen yksilö- tai yhteistapaamisten piiriin. Kokemusasiantuntijan läsnäolo voi myös helpottaa asiakkaiden jännitystä ennen ammattilaisten vastaanotolle menemistä. Kaikki asiakkaat eivät ehkä halua tavata aulassa päivystävää kokemusasiantuntijaa ja tämän seikan tunnistaminen vaatii hienotunteista asian huomioimista.

Mieli pt -malli on kuvattuna myös Innokylä-verkkopalvelussa osoitteessa <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielenterveyden-kokemusasiantuntija-asiakkaan-tukena-palveluissa>. Kuvauksen yhteydessä löytyy Sokran eli Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohankkeen arviointi mallista.

Mieli pt -mallin kokeiluun ja kehittämiseen osallistui hankkeen aikana neljätoista koulutettua kokemusasiantuntijaa, kymmeniä palveluiden käyttäjiä ja muutamia ammattilaisia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja osahankkeen kohdekunnissa aktiivisen alkuvaiheen ja toimintojen hyvään alkuun saamisen jälkeen COVID-19-pandemia vaikutti suuresti käytäntöjen tasolla, koska ihmisten välisiä kontakteja jouduttiin rajaamaan. Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteistyöhön vaikutti lisäksi alueella toimivan hoitohenkilökunnan ja muiden ammattilaisten vaihtuvuus. Sosiaalihuollon alueella oli vaihtuvuutta työntekijöissä, ja tämä heijastui osahankkeen toimintaan. Mieli pt -mallista saadut hyvät kokemukset kannustavat kuitenkin kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseen ja jatkamiseen. Osahankkeen arviointi tapahtui pitkälti perustuen kokemusasiantuntijoille tehdyn kyselyn vastauksiin.

6.2.5 Hankkeen arviointi kokemusasiantuntijoiden tehtävän näkökulmasta

Kokemusasiantuntijoille tehty kysely valmisteltiin Pirkanmaan osahankkeen tukiryhmässä, yhdessä hanketyöntekijän, Mielen ry:n edustajan, kahden kokemusasiantuntijan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajien kanssa. Kysely lähetettiin sähköpostilla 14:lle kokemusasiantuntijalle. Vastauksia kysymyksiin saatiin yhdeksältä mukana olleelta henkilöltä. Kokemusasiantuntijoista kolme halusi vastata kysymyksiin puhelimitse, loput kuusi vastasivat sähköpostilla.

Kokemusasiantuntijoille esitettiin kymmenen kysymystä, joiden mukaan myös vastaukset on jäsennetty. Seuraavassa on otteita vastauksista sekä yhteenvetoa kunkin kysymyksen osalta.

Kyselyn aluksi kokemusasiantuntijoita pyydettiin kertomaan, mitä toipumisorientaatio heille merkitsee. Kuvauksissa ilmeni kokemusasiantuntijan näkemys, johon voivat taustalla vaikuttaa erilaiset toipumisorientaatiosta koulutuksessa tai osahankkeessa esitetyt ajatukset ja määritelmät. Kuvaukset ja toipumisorientaation määrittely ovat henkilökohtaisia, aikasidonnaisia ja niissä korostuvat kokemusasiantuntijan tai omaisen keskeisinä pitämät asiat.

”Toipumisorientaatio tarkoittaa minulle sitä, että sairauksista huolimatta on mahdollisuus elää ihan hyvää elämää. Toipumisorientaatio on laittanut omat arvot uuteen tärkeysjärjestykseen. Se, että välillä sairauden kanssa mennään takapakkia, ei ole maailmanloppu. Se kuuluu tähän prosessiin. Asiakasta ei enää kohdella mitättömänä, vaan hänet otetaan mukaan hoitosuunnitelmaan ja kuullaan asiakkaan mielipiteitä.” V1

”Toipumisorientaatio tarkoittaa minulle, että sairaus ei ole kenenkään koko elämä, se on vain yksi asia. Samoin sairastuneen omaisen eläminen on vain yksi asia. Täyttää elämää voi elää, vaikka perheessä on sairastunut.” V4

” Toipumisorientaatio tarkoittaa minulle pääasiassa sitä, että myös omaisella on oma toipumisprosessinsa siitä kriisistä, jonka läheisen sairastuminen aiheuttaa. Omainen saavuttaa prosessissa toivoa, optimismia, kumppanuutta ja voimaantumista. Myös mielenterveyskuntoutujan toipuminen on avautunut aivan uudella lailla.” V8

Kokemusasiantuntijoiden vastauksissa ilmenevät monet toipumisorientaation keskeiset ajatukset, kuten se, että sairauksista huolimatta on mahdollista elää omannäköistään elämää. Jos esimerkiksi sairauden syklissä tapahtuu huonontumista, se ei ole kuitenkaan lopullista. Toipuminen ei ole myöskään parantumisen synonyymi. Henkilön ei tarvitse tulla oireettomaksi, vaan toipujana voi hyväksyä vointinsa aaltoilun. Armollisuus itseään kohtaan on siten tärkeää. Tärkeää on muistaa myös se, että läheisen sairastuminen luo myös omaiselle oman toipumisprosessin haasteineen.

Toiseksi tiedusteltiin, mitä kokemusasiantuntijat ovat tehneet ja millainen rooli heillä on ollut hankkeen kokemusasiantuntijoina. Kokemusasiantuntijat ovat toimineet osahankkeessa useissa eri rooleissa: pt-tukihenkilönä, ”kokemusasiantuntija tavattavissa” -aulatoiminnassa, ryhmässä, luennoitsijana, blogin kirjoittajana, rentoutusmenetelmien opastajana harjoitusten keinoin ja yhteistyössä mukana järjestöjen toiminnassa kehittämässä digisovelluksia. Kokemusasiantuntijat ovat työskennelleet myös yhdessä ammattilaisen kanssa yhteis-/ryhmätapaamisissa.

” (hankkeessa) ...uupuneiden edustajana. Keskustelut olivat todella hyviä ja uskon, että tästä oli apua molemmiin puolin.” V3

”Mä olin ryhmäkokoontumisissa kokemusasiantuntijana kahdesti. Ensin kertomassa oman tarinani. Toisessa tapaamisessa kerroin, miten (rentoutusmenetelmän nimi) on minua auttanut.” V5

Tiedusteltaessa hankkeen kokemusasiantuntijatehtävissä toimineilta tehtävien määrää kuusi vastasi töitä olleen sopivasti. Liian vähän tehtäviä oli ollut kolmella vastaajalla. Yksi heistä totesi, että olisi pitänyt olla enemmän työtehtäviä, siten ehkä toipumisorientaation mukainen toimintakin olisi tullut entistä ymmärrettävämmäksi.

Kyselyssä kokemusasiantuntijoilta tiedusteltiin myös, mitä hankkeeseen osallistuminen oli heille merkinnyt ja millaiseksi he arvioivat hankkeen kokemusasiantuntijatoiminnan merkityksen asiakkaille.

”Tämän hankkeen avulla olen saanut nähdä sen, millainen rooli kokemusasiantuntijalla on asiakkaiden kanssa, kuinka suuri tukimuoto ja mahdollisuus se on. Se, että olen saanut olla hankkeessa mukana, on myös vienyt omaa sairauttani eteenpäin. Asiakkaani kanssa oli juuri puhetta siitä, mitä tämä hanke on hänelle merkinnyt. Vastaus oli, että kaikkea.” V1

”Mä toivon ja uskon, että on herättänyt toivon asiakkaalle. Herättää kiinnostusta. Kokemusasiantuntijan ydintehtävä – tuo ihmiselle luottamusta, että hän voi selvitä.”

”Ei tarvitse parantua kokonaan, ei tarvitse tulla edes oireettomaksi. Ei näy päällepäin.” V5

”Kivat keikat minulle. Sopiva ryhmäkoko. Pääsi henkilökohtaiseen yhteyteen. Näkyi vastaanottavaisuutena. Sain palautetta, että aihe oli kiinnostava ryhmäläisille. Saivat uusia ajattelun aineksia.” V7

Kyselyn perusteella voi todeta, että kokemusasiantuntijat kokevat työnsä tärkeäksi. Osallistumisen hanketoimintaan on osoittanut, että kokemusasiantuntijan työ on tärkeä tukimuoto asiakkaalle. Myös kokemusasiantuntijoiden suhtautuminen omaan sairauteen ja sen kanssa eläminen

on muuttunut. Osahankkeen toiminnoissa käydyt keskustelut ovat olleet tärkeitä kaikille osapuolille. Kokemusasiantuntijoiden mielestä on tärkeää, että kuntoutujille ja ammattilaisille korostetaan perheen ja lähipiirin merkityksen tärkeyttä. Omaisten kuulumisten ja tuntemusten kysely koetaan tarpeelliseksi ja tilannetta positiiviseen suuntaan vieväksi.

Kokemusasiantuntijoita pyydettiin esittämään hankkeen aikana ilmenneitä kehittämistarpeita. Esitetyt kehittämistarpeet kohdistuivat usealle eri osa-alueelle.

”Tarjoaisin hankkeen palveluja myös perusterveydenhuollolle. Onhan terveyskeskuksissa omat päihde- ja psykiatriset hoitajat. Ja tarjoaisin kokemusasiantuntijoita myös perheneuvolan puolelle, tietysti kokemusasiantuntijan kokemuksen mukaan. Omasta kokemuksesta tiedän, että siellä koetellaan sekä vanhempien että lapsien/nuorten mielenterveyttä.” V1

”Yleensä perheen ja lähipiirin merkityksen korostaminen ammattilaisille, ja myös kuntoutujien kanssa lähipiiristä puhuminen. Omaisten kuulumisten kysely, ”miten sinä voit” eli omaisen ottaminen huomioon omana itsenään. Arjen asioiden merkitys toipumiselle ja toimintakyvylle. Pelkkä psykiatrinen hoito ei riitä, kun arki takkuu niin kuin monissa psykiatrisissa sairauksissa (rahan käyttö, kauppa-asiat, ruokailu, lääkkeiden otto, vaatehuolto, puhtaus yms.). Arjen sujuvuus voi tukea ja sujumattomuus haitata hyvää hoitoa.” V4

”Esimerkiksi joitain ”asiakasystävällisempiä” kehitysehdotuksia. Olen miettinyt esimerkiksi, miltä käyttäjästä tuntuisi joitain juttua suunnitellessa.” V9

Kokemusasiantuntijat nostivat esille yhtenä kehittämiskohteena perusterveydenhuollon. Siellä tarjottavat kokemusasiantuntijapalvelut auttaisivat asiakasta saamaan entistä nopeammin tarvitsemaansa keskusteluapua. Keskusteluissa vertaisuus ja ymmärrys asioiden sisällöstä on erittäin merkityksellistä. Kokemusasiantuntijoiden tarjoama apu ja tuki olisi tärkeää myös perheneuvoloissa, koska niiden perheiden määrä, joissa vanhemmilla on mielenterveys- tai/ja päihdeongelmia, on kasvussa. Kokemusasiantuntijoita voisi hyödyntää entistä laajemmin erikoissairaanhoidon mielenterveys- ja päihdeyksiköissä. Asiakasta ajatellen tämä on kuitenkin jo toissijainen avun tarjoamisen paikka. Erikoissairaanhoitoon pääsevät asiakkaat ovat saaneet lähetteen hoitoon perustasolta, ja asiakas joutuu odottamaan lähetteen käsittelyä ja priorisointia ennen vastaanotolle pääsyä. Olisi tärkeää päästä kontaktiin kokemusasiantuntijan kanssa jo perustason palveluissa.

Vastauksissa korostettiin sujuvan arjen merkitystä, mikä on juuri sosiaalisen kuntoutuksen ydinasioita. Vastausten perusteella arjen perusasioiden sujuvoittaminen on merkittävässä asemassa psykiatrisessa avohoidossa olevien asiakkaiden kuntoutumisessa. Arjen todellisuutta tulee selvittää myös yhdessä omaisten ja läheisten kanssa.

Kokemusasiantuntijoilta tiedusteltiin myös, miten havaittuihin kehittämistarpeisiin tulee heidän mielestään vastata. Kokemusasiantuntijan näkemys on, että suurin haaste toipumisorientaation juurruttamisessa liittyy ammattilaisten asenteeseen. Ratkaiseva kysymys on, miksi ammattilaiset yrittävät estää kokemusasiantuntijoiden ja heidän asiantuntijuutensa käyttämistä avuksi asiakkaan toipumisessa. Asiakkaiden auttamisessa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on kokemusasiantuntija hyvänä apuna. Parasta asiakkaalle olisi, ettei välttämättä ammattilaista tarvita lainkaan. Sosiaalityön avulla kartoitetaan asiakkaan arjen haasteet psykiatrisessa avohoidossa olevilta ja mahdollisesti myös heidän omaisilta. Tämän jälkeen pystytään järjestämään asiakkaalle kaikki hänen tarvitsemansa tukipalvelut arjen haasteisiin.

”Kyse ei ole minun mielestä niinkään asian eteenpäin viemisestä vaan ammattilaisten asenteesta. Suuri kysymys onkin, että miksi ammattilaiset haraavat vastaan tilaisuutta käyttää kokemusasiantuntijaa ja kokemusasiantuntijuutta avuksi.” V1

”Kokemusasiantuntija mukaan asiakkaiden toipumiseen varhemmin, ei tarvitse aina ns. ammatillista tukea vaan joskus kokemus on parasta vertaisuutta”. V3

”Psykiatrisessa avohoidossa pitää ottaa huomioon arki, selvittää sen todellisuus esim. omaisten kanssa, ja hankkia siihen tuki, eli myös sosiaalityötä/sosiaaliohjausta tarvitaan”. V4

Kyselyllä toivottiin lisäksi saatavan tietoa siitä, mikä hankkeessa toimi hyvin ja mikä ei toiminut. Vastaajien mielestä osahanke ja siihen osallistuminen on ollut positiivinen asia. Psykiatrian poliklinikoiden lisäksi toivotaan osahankkeeseen osallistuvien kuntien ymmärtävän tämän tukimuodon merkitys. Joidenkin vastaajien mielestä alkuinformaatiota osahankkeesta oli liian vähän, mutta hankkeen edetessä on koettu, että tietoa on tullut lisää ja sitä on lopulta ollut riittävästi. Osahankkeen arvioinnin tuloksia odotettiin ja haluttiin nähdä, mitä näiden vuosien aikana on saavutettu.

”Hanke on itsessään ollut todella hyvä asia. Vielä kun kaupungit ja kunnat tajuaisivat käyttää näin hyvää tukimuotoa hyväksi.” V1

”Loppuvaiheen tuloksista esittely. Hedelmiä nähtäväksi työstä. Ylitti odotukset. Alkuvaihe ei toiminut hyvin. Tiedotus puuttui siitä.” V6

Kyselyssä kartoitettiin kokemusasiantuntijoiden hankkeen aikana työhönsä saamaa tukea ja sen riittävyyttä. Kokemusasiantuntijoista kuusi koki saaneensa tarpeeksi tukea työskentelynsä. Tuki on tullut käytyjen keskustelujen myötä ja yhteistyö on koettu positiiviseksi. Loput vastaajista eivät olleet tarvinneet tukea lainkaan.

Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin, miten hankkeessa on huomioitu asiakkaan läheiset/omaiset tai muu yhteistyöverkosto.

”Tähän voin oikeastaan vastata vain omien tekemieni töiden kautta. Mieli PT-ryhmässä oli omaisten/läheisten mahdollista osallistua ryhmään (tämä oli ennen koronaa, kun ryhmä kokoontui, nykytilannetta en tiedä), yksilöasiakkaani voivat ottaa omaiset/läheiset mukaan tapaamiseen ja myös aulatoiminnassa olen keskustellut asiakkaan omaisten/läheisten kanssa. On toivottu ryhmää vain omaisille/läheisille, tämä ei ainakaan vielä ole toteutunut.” V1

”Hanke on ottanut kiitettävästi huomioon ja tarkoitus oli järjestää ryhmää ja vaikka mitä, mutta korona esti. En tiedä onko pt-tapaamisissa puhuttu lähipiiristä.” V4

Kokemusasiantuntijoiden mukaan asiakkaiden omaiset ja läheiset on huomioitu ja heidän osallistumisensa mahdollistettu. Pelkästään omaisista koostuvan ryhmän tapaamiset eivät olleet kuitenkaan vielä toteutuneet, vaikka tätä on toivottu hankkeen aikana.

Kyselyn lopuksi kokemusasiantuntijoilla oli mahdollisuus tuoda esiin tärkeiksi kokemiaan hankkeeseen liittyviä asioita.

”Hirveän hieno asia, että kokemusasiantuntijaa käytetään osana ryhmä/kuntouttavaa toimintaa.” V5

”Koen hyvänä, että yhteiskunta satsaa voimavaroja tähän hankkeeseen. Näkee sen positiivisena.” V6

”Tämä projekti on ollut minulle silmiä avaava, olen saanut uusia näkökulmia niin mielenterveyskuntoutujan kuin omaisenkin elämään tai toimintaan. Näen monet asiat aivan uusin silmin. Lisäksi on ollut antoisaa olla mukana näin mielenkiintoisessa toiminnassa ja tutustua moniin hienoihin hankkeisiin ja ihmisiin.” V8

”Olisi ollut hyvä hanke; jäänyt piippuun. Tulee tunne, että tehty vasemmalla kädellä.” V7

Yhden vastauksen perusteella hankkeessa mukana olevilla ei ehkä ollut riittävästi aikaa paneu-

tua tai sitoutua hankkeeseen. Tällä vastaaja mahdollisesti viittaa ammattilaisiin. Useampi vastaaja kokee kuitenkin hyvänä sen, että kokemusasiantuntija on saanut olla mukana erilaisissa tehtävissä. Osahankkeeseen osallistuminen on antanut mahdollisuuden saada uusia ajatuksia ja näkökulmia sekä kokemusasiantuntijoille että omaisille. Hankkeessa mukanaolo on myös luonut mahdollisuuksia kuulla valtakunnallisista asioista liittyen samaan teemaan; tieto on lisääntynyt ja tuonut entistä enemmän mielenkiintoa. Myös ihmisten kohtaamiset ja keskustelut ovat olleet tärkeitä.

Pirkanmaan osahankkeen arviointituloksista on nostettavissa esiin kaksi keskeistä teemaa sairaanhoitopiirin alueella; ammattilaisten myönteinen asenne kokemusasiantuntijuuteen ja kuuntelemisen taito sekä kokemusasiantuntijoiden paikan vahvistaminen tulevaisuuden sote-palveluissa.

6.2.6 Johtopäätökset

Ammattilaisten asenne ja kuuntelemisen taito

Kokemusasiantuntijat asettuvat ammattilaisten ja asiakkaiden välimaastoihin ja parhaimmillaan lähentävät eri osapuolia lisäämällä yhteistä ymmärrystä asiakkaiden ja ammattilaisten kesken. Koulutettu kokemusasiantuntija on asiantuntija nimenomaan omassa asiassaan, ei siten kuin esimerkiksi erikoislääkäri on oman alansa ammattilainen. Kokemusasiantuntija on vertaisten kanssa saman kokenut; hän on tapahtumista ja tilanteista selvinnyt ja saanut tehtävänsä koulutuksen. Hän voi olla siviiliammattiltaan vaikka lääkäri, mutta kokemusasiantuntijuus koostuu elämässä koetusta, kertyneestä tiedosta ja ohjaamiskoulutuksesta. Kokemusasiantuntijana toimiminen edellyttää, että henkilö kykenee arvioimaan ja jäsentämään kokemaansa ja tätä prosessia käydään läpi kokemusasiantuntijakoulutuksessa. Kokemuksellisen asiantuntijuuden myötä menneisyys muuttaa muotoaan; onnistuneen työskentelyn kautta elämään tulee mielekkyyttä ja mahdollisesti itsetunnonkin kohoamista. (Karoskoski 2010.) Ihminen ei välttämättä ymmärrä itseään ja kokemustaan paremmin kuin toinen ihminen. Olennainen osa ihmistä rakentuu muiden henkilöiden tietoisuudessa. Kohtaamisien peruslähtökohta on toisen ymmärtäminen. Tie toisen ymmärtämiseen tapahtuu koetun ilmaisun kautta. Ilmaisua voi olla tiedostamatonta tai tietoista, non-verbaalia tai kielellistä (Turunen 2014, 243). Kuulluksi tuleminen on kokonaisvaltainen kokemus.

Elämästään avautuessaan kokemusasiantuntija antaa ammattilaiselle sellaista ainutlaatuista tietoa, jota ei muulloin ole saatavissa. Vastaavasti kokemusasiantuntija voi vertaisena saada ammattilaista paremmin asiakkaan kiinnostumaan kodin ulkopuolella tapahtuvasta toiminnasta tai harrastuksesta, jotka voivat lisätä asiakkaan hyvinvointia. On siis tärkeää, että ammattilaisia kannustetaan ottamaan kokemusasiantuntija mukaan hoito- ja kuntoutusprosessiin (esim. Mikkonen & Saarinen 2018; Raivio & Raivio 2020, 179).

Hannele Palukan ja kumppaneiden (2019) mielenterveys- ja päihdepalveluiden alueelle kohdentuvassa tutkimuksessa kokemusasiantuntijuuden todetaan hyödyttävän palvelujärjestelmää, sen asiakkaita ja kokemusasiantuntijoita itseään. Kokemusasiantuntijoilla on rooli palveluiden käyttäjinä ja omaehtoisina toimijoina. Kyseinen tutkimus esittää kokemusasiantuntijoiden aseman olevan kuitenkin myös ristiriitainen yhtälö asiakkaan kuntoutumisen vahvistavina toimijoina ja hallinnon harjoittaman osallistamispolitiikan välineinä. Aila-Leena Matthies (2014) kirjoittaa, että kokemusasiantuntijoiden uudet työkentät ovat voineet ennen olla ammattilaisten tehtäviä. Lisäksi monella kokemusasiantuntijalla on ollut huonoja kokemuksia annetuista palveluista ja nyt toiminnalla pyritään tuomaan kuuluville palveluidenkäyttäjien ääni ja näiltä osin ”sivistää” ammattilaisia. Jotta yhteistyö eri osapuolten kesken toimisi, etenkin ammattilaisten on oltava tarpeeksi laaja-alaisesti katsovia ja uutta ajattelua hyväksyviä.

Erilaiset jännitteet kuuluvat kehittämistyöhön, koska ne tuovat näkyviin esimerkiksi ammattilaisen, asiakkaan ja kokemusasiantuntijan asemaan palvelujärjestelmässä väistämättä liittyviä valtaeroja. Näiden jännitteiden mahdollinen esiin tuleminen ei saa kuitenkaan olla esteenä kehittämiseksi, vaan niihin kannattaa suhtautua kiinnostuksella ja kysyä, ketä varten palvelut ovat olemassa, mitä niillä tavoitellaan ja millä erilaisilla tavoilla tavoitteisiin pääsemistä voidaan edistää. Onko varaa jättää hyväksi havaittuja ja tarjolla olevia mahdollisuuksia käyttämättä? Mielen-terveyspalveluiden saamisessa on valitettavan usein esteitä jo senkin vuoksi, ettei palveluita ole riittävästi ja riittävän varhaisessa vaiheessa tarjolla. Irja Mikkosen ja Arja Saarisen (2018) mukaan ihminen, joka ei saa tarvitsemaansa ammattiapua, voi myös tässä tilanteessa hyötyä vertaistuksesta. Jo yksistään ymmärretyksi tuleminen ja tieto siitä, ettei ole ainoa mielestään epäoikeudenmukaisesti kohdeltu, auttaa jaksamaan paremmin. Vertainen pystyy kokemuksensa kautta antamaan vihjeitä selviytymisestä ja tietoa palveluista. Lähtökohtana on asiakkaan tulevaisuus, joten katse on suunnattava eteenpäin (Raivio & Raivio 2020, 16). Kokemusasiantuntijat eivät tietenkään pyri korvaamaan ammattilaisten työtä, vaan täydentämään ja tukemaan ihmisten toipumisprosessia omalla tiedollaan asiasta.

Ammattilaisten tehtäväksi ja vastuulle tulee pitkälti se, miten kokemusasiantuntijat saavat tilaa palveluissa ja lähdetäänkö aidosti mukaan yhteistyöhön. Kokemusasiantuntijat voivat jäädä ulkopuolisiksi vierailijoiksi tai olla tervetullut ja vakiintunut osa palveluita ja niiden kehittämistä. Mahdollisista esiin tulevista jännitteistä on hyvä keskustella, mutta niiden ei pitäisi estää toimintaa. Päinvastoin jännitteistä keskusteleminen voi syventää molemminpuolista ymmärrystä ja lisätä tarvetta eri toimijoiden väliselle yhteistyölle.

Yhteistyötä ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden ja vertaistukea tarjoavien tahojen välillä on Pirkanmaan osahankkeen aikana edistetty nyt myös OLKA-toiminnan aloittamisen kautta. Vertaistukeen ja järjestöyhteistyöhön perustuva OLKA-toiminta (<https://olkatoiminta.fi/>) aloittaa toimintansa myös Pirkanmaalla, Taysin pääaulaan avatuissa tiloissa ([https://www.tays.fi/fi-FI/OLKATOiminta_tuo_lisaa_vertaistukea_ja_u\(126858\)](https://www.tays.fi/fi-FI/OLKATOiminta_tuo_lisaa_vertaistukea_ja_u(126858))). Tähän on suunnitteilla myös mielenterveysalan järjestöjen toimintaa. Kokemusasiantuntijoita on myös palkattu useamman vuoden aikana määräaikaan tehtäviin Tampereen alueella ja Taysissa. Tämän lisäksi ammattilaiset voivat tilata kokemusasiantuntijoita järjestöjen kautta. Voidaankin todeta, että ammattilaisten myönteinen asenne kokemusasiantuntijuuteen on vahvistumassa. Olennaisen tärkeää on se, että toiminnosta järjestämisvastuussa oleva johto näyttää palveluiden kehittämisen suuntaa ja antaa tukensa asiakastyössä toimiville ammattilaisille.

Kokemusasiantuntijoiden paikan vahvistaminen sote-palveluissa

Pirkanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman mukaan tulevaisuuden sote-keskuksen ohjelman tavoitteena on vahvistaa palveluiden monialaisuutta ja yhteentoimivuutta, johon liittyy myös sosiaalipalveluiden ja perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden vahvempi integrointi osaksi perusterveydenhuoltoa. Valtaosa mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelutarpeesta kohdistuu perustasolle. Sairaanhoidopiiri ja kunnat ovat sitoutuneet kehittämään myös perhekeskustoimintamallia.

Sote-asioiden suunnittelussa tulee keskustelun olla avointa ja tapahtua niin, että valta-asetelmia ei tarvitse miettiä. Jokaisella työyhteisöön kuuluvalla, joka työskentelee asian parissa, tulee olla oikeus mielipiteensä ilmaisemiseen ja häntä tulee kuunnella myös aidosti. Erään psykiatrisen poliklinikan ammattilainen on todennut osahankkeeseen liittyen: ”Vertaistuki on monille potilaille todella tärkeä asia ja usein jonkinlainen käännekohta, kun on saanut ymmärryksen siitä, että ei ole ainoa kenellä on kyseinen sairaus ja miten se elämään vaikuttaa. Kokemusasiantuntijoiden tekemä työ on siis tärkeää ja sitä olisi hyvä olla jatkossakin, niin auloissa kuin yksilötapaamisina.” Tavoitteena on, että Mieli pt -malli voisi kehittyä ja toiminnot jatkua myös osahankkeen päättyessä.

Sosiaalista kuntoutusta on kehitetty Pirkanmaan kunnissa viime vuosina, mutta sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden toteuttaminen on edelleen vaihtelevaa. Keskeistä on se, että toiminnan suunnittelussa huomioidaan asiakasryhmän omat toiveet ja tarpeet. Tämä on myös toipumisorientaation lähtökohta. Hankkeen aikana huomattiin esimerkiksi se, että asiakkaiden antaman palautteen huomioimatta jättäminen vaikutti asiakkaiden haluun osallistua toimintaan. Sosiaalisen kuntoutuksen paikan siirtäminen toiseen, asiakkaille epämieluisaan paikkaan vähensi asiakkaiden osallistumishalukkuutta.

Sote-uudistuksen tavoitteena on kaventaa kansalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta eri puolilla maata ja turvata ammattilaisten saanti. Tavoitteena ovat yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut, kuten myös vastaaminen yhteiskunnallisten muutosten mukana tuomiin haasteisiin ja kustannusten kasvun hillitseminen. Jotta kokemusasiantuntijoiden voimavarat saadaan mahdollisimman hyvin käyttöön, tämä toiminta tulisi huomioida tulevaisuuden sote-keskusten suunnittelussa. Hyvänä ratkaisuna voisi olla se, että kokemusasiantuntijatoiminnan koordinointi ja edistäminen sovitaan tietyille henkilöille tai vastuutaholle sote-keskuksissa ja perhekeskuksissa. Kokemusasiantuntijatoiminta ei saa jäädä sattumanvaraisesti resursoiduksi palveluiden jatkeeksi ja lisäksi, vaan sen tulee olla kiinteä osa palvelukenttää ja sisällä rakenteissa.

Lähteet

Alho, Sirkka 2021: Kollektiivinen asiantuntijuus ja monialainen yhteistyö aikuissosiaalityössä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena & Svenlin, Anu-Riina & Turtiainen, Kati (toim.): Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus Oy. Helsinki, 69–85.

Fox, Joanna 2017: The Contribution of Experiential Wisdom to the Development of the Mental Health Professional Discourse. Schizophrenia Bulletin 43 (3), 481–485.

Hirschovits-Gerz, Tanja & Sihvo, Sinikka & Karjalainen, Jarno & Nurmela, Anna 2019: Kokemusasiantuntijuus Suomessa: Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -toiminnan käytännöistä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 17/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Juhila, Kirsi 2018: Aika, paikka ja sosiaalityö. Vastapaino. Tampere.

Karoskoski, Petri 2010: Kokijoista tekijöiksi – kokemusasiantuntijoiden esiinnousu ja vaikutus. Teoksessa Putkonen, Hanna & Tenhoviirta, Katja & Huttunen Matti (toim.): Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Promethus kustannus Oy. Espoo, 121–138.

Kokkonen, Tuomo 2021: Osallisuuspolitiikka aikuissosiaalityön asiakkuuden ja työtapojen määrittäjänä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena & Svenlin, Anu-Riina & Turtiainen Kati (toim.): Aikuissosiaalityö: tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus Oy. Helsinki, 42–54.

Lindh, Jari & Härköpää, Kristiina & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) 2018: Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press. Rovaniemi. <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/63636>. Viitattu 15.11.2021.

Matthies, Aila-Leena 2014: Sosiaalihuollon ja kansalaisyhteiskunnan suhde sivistyneen demokratian peilinä. Teoksessa Haverinen, Riitta & Kuronen, Marjo & Pösö, Tarja (toim.): Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Vastapaino. Tampere, 42–61.

Meriluoto, Taina & Laine, Sanna 2019: Osallistajien ja osallistujien tavoitteet törmäävät kokemusasiantuntijuushankkeissa. Teoksessa Meriluoto, Taina & Litmanen, Tapio (toim.): Osallistu! Pelastaako osallistaminen demokratian? Vastapaino. Tampere, 165–188.

Mielenterveyden kokemusasiantuntija asiakkaan tukena palveluissa. <https://innokyla.fi/fi>. Viitattu 15.11.2021.

Mikkonen, Irja & Saarinen, Anja 2018: Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla. Tietosanoma Oy. Helsinki.

Muurinen, Heidi 2019: Pragmatismi ja kokeileva lähestymistapa sosiaalityön tiedonmuodostuksessa. Heikki Waris -instituutin tutkimuksia 2/2019. Heikki Waris -instituutti. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/305215>. Viitattu 25.11.2021.

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: Mielenterveystyö uudistuu - toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 40/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

OLKA-toiminta. [https://www.tays.fi/fi-FI/OLKAtoiminta_tuo_lisaa_vertaistukea_ja_u\(126858\)](https://www.tays.fi/fi-FI/OLKAtoiminta_tuo_lisaa_vertaistukea_ja_u(126858)). Viitattu 15.11.2021.

Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina & Auvinen, Petra 2019: Kokemusasiantuntija sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan edustaja. Janus 27 (1), 21–37. <https://doi.org/10.30668/janus.66252>

Pohjola, Anneli & Kemppainen, Tarja & Niskala, Asta & Peronius, Nina 2019: Sosiaalityö osana yhteiskunnallista kehityskulkua. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kemppainen, Tarja & Niskala, Asta & Peronius, Nina (toim.): Yhteiskunnallisen asemansa ottava sosiaalityö. Vastapaino. Tampere, 23–54.

Raivio, Markus & Raivio, Jouko 2020: Toipuva mieli. Opas toipumisorientaatioon. PS-kustannus. Jyväskylä.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Turunen, Serja 2014: Uusin silmin, avoimin mielin – Mitä kokemustutkija voi oppia taiteilijan tavasta katsoa maailmaa? Teoksessa Koivisto, Kaisa & Kukkola, Jani & Latomaa, Timo & Sandelin, Pirkko (toim.): Kokemuksen tutkimus IV, Annan kokemukselle mahdollisuuden. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 234–249.

7 TOIPUMISEN ITSEARVIOINTI JA MIELEN- TERVEYSPALVELUJEN ARVIOINTI TOIPUMISEN TUKEMISEN NÄKÖKULMASTA

7.1 Henkilökohtaisen toipumisen sekä organisaatio- ja palvelu- järjestelmätason toipumissuuntautuneisuuden mittaaminen ja arviointi

Esa Nordling, Marjatta Martin ja Kari Soronen

7.1.1 Tarkastelun lähtökohdat

Tässä artikkelissa pyritään selvittämään alan tutkimusjulkaisuja hyödyntäen, millaisia mittareita käytetään arvioitaessa henkilökohtaista toipumista yksilötasolla sekä toipumissuuntautuneisuutta organisaatio- ja järjestelmätasolla. Tavoitteena on kuvata eri tasoilla hyödynnettäviä mittareita, niiden yhteensopivuutta toipumisorientaation CHIME-viitekehyksen kanssa sekä psykometrisia ominaisuuksia.

Teemaan liittyviä tutkimusjulkaisuja etsittiin tekemällä hakuja ensin tavallisimmista tietokannoista (Medline, PsycInfo) sekä internetistä (Google Scholar) erilaisin hakusanayhdistelmin (recovery-orientation and measure instrument and mental health system, recovery-orientation and outcome measure instrument and mental health system, recovery-orientation and measuring scale and systems, recovery oriented systems and outcome tool and mental health, recovery oriented systems and measuring scales and assessment tools, mental health system and recovery-orientation and outcome measures). Alustavien hakujen tulosten perusteella päädyttiin lopulta käyttämään hakusanojen yhdistelmää recovery orientation and measure instrument and mental health system and review. Haku tällä yhdistelmällä tehtiin Google Scholarista ilman aikarajausta.

Artikkelia varten on tarkasteltu 150 julkaisua hakutuloksen osuvimmat ensin -järjestyksessä. Näistä artikkelin pohjana on hyödynnetty 13 katsausta ja muita julkaisuja, joissa on huomioitu kvantitatiivisten mittareiden yhteys CHIME-viitekehykseen ja tarkasteltu mahdollisuuksien mukaan niiden psykometrisia ominaisuuksia. Hakutulokseen sisältyi myös artikkeleja, joissa käsiteltiin joitakin toipumisorientaation laadullisia mittareita, mutta niitä ei tarkastella tässä artikkelissa. Käytettyjä tutkimusjulkaisuja on hyödynnetty kiteytyksenomaisena kartoituksena pyrkimättä systemaattiseen tai integroituun kirjallisuuskatsaukseen.

7.1.2 Toipumisorientaation CHIME-viitekehys

Toipumisorientaatio on laajasti tunnustettu ajattelun ja toiminnan viitekehys, jolle mielenterveyspalvelujen järjestäminen myös perustuu useissa maissa (esim. Slade 2009; Leamy ym. 2011; Williams ym. 2012). Sen lähtökohtana ovat olleet 1960–1970-luvuilla toimineet yhteiskunnalliset liikkeet, joiden pyrkimyksenä oli psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden oikeuksien ja aseman vahvistaminen sekä hoitokäytäntöjen epäkohtien ja niihin liittyvän vallankäytön näkyväksi tekemi-

nen ja muuttaminen. Silloisten palvelujen ja palvelujärjestelmän kriittinen tarkastelu johti toipumisorientoituneeseen ajatteluun, josta kiinnostuivat yhteiskunnallisten liikkeiden jäsenten lisäksi enenevässä määrin myös tutkijat ja päättäjät. (Waldemar ym. 2016; Nordling 2018.)

Toipumisorientaatio on muotoutunut monitieteiseksi ja holistiseksi viitekehykseksi, jonka taustateoriat liittyvät erityisesti psykologiaan ja sosiaalitieteisiin. Näistä psykologiset teoriat kuuluvat muun muassa humanistisen, kognitiivisen tai positiivisen psykologian alaan sekä motivaatio-, ratkaisu- ja voimavarakeskeisen ajattelun merkittäviin teorioihin. Sosiaalitieteelliset lähtökohdat liittyvät puolestaan esimerkiksi toimijuuden, osallisuuden ja sosiaalisuuden käsitteisiin. (Nordling & Rissanen 2020).

Toipumisorientaatioon linkittyy toipumisen käsite, joka on yhtä lailla monitieteinen ja käytössä eri tieteenaloja edustavien ammattilaisten keskuudessa (Pulkkinen 2019). Toipumista on jäsennetty lääketieteellisestä, palvelujen sekä henkilökohtaisen kokemuksen näkökulmasta. Lääketieteellinen näkökulma painottaa toipumista kliinisen työn tavoitteiden mukaisesti sairauden oireiden lievittymisenä ja psyykkisen tilan vakautumisena lääkityksen ja riskienhallinnan keinoin. Palvelujen ja niitä järjestävien organisaatioiden näkökulmasta korostuvat palvelujen käyttö, käyttökriteerit ja kustannusvaikutukset. Toipumisorientaation mukaisessa ajattelussa korostuu henkilökohtainen kokemus toipumisesta. (Nordling 2018, 1477.)

William Anthony (1993) on määritellyt toipumisen yksilölliseksi ja ainutkertaiseksi prosessiksi, johon sisältyy muutoksia useilla eri elämänaalueilla: arvoissa, asenteissa, tunteissa, taidoissa, tavoitteissa ja rooleissa. Toipuminen ilmenee näin ollen koettuina positiivisina muutoksina eri elämänaalueilla, ja niiden muodostumista voidaan edistää mielenterveyspalvelujen avulla (Nordling 2018, 1478). Mielenterveyspalvelujen tehtävänä on tällöin tukea yksilöä mielekkään ja merkityksellisen elämän saavuttamisessa psyykkisestä sairaudesta huolimatta edistämällä toivon näkökulmaa, henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamista, sosiaalista osallisuutta ja yhteisöllisyyttä (esim. Slade ym. 2008; Waldemar ym. 2016).

Mary Leamy kumppaneineen (2011, 448) ovat jäsentäneet henkilökohtaista toipumista ja sen osaprosesseja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella. He toteavat henkilökohtaisen toipumisen olevan aktiivinen, ei-lineaarinen, moniulotteinen ja vaiheittainen prosessi, johon liittyy kamppailua, yrittämistä ja erehtymistä. Toipuminen voidaan ymmärtää myös kokemuksena elämänmuutoksesta, ja tukea antava ympäristö on sen kannalta merkityksellinen. Toipumista voi tapahtua ilman psyykkisestä sairaudesta paranemista ja myös ilman ammatillisia interventioita.

Leamy kumppaneineen (2011, 448) erottivat viisi henkilökohtaisen toipumisen osaprosessia, joihin vaikuttamalla toipumista voidaan tukea. Osaprosessit ovat sosiaalisia suhteita kuvaava yhteys muihin (Connectedness), toivo ja tulevaisuusoptimismi (Hope and optimism about to future), identiteetti (Identity), elämän merkityksellisyys (Meaning in life) ja voimaantumisen (Empowerment). Englanninkielisistä sanoista muodostuu akronyymi CHIME. Toipumisen osaprosesseista yhteys muihin koostuu vertaistuesta ja tukiryhmistä, suhteista ylipäättään, muilta saadusta tuesta ja yhteisöllisyydestä. Toivo ja tulevaisuusoptimismi osaprosessina sisältää uskon toipumisen mahdollisuuteen, muutosmotivaation, toivoa ylläpitävät suhteet, positiivisen ajattelun ja menestymisen arvostamisen sekä unelmat ja toiveet. Identiteetti toipumisen osaprosessina kattaa sen eri ulottuvuudet, myönteisen identiteetin rakentamisen ja vahvistamisen sekä häpeän tunteesta irti pääsemisen. Elämän merkityksellisyys muodostuu mielenterveyskokemusten merkityksestä, hengellisyydestä, elämänlaadusta, mielekkäistä sosiaalisista rooleista ja tavoitteista sekä elämän uudelleen rakentamisesta. Voimaantumisen osaprosessi sisältää henkilökohtaisen vastuunottamisen, elämänhallinnan sekä vahvuuksiin keskittymisen. Osaprosessien merkitys henkilökohtaisen toipumisen kokonaisuuden kannalta vaihtelee yksilöllisten tarpeiden mukaan (Nordling & Rissanen 2020, 9). CHIME-mallin soveltuvuutta on testattu yhdessä palvelunkäyttäjien kanssa, ja sitä on pidetty asianmukaisena mallinnuksena henkilökohtaisen toipumisen tarkasteluun (Bird ym. 2014).

Toipumisorientaatioon liittyvät keskeisinä arvoina muun muassa henkilökeskeisyys, osallistuminen, itsemääräämisoikeus ja kasvun mahdollisuus. Will Spaulding kumppaneineen (2016, 28–29) tarkoittavat henkilökeskeisyydellä sitä, että asiakas on ensisijaisesti yksilö omine ominaisuuksineen. Henkilökeskeisyys on lähestymistapa, joka huomioi kunkin yksilön vahvuudet, rajoitukset, kyvyt, tuet ja edut eri tilanteissa ja aikoina. Vahvuudet ja rajoitukset on huomioitava eri elämänalueilla ei vain sairauksiin liittyvistä näkökulmista. Vastakohtana henkilökeskeisyydelle on potilaskeskeisyys, jossa korostuu sairaus ja ammattilaisten diagnoosiperustaisesti tekemät standardinomaiset ratkaisut hoidon tai palvelun henkilökohtaistamisen sijaan. Osallistuminen toipumisorientaation arvona merkitsee käytännössä sitä, että yksilöllä on mahdollisuus osallistua omaa toipumistaan koskevaan suunnitteluun ja tavoitteenasetteluun, sitä tukevien palvelujen suunnitteluun ja niiden toteutuksen arviointiin. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa mahdollisuutta tehdä valintoja ja päätöksiä oman elämän, tarvittavien palvelujen ja hoidon suhteen. Itsemääräämisoikeus merkitsee yhtä lailla päätöstä palveluista, hoidosta tai toiminnoista irtautumisesta kuin niihin osallistumisesta. Ammattilaisilla on eettinen velvoite mahdollistaa asiakkaalle valintojen tekeminen ja päätöksenteko itseään koskevissa asioissa. Kasvun mahdollisuus toipumisorientaation arvona tarkoittaa palvelujen mukauttamista henkilökohtaisen kasvun edistämiseksi ja yksilön edistymisen tunnustamista toipumisessa. Kasvun mahdollisuus korostaa ajatusta toivosta siten, että jokaisella ihmisellä on mahdollisuus ja kyky saavuttaa positiivisia muutoksia elämässään psyykkisestä sairaudesta huolimatta.

Esa Nordling ja Päivi Rissanen (2020, 10) korostavat toipumisorientaatiossa keskeisinä näiden arvojen lisäksi kokemuksellisuutta ja subjektiivisuutta. Yksilön kokemusten ja hänen niihin liittämien merkityksenantojen huomioiminen on tärkeää, jotta hänen toipumisensa on mahdollista ja sitä voidaan tukea. Kokemuksellisuuden ja subjektiivisuuden sekä muiden keskeisten arvojen huomioon ottaminen on yhtä olennaista toipumisorientaation mukaisten prosessien toteutumisen sekä organisaatioiden ja palvelujärjestelmän toipumissuuntautuneisuuden kannalta.

7.1.3 Mittareiden psykometriset ominaisuudet

Psykometriikka on tieteenala, jolla pyritään selvittämään tutkimuksessa käytettyjen mittareiden matemaattisia ja tilastotieteellisiä ominaisuuksia. Mittareiden psykometristen ominaisuuksien selvittäminen on tärkeää, koska ominaisuuksia kuvaavien tunnuslukujen eli parametrien avulla voidaan tehdä päätelmiä käytettyjen mittareiden soveltuvuudesta tutkittavan ilmiön mittaamiseen ja mittareiden avulla saatujen tulosten luotettavuudesta. Psykometristen ominaisuuksien selvittäminen liittyy erityisesti kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen, mutta myös kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on arvioitava käytettävien tiedonhankintamenetelmien soveltuvuutta ja luotettavuutta.

Mittarien psykometriikassa keskeiset käsitteet ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin luotettavuutta eli kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin sisäinen reliabiliteetti voidaan todeta toistamalla mittaus useaan kertaan. Mitä yhdenmukaisempia tuloksia eri mittauskerroilla saadaan, sitä parempi on reliabiliteetti. Ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että mittari tuottaa luotettavia tuloksia myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. (Heikkilä 2014, 178.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin reliabiliteetin selvittämisessä on useita mahdollisuuksia. Yleisesti käytössä on kaksi menetelmää, joista toinen on nimeltään toistomittaus ja toinen sisäisen yhtenevyyden eli konsistenssin osoittaminen. Toistomittauksessa reliabiliteetti laskeaan siten, että tehdään ensin mittaus, joka uusitaan samoilla henkilöillä sopivan ajan kuluttua. Kahden saman muuttujan välille lasketaan korrelaatiokerroin, jonka arvo kuvaa reliabiliteettia.

Jos mittari on reliaabeli, samat henkilöt saavat samalla mittarilla samanlaisia tuloksia. Sisäisen konsistenssin osoittaminen perustuu usein mittarin puolittamiseen kahteen osaan. Näiden puoliskojen välinen korrelaatio kuvaa mittarin reliabiliteettia. Mikäli mittarin kaikki osiot todella mittaavat samaa asiaa eli ovat konsistentteja keskenään, on aivan sama, kuinka puolitus muodostetaan. Tähän perustuu Cronbachin alfa, jossa matemaattisen laskukaavan avulla voidaan laskea kaikkien mahdollisten mittarista muodostettavien puolitusten keskiarvo. Cronbachin alfa-arvo vaihtelee nollasta yhteen. Mitä lähempänä arvo on yhtä, sitä parempi on mittarin reliabiliteetti. (Metsämuuronen 2003, 44–45, 101–108.)

Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten hyvin mittari mittaa sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Mittarin sisäinen validiteetti on hyvä, jos mittarin sisältö vastaa tutkittavan ilmiön teoreettisia käsitteitä kattavasti. Ulkoinen validiteetti liittyy tulosten yleistettävyyteen ja siihen, miten yhdenmukaisesti muut tutkijat tulkitsevat mittarilla saadut tulokset.

Sisäistä validiteettia voidaan arvioida monin eri tavoin. Yleisimmin kiinnostuksen kohteina ovat sisältövaliditeetti, rakennevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. Sisältövaliditeetin tarkastelussa tutkitaan, onko mittarissa käytetyt käsitteet operationalisoitu oikein ja kattavatko käsitteet riittävän laajasti, mutta myöskin rajatusti, tutkitun ilmiön. Rakennevaliditeetti liittyy käytetyn teorian ja saatujen tulosten yhteyden tarkasteluun. Mikäli ilmiö noudattaa valittua teoriaa tai mallia, sille tulisi löytää tukea kerätystä aineistosta eli havaintojen pitäisi vaihdella juuri niin kuin taustalla oleva teoria edellyttää. Kriteerivaliditeetti tarkoittaa sitä, että mittarilla saatua arvoa verrataan johonkin toiseen arvoon, joka toimii validiuden kriteerinä. Esimerkiksi uuden kehitteillä olevan mittarin antamia tuloksia voidaan verrata samaa ilmiötä mittaavan toisen, aikaisemmin validiksi todetun mittarin arvoihin. Jos tuloksilla on vahva korrelatiivinen yhteys, niin uuden mittarin validiteettia voidaan pitää hyvänä. (Metsämuuronen 2003, 86–92.)

Tieteellisiin menetelmiin perustuvien validiteettityyppien lisäksi mittarin validiteettia arvioidaan joskus mittarin käyttöön liittyvien kokemusten pohjalta. Tällöin henkilöt, jotka ovat käyttäneet mittaria hyvin tuntemansa ilmiön mittaamiseen, voivat arvioida, ovatko mittarilla saadut tulokset valideja. Tällöin kyseessä on niin sanottu face-validiteetti, mikä ei kuitenkaan riitä osoittamaan mittarin todellista pätevyyttä.

7.1.4 Mittaamisen eri tasot

Toipumisorientaation arviointia varten on olemassa paljon mittareita. Mittarien sisällöt voidaan jakaa kahteen pääkategoriaan: toipumisen mittaaminen yksilötasolla ja toipumisen mittaaminen ohjelmatasolla. Yksilötason mittaamisen tavoitteena on arvioida sitä, miten pitkällä tai missä vaiheessa mielenterveysasiakas on toipumisen polullaan. Ohjelmatasolla mitataan sitä, missä määrin toipumisorientaation periaatteet ja niitä toteuttava kulttuuri on integroitunut yksittäisten organisaatioiden mielenterveyspalveluihin tai koko hoitojärjestelmään. (Khanam ym. 2013, 4–5.)

Yksilötasolla arvioinnin tekee yleensä asiakas itse tai hänen tilanteensa hyvin tunteva ammattihenkilö tai läheinen, jolloin arvioinnin kohteena ovat subjektiiviset kokemukset ja näkemykset toipumisorientaatioon liittyvistä asiakokonaisuuksista. Palveluiden, organisaatioiden ja järjestelmätason toipumisorientaatiolähtöisyyttä voivat arvioida asiakkaat, palveluita tuottavat ammattilaiset, organisaation johdossa työskentelevät ja henkilöt, jotka tuntevat palvelujärjestelmän riittävän hyvin. Arvioinnissa käytettävät mittarit voivat tällöin perustua subjektiivisiin näkemyksiin tai erilaisiin mitattavissa oleviin tunnuslukuihin.

Philip Burgess kumppaneineen (2011, 2–3) ovat kuvanneet eri tasoilla käytettävien toipumisorientaatioon liittyvien mittareiden soveltuvuuden kriteereitä Australian mielenterveyspalveluiden kontekstissa. Yksilötason arvioinnin osalta kriteerit ovat seuraavia:

- sisältö liittyy selkeästi henkilökohtaiseen toipumiseen
- on lyhyt ja helppokäyttöinen (korkeintaan 50 osiota)
- perustuu asiakasnäkökulmaan
- tuottaa kvantitatiivista tietoa
- on tieteellisesti tarkoin tutkittu
- psykometriset ominaisuudet on selvitetty hyvin (sisäinen konsistenssi, validiteetti, reliabiliteetti ja muutosherkkyys)
- on sovellettavissa kansalliseen toimintaympäristöön ja
- on palvelunkäyttäjien hyväksymä.

Palveluiden toipumisorientaatiolähtöisyyden arvioinnissa mittarilta voidaan edellyttää seuraavia asioita:

- sisällöt ovat olennaisesti toipumisorientaatioon liittyviä
- on helposti hallittava ja käytettävissä johtamisen näkökulmasta (korkeintaan 100 osiota)
- on läpikäynyt kehittämistyön, pilotoinnin ja dokumentoinnin asianmukaiset prosessit ja ihannetilanteessa myös tieteellisen tarkastelun
- sisältää palvelunkäyttäjän näkökulman
- on sovellettavissa kansalliseen toimintaympäristöön
- on palvelunkäyttäjien hyväksymä.

Vaikka edellä esitetyt kriteerit liittyvät Australian mielenterveyspalveluiden toipumisorientaatiolähtöisyyden arviointiin, ne soveltuvat käytettäväksi missä tahansa toimintaympäristössä, jossa mielenterveyspalveluita halutaan kehittää toipumisorientaation suuntaan.

7.1.5 Henkilökohtaisen toipumisen mittaaminen

Psykiatriassa käytetyt asiakkaan psyykkistä vointia arvioivat mittarit ovat perinteisesti olleet oirekeskeisiä. Tällöin keskeiset elämänlaatuun ja hyvinvointiin liittyvät asiat sivuutetaan ja siirretään taka-alalle. Mielenterveystyössä on erityisen tärkeää, että palvelut tukevat asiakkaan toiveikkuutta, myönteisiä elämänasenteita ja tarjoavat mahdollisuuksia toipumisprosessin etenemiseen sekä antavat mahdollisuuksia arvioida sitä, miten nämä asiat palveluissa toteutuvat. Ammattilaisten pitää ymmärtää toipumisen merkitys asiakkaan omista lähtökohdista käsin. Henkilökohtaista toipumista ei voida ennustaa tai arvioida pelkästään psykopatologiaan perustuvan arvion perusteella (Bejerholm & Roe 2018, 425).

Positiivisessa psykiatriassa kiinnostuksen kohteena ovat asiakkaan hyvinvointia kuvaavat asiat. Näiden arviointia varten tarvitaan mittareita, jotka liittyvät toipumisorientaation mukaisiin prosesseihin ja tuloksiin. Toipuminen on aina yksilöllinen prosessi, jota ei voida täysin ymmärtää tai pelkistää helposti mitattaviin käsitteisiin. Tästä huolimatta tärkeä tavoite on operationalisoida toipumisorientaation keskeisiä käsitteitä mittareiksi, joiden psykometriset ominaisuudet on todettu vahvoiksi. Vielä tällä hetkellä tarpeeksi luotettavien ja validien mittareiden puute on ongelma. (Bejerholm & Roe 2018, 424–425.)

Katsausartikkelien avulla löytyi 31 henkilökohtaiseen toipumiseen liittyvää mittaria. Taulukossa 6 ovat henkilökohtaisen toipumisen mittarit, joiden sisältö parhaiten vastasi CHIME-viitekehystä ja joiden psykometrisia ominaisuuksia oli selvitetty. Näillä perusteilla taulukkoon valikoitui yhdeksän mittaria. Näihin mittareihin sisältyvien osioiden määrät alittivat myös Burgessin ja kumppaneiden (2011) asettaman 50 osion rajan eli ne täyttävät siltä osin helppokäyttöisyyden vaatimuksen. Näille mittareille oli tyypillistä, että ne oli kehitetty yhtä poikkeusta lukuun ottamatta anglosaksisissa maissa.

Kahdessa katsauksessa (Law ym. 2012; Sklar ym. 2013) Recovery Assessment Scale (RAS) nähtiin mittarina, joka sopii parhaiten henkilökohtaisen toipumisen arviointiin ja joka oli validiteetiltään paras. Se oli myös yleisimmin käytössä oleva mittari. Vicki Shanks kumppaneineen (2013) puolestaan pitivät Questionnaire about the Process of Recovery -mittaria (QPR) parhaiten CHIME-viitekehukseen sopivana.

QPR:n psykometrisia ominaisuuksia on selvitetty myös Ruotsissa. Mittarin sisäinen konsistenssi soittautui hyvin korkeaksi (alfa=0.92). Käsitemvaliditeetti oli tyydyttävä ja muutosherkkyys oli alustavien tulosten perusteella hyvä. (Argentzell ym. 2017.)

Stages of Recovery Instrument (STORI), Maryland Assessment of Recovery (MARS) ja Recovery Process Inventory (RPI) ovat mittareita, joiden sisältö kattaa toipumisen osa-alueet. Niiden psykometrisia ominaisuuksia on myös tutkittu. Taulukon lopussa olevien mittarien tarkastelunäkökulma ei kata kaikkia CHIME-viitekehysten toipumisen prosesseja, mutta niiden psykometrisia ominaisuuksia on ainakin joiltain osin selvitetty.

Taulukko 6. Henkilökohtaisen toipumisen mittarit.

Mittarin nimi (lyhenne)	Mittarin kuvaus	Maa, jossa kehitetty	Psykometriset ominaisuudet	CHIME-vastaavuus; toipumisen osaprosessien osioiden lukumäärä
Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)	22 osiota, joissa kaksi ala-asteikkoa (itseä koskeva ja ihmisten välinen)	Iso-Britannia	Sisältövaliditeetti Käsitemvaliditeetti Konsistenssi (asteikko 1 .94 ja asteikko 2 .77) Uusintamittausreliabiliteetti (intra .874 ja inter .769)	Yhteys muihin 4; Toivo ja tulevaisuusoptimismi 4; Identiteetti 5; Elämän merkityksellisyys 6; Voimaantuminen 3
Recovery Assessment Scale (RAS)	41 osiota – osa-alueina henkilökohtainen luottamus ja toiveikkuus, halukkuus avun pyytämiseen, päämäärä- ja menestyssuuntautuneisuus, riippuvuus muista ja riippumattomuus oireista	Yhdysvallat	Sisältövaliditeetti Käsitemvaliditeetti Konsistenssi (.73–.91) Uusintamittausreliabiliteetti (.39–.83)	Yhteys muihin 5; Toivo ja tulevaisuusoptimismi 7; Identiteetti 2; Elämän merkityksellisyys 1; Voimaantuminen 14

Mittarin nimi (lyhenne)	Mittarin kuvaus	Maa, jossa kehitetty	Psykometriset ominaisuudet	CHIME-vastaavuus; toipumisen osaprosessien osioiden lukumäärä
Stages of Recovery Instrument (STORI)	50-osiainen mittari, joka perustuu viiteen toipumisen tasoon ja neljään toipumisen prosessiin (SISR)*	Australia	Sisältövaliditeetti Käsitevaliditeetti Konsistenssi (.88–.94) Uusintamittausreliabiliteetti (.90) Täyttöaika (ka. 11,4 min.)	Yhteys muihin 1; Toivo ja tulevaisuusoptimismi 15; Identiteetti 12; Elämän merkityksellisyys 6; Voimaantuminen 8
Maryland Assessment of Recovery (MARS)	25 osiota – kuusi osa-alueita: itseohjautuvuus tai voimaantuminen, kokonaisvaltaisuus, epälineaarisuus, vahvuudet, responsiivisuus, toivo	Yhdysvallat	Sisältövaliditeetti Sisäinen konsistenssi (.96) Uusintamittausreliabiliteetti (.86) Täyttöaika (ka. 14 min, vaihtelu 5–40 min)	Yhteys muihin 1; Toivo ja tulevaisuusoptimismi 10; Identiteetti 4; Elämän merkityksellisyys 1; Voimaantuminen 7
Recovery Process Inventory (RPI)	22 osiota sisältäen kuusi faktoria: kärsimys, yhteys muihin, luottamus ja tarkoitus, toisilta saatu apu, elämäntilanne, toiveikkuus tai itsestä huolehtiminen	Yhdysvallat	Sisältövaliditeetti Konsistenssi (.71–.81) Uusintamittausreliabiliteetti (.36–.63)	Yhteys muihin 4; Toivo ja tulevaisuusoptimismi 3; Identiteetti 1; Elämän merkityksellisyys 2; Voimaantuminen 1
Psychosis Recovery Inventory (PRI)	25 osiota – osa-alueina asenne sairautta kohtaan, asenne hoitoa kohtaan, sairauden relapsoituminen ja käsitys toipumisesta	Kiina	Sisältövaliditeetti Sisäinen konsistenssi (.79) Uusintamittausreliabiliteetti (ka. .70)	Toivo ja tulevaisuusoptimismi 1; Identiteetti 1; Elämän merkityksellisyys 6; Voimaantuminen 2
Recovery Star (RS)	10 osiota: mielenterveyden hallinta, yleinen terveydentila ja itsehoito, elämäntaidot, sosiaaliset verkostot, työ, ihmis-suhteet, addiktiivinen käyttäytyminen, vastuut, identiteetti ja itsearvostus, luottamus ja toiveikkuus	Iso-Britannia	Sisältövaliditeetti Konsistenssi (.85)	Yhteys muihin 2; Toivo ja tulevaisuusoptimismi 1; Identiteetti 1; Voimaantuminen 2
Illness Management and Recovery Scale (IMR)	15 osiota: mm. henkilökohtaiset päämäärät, kliinisiä arviointeja, läheisten osallisuus hoidossa, stressi ja sen hallinta, lääkitys, huumeiden ja alkoholin käyttö	Yhdysvallat	Sisältövaliditeetti Sisäinen konsistenssi (.55–.68) Uusintamittausreliabiliteetti (.81)	Yhteys muihin 4; Voimaantuminen 4
Short Interview to Assess Stages of Recovery (SIST-R)	Viiden osion asteikko, joka sisältää viisi keskeistä kysymystä liittyen toipumisen vaihemalliin (SISR)*	Australia	Sisältövaliditeetti	Toivo ja tulevaisuusoptimismi 4; Elämän merkityksellisyys 1

*perustuu Andresen ym. (2003) toipumisen vaihemalliin

Artikkelihakujen perusteella löytyi myös julkaisuja, joissa yksittäisten mittareiden ominaisuuksia tarkasteltiin spesifissä toimintaympäristössä, esimerkiksi psykiatrisissa sairaaloissa tai tarkastelunäkökulma rajoittui yksittäisiin diagnooseihin tai addiktioihin. Nämä artikkelit jätettiin tämän tarkastelun ulkopuolelle.

Hakujen perusteella löytyi myös artikkeleja, joissa tarkasteltiin yksittäisten mittarien sisältöä ja psykometrisia ominaisuuksia. Nämä artikkelit eivät kuitenkaan tuoneet uusia toipumisorientaatioon liittyviä mittareita tarkastelumme. Hakujen kautta löydettiin myös mittareita, jotka sisälsivät toipumisorientaatioon liittyviä osioita, mutta joiden varsinainen mittaamisen kohde oli asiakkaan toimintakyky. Nämä mittarit jätettiin tarkastelumme ulkopuolelle.

7.1.6 Toipumissuuntautuneisuuden mittaaminen organisaatio- ja järjestelmätasolla

Katsausartikkelien avulla löydettiin 11 organisaatio- ja järjestelmätason mittaria, jotka on koottu taulukkoon 7. Mittarien taulukointijärjestyksessä (sopivin ensin) on huomioitu vastaavuus CHIME-viitekehykseen, psykometristen ominaisuuksien selvittäminen, mittarin käyttökelpoisuus osiomäärän suhteen ja asiakasnäkökulma sekä arviointien monitahoisuus.

Parhaiten näitä kriteereitä vastasi Recovery Promoting Relationship Scale (RPRS). Sillä on selkeä yhteys kolmeen CHIME-viitekehyksen osa-alueeseen, ja mittarin psykometrisia ominaisuuksia on testattu niiden ja koko mittarinkin osalta. 24-osioista mittaria voidaan pitää myös hyvin käyttöön soveltuvana. Recovery Self Assessment (RSA) ja Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI) ovat mittareita, joissa on huomioitu asiakasnäkökulma ja selvitetty sisäinen konsistenssi. Ne ovat käyttökelpoisia myös osiomäärän suhteen. Molemmissa validiteettiarvio perustuu face-validiteetin selvittämiseen, ja niiden sisäisen konsistenssin arvot ovat myös riittävän korkeita. Recovery Enhancing Environment Measure (REE) -mittarissa vahvuutena on asiakasnäkökulma, joka on huomioitu asiakaspalautteiden muodossa. Mittarin sisäinen konsistenssi on hyvä, mutta osiomäärään perustuva käyttökelpoisuus ei ole niin hyvä kuin edeltävissä mittareissa.

Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS) -mittarin face-validiteettia ja sisältövaliditeettia on selvitetty, mutta tiedot näistä on puutteellisesti raportoitu. Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittarin sisäistä konsistenssia on tutkittu, mutta validiteetin osalta arviointi puuttuu. Näiden kummankaan mittarin sisällöissä asiakasnäkökulma ei ole riittävästi esillä.

Loput taulukon mittareista ovat sellaisia, joissa on puutteita sekä asiakasnäkökulman että psykometristen ominaisuuksien huomioimisessa.

Taulukko 7. Palveluiden toipumisorientoituneisuutta arvioivat mittarit

Mittarin nimi (lyhenne)	Mittarin kuvaus	Maa, jossa kehitetty	Psykometriset ominaisuudet
Recovery Promoting Relationship Scale (RPRS)	Mittaa palveluntarjoajien toipumista edistävän ammatillisen osaamisen yleisiä osatekijöitä: keskeisiä vuorovaikutustaitoja ja taitoja hyödyntää toipumista edistäviä strategioita. Käsittelee toiveikkuuden, voimaantumisen ja itsensä hyväksymisen käsitteitä. 24 osiota, joissa jokaisessa 5-portainen Likert-asteikko.	Yhdysvallat	Sisäinen konsistenssi .98; Sisäiset konsistenssit eri ala-asteikoille: toiveikkuus .95, voimaantuminen .93 ja itsensä hyväksyminen .89; Uusintamittausreliabiliteetti .72; Uusintamittausreliabiliteetit eri ala-asteikoille: toiveikkuus .69, voimaantuminen .72 ja itsensä hyväksyminen .61.
Recovery Self Assessment (RSA)	Suunniteltu mittaamaan sitä, missä määrin toipumista tukevia käytäntöjä on mielenterveyspalveluissa. Sisältää 36 osiota, joilla arvioidaan viittä osa-aluetta: elämän päämäärät, osallisuus, hoidollisten vaihtoehtojen monipuolisuus, mahdollisuus valintoihin ja yksilöllisesti räätälöidyt palvelut. Jokainen osio muodostuu 5-portaisesta Likert-asteikosta. Neljä versiota: viiteryhvät, asiakkaat, perheenjäsenet ja läheiset, palveluntuottajat ja johto.	Yhdysvallat	Face-validiteetti Sisäinen konsistenssi .76–.90
Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI)	On kehitetty arvioimaan mielenterveysjärjestelmän toipumisorientaatiolähtöisyyttä ja sitä, mitkä tekijät edesauttavat tai estävät toipumista. Se muodostuu kahdenlaisesta tietoaaineistosta: the Adult Consumer Self-Report survey (42 osiota) ja Administrative Data Profile (23 osiota). Edellinen sisältää seuraavat osa-alueet: henkilökeskeinen päätöksenteko ja valinta, invalidoitu yksilöllisyys, itsehoito ja hyvinvointi, elämän perusvoimavarat, merkityksellinen toiminta ja roolit, vertaisten puolesta toimiminen, henkilöstön antama hoito ja tieto, vuorovaikutus. Jälkimmäinen sisältää seuraavat osa-alueet: vertaistuki, valinta, henkilöstöhallinnon suhdeluvut, järjestelmän kulttuuri ja orientaatio, asiakkaiden osallisuus hallinnossa, pakkokeinot. Mukana sekä avoimia että suljettuja vastausmahdollisuuksia sekä Likert-asteikkoja.	Yhdysvallat	Face-validiteetti Sisäinen konsistenssi .95

Mittarin nimi (lyhenne)	Mittarin kuvaus	Maa, jossa kehitetty	Psykometriset ominaisuudet
Recovery Enhancing Environment Measure (REE)	Kehitetty välineeksi strategiseen suunnitteluun ja organisaation muutosprosesseihin toipumisenäkökulman varmistamiseksi. Kahdeksan osa-aluetta: demografiset tiedot, toipumisen vaihe, toipumisen elementit, ohjelman toteuttamisindikaattorit, erityistarpeet, organisaation ilmapiiri, toipumismarkerit ja asiakaspalautteet. Yhteensä 168 osiota. Vastausmuodot vaihtelevat osa-alueittain ja sisältävät sekä avoimia että suljettuja vastausmahdollisuuksia sekä Likert-asteikkoja.	Yhdysvallat	Face-validiteetti Sisäinen konsistenssi .72–.84
Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS)	Kehitetty välineeksi, jolla voidaan arvioida sitä, missä määrin julkiset mielenterveyspalvelut ovat liittäneet toipumisen periaatteita käytäntöihinsä. Sisältää 12 osiota, jotka sisältävät viisi osa-aluetta: yhteistyö, osallistuminen ja hyväksyntä, itsemäärääminen ja vertaistuki, laadun parantaminen sekä kehittäminen. Jokainen osio on luokiteltu 5-portaisen Likert-asteikon avulla. Joissakin osioissa on mahdollisuus saada bonuspisteitä.	Yhdysvallat	Face-validiteetti ja sisältövaliditeetti
Recovery Knowledge Inventory (RKI)	Kehitetty mittaamaan palveluntarjoajien toipumisorientaation käytäntöjä. Se sisältää neljä osa-aluetta: roolit ja vastuut toipumisessa, toipumisprosessin epälineaarisuus, itsemääritelyt ja vertaisuuden roolit toipumisessa, toipumista koskevat odotukset. Kaksikymmentä osiota, joissa jokaisessa 5-portainen Likert-asteikko.	Yhdysvallat	Sisäinen konsistenssi .49–.75.
Recovery Oriented Practices Index (ROPI)	Mittaa käytäntöjä suhteessa toipumista edistäviin arvoihin. Sisältää 20 osiota, joissa jokaisessa on 5-portainen Likert-asteikko. Sisältää seuraavat osa-alueet: vastaavuus perustarpeisiin, kokonaisvaltaiset palvelut, kustomointi ja valintamahdollisuudet, asiakkaan osallisuus, verkoston tuki/yhteisöintegraatio, vahvuusperusteinen lähestymistapa, asiakaslähtöinen ohjaus ja itsemääräämisyky, toipumiskeskeisyys. On otettu käyttöön Skotlannissa, jossa se tunnetaan nimellä the Scottish Recovery Indicator (SRI)	Yhdysvallat	Ei tiedossa

Mittarin nimi (lyhenne)	Mittarin kuvaus	Maa, jossa kehitetty	Psykometriset ominaisuudet
Magellan Recovery Culture Report Card (MRCRC)	Arvioi mielenterveysohjelmien elementtejä seuraavien kriteerien perusteella: pääsy ja saavutettavuus, kasvusuuntautuneisuus, asiakkaan osallisuus, emotionaalinen hoito, ympäristöt ja yhteydet, elämänlaatu, yhteisöintegraatio, henkilöstön moraali ja toipuminen. Sisältää 102 osiota.	Yhdysvallat	Ei tiedossa
Recovery Oriented Service Evaluation (AACR ROSE)	Suunniteltu välineeksi, jolla voidaan arvioida, miten hyvin palvelut ovat kehittyneet toipumista edistääviksi. Sisältää 46 osiota, joissa kaikissa 5-portainen Likert-asteikko. Osiot kattavat neljä osa-aluetta: palveluntarjoaja-kliinikko, palveluntarjoaja-hallinnoija, sidosryhmien edunajaminen ja jokin muu.	Yhdysvallat	Ei tiedossa
Recovery Based Program Inventory (RBPI)	Kehitetty mielenterveysjärjestelmän arviointivälineeksi. Sisältää 148:n osion tarkistuslistan, joka sisältää seuraavat alueet: toipumisuskomukset ja implementaatio, toipumisyhteys ja johtajuus, toipumiskulttuuri, toipumisajattelun perustuva hoito.	Yhdysvallat	Ei tiedossa
Staff Attitudes to Recovery Scale (STARS)	Kehitetty arviointivälineeksi toipumiseen liittyvän harjoitusohjelman vaikutuksista henkilöstön asenteisiin toipumista kohtaan. Sillä mitataan asiakkaan päämääräpyrkimyksiin ja toipumismahdollisuuksiin liittyviä asenteita ja toiveikkuutta. Sisältää 19 osiota. Jokaisessa osiossa 5-portainen Likert-asteikko.	Australia	Ei tiedossa

Yhteenvedon voi todeta, että organisaatio- ja järjestelmätason mittarien kytkentä CHIME-viitekehikseen on selvästi heikompi kuin yksilötason mittareiden. Samoin psykometrinen ominaisuuksien selvittäminen on harvinaisempaa. Viiden mittarin sisäisen konsistenssin arvot on raportoitu. Validiteetin osalta raportoitu tieto perustuu käyttäjien kokemustietoon eli face-validiteettiin, mikä jättää avoimeksi mittarin todellisen kyvyn mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Yhtä lukuun ottamatta kaikki mittarit on kehitetty Yhdysvalloissa.

7.1.7 Mittareiden jatkokehittämistarpeet

Artikkelissa tarkasteltiin tutkimusjulkaisujen perusteella erilaisia mittareita, joita käytetään henkilökohtaisessa toipumisessa tapahtuneita muutoksia mitattaessa sekä organisaatio- ja järjestelmätason toipumissuuntautuneisuuden mittaamisessa. Tehty tiedonhaku tuotti 13 kansainvälistä katsausta, joissa oli huomioitu mittaamisen eri tasoille soveltuvien mittareiden yhteys CHIME-viitekehykseen sekä tarkasteltu niiden psykometrisia ominaisuuksia.

Tulokset osoittavat, että yksilötason toipumista mittaavien mittareiden kehittäminen on edennyt pidemmälle. Yksilötason mittareita oli kehitetty määrällisesti enemmän, niiden yhteensopivuus CHIME-viitekehykseen oli parempi ja niiden psykometrisia ominaisuuksia oli tutkittu perusteellisemmin. Lisäksi mittarit olivat käyttökelpoisia osioiden määrän perusteella arvioituna. Tilanne mittareiden kehittämisessä on ymmärrettävä, koska toipumisorientaation arvomaailmaan liittyvät kokemuksellisuus ja subjektiivisuus edellyttävät henkilökohtaisen toipumisen arviointia, jossa toipujan oma arvio on keskeinen.

Tulokset osoittavat myös, että vaikka on olemassa luotettavia ja CHIME-viitekehykseen perustuvia mittareita, niin vielä enemmän on niitä mittareita, joiden reliabiliteettia ja validiteettia ei ole arvioitu. Tämä korostuu erityisesti organisaatio- ja palvelujärjestelmätason toipumissuuntautuneisuutta mittaavissa mittareissa ja niiden validiteetin tutkimisessa. Mielenterveyspalvelujen tehtävänä on tukea yksilöiden henkilökohtaista toipumista, joten kokemuksellisuuden ja subjektiivisuuden huomioiminen yhdessä muiden toipumisorientaation keskeisten arvojen kanssa on tärkeää myös organisaatioiden ja palvelujärjestelmän toipumissuuntautuneisuuden kannalta. Mittareiden kehittämisessä on huomioitava, että tarvitaan myös luotettavaksi todettuja mittareita, jotka soveltuvat organisaatioiden ja palvelujärjestelmän toipumissuuntautuneisuuden mittaamiseen.

Mittareiden yleisenä rajoitteena on, että niiden ominaisuuksia on tutkittu sen maan kontekstissa, jossa ne on kehitetty. Tämän vuoksi on pohdittava mittareiden ekologista validiteettia eli niiden soveltuvuutta anglosaksisen kielialueen ulkopuolelle.

Mittarien valinnalla voi olla hoitoa ja kuntoutusta ohjaavaa vaikutusta. Kun asiakkaan toipumisprosessia arvioidaan ja seurataan CHIME-viitekehykseen perustuvien mittareiden avulla, on todennäköistä, että myös asiakaskohtaiset tavoitteet sisältävät yhteisöllisyyttä, toiveikkuutta, identiteettiä, elämän merkityksellisyyttä ja voimaantumista koskevia elementtejä. Huomion kiinnittäminen voimavaroihin voi vähentää stigmakokemuksia ja vahvistaa hoitomotivaatiota.

Toipumisorientaatioon perustuvien mittareiden kehittäminen, tutkiminen ja käyttöönotto ei merkitse perinteisessä kliinisessä työssä käytössä olevien psyykkistä oireilua mittaavien menetelmien väheksymistä. Kokonaisvaltaisen käsityksen saaminen asiakkaan mielenterveydestä edellyttää monipuolista arviointia. Jatkossa tarvitaan myös tutkimusta, jossa selvitetään eri viitekehyksistä olevien mittareiden keskinäisiä yhteyksiä ja sitä, miten niiden antama asiakkaan mielenterveyttä koskeva tieto on optimaalisesti hyödynnettävissä, kun tehdään jaetun päätöksenteon hengessä hoidollisia ratkaisuja.

Mittareiden soveltuvuuden tutkiminen ja siihen liittyvä pilotointi ovat pitkäkestoisia prosesseja. Tämän vuoksi olisi tarpeen tehdä valintoja Suomen olosuhteisiin soveltuvista mittareista kohtuullisen pian. Mittareiden kaksoiskääntämiseen, pilotointiin ja laajempaan kenttätutkimukseen toistomittauksin tarvitaan asiasta innostuneita tutkijoita ja resursseja esimerkiksi tutkimushankkeen muodossa.

Artikkelin tarkastelusta rajattu toipumisorientaation laadullisten mittareiden jäsentäminen on jatkossa tarpeen. Kvantitatiivisen mittaamisen ja laadullisen arvioinnin tuottama tieto voivat

parhaimmillaan täydentää toisiaan. Kvantitatiivisilla mittareilla saatuja numeerisia arvoja pystytään täydentämään ja täsmentämään kertomalla omaehtoisista lähtökohdista itselle merkityksellisistä asioista. Laadullisella arvioinnilla on merkitystä myös uusien määrällisten mittareiden kehittämistyössä, koska sen avulla voidaan saada mielenterveysasiakkaan toipumisesta uudenlaista kokemustietoa, joka voi auttaa kvantitatiivisten mittareiden kysymysten laadinnassa.

Lähteet

Andresen, Retta & Oades, Lindsey & Catupi, Peter 2003: *The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37 (5), 586–594.

Argentzell, Elisabeth & Hultqvist, Jenny & Neil, Sandra & Eklund, Mona 2017: *Measuring personal recovery – psychometric properties of the Swedish Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Swe)*. *Nordic Journal of Psychiatry* 71 (7), 529–535.

Bejerholm, Ulrika & Roe, David 2018: *Personal recovery within positive psychiatry*. *Nordic Journal of Psychiatry* 72 (6), 420–430. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1492015>

Bird, Victoria & Leamy, Mary & Tew, Jerry & Le Boutillier, Clair & Williams, Julie & Slade, Mike 2014: *Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 48 (7), 644–653.

Burgess, Philip & Pirkis, Jane & Coombs, Tim & Rosen, Alan 2011: *Assessing the Value of Existing Recovery Measures for Routine Use in Australian mental Health Services*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45 (4), 267–280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>

Heikkilä, Tarja 2014: *Tilastollinen tutkimus*. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Khanam, Dilruba & McDonald, Kate & Williams Neils, Connie 2013: *Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York City*. The Bureau of Mental Health, NYC Department of Mental Health and Mental Hygiene.

Kirk, Jerome & Miller, Marc L. 1986: *Reliability and validity in qualitative research*. *Qualitative research methods, Volume 1*. SAGE. Beverly Hills.

Law, Heather & Morrison, Anthony & Byrne, Rory & Hodson, Ellen 2012: *Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery*. *Journal of Mental Health* 21 (2), 192–207.

Leamy, Mary & Bird, Victoria & Le Boutillier, Clair & Williams, Julie & Slade, Mike 2011: *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. *British Journal of Psychiatry* 199 (6), 445–452.

Luszczakoski, Kathryn KD. & Olmos-Gallo, P. Antonio & Milnor, William & McKinney, Christopher J. 2016: *Measuring Mental Health Recovery: An Application of Rasch Modeling to the Consumer Recovery Measure*. *J Behav Health Serv Res* 43 (1), 104–115. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9411-1>

Metsämuuronen, Jari 2003: *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Nordling, Esa 2018: *Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä?* *Duodecim* 134 (15), 1476–1483.

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: Mielenterveystyö uudistuu: toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 40/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Pulkkinen, Pia 2019: Kaksoisdiagnosoitujen sankarimatka. *Tarina samanaikaisesta päihde- ja mielenterveysongelmasta toipumisesta. Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen kuuluva lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto. Helsinki.*

Shanks, Vicki & Williams, Julie & Leamy, Mary & Bird, Victoria J. & Le Boutillier, Clair & Slade, Mike 2013: Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatric Services* 64, 974–980.

Sklar, Marisa & Groessl, Erik J. & O'Connell, Maria & Davidson, Larry & Aarons, Gregory A. 2013: Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 33 (8), 1082–1095.

Slade, Mike 2009: The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health* 18 (5), 367–371.

Slade, Mike & Amering, Michaela & Oades Lindsay 2008: Recovery: an international perspective. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 17 (2), 128–137.

Spaulding, Will & Montaque, Elaina & Avila, Andrea & Sullivan, Mary 2016: The Idea of Recovery. In Singh, Nirbhay N. & Barber, Jack W. & Van Sant, Scott (eds.): *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Springer. Switzerland, 3–38.

Waldemar, Anna & Arnfred, Sidse & Petersen, Lone & Korsbek, Lisa 2016: Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings: A Literature Review. *Psychiatric Services* 67 (6), 596–602.

Williams, Julie & Leamy, Mary & Bird, Victoria & Harding, Courtenay & Larsen, John & Le Boutillier, Clair & Oades, Lindsay & Slade, Mike 2012: Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47 (11), 1827–1835.

7.2 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyys terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa

Esa Nordling, Mari Kivistö, Marjatta Martin, Päivi Rissanen, Eija Savelius-Koski ja Kari Soronen

7.2.1 Järjestämissuunnitelmien asiakaslähtöisyys ja lakisääteisyys

Asiakaslähtöisyyden tavoite

Tarkastelemme tässä tekstissä mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyttä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien yhteydessä. Asiakaslähtöisyys on ollut 1990-luvun lopulta lähtien keskeinen teema mielenterveyspolitiikan suuntaajana (Helén 2011, 153). Sen ohessa on korostettu osallisuutta. Nykyisin asiakaslähtöisyys on vallitsevaa retoriikkaa erilaisissa tavoitekielissä poliittisissa ohjelmissa ja strategioissa ja tulee esille myös palveluja koskevassa lainsäädännössä.

Terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja kuntoutuksen eri sektoreilla ryhdyttiin 1960- ja 70-lukujen taitteesta lähtien puhumaan enenevässä määrin asiakaslähtöisyydestä ja kritisoimaan asian-

tuntijakeskeistä palvelujärjestelmää, syrjiviä rakenteita sekä toimintakäytäntöjä, joissa potilaalle, asiakkaalle ja kuntoutujalle ei ollut tarjolla aktiivisen toimijan roolia. Mielenterveyspalveluissa esiin nostettiin yksilö-, laitos-, ongelma- ja lääkekeskeisyys ja ryhdyttiin korostamaan arjessa selviytymisen tukemista – toisin sanoen psyykkisen ja kliinisesti todennettavan hyvinvoinnin rinnalla sosiaalista ja yhteiskunnallista näkökulmaa. Asiakaslähtöisyyspuheen vahvistuminen liittyi myös uuden julkisjohtamisen oppeihin, jotka suuntasivat mielenterveystyötä asiakaslähtöisyyden rinnalla tehokkaan ja taloudellisen palvelutuotannon tavoitteluun sekä yksilön aktiivisuuden ja vastuun korostamiseen. Asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaan asemaa ja oikeuksia korostavan toipumisorientaation juuret ulottuvat samoihin tapahtumiin. (Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020; Helén 2011; ks. myös Meriluoto 2017.)

Ilpo Helén (2011, 154) kuvaa mielenterveyspolitiikassa tapahtunutta siirtymää ”ihmiskeskeisestä asiakaslähtöiseksi”. Luonnehdinta kuvaa myös asiakaslähtöisyyden retorisuutta. Yhtäältä asiakkaan asemaa ryhdyttiin korostamaan demokraattisesti suuntautuneen mielenterveystyön osana, mutta toisaalta osana kuluttajakeskeisiä ja managerialistisia toimintamalleja. Helén kiinnittää mielenterveyspolitiikan ja -palvelujen muutoksen myös alaa leimanneeseen projekti- ja hankekeskeiseen työskentelyotteeseen (mt., 154, 169; myös Meriluoto 2017), joka on voinut hyvästää tarkoituksesta huolimatta myös rajoittaa asiakaslähtöisten toimintakäytäntöjen siirtymistä osaksi jokapäiväisiä rutiinikäytäntöjä. Hanke- ja projektikeskeisessä toiminnassa kehittämistyön tulokset eivät aina siirry osaksi pysyviä rakenteita, vaan voivat jäädä hankkeen aikaisiksi toimenpiteiksi. Syynä voivat olla esimerkiksi taloudelliset ja henkilöstöresurssit, jotka eivät välttämättä ole saatavilla enää hankkeen päätyttyä. Mahdollista on myös se, ettei tarvittaviin toiminnallisiin muutoksiin olla aina siinä määrin valmiita, että tulokset siirtyisivät osaksi päivittäistä työtä.

Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on se, ettei se jää retoriikaksi, vaan tulee konkretisoiduksi (ks. Helén 2011, 171). Asiakaslähtöisyys liittyy palvelujärjestelmään, ja se voidaan määritellä organisaation ja sitä edustavien työntekijöiden toiminta- ja työtavoiksi (Laitila 2010) sekä asiakkaan tarpeiden, odotusten ja asiakkaan ”todellisuuden” ottamiseksi työskentelyn lähtökohdaksi. Asiakaslähtöisyys liittyy myös holistiseen ihmiskäsitykseen, asiakkaan ja ammattilaisen kumppanuuteen, jaettuun asiantuntijuuteen ja yhteistyöhön sekä asiakkaan osallistumiseen palvelujen kehittämiseen. (Helén 2011, 153–156.) Kirsi Günther kumppaneineen (2013, 127) toteaa asiakaslähtöisyyden mielenterveystyön haastajaksi ja määrittelee asiakaslähtöisyyden ”asiakkaan ja ammattilaisten jatkuvaksi oppimisprosessiksi, jossa tavoitellaan mielenterveystyön kulttuurin muuttumista yhdessä tekemiseksi”.

Asiakaslähtöinen toiminta mahdollistaa asiakasosallisuuden. Asiakaslähtöisyyden tavoin asiakasosallisuus kontekstoituu palvelujärjestelmään, mutta realisoituu yksilötasolla. Muun osallisuuden tavoin asiakasosallisuudella tarkoitetaan ihmisen tunneperäistä kokemusta merkityksellisyydestään ja vaikutusmahdollisuuksista omassa elämässään (ks. Günther ym. 2013; Isola ym. 2017). Myös asiakasosallisuuden toteutumista on syytä tarkastella monipuolisesti tyytymättä siihen, että asiakkaalle annetaan näennäinen mahdollisuus lausua mielipiteensä esimerkiksi erilaisten asiakas- tai mielipidekyselyjen kautta (ks. Helén 2011, 171). Günther kollegoineen (2013, 122) määrittelee osallisuuden mielenterveystyössä mielen sairautta sairastavan mukaan ottamisena palvelukohtaisiin, palveluprosesseihin sekä laajemmin yhteiskuntaan, mikä edellyttää arvostavaa asennetta sekä niin tiedon kuin vallankin siirtoa työntekijältä asiakkaalle. Myös vuorovaikutuksella, käytetyllä kielellä ja käsitevalinnoilla on merkitystä. Asiakaslähtöisen mielenterveystyön kehittämisessä keskeistä on asiakasosallisuuskokemusten esille nostaminen, niistä oppiminen ja niiden ottaminen toiminnan lähtökohdaksi. (Mt.)

Myös terveydenhuoltolaissa viitataan asiakaslähtöisyyteen käsitteen ”asiakaskeskeisyys” kautta. Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 2 §:n mukaan tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää terveyseroja ja toteuttaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä parantaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edis-

tämisessä. Lain 27–28 §:ssä korostetaan mielenterveys- ja päihdetyössä sekä korjaavien että ennaltaehkäisevien (esim. ohjaus ja neuvonta) palvelujen merkitystä. Laissa ohjataan myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon väliseen yhteistyöhön sekä huomioimaan niin yksilön kuin hänen läheistensä tarvitsema tuki (myös psykososiaalinen).

Järjestämissuunnitelmien lakisääteisyys

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien laatiminen perustuu terveydenhuoltolain (28.12.2012/914) 34 §:än sekä valtioneuvoston asetukseen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (VNa 337/2011). Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien lähtökohdat ja perusteet on esitelty hallituksen esityksissä eduskunnalle. Vuoden 2017 esityksessä (HE 15/2017) ehdotettiin säädettäväksi lait koskien maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta ja vuoden 2020 (HE 241/2020) esityksessä ehdotettiin säädettäväksi lait liittyen hyvinvointialueiden perustamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistukseen. Esitysten mukaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien taustalla ovat haasteet terveydenhuollon vastuun jakautumisessa kuntien (perusterveydenhuolto) ja sairaanhoitopiirien (erikoissairaanhoido) välillä. Kuntien ja sairaanhoitopiirien välistä yhteistyötä on pyritty lisäämään terveydenhuoltolakiin perustuvilla terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa, jotka laaditaan sairaanhoitopiirikohtaisesti. (HE 15/2017; HE 241/2020.) Viime vuosina osassa sairaanhoitopiirejä on pyritty lisäämään koko sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä laatimalla laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma.

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 34 §:n mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelma on laadittava valtuustokausittain, ja kuntien ja kuntayhtymän on arvioitava yhdessä sen toteutumista vuosittain ja tehtävä siihen muutoksia tarvittaessa. Suunnitelmassa sovitaan kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten päivähoidon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. (Terveydenhuoltolaki 28.12.2012/914 34 §). Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön tehtävänä on tukea alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 35 §).

Valtioneuvoston asetuksessa (VNa 337/2011) terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät ole näkyvästi esillä. Asetuksessa mielenterveysasioihin viitataan lähinnä 8 §:ssä kiireellisen sairaanhoidon toteuttamisen yhteydessä: ”Osana päivystyksen kokonaisuutta on otettava huomioon mielenterveys- ja päihdeasiat sekä sosiaalipäivystyksen ja apteekkipäivystyksen järjestelyt alueella.” Toipumisorientaation näkökulmasta terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien sisältöjen määrittely lainsäädännössä näyttäytyy kliinisenä, vaikka myös palvelujen näkökulmaa pyritään tuomaan esille. Asiakkaan näkökulma jää suunnitelmien määrittelyssä vähäisimmäksi, mutta tämä on siinä mielessä ymmärrettävää, että järjestämissuunnitelmien laatimisen keskeinen tarkoitus on suunnitella alueellista yhteistyötä hoidon ja palvelujen järjestämiseksi. (Ks. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Parhiala 2014.) Lisäksi on huomioitava, että mielenterveyspalvelut ovat vain osa terveydenhuollon laajaa palvelukenttää, jonka järjestämistä suunnitelmat kuvaavat.

7.2.2 Tutkimustehtävä ja -kysymykset

Tekstimme perustuu terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien (n=15) sisältöjen tarkasteluun. Tarkastelussa mukana olevat suunnitelmat ovat valikoituneet niiden saatavuuden mukaan (ks. myös Parhiala 2014). Järjestämissuunnitelmia haettiin verkosta Google-haun avulla vuoden 2020 elokuun lopulla ja syyskuun alussa. Hakutermeinä käytettiin terveydenhuollon/sosiaalihuollon/hyvinvointipalveluiden järjestämissuunnitelma -sanoja. Kaikkien sairaanhoitopiirien alueelta järjestämissuunnitelmaa – ainakaan voimassa olevaa – ei ollut saatavilla tai niitä ei kyseisellä hakutoiminnolla löydetty.

Tutustuttuamme suunnitelmiin niissä näytti korostuvan normiohjaus ja palvelujärjestelmän näkökulma, kuten palvelujen järjestämisen vastuutahot, kustannustehokkuus, palvelujen piiriin pääsy ja niistä poissiirtyminen. Toisaalta asiakaslähtöisyys mainittiin suunnitelmissa melko usein. Koska asiakaslähtöisyys on myös toipumisorientaation yksi keskeinen taustaidea, päädyimme fokusoimaan tarkastelumme siihen. Esitämme aineistomme toimiville järjestämissuunnitelmille seuraavat kysymykset:

1) Millaisin sisällöin mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyttä tavoitellaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa?

2) Miten mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyttä toimeenpannaan järjestämissuunnitelmien perusteella?

Pyrimme lisäksi tunnistamaan suunnitelmista mahdollisia sisällöllisiä ristiriitaisuuksia asiakaslähtöisyyteen peilattuna – toisin sanoen kuvaamme järjestämissuunnitelmista myös niitä sisältöjä, jotka viittaavat asiakaslähtöisyyden sijaan enemmän järjestelmälähtöisyyteen. Lopuksi kokoamme keskeiset havaintomme yhteen, peilaamme järjestämissuunnitelmien sisältöjä valtakunnallisiin mielenterveysstrategioihin, pohdimme järjestämissuunnitelmien merkitystä mielenterveystyön ja sen kehittämisen näkökulmasta sekä sitä, mitä mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyydestä voidaan lopulta terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien perusteella sanoa.

7.2.3 Laajuudeltaan ja sisällöltään eriytyvät järjestämissuunnitelmat

Järjestämissuunnitelmien laatimistyylien, laajuuksien ja sisältöjen erilaisuus haastoi mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden tarkastelua. Laajuudeltaan aineistomme suunnitelmat vaihtelivat siten, että lyhin suunnitelma oli pituudeltaan seitsemän sivua (+ liitteet) ja pisin suunnitelma 289 sivua (+ liitteet). Mielenterveys- ja päihdepalveluja suunnitelmissa käsiteltiin omana osionaan laajimmillaan 13 sivun verran, mutta osassa suunnitelmia mielenterveys- ja päihdepalveluja ei käsitelty erikseen lainkaan.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa on tunnistettu vaihtelevuutta myös aiemmissa selvityksissä (esim. Parhiala 2014; Halme & Tiirinki 2019). Saija Halme ja Hanna Tiirinki (2019) tunnistivat järjestämissuunnitelmien tutkimusaineistokäytössä seuraavat ongelmat: 1) järjestämissuunnitelmat kuvaavat tutkimuskohdetta vaihtelevasti – tarkempaa kuvausta voi löytyä sairaanhoitopiirien muista kehittämisasiakirjoista, 2) järjestämissuunnitelmat kuvaavat vain keskimääräistä tilannetta alueella eivätkä tuo esille alueella ilmenevää vaihtelua ja 3) järjestämissuunnitelmat kuvaavat tutkimuskohdetta vaihtelevasti myös siksi, että eri alueet ja organisaatiot etenevät valtakunnallisessa kehittämisessä ja toimeenpanossa vaihtelevasti. Näiden

lisäksi tunnistimme järjestämissuunnitelmien rajallisuutena tutkimuskäytössä niiden laadinnan maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelutyön aikana. Velvoite terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien laatimiseen ja alueellisen yhteistyön tiivistämiseen kiinnittyy sote-uudistuksen kehittämistyöhön (Parhiala 2014) ja on voinut vaikuttaa siihen, että suunnitelmien sisältö kohdentui uudistukseen ja sen mukaiseen kustannusten hallintaan.

Tarkasteltaessa järjestämissuunnitelmia jälkinä mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyydestä on tärkeää huomioida, että ne ovat muuhun tarkoitukseen laadittuja dokumentteja (ks. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Parhiala 2014). Toisaalta terveydenhuoltolain tarkoitusta mukaillen suunnitelmissa kuvattiin asiakaslähtöisyyttä, mikä perustelee tutkimustehtäväämme. Järjestämissuunnitelmien avulla pitäisi lähtökohtaisesti pystyä arvioimaan eri alueiden terveydenhuollon palvelujen järjestämisen asiakaslähtöisyyttä ainakin tavoitetasolla (ks. Parhiala 2014). Toisaalta havaitsimme, miten joidenkin sairaanhoitopiirien alueella mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä niiden asiakaslähtöisyyttä oli järjestämissuunnitelmissa kuvattu erittäin suppeasti, vaikka tiedossamme oli, että kyseisten sairaanhoitopiirien alueilla nimenomaan mielenterveys- ja päihdepalvelut on pyritty järjestämään asiakaslähtöisesti.

Järjestämissuunnitelmien sisällöt voivat vaihdella myös sen perusteella, keitä niiden laatimiseen on osallistunut. Onko suunnitelman laatimiseen esimerkiksi osallistunut yksinomaan ylin hallinnollinen johto vai myös käytännön prosesseissa mukana olevat ammattilaiset? Kuntalaisten ja asiakkaiden osallistuminen järjestämissuunnitelmien laatimiseen jäi pääosin epäselväksi. Laatijatahot ja kokoonpanot vaihtelivat eikä suunnitelman laadintaprosessista ollut välttämättä suunnitelmassa kuvausta.

Tarkastelemiemme järjestämissuunnitelmien keskinäinen eriytyvyys ilmeni myös siinä, että ne saattoivat olla terveydenhuollon suunnitelmia, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmia tai yksittäistapauksissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon ja ympäristönsuojelun järjestämissuunnitelmia tai maakunnan järjestämissuunnitelmia. Suurimmassa osassa suunnitelmia (kymmenessä viidestätoista) mielenterveys- ja päihdepalveluja käsiteltiin omana osionaan, kun taas osassa tarkastelu kohdentui suunnitelman eri osiin, esimerkiksi elämäntien eri vaiheisiin kiinnitettynä tai alueen strategiaan palvelukärkiin integroituna. Mielen-terveystyön sisältöjä kuvattiin suunnitelmissa esimerkiksi ”integraation edistäminen” ja ”terveyden edistäminen” -alaluvuissa. Mielenterveys- ja päihdetyö saattoi olla suunnitelmassa myös osa perhe- ja nuorten palveluita, työterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa tai aikuissosiaalityötä. Integroiva näkökulma on ymmärrettävä, mutta rajoittaa erillisten palvelujen, kuten mielenterveys- ja päihdetyön, tarkastelua.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tavoin asiakaslähtöisyyden tarkastelu vaihteli järjestämissuunnitelmissa siten, että suunnitelman johdanto- tai yleisissä/integroiduissa osioissa saatettiin korostaa asiakaslähtöisyyttä, mutta (mahdollisessa) mielenterveys- ja päihdepalveluja käsittelevässä erillisessä osiossa asiakaslähtöisyys jäi usein vähemmälle huomiolle, yksittäistapauksessa jopa kokonaan maininnoitta. Huomionarvoista on myös se, että vain kahdessa suunnitelmassa viitattiin suorasti ja yhdessä epäsuorasti mielenterveys- ja päihdepalvelujen käsittelyn yhteydessä viimeaikaisiin mielenterveyspolitiikan valtakunnallisiin strategioihin, kuten mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan vuosille 2009–2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) tai sen jatkumona laadittuun valtakunnalliseen mielenterveysstrategiaan (Vorma ym. 2020).

Kuvaamme seuraavaksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden sisältöjä ja asiakaslähtöisyyden toimeenpanoa aineistomme järjestämissuunnitelmien perusteella. Käytämme esimerkkeinä suoria aineistositaatteja suunnitelmista, mutta aluetta nimeämättä, sillä tarkoituksemme ei ole osoitella tiettyjä sairaanhoitopiirejä (ks. myös Parhiala 2014). Jotta terveydenhuollon järjestämissuunnitelmia voitaisiin kehittää myös nykyisen asiakkaan oikeuksia ja osallisuutta korostavan mielenterveyspolitiikan tavoitteita vastaaviksi, on niitä syytä tarkastella lähemmin esimerkiksi juuri asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Järjestämissuunnitelmien tarkastelua mie-

lenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta voidaan perustella lisäksi sillä, että suunnitelmien laatimisen yhtenä tavoitteena on vahvistaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, mutta mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjonnassa on havaittu eriarvoisuutta niin alueellisesti kuin asiakas- ja diagnoosiryhmittäin (ks. Wahlbeck ym. 2018).

7.2.4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden sisällöt järjestämissuunnitelmissa

Tarkastelimme asiakaslähtöisyyden sisältöjä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa niissä esiintyneiden keskeisten, asiakaslähtöisyyteen liitettävissä olevien teemojen perusteella. Asiakaslähtöisyyttä kuvattiin suunnitelmissa erityisesti alueen asukkaiden ja asiakkaiden tarpeiden tunnistamisena sekä näiden tarpeiden huomioimisena palveluissa (taulukko 8), mikä mukailee järjestämissuunnitelmien laatimiseen annettua normiohjausta. Järjestämissuunnitelmien tulee perustua alueen väestön palvelutarpeisiin (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326, 34 §). Toisaalta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta erilaisia palvelutarpeita oli huomioitu järjestämissuunnitelmissa varsin monipuolisesti, kun suunnitelmia tarkastellaan kokonaisuutena.

Taulukko 8. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden sisällöt järjestämissuunnitelmissa.

Asukkaiden ja asiakkaiden erilaisten tarpeiden tunnistaminen	Asukkaiden ja asiakkaiden erilaisten tarpeiden huomioiminen palveluissa
• eri-ikäisten tarpeet • alueelliset erityispiirteet tarpeiden taustalla • erilaiset asuinpaikat ja toimintaympäristöt • erilaiset elämäntilanteet • omaisten ja läheisten tarpeet • eri asiakasryhmien tarpeet (mukaan lukien kulttuuritaustasta nousevat tarpeet) • eri tasoisiin palveluihin liittyvät tarpeet	• palvelusegmentointi ja palvelujen porrastaminen • palvelumuotoilu • palvelujen saatavuuden varmistaminen (mukaan lukien peruspalvelujen vahvistaminen) • palveluintegraatio • sujuvat palveluprosessit • asukkaiden ja asiakkaiden toimijuuden vahvistaminen

Asukkaiden ja asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen

Pyrkimystä erilaisten tarpeiden huomioimiseen mielenterveys- ja päihdepalveluissa tuotiin järjestämissuunnitelmissa esille ensinnäkin oman alueen (sairaanhoitopiirin) eri ikäisten asukkaiden ja asiakkaiden näkökulmasta. Useissa suunnitelmissa huomiota kiinnitettiin ennaltaehkäisevyyttä korostaen erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyden tarpeisiin, mutta myös työikäisten sekä ikääntyneiden tarpeisiin.

”Preventiivinen mielenterveys- ja päihdetyö on osa hyvinvoinnin edellytysten luomista ja huomioimista eri elämäntilanteiden vaiheissa ja eri toimintaympäristöissä.”

Toisaalta monissa järjestämissuunnitelmissa pyrittiin kiinnittämään huomiota oman alueen paikalliseen kontekstiin ja sen vaikutuksiin palvelutarpeisiin sekä huomioimaan asukkaiden erilaiset elämäntilanteet mukaan lukien elämän äkilliset kriisit, asuinpaikat ja toimintaympäristöt.

”Monipuoliset palvelut erilaisiin elämäntilanteisiin ja erilaisissa asuinpaikoissa.”

Asiakkaan tarpeiden lisäksi useissa järjestämissuunnitelmissa kiinnitettiin huomiota omaisiin ja

läheisiin sekä heidän tarpeisiinsa. Osassa suunnitelmia huomioitiin myös eri sairausryhmien sekä erilaisten erityisryhmien, kuten vammaisten, maahanmuuttajien, saamelaiden tai eri kieliryhmien, tarpeita. Joissakin suunnitelmissa mainittiin erikseen erityistä tukea tarvitsevien tai ”suurimmassa syrjäytymisvaarassa” olevien tarpeet ensisijaisena huomion kohteena. Asukkaiden ja asiakkaiden tarpeina pyrittiin suunnitelmien perusteella ottamaan huomioon myös niin ennaltaehkäiseviin palveluihin kuin hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät tarpeet.

”Huomioidaan asukkaiden ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät tarpeet, palveluja kaikille ikäryhmille, palveluja kaikille erityisryhmille--.”

”Kaksikielisyys – potilaan palveleminen hänen äidinkiellensä mukaisesti --.”

”Selkeyttää, vahvistaa ja lisätä -- kulttuurin mukaisen mielenterveyspalvelujen kokonaisuutta alueella --.”

”Palveluryhmään kuuluvat maakunnan asukkaat, joilla on erilaisia mielenterveyden häiriöiden, päihteiden käytön ja erilaisten muiden riippuvuuksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen perustuvia tarpeita. Mielenterveys- ja päihdepalvelut on suunnattu kaikille ikäryhmille ja erityisryhmille, kuten kehitysvammaisille, neuropsykiatrisesti oirehtiville ja traumatisoituneille maahanmuuttajille.”

Palvelujen järjestäminen tarpeet huomioiden

Järjestämissuunnitelmissa pyrittiin oman sairaanhoitopiirin alueen asukkaiden ja asiakkaiden erilaisten tarpeiden tunnistamisen ja esille tuomisen lisäksi kuvaamaan sitä, miten nämä tarpeet on tarkoitus huomioida mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä ja toimeenpanossa. Erittelimme järjestämissuunnitelmissa esille tulleet, tarpeet huomioivaa palvelujen järjestämistä kuvaavat sisällöt seuraavasti: palvelusegmentointi eli palvelujen porrastaminen, palvelumuotoilu, palvelujen saatavuuden varmistaminen mukaan lukien peruspalvelujen vahvistaminen, palveluintegraatio ja palveluprosessit. Niin palvelujen porrastamisen kuin palveluprosessienkin suuntaajaksi suunnitelmissa nimettiin nimenomaan asiakkaiden tarpeet.

”-- palveluiden asiakkaiden tarpeiden mukainen segmentointi --.”

”Palvelut on luokiteltu asiakkaan tarpeen intensiivisyyden perusteella kolmeen segmenttiin:

Satunnaisen neuvonnan, ohjauksen, lyhytaikaisen hoidon tai / ja muiden palveluiden tarpeessa olevat.

Toistuva ja/tai laaja-alainen hoidon- ja palveluntarve sekä tarve niiden koordinoinnille.

Erityisen ja/tai jatkuvan tuen-, hoidon- ja palvelujen tarpeessa olevat asiakkaat.”

”Palveluohjauksen, hoidon, kuntoutuksen sekä tarjottavan palvelun tulee toteutua yhtenäisenä, tarvittaessa palveluntuottajien yhteisenä prosessina, joka suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeisiinsa perustuen.”

Erilaisiin tarpeisiin vastaamiseksi useissa järjestämissuunnitelmissa korostettiin myös asukkaiden ja asiakkaiden oman toimijuuden tukemista palvelutarpeidensa tunnistamisessa, esimerkiksi sähköisiä välineitä hyödyntämällä. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välisen toimivan työnjaon merkitystä painotettiin. Monessa järjestämissuunnitelmassa korostettiin, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa palvelupaine ja siten kehittämistarve kohdistuu

erityisesti perusterveydenhuoltoon. Toisaalta tuotiin esille, että erikoissairaanhoidon ja erityisosaamisen on oltava joustavasti ja saavutettavalla tavalla peruspalvelujen hyödynnettävissä.

Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa saattoi olla listattuna paljon erilaisia keinoja ja tapoja, joilla asukkaiden ja asiakkaiden tarpeisiin oli tarkoitus vastata. Järjestämissuunnitelmien perusteella moni sairaanhoitopiireistä oli asettanut itselleen merkittävässä määrin mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämiseen liittyviä konkreettisia tavoitteita. Olisikin mielenkiintoista tietää, miten nämä tavoitteet ovat käytännössä toteutuneet.

”Sosiaalipalveluiden merkityksen huomioiminen, monipuoliset palvelut, eri palveluiden yhteistyö [verkostoitunut palvelujärjestelmä, konsultaatio- ja työparikäytännöt], tavoitteena vakaa arki ja mielekäs elämä sekä pärjääminen [nämä mahdollistavat hoidon onnistumisen], palveluiden tassa-arvoinen saatavuus, digitalisaation hyödyntäminen. -- Lähityöntekijöiden osaaminen [osataan tarvittaessa konsultoida erityisosaajia], erityisosaajien matalankynnyksen konsultaatiot, laaja yhtenäinen palvelurakenne [mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistäminen tukee peruspalveluja], kaksi palvelulinjaa [lyhyt- ja pitkäaikainen]. Ennaltaehkäisy, laadukkaat lähipalvelut, kolmannen sektorin matalankynnyksen palvelut, yhteiskunnallisen osallisuuden palvelut, helpo pääsy palveluihin, monialainen yhteistyö, helpot ja toimivat konsultaatiokanavat, koko palvelusektorin yhteistyö, arjen tuki [koulutuksen ja työssäkäynnin tukeminen, päivä- ja työtoiminta, asumisen, talouden ja arjen hallinnan ennakoiva tuki, tuki yhteisöihin kuulumiseen]. Digitaalisia palveluja niitä käyttämään kykeneville [omahoito-ohjeet, nettiterapiat], parityöskentely erityistason ja perustason paikallisten työntekijöiden kanssa, peruspalvelujen ensisijaisuus, hoitovastuu peruspalveluissa, monitoimijainen yhteistyö, tavoitteena arjen vakauttaminen.”

7.2.5 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden toimeenpano järjestämissuunnitelmissa

Ryhmittelimme mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden konkreettiseen toimeenpanoon liittyneitä järjestämissuunnitelmien sisältöjä neljästä eri näkökulmasta: organisaation, henkilöstön, asiakkaan ja kansalaisyhteiskunnan (ks. taulukko 9).

Taulukko 9. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyden toimeenpanon näkökulmat ja sisällöt järjestämissuunnitelmissa.

Näkökulma toimeenpanoon	Toimeenpanon sisällöt
Organisaatio	- yhtenäiset ja joustavat palvelurakenteet - porrastetut palvelut - yhteistyö ja integraatio - laadukkaat ja monipuoliset palvelut - resurssit
Henkilöstö	- asenteet - osaaminen ja yhteistyö - työhyvinvointi
Asiakas	- palvelujen yhdenvertainen saatavuus - saavutettavat palvelut - sujuva palveluprosessi ja asiakasosallisuus - tavoitteena hyvä arki
Kansalaisyhteiskunta	- järjestöyhteistyö - vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta

Organisaation ja asiakkaan näkökulmat tulivat järjestämissuunnitelmissa eniten esille. Näkökulmia käsitellään tässä erillisinä, vaikka tosiasiallisesti esimerkiksi organisaation ja asiakkaan näkökulmat limittyivät järjestämissuunnitelmien mielenterveys- ja päihdepalveluja kuvaavissa sisällöissä usein toisiinsa. Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa saatettiin samassa yhteydessä esimerkiksi korostaa sekä näyttöön perustuvia toimintamalleja, mittareita ja sähköisten palvelujen hyödyntämistä organisaation toimintatapoina että asiakkaan oikeuksia ja osallisuutta. Palvelujen laatu asiakaslähtöisyyden yhtenä ulottuvuutena edellyttääkin sekä vaikuttavia toimintatapoja että asiakkaan mahdollisuutta osallisuuteen.

”Laadukkaiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottamisessa käytetään näyttöön perustuvia ja vaikuttavia työmenetelmiä, hyväksi todennettuja toimintamalleja sekä yhtenäisiä mittareita. Informaatioteknologian merkityksen jatkuvasti kasvaessa ovat omahoito ja sähköiset palvelut tärkeä osa palvelukokonaisuutta.

Palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa kunnioitetaan asiakkaan oikeuksia, lisätään osallisuutta, tarjotaan kuntoutumista tukevia mahdollisuuksia ja vähennetään eriarvoisuutta. Asiakkaan, hänen perheensä ja lähiverkostonsa osallisuus ja tuki hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa on keskeinen hoitoon sitoutumista edistävä periaate.”

Organisaation näkökulma

Alueellinen yhteistyö on terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien keskeinen tarkoitus (ks. Parhiala 2014). Järjestämissuunnitelmissa korostettiin vaatimusta yhtenäisestä alueellisesta palvelurakenteesta, joka sisälsi muun muassa yhtenäisten toimintamallien ja yhtenäisten palveluprosessien tavoitteet. Toisaalta suunnitelmissa korostettiin tarvetta sellaisiin palvelurakenteisiin, jotka joustavat alueen asukkaiden ja asiakkaiden tarpeiden mukaan.

Asukkaiden ja asiakkaiden tarpeisiin kytkeytyvää palvelujen porrastamista kuvattiin useissa järjestämissuunnitelmissa. Porrastamista esitettiin tehtäväksi monin eri tavoin, kuten jakona ennaltaehkäisevään ja korjaavaan työhön sekä palvelujen segmentointina asiakastarpeiden mukaan. Palvelujen porrastamista kuvattiin myös ”palvelulinjoina”. Palvelujen porrastamiseen voidaan liittää myös useassa suunnitelmassa esille nostettu peruspalvelujen ja avohoitopainotteisuuden korostaminen, mutta samaan aikaan erityisosaamisen saatavuuteen panostaminen esimerkiksi erilaisten erityistason konsultaatioiden muodossa.

Järjestämissuunnitelmissa korostettiin yhteistyön merkitystä eri tasoilla ja eri toimijoiden välillä (myös Parhiala 2014). Suunnitelmissa korostettiin perus- ja erityistason palvelujen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön kanssa. Suunnitelmissa painotettiin usein myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiota sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteistyötä sosiaalipalvelujen kanssa, esimerkiksi psykososiaalisen työn näkökulmasta. Mielenterveystyön ja sosiaalipalvelujen yhteistyöllä kuvattiin voitavan tunnistaa aiempaa paremmin ja kokonaisvaltaisemmin myös ongelmien taustalla vaikuttavia tekijöitä. Osassa suunnitelmia tuotiin konkreettisesti esille eri toimijoiden välisen yhteistyön merkitys, esimerkiksi osana tiedonkulkua ja yhteisten monialaisten asiakassuunnitelmien laadintaa. Niin ikään korostettiin verkostomaista työskentelyä erityisesti ”suurimmassa syrjäytymisvaarassa” olevien asiakkaiden kanssa.

”Mielenterveys-, päihde- ja aikuissosiaalityön yhteisille asiakkaille rakennetaan kattava yhteinen palvelu- ja hoitosuunnitelma ja palvelujen mahdolliset päällekkäisyydet puretaan.”

”Aikuisten psykososiaalisten palvelujen asiakasprosessityöryhmässä vahvistui käsitys siitä, että sosiaalipalveluilla sekä mielenterveys- ja päihdepalveluilla on enemmän yhteistä kuin erilaista.

Kuntalaisille tarvitaan monipuolisia palveluita erilaisiin elämäntilanteisiin ja -haasteisiin, mutta eri palveluiden yhteistyötä tulee edelleen kehittää.”

Useissa järjestämissuunnitelmissa viitattiin siihen, että vastatakseen asukkaiden ja asiakkaiden tarpeisiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulee olla paitsi laadukkaita myös monipuolisia. Monessa suunnitelmassa monipuoliset mielenterveys- ja päihdepalvelut sisälsivät esimerkiksi liikkuvia palveluja ja erityisesti erilaisia sähköisiä palveluja.

”Digitaalisten palvelujen käyttöä mielenterveys- ja päihdeneuvonnan, palveluohjauksen ja hoitointerventioiden välineenä lisätään (esimerkiksi etälääkäri).”

Osassa suunnitelmia korostettiin laadukkaiden lähipalvelujen merkitystä. Laadukkaisiin palveluihin liittyen muutamissa suunnitelmissa viitattiin myös näyttöön perustuviin palveluihin ja mittareiden hyödyntämiseen. Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa mielenterveys- ja päihdepalveluja käsiteltäessä otettiin esille myös kysymys organisaation resursseista asiakaslähtöisten ja tarpeisiin vastaavien mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttamisessa.

”Resursseja nopean vasteen toimintaan --.”

Henkilöstön näkökulma

Voimassa olevassa mielenterveysstrategiassa (Vorma ym. 2020) kiinnitetään huomiota ammattilaisten osaamiseen ja tavoitteeksi asetetaan kaikkien niiden ammattiryhmien mielenterveydellinen osaaminen, jotka ovat kansalaisten kanssa vuorovaikutuksessa. Järjestämissuunnitelmissa henkilöstön osaamista käsiteltiin verrattain vähän ja lähinnä yksittäisissä suunnitelmissa. Osaamiseen kiinnitettiin huomiota korostamalla lähityöntekijöiden palveluohjausosaamista sekä henkilöstön osaamista lasten ja nuorten psykiatrian alasta. Lisäksi korostettiin toimivaa ja osaavaa konsultointi- ja työparitoimintaa. Osaamisen lisäksi esille tuotiin henkilöstön asenteisiin liittyen se, että asukkaiden ja asiakkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ kuuluu alueen kuntien kaikkien sektoreiden kaikille työntekijöille. Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa esitettiin henkilöstön työhyvinvoinnin tukeminen asiakaslähtöisen ja asiakkaiden tarpeisiin vastaavan toiminnan mahdollistajana mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

”Ennaltaehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö kuuluu kaikille --.”

”[Alueen nimi] henkilöstön työhyvinvoinnin ja osaamisen edistämistä työnohjauksen sekä konsultoinnin ja koulutuksen avulla.”

Asiakkaan näkökulma

Mielenterveysstrategiassa huomiota kiinnitetään muun muassa kansalaisten mielenterveystaitojen vahvistamiseen, yksinäisyyden vähentämiseen ja yhteisöllisyyden vahvistamiseen (Vorma ym. 2020, 20). Tutkimuskirjallisuudessa on todettu, että palveluun hakeutuminen tulee tehdä asiakkailla helpommaksi päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvän stigman vuoksi, koska se rajoittaa liian usein hakeutumista palvelujen piiriin (Wahlbeck ym. 2018, 21). Palvelujen tavoitavuuden ja saavutettavuuden helppoutta on korostettu myös asiakaslähtöisyyden ja tarpeisiin vastaamisen näkökulmasta (Kuosmanen & Wahlbeck 2018).

Järjestämissuunnitelmissa korostettiin palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta asiakkaan näkökulmasta. Esiin tuotiin tasavertaisesti, yhdenvertaisesti ja kunkin asiakkaan omien tarpeiden mukaisesti alueella saatavilla olevien palvelujen merkitys. Palvelujen saavutettavuuden näkökul-

masta järjestämissuunnitelmissa korostettiin muun muassa, ettei asiakkaan tarvitse tuntea palvelujärjestelmää apua ja tukea saadakseen.

”Asiakkaan ei tarvitse tuntea palvelujärjestelmää, vaan ensimmäisessä matalan kynnyksen kontaktissa kopin ottaja (etulinja) tuntee palvelujärjestelmän ja osaa ohjata oikeaan palvelupolkuun.”

Tavoitteen mukaisina palveluina esitettiin usein matalan kynnyksen helposti tavoitettavat palvelut. Saavutettavuuteen suunnitelmissa liittyi esimerkiksi aktiivinen tiedottaminen palveluista, erilaisiin tarpeisiin ja tilanteisiin vastaavien palvelujen tarjoaminen sekä digitaalinen palvelutarjonta mukaan lukien sähköinen omahoito.

Sähköisten omahoitopalvelujen tarjonta liittyi suunnitelmissa sujuvan ja osallistavan asiakasprosessin mahdollistumiseen. Sähköisiä omahoitopalveluja kuvattiin tarjottavan sekä ennaltaehkäisevästi että palvelujen piirissä jo oleville asiakkaille. Asiakkaan näkökulmasta sujuvaan ja osallistavaan prosessiin järjestämissuunnitelmissa liittyivät myös ”yhden luukun” periaate sekä osaavaan ja toimivaan ohjaukseen ja neuvontaan panostaminen, minkä avulla asiakas ohjautuu heti ensimmäisen yhteydenoton jälkeen oikeaan paikkaan apua saaden. Tosin yhden luukun periaatteeseen viitattaessa yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa korostettiin myös sitä, ettei toimintamallilla tavoitella lisää asiakkaita.

”Alueelle kehitetään tarkoituksenmukainen helposti saavutettava matalan kynnyksen mielen-terveys-, päihde- ja aikuissosiaalityön toimintamalli, joka palvelee yhden luukun periaatteella apua tarvitsevia asiakkaita lisäämättä olennaisesti mielenterveyspalveluissa olevien potilaiden määrää.”

Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa korostettiin lisäksi, että palvelutarpeen arviointi on syytä tehdä asiakkaan lähellä, vaikka itse palvelut voivat olla kauempanakin. Tämä korostaa palvelutarpeen arvioinnin suurta merkitystä. Useassa järjestämissuunnitelmassa kiinnitettiin huomiota asiakas-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja korostettiin, että suunnitelmat tulee laatia yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa myös yhdessä asiakkaan verkoston kanssa. Suunnitelmas-
ta puhuttaessa saatettiin viitata myös suunnitelman tavoitteiden mittaamisen tärkeyteen, minkä voi tulkita viittaavan pyrkimykseen yhdistää asiakkaan osallisuuden huomioivaa ja näyttöön perustuvaa toimintaa.

”Tavoitteellinen ja suunnitelmallinen työ, suunnitelmat yhdessä asiakkaan kanssa --.”

”Palvelun ja hoidon tarpeen arvioinnit ja asiakassuunnitelmat ovat tavoitteellisia, tulokset aikaan sidottuja ja mitattavissa. Suunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakas saa tarvitsemansa palveluohjauksen ja palvelut toteutetaan koordinoitusti monialaisessa yhteistyössä. Tavoitteita ja menetelmiä arvioidaan ja päivitetään tarvittaessa.”

Osassa suunnitelmia korostettiin asiakkaan läheisten palveluosallisuuden merkitystä – myös hoitoon sitoutumisen ja siten vaikuttavamman palvelun näkökulmasta. Sujuvaan palveluprosessiin liittyen järjestämissuunnitelmissa kuvattiin asiakkaankin näkökulmasta saumattomia palveluketjuja. Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa viitattiin asiakkaan valinnanvapauteen. Valinnanvapauden sisältöä ei kuitenkaan avattu tarkemmin.

Useiden järjestämissuunnitelmien mielen-terveys- ja päihdepalveluja koskevissa osioissa kuvattiin klinisen hoitotyön järjestämisen lisäksi alueen asukkaiden ja asiakkaiden jokapäiväisessä arjessa selviytymisen tukemista. Suunnitelmat sisälsivät esimerkiksi asukkaiden elinolosuhteiden parantamiseen liittyviä toimenpiteitä, kotiin vietävien kuntouttavien palvelujen, kuten asumisen tuen ja kotisairaaloiminnan, lisäämistä sekä arjen toimintakyvyn ja arjen hallinnan tukemista. Toimenpiteiden tavoitteiksi esitettiin vakaa arki ja mielekäs elämä. Asumis-
palveluissa tavoitteena oli esimerkiksi omatoimisuuden ja aktiivisen osallistumisen lisääminen.

Mielekkään arjen tukemiseen liittyivät myös huomion kiinnittäminen koulutukseen, palkkatyöhön, työ- ja päivätoimintoihin, asumiseen, taloudellisiin tekijöihin sekä yhteisöllisyyteen ja sen vahvistamiseen.

”Arjen tuessa tulee huomioida koulutuksen ja työssäkäynnin tukimuodot, päivä- ja työtoimintapaikat, asumisen, talouden ja muun arjen hallinnan proaktiivinen tuki ja mahdollisuus liittyä ja pysyä erilaisten yhteisöjen jäsenenä.”

Muutamissa järjestämissuunnitelmissa mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdeksi tavoitteeksi nimettiin asukkaiden ja asiakkaiden osallisuus ja onnellisuus. Joidenkin järjestämissuunnitelmien yleisessä osiossa osallisuutta oli saatettu avata kattavastikin, vaikka suunnitelman mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevassa osiossa osallisuutta oli voitu käsitellä vain vähän tai eollennekaan. Yksittäisessä järjestämissuunnitelmassa kuvattiin myös asiakkaan oikeuksia ja eriarvoisuuden vähentämistä palvelujen järjestämiseen liittyvinä periaatteina ja tavoitteina. Erityisesti asiakkaan oikeudet ja onnellisuus jäivät kuitenkin järjestämissuunnitelmissa mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteydessä tavoitteiden tasolle konkreettisten toimenpiteiden nimeämisen sijaan.

Kansalaisyhteiskunnan näkökulma

Muutamissa järjestämissuunnitelmissa kiinnitettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen kohdalla huomiota yhteistyöhön kolmannen sektorin kanssa. Kolmas sektori, järjestöt ja kokemusasiantuntijat nähtiin näissä suunnitelmissa merkittävänä mielenterveystyön matalan kynnyksen resurssina. Myös vertaistuki mainittiin yksittäisessä suunnitelmassa.

”Ennaltaehkäisevien mielenterveys- ja päihdepalvelujen vahvistaminen. Esimerkkeinä järjestöyhteistyön (esim. päiväkeskukset, vapaaehtoistyö) koordinointi, mini-interventiot ja -mittarit.”

”Kokemusasiantuntijuuden ja järjestötoimijoiden mukaan ottaminen aiempaa vahvemmin on tärkeää ammattitoimijoiden rinnalle soveltuvalla tavalla.”

”Osallisuus ja palveluprosessin asiakaslähtöisyys. Esim. Kokemusasiantuntijat/ asiakasraadit.”

”Mielenterveys- ja päihdetyön ehkäisevässä työssä tärkeää on kumppanuuksien ylläpitäminen ja niiden koordinointi eri toimijoiden, esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien, kuntien, seurakuntien ja järjestöjen välillä. Kokonaiskoordinoinnin tavoitteena on päällekkäisten palvelujen välttäminen sekä monipuolisten matalan kynnyksen palveluiden järjestäminen niitä tarvitseville.”

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kohdennetuissa osioissa kolmas sektori mainittiin kuitenkin vain neljässä suunnitelmassa, vaikka vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan tunnistamista resurssina ja niiden hyödyntämistä on korostettu nimenomaan osana asiakaslähtöistä mielenterveys- ja päihdetyön palvelujärjestelmää (Wahlbeck ym. 2018). Toisaalta yksi sairaanhoitopiiri edusti järjestämissuunnitelmansa perusteella tulevaisuuteen tähtäävää otetta, jossa asiakasosallisuus oli merkittävässä roolissa ja esimerkiksi järjestöyhteistyön kehittämisen rakenteet olivat mukana järjestämissuunnitelmassa. Lisäksi on todettava, että järjestämissuunnitelmien yleisissä osioissa järjestö- tai yhdistystoiminnan tai vertais- tai kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntäminen mainittiin kaikissa suunnitelmissa kolmea lukuun ottamatta. Kolmas sektori saatettiin mainita suunnitelman yleisessä osiossa esimerkiksi tehokkaan mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän muodostajana yhdessä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa tai liittyen koulutukseen perustuvan kokemusasiantuntijatoiminnan tuomiseen osaksi terveydenhuollon päivystystoimintaa.

7.2.6 Järjestämissuunnitelmien merkitys asiakaslähtöisyydelle ja yhteys kansallisiin strategioihin

Asiakas- ja järjestelmälähtöisyys suunnitelmissa

Tarkastelemiamme järjestämissuunnitelmia leimasi vaihtelevuus niin laajuuden kuin sisältöjen suhteen, mikä haastaa niiden analyttistä tarkastelua (myös Parhiala 2014; Halme & Tiirinki 2019). Kuitenkin terveydenhuollon palveluja mukaan lukien mielenterveys- ja päihdepalvelut pitäisi pystyä arvioimaan myös järjestämissuunnitelmien perusteella.

Mielenterveys- ja päihdepalveluja ei suunnitelmissa kuvattu aina omina osiinaan. Mielenterveysnäkökulman sisällyttäminen muiden palvelujen yhteyteen onkin perusteltu ratkaisu silloin, jos suunnitelmissa pyritään toteuttamaan periaatetta ”ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä”. Se edellyttää kuitenkin sitä, että väestön, eri ikäryhmien tai eri sairausryhmien palvelujen järjestämisen yhteydessä systemaattisesti kuvataan, miten ja millä painotuksin näiden kohderyhmien mielenterveystarpeet otetaan huomioon. Tällaista lähestymistapaa mielenterveysasioihin ei kuitenkaan ole löydetävissä tarkastelun kohteena olevissa suunnitelmissa.

Suunnitelmien taustoituksessa tulee vahvasti esille edellinen maakunta- ja sote-uudistus, ja suunnitelmien painotukset määrittävät niihin liittyvän tavoite-, normi- ja informaatio-ohjauksen kautta. Suurin osa suunnitelmista noudatti sisällöltään ja painotuksiltaan terveydenhuoltolakia (30.12.2010/1326), jossa keskiössä ovat muun muassa ennaltaehkäisevä ja korjaava työ, nuorten mielenterveys, yhteistyö sosiaalihuollon kanssa sekä asiakaskeskeisyys. Suunnitelmat vastasivat niin ikään terveydenhuoltolain mukaista alueellista yhteistyötä korostavaa tarkoitustaan (ks. myös Parhiala 2014). Osasta suunnitelmia saattoikin syntyä vaikutelma siitä, että ne on laadittu, koska laki edellyttää niin. Tällöin järjestämissuunnitelmat täyttävät laissa asetetut ”minimivaatimukset”. Toisaalta terveydenhuoltolaissa korostetaan myös asiakaskeskeisyyttä, joten järjestämissuunnitelmien tarkastelu asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on perusteltua.

Asiakaslähtöisyys oli esillä suunnitelmissa painottuen niiden yleisiin osioihin, mutta konkreettisten toimenpiteiden ja vastuiden kuvaus erityisesti mielenterveys- ja päihdetyön käytäntöjen näkökulmasta jäi vähemmälle. Voi olla, että sisältöjen vaihtelu riippui myös siitä, mitkä tahot olivat olleet laatimassa suunnitelmaa. Kuntien hyvinvointikertomukset sisältävät paljon asioita, joita voidaan hyödyntää järjestämissuunnitelmissa. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman arviointiraportin mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016) monissa kunnissa oli laadittu myös kuntakohtainen mielenterveys- ja päihdestrategia. Kauttaaltaan epäselväksi jäi nyt se, miten näitä taustamateriaaleja oli järjestämissuunnitelmien laatimisessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen käsittelyn yhteydessä käytetty.

Tunnistimme järjestämissuunnitelmissa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta myös sisältöjä, jotka asiakaslähtöisyyden sijaan viittaavat enemmän järjestelmälähtöisyyteen (vrt. Laitila 2010; Helén 2011; Wahlbeck ym. 2018). Toimivien mielenterveys- ja päihdepalvelujen lähtökohtana on korostettu näyttöön perustuvien käytäntöjen lisäksi ihmislähtöisten, osallisuutta ja vertaisuutta tukevien toimintamallien luomia mahdollisuuksia uudistaa mielenterveys- ja päihdepalveluja sisältäen esimerkiksi järjestöjen palvelujen hyödyntämisen osana monitoimijaisia palveluja (Wahlbeck ym. 2018). Järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä kuvattiin järjestämissuunnitelmissa kuitenkin mielenterveys- ja päihdepalveluihin kohdennettujen osioiden yhteydessä vain neljässä suunnitelmassa.

Järjestämissuunnitelmia lukiessa saattaa herätä myös kysymys siitä, millä resursseilla lupaukset toteutetaan – monessa suunnitelmassa varattuja resursseja ei kuvattu. Sen sijaan yksittäisessä suunnitelmassa korostettiin asiakaslähtöisyyden tavoitteen esittämisen jälkeen kustannus-

tehokkuuden ja säästöjen tavoitetta mielenterveys- ja päihdepalveluja tarkasteltaessa. Osassa suunnitelmia mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja asiakaslähtöisyyttä tukevat konkreettiset toimenpiteet perustuivat eri rahoituskanavien mahdollistamiin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin. Määräaikainen hanketoiminta voikin toimia kehittämistyön lisäresurssina, mutta edellyttää huomion kiinnittämistä kehitettyjen asiakaslähtöisyyttä lisäävien toimintamallien toimeenpanoon ja juurruttamiseen pysyviksi käytännöiksi osana terveydenhuollon toimintaa.

Monille järjestämissuunnitelmille oli tyypillistä medikalisaatiokeskeisyys, jolloin lääketieteen ja klinisen hoitotyön näkökulma saa suuren painoarvon. Joissain suunnitelmissa esimerkiksi esitettiin seikkaperäisesti eri psyykkisten sairauksien alueelliseen esiintyvyyteen liittyviä tilastoja ilman, että niillä olisi perusteltu palvelujen järjestämisen tarpeita, muotoja tai tavoitteita. Yksittäisessä suunnitelmassa diagnoosit toimivat perusteena organisaatioiden ja ammattilaisten työnjaolle. Mielenterveys- ja päihdetyön järjestämistä saatettiin siten suunnitella hyvinkin ongelmalähtöisesti.

Nimensä mukaisesti järjestämissuunnitelmat keskittyvät palvelujen järjestämisen kuvaamiseen. Palvelujen kehittämisessä peruspalvelujen vahvistaminen oli keskeinen tavoite suunnitelmissa. Laadukkaat ja riittävän hyvin resursoidut peruspalvelut ovat sekä palvelujen saavutettavuuden että toiminnan taloudellisuuden kannalta hyödyllisiä. Suomessa varsinkin psykiatrinen hoito on erikoissairaanhoidon painotteista, minkä vuoksi hoitoon pääsy usein viivästyy ja hoito sairauden pahenemisen myötä pitkittyy. Ongelmaan haetaan parhaillaan yhtenä ratkaisuna terapiatakuuta, jonka toteutuessa soveltuvaa varhaista hoitoa olisi saatavilla jo perusterveydenhuollossa. Joka tapauksessa mielenterveysosaamisen laajentamista ja syventämistä tarvitaan peruspalveluissa. Järjestämissuunnitelmissa tuotiin kuitenkin hyvin vähän esille sitä, mitä peruspalvelujen vahvistaminen konkreettisesti tarkoittaa mielenterveyspalvelujen kannalta.

Järjestämissuunnitelmat herättävät myös kysymyksen siitä, kuinka tietoisia eri (sisäiset ja ulkoiset) toimijat ovat voimassa olevista suunnitelmista ja kuinka niitä huomioidaan alueilla esimerkiksi kuntakohtaisessa toimeenpanossa. Jatkossa on tarpeellista ottaa asiakkaat ja palvelunkäyttäjät sekä käytännön työntekijät mukaan järjestämissuunnitelmien laadintaan huolimatta siitä, että suunnitelmat on alun perin tarkoitettu kuntien ja sairaanhoitopiirien välisen yhteistyön haasteiden ratkaisemiseen.

Suunnitelmien yhteys valtakunnallisiin mielenterveysstrategioihin

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien yhteys kansallisiin mielenterveys- ja päihdetyötä substanssialueena ohjaaviin suunnitelmiin ja strategioihin ei tullut selvästi esille. Substanssialuetta määrittävä valtakunnallinen ohjaus oli kirjattu selkeästi vain pariin järjestämissuunnitelmaan. Toisaalta useita valtakunnalliseen suunnitelmaan kirjattuja ja asiakaslähtöisyyttä ilmentäviä ehdotuksia sekä valtakunnallista suunnitelmaa arvioineen ohjausryhmän ehdottamia painopisteitä on löydettävissä järjestämissuunnitelmista. Näitä olivat muun muassa palvelujen saavutettavuus ja vastaavuus erilaisissa tilanteissa olevien ja eri ikäisten asiakkaiden tarpeisiin, sähköisten palvelujen hyödynnettävyys, kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden rekrytointi erilaisiin tehtäviin, erilaisten monialaisten ja -tasoisten yhteistyömuotojen kehittäminen, osaamisen ja ehkäisevän työotteiden vahvistaminen peruspalveluissa sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen integroiminen asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Vaikkei tulosten perusteella voida tehdä päätelmiä siitä, miten nämä asiat ovat siirtyneet suunnitelmista käytäntöihin, ne kuvastavat kuitenkin tavoitteellisen kehittämistyön pitkäjänteisyyttä. Toisaalta uusimpaan mielenterveysstrategiaan peilaten esimerkiksi mielenterveysoikeuksia järjestämissuunnitelmissa käsiteltiin erittäin vähän (vrt. Vormaa ym. 2020).

Kritiikistämme huolimatta terveydenhuollon järjestämissuunnitelmat ovat tärkeitä välineitä myös mielenterveyspolitiikan alueellisessa toimeenpanossa, ja ne voivat osaltaan toimia pitkäjänteisen kehittämistyön mahdollistajina. Niihin tulee kiinnittää huomiota, sillä lähtökohtaisesti ne sekä kuvaavat että myös rakentavat alueen todellisuutta. Järjestämissuunnitelma on tarkoitettu työkaluksi, jonka avulla alueen päättäjät ja myös kiinnostuneet kansalaiset saavat nopeasti kuvan alueen terveydenhuollon palveluista ja niiden keskeisistä tavoitteista tulevaisuudessa. Parhaimmillaan järjestämissuunnitelma voi toimia alueellisena sopimuksena palvelujen kehittämisen yhteisestä suunnasta. (Parhiala 2014, 128, 130.) Järjestämissuunnitelmien laadinta sekä niiden vertaileva tarkastelu on tärkeää myös siksi, että tunnistetaan mahdollinen alueellinen eriarvoisuus (ks. Wahlbeck ym. 2018).

Jatkossa järjestämissuunnitelmien mielenterveyttä koskevista osista olisi hyvä ottaa huomioon kansallisen tason suunnitelmat. Näitä ovat erityisesti kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 ohjausryhmän suositukset vuodelta 2016 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016) ja vuoden 2020 alussa julkaistun mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman linjaukset (Vorma ym. 2020). Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä ehdotti mielenterveys- ja päihdetyölle kehittämisen painopisteitä. Nämä olivat: (1) asiakkaan aseman vahvistaminen muun muassa sähköisiä palveluja ja kokemusasiantuntijuutta hyödyntäen, (2) mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työ eri hallinnonaloilla, (3) mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen erityisten tarpeiden mukaisesti ja (4) ohjauskeinojen kehittäminen huomioiden mielenterveys- ja päihdetyön erityiskysymykset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 27–28.)

Kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman (Vorma ym. 2020) linjaukset ulottuvat vuoteen 2030 asti, joten sillä on pitkäaikaista mielenterveystyötä ohjaavaa vaikutusta. Strategia sisältää viisi painopistealuetta, jotka ovat: (1) mielenterveys pääomana, (2) lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa, (3) mielenterveysoikeudet, (4) ihmisten tarpeiden mukaiset laaja-alaiset palvelut ja (5) hyvä mielenterveysjohtaminen. Kaikkiin painopistealueisiin sisältyy suuri määrä konkreettisia linjauksia, joilla tavoitteisiin aiotaan päästä. Erityisesti mielenterveysoikeuksiin ja tarpeiden mukaisiin laaja-alaisiin palveluihin liittyy monia asiakkaan aseman vahvistamista ja osallisuutta koskevia sisältöjä.

Lopuksi

Järjestämissuunnitelmat todentavat mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakaslähtöisyyttä vaihtelevasti. Kokonaisuutena tarkastellen useimmissa järjestämissuunnitelmissa ilmenettiin asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteydessä ainakin jossain määrin erityisesti erilaisten tarpeiden tunnistamisena ja tunnustamisena sekä niiden palveluissa ja toimintatavoissa huomioimisena. Asiakaslähtöisyyden konkreettinen toimeenpano esimerkiksi jaettuna asiantuntijuutena, asiakkaan toimivaltana tai palvelujen kehittämiseen osallistumisena jäi kuitenkin suunnitelmien sisältämissä kuvauksissa vähemmälle. Toipumisorientaatiota käsitteenä ei mainittu kuin yhdessä suunnitelmassa.

Tarkastelumme perusteella ei voida sanoa, mikä on järjestämissuunnitelmien todellinen anti asiakaslähtöisen mielenterveystyön kehittämiseen. Jos niiden sisältö vastaa sitä, mitä asiakaskeskeisyyttä korostava terveydenhuoltolaki niiltä edellyttää, voidaan otaksua, että niillä on ohjaavaa vaikutusta. Ratkaisevaa on se, miten relevantteja asioita suhteessa alueen väestön mielenterveyteen ja hyvinvointiin suunnitelmat sisältävät ja miten niitä pystytään realisoimaan mielenterveyttä vahvistaviksi käytännöiksi. Yhtäältä tämä edellyttää sitä, että suunnitelmien laatijoilla on todellisuutta vastaava käsitys alueen väestön mielenterveyden tilasta ja tarpeista. Tämä ei synny pelkästään tilastojen tai asiantuntijoiden näkemysten perusteella, vaan siihen tarvitaan myös tietoa, jota saadaan väestön ja keskeisten avainryhmien osallisuuden sekä palve-

lunkäyttäjiltä kerätyn kokemustiedon avulla. Toisaalta tarvitaan peruspalveluissa työskentelevien riittävää osaamista mielenterveysasioissa sekä poliittisten päättäjien ymmärrystä siitä, minkälaista panostusta resurssien suhteen mielenterveyttä edistävää, ongelmia ehkäisevää ja hoitopalveluita kehittävä ja ylläpitävä asiakaslähtöinen mielenterveystyö vaatii.

Lähteet

Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna 2013: *Asiakaslähtöisyys. Vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskursilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry. Tampere.*

Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. (HE 15/2017.)

Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. (HE 241/2020.)

Halme, Saija & Tiirinki, Hanna 2019: *Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluja. Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpapereita 27. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Helén, Ilpo 2011: *Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa Helén Ilpo (toim.): Reformin pirstaleet. Vastapaino. Tampere, 153–181.*

Isola, Anna-Maria & Kaartinen, Heidi & Leeman, Lars & Lääperi, Raija & Schneider, Taina & Valtari, Salla & Keto-Tokoi, Anna 2017: *Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehyistä rakentamassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpapereita 33. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Kuosmanen, Lauri & Wahlbeck, Kristian 2018: *Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut tavoittavat apua tarvitsevat? Tutkimuksesta tiiviisti 26/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Laitila, Minna 2010: *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Dissertations in health sciences 33. University of Eastern Finland. Kuopio.*

Meriluoto, Taina 2017: *Turning Experience into Expertise: Technologies of the Self in Finnish Participatory Social Policy. Critical Policy Studies 12 (3), 294–313.*

Nordling, Esa 2018: *Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Duodecim 134 (15), 1476–1483.*

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: *Mielenterveystyö uudistuu – toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpapereita 40. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Parhiala, Kimmo 2014: *Terveidenhuollon järjestämissuunnitelma. Tavoitteena alueellisen yhteistyön edistäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpapereita 12. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.*

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326).

Terveydenhuoltolaki (28.12.2012/914). Muutossäännös.

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta. (VNa 337/2011).

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu 2020: Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McDaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes & Reini, Kaarina & Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni 2018: Toimivat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Valtioneuvosto. Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/1360>. Viitattu 27.1.2022.

7.3 Mielenterveyspalvelut toipumista tukemassa – näkemyksiä Lapista

Eija Savelius-Koski

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (jatkossa Poske) osahankkeen tavoitteena oli edistää recovery- eli toipumisorientaatioviitekehityksen periaatteiden tunnettavuutta ja toteuttamista Lapissa. Mielenterveysongelmiin liittyvän stigman vuoksi avun hakemisen kynnyks voi olla korkea. Myös virallinen palvelujärjestelmä voi sisältää erilaisia osatekijöitä, jotka voivat estää toipumisprosessin etenemistä yksilötasolla. Toipumista estäviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi byrokraattiset rajat ja ohjeet, vääränlaiset käytännöt, palveluiden huono laatu ja palveluihin pääsyn vaikeudet. (Nordling & Rissanen 2020, 9.)

Tässä tekstissä tarkastellaan sitä, miten toipumisorientaation periaatteet näyttäytyivät Lapin kuntien mielenterveyspalveluihin pääsyä edistävässä rakenteissa, viestinnässä ja toimintakäytännöissä hanketoiminnan aikana. Teksti on kooste Posken kehittämistyössä vuosien 2018–2020 välisenä aikana kerättyjen aineistojen keskeisistä tuloksista. Aineistojen keruussa on huomioitu osahankkeen kehittämistyön keskeiset painotukset liittyen mielenterveyspalveluiden viestintään, monikanavaisten ja matalan kynnyksen palveluiden kehittämiseen sekä asiakkaiden osallisuuden vahvistamiseen palvelujärjestelmässä.

Tiedontuotannon luonne on tässä kontekstissa ollut käytännöllinen, ja aineistot ovat tuottaneet tietoa osahankkeen kehittämistehtävien tueksi. Keskeisimpiä tuloksia aineistosta on voitu hyödyntää myös muussa kehittämistyössä.

7.3.1 Aineistot ja analysointi

Tässä selvityksessä on hyödynnetty neljää erillistä ja erilaista aineistoa: viestintäkartoitusta, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille kohdennettua kyselyä, mielenterveyspalveluiden käyttäjille ja läheisille suunnattua ”Ota kantaa” -kyselyä sekä Lapin kuntien mielenterveystyön vastuuhenkilöille kohdennettua kyselyä. Aineistot ovat olleet sekä laadullisia että määrällisiä, ja ne on kerätty eri ajankohtina. Aineistoja on analysoitu tilasto-ohjelmalla (SPSS) ja laadulliset aineistot keskeisten teemojen mukaisesti.

Viestintäkartoituksen aineistoa kerättiin kahdessa ajanjaksossa vuosina 2018 ja 2019. Kartoitukset aloitettiin elokuussa 2018 Lapin kuntien internetsivustojen mielenterveyspalveluista kertovan viestinnän tarkastelulla. Tarkastelu tuotti alustavaa tietoa hankeosion kehittämistehtäviin mielenterveyspalveluista tiedottavan viestinnän näkökulmasta. Tämän lisäksi kerättiin aineistoa puhelinhaastatteluilla, joissa kysyttiin mielenterveyspalveluiden ammattilaisten näkemyksiä oman toiminnan ja palveluiden viestinnästä. Aineiston rajallisuuden vuoksi sitä täydennettiin touko-kesäkuussa 2019 toimijakohtaisella (Lapin kunnat ja kuntayhtymät) mielenterveyspalveluista kertovien internetsivujen tarkastelulla sekä Suomi.fi-palveluportaalin kunta- ja kuntayhtymäkohtaisilla tiedoilla mielenterveyspalveluista. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2019a; 2019b.) Viestintää koskevia kysymyksiä sisällytettiin myös ammattilaisille toteutettuun kyselyyn.

Lapin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu webropol-kysely toteutettiin kesä-elokuussa 2019. Kysely lähetettiin eri sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille siten, että mielenterveystyötä tai -hoitotyötä toteuttavien tahojen lisäksi pyrittiin tavoittamaan ammattilaisia, jotka työssään kohtaavat eri-ikäisiä mielenterveysasiakkaita. Kysely jaettiin kaikkiin Lapin kuntiin, sairaanhoitopiireille, kolmannen sektorin toimijoille, yksityisille psykoterapeuteille, asu-mispalvelutoimijoille ja työterveyspalveluihin. Kysely lähetettiin noin 1500 eri sähköpostiosoitteeseen, jotka olivat löydettävissä toimijoiden julkisten yhteystietolistojen kautta.

Mielenterveyspalveluiden käyttäjille ja läheisille suunnattu kysely ja aineiston keruu toteutettiin Ota kantaa.fi-sivustolla, ja se oli avoimena kesä-lokakuun 2020 välisenä aikana. Kyselystä tiedotettiin jakamalla esitteitä kaikkiin kuntiin sekä sosiaalisen median välityksellä. Kyselyyn vastaaminen mahdollistettiin täysin anonyyminä ilman kuntakohtaisia tietoja, jotta vastaamisen kynnys madaltuisi. Koronapandemian ensimmäisen aallon vuoksi kyselyyn sisällytettiin poikkeusoloihin liittyviä kysymyksiä palveluiden toteutumisesta.

Vastuuhenkilöille kohdennettu webropol-kysely toteutettiin syksyllä 2020. Aineiston keruu oli ensiksi tarkoitus toteuttaa ryhmähaastatteluina etäyhteyksin. Eri ajankohtina järjestettyihin haastatteluihin ei saapunut lainkaan osallistujia, joten kysely päädyttiin lähettämään sähköpostitse organisaatioiden vastuuhenkilöille.

7.3.2 Mielenterveyspalveluiden viestinnän tilanne Lapissa vuosina 2018–2019

Mielenterveyspalveluiden viestinnällistä saavutettavuutta arvioitiin osahankkeen erillisellä viestintäkartoituksella. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2019a; 2019b.) Kartoituksessa viestintää tarkasteltiin palveluihin pääsyä edistävän, osallistavan tai tukevan viestinnän ja eri kohderyhmät huomioivien teemojen näkökulmista. Viestintää arvioitiin seuraavista lähtökohdista: asiakkaan ja läheisen tiedon hakemisen, matalan kynnyksen periaatteiden, linkkien

jatko-ohjautumisen, yhteystietojen löydettävyyden ja tavoitettavuuden, saavutettavuuden ja esteettömyyden, sosiaalisen median hyödyntämisen sekä viestintää tukevien viestintäohjelmien ja -strategioiden näkökulmasta.

Aineiston perusteella havaittiin, että apua hakeva henkilö voi joutua palveluiden ja hoitotahojen selvittelyviidaksoon, jossa on vaikea suoraan päätellä, mikä on oikea asiointi- ja yhteydenottopiste. Internetissä olevien tietojen jatkolinkitysten ajantasaisuudessa ilmeni huomattavia puutteita. Linkit ohjautuivat muuan muassa vanhoihin tietoihin ja esitteisiin. Palvelupolut internetissä olivat pitkiä ja useiden klikkausten takana erityisesti silloin, jos palveluun liittyi useita toimijoita. Esimerkiksi, jos palveluja hankittiin toiselta julkiselta organisaatiolta tai yksityiseltä palveluntuottajalta, vaikutti siltä, että viestinnälliset haasteet ”kertaantuivat”.

Kuntien verkkosivujen hakutoiminnot toimivat yleisillä mielenterveyteen liittyvillä hakusanoilla vaihtelevasti ja niiden hakutoiminnallisuuksissa oli puutteita. Sen sijaan eri internet-selaimien (esimerkiksi Google, Mozilla) sanahakuja käyttämällä palvelut löytyivät paremmin. Mielenterveyspalveluiden tietojen löytyminen Suomi.fi-palveluportaalista oli hyvin puutteellista yksittäisiä toimijoita lukuun ottamatta.

Viestinnällisesti matalan kynnyksen periaatteet eivät tulleet palvelukuvauksissa suurimmalla osalla toimijoista useinkaan esille. Myönteistä oli, että joidenkin toimijoiden ja kuntien mielenterveyspalvelujen kuvauksissa periaatteisiin oli selkeästi kiinnitetty huomiota. Nämä ilmenivät esimerkiksi siten, että mahdollisia mielenterveyteen ja mielen hyvinvointiin liittyviä haasteita oli tuotu esille monipuolisesti ja niitä kuvattiin selkeästi ja arkikielisesti. Lisäksi palvelukuvauksissa tuotiin esille palvelujen maksuttomuutta ja läheteettömyyttä sekä kannustettiin ottamaan yhteyttä erilaisissa arkeen liittyvissä haasteissa.

Internetsivuilla tapahtuva tiedottaminen yhteydenottomahdollisuuksista mielenterveyspalveluihin toteutui pääsääntöisesti ilmoittamalla puhelinnumero, johon tiettyinä kellonaikana soittamalla voi ottaa yhteyttä palveluihin. Päivystyksellisiä ja kiireellisiä tilanteita varten oli pääsääntöisesti ilmoitettu päivystysnumerot. Palveluista tiedottavilla internetsivuilla ilmeni jonkin verran toimijakohtaisia puutteita niiden löydettävyydessä ja tietojen ajantasaisuudessa.

Tietojen paikkansa pitävyyttä testattiin soittamalla yhteysnumeroihin sekä soittoaikana että soittoajan ulkopuolella. Kaikissa virka-aikaisissa numeroissa ei ollut puhelinvastaajaa tai nauhoitettua viestiä siitä, miten viestin yhteydenottoa varten voi jättää tai mihin akuutissa tilanteessa voisi ottaa yhteyttä. Soittoaikana soitettuihin vastaamattomiin puheluihin reagoitiin muutaman kerran soittamalla takaisin eli takaisinsoittokäytännöt olivat vaihtelevia. Monikanavaisia keinoja yhteydenottamiseen kellonajasta riippumatta oli käytössä vähän tai ei lainkaan tai niistä ei ollut tietoa internetsivuilla.

Lähes kaikkien toimijoiden internetsivut oli optimoitu mobiilikäyttöön. Käytössä ei kuitenkaan ollut keväällä 2019 yksittäisiä poikkeuksia huomioimatta ruudunlukuohjelmia ja sivustot sisälsivät runsaasti grafiikkaa.

Kartoituksen yhteydessä havaittiin, että sosiaalisen median välineitä (Facebook, Instagram, Twitter, Youtube) oli vaihtelevasti käytössä eri toimijoilla. Pääsääntöisesti kuntien ja kuntayhtymien sosiaalisen median kanavat olivat yleisen tiedottamisen tai matkailijoille kohdennetun tiedottamisen väyliä. Yksiköiden ja osastojen omia sosiaalisen median kanavia oli olemassa satunnaisesti, ja niitä käytettiin esimerkiksi henkilöstön rekrytointitarkoituksessa. Sosiaalisen median käyttö mielenterveyspalveluista tiedottamisessa oli vähäistä tai sitä ei tehty lainkaan julkisissa mielenterveyspalveluissa. Viestintäohjelmia ja -strategioita yleisellä tasolla palveluyksiköiden tai työntekijöiden viestintää tukemassa löytyi osalta toimijoista, ja niissä oli eri tavoin linjattu konkreettisia viestintätoimenpiteitä, ohjeita ja vastuita. Ohjelmien tarkkuustaso, sisältö ja painotukset olivat vaihtelevia. Yhtenä käytännön esimerkkinä löytyi Rovaniemen kaupungin viestintäohjelma sekä sosiaalisen median käytön linjaukset henkilöstölle (Rovaniemen kaupunki).

7.3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä Lapin mielenterveyspalveluiden tilasta

Vuonna 2019 toteutettuun webropol-kyselyyn saatiin vastauksia yhteensä 150:ltä eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta lähes kaikista Lapin kunnista (19/21). Suurin osa vastaajista teki potilas- ja asiakastyötä erilaisten ja eri-ikäisten asiakkaiden parissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Pienten kuntien vastaajien määrä jäi vähäiseksi, joten mahdollisen tunnistettavuuden vuoksi kyselyaineistoa käsiteltiin yhdistämällä vastauksia kunnittain seuraavasti: Tunturi-Lappi (Kittilän, Kolarin, Muonion ja Enontekiön ammattilaisten vastaukset), Pohjois-Lappi (Sodankylän, Inarin ja Utsjoen ammattilaisten vastaukset), Itä-Lappi (Kemijärven, Sallan, Savukosken, Pelkosenniemen ja Posion ammattilaisten vastaukset), Rovaniemen seutu (Rovaniemen ja Ranuan ammattilaisten vastaukset) ja Kemi-Tornio sekä Tornionlaakso (Kemin, Tornion, Ylitornion, Tervolan, Keminmaan, Pellon ja Simon ammattilaisten vastaukset). Alueet eivät tässä yhteydessä ole virallisia alue- tai seutukuntia.

Ammattilaisten näkemyksiä mielenterveyspalveluiden tilanteesta kerättiin kyselyssä väittämillä ja avovastauksilla. Kysymykset oli jaettu seuraaviin pääteemoihin: hoidon ja palveluiden saavutettavuus, hoidon ja palveluiden saatavuus, hoito- ja palveluketjujen toimivuus sekä ammattilaisten välisen yhteistyön toteutuminen ja potilaiden ja asiakkaiden osallisuuden toteutuminen.

Hoidon ja palveluiden saavutettavuutta tiedusteltiin kysymällä viivytyksetöntä hoitoon ja palveluihin pääsyä, esteettömyyttä eri väestöryhmien tarpeiden näkökulmista sekä kieleen ja kulttuuriin liittyvien asioiden huomioimista. Tulosten perusteella Lapin mielenterveyspalveluiden saavutettavuudessa on seutukuntakohtaisia eroja (Savelius-Koski 2019). Kaikista vastaajista noin kaksi kolmasosaa oli kuitenkin alueesta riippumatta sitä mieltä, että hoitoon pääsee lähes aina tai usein viivytyksettä. Viivytyksettömän palveluun pääsyn kriittisimmät arviot tulivat Rovaniemen seudun ammattilaisilta ja positiivisimmat arviot puolestaan Kemi-Tornion ja Tornionlaakson sekä Pohjois-Lapin ammattilaisilta.

Osa vastaajista oli kuvannut avovastauksissa tarkemmin oman organisaation näkökulmasta palveluiden saavutettavuuteen liittyviä erilaisia tekijöitä, joissa korostuivat aika, resursointi sekä erityistarpeiden huomioiminen. Vastauksissa tuotiin esille pitkiä jonotusaikoja, vastaanottoajan odottamista tai palveluiden tehostamisen tarvetta.

”Kalenteri on täynnä aina kuukauden eteenpäin. Tämä aiheuttaa odottamista asiakkaille.”

”Usein jonotusajat esim. mielenterveyspalveluihin (varsinkin esim. terapiaan tai nepsy-tutkimuksiin) ovat kohtuuttoman pitkät.”

”Työssäni näkyy se, ettei päihde- ja mielenterveysasiakkaat useinkaan saa mielenterveyspalveluja viivytyksettä.”

Vastauksissa oli nähtävissä myös vastapuhetta ajan ja resurssien puuttumiselle. Niissä tuotiin esille, että palveluja on kehitetty, jotta asiakkaat pääsevät nopeasti palveluihin. Toisaalta korostettiin yksittäisen työntekijän antamia joustoja asiakkaiden vastaanottamisessa.

”On kehitetty palveluita siihen suuntaan, että asiakkaat pääsevät nopeasti keskustelemaan työntekijän kanssa.”

”Omalta osaltani vastaan asiakkaiden tarpeisiin viivyttelämättä, usein liiankin nopeasti.”

Avovastauksissa ammattilaiset korostivat, että palveluihin päästäkseen asiakkaat kuitenkin jou-

tuivat odottamaan kohtuuttoman pitkiä aikoja. Asiakkaat pystyivät ilmoittamaan esimerkiksi puhelimitse tilanteestaan, mutta aikavarauksen saaminen työntekijälle kesti kauan. Tilanteen tuli olla aivan akuutti, jotta asiakas sai palvelua viivytyksettä.

”Hoitoon päästäkseen asiakkaan on mentävä mielenterveyspalveluiden vastaanotolle, ellei kyse ole akuutista tarpeesta/kriisistä.”

Mielenterveyspalvelujen esteettömyydessä, eri väestö-, kulttuuri- ja kieliryhmien tarpeisiin vastaamisessa ilmeni yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisen toteutumisen näkökulmasta puutteita. Tilojen esteettömyyttä korostettiin erityisesti pyörätuolilla liikkuvien asiakkaiden kohdalla.

”Pyörätuoliasiakkaan kanssa fyysisiä esteitä päästä meidän palvelujen äärelle.”

Myös kulttuurisensitiivisyys ja kieliasiat sekä syrjäseutujen erityiskysymykset ja palveluvalikoima vaativat pohdintaa. Kieleen ja kulttuuriin liittyviä palveluiden puutteita kuvattiin esimerkiksi saamenkielisten ja kulttuurisensitiivisten palvelujen puuttumisena.

”Saamenkielisiä perhetyön palveluita ei juurikaan ole.”

”Kieli ja kielenkäyttö vaikuttaa siihen, miten ihminen hahmottaa maailmaa ja minkälaisia kuvailemisen tapoja hänellä on. Kieli ja kulttuuri toimivat yhdessä. Näin ollen kieli vaikuttaa myös siihen, miten henkilö ymmärtää hänelle puhuttuja asioita. Omakielisten palveluiden tarpeellisuus johtuu siis siitä, että sellaiselle työntekijälle on vaivatonta kertoa esimerkiksi kivusta, särystä tai omasta elämäntilanteesta, joka ymmärtää omassa kielessä käytettyjen ilmaisujen sisällöt ja sanojen merkitykset.”

Kemi-Tornion ja Tornionlaakson ammattilaiset arvioivat muiden seutukuntien ammattilaisia myönteisemmin kykyä järjestää kaikille potilaille ja asiakkaille tarpeenmukaiset mielenterveyspalvelut asuinpaikasta riippumatta sekä myös kykyä järjestää kielen ja kulttuurin mukaiset mielenterveyspalvelut.

Hoidon ja palveluiden saatavuutta tiedusteltiin kysymällä mielenterveyspalvelujen ennaltaehkäisevien ja varhaisen puuttumisen toimien riittävydestä, hoidon ja palvelujen järjestämisestä matalan kynnyksen periaattein, erikoistason mielenterveyspalveluiden riittävästä saatavuudesta, asiakkaiden ja potilaiden palveluiden saamisesta yhdestä paikasta sekä monikanavaisten palveluiden hyödyntämisestä.

Ammattilaiset arvioivat mielenterveyspalvelujen ennaltaehkäisevät ja varhaisen puuttumisen toimet, mielenterveyden avopalvelut ja erikoistason mielenterveyspalvelut riittämättömiksi yhdenvertaisen toteutumisen näkökulmasta. Noin kolme neljäsosaa vastaajista oli sitä mieltä, että ennaltaehkäisevät ja varhaisen puuttumisen toimet eivät olleet riittäviä. Niiden sekä avopalveluiden riittävydestä oltiin huolissaan. Vastauksissa painottui se, ettei kaikille potilaille ja asiakkaille kyetä järjestämään tarpeenmukaisia mielenterveyspalveluja asuinpaikasta riippumatta. Kehittämistarvetta nähtiin perustason mielenterveystyön vahvistamiselle. Rovaniemen seudun alueen ammattilaisten näkemykset olivat kriittisempiä kuin muiden. Kriittisyys kohdistui mielenterveyspalveluiden ennaltaehkäiseviin ja varhaisen puuttumisen toimenpiteisiin, avopalveluiden riittävyyteen sekä matalan kynnyksen periaatteiden toteutumiseen.

Ammattilaisten vapaamuotoisissa vastauksissa korostui huolestuttavana seikkana se, että mielenterveyden palveluiden nähtiin kohdentuvan kuntoutujille, joiden toimijuus ja toimintakyky ovat sellaisella tasolla, että heillä riittää voimavaroja puolustaa itseään tai heillä on heidän asiaansa hoitava työntekijä tai omainen. Palveluiden ulkopuolelle ammattilaisten kuvailemana olivat jäämässä kaikkein huonovointisimmat ja uupuneimmat asiakkaat sekä ne asiakkaat, jotka eivät ole tietoisia palveluiden toimintakulttuurista. Nämä henkilöt eivät välttämättä kykene pal-

velujärjestelmän vaatimuksiin itsenäisestä asioimisesta, oman asiansa kertomisesta ja hoitoon sitoutumisesta sairautensa luonteen tai elämäntilanteensa vuoksi.

”Palveluita pitää kyetä vaatimaan, muuten ne jäävät saamatta.”

”Palveluja varmasti järjestyy kohtuullisesti niille, jotka osaavat itse hakeutua palvelujen piiriin ja vaatia tukea itselleen. Lasten osalta monen tuen tarpeisen vanhemmat eivät ole vaatimassa lapselleen tukea.”

”Hoidon saatavuus toteutuu, kun henkilöllä on puolestapuhuja mukana.”

Ammattilaisten vastausten mukaan mielenterveyspalveluiden asiointi- ja yhteydenottotavat näyttäytyivät kyselyn toteutuksen aikaan perinteisinä ja virka-aikaisina lukuun ottamatta päivystystä, kiireellisiä tilanteita sekä hoito- ja asumisyksiköiden toimintaa. Monikanavaisten ja sähköisten palveluiden käyttö ammattilaisten välillä sekä potilas- ja asiakastyössä oli vuoden 2019 kyselyn toteuttamisen aikaan vielä vähäistä.

Palveluiden saatavuuteen liittyvää riittämättömyyttä kuvattiin vähäisinä työntekijäresursseina, suurina asiakasmäärinä ja jonottavina asiakkaina. Lisäksi tuotiin esille palvelurakenteisiin, johtamiseen ja palvelutarjontaan liittyviä puutteita.

”Palvelut kunnassamme virka-aikaan sidottuja, ei pääse mihinkään, jos ei ole aikaa varattu ja korvaavaa työntekijää ei ole esimerkiksi lomien aikana.”

”Tarvitaan koordinoivaa johtamista. Ihmiset ovat kouluttautuneet hyvin omiin ammatteihinsa, mutta toimintaa ohjaa ajatus ”tämä ei minulle kuulu”.”

Vastapuhettakin palveluiden saatavuudelle esiintyi ja palveluita pidettiin riittävinä, mikäli asiakas niitä haluaa.

”Saatavuus on hyvä, usein asiakas ei halua palveluita!”

Hoito- ja palveluketjujen toimivuutta arvioitiin palveluiden oikea-aikaisuuden ja sujuvuuden näkökulmista. Hoito- ja palveluketjujen oikea-aikaisuuden arvioinnissa vastaukset jakaantuivat koko aineistossa suhteellisen tasaisesti myönteisiin ja kielteisiin. Myös vastaukset hoito- ja palveluketjujen sujuvuudesta ilman katkoksia tai työntekijöiden vaihtuvuudesta jakautuivat edellä mainitun kaltaisesti.

Alueellisessa vertailussa myönteisimmin hoito- ja palveluketjujen oikea-aikaisuutta arvioivat Kemi-Tornio sekä Tornionlaakson ja Tunturi-Lapin ammattilaiset. Kriittisimmin palveluiden oikea-aikaisuutta arvioivat Pohjois-Lapin ja Rovaniemen seudun ammattilaiset. Organisaation sisäisten hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta arvioitiin selkeästi myönteisemmin kuin hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta organisaation ulkopuolisten toimijoiden kanssa.

Mielenterveyspalveluiden kehittämistarpeita ja muutosajatuksia tuotiin avovastauksissa esille eri tavoin. Matalan kynnyksen toimintatapojen ja työmenetelmien kehittämistä heikoimmassa tilanteessa oleville henkilöille pidettiin tärkeänä ja ennaltaehkäisevän työn tärkeyttä ja resursointia korostettiin. Tässä yhteydessä osa vastaajista totesi, että palveluiden tulisi myös siirtyä asiakkaiden arkeen esimerkiksi erilaisilla kotiin vietävillä palveluilla ja pois virallisista organisaatioista.

Mielenterveyden palveluihin koettiin edelleen liittyvän leimaavuutta ja näkemys siitä, että mielenterveyden haasteiden kanssa elävät ihmiset eivät halua tulla yhdistetyiksi palveluihin. Tähän liittyi toive tiedottamisesta mielenterveysongelmien leimaavuuden ja tabuluonteisuuden rikkomiseksi. Ammattilaiset toivoivat tulevaisuudessa myös rakenteellisen työn edistämistä sekä organisaatioiden välisen vuorovaikutuksen lisäämistä.

Asiakkaiden osallisuuden mahdollisuuksia tiedusteltiin kysymällä yksilöllisten tarpeiden, voimavarojen ja vahvuuksien ja elämäntilanteen huomioimisesta sekä lähiyhteisön ja omaisten tukemisesta hoidossa ja palveluissa. Lisäksi asiakkaiden osallisuutta tiedusteltiin kysymällä monikanavaisten palvelujen tarjoamisesta, palveluiden kehittämiseen osallistumisen, palautteen antamisen ja osallistavan dokumentoinnin mahdollistamisesta sekä kokemusasiantuntijatoiminnan ja vertaistuen piiriin ohjaamisesta.

Suuri osa kaikista kyselyyn vastaajista oli sitä mieltä, että kokonaisuudessaan potilaan tai asiakkaan voimavarat kartoitetaan, vahvuuksia ja voimavaroja tuetaan sekä elämäntilanne huomioidaan aina tai usein hoidon tai palveluiden aikana. Alueellisia suuria eroja ei tullut esille. Kemi-Tornion ja Tornionlaakson alueella ammattilaisten arviot olivat hieman positiivisempia kuin muilla alueilla.

”Asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa ja palveluihinsa.”

Lähiyhteisön tarvitsema tuki ei erityisesti tullut esille vastauksissa. Avovastauksista ilmeni, että toisinaan asiakas toivoo, ettei lähiyhteisöä oteta lainkaan mukaan, jolloin asiakkaan toivetta kuullaan. Kaikilla asiakkailla ei välttämättä myöskään ole lähiomaisia tai muuta läheisverkostoa, joita tukea. Tietyissä palveluissa, kuten yksilöpsykoterapiassa, sisältöön ei kuulu lähiyhteisön tukeminen. Suurin osa vastaajista kuitenkin ilmoitti tukevuksensa asiakkaita sosiaaliseen kanssakäyntiin eri tavoin. Sosiaaliseen kanssakäyntiin tukeminen ei heijastunut suoraan vastauksiin vertaistuen piiriin systemaattisesti ohjaamisesta. Vertaistukeen ohjaamiselle esteeksi nähtiin pitkät välimatkat sekä tiedon puute konkreettisesta toiminnasta.

”Henkilökohtaista vertaistukea saatavilla vähän kunnissa.”

Palautteen antamisen mahdollisuuksia palveluiden kehittämiseksi kuvattiin eri tavoin sekä aktiivisina että passiivisina palautekanavina. Useat avovastauksen antaneista totesivat, että heidän yksikössään palaute annetaan tai sitä pyydetään aktiivisesti asiakastapaamisen yhteydessä. Joissakin yksiköissä palautetta kysyttiin työntekijöiden toimesta, mutta toisaalta oletettiin, että asiakas oma-aloitteisesti kertoo palautteensa työntekijälle, jos jotain kerrottavaa ilmenee. Monessa yksikössä oli käytössä perinteinen fyysinen palautelaatikko, jonne voi jättää palautelapun. Yksiköstä riippuen palautteen annon aikaväli vaihteli. Palautetta hyödynnettiin toiminnan kehittämiseksi työyhteisössä ja esimerkiksi työskentelytapoja muutettiin palautteen perusteella silloin, jos palautteen keruu oli systemaattista.

Kokemusasiantuntijoita ja kehittäjäasiakkaita oli konkreettisella tavalla mukana palvelu- tai työskentelytilanteissa vielä suhteellisen vähän. Kokemustoimijat olivat osallistuneet yksittäisiin asiakas- ja ryhmätilanteisiin, pitäneet puheenvuoroja tilaisuuksissa ja olleet jonkin verran mukana suunnittelussa. Yksittäiset vastaajat eivät tienneet lainkaan, mitä on kehittäjä- tai kokemusasiantuntijatoiminta.

Kokemustoiminnan vahvistamista pidettiin tärkeänä. Osa vastaajista toivoi, että kokemusasiantuntijat ja kehittäjäasiakkaat tulisi ottaa mukaan osaksi työn arkea sen sijaan, että he olisivat pelkästään tilaisuuksissa esiintymässä. Moni vastaajista ilmaisi toiveensa tehdä yhteistyötä kokemusosaajien kanssa ja haluaisi ottaa kokemusosaajat mukaan kehittämistyöhön ja hankkeiden suunnittelutyöhön.

Kokemusasiantuntijoiden ja kehittäjäasiakkaiden arvo korostui avovastauksissa. Vastaajat olivat sitä mieltä, että kokemustoimintaa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Erityisesti sosiaalialan ammattilaisten vastauksissa kokemustoimijuus asiakkaiden osallisuuden muotona tuli esille. Kokemusasiantuntijoiden ja kehittäjäasiakkaiden osallistumisen mahdollistaminen osana hoitoa tai palveluja oli vielä vähäistä jokaisen seutukunnan alueella.

7.3.4 Mielenterveyspalveluiden käyttäjien ja läheisten näkemyksiä palveluista

Koronapandemian alun ajankohtaan toteutettu Ota kantaa -kysely kesä-lokakuun 2020 välisenä aikana tuotti tietoa palveluiden tilanteesta mielenterveyspalveluiden käyttäjien ja läheisten näkökulmasta. Vastauksia saatiin Lapista 99 henkilöltä, ja vastaajina oli sekä palveluissa olevia henkilöitä että heidän läheisiään. Mielenterveyspalveluiden käyttäjinä kyselyyn vastasi 65 henkilöä ja mielenterveyspalveluiden käyttäjien läheisinä kyselyyn vastasi 34 henkilöä. Mielenterveyspalveluiden käyttäjinä vastanneet olivat iältään 17–66-vuotiaita. Läheisinä vastanneet olivat iältään 23–71-vuotiaita, ja heidän mielenterveyspalveluita käyttäneet läheisensä olivat iältään 12–69-vuotiaita.

Koronapandemiasta johtuvat poikkeusolot ja niiden vaikutus mielenterveyspalveluiden saamiseen tulivat esille eri tavoin ja vastaajat kuvasivat kokemuksiaan avovastauksilla. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista ilmoitti koronan vaikuttaneen palveluiden saamiseen, ja tilanteita kuvattiin esimerkiksi aikojen peruuntumisena, etätapaamisten lisääntymisenä ja palveluihin pääsyn vaikeutumisena.

”Hoidon saamisesta on sanottu suoraan, ettei aikoja ole saatavilla, ja olisi syytä hakeutua muiden palveluiden piiriin.”

Erityisesti kasvokkain tapahtuvien kohtaamisten vaihtuminen etätapaamisiksi koettiin enimmäkseen negatiivisena. Vastausten perusteella ihmiset kaipasivat perinteistä kasvokkain tapahtuvaa keskustelua, eikä etätapaamisten koettu korvaavan riittävässä määrin fyysistä tapaamista. Oman tai läheisen hoidon jatkumista pandemiatilanteessa koskeviin suunnitelmiin suhtauduttiin sekä myönteisesti että kielteisesti.

”Hoidot etänä ja vaikeita. Helpompaa siirtää tapaamisia.”

Tulevaisuutta koskevissa kommentteissa korostui enemmän usko siihen, että etäpalvelut tulevat lisääntymään koronan päätyttyä ja että palveluihin pääsy tulee vaikeutumaan. Koronan koettiin lisäävän palvelutarvetta, koska jonot ja jonotusprosessit pitenevät ja avun tarvitsijat lisääntyvät. Tulevaisuuden mielenterveyspalveluiden resursseista oltiin huolissaan, koska hoitoon ja terapiaan pääsemisessä koettiin olleen haasteita jo ennen koronapandemiaa.

”Pääsy hoitoon oli jo ennen koronaa erittäin vaikeaa. Jonot terapiaan nyt ovat vuoden mittaisia. Korona on jonojen liikkuvuuden hidastamisen lisäksi luonut lisää apua tarvitsevia. Tilanne näyttää toivottomalta terapiaa tarvitseville ja tiedän monia, jotka eivät edes hakeudu hoitoon, koska eivät usko sinne koskaan pääsevänsä. Mielenterveyspalveluiden resurssit eivät ole riittävät koronasta selviämiseen, sillä eiväthän ne olleet riittävät ennen koronaakaan. Mielenterveyspalvelut eivät tule pystymään vastaamaan tulevaisuuden kysyntään. Etäyhteyksien hyödyntämistä tulee osa palveluiden perustarjontaa ja tällä pystytään paikkaamaan hieman lisääntynyttä kysyntää.”

Vaikka vastauksissa korostuivat kielteiset kokemukset, niin joukossa oli myös yksittäisiä myönteisiä näkemyksiä palveluiden saamisesta.

”Toivon, että ei vaikuttaisi mitenkään. Olen saanut hyvää palvelua, enkä halua sen huononevan.”

”Ei ole vaikuttanut. Meillä kävi tuuri, kun lapseni sai kauan odottamansa psykoterapian alkuun.”

Tiedusteltaessa hoidon ja avun saamisen helppoudesta korostuivat vastaajien kielteiset näkemykset. Vastauksissa toistui useasti mielenterveyspalveluiden tietojen löytämisen haasteet, jär-

jestelmän kuormittavuus ja ajan varaamisen vaikeus. Palvelujärjestelmä koettiin sirpaloituneena ja vaikeaselkoisena. Useimmat kokivat, että hoito ei ole ollut jatkuvaa, vaan hoitavat tahot ja työntekijät olivat vaihdelleet todella usein. Tämän koettiin vähentävän motivaatiota ja luottamusta sekä halua hakeutua aktiivisesti hoitoon, mikä kuormitti jo ennestään vaikeaa tilannetta esimerkiksi masentuneena ja voimattomana.

”Palvelujärjestelmä on joustamaton, akuutisti sairaalahoitoa tarvitseva lapsi joutuu järjestelmässä perheineen kauhean riepottelun kohteeksi; asioita hoitaa kuka pystyy ja ehtii, jatkuvuutta ei ole, vanhemmat joutuvat puolustuslinjalle tuen saannin sijaan...”

”Omallalla kohdalla tilanne on edennyt siihen, etten enää ota yhteyttä koska apua ei saa ja sen hakeminen kuormittaa vain lisää...”

Koronaan liittyvien kokemusten ja koronapandemian vaikutusten lisäksi Ota kantaa -kyselyssä tiedusteltiin mielenterveyspalveluja koskevien tietojen löydettävyydestä. Tietojen löytämistä palveluista sekä palveluihin pääsyä koskevat arviot olivat negatiivisia. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että tietojen löytäminen ei ole ollut helppoa. Tietoa tarvittiin eniten siitä, mistä voi hakea apua ja mihin voi ottaa yhteyttä sen saamiseksi. Seuraavaksi eniten tietoa haettiin ja tarvittiin mielenterveyden häiriöihin liittyvistä oireista ja niiden arvioinnista. Tietoa haluttiin myös vertaistuesta ja kokemusasiantuntijoista.

”Netissä on vanhoja tietoja. Ainakin keväällä oli. Löysin sieltä tiedotteen ja numeron. Soitin siihen ja kukaan ei vastannut. Jouduin soittamaan terveyskeskukseen. Sieltä annettiin seuraava puhelinnumero, joka kertoi, ettei tiedotteen tiimiä tms. ole enää olemassa ja annettiin kolmas numero. Oli todella raskasta soittaa siinä tilassa ja lopulta puhuin neljän eri ihmisen kanssa asiasta. Lopulta itkin, kun annettiin taas jotain ohjetta ja sitten sanoin, että en jaksa enää pompottelua...”

Palveluiden käyttäjien kokemukset osallisuudesta omassa hoidossa ja palveluissa kuulluksi tulemisesta olivat pääosin myönteisiä. Oman työntekijän tavoittamista arvioitiin myönteisemmin kuin yleisesti palveluiden piiriin pääsemistä. Kokemukset vertaistuen piiriin ohjaamisesta, kokemusasiantuntijan tapaamisesta sekä hoidon tai kuntouksen tarjoamisesta samankaltaisessa tilanteessa olivat vähäisiä. Vähäisiä olivat myös kokemukset siitä, että palautetta hoidosta ja palveluista olisi kysytty. Omaisten ja läheisten tuen tarvetta ei vastausten perusteella huomioida riittävästi.

”Kunnassa ei myöskään ei ole mielenterveyspotilaiden (vertaistuki)ryhmiä tai kokemusasiantuntijoiden palveluita, enkä saanut itselle tietoa voinko niihin osallistua etänä, vaikka kerroin olevani kiinnostunut ryhmätoiminnasta.”

”Omaiset ja läheiset jätetään ulkopuolelle. Ei hyödynnetä heidän tietämystään läheisestään. Itse pitää kaikki asiat kysyä ja vaatia. Pitäisi ymmärtää miten järjestelmä toimii, ei ole oikein vaatia sitä asiakkaalta tai hänen läheisiltään.”

Muutamissa vastauksissa korostui arvostus henkilökuntaa ja ammattilaisia kohtaan. Vastaajat toivat esille, että mielenterveyden resursseja pitäisi lisätä tuntuvasti ja myös henkilöstöä pitäisi tukea eri tavoin. Työntekijöiden huolelliseen perehdyttämiseen ja työhyvinvointiin toivottiin kiinnitettävän huomioita. Lisäksi toiveita esitettiin mielenterveyspalveluiden organisaatioiden rakenteen ja sisäisten palveluiden ketjutuksen selkeyttämiseksi.

7.3.5 Mielenterveyspalveluiden vastuuhenkilöiden näkemyksiä nykytilanteesta

Ennaltaehkäisevät mielenterveyspalvelut sekä toiminta- ja työskentelymallit Lapin kunnissa näyttäytyivät syksyllä 2020 vastuuhenkilöiden kuvaamina erilaisina ja vaihtelevina. Ennaltaehkäisevinä mielenterveystyön toimintoina kuvattiin erilaisia matalan kynnyksen toimintoja ja yhteistyörakenteita.

”Mielenterveystyön asiantuntijan luennot kuntoutuksen työtoiminnan starttikursseilla, matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut ilman lähetettä, matalan kynnyksen yhteistyö terveyskeskuksen ja vuodeosaston kanssa, mielenterveyskuntoutujien päivätoiminta, mielenterveyden ensiapukursseja kansalaisopistossa, voimavaravalmennus-ryhmät, movendos-etäkuntoutus-ohjelma, mielenterveysviikon tapahtumat kuntalaisille. Arjen hallinnan oppitunnit 9-luokkalaisille ja lukion 3. vuosikurssille.”

”Tehdään yhteistyötä sosiaalihuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä (säännölliset kollegatapaamiset MiePä-tiimin ja sosiaalityön välillä).”

Vastuuhenkilöt olivat eniten huolissaan eri ikäisistä yksinäisistä henkilöistä ja perheistä, jotka eivät ole minkään palvelun piirissä ja joilla ongelmat pääsevät pitkittymään ja pahenemaan huomaamatta. Lisäksi huolissaan oltiin henkilöistä, jotka eivät sitoudu palveluihin. Ennaltaehkäisevien mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle jäämisen syitä kuvattiin eri tavoin esimerkiksi henkilöiden voimavarojen puuttumisena, häpeän ja leimaantumisen pelkona sekä palveluiden tarpeen tunnistamattomuutena.

”Syrjäytymisvaarassa olevat ja jo syrjäytyneet henkilöt, joilla ei välttämättä ole kontaktia sosiaali- ja terveydenhuoltoon, eivätkä itse osaa tai rohkene hakea apua.”

”Perheet, joissa ongelmat piilotetaan muilta, ja siksi vaikea huomata ajoissa avun tarve.”

Huolissaan oltiin myös henkilöistä, jotka turvautuvat sosiaaliseen verkostoonsa haasteiden lisääntyessäkin eivätkä hakeudu palveluihin.

”Laajan sosiaalisen verkoston omaavat turvautuvat verkostoonsa ja asiat voivat edetä pitkälle ennen avun piiriin hakeutumista.”

Asiakasosallisuuden toteutumista oman organisaation toiminnassa tiedusteltiin vastuuhenkilöiltä kysymällä mahdollisuudesta osallistua itseä koskevien arviointien tekemiseen, palautteen antamiseen ja kokemukselliseen toimintaan sekä vertaistuesta tiedottamisesta. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua itseään koskevien arviointien tekemiseen omassa hoito- ja palveluprosessissaan. Myös palautteen antamista pidettiin helppona. Palautteen pyytämisen systemaattisuuteen liittyvissä vastauksissa hajontaa oli paljon, joten eroja toimijoiden välillä on paljon. Asiakasosallisuutta tukevia käytännön toimintamuotoja, kuten kehittäjäasiakaskahvila- tai -raatitoimintaa, toteutettiin vastausten perusteella vielä vähän ja yksittäisillä toimijoilla sitä ei ollut lainkaan.

Kokemustoimintaan osallistumisen erilaisia mahdollisuuksia omassa kunnassa tai organisaatiossa ilmeni vastausten perusteella olevan satunnaisesti. Kokemustoiminnan vähäisyyteen olivat vaikuttaneet kyselyn ajankohtana voimassa olleet koronarajoitukset. Tämän lisäksi vähäisyyteen koettiin vaikuttavan aihepiirin tärkeyden ymmärtämättömyys sekä pätevien työntekijöiden jatkuva pula ja vaihtuvuus, joka vaikuttaa toiminnan ja kokemustoimintaa tukevien käytäntöjen kehittämiseen. Kokemustoimijoiden vastaanottotoimintaa paikallisesti oli käytössä vähän tai ei lainkaan ja esimerkiksi ammattilaisilla oli vaihtelevat mahdollisuudet pyytää kokemusasian-

tuntijaa työpariksi. Pieni osa vastaajista ilmoitti maksavansa kokemustoimijoille palkkioita. Vastaajien arvion mukaan toiminnasta tiedotettiin paikallisesti ja alueellisesti satunnaisesti, mutta kuitenkin enemmän kuin valtakunnallisesti tarjolla olevista toimintamahdollisuuksista. Vertais-tuen ja järjestötoiminnan mahdollisuuksista tiedottaminen tuli esille enemmän systemaattisena toimintana.

Mielenterveyspalveluiden saatavuutta tiedusteltiin vastuuhenkilöiltä kysymällä avun saamisesta, ensitapaamisen jälkeen tehtävästä hoidon- ja palvelutarpeen arvioinnista sekä niiden jälkeen toteutettavien toimenpiteiden ja palveluiden alkamisesta. Vastauksissa korostui lakisääteisten määräaikojen noudattaminen palveluissa. Akuutteihin tilanteisiin avun sai saman päivän aikana tai vuorokauden sisällä. Ei kiireellisissä tilanteissa apua sai vastausten perusteella yhdestä päivästä kahteen viikkoon vaihteluvälillä. Hoidon- tai palvelutarpeen arvioinnit sekä konkreettinen apu ensitapaamisten jälkeen aloitettiin tilanteesta riippuen yhdestä päivästä neljään viikkoon vaihteluvälillä.

Mielenterveyspalvelujen saavutettavuutta tiedusteltiin kysymällä palvelutietojen löytämisestä, tiedottamisesta eri väestöryhmien tarpeet huomioiden, monikanavaisista palveluista sekä yhteyden saamisesta palveluihin. Vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, että tiedot mielenterveyspalveluista löytyvät helposti ja yhteyden mielenterveyspalveluihin saa nopeasti sekä ajanvarauksen työntekijälle viivytyksettä. Suurin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että palveluja saa monikanavaisesti paikan päälle tulemalla, soittamalla, tekstiviestillä ja etätapaamisena toimistoaikoina. Myös ilta- ja viikonloppuaikoja oli saatavilla päivystystilanteissa. Yhdellä organisaatiolla oli käytössään iltavastaanotto yhtenä arki-iltana. Kieleen ja kulttuuriin liittyviä erityistarpeita pyritään huomioimaan tulkkipalveluita käyttämällä ja hankkimalla palvelua esimerkiksi Norjan puolelta saamenkielisille asiakkaille.

Mielenterveystyön yhteistyökäytännöistä tiedusteltiin kysymällä moniammatillisesta ja monitoimijaisesta yhteistyöstä, suunnitelmallisesta työskentelystä sekä asiakkaan saamasta tuesta hoidon ja palveluiden nivelkohdissa. Vastuuhenkilöiden näkemysten mukaan monitoimijainen eri tahojen kanssa tehtävä yhteistyö oli sujuvaa. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että eri toimijoiden ja ammattilaisten vastuualueet ovat selvät ja moniammatillinen yhteistyö on selkeästi koordinoitua. Näkemykset mielenterveystyön johtamisesta vaihtelivat sekä positiivisiin että negatiivisiin mielipiteisiin.

Suurin osa arvioi, että johtaminen toteutui oman organisaation sisällä sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Mielenterveystyön johtamiskäytännöissä eri organisaatioissa todettiin olevan eroja. Yhteistyön toimivuutta, seurantaa ja arviointia kuvattiin eritasoisina paikallisina ja alueellisina yhteistyötapaamisina, mutta myös kriittisiä näkemyksiä tuli esille.

”Ei mitenkään, jokainen hyseraa omassa kunnassaan, miten lystää.”

Vastuuhenkilöiden näkemykset erosivat, kun kysyttiin asiakkaan saamaa riittävää tukea hoidon ja palveluiden nivelkohdissa sekä mahdollisessa odotusvaiheessa. Hieman alle puolet vastaajista ei osannut sanoa, onko tuki asiakkaille tässä vaiheessa riittävää. Kuitenkin suurin osa ilmoitti, että työskentely asiakkaan kanssa perustuu suunnitelmallisuuteen ja asiakkaalle olisi helppo määrittää vastuutyöntekijä tai omatyöntekijä.

Palvelutarpeista tietojen keräämistä tehtiin eri tavoin, ja niitä kerättiin suurimmaksi osaksi sekä asiakas- että potilastietojärjestelmistä. Muutamat vastaajat ilmoittivat, ettei tietoa kerätä lainkaan ja yksi vastaaja ilmoitti, ettei tietoa ole saatavilla. Järjestelmien lisäksi tietoa kerättiin asiakastytyväsyysskyselyillä sekä yhteistyökumppaneilta. Palvelutarvetta kuvaavina indikaattoreina seurattiin kaikkein eniten käyntimääriä. Yksittäiset vastaajat ilmoittivat käytettävän seuraavia indikaattoreita: hoidon tarpeen arvioinnit, palvelutarpeen arvioinnit, hoitosuunnitelmat, asiakassuunnitelmat, kuntoutussuunnitelmat, kuntoutusetuustilastot (Kela), lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen päätökset, osastojen ja asumisyksiköiden käyttöaste sekä jonotusajat.

Avovastauksissa todettiin sekä myönteisiä että kielteisiä asioita palvelutarpeen seurantaan liittyen. Pienemmissä yksiköissä asioihin ja tarpeisiin puututtiin heti ja pyrittiin reagoimaan ketterästi. Toisaalta todettiin myös, ettei kunnassa ole seuranta- ja arviointikäytäntöjä ja että mielenterveystyöhön tarvittaisiin strategia, menetelmät ja mittarit toiminnan arvioimiseksi.

Koronapandemian vaikutuksia palveluihin kuvattiin konkreettisesti etävastaanottojen lisääntymisenä. Asiakkaiden palvelutarpeiden arvioitiin tulevaisuudessa lisääntyvän, toisaalta käyntejä oli kyselyn teon aikaan myös runsaasti peruttu, joten tarve oli väliaikaisesti vähentynyt. Ryhmätoimintojen perumisella arvioitiin olevan merkittäviä vaikutuksia esimerkiksi sosiaalisessa kuntoutuksessa olleille henkilöille. Palveluiden ”sulkeminen” oli saanut aikaan muun muassa päihde- ja mielenterveysongelmien ja -oireiden lisääntymistä sekä kotiin linnoittautumista. Pelkät puhelinkeskustelut koettiin liian ohuina palveluina näille asiakkaille. Palvelusulun seurauksien kanssa arvioitiin vielä tehtävän pitkään työtä. Etäpalveluja ei pidetty tietyille asiakasryhmille kovin toimivina, koska aito vuorovaikutus jää puuttumaan. Lisääntyvän etätyön ja erilaisten työtapojen nähtiin tuovan myös uusia mahdollisuuksia lähikontaktityön rinnalle.

7.3.6 Yhteenveto

Posken kehittämistyön aikana kerätyt aineistot toivat eri näkökulmia Lapin mielenterveyspalveluiden tilanteesta vuosien 2018–2020 välisenä aikana. Aineistot tuotettiin tiettyyn kehittämistehtävän tarkoitukseen, joten ne eivät ole keskenään tasa-arvoisia, vaikka niihin sisällytettiin samantyyppisiä kysymyksiä ja teemoja. Tästä huolimatta ne toivat esiin erilaisia näkökulmia palveluiden tilanteesta sekä kehittämistarpeita. Osa aineistosta ehdittiin kerätä ennen koronapandemiaa ja osa pandemian aikana.

Nykyisiä ja tulevaisuuden palveluita kehittäessä huomiota kannattaa kiinnittää siihen, toteutuuko palveluista viestiminen saavutettavasti ja esteettömästi. Avun hakeminen ja yhteys palveluihin alkaa useimmiten tiedonhaulla palveluista ja siitä, mihin voi ottaa yhteyttä. Parhaimmillaan tätä voidaan vahvistaa selkeällä ja monipuolisella eri tavoin tapahtuvalla viestinnällä, jossa huomioidaan eri palveluiden käyttäjien tarpeet. Kirjoitettu teksti voi olla apua hakevalla ensimmäisen kohtaamisen muoto. Viestinnällä voidaan luoda luottamusta, madaltaa kynnystä ottaa yhteyttä ja vähentää mielenterveysongelmien stigmaa esimerkiksi huomioimalla palvelukuvauksiin kynnysettömyyden periaatteita.

Monikanavaisten yhteydenottokanavien ja työkäytäntöjen sisällöllistä kehittämistä on syytä edelleen jatkaa. Mahdollisuus ottaa eri tavoin yhteyttä omassa asiassa kelloajasta riippumatta voi jo pelkästään tuoda tunteen siitä, että apua on helpommin saatavilla. Tämä voi tapahtua esimerkiksi mahdollisuutena jättää yhteydenottopyyntö eri tavoin ja tietona siitä, että ammattilainen ottaa asiassa yhteyttä.

Palveluiden saatavuuden osalta aineistot nostivat esille seutukuntakohtaisia eroja. Saatavuuteen vaikuttivat luonnollisesti henkilöstöresurssit, käytävissä oleva aika, erityistarpeiden huomiointi sekä kieleen ja kulttuuriin liittyvät asiat. Ammattilaisten näkemyksissä nousi esille jo ennen koronapandemiaa, että mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle ovat jäämässä ne henkilöt, joiden voimavarat ja toimintakyky eivät riitä palveluiden vaatimiseen ja joilla ei ole läheistä henkilöä, joka olisi avun saantia varmistamassa. Edellä mainitut asiat tulivat esille palveluiden käyttäjien tai heidän läheistensä kokemuksissa avun saamisen vaikeutena ja palvelujärjestelmän sirpaleisuutena, joita kuvattiin esimerkiksi työntekijöiden ja hoitotahojen vaihtumisena sekä tiedonkulun puutteina.

Hoito- ja palveluketjujen toimivuuden näkökulmasta oman organisaation sisäisiä ketjuja arvioitiin myönteisemmin kuin muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Palvelutarvetta ku-

vaavien indikaattoreiden laajempi hyödyntäminen mielenterveyspalveluiden kehittämisen ja ennakkoinnin näkökulmasta vaikutti vastausten perusteella vähäiseltä. Vastaajat kuvasivat käyttävänsä eri indikaattoreita suhteellisen niukasti tai tietoa hyödynnettiin pelkästään oman toimintayksikön ja –organisaation tarpeiden näkökulmasta.

Ennaltaehkäisevien työ- ja toimintatapojen, varhaisen puuttumisen toimintamallien sekä palveluiden rakenteiden kehittämiseen toivottiin lisää resursseja. Koronapandemian aikana kerätyissä palveluiden käyttäjien ja vastuuhenkilöiden aineistoissa tuli esille yhteisenä tulevaisuuden huolenä se, että apua tarvitsevien määrä kasvaa ja tämä tulee heijastumaan lisääntyvänä mielenterveyspalveluiden tarpeena pandemian pitkittyessä.

Eri aineistojen perusteella asiakkaiden osallisuutta vahvistavia elementtejä on vielä suhteellisen vähän systemaattisesti tarjolla. Asian tärkeys tulee kuitenkin esille kaikissa aineistoissa ja asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen koetaan tärkeäksi kehittämisen kohteeksi. Parhaiten osallisuus toteutuu asiakkaiden ja potilaiden omissa palveluprosesseissa esimerkiksi voimavarojen kartoittamisena ja lähiyhteisön huomioimisena. Tämä heijastui myös yhteyden säilymisessä palveluihin työntekijäkontaktin kautta sekä näissä tilanteissa hoidon ja palveluiden saamisen sujuvuutena.

Palveluiden kehittämistä mahdollistavassa osallisuudessa ilmenee hajanaisuutta. Esimerkiksi kehittäjäasiakastoiminnan tai kokemusasiatuntijuuden toimintamuotoja toteutuu Lapissa eri tavoin. Asiakkaiden osallisuutta mahdollistavat toimintatavat kaipaavat vahvistamista eri tavoin esimerkiksi toimivilla rakenteilla ja kiinnittämällä huomioita osaamiseen. Osallisuutta vahvistavia rakenteita, palveluja ja ammattilaisten osaamista tulee vahvistaa (Hiltula 2021, 35–36). Vertaistuen piiriin ohjaamiseen paikallisesti, alueellisesti sekä valtakunnallisesti tulee kiinnittää systemaattisesti huomiota muun muassa tiedottamisen ja aktiivisen markkinoinnin näkökulmasta.

Toipumisorientaation mukaisten toimintamallien käytännön toimien edellytyksinä ovat toipumisorientoitunut toimintafilosofia ja yhteinen arvopohja, joille toimintakäytännöt voivat rakentua. ”Periaatteiden juurtuminen osaksi organisaatiokulttuuria, organisaation tai työpaikan tukirakenteita mahdollistaa niiden mukaisen toiminnan ja työnteon. Palvelujärjestelmän kehittäminen toipumisorientoituneeseen suuntaan edellyttää huomion kiinnittämistä osallisuuden toteutumiseen ja sen edistämiseen. Laajapohjaisen osallisuuden mahdollistaminen sisältäen asiakas-, läheis- ja työntekijäosallisuuden on edellytyksenä toipumisorientoituneiden palvelujen järjestämiselle ja niiden implementaatiolle.” (Martin & Nordling 2021, 100). Osa toipumisorientaation mukaisista toimintamalleista Lapissakin jo toteutuu, mutta laaja-alaista ja eri tasot huomioon ottavien rakenteiden ja käytännön toimenpiteiden kehittämistä on syytä pitkäjänteisesti jatkaa.

Lähteet

Hiltula, Maija 2021: *Sosiaali- ja terveysalan monialaiset osaamistarpeet Lapissa. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 45. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Rovaniemi.* [https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut asiakirjat%2FTuotantoympäristön tiedostomateriaali%2Fekollega%2FJulkaisut%2FJulkaisut%2FJulkaisu_45%2Epdf&parent=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut asiakirjat%2FTuotantoympäristön tiedostomateriaali%2Fekollega%2FJulkaisut%2FJulkaisut&p=true](https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut%20asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoympariston%20tiedostomateriaali%2Fekollega%2FJulkaisut%2FJulkaisut%2FJulkaisu_45%2Epdf&parent=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoympariston%20tiedostomateriaali%2Fekollega%2FJulkaisut%2FJulkaisut&p=true). Viitattu 15.8.2021.

Martin, Marjatta & Nordling, Esa 2021: *Toipumisorientaation toimintamallien implementoinnin edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet.* Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 21/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 100–102.* <https://www.julkari.fi/handle/10024/143364>. Viitattu 15.8.2021.

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: Mielenterveystyö uudistuu – toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 40. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140792>. Viitattu 15.8.2021.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2019a: Mielenterveyspalveluiden viestintä Lapissa. Julkaisematon.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2019b: Viestintäkartoituksen toimijakortit 2019. Julkaisematon.

Savelius-Koski, Eija 2019: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä Lapin mielenterveyspalveluiden tilasta. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Julkaisematon.

Rovaniemen kaupunki n.d.: Rovaniemen kaupungin viestintäohjelma 2019–2020. <https://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=246e4db4-5a73-4862-8142-874738f5e8b9>. Viitattu 15.8.2021.

Rovaniemen kaupunki n.d.: Sosiaalisen median linjaukset henkilöstölle: Näin toimit somessa oikein! <https://docplayer.fi/71655382-Sosiaalisen-median-linjaukset-henkilostolle.html>. Viitattu 25.8.2021.

8 COVID-19-PANDEMIAN KOETUT VAIKUTUKSET

8.1 Järjestöjen tavoittamien ihmisten kokemuksia koronaepidemian vaikutuksista hyvinvointiin poikkeustilan alkuvaiheessa

Päivi Rissanen, Alix Helfer ja Sari Jurvansuu

8.1.1 Koronaepidemia herätti huolta riskiryhmien hyvinvoinnista

Tutkimuksessa tarkastelemme sosiaali- ja terveysjärjestöjen tavoittamien ihmisten kokemuksia koronaepidemian vaikutuksista heidän hyvinvointiinsa ensimmäisen korona-aallon aikana eli keväällä 2020. Koronaepidemiasta on tullut yksi aikamme suurimmista terveydenhuollon kriiseistä, ja siihen liittyvät liikkumis- ja kokoontumisrajoitukset ovat vaikuttaneet arkielämäämme monin tavoin (Lades ym. 2020). Suomessa hallitus julisti viruksen leviämisen hallitsemiseksi poikkeustilan, jonka myötä 17.3.2020 asetetulla valmiuslailla kiellettiin yli 10 henkilön tilaisuudet, rajoitettiin rajaliikennettä, säädettiin vierailuista hoitolaitoksissa ja sairaaloissa, siirrettiin koulut etäopetukseen, velvoitettiin yli 70-vuotiaita pidättäytymään fyysisistä kontakteista ja suljettiin julkisia paikkoja, kuten kirjastoja, nuoriso- ja liikuntatiloja sekä museoita. Poikkeustila kesti kolme kuukautta. Kokoontumisrajoituksia poistettiin 1.6.2020 ja valmiuslain käytöstä luovuttiin kesäkuun puolivälissä.

Kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen mukaan rajoitustoimien ennakointiin lisäävän tunnehäiriöitä, masennusta, stressiä, ärtyneisyyttä, unettomuutta, traumaperäisiä oireita, vihanpurkauksia ja henkistä uupumusta (Brooks ym. 2020). Tutkimukset osoittavatkin mielenterveysoireiden, ahdistuksen, masennuksen, stressin, yksinäisyyden ja taloudellisten huoltien lisääntyneen (Codagnone ym. 2020; Ettman ym. 2020; Kestilä ym. 2020; Sheridan ym. 2020) ja toiveikkuuden tulevaisuuden suhteen vähentyneen (Suvisaari ym. 2021, 22). Myös taloudellinen haavoittuvuus on ollut yhteydessä stressiin ja mielenterveyden heikkenemiseen (Codagnone ym. 2020; Ettman ym. 2020). Lomautukset ja työttömyys ovat lisänneet taloudellisia ongelmia, mikä näkyi perustoimeentulotuen tarpeen kasvuna jo epidemian alkuvaiheessa (Kestilä ym. 2020). Tilanne on kuormittanut väestöryhmiä eri tavoin. Erityisesti tilanne on vaikeutunut jo ennen poikkeustilaa vaikeassa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olleilla, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujilla (Eronen ym. 2020; Ettman ym. 2020; Kivipelto ym. 2020), joiden hyvinvoinnille ja arjessa selviytymiselle julkiset ja sosiaali- ja terveysjärjestöjen tarjoamat palvelut ovat usein tärkeitä.

Osa eriarvoisuudesta liittyykin terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöön. Epidemia on vaikeuttanut palvelujen järjestämistä, ja käyntejä ovat peruneet sekä palvelujen tuottajat että asiakkaat. Etäpalvelujen lisääntyminen ei ole korvannut terveydenhuollon vastaanottokäyntien vähenemistä. (Rissanen ym. 2020, 11). Sähköisten mielenterveyspalvelujen tarjonta on lisääntynyt (Partanen & Suvisaari 2020; Sheridan ym. 2020), mutta palvelunkäyttäjien suhtautuminen ja valmiudet niiden käyttöön vaihtelevat. Tärkeimpänä etäpalveluja ovat pitäneet ihmiset, joilla on sosiaalista ahdistusta tai vaikeuksia liikkumisessa. (Chiauzzi ym. 2020; Guinard 2020; Sheridan ym. 2020; Laukka ym. 2021.) Niitä ovat kuitenkin joutuneet käyttämään myös ihmiset, jotka hyötyvät enemmän lähipalveluista (Chiauzzi ym. 2020). Etäpalvelujen käyttöä vaikeuttavat laitteiden ja digiosaamisen puute ja vähäinen kiinnostus niiden käyttämiseen (Eronen ym. 2020; Jurvansuu ym. 2020b). Toisaalta myös alan ammattilaisilla on ollut haasteita niihin liittyvän osaamisen kanssa (Glueckauf ym. 2018).

Sosiaali- ja terveysjärjestöt sulkiivat keväällä 2020 matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja, päiväkeskuksia ja vertaistukiryhmiä, mikä osoittautui raskaaksi monille palvelunkäyttäjille (Jurvansuu ym. 2021). Tuuli Pitkäsén ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa on todettu, että järjestötoimintaan osallistuminen ylläpitää ja jopa parantaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointia. Se on erityisen hyödyllistä heille, jotka arvioivat elämäntilanteensa olleen vaikea jo ennen järjestötoimintaan mukaan tuloa. (Pitkäsén ym. 2017.) Toimintaan kuuluva vertaistuki tarjoaa yhteisöön kuulumisen mahdollisuuden (Walker & Bryant 2013; vrt. Solomon 2004, 394). Yhteisössä yksilö voi tuntea tulevansa hyväksytyksi omana itsenään ja ryhmään kuulumisen liittyy yksilön johonkin itseä suurempaan kokonaisuuteen (Salo & Tuunainen 1996, 138, 147). Lisäksi sosiaalinen verkosto luo turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta (Savukoski 2008, 182–188) ja on tärkeä arjen voimavara (Romakkaniemi 2011, 209).

Tarkastelumme koronaepidemian vaikutuksista kytkeytyy hyvinvointitutkimukseen. Hyvinvoinnin osa-alueet on perinteisesti jaettu kolmeen kokonaisuuteen: terveyteen, aineelliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin (Vaarama ym. 2010, 11–12) ja siihen sisältyy fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä (Henrich & Hersbach 2000, 150.) Pauli Niemelä (2009, 2010) liittyy hyvinvointiin yksilöiden inhimilliset tarpeet ja fyysisaineellisen, sosiaalisen sekä henkisen olemisen. Hänen mukaansa hyvinvointi jakautuu kolmeen osa-alueeseen: omistamiseen (having), olemiseen (being) ja tekemiseen (acting). Omistamisella hän tarkoittaa hyvinvointia resurssina, esimerkiksi toimeentuloa, yhteiskunnallisessa toiminnassa syntyvää sosiaalista pääomaa ja inhimillistä kasvua. Oleminen sisältää tarpeiden tyydyttymisen eli fyysisen ja itsenä olemisen sekä sosiaaliset suhteet. Tekemisen tasolla hyvinvointia luovat osallistuminen, osallisuus ja itsensä toteuttaminen, jolloin hyvinvointi tarkoittaa mahdollisuutta toteuttaa omia arvoja ja tavoitteita. Tekemisen puute tarkoittaa tarpeettomuutta ja siitä seuraavaa itsestä ja yhteiskunnasta vieraantumista. Jaottelu vastaa osittain Erik Allardtin (1976) klassista hyvinvoinnin ulottuvuuksien jaottelua elintason (having), yhteisyyssuhteisiin (loving) ja itsensä toteuttamiseen (being).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on seurannut koronaepidemian vaikutuksia väestön hyvinvointiin epidemian alusta asti (THL), mutta laadullinen tutkimus ihmisten kokemuksista on toistaiseksi vähäistä. Järjestöjen toiminnan piirissä olevilla on usein terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikeuksia sekä päällekkäisiä palvelutarpeita (Pitkäsén ym. 2017), joten heidän kokemustensa kartoittaminen on tärkeää. Tutkimuksessa pyrimme syventämään kuvaa heidän hyvinvoinnistaan sekä palvelujen ja yksilöllisten selviytymiskeinojen roolista koronaepidemian aikana.

8.1.2 Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto on osa kyselyaineistoa, joka koostuu 531 vastauksesta keväällä 2020 (8.5.2020–2.6.2020) toteutettuun Webropol-kyselyyn. Aineisto kerättiin 21 järjestön kautta⁵ hyödyntämällä niiden sosiaalista mediaa, verkkosivuja, uutiskirjeitä ja suljettuja keskusteluryhmiä. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja anonyymiä eli tutkijat tietävät ainoastaan vastauksen järjestölinkin. Tutkimuksella on tutkimuslupa A-klinikkasäätiöltä. Kyselyn vastausprosenttia ei ole mahdollista määrittää, koska kyseessä oli vapaasti levitettävä verkkokysely. Kysely sisälsi kysymyksiä vastaajien elämäntilanteesta, terveydestä, toimintakyvystä sekä koronapandemian vaikutuksista omaan ja läheisten elämään. Kyselyn saatetekstissä kerrottiin sen tavoitteista ja siitä, ettei yksittäisiä vastaajia voitunnistaa tulosten raportoinnista. Tämän olemme varmistaneet poistamalla käyttämistämme si-
taateista yksilöiviä tietoja, emmekä kerro niiden kohdalla tarkemmin vastaajien taustatietoja.

Käytämme aineistona vastauksia avokysymykseen: “Kertoisitko omin sanoin, miten koronaepidemia on vaikuttanut elämääsi tai läheis(t)esi elämään?” Kokemuksistaan kertoi 462 vastaajaa. Kuvaukset läheisen tilanteesta otettiin mukaan analyysiin, mikäli niissä kuvattiin läheisen tilanteen vaikutusta vastaajan hyvinvointiin. Aluksi vastaukset luettiin useita kertoja läpi, jolloin niihin

tutustuttiin huolellisesti. Seuraavaksi ne jaoteltiin sisältöjen ja aiheiden perusteella 13 ryhmään (taulukko 10). Tämän jälkeen vastausten sisältöjä tarkasteltiin niiden ominaispiirteiden perusteella: olivatko vaikutukset positiivisia vai negatiivisia. Lopuksi ryhmittelimme teemat neljälle hyvinvoinnin ulottuvuudelle, jotka muodostimme osin aineiston luennan ja osin teoriaohjautuneesti aieman hyvinvointitutkimuksen pohjalta. Terveiden ulottuvuudelle sisältyvät pandemian vaikutukset esimerkiksi mielenterveyteen, tunne-elämään, terveyteen ja palvelujen käyttöön. Toiminnan ulottuvuudelle kuuluvat harrastuksiin, järjestötoimintaan, arkeen, työhön, opiskeluun ja arvojen toteuttamiseen liittyvät vaikutukset. Sosiaalisten suhteiden ulottuvuus sisältää ihmissuhteisiin ja yksinäisyyteen liittyviä teemoja ja taloudellinen ulottuvuus vaikutukset työhön ja talouteen.

Taulukko 10. Analyysin kulku. Vastauksen aihealue ja siihen liittyvät asiasanat tai kuvaus sisällöstä, kuvatut pandemian ja rajoitusten kielteiset ja myönteiset vaikutukset vastaajien hyvinvointiin sekä hyvinvoinnin ulottuvuus.

Aihealue	Asiasanat tai kuvaus vastauksen sisällöstä	Negatiiviset vaikutukset	Positiiviset vaikutukset	Hyvinvoinnin ulottuvuudet
Mielenterveys	Masennus, ahdistus, pelko, unettomuus, psykoosi, paniikkihäiriö, stressi	Tunne-elämä -kielteiset tunteet (pelko, ahdistus) lisääntynyt -stressin kasvu -epätietoisuus	-läheisten ymmärryksen lisääntyminen -itseymmärryksen kasvu -arvojen selkeytyminen	terveys
Alkoholinkäyttö	Alkoholin käyttö lisääntynyt			
Sosiaali- tai terveydenhuollon palvelut	Syöpäkontrolli, leikkaus, fysioterapia, toimintaterapia, psykoterapia, ajan varaus, etäpalvelut	Psykkiset sairaudet -olemassa olevien mielenterveysongelmien vaikeutuminen -mielenterveysongelmien puhkeaminen vaikutukset hoitosuhteisiin		
Sosiaaliset suhteet	Yksinäisyys, ystävät, vanhemmat, isovanhemmat, lapsenlapset, työkaverit, tapaaminen	-eristäytyminen -yksinäisyys -perhe eristyksessä -ongelmat läheisten tapaamisessa -etäyhteydet koettiin toimimattomina (yhteydessä elämäntilanteeseen)	-lähentymisen läheisiin ja perheenjäseniin -yhteydenpidon lisääntyminen -toimivat etäyhteydet	sosiaaliset suhteet
Läheiset	Kuvaukset läheisen tilanteesta ja tilanteiden vaikutuksista vastaajaan	-huolet, suru, epätietoisuus, pelot		terveys toiminnan ulottuvuus

⁵Verkkokyselyä jakoivat verkostoissaan A-Kiltojen Liitto ry, A-klinikkasäätiö, Arjen toimintakyky -hanke, Mielen-terveysomaisten keskusliitto – FinFami ry, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, Elokolo, EJY:n Iloa arkeen -hanke, Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto, Irti Huumeista ry, Mielenterveyden keskusliitto, MIELI Suomen Mielenterveys ry, MIPA 2.0 –Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma, Miessakit ry, JST ry:n Missä Mennään Miehet -hanke, Suomen Nivelyhdistys ry, Setlementti Louhelan KOHAUS-hanke, Kuntoutussäätiö, Pohjois-Karjalan Marttojen VIIRI-hanke, PohjoisKarjalan Mielenterveydentuki ry, Silta-Valmennusyhdistys ry, Suomen Migreeniyhdistys ry, Suomen Syöpäpotilaat ry, Toimintakyky kuntoon -hanke, Tukikohta ry ja Yhdessä Selviytymisen Tuki ry:n Täky-hanke.

Aihealue	Asiasanat tai kuvaus vastauksen sisällöstä	Negatiiviset vaikutukset	Positiiviset vaikutukset	Hyvinvoinnin ulottuvuudet
Toiminta tai arki	Tekeminen, toiminta, arkielämä, kotikoulu	-järjestötoiminta ja harrastukset loppuivat -tekemisen puute -lomautukset -etätyö (stressin kasvu) -arkielämä (erit. kotikoulu) -mikään ei ole muuttanut arjessa -toimintakyvyn lasku	-elämän rauhoittuminen -etätyö (ajan säästö, stressin aleneminen) -uudet tavat harastaa arjessa	toiminnan ulottuvuus
Työ, työllistyminen ja opiskelu	Työ, työllistymismahdollisuudet, opiskelu			
Järjestötoiminta	Muutokset järjestötoimintaan ja yhdistystoimintaan osallistumisessa			
Harrastukset	Muutokset harrastuksissa			
Oma tai perheen taloudellinen tilanne	Tulot, raha, taloudellinen tilanne, lomautus, työttömyys	-työttömyys, lomautukset, -työhön paluu -taloushuolet	-rahan säästyminen	taloudellinen tilanne
Ei vaikutusta	Suorat maininnat siitä, ettei pandemia ole vaikuttanut arkeen			
Positiiviset ja myönteiset vaikutukset	Vastaukset, joissa kuvattu myönteisiä vaikutuksia omaan elämään, työtilanteeseen tai mielenterveyteen			terveys toiminnan ulottuvuus
Selviämiskeinot	Vastauksessa mainittu keinoja, jotka ovat auttaneet selviämään: oma asenne, muutto, psykoterapia, ystävät, läheiset, liikunta, naapurit			terveys toiminnan ulottuvuus

Vastaajat (n=462) olivat pääosin (79 %) naisia. Iältään he jakautuivat seuraavasti: alle 30-vuotiaita 14 prosenttia, 30–44-vuotiaita 33 prosenttia, 45–59-vuotiaita 34 prosenttia ja 60-vuotiaita tai sitä vanhempia 19 prosenttia. Reilu kolmannes (37 %) asui yksin. Vastaajista 41 prosenttia oli palkkatyössä (säännöllinen työ 21 %, loput epätyypillisissä työsuhteissa), viidennes (21 %) eläkkeellä, 12 prosenttia opiskelijoita, joka kymmenes työkyvyttömiä, 17 prosenttia työttömiä työnhakijoita, pieni osa sairauslomalla (6 %) tai lomautettuna (3 %). Vastaajilla oli usein erilaisia terveyden ja toimintakyvyn vaikeuksia. Vajaa puolet (43 %) ilmoitti arjen selviytymisestä haittaavasta sairaudesta tai vaikeudesta, joka oli 118 vastaajalla mielenterveysongelma. Reilu kolmannes (36 %) vastaajista kuului viruksen riskiryhmään, jonka lisäksi osa (14 %) ei ollut varma riskiryhmästatuksestaan. Useimmin riski liittyi sydän- tai keuhkosairauksiin tai diabetekseen (91 vastaajaa), ylipainoon (88 vastaajaa), päivittäiseen tupakointiin (33 vastaajaa) ja ikään (28 vastaajaa). Muita vapaasti kerrottuja syitä olivat astma, verenpainetauti ja heikentynyt vastustuskyky.

8.1.3 Tulokset

Tulososiossa tarkastelemme, millaisia vaikutuksia koronaepidemiolla oli vastaajien hyvinvointiin neljällä ulottuvuudella: terveys, toiminnan ulottuvuus, sosiaaliset suhteet sekä talous ja toimeentulo.

Vaikutukset terveyden ulottuvuudella näkyvät erityisesti mielenterveydessä

Vastaajat kuvasivat usein ahdistuksen, masennuksen, yksinäisyyden, pelkojen ja turvattomuuden kasvaneen poikkeustilan aikana (myös Codagnone ym. 2020; Kestilä ym. 2020; Sheridan ym. 2020). Pelot kohdistuivat arjessa jaksamiseen, tulevaisuuteen, omaan tai läheisten sairastumiseen tai kuolemaan sekä elämän- ja yhteiskunnallisen tilanteen epävarmuuteen. Hyvinvoinnin huononemista kuvaavia tuntemuksia olivat muun muassa epätodellinen olo, lamaantuminen, hermostuminen, elämän ilottomuus ja stressi, joka ilmeni fyysisinä oireina, univaikeuksina, väsymyksenä ja uupumuksena. Poikkeustilan koettiin rapauttaneen itselle tärkeitä arvoja, kuten vapauden ja elämän merkityksellisyyden tunnetta. Myös pandemian luonne aiheutti ahdistusta ja tunnetta hallinnan menettämisestä, koska *”joku näkymätön vaikuttaa niin voimakkaasti”*. Tapahutumien nopea eteneminen vaikeutti tilanteeseen sopeutumista. Muutokset arjessa vaihtelivat. Joitain vastaajia arjen velvoitteiden väheneminen lamautti, mutta toisilla niiden lisääntyminen, usein yhdistyneenä tukiverkkojen menettämiseen, vaikeutti jaksamista. Myös alkoholinkäytön lisääntymisestä oli viitteitä (ks. myös Jurvansuu ym. 2020a).

Usea vastaaja kertoi poikkeustilaan liittyvän eristäytymisen, ahdistuksen ja epävarmuuden pahentaneen heidän psyykkisten sairauksiensa oireita tai saattaneen jopa laukaista sairauden. Eräs vastaaja kuvasi esimerkiksi negatiivista kehää sosiaalisille tilanteille altistumisen vähenemisen ja paniikkihäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelkojen voimistumisen välillä seuraavasti:

”Kärsin masennuksesta ja pakko-oireisesta häiriöstä. Minulla on aikaisemminkin ollut vaikeuksia kotoa poistumisen kanssa, ja nyt kun ei ole tullut käytyä paljon missään eli ei ole tullut niitä pakollisia altistuksia, joiden kautta voisi harjoitella kotoa lähtemistä, niin kotoa ulos pääsemisestä on tullut entistä hankalampaa. Kodista on tullut turvapaikka ja tuntuu, että olen erakoitunut neljän seinän sisään. (...)”

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rajoitusten koettiin vaikuttaneen hyvinvointiin kielteisesti. Terapiapalvelujen (psyko-, fysio- ja toimintaterapia) muuttuminen etäpalveluiksi koettiin usein vaikeaksi, eikä niitä voitu hyödyntää. Kohtuuttomalta tuntui esimerkiksi yksityisyyden vaarantuminen perheen kuullessa terapiakeskustelut. Palvelujen sulkeutumisella oli vaikutuksia myös toimeentuloon, mutta usein seuraamusten käytännön vaikutusten kanssa oli jääty selviytymään yksin. Tapaamisten peruuttaminen koettiin vaikeassa elämäntilanteessa jopa ihmisarvoa alentavaksi, kuten eräs vastaajista kuvasi:

”Myös kun rajoitukset tulivat, koin todella vahvasti, että minut mielenterveyskuntoutujana unohdettiin täysin. Asioita ei hoidettu hoitavien tai virallisten tahojen puolelta hyvin. Sain monesta paikkaa vaan lyhyen ja aika tylyn viestin että peruttu/suljettu - siis asiat, jotka aiemmin olivat heidän mielestään erittäin tärkeitä vointini kannalta. Itselleni oli aina asetettu isot vaatimukset olla aina paikalla, ja sitten he kuitenkin saavat perua kaiken vain tekstarilla joltain yleissihteeriltä. Tuntui, että jään täysin yksin eikä minulla ole ihmisarvoa. Omaan kuntoutumiseeni tämä vaikuttaa yli puolen vuoden viivästymisellä vähintään, koska kuntoutus siirtyy. Silti joudun itse tämän perustelemaan taas maksaville tahoille, ja anomaan, että saan heiltä rahaa elämiseen. Todella masentavaa, pelottavaa, ahdistavaa.”

Vastauksissa kerrottiin myös poikkeusajan myönteisistä vaikutuksista hyvinvointiin. Tällaisia olivat muun muassa elämänrytmin rauhoittuminen sekä arvojen selkiytyminen ja niiden toteuttaminen: oli aikaa tehdä mielekkäitä asioita, toteuttaa itseään, huolehtia hyvinvoinnistaan tai oli ymmärretty, *”mikä elämässä on oikeasti tärkeää”*. Itsetuntemus oli lisääntynyt, mikä tarkoitti esimerkiksi mielenterveyden riski- ja suojatekijöiden tunnistamista ja lisääntynyttä armollisuutta itseä kohtaan.

Vastaajat, joilla oli mielenterveysongelmia, kertoivat ahdistuksen ja stressin lieventyneen, koska heidän ei tarvinnut esittää jaksavansa tai tuntea syyllisyyttä arjesta selviytymisen vaikeuksista. Sosiaalisen kanssakäymisen väheneminen oli monille helpotus. Läheisten ymmärryksen omaa

elämäntilannetta kohtaan koettiin lisääntyneen: *”läheiset ovat tajunneet paremmin, millaista elämää joudun poikkeusolojen ulkopuolellakin elämään”*. Ihmisten nähtiin ”pehmentyneen” ja huomioivan paremmin toisiaan. Osa vastaajista kuvasi hyvinvointinsa sekä parantuneen että heikentyneen, mikä heijasteli myös sairauden kulun vaihteluja.

”Asunnosta poistuminen ahdistaa, varsinkin, jos muut ihmiset eivät pidä turvavälejä. Tarkoitukseni oli keväällä panostaa mielenterveyteen ja esim. tavata enemmän ihmisiä. Nyt yksinäisyys on pahentunut. Toisaalta kovimpien rajoitusten aikaan tuntui, että vihdoinkin maailma ympärillä rauhoittuu ja sain tilaa ja aikaa olla itseni ja keskittyä arjen pieniin parannuksiin. (...) Masennukseni ja ahdistukseni ovat olleet yhtä vuoristorataa.”

Vaikutukset sosiaalisten suhteiden ulottuvuudella moninaisia

Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin vaihtelivat yksilöllisten elämäntilanteiden mukaan. Eristäytymisen seuraukset korostuivat yksin asuvilla, mihin yhdistyivät usein eläkkeellä tai sairauslomalla oleminen, lomautukset tai etätyöt. Etäyhteydet eivät aina korvanneet fyysisiä ihmiskontakteja. Eräs vastaaja koki fyysisen kosketuksen puuttumisen heikentävän oleellisella tavalla toimintakykyään. Poikkeustila toi mukanaan erilaisia kuormittavia ristiriitoja, kuten yhtäaikaista koronatartunnan ja kuoleman pelkoa sekä halua tavata läheisiä. Erään vastaajan kohdalla muutto vanhempien luokse mahdollisti heidän auttamisensa ja lievitti yksinäisyyttä, mutta heidän suojelemisensa vei mahdollisuuden tavata muita ihmisiä.

Myös perheellisten kuvaukset paljastivat ristiriitaisia hyvinvointivaikutuksia. Osa kertoi perheenjäsenten suhteiden lähentyneen ja yhdessäolon lisääntyneen, mutta toisaalta asiat saattoivat kriisiytyä perheenjäsenten ollessa pääasiassa kotona. Lasten etäkoulusta huolehtiminen lähensi vanhempia lapsiinsa, mutta toisaalta saattoi kiristää perheenjäsenten keskinäisiä välejä. Aiemmassa tutkimuksessa (Lades ym. 2020) ristiriitaiset vaikutukset on yhdistetty vanhempien rooliin: lisääntynyt aika lasten kanssa parantaa heidän hyvinvointiaan, mutta rooli kotikoulun pitäjänä aiheuttaa haasteita. Kuvaus eräästä lapsiperheestä konkretisoi vaikutusten moninaisuutta:

”Lapset eivät ole nähneet isovanhempiaan eivätkä olleet eskarissa/päiväkodissa. Kaverikontaktit puuttuu kaikilta perheessä. Päivät on pitkiä ja stressaavia, jatkuvaa väsymystä ja kiukkua. Oma aikaa ei ole mihinkään ja ärtymyskynnys on matala. Mihinkään ei voi mennä tai suunnitella aktiivisille lapsille mitään kivaa tekemistä tai paikkaa, mihin mennä. Ruokaa pitäisi olla koko ajan laittamassa ja ostamassa. Töiden tekeminen kotona on lähes mahdotonta. (...) Toisaalta perheen säännöt ja tiiviys on korostunut ja ihmisten yhteisöllisyys ja auttamisenhalu on näkynyt myös meidän arjessa, ollaan saatu ruoka-avustuksia ym.”

Vastaajien mieltä painoi usein mahdottomuus tavata iäkkäitä vanhempia tai lapsenlapsia. Huolta herätti myös riskiryhmiin kuuluvien tai haavoittuvassa asemassa olevien läheisten jaksaminen. Esimerkiksi muistisairaana kanssa on vaikea pitää yhteyttä ilman fyysistä läheisyyttä. Lisäksi riskiryhmään kuuluva perheenjäsen kavensi muiden mahdollisuuksia liikkua ja tavata toisia. Toisessa ääripäässä huolta herättivät läheiset, jotka elivät rajoituksista välittämättä. Sairaaloitten ja hoitolaitosten tapaamisrajoitukset aiheuttivat pelkoa ja surua. Osa vastaajista pelkäsi, ettei näe sairasta läheistään enää elossa tai surivat yksin tai hoidon viivästymisen vuoksi kuollutta läheistään. Matkustusrajoitukset estivät ulkomailla asuvien läheisten tapaamisia, ja räsitystä lisäsi epätietoisuus tilanteen kestosta. Lisäksi erityisissä elämäntilanteissa, kuten syöpähoitojen aikana, ystävyyssuhteiden ja normaalin arjen tarve oli tavallista suurempi, mutta tapaamiset ja liikkuminen mahdotonta. Jaksamista kuormitti myös vastuu läheisten, usein useamman sukupolven, auttamisesta keskellä koronarajoituksia:

”Tilanteessa raskasta on ollut se, että olen 75- ja 79-vuotiaiden vanhempieni ainoa lapsi. Olen kaiken oman elämäni raskauden keskellä joutunut hoitamaan kaikki heidän asiansa. Hoidan molempien kaikki raha- ja pankkiasiat, tilaan ruuat, hoidan viralliset asiat. (...) Olen kyllä tämän kaiken keskellä lähentynyt vanhempiini, mutta tuntuu että on kohtuuttoman raskasta yksin hoitaa kahta lasta ja kahta vanhusta samalla, kun koronaolot ovat jäädyttäneet oman yksityiselämäni ja parisuhteen.”

Toiminnallisessa hyvinvoinnissa heikennyksiä ja parannuksia

Poikkeustila rajoitti merkittäväällä tavalla vastaajien arkea eli työtä, opiskelua sekä harrastuksiin ja järjestötoimintaan osallistumista. Vaikutukset ulottuivat toimintamahdollisuuksien vähenemiseen (kahvilla käynti, asukastuvalla lehtien lukeminen ja keskustelut) lisäksi perustavalla tavalla kokemuksiin elämän mielekkyydestä ja mahdollisuuksista toimia tärkeiksi koettujen arvojen mukaan. Vastaajat kertoivat esimerkiksi *”elämän tyhjentymisestä”* tai kokivat *”vapautensa riistetyksi”*. Myös Judit Simon kumppaneineen (2021) on todennut, että psykologisten vaikutusten lisäksi pandemia on vaikuttanut ihmisten mahdollisuuksiin toimia arvojensa mukaisesti, kuten vierailla läheisten luona, osallistua aktiviteetteihin ja ulkoilla. Järjestöjen tarjoamien toimintamahdollisuuksien suurta merkitystä vastaajajoukossamme kuvaa eräs kommentti niiden sulkeamisen vaikutuksesta: *”elämältä lähti pohja”*. Harrastus- ja vertaisryhmien loppumisen koettiin kapeuttavan elämää sekä murentavan henkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja fyysistä terveyttä.

Poikkeustilan vaikutukset heijastuivat vaihtelevasti moniin hyvinvointia ylläpitäviin tekijöihin, kuten liikuntaan, ihmissuhteisiin, ravitsemukseen, liikkumismahdollisuuksiin ja elinpiiriin laajuuteen. Osa vastaajista kertoi painonsa nousseen syömisestä lisääntymisen ja liikunnan vähentämisen takia (vrt. Parikka ym. 2021). Toisaalta osa kertoi syövänsä terveellisemmin ja liikkuvansa enemmän. Eräs poikkeustilaan liittyvä tekijä aineistossamme oli arkisen tekemisen, kuten kaupassa käymisen ja julkisten liikennevälineiden käyttämisen, muuttuminen ahdistavaksi, pelottavaksi ja tunteita kuormittavaksi kokemukseksi. Moni vastaaja kantoi huolta toimintakykynsä palautumisesta ja korjaavien toimenpiteiden kustannuksista. Toipumisen koronapoikkeusajan kuormituksesta pelättiin kestävän pitkään.

”Kaikki (harrastukset) on kielletty ja kiinni ja suljettu. Se tuntuu henkisesti lamaannuttavalta. Itse en ole koronasta huolissani, sen sijaan siitä miten se, että kaikki on suljettu ja kiinni vaikuttaa ihmisten jaksamiseen ja mielen järkkymiseen.”

”Tekemisen puute on paljon pahempaa kuin läheisistä eristyksissä olo. Pelkään, että tästä lamaannuksesta nousu toimivaksi ihmiseksi on pitkä. Kalenterini on normaalisti täynnä. Nyt sen täyttyminen pelottaa. Suoriudunko enää kuin ennen?”

Joskus vapaa-ajan toiminnan väheneminen paransi toimintakykyä, koska arkeen tuli suunnitelmallisuutta ja etäopinnoissa ja -töissä keskittyminen koettiin helpommaksi. Vastaajat, joiden mukaan poikkeustila ei ollut juuri vaikuttanut heidän arkeensa, olivat usein muutenkin pääosin kotona esimerkiksi opintovapaalla tai sairauslomalla, tai nauttivat lähtökohtaisesti hyvistä perhesuhteista. Vaikka esimerkiksi alla siteerattu vastaaja koki elämän jatkuneen koronapoikkeustilan aikana ulkoisesti samanlaisena, liittyi muuttuneeseen yhteiskunnalliseen tilanteeseen paljon epävarmuutta ja huolta tulevaisuudesta.

”Olen työskennellyt ja opiskellut pääsääntöisesti etänä jo aiemmin, joten siinäkään ei isoa muutosta. Minulla on ihana parisuhde ja kotona hyvä olla, tätä aarretta on korona lähinnä alleviivannut entisestään. Ulkoiset muutokset ovat siis pieniä, mutta sisäiset kuitenkin merkittäviä. (...) Olen ollut etenkin huolissani omasta tulevasta toimeentulosta ja ”ammatillisesta paikasta maailmassa”, minulla on opinnot kesken ja kaikki työelämään liittyvä ollut jo ennen koronaa epäselvää ja epävarmaa.”

Vaikutukset työhön nousivat usein esiin aineistossa. Lomautukset, työttömyys ja erityisesti niiden uhka kuormittivat, samoin kuin äkillisesti muuttuneet työkäytännöt. Etätöihin ja verkkoyhteyksiin siirtyminen nopealla aikataululla koettiin kuluttavaksi, mikä liitettiin myös tarpeeseen luoda uusi rytmi arkeen. Raskaaksi nähtiin myös työn ja vapaa-ajan välisen rajan häviäminen.

Osalla kokemukset etätöistä olivat myönteisiä, esimerkiksi tapauksissa, joissa työpaikalla koettiin sosiaalista ahdistusta tai joissa etätö mahdollisti työpäivän paremman tauottamisen. Työmatkoista säästynyt aika voitiin käyttää liikuntaan ja nukkumiseen. Lomautusten ja työstä poissaolon koettiin joskus parantaneen mielen hyvinvointia ja vähentäneen työperäistä stressiä, mutta tämä tunne herätti myös syyllisyyttä. Joillekin poikkeustila antoi mahdollisuuden levätä, pysähtyä ja keskittyä muihin asioihin työn sijaan tai rinnalla:

”Tämä poikkeustilanne on auttanut näkemään lähelle ja osaan arvostaa nyt enemmän arjen pieniä iloja. Olen löytänyt itseni, arvoni ovat selkeytyneet ja olen löytänyt sisäisen rauhan.”

Moni kertoi innostuneensa kokeilemaan uusia asioita, kuten tanssia ja leipomista, ja joku oli löytänyt esimerkiksi striimatut konsertit tai uudet yhteydenpidon tavat läheisiin. Moni kertoi myös pyrkineensä luomaan näistä hyvinvointia tukevista toimista uusia arkea rytmittäviä rutineja. Seuraavan vastaajan kohdalla arjesta selviäminen oli vaatinut löyhempää suhtautumista koronarajoituksiin:

”Ensin jaksoin olla reipas, sitten aloin lamaantua ja alistua tilanteeseen. Alkoi tulla tylsää, suuttua, ahdisti, mieliala laski, mutta en masentunut. Keskittymiskyky meni. Kävelylenkit pitivät päänsä kasassa. Lopulta annoin periksi ja aloin liikkumaan ihmisten ilmoilla, enkä noudata eristystä enää niin tarkasti. Pää ei kestä.”

Taloudellinen hyvinvointi kärsi erityisesti pienituloisilla

Osalle vastaajista poikkeusaika oli tuonut lomautuksiin, työttömyyteen tai sosiaaliturvaan liittyvää taloudellista epävakautta ja toimeentulovaikeuksia. Yksi vastaaja totesi lyhyesti *”töiden ja rahojen loppuneen”*. Taloudellisen tilanteen heikennykset korostuivat pienituloisilla, joille erityinen haaste oli esimerkiksi seuraavan vastaajan tapauksessa poikkeustilan alkuvaiheeseen sijoittunut tuotteiden hamstraaminen: *”varsinkin aluksi, kun ihmiset hamstrasivat kaikkea, mietitytti, onko siellä meille jäljellä mitään, kun lapsilisät tulevat tilille”*. Toisaalta sosiaalisen elämän hiljenneminen ja ostoksilla käymisen väheneminen oli johtanut myös taloudellisiin säästöihin:

”Taloudellinen tilanne on ollut sikäli helpompi, että synttäreiden ja muiden tapaamisten peruuttamisesta on syntynyt huomattavia säästöjä. Olemme eläneet pitkään kädestä suuhun. Se vain on ollut hiukan jännittävämpää, kun olemme pyrkineet käymään kaupassa harvemmin kuin ennen, onko meillä yhtä aikaa rahaa johonkin tarvitsemaamme tuotteeseen kuin sitä tuotetta on kaupassa saatavilla.”

Vastaajajoukossa oli ihmisiä, joiden kohdalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sulkeminen oli viivästyttänyt kuntoutusta, millä oli heille myös taloudellisia seuraamuksia. Eräs vastaaja kertoi joutuvansa perustelemaan etuuden maksajalle kuntoutuksensa viivästymisen, jotta saa rahaa elämiseen. Toinen kuvasi ammatillisen kuntoutuksen keskeytymisestä johtunutta ristiriitaista tilannettaan seuraavasti:

”Olin juuri toipunut 6kk sairaslomasta työuupumuksen vuoksi ja saanut myönteisen päätöksen ammatillisesta kuntoutuksesta, kun koronatilanne esti täysin palveluntarjoajan toiminnan. Nyt olen joutunut ottamaan kuntoutumista omiin käsiin ja keksimään tekemistä. Taloudellisesti pitäisi päästä jo töihin, mutta en voi koska pelkään, että kuntoutuspäätös perutaan, jos he huomaavat minulla olevan tuloja. Psyykkisistä syistä minun pitäisikin odottaa, mutta taloudellisesti se on vaikeaa.”

Taloudellinen tilanne siis huolestutti, mutta siihen liittyviä mainintoja oli aineistossa suhteellisen vähän. Suuri osa vastaajista oli työelämän ulkopuolella, jolloin työttömyys ja lomautukset tai niiden uhka koski vain osaa vastaajista.

8.1.4 Koronaepidemian hyvinvointivaikutukset moninaisia ja yhdenvertaisuutta rapauttavia

Tutkimuksessa tarkastelimme koronaepidemian vaikutuksia sosiaali- ja terveysjärjestöjen taavoittamien ihmisten hyvinvointiin keväällä 2020. Hyvinvointia tarkastelimme neljällä ulottuvuudella: terveys, sosiaaliset suhteet, toiminta ja talous. Vastaajilla oli usein erilaisia terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia. Epidemian vaikutukset vaihtelivat kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla riippuen yksilön terveyden- ja elämäntilanteesta (ks. Helfer ym. 2021), persoonallisuuden piirteistä ja arvoista. Vaikutukset koettiin useimmin kielteisiksi, mutta osa vastaajista koki hyvinvointinsa parantuneen joillain osa-alueilla tai kuvasi hyvinvointinsa sekä parantuneen että heikentyneen samanaikaisesti tai aaltomaisesti vaihdellen. Koronarajoitusten vuoksi kysely toteutettiin sähköisesti, mikä rajasi pois vastaajat, jotka eivät käyttä internetiä tai vastaa verkkokyselyihin. Tulokset eivät siis välttämättä kuvaa heikoimmassa asemassa olevien kokemuksia. Toisaalta vastaajien määrä ja vastausten sisältöjen laajuus toi kokonaisvaltaista tietoa hyvinvoinnista.

Aineistossa näkyi selvästi psyykkisen hyvinvoinnin rapautuminen ja kielteisten tunteiden lisääntyminen jo epidemian alkuvaiheessa. Kysely toteutettiin epidemian ensimmäisen aallon aikana, jolloin elintavat ja sosiaaliset suhteet muuttuivat voimakkaasti ja kesällä 2020 tilanne alkoi tasoittua (Parikka ym. 2021). Pelkojen ja ahdistuksen lisääntyminen on näkynyt myös muissa tutkimuksissa (esim. Codagnone ym. 2020; Kestilä ym. 2020; Sheridan ym. 2020). Pandemiaan liittyvät tapahtumat etenivät nopeasti, mikä vaikeutti tilanteeseen sopeutumista. Tämän ja hallinnan tunteen menettämisen kuormittava vaikutus oli selkeä. Nekin vastaajat, joiden arkeen rajoitustoimet eivät tuoneet suuria ulkoisia muutoksia, kokivat usein pelkoa ja huolta tulevaisuudesta ja läheisistään.

Suuri osa hyvinvoinnin kuormituksesta liittyi erilaisiin korona-aikaa leimaaviin ristiriitaisuuksiin. Se tarkoitti muun muassa vaikeaa pohdintaa siitä, kenen hyvinvoinnista huolehtia ja miten, millaisia riskejä uskaltaa ottaa omalla kohdallaan ja suhteessa esimerkiksi riskiryhmiin kuuluviin läheisiin. Esiin nousi myös tavallisten arjen toimien, kuten kaupassa käymisen, muuttuminen ahdistaviksi ja pelottaviksi. Perheelliset kertoivat toisaalta uupumuksesta uuden arjen keskellä - etäkoulu, etätö, huolenpitovastuu läheisistä, sosiaalisten suhteiden väheneminen, turvaverkostojen menettäminen -, toisaalta perhesuhteiden tiivistymisestä ja yhteisen ajan lisääntymisestä. Pandemian vaikutuksista tehdyn kirjallisuuskatsauksen (Prime ym. 2020) mukaan perheiden hyvinvointia uhkaavat taloudellinen epävarmuus, huolenpitotaakka ja arjen rutiinien muutokset, joilla ennustetaan olevan pitkäkestoisia seurauksia. Harrastuksiin, järjestötoimintaan ja työhön liittyvät rajoitukset sekä etätö rapauttivat toiminnallista hyvinvointia, mutta osa koki tämän rauhoittavan arkea ja antavan aikaa itsestä huolehtimiseen.

Yksinäisyys ja eristäytyneisyys (vrt. Parikka ym. 2021) koettiin pääosin hyvinvoinnin vähenemisenä. Mielenterveysongelmia kokeneet kertoivat sen joskus helpottaneen heidän oloaan, koska ei ollut pakkoa olla sosiaalinen, oma eristäytynyt arki tuntui normaalilta tai rajoitusten vuoksi läheiset ymmärsivät heidän arkeaan paremmin. Tämä ilmeni myös tunteena siitä, että kaikki ovat "samassa veneessä" ja jakavat saman kokemuksen sosiaalisesta eristäytymisestä tai ahdistuksesta (myös Jurvansuu ym. 2021). Muita myönteisiksi luettavia vaikutuksia ovat resilienssin ja selviytymistaitojen käyttöön ottamisen myötä vahvistunut itseluottamus sekä se, että pan-

demiaan keskittyminen saattaa vähentää alkuperäisen psyykkisen sairauden oireita (Sheridan ym. 2020). Aineistossamme selviytymiskeinoiksi nousivat esimerkiksi hyvät ihmissuhteet, asiakassuhteet ja yleinen auttamisenhalu. Terapiasuhteissa edellytyksenä oli mahdollisuus hyödyntää etäpalveluja ja selvittää kasvokkaisen vuorovaikutuksen puuttumisesta (vrt. Virtanen ym. 2021). Hyvinvointia tukivat uudet harrastukset tai arjen puuhat, joissa voi toteuttaa ideoitaan, opetella uutta ja hyödyntää ominaisuuksiaan ja mielikuvitustaan. Osa loi arkeensa uusia rutiineja huolehtimalla esimerkiksi entistä paremmin säännöllisestä ulkoilusta, unirytmistä ja kulttuurielämyksistä.

Mainitut myönteiset kokemukset eivät kuitenkaan peitä alleen poikkeustilan kuormittavuutta. Kriisin on pelätty vaikuttavan voimakkaaimmin jo aiemmin haavoittuvassa asemassa oleviin ja voimistavan eriarvoisuutta. Tuloksemme vahvistavat tätä erityisesti mielenterveysongelmia kokeneiden kohdalla. Epidemian aikana sairaus oli usein pahentunut ja toimintakyky heikentynyt. Käyttämämme kyselyaineiston kvantitatiivisesta osuudesta tehdyissä tutkimuksissa on todettu ensinnäkin, että mielenterveysongelmia kokeneiden arjen sujuminen, onnellisuus, psyykkinen terveys ja elämänlaatu olivat alhaisempia ja yksinäisyyden tunteet yleisempiä kuin muilla vastaajilla (Helfer ym. 2021). Toiseksi mielenterveyden ongelmien ja alhaisen mielen hyvinvoinnin on todettu olleen yhteydessä koettuun alkoholinkäytön lisääntymiseen poikkeustilan aikana (Jurvansuu ym. 2020a), mikä voi toimia selviytymiskeinona ulkoisten tukimuotojen puuttuessa. Palvelujen sulkeminen ja vaikeudet hyödyntää niitä korvaavia etäpalveluja pudottivat mielenterveyskuntoutujia tarvittavan tuen ulkopuolelle. Palvelujen sulkeutumisen vaikutukset saattoivat ulottua myös kuntoutujien toimeentuloon, ja aineistossa oli kokemuksia yksin jäämisestä taloudellisten seurausten ja byrokratiasta selviytymisen kanssa. Kuormittavassa yhteiskunnallisessa ja henkilökohtaisessa tilanteessa tämä tuntui pahimmillaan ihmisarvoa mitätöivältä hylkäämiskokemukselta. Myös järjestö- ja harrastustoiminnan sulkeutuminen heikensi erityisesti yksin asuvien ja eläkkeellä tai muuten työelämän ja opiskelujen ulkopuolella olevien hyvinvointia.

Tulokset herättävät huolta yhdenvertaisuuden toteutumisesta koronapandemian kaltaisten kriisien aikana, jolloin palvelujen ja arjen tuen tarve kasvaa, mutta niiden tarjontaa rajoitetaan eikä kaikille soveltuvia korvaavia käytäntöjä ole kehitetty. Etäpalveluihin siirtyminen lisää eriarvoisuutta niiden kohdalla, joilla ei ole mahdollisuuksia mobiililaitteiden käyttöön tai vaikea elämäntilanne hankaloittaa etäpalvelujen hyödyntämistä (myös Kaitala ym. 2021). Jatkossa on tärkeää varmistaa tuen jatkuvuus ja etenkin riskiryhmien pääsy terveys- ja sosiaalipalveluihin esimerkiksi pitämällä auki matalan kynnyksen palveluja. Tässä tarvitaan tiivistä yhteistyötä julkisen sektorin ja järjestöjen välillä. (Kivipelto ym. 2020; myös Kaitala ym. 2021.) Kyseessä on myös luottamus hyvinvointivaltioon ja siihen, että ihmisistä pidetään huolta vaikeissa tilanteissa. Aineistossamme oli näkyvissä huoli yhteiskunnan kestävyyydestä, sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen pettämisestä sekä näiden seurauksista ihmisten mielen- ja fyysiseen terveyteen sekä taloudelliseen tilanteeseen.

Kiitokset

Kiitämme kaikkia kyselyyn vastanneita ja tutkimuksen toteutukseen osallistuneita järjestöjä. Tutkimus on tehty yhteistyössä Arjen toimintakyky -hankkeen ja Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelman (MIPA 2.0) kanssa. Arjen toimintakyky -hanke oli A-klinikkasäätiön koordinoima hanke ja osa Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen (STEA) Veikkauksen tuotoilla rahoittamaa Toimintakyky kuntoon -avustusohjelmaa (2017–2020). MIPA 2.0 -hanke tuottaa tutkittua tietoa mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toiminnasta.

Lähteet

Allardt, Erik 1976: *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Söderström. Porvoo.

Brooks, Samantha K. & Webster, Rebecca K. & Smith, Louise E. & Woodland, Lisa & Wessely, Simon & Greenberg, Neil & Rubin, Gideon James 2020: The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 395 (10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Chiauzzi, Emil & Clayton, Ashley & Huh-Yoo, Jina 2020: Videoconferencing-Based Telemental Health: Important Questions for the COVID-19 Era From Clinical and Patient-Centered Perspectives. *JMIR Mental Health* 7 (12), e24021. <https://doi.org/10.2196/24021>

Codagnone, Cristiano & Bogliacino, Francesco & Gómez, Camilo & Charris, Rafael & Montealegre, Felipe & Liva, Giovanni & Lupiáñez-Villanueva, Francisco & Folkvord, Frans & Veltri, Giuseppe A. 2020: Assessing concerns for the economic consequence of the COVID-19 response and mental health problems associated with economic vulnerability and negative economic shock in Italy, Spain, and the United Kingdom. *PLoS ONE* 15 (10), e0240876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240876>

Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka & Karvonen, Sakari & Kivipelto, Minna & Koponen, Erja & Leemann, Lars & Londén, Pia & Saikku, Peppi 2020: *Sosiaalibarometri 2020. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry*. Helsinki.

Ettman, Catherine K. & Abdalla, Salma M. & Cohen, Gregory H. & Sampson, Laura & Vivier, Patrick M. & Galea, Sandro 2020: Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 3 (9), e2019686. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19686

Glueckauf, Robert L. & Maheu, Marlene M. & Drude, Kenneth P. & Wells, Brittny A. & Wang, Yuxia & Gustafson, David J. & Nelson, Eve-Lynn 2018: Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology: Research and Practice* 49 (3), 205–219. <https://doi.org/10.1037/pro0000188>

Guinart, Daniel & Marcy, Patricia & Hauser, Marta & Dwyer, Michael & Kane, John M. 2020: Patient Attitudes Toward Telepsychiatry During the COVID-19 Pandemic: A Nationwide, Multisite Survey. *JMIR Ment Health* 7 (12), e24761. <https://doi.org/10.2196/24761>

Helfer, Alix & Laine, Riku & Uusimäki, Virvatuuli & Pitkänen, Tuuli 2021: Terveystilan yhteydet kokemuksiin poikkeustilasta – verkkokysely sote-järjestöjen tavoittamille ihmisille valmiuslain aikana. *Tietopuu: Tutkimussarja* 4/2021. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Henrich, Gerhard & Herschbach, Peter 2000: Questions on Life Satisfaction (FLZM) - A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment* 16 (3), 150–159. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.16.3.150>

Jurvansuu, Sari & Helfer, Alix & Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli 2020a: Muutokset järjestöjen tavoittamien ihmisten päihteenkäytössä koronapoikkeustilan aikana. Toukokuussa 2020 toteutetun verkkokyselyn tuloksia. *Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia* 4/2020. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Jurvansuu, Sari & Kaskela, Teemu & Tourunen, Jouni 2020b: Lähipalveluista sähköisiin etäpalveluihin. Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen työntekijöiden kokemuksia koronapoikkeustilan aikana. *Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia* 3/2020. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Jurvansuu, Sari & Kaskela, Teemu & Tourunen, Jouni 2021: Kun kohtaamispaikka suljettiin. Kävijöiden ja työntekijöiden kokemuksia koronapoikkeustilan vaikutuksista. *Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia* 2/2021. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

- Kaitala, Ilona & Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina & Heiskanen, Maria & Kesänen, Minna & Vis-kari, Inari 2021: Koronaepidemian ensimmäisen aallon vaikutuksia päihdepalveluiden toimintaan, asiakkaisiin ja henkilöstöön. *Yhteiskuntapolitiikka* 86 (5–6), 606–614.
- Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.) 2020: Covid-19-epidemian vaikutuk-set hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. *Asiantuntija-arvio*, syksy 2020. Raport-ti 14/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Kivipelto, Minna & Karjalainen, Pekka & Partanen, Airi & Skogberg, Natalia 2020: Sosiaalisesti vai-keassa tilanteessa olevien työikäisten hyvinvointi. Teoksessa Kestilä, Laura & Härmä Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. *Asiantuntija-arvio*, syksy 2020. Raportti 14/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin lai-tos. Helsinki, 56–63.
- Lades, Leonhard K. & Laffan, Kate & Daly, Micahel & Delaney, Liam 2020: Daily emotional well-being during the COVID-19 pandemic. *Br J Health Psychol.* 25 (4), 902–911. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12450>.
- Laukka, Elina & Gluschkoff, Kia & Kaihlanen, Anu-Marja & Suvisaari, Jaana & Kärkkäinen, Jukka & Vormä, Helena & Heponiemi, Tarja 2021: Muutos psykiatristen avohoitokäyntien toteutuksessa ja johtajien kokemukset etäasiointia estävistä ja edistävästä tekijöistä COVID-19 aikakaudella. *Fin-JeHeW* 13 (1), 49–62. <https://doi.org/10.23996/fjhw.98228>
- Niemelä, Pauli 2009: Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): *Sosiaalityö ja teoria*. PSkustannus. Jyväskylä, 209–236.
- Niemelä, Pauli 2010: *Hyvinvointipolitiikka*. WSOYPro. Helsinki.
- Parikka, Suvi & Haario, Peppi & Ikonen, Jonna & Koskela, Timo & Härkänen, Tommi & & Lundqvist, Annamari 2021: Arkielämä ja elintavat. Teoksessa Kestilä, Laura & Jokela, Merita & Härmä Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kan-santalouteen. *Asiantuntija-arvio*, kevät 2021. Raportti 3/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hel-sinki, 33–38.
- Partanen, Airi & Suvisaari, Jaana 2020: Päihde- ja mielenterveyspalvelut. Teoksessa Kestilä, Laura & Härmä Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujär-jestelmään ja kansantalouteen. *Asiantuntija-arvio*, syksy 2020. Raportti 14/2020. Terveyden ja hyvin-voinnin laitos. Helsinki, 89–94.
- Pitkänen, Tuuli & Elovainio, Mirka & Jokelainen, Suvi & Tourunen, Jouni 2017: Ihmisten äänellä: Jär-jestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeet ja palvelun tarpeet. A-klinikkasäätien raport-tisarja 65. A-klinikkasäätio. Helsinki.
- Prime, Heather & Wade, Mark & Browne, Dillon T. 2020: Risk and Resilience in Family Well-Being During the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist* 75 (5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Romakkaniemi, Marjo 2011: *Masennus: Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta*. Acta Universitatis Lapponiensis 209. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Rissanen, Pekka & Parhiala, Kimmo & Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Honkatukia, Juha & Jor-manainen, Vesa 2020: COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestel-mään ja kansantalouteen: nopea vaikutusarvio. Raportti 8/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Salo, Outi & Tuunainen, Kirsti 1996: Da-Capo – alusta uudelleen. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

Savukoski, Maritta 2008: Vapaaksi anoreksian kahleista: Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Acta Universitatis Lapponiensis 142. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Sheridan Rains, Luke & Johnson, Sonia & Barnett, Phoebe & Steare, Thomas & Needle, Justin J. & Carr, Sarah & Lever Taylor, Billie & Bentivegna, Francesca & Edbrooke-Childs, Julian & Scott, Hannah Rachel & Rees, Jessica & Shah, Prisha & Lomani, Jo & Chipp, Beverley & Barber, Nick & Debat, Zainab & Oram, Sian & Morant, Nicola & Simpson, Alan 2020: Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 56 (1), 13–24.

Simon, Judith & Helter, Timea M. & White, Ross G. & van der Boor, Catharina & Laszewska, Agata 2021: Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: an Austrian survey study. BMC Public Health 21 (1), 314. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10351-5>

Solomon, Phyllis 2004: Peer support/peer provided services. Underlying processes, benefits and critical ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal 27 (4), 392–401.

Suvisaari, Jaana & Lundqvist, Annamari & Appelqvist-Schmidlechner, Kaija & Solin, Pia & Härkänen, Tommi 2021: Mieliala ja psyykkinen kuormittuneisuus. Teoksessa Kestilä, Laura & Jokela, Merita & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Raportti 3/2021. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 22–26.

THL: Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. <https://thl.fi/koronanvaikutukset>. Viitattu 20.1.2022.

Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari 2010: Johdanto. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 10–18.

Virtanen, Lotta & Kaihlanen, Anu-Marja & Isola, Anna-Mari & Laukka, Elina & Heponiemi, Tarja 2021: Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58 (3), 266–283.

Walker, Gill & Bryant, Wendy 2013: Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. Psychiatric Rehabilitation Journal 36 (1), 28–34. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0094744>

8.2 COVID-19-pandemian heijastuminen mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin ja mielenterveyspalveluihin – kokemuksia pandemian ensimmäisen aallon jälkeen

Mari Kivistö

8.2.1 COVID-19-pandemia, mielenterveys ja tutkimustiedon tarve

Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen alussa ei kukaan osannut ennustaa, millainen terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua vaarantava maailmanlaajuinen uhka hankkeen aikana tullaan kohtaamaan. Entuudestaan tuntematon koronavirus lähti leviämään vuodenvaihteessa 2019–2020 ja on siitä lähtien haastanut yhteiskuntia ja ihmisten arkea eri puolilla maailmaa. Pandemiaksi maailman terveysjärjestö WHO nimesi taudin helmikuussa 2020. Suomeen tauti tuli ja poikkeusolot rajoitustoimenpiteineen käynnistettiin maaliskuun 2020 puolivälissä. Suomessa tautiluvut ovat pysyneet moniin muihin maihin verrattuna melko hyvin hallinnassa, mutta tauti on näyttäytynyt aaltomaisena ja pelko taudin kiihtyvistä leviämisestä on ollut jatkuvasti läsnä.

Lääketieteellistä tutkimusta koronavirukseen liittyen on julkaistu pandemian alusta lähtien runsaasti. Mielenterveyteen liittyvän tutkimuksen tilanne ei ole ollut vastaava, mutta pandemian jatkuessa myös sitä on julkaistu enenevässä määrin, erityisesti kansainvälisesti. Lisäksi jo pandemian alkuvaiheessa tiedelehdissä julkaistiin lyhyempiä pandemiaan liittyviä tapaus- ja hyvien käytäntöjen kuvauksia, kannanottoja ja tilannekatsauksia (ks. esim. Moreno ym. 2020; Steingard 2020).

Suomessa ryhdyttiin valtioneuvoston kanslian toimesta kokoamaan virukseen, pandemiaan ja poikkeusoloihin liittyvää tutkimustietoa kuukausittain julkaistavaan COVID-19-tutkimuskatsaukseen. Katsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa on tullut esille muun muassa, että sosiaalisella eristäytymisellä on stressiä lisääviä ja hyvinvointia heikentäviä vaikutuksia (mm. masennus, ahdistuneisuus, uniongelmat) (Pieh ym. 2020). Niin ikään on kuvattu, miten pandemialla itsessään on stressiä, pelkoja ja ahdistusta lisäävä vaikutus, josta puhutaan jopa ”koronafobiana” (Lee ym. 2020). Koronapandemiaan on tunnistettu liittyvän myös ihmisiä stigmatisoivia vaikutuksia, jotka heijastuvat mielenterveyteen (Duan ym. 2020). Pandemian pitkän ajan vaikutukset ovat vielä epäselviä, mutta jo nyt pandemialla on tunnistettu olevan vaikutuksia kansalaisten terveyteen, talouteen, työllisyyteen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. On esitetty jopa uhkakuva, jossa COVID-19-taudin suorat ja välilliset vaikutukset kokonaisuutena voivat johtaa toiseen, ”mielenterveysongelmien pandemiaan” (Choi ym. 2020). Myös Suomessa korona-ajan on tunnistettu aiheuttaneen ”mielenterveysvelkaa” (Paakkunainen 2021).

Pandemia ja poikkeusolot rajoitustoimenpiteineen ovat vaikuttaneet mielenterveyteen muun muassa lisääntyneenä stressinä, pelkoina ja ahdistuksena, sosiaalisena eristäytymisenä, taloudellisina huolina sekä suruna ja menetyksinä. Pandemian on havaittu aiheuttaneen mielenterveysongelmia myös aiemmin terveille tai vain vähän oireita omanneille henkilöille sekä terveydenhuollon ammattilaisille. Toisaalta koronakriisin kielteiset vaikutukset ovat näyttäytyneet suurimpina henkilöillä, joilla oli mielenterveysongelmia jo ennen pandemiaa. (Carbone 2020; Moore & Kolencik 2020; Moreno ym. 2020; Newby ym. 2020; Yao ym. 2020; Viswanathan ym. 2020.)

Onkin tärkeää huomioida erityisesti ihmiset, jotka olivat marginaalissa jo ennen pandemiaa, kuten mielenterveyskuntoutajat. Tutkimusnäyttöä mielenterveysongelmia omaavien henkilöiden

muita suuremmasta riskistä sairastua COVID-19-tautiin ja sen vakaviin muotoihin on olemassa (Wang ym. 2020). Monilla mielenterveyden häiriöitä omaavilla henkilöillä on esimerkiksi fyysisten liitännäissairauksien vuoksi kohonnut tartuntariski. Myös heikentynyt elämänhallinta voi johtaa suurempaan tartuntariskiin, jos kyky huolehtia itsestä on alentunut. Lisäksi vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien tilanteita on vaikeuttanut entisestään se, että esimerkiksi osa mielenterveyden ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta keskeytyi pandemian ja poikkeusolojen vuoksi kokonaan (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2021; myös Martin ym. 2021). Koronapandemia lisäsi etäpalveluiden tarjontaa ja käyttöä, mutta tutkimusten perusteella etäpalvelut eivät ole tavoittaneet vaikeimmassa tilanteessa olevia ihmisiä eivätkä sovi kaikille asiakasryhmille (Jurvansuu ym. 2020; Laukka ym. 2021). Ylipäätään pandemian aikana mielenterveyspalveluissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on syntynyt palveluvajetta etäpalveluiden lisäämisestä huolimatta (Kestilä ym. 2021; Eronen ym. 2021). Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden huoli mielenterveyskuntoutujista on lisääntynyt merkittävästi (Eronen 2021, 63).

Myös Suomessa ovat valtioneuvoston teettämän raportin mukaan olleet koronakriisin aikana suurimmassa vaarassa heikon toimintakyvyn ja terveyden sekä niukat sosiaaliset ja taloudelliset resurssit omaavat kansalaiset, joiden tilanteisiin palveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden heikkenemisen on todettu vaikuttaneen kielteisesti (Sosiaali- ja terveysministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön asettama työryhmä 2020). Sosiaalibarometrin perusteella mielenterveyteen liittyvät yhteydenotot lisääntyivät pandemian aikana ja työntekijöiden mielenterveyskuntoutujia koskeva huoli kasvoi (Eronen ym. 2020, 86–87; Eronen ym. 2021). Koronakriisi on ollut suomalaisen mielenterveyden palvelujärjestelmän näkökulmasta hankala myös siksi, että suhteellinen resursointi mielenterveyspalveluihin oli heikentynyt jo ennen pandemiaa, vaikka mielenterveyden häiriöt ovat jatkuvasti lisääntyneet (ks. Wahlbeck ym. 2018).

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti keväällä 2020 valtionavustus- ja hankehakuja COVID-19-pandemian vaikutusten arvioimiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 5.5.2020) ja haavoittuvassa asemassa olevien tilanteen parantamiseksi sekä COVID-19-kriisin aikana että sen jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 22.4.2020). Myös Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke sai tässä yhteydessä lisärahoitusta pandemian vaikutusten tutkimiseen ja uusien hyvien käytäntöjen kehittämiseen. Tämä artikkeli on osa lisärahoitukseen liittyvää tiedon tuotantoa.

8.2.2 Tutkimuskysymys, aineistot ja analyysi

Tässä artikkelissa pureudutaan mielenterveyden kysymyksiin koronakriisin kontekstissa ja kysytään, miten COVID-19-pandemia on heijastunut mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin ja mielenterveyspalveluihin. Kokemuksia ja näkemyksiä tarkastellaan asiakkaiden ja ammattilaisten fokusryhmähaastattelujen pohjalta. Aineistot rajautuvat yhden sairaanhoitopiirin alueelle. Aineistojen tutkimuskäyttöön on saatu puoltava eettinen lausunto Lapin korkeakoulukonsernin eettiseltä neuvostolta, tutkimuslupa sairaanhoitopiiristä sekä kirjalliset suostumukset kaikilta fokusryhmähaastatteluihin osallistuneilta henkilöiltä.

Fokusryhmähaastatteluin tehtyä aineiston keruuta suuntasi etukäteen laadittu puolistrukturoitu haastattelurunko, jossa COVID-19-pandemia ja sen koettu merkitys oli yhtenä teemana mukana. Asiakkaiden kahteen fokusryhmään osallistui kahdeksan naista ja yksi mies. Ammattilaisia osallistui kahteen fokusryhmään yhteensä yhdeksän henkilöä, kaikki naisia. Fokusryhmähaastattelut tallennettiin, litteroitiin ja anonymisoitiin. Ammattilaisten haastattelut olivat kumpikin kestoltaan noin kaksi tuntia ja asiakkaiden noin puolitoista tuntia. Ammattilaisten haastattelut toteutettiin kesäkuussa 2020, jolloin ensimmäinen korona-aalto oli Suomessa jo laantunut. Asiakkaiden haastattelujen aikaan, syksyllä 2020, puolestaan ennakoitiin toisen aallon tuleamista.

Aluksi aineistoa rajattiin poimimalla siitä COVID-19-kontekstia koskevat kokemukset. Tämän jälkeen rajatumpaa aineistoa luettiin tutkimuskysymyksen ohjaamana jakaen havainnot kahteen teemaan: pandemian ja poikkeusolojen 1) heijastuminen mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin ja 2) vaikutukset mielenterveyspalveluihin.

Tulokset näyttäytyivät monisuuntaisina. Yhtäältä pandemian koettiin heijastuneen mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin haasteita tuovana, mutta toisaalta joissakin tilanteissa myös aiemmin piilossa olleiden voimavarojen uudelleen löytämisenä ja käyttämisenä. Mielenterveyspalveluissa pandemian koettiin näkyneen sekä olemassa olevien palvelujen karsimisena että uusina, erityisesti etäyhteyksiä hyödyntävinä, vaihtelevasti onnistuneina palvelukokeiluina (ks. myös Martin ym. 2021).

8.2.3 Asiakkaille arjen haasteita ja itsensä ylittämisiä

”Emmä sillä tavalla pelkää sitä koronaa. Mutta tyhjyyttä se tuo.”

Asiakkaat kertoivat pysyneensä pääosin rauhallisina COVID-19-pandemiasta ja poikkeusoloista huolimatta. Suhtautuminen koronaan oli kuitenkin vaihtelevaa osan kuvatessa pelkojaan enemmän. Toisaalta osa asiakkaista kertoi itse antaneensa pandemian aikana sekä konkreettista apua että henkistä tukea läheisilleen.

Monen asiakkaan huolet olivat suuntautuneet ennemmin pandemian muuttamaan arkeen kuin itse COVID-19-tautiin. Kuvattiin esimerkiksi, miten pandemia poikkeusoloiheen oli tehnyt arjesta entistäkin enemmän kotiin ja yksinoloon keskittyvää. Toisaalta saatettiin kertoa, että pandemian aiheuttama pakko kotona pysymiseen oli antanut itselle kaivattua aikaa ja tilaa rauhoittumiseen. Perheellisten asiakkaiden kokema stressi oli lisääntynyt keväällä 2020 myös rajoitustoimenpiteiden takia koulusta kotiin jääneiden lasten koulunkäynnistä huolehtimisen vuoksi. Samaan aikaan olivat aikuisen kuntoutujan omat turvaverkot saattaneet haurastua. Esimerkiksi perheen isovanhemmat olivat pandemian vuoksi joutuneet eristäytymään omaan kotiinsa eivätkä enää pystyneet tarjoamaan lastenhoitoapua. Toisaalta osa asiakkaista kuvasi tilanteita, joissa omia pelkoja ja ahdistusta oli täytynyt pandemian aikana ylittää esimerkiksi hoitamalla ikääntyneiden vanhempien kauppa-asiointeja heidän puolestaan. Kaupassa käynnin saatettiin myös kertoa olleen pandemian aikana itselle aiempaa miellyttävämpi kokemus ihmisten etäisyyden pitämisen vuoksi. COVID-19-pandemian ja poikkeusolojen koetut heijastukset mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin ovat siten olleet moninaisia ja yksilöllisiä.

Ammattilaiset näkivät pandemian merkityksellisenä asiakkaiden mielenterveydelle, mutta varsinaista katastrofia he eivät kokeneet tapahtuneen kevään 2020 aikana⁶. Ammattilaiset kertoivat pandemian ja sen aiheuttamien uhkien lisänneen erityisesti pandemian alussa ja ainakin tilapäisesti ihmisten pelkoja ja ahdistusta sekä osalla asiakkaista myös sairauden oireita. Esimerkiksi pakonomaisesta käsien pesemisestä kärsivien henkilöiden tilanne oli voinut pandemian aikana pahentua, ja monella asiakkaalla kerrottiin olleen uniongelmia. Ammattilaiset pohtivat lisäksi, hakeutuivatko pandemian alussa hoitoon lähinnä vain vaikeimmin oireilevat henkilöt, joilla oli jo esimerkiksi psykoosioireita. Ja toisaalta sinnittelivätkö ja jättivätkö psyykkisesti lievemmin oireilevat hakeutumatta hoitoon, ja mitä seurauksia tällä mahdollisesti tulevaisuudessa on?

Ammattilaisilla oli käsitys, että asiakkaiden yksinäisyys oli lisääntynyt pandemian aikana. Monen mielenterveyskuntoutujan kerrottiin olevan jo lähtökohtaisesti yksinäinen. Ennen pandemiaa viikoittainen tapaaminen mielenterveyden ammattilaisen kanssa tai osallistuminen esimerkiksi ryhmätoimintaan oli ollut osalle asiakkaista ainut sosiaalinen kontakti. Ammattilaiset kuvasivat myös, miten osa asiakkaista oli juuri saavuttanut arkeensa tietyt turvalliset ja toistuvat

⁶Ammattilaisten haastattelut tehtiin kesäkuussa 2020.

rutiinit kodin ulkopuolisten asiointien ja toimintojen suhteen, kun pandemia rikkoi aikaansaadut rutiinit aiheuttaen samalla takapakkia toipumiseen. Myös osa asiakkaista kuvasi pandemian ja rajoitustoimenpiteiden myötä tauolle menneiden mielenterveyspalvelujen hidastaneen omaa toipumisprosessia.

”– asiat ei etene. Mulla on se vaikea, että mulla asiat pitäis edetä johonkin. Se on mun ajatus.”

Vaikka ammattilaiset kertoivat havainneensa lisääntyntä huolta ja pelkoa mielenterveyskuntoutujissa, kertoivat he monen asiakkaan olleen pandemiatilanteesta huolimatta hyvin rauhallinen. Eräs ammattilaisista kuvasi omana näkemyksenään poikkeusolojen ja rajoitustoimenpiteiden ”hermostuttaneen” työntekijöitä asiakkaita enemmän. Yksittäisten asiakkaiden kuvattiin olleen jopa ”tyytyväisiä” siitä, että koronakriisin ansiosta myös mielenterveyden häiriöitä omaamattomat ihmiset näkevät ja kokevat, miten rajoitettua elämä on, kun ei pysty menemään minnekään.

8.2.4 Mielenterveyspalveluissa karsimista ja uusia kokeiluja

”Se oli niin semmonen seinään. Tavallaan tää [ryhmätoiminta] oli yks harrastus ni yhtäkkiä kaikki muutki harrastukset loppu mut sit tämäki harrastus loppu ja ei nähny ihmisiä ja näin, et se oli tosi semmonen kertalaakista vaan niinkun nyt kaikki meni.”

Osa asiakkaista kertoi, miten omalla kohdalla juuri ennen pandemiaa käynnistymään päässyt ryhmätoiminta oli laitettu äkillisesti tauolle kevään 2020 poikkeusolojen käynnistyttyä. Osa koki jääneensä eriarvoiseen asemaan, kun jotkut asiakkaat olivat saaneet jatkaa ryhmätoimintoihin osallistumista kooltaan pienemmiksi muokatuissa ryhmissä, mutta esimerkiksi riskiryhmiin kuuluvat asiakkaat eivät. Myös yksilöterapioida kerrottiin lopetetun osalta asiakkaista koronan vuoksi kokonaan, mutta osan kohdalla jatkettua, puhelinyhteyksin tai muulla tavoin. Yleisesti ottaen pandemian koettiin tuottaneen heikennyksiä palvelumahdollisuuksiin. Lisäksi asiakkaat kuvasivat rajoitusten vaikuttaneen palvelujen laatuun.

Ammattilaiset kertoivat, että COVID-19-pandemian ja poikkeusolojen käynnistyttyä sairaanhoitopiirissä jatkettiin mielenterveyspalvelujen toteuttamista vaihtelevin käytännöin: osa toiminnoista jatkui entisellään, osa jatkui supistettuina ja osa keskeytyi kokonaan määräaikaaisesti tai toistaiseksi. Pandemian vuoksi tarvittavien etäyhteyksien käyttöönotto oli koettu osin haastavaksi. Asiakkaiden osalta tuli esille, miten he olisivat odottaneet mielenterveyspalvelujen pandemian aikaisessa toteuttamisessa enemmänkin etäyhteyksien hyödyntämistä. Esiin tuotiin myös huoli siitä, ettei kaikkien asiakkaiden kohdalla ole riittävä eikä asianmukainen toimintatapa tauottaa palveluja sopien, että asiakas ottaa tarvittaessa yhteyttä. Pandemian aikaista yhteyden- ja huolenpitoa oli kaivattu myös palvelujärjestelmästä asiakkaisiin päin.

Sekä ammattilaiset että asiakkaat kertoivat mielenterveyspalvelujen toteuttamisessa tehdyn karsintaa pandemian aikana. Palvelukohtaamisten kerrottiin vähentyneen, samoin oli käynyt ryhmä- ja kokemusasiantuntijatoiminnoille. Esimerkiksi päihteiden käytön hallintaan liittyvä ryhmä oli lakannut toimimasta huolimatta siitä, että koronakriisi voi tuottaa riskin päihteiden käytön lisääntymiselle. Ammattilaiset kuvasivat, miten osaa asiakkaista oli pandemian alettua kehoitettu sairaanhoitopiirin toimesta siirtämään omaa palvelunkäyttöään myöhäisempään ajankohtaan. Toisaalta osa asiakkaista oli viruksen saamisen pelossa siirtänyt oma-aloitteisesti hoitoon haakeutumistaan. Myös asiakkaiden määrä ryhmissä oli voinut vähentyä siksi, että kaikki asiakkaat eivät taudin saamisen pelossa uskaltaneet enää osallistua.

Lähipalvelujen karsintaan oli pyritty vastaamaan esimerkiksi puhelinpalvelua lisäämällä. Asiakkaiden tavoin myös ammattilaiset kokivat pandemian tehneen näkyväksi etäyhteyksin toteutettavien mielenterveyspalvelujen tarpeen. Etäyhteyksiä oli tilanteessa pyritty hyödyntämään mahdollisuuksien mukaan. Etäyhteyksien hyödyntämisen kuvattiin kuitenkin olleen monelle – niin asiakkaille kuin ammattilaisillekin – uutta ja haasteellista.

8.2.5 Kokemusten ohjaamana kohti uudistuvaa palvelujärjestelmää?

Artikkelissa kuvattiin asiakkaiden ja ammattilaisten kokemuksia COVID-19-pandemian heijastumisesta mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin ja mielenterveyspalveluihin. Aineistona toimineet fokusryhmähaastattelut rajautuivat yhden sairaanhoitopiirin alueelle, mutta tehtyihin havaintoihin löytyy peilauspintaa kansainvälisestä ja kotimaisesta tutkimuskirjallisuudesta.

Pandemian ja poikkeusolojen välittömät heijastukset mielenterveyskuntoutujien tilanteisiin pandemian ensimmäisen aallon jälkeen näyttäytyivät moninaisina; yhtäältä saatettiin korostaa yksinäisyyden ja stressin lisääntymistä, mutta toisaalta positiivisessakin mielessä oman ajan lisääntymistä sekä itsestä löytyneitä uusia voimavaroja. Sekä haastatellut asiakkaat että ammattilaiset kokivat COVID-19-pandemian heijastuneen mielenterveyteen lisäten esimerkiksi pelkoja, ahdistusta ja yksinäisyyttä, mikä havainto mukailee kansainvälistä ja kotimaista keskustelua (esim. Carbone 2020; Eronen ym. 2020; 2021; Yao ym. 2020). Toisaalta tuotiin esille, että asiakkaat olivat pysyneet melko rauhallisina vakavasta tilanteesta huolimatta. Tätä selittää ainakin osittain Suomessa monia muita maita paremmin hallinnassa pysynyt tautitilanne. Tutkimuksen kontekstina toimineen sairaanhoitopiirin alueella tartuntaluvut olivat haastatteluajankohtana erittäin pieniä. Haastatteluihin ei myöskään osallistunut henkilöitä, joilla olisi ollut vaikea-asteisia mielenterveyden häiriöitä.

Ammattilaiset nostivat esille kysymyksen siitä, onko osa mielenterveysongelmia omaavista henkilöistä vältellyt yhteydenottoa palvelujärjestelmään koronaviruksen pelossa. Lisäksi voidaan pohtia, ovatko mielenterveyskuntoutujat henkilöitä, jotka pandemian käynnistyttyä ovat ensimmäisinä olleet ottamassa yhteyttä palvelujärjestelmään, vai onko korona tuottanut yhteydenottamiseen johtavaa huolta enenevässä määrin niille kansalaisille, joiden tilanne on ollut suhteellisen vakaa ennen pandemiaa? Myös siirtyminen etäpalveluihin mielenterveyspalveluissa on voinut johtaa aiempaa suurempaan eriarvoisuuteen palveluissa (myös Eronen ym. 2020; 2021). Ammattilaiset korostivat, että osa pandemian vaikutuksista voi tulla esiin vasta myöhemmin (ks. myös Newby ym. 2020).

Sekä ammattilaisten että asiakkaiden fokusryhmähaastattelut tukevat ajatusta siitä, että COVID-19-pandemian aiheuttaman pakon sanelemana tarjoutuu toisaalta mahdollisuus kehittää mielenterveyden palvelujärjestelmää moninaisiin ja muuttuviin tarpeisiin sekä mahdollisiin uusiin kriiseihin paremmin vastaavaksi. Koronakriisiä uuden oppimisen mahdollisuutena on korostettu kansainvälisessä keskustelussa (esim. Moreno ym. 2020), jossa on myös annettu mielenterveyspalvelujen varautumisjärjestelmän kehittämiseen ja johtamiseen liittyviä suosituksia (Carbone 2020; Maulik ym. 2020). Koronaviruspandemian aiheuttama kriisi oli kaikille uusi ja yllättävä, mistä syystä sen etenemistä ei ollut mahdollista heti pysäyttää. Toimenpiteisiin kuitenkin ryhdyttiin, ja osana kehittämistarpeisiin vastaamista on Sosiaali- ja terveysministeriö kohdistanut hankerahotusta koronaviruspandemian mielenterveysvaikutusten ehkäisyyn ja hoitoon.

Sekä ammattilaisten että asiakkaiden haastatteluissa kuvattiin, miten mielenterveyspalveluja oli keväen 2020 aikana jouduttu karsimaan siitä huolimatta, että mielenterveyspalvelujen tarve näyttäytyi samaan aikaan kasvavana (myös Moreno ym. 2020; Martin ym. 2021). Toisaalta sairaanhoitopiirissä oli poikkeusolojen alettua kyetty nopeastikin muuttamaan toimintatapoja eikä

kaikkia toimintoja yksiselitteisesti keskeytetty, vaan ennemmin tehtiin muutoksia ja rajoituksia. Lisääntyneisiin ja muuttuneisiin palvelutarpeisiin pyrittiin vastaamaan muun muassa etäyhteyksiä hyödyntämällä. Digitaaliteknologian hyödyntäminen mielenterveystyössä oli kuitenkin monelle uutta eikä avun tarjoaminen esimerkiksi puhelimitse näyttäytynyt merkityksellisyydestään huolimatta kaikkien näkökulmasta riittävänä (ks. myös Eronen ym. 2021; Laukka ym. 2021; Martin ym. 2021).

Toivo on mielenterveyden näkökulmasta elintärkeää ja tunne jatkuvuudesta lisää toivoa. Kevään 2020 poikkeusolojen jälkeen ammattilaisten fokusryhmähaastattelujen aikaan kesällä 2020 tilanne oli jo astetta valoisampi. Ammattilaiset kertoivat monissa toiminnoissa siirrytyn takaisin entisiin käytäntöihin ja asiakkaiden pääosin palanneen palvelujen piiriin – myös ryhmätoimintoihin. Myös syksyllä 2020 haastatelluilla asiakkailla olivat palvelut vähitellen käynnistymässä uudelleen. Toisaalta osalla, kuten riskiryhmiin kuuluvilla asiakkailla, oli tilanne esimerkiksi ryhmätoimintojen jatkumisesta yhä avoin.

”Kyllä ne on vähän palautunut. En tiää, tuleeko tää sitten jatkumaan minkälaisena. Että joitakin tapaamisia mä oon saanut takasin.”

Asiakkaiden joukosta esitettiin vetoamus siitä, että kaikki, myös hyväosaiset kansalaiset, sopeutuisivat toimimaan annettujen ohjeistusten mukaisesti yhteiseen haasteeseen vastaamiseksi ja paremman tulevaisuuden aikaansaamiseksi.

”Mun mielestä niitä suosituksia pitää noudattaa. -- Nyt on korona, nyt eletään tätä, sopeudutaan siihen ja pitää sopeutua. Sen kun tekis nyt kunnolla kaikki, ni vois olla, ettei menis niin pitkään -- Tää on tietysti epätavallinen tilanne. Mutta tulevaisuudestakaan ei tiedä.”

Lähteet

Carbone, Stephen. R. 2020: *Flattening the curve of mental ill-health: the importance of primary prevention in managing the mental health impacts of COVID-19*. *Mental Health & Prevention* 19, 200185. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200185>

Choi, Kristen R. & Heileman, MarySue V. & Fauer, Alex & Mead, Meredith 2020: *A second pandemic: Mental Health spillover from the novel coronavirus (COVID-19)*. *Letter to editor. Journal of American Psychiatric Nurses Association* 26 (4), 340–343. doi: 10.1177/1078390320919803.

Duan, Wenjie & Bu, He & Chen, Zheng 2020: *COVID-19-related stigma profiles and risk factors among people who are at high risk of contagion*. *Social Science & Medicine* 266, 113425. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113425>

Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka ym. 2020: *Sosiaalibarometri 2020*. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. Helsinki.

Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka & Karvonen, Sakari & Kivipelto, Minna & Knop, Jade & Londén, Pia 2021: *Sosiaalibarometri 2021. Koronakriisi ja palvelujärjestelmän joustavuus*. SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. Helsinki.

Jurvansuu, Sari & Kaskela, Teemu & Tourunen, Jouni 2020: *Lähipalveluista etäpalveluihin. Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen työntekijöiden kokemuksia koronapoikkeustilan aikana*. Tietopuu: Kat-sauksia ja näkökulmia 3/2020. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Kestilä, Laura & Jokela, Merita & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.) 2021: *COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen*. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Raportti 3/2021. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Laukka, Elina & Gluchkoff, Kia & Kaihlanen, Anu-Marja & Suvisaari, Jaana & Kärkkäinen, Jukka & Vormaa, Helena & Heponiemi, Tarja 2021: Muutos psykiatristen avohoitokäyntien toteutuksessa ja johtajien kokemukset etäasiointia estävistä ja edistävistä tekijöistä COVID-19 aikakaudella. *Fin- nish Journal of eHealth and eWelfare* 13 (1), 49–62.

Lee, Sherman A. & Jobe, Mary C. & Mathis, Amanda A. & Gibbons, Jeffrey A. 2020: Incremental va- lidity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 74, 102268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>

Martin, Marjatta & Laitila, Minna & Kivistö, Mari & Soronen, Kari & Hautala, Sanna 2021: CO- VID-19-pandemian aiheuttaman poikkeustilanteen merkitys kokemusasiantuntijatoiminnalle mie- lenterveysystyössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58 (3), 320–336.

Maulik, Pallab K. & Thornicroft, Graham & Saxena, Shekhar 2020: Roadmap to strengthen global mental health systems to tackle the impact of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Systems* 14, 57. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00393-4>

Moore, Christine & Kolencik, Juraj 2020: Acute Depression, Extreme Anxiety, and Prolonged Stress among COVID-19 Frontline Healthcare Workers. *Psychosociological Issues in Human Resource Management* 8 (1), 55–60.

Moreno, Carmen & Wykes, Til & Galderisi, Silvana & Nordentoft, Merete & Crossley, Nicolas & Jo- nes, Nev & Cannon, Mary & Correll, Christoph U. & Byrne, Louise & Carr, Sarah & Chen, Eric YH. & Gorwood, Philip & Johnson, Sonia & Kärkkäinen, Hilikka & Krystal, John H. & Lee, Jimmy & Lieber- man, Jeffrey & López-Jaramillo, Carlos & Männikkö, Miia & Phillips, Michael R. & Uchida, Hiroyu- ki & Vieta, Eduard & Vita, Antonio & Arango, Celso 2020: How mental health care should change as consequence of the COVID-19 pandemic? Position paper. *Lancet Psychiatry* 7 (9), 814–824. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2

Newby, Jill M. & O´ Moore, Kathleen & Tang, Samantha & Christensen, Helen & Faasse, Kate 2020: Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE* 15 (7), e0236562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>

Paakkunainen, Piia 2021: Korona-aika on luonut mielenterveysvelkaa: ”Nyt pitää estää tämän muuttuminen häiriöiden epidemiaksi” – eduskunta keskusteli mielenterveydestä. *Yle uutiset* 6.10.2021.

Pieh, Christoph & Budimir, Sanja & Probst, Thomas 2020: The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research* 135, 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>

Sosiaali- ja terveysministeriö 22.4.2020. ESR -hankehaku 22.4.2020–15.6.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö 5.5.2020. Valtionavustuksia haettavana mielenterveysstrategian to- teuttamiseen – tukea muun muassa koronavirusepidemian mielenterveysvaikutusten ehkäisyyn ja hoitoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön asettama työryhmä 2020: Hyvin- voinnin ja tasa-arvon vahvistaminen koronakriisin aikana ja sen jälkeen. Valtioneuvoston julkaisu- ja 2020:19. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-875-5>. Viitattu 4.1.2021.

Steingard, Sandra 2020: Fresh Focus on Troubled Times. Editorial. *Community Mental Health Journal* 56, 785. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00636-1>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021: Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. *Seurantaraaportti* 27.1.2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Viswanathan, Ramaswamy & Myers, Michael F. & Fanous, Ayman H. 2020: Support Groups and Individual Mental Health Care via Video Conferencing for Frontline Clinicians During the COVID-19 Pandemic. *Psychosomatics* 61 (5), 538–543. doi: 10.1016/j.psych.2020.06.014.

Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McDaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes & Reini, Kaarina & Salovaara, Samuel & Tourunen, Jouni 2018: Toimivat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Valtioneuvosto. Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/136063>. Viitattu 27.10.2020.

Wang, QuanQiu & Xu, Rong & Volkow, Nora D. 2020: Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* 20 (1), 124–130. <https://doi.org/10.1002/wps.20806>

Yao, Hao & Chen, Jian-Hua & Xu, Yi-Feng 2020: Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 7 (4), E21. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30090-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30090-0/fulltext). Viitattu 26.10.2020.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Esa Nordling ja Marjatta Martin

Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke on ensimmäinen Suomessa toteutettu laaja-alainen tutkimus- ja kehittämishanke, jonka nimenomaiseksi tavoitteeksi asetettiin toipumisorientaatioon perustuvien ratkaisujen kehittäminen mielenterveyspalveluihin. Toipumisorientaation käsitteellistämisen lisäksi haluttiin kehittää uudenlaisia työmenetelmiä, käytäntöjä ja palvelukokonaisuuksia, joissa asiakkaan osallisuus toteutuu mahdollisimman hyvin.

Hankkeen panostus uudenlaisen viitekehyksen soveltamiseksi mielenterveyspalveluihin on ollut vahva. Toipumisorientaatiota ja positiivista mielenterveyttä käsittelevä hankkeen julkaisutoiminta on ollut laajaa ja monipuolista suuntautuen eri kohderyhmille. Hankeaikana toteutettiin lukuisia koulutuksia, seminaareja ja työpajoja valtakunnallisesti ja alueellisesti, jotta toipumisorientaatiota ja positiivista mielenterveyttä koskeva tietoisuus lisääntyy. Hankkeen toteuttamiin koulutuksiin osallistui yli 13 000 henkilöä. Hankeaikana julkaistiin myös useita keskeisiin hankesisältöihin liittyneitä podcasteja. Näiden eri toimenpiteiden avulla on mahdollistettu toipumisorientaatioon liittyvän käytäntöperustaisen tiedon ja osaamisen lisääntyminen Suomessa sekä positiivisen mielenterveyden käsitteen tunnetuksi tekeminen suomalaisessa mielenterveystyössä. Lisäksi on tehty työtä positiivisen mielenterveyden mittarin käyttöönoton tukemiseksi sekä henkilökohtaisen toipumisen ja palvelujärjestelmän toipumissuuntautuneisuuden arviointiin soveltuvien mittarien tunnettavuuden edistämiseksi ja kehittämiseksi.

Asiakasosallisuuden vahvistamiseen kehitettiin uusia toimintamalleja, joiden soveltuvuutta myös arvioitiin. Kokemusasiantuntijat osallistuivat aktiivisesti uusien toimintamallien kehittämiseen, hankkeen koulutusten toteuttamiseen ja tutkimustyöhön. Sähköisten mielenterveyspalvelujen yleistyessä hankkeen yhtenä keskeisenä kiinnostuksen kohteena oli sähköisten mielenterveyspalvelujen kehittäminen ja niiden käyttöönoton tuki. Tämä tavoitteen mukainen toiminta tuli ennistä tärkeämmäksi hankeaikana levinneen COVID-19-pandemian vuoksi.

Näitä kaikkia teemoja on käsitelty hankkeen eri teoksissa, artikkeleissa ja muissa julkaisuissa. Tässä käsillä olevan teoksen luvussa kiteytetään niitä ajatuksia, joita tämän teoksen edeltävät tekstit ja artikkelit herättävät sekä pohditaan myös sitä, mitkä tekijät helpottavat hankkeen tulosten juurruttamista.

Asiakaslähtöisyyttä käsitellään monissa teoksen luvuissa. Terveystieteiden järjestämissuunnitelmia koskevassa tarkastelussa todetaan, että asiakaslähtöisyys on jäsennettävissä organisaation ja sen työntekijöiden toiminta- ja työtavoiksi (Laitila 2010) sekä asiakkaan tarpeiden, odotusten ja realiteettien ottamiseksi työskentelyn lähtökohdaksi. Näin ollen asiakaslähtöisyys on vahvasti sidoksissa palvelujärjestelmässä vallitsevaan kokonaisvaltaiseen ihmiskuvaan sekä asiakkaan ja ammattilaisen kumppanuuteen. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakaslähtöisyyttä toteuttavassa organisaatiossa päätöksenteon pitää perustua tasavertaiseen vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa ja jaettuun päätöksentekoon. Asiakkaille on oltava myös mahdollisuus osallistua palvelujen kehittämiseen, mikä mahdollistaa asiakkaiden ja työntekijöiden oppimisprosessin. Ilman oppimisprosessin kokemusten hyödyntämistä ei ole mahdollista muuttaa mielenterveystyön kulttuuria yhdessä tekemiseksi ja aidosti asiakaslähtöiseksi. Tällöin eivät toipumisorientaation periaatteetkaan voi realisoitua. Toipumisessa on kyse henkilökohtaisella tasolla asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessista (Anthony 1993). Samankaltaista muutosprosessia voidaan odottaa ammattilaisiltakin, kun auttamistyön lähtökohdaksi asetetaan asiakaslähtöisyys. Järjestämissuunnitelmia koskevan tarkastelun perusteella asiakaslähtöisyys oli kuitenkin melko yleisesti lähinnä retoriikkaa suunnitelmien laadinnan ajankohtana, ja sitä ei konkretisoitu käytännön toimenpiteiden tasolla.

Kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan vuosille 2009–2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) sisällytettyyn suositukseen kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumisesta mielenterveystyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin suhtauduttiin pääosin myönteisesti käytännön työssä. Tämä lisäsi mahdollisuuksia kokemustoimijoiden asiakasnäkökulman mukaan tuomiseen hoidon suunnitteluun ja osittain myös hoito-organisaatioiden kehittämistoimintaan. Asenteelliset ja rakenteelliset muutokset ovat olleet tässä yhteydessä nopeita. Myös kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa vuosille 2020–2030 yhtenä mielenterveystyön painopistealueena esitetään mielenterveysoikeudet, joihin sisältyy oikeus vaikuttaa sekä kansalaisena, päätöksenteon osapuolena, vertaistoimijana että kokemusasiantuntijana (Vorma ym. 2020, 25). Näin ollen kokemusasiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen mielenterveystyön ja -palvelujen kehittämisessä tukee toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutumista.

Tämän teoksen useissa luvuissa käsitellään kokemusasiantuntijuutta ja tarkasteluihin sisältyy monipuolisesti eri näkökulmia. Niistä ilmenee, että kokemusasiantuntijuuteen liittyy runsaasti positiivisia odotuksia ja sillä on osoitettu olevan myönteisiä vaikutuksia toimijoille itselleen, heidän tuettavilleen ja myös palvelujärjestelmän näkökulmasta. Kokemusasiantuntijatoiminta on hyödyllistä yksilöiden toipumisen, hyvinvoinnin, toimijuuden ja osallisuuden kannalta (esim. Laitila 2019; Rissanen & Jurvansuu 2019; Kivistö ym. 2021). Se on merkityksellistä myös osatyökykyisyyden hyödyntämisen, työurien pidentämisen, palvelujen laadun ja monipuolisuuden näkökulmista (Rissanen & Jurvansuu 2019; Kivistö ym. 2021; Martin ym. 2021).

Kokemusasiantuntijatoimintaan kytkeytyy myös monia kysymyksiä, jotka vaativat ratkaisuja. Toiminnan laajenemisen ja juurruttamisen kannalta keskeistä on yhdenmukaistaa ja vakiinnuttaa kokemusasiantuntijakoulutus ja palkkiokäytännöt. Lisäksi on tehtävä ratkaisuja palkkioiden ja sosiaaliturvan yhteensovittamisesta (Rissanen & Jurvansuu 2019). Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten sujuva yhteistyö edellyttää vastuiden, velvoitteiden ja asemien selkiyttämistä työyhteisöissä. Kokemusasiantuntijoille on mahdollistettava työnohjaus ja kehittämisseskelut, kuten muillekin työyhteisön jäsenille. Kokemusasiantuntijatoiminnan koordinointiin ja kehittämiseen on nimettävä vastuutaho tulevilla hyvinvointialueilla ja niiden sote-keskuksissa, jotta toiminnasta tulee kiinteä osa mielenterveyspalveluja.

Kokemusasiantuntijuuteen liittyy läheisesti jaettu asiantuntijuus, jolle kokemusasiantuntijat ovat toimineet sillanrakentajina. Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteistyö voi parhaimmillaan toteutua jaettuna asiantuntijuutena. Se edellyttää tasa-arvoista asemaa kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välillä, arvostavaa vuorovaikutusta sekä ymmärrystä siitä, että kokemukseen perustuva ja ammatillinen osaaminen yhdistämällä voidaan rakentavalla tavalla kehittää mielenterveystyötä ja -palveluja laadukkaammiksi ja paremmin erilaisiin tarpeisiin vastaaviksi.

Sähköisten mielenterveyspalvelujen merkitystä palvelutarpeisiin vastaamisessa ja palvelujen saatavuuden varmistamisessa on korostettu erityisesti COVID-19-pandemian aikana. Niiden vahvuutena on pidetty nopeaa ja helppoa saatavuutta ja saavutettavuutta, koska ne eivät ole aika- ja paikkasidonnaisia. Sähköisillä mielenterveyspalveluilla on todettu saatavan aikaan myönteisiä vaikutuksia muun muassa asiakkaan osallisuudessa, ja niiden tuloksellisuutta on pidetty yhtä hyvänä kuin kasvokkaisten palvelujen (esim. Kivistö 2021). Ne vaikuttavat sopivan erityisen hyvin masennuksen ja ahdistuksen hoitoon. Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen aikana etäyhteyksin toteutetut depressiokoulupilotit osoittautuivat onnistuneiksi sekä asiakkaiden toipumisen että osallisuuden kannalta. (Kivistö 2021.) Sähköisiä palveluja kehitettäessä on kuitenkin huomioitava, että ne eivät sovi kaikille, vaan tarvitaan monikanavaisia erilaisiin tarpeisiin vastaavia palveluja. Sähköisten mielenterveyspalvelujen kehittämisen tulee olla tutkimusperustaista. Esimerkiksi sähköisten mielenterveyspalvelujen kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä ja interventioiden tuloksellisuutta on tarkasteltava erilaiset ti-
lannetekijät, olosuhteet ja kontekstit huomioiden.

Toipumisorientaation ja sen mukaisten toimintamallien toimeenpanon ja juurruttamisen keskeisiä edellytyksiä organisaatioissa ovat yhteinen arvopohja ja toipumisorientoitunut toimintafilosofia, joka ilmenee systemaattisena toiminnan kehittämisenä kohti yhdessä sovittua tavoitetta (Martin & Nordling 2021). Todellisten muutosten aikaansaaminen vaatii pitkäaikaista ja kokonaisvaltaista kehittämistyötä, johon on liitettävä monipuolista arviointia ja tarvittaessa myös tutkimustyötä. Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeen aikana on kehitetty erinomaisia toimintamalleja ja -käytäntöjä, mutta hankkeen tuloksellisuuden kannalta on oleellista se, että osatoteuttajilla on viisautta ja tahtotila implementoida näitä omiin palvelurakenteisiinsa. Implementointia helpottaa, jos organisaatiossa vallitsee pitkäaikainen kehittämistyön traditio. Tradition kautta on syntynyt osaamista, mikä on usein liitetty myös osaksi organisaatorakenteita, esimerkiksi tutkimus- ja kehittämisyksiköiksi, laaturyhmiksi tai asiakasraadeiksi.

Kehittämistyön tulosten implementointi ei onnistu ilman johdon sitoutumista ja tukea. Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa osatoteuttajien taustaorganisaatioiden johdossa työskentelevät ovat antaneet hanketyötä tekeville pääosin hyvin vapausasteita ja osallistuneet myös itse joihinkin toipumisorientaatiota koskeviin koulutuksiin ja seminaareihin. Se on helpottanut tulosten juurruttamista. Toipumisorientaation levittämisen ja juurruttamisen kannalta on tärkeää, että jatkossa toipumisorientaatiokoulutukset aloitetaan kouluttamalla muutosta tavoittelevien organisaatioiden johdossa työskentelevät toipumisorientaation sisältöihin. Silloin he myöskin ymmärtävät, mihin ovat sitoutumassa ja mitä se heiltä edellyttää. Yhteisen ymmärryksen kehittymisen kannalta voisi olla paras ratkaisu, että toipumisorientaatiokoulutukset organisaatioiden sisällä toteutettaisiin tilaisuuksina, joissa mukana olisi johtoon kuuluvien lisäksi työntekijöitä ja kokemusasiantuntijoita.

Uuden ajattelutavan omaksuminen ja sen soveltaminen käytäntöön vaatii uuden teoreettisen tiedon ja työn kautta saadun kokemustiedon dialogia. Se on oppimisprosessi, jossa pitää reflektoida omaa työn tekemisen tapaa suhteessa siihen tietoon, mitä on olemassa toipumisorientaation prosesseista. Toipumisorientaation toteutumiseen hoito-organisaatiossa tarvitaan yhteisöllistä kokemusten ja näkemysten jakamista siitä, miten oppimisprosessi etenee ja mihin erityisesti on kiinnitettävä organisaatiotasolla huomiota jatkossa. Tässä muutosprosessissa ovat avuksi myös asiakkailta saadut palautteet ja heidän kokemustensa systemaattinen hyödyntäminen.

Juuruttamistyötä helpottavat voimavarakeskeinen työnohjaus ja uusien työntekijöiden hyvä perehdytysohjelma. Toipumisorientaation keskeisiä periaatteita tukevalla työnohjauksella voidaan edistää orientaation juurtumista osaksi palveluarkea ja asiakastyötä. (Ks. Piat & Lal 2012; Hietala 2021). Ammattilaisten työnohjauksen lisäksi on varmistettava myös kokemusasiantuntijoiden riittävä työnohjaus heidän jaksamisensa tueksi. Perehdytys toipumisorientaation mukaiseen työotteeseen vaatii useita kokeneemman työntekijän ja noviisin tapaamisia, joissa prosessinomaisesti käydään läpi työhön liittyviä käytäntöjä ja kokemuksia ja sitä tietopohjaa, johon työote perustuu.

Joissakin tämän julkaisun artikkeleissa tuodaan esille organisaation johdon tai joidenkin työntekijöiden negatiivinen asenne kehittämisen kohteena oleviin asioihin ja kehittämisen keinoihin. Kielteisiin asenteisiin voi liittyä monenlaisia motiiveja, esimerkiksi tiedon puutetta tai uhkakuvia valta-asetelmien muutoksesta. Kielteiset asenteet voivat haitata kehittämistyötä, mutta erityisesti avainhenkilöiden negatiivinen asennoituminen voi estää kehittämistyön tulosten juurruttamisen.

Pauli Juutin (2006, 24) mukaan asenteet muodostuvat kolmesta osatekijästä, jotka ovat tiedollinen taso, tunnetaso ja toimintavalmius. Asenteiden muuttumisen kannalta kaikkiin osatekijöihin on kiinnitettävä huomiota. Tiedollista kapasiteettia voidaan vahvistaa sekä koulutusten ja kirjallisen materiaalin hyödyntämisen avulla, mutta sekin edellyttää, että näitä on tarjolla ja niihin on mahdollisuus osallistua tai perehtyä. Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke on panostanut vahvasti näihin asioihin, mutta koulutuksia ja erilaisia toipumisorien-

taatiota koskevia julkaisuja tarvitaan hankkeen jälkeenkin. Tämän turvaamiseksi on suunniteltu toteutettavaksi ja ylläpidettäväksi toipumisorientaation kouluttajapankkia. Tunteiden muuttaminen myönteiseen suuntaan vaatii muutoksia sisäisissä motivaatiotekijöissä. Edward Decin ja Richard Ryanin (2000) itseohjautuvuusteorian mukaan työhön liittyvien myönteisten tunnekokemusten taustalla ovat mahdollisuudet toimia omaehtoisesti omia kykyjä hyödyntäen ja riittävän yhteisöllisen tuen turvin. Toimintavalmiuden vahvistaminen edellyttää, että muutostilanteissa henkilöstöllä on mahdollisuus rakentaviin keskusteluihin esiin nousseista kysymyksistä ja mahdollisuus myös ratkaista niitä. Osallistava yhteiskehittäminen on toipumisorientaation implementoinnin onnistumisen kannalta erinomainen menetelmä.

Edgar Scheinin (1987) mukaan organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan esimerkiksi ihmisten välisen kanssakäymisen vakiintuneita muotoja, ryhmänormeja, hallitsevia arvoja organisaatiossa ja tapoja, joilla sen jäsenet ovat vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Kulttuuri koskee perusolemusten ja uskomusten syvintä, tiedostamatonta tasoa, joka on yhteinen jonkin organisaation jäsenille ja joka luonnehtii organisaation näkemystä itsestään ja ympäristöstään. Esa Nordling ja Markku Ojanen (1990, 9–11) kuvasivat psykiatrisen hoitokulttuurin ominaisuuksia erikoissairaanhoidolain voimaan tullessa. Näitä olivat muun muassa ihannekuvien ja todellisuuden ristiriidat, byrokraattiset käytännöt, tulosten arvioinnin puutteet ja psykiatrinen kieli ja käsitteistö. Nämä ovat ominaisuuksia, jotka osin kuvaavat psykiatristen hoito-organisaatioiden ominaisuuksia vielä nykyisinkin (ks. Ahonen 2019). Psykiatristen hoito-organisaatioiden kulttuuriin liittyvät tekijät vaikeuttavat merkittäväällä tavalla toipumisorientaation implementointia. Koska kulttuuri on sisäistynyt ihmisten toimintaan ja asenteisiin, on sen muuttaminen vaikeaa, muttei mahdotonta. Uuden kulttuurin rakentuminen vaatii aikaa ja tavoitteellista toimintaa. Toipumisorientaation implementointi organisaatiossa edellyttää organisaatiotason muutosohjelmaa, jossa johdolla on vahva rooli paitsi muutoksen ohjaamisessa, niin myös henkilöstön osallistamisessa ja kokemusasiantuntijoiden näkemysten mahdollistajana.

Toipumisorientaation implementaatiolla on useimmiten tavoiteltu muutosta psykiatrisissa hoito- ja kuntoutuspalveluissa. Hoitopalveluissa muutosta on kuvattu sekä muutoksena asiantuntijuuden ilmenemismuodoissa että asiakkaan kanssa toteutuissa vuorovaikutuksen tavoissa. Tavoitteena on, että jo hoidon alussa kiinnitetään asiakkaan diagnoosista riippumatta huomiota psyykkisen terveyden kannalta merkityksellisiin psykososiaalisiin tekijöihin ja luottamukseen perustuvan hoitosuhteen syntymistä edistäviin tekijöihin. (Ks. Nordling 2018.) Kuntoutustyössä toipumisorientaation periaatteet ja arvot sekä niihin perustuva toiminta ovat monilta osin yhteneväisiä kuntoutuksen uuden paradigman mukaisen kuntoutujalähtöisen toimintamallin kanssa. Molemmissa korostuu asiakkaan/kuntoutujan aktiivinen rooli toiminnan subjektina ja omaa elämänsä suunnittelevana sekä erilaisia vaihtoehtoja punnitsevana päätöksentekijänä. Tavoitteena on asiakkaan/kuntoutujan selviytymiskeinojen löytyminen, hallinnan lisääntyminen, voimaantuminen ja asiantuntija-avun tarpeen väheneminen. (Ks. esim. Järvikoski & Härkäpää 2011, 188; Autti-Rämö ym. 2021, 693–698.) Tulevaisuudessa toipumisorientaation viitekehystä on tarpeen soveltaa koko mielenterveystyön kentällä. Se sopii erittäin hyvin sekä ongelmia ehkäisevään että mielenterveyttä edistävään työhön.

Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyllä pyritään vähentämään tai poistamaan sekä yksilön että yhteisöjen mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä ja rakenteita erityisesti riskiryhmien kohdalla. Nämä ryhmät hyötyvät siitä, että auttamistyössä pyritään käynnistämään toipumisorientaation mukaisia prosesseja, erityisesti toiveikkuuden ja elämän merkitysten löytymisessä. Monet nykyisin käytössä olevista ehkäisevän mielenterveystyön interventioista ovat selvästi toipumisorientaation periaatteita toteuttavia. Tällaisia interventioita ovat esimerkiksi varusmiespalveluksen ulkopuolelle jääville nuorille tarkoitettu Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli, mahdollisessa itsemurhavaarassa oleville miehille suunnattu ja Kainuun maakunnassa toteutettu huolen puheeksi ottoon perustuva Hyvä mehtäkaveri -toimintamalli sekä mielenterveyskuntoutujien omaisten jaksamisen tueksi kehitetty Ankkuri aallokossa -toimintamalli.

Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, joka tukee hyvän mielenterveyden toteutumista ja jonka tavoitteena on vahvistavien ja suojaavien tekijöiden lisääminen. Mielenterveyden edistäminen kohdistuu koko väestöön tai väestöryhmiin, ei pelkästään riskiryhmiin. Olennaista on, että yleensä edistävää mielenterveystyötä tehdään muualla kuin mielenterveyspalveluissa. Jos toipumisorientaation periaatteita tulevaisuudessa implementoidaan terveydenhuollon peruspalveluihin, sosiaalityön kentälle, koulumaailmaan ja työelämään, niin silloin voidaan todeta, että toipumisorientaatiosta on tullut uusi mielenterveystyön paradigma.

Lähteet

Ahonen, Karoliina 2019: *Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Teologinen tiedekunta. Helsinki.*

Anthony, William 1993: *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16 (4), 11–23.*

Autti-Rämö, Ilona & Korkeila, Jyrki & Nordling, Esa 2021: *Kuntoutuminen ja sen tuki neuropsykiatrisissa häiriöissä. Teoksessa Juva, Kati & Hublin, Christer & Kalska, Hely & Korkeila, Jyrki & Sainio, Markku & Tani, Pekka & Vataja, Risto (toim.): Kliininen neuropsykiatria. Duodecim. Helsinki, 690–699.*

Deci, Edward L. & Ryan, Richard M. 2000: *The “What and Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. Psychological Inquiry 11 (4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01*

Hietala, Outi 2021: *Työnohjaus toipumisorientaation äärellä. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpäperi 21/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 32–40.*

Juuti, Pauli 2006: *Organisaatiokäyttäytyminen. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.*

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011: *Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro. Helsinki.*

Kivistö, Mari 2021: *Teknologiavälitteinen eDepressiokoulu masennuksesta toipumisen tukena. Kokemukset pilottikokeiluista. Kuntoutus 44 (2), 48–57. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.109479>*

Kivistö, Mari & Martin, Marjatta & Hautala, Sanna 2021: *Ammattilaisten antamat merkitykset mielenterveys- ja päihdetyöhön integroidulle kokemusasiantuntijatoiminnalle toipumisen tukemisessa. Tietopuu: Tutkimussarja 2/2021. A-klinikkasäätiö. Helsinki.*

Laitila, Minna 2010: *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Dissertations in health sciences 33. University of Eastern Finland. Kuopio.*

Laitila, Minna 2019: *Kokemusasiantuntijakoulutuksen merkitys koulutukseen osallistuneiden arvioimana. Kuntoutus 42 (3), 18–31.*

Martin, Marjatta & Laitila, Minna & Kivistö, Mari & Soronen, Kari & Hautala, Sanna 2021: *COVID-19-pandemian aiheuttaman poikkeustilanteen merkitys kokemusasiantuntijatoiminnalle mielenterveystyössä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58 (3), 320–336.*

Martin, Marjatta & Nordling, Esa 2021: Toipumisorientaation toimintamallien implementoinnin edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet. Teoksessa Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.): Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpapere 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 100–102.

Nordling, Esa 2018: Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim* 134 (15), 1476–1483.

Nordling, Esa & Ojanen, Markku 1990: Henkilökunnan ja johtoryhmien käsitykset psykiatriasta eri-koissairaanhoidon osana: vertaileva tutkimus sairaanhoitopiireissä ja mielisairaanhuoltopiireissä. *Sairaalaliitto*. Helsinki.

Piat, Myra & Lal, Shalini 2012: Service Providers' Experiences and Perspectives on Recovery-Oriented Mental Health System Reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35 (4), 289–296.

Rissanen, Päivi & Jurvansuu, Sari 2019: ”Haluan olla hyödyllinen ja aktiivinen yhteisön ja yhteiskunnan jäsen.” Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhde mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointiin. *Tietopuu: Tutkimussarja* 1/2019. A-klinikkasäätiö. Helsinki.

Schein, Edgar H. 1987: *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen*. Weilin + Göös. Espoo.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma*. *Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. *Selvityksiä* 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Koslof, Anu 2020: *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.