



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Elisa Lipsanen

Asiakasnäkökulma mielenterveys- ja päihdehuollon palvelutoiminnan vaikuttavuuteen

Tarinoita sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuudesta

Johtamisen akateeminen yksikkö
Hallintotieteiden pro gradu
Maisterin koulutusohjelma

Vaasa 2020

VAASAN YLIOPISTO**Akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Elisa Lipsanen	
Tutkielman nimi:	Asiakasnäkökulma mielenterveys- ja päihdehuollon palvelutoiminnan vaikuttavuuteen : Tarinoita sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuudesta	
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri	
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallinto	
Työn ohjaaja:	Pirkko Vartiainen	
Valmistumisvuosi:	2020	Sivumäärä: 73

TIIVISTELMÄ:

Terveyden edistämiseksi viitataan lukuisiin toimintoihin, joilla pyritään ennaltaehkäisemään kansalaisten sosiaalisia ja terveyteen liittyviä ongelmia tai estämään niiden paheneminen. Kunnallisten ennaltaehkäisevien palveluiden vaikuttavuudella on keskeinen valtiontaloudellinen merkitys: mitä heikommaksi asiakkaan terveydentila pääsee, sitä laajemmat ja kalliimmat sosiaali- ja terveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palvelut joudutaan ottamaan käyttöön. Varhaisella tuella voidaan vaikuttaa asiakkaan tilaan positiivisesti ennen tilan heikentymistä. Näin voidaan hillitä kustannusten kasvua ja mikä vielä tärkeämpää: vähentää merkittävästi inhimillistä kärsimystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuus keskittyy asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseen, palveluiden riittävyteen ja kohdentuvuuteen, sekä näiden kautta saavutettuihin asiakkaiden kokemuksiin. Nykyinen palvelukeskeinen palvelujärjestelmä perustuu ammattilaisten tulkintoihin siitä, mikä on vaikuttavaa palvelua. Nousevana trendinä voidaan nähdä vaikuttavuusperusteinen johtaminen, jossa palveluiden vaikuttavuutta arvioidaan asiakkaiden tulkintojen kautta. Tässä narratiivisella tutkimusotteella toteutetussa tutkielmassa tutkitaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaiden näkemyksiä saamiensa palveluiden vaikuttavuudesta ja sitä, miten vaikuttavuutta voitaisiin näiden näitä näkemyksiä peilaten kehittää.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan relevantti hoito on asiakkaiden kohdalla viivästynyt keskimäärin 27 vuodella aiheuttaen merkittävää inhimillistä kärsimystä. Relevantin hoidon viivästyessä annettujen palveluiden määrä kasvaa. Tutkimukseni tukee vallitsevaa näkemystä siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulee kohdentaa ennaltaehkäisevään toimintaan tarvelähtöisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta voitaisiin lisätä ensisijaisesti resurssien tehokkaammalla kohdentamisella: vuosien vaikuttamattomien ja alati lisääntyvien palveluiden sijaan asiakkaan tulisi saada palvelu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Yhtä merkittävää vaikuttavuuden kannalta on, että saatu palvelu on asiakkaan oman kokemuksen mukaan riittävä ja laadukas. Tämän kokemuksen mittaamista tulisi kehittää ja tehdä järjestelmällisesti, jotta nykyisestä järjestelmästä saataisiin relevanttia palautetta palveluiden kehittämisen tueksi.

AVAINSANAT: ennalta ehkäisy, mielenterveyspalvelut, narratiivinen tutkimus, päihdepalvelut, vaikuttavuus, vaikuttavuusperusteinen johtaminen

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Julkisen palvelutuotannon vaikuttavuus	10
2.1	Vaikuttavuuden osa-alueet julkisessa palvelutuotannossa	13
2.2	Palveluiden vaikuttavuuden arvioiminen	16
2.3	Vaikuttavuusperusteinen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	21
2.3.1	Palveluiden vaikuttavuuteen liittyviä ongelmia	23
3	Vaikuttavuus julkisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kontekstissa	26
3.1	Sosiaali- ja terveyspalvelut	26
3.2	Ennaltaehkäisevät palvelut	28
3.3	Mielenterveys- ja päihdepalvelut Suomessa	29
3.3.1	Mielenterveystilanne ja -palvelut Suomessa	29
3.3.2	Päihteiden käyttö ja päihdepalvelut Suomessa	30
3.3.3	Vaikuttavuus ja sen haasteet mielenterveys- ja päihdetyössä	32
4	Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto	35
4.1	Tutkimusmenetelmänä narratiivinen tutkimus	36
4.2	Tutkimusaineiston keräys	38
4.3	Tutkimusaineiston analysointi	40
5	Tutkimuksen tulokset	44
5.1	Tyypitarinat vaikuttavuuden kokemuksista	44
5.2	Tulosten analysointi ja pohdinta	48
5.3	Tutkimuksen eettisyys	52
5.4	Tutkimuksen luotettavuus	55
6	Johtopäätökset	58
	Lähteet	60
	Liitteet	73
	Liite 1. Kirjoituspyyntö	73

Kuviot

Kuvio 1 Tuloksellisuuteen liittyvät käsitteet. (Mukailtu lähteestä Lumijärvi, 1999.).....	13
Kuvio 2 Jäsennykseni vaikuttavuudesta tuloksellisuuden osana ja vaikuttavuuden peruslähtökohdista.	14
Kuvio 3 Rahoitukseen liittyvän hukan tunnistaminen ja luokittelu. (Mukailtu lähteestä OECD, 2017.).....	25

Taulukot

Taulukko 1 Vaikuttavuuden mittaristo. (Pitkänen et al. 2018.)	19
Taulukko 2 Esimerkki käyttämästäni analyysikehikosta.	43

1 Johdanto

Eric Allardt ja Gosta Esping-Andersen ovat merkittäviä yhteiskuntatieteilijöitä ja sosiologeja, jotka ovat kehittäneet Pohjoismaisen hyvinvointimallin. Pohjoismaisen hyvinvointimallin perustana ovat kansalaisten yleiset ja yhtäläiset oikeudet terveys- ja sosiaalipalveluihin sekä sosiaaliturvaan. Myös suomalaisen yhteiskuntarakenteen ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perustana on pohjoismainen hyvinvointimalli. Tässä pohjoismaisessa hyvinvointimallissa keskeistä on yhteisön vastuu yksilön hyvinvoinnista. Järjestelmässä hyvinvointia tuetaan vahvasti poliittisin keinoin markkinamekanismien sijaan. Tämän vuoksi rahoituskin perustuu pääasiassa verovaroihin. Muita poliittisia keinoja ovat esimerkiksi lakisääteiset hyvinvointipalvelut ja sosiaaliturva. Sosiaaliturvan tarkoituksena on turvata ihmiselämän aineellista perustaa. Hyvinvointipalveluilla edistetään terveyttä, sosiaalisia suhteita ja sosiaalista identiteettiä, eli yleisemmin muuta hyvinvointia. Lisäksi sekä redistribuutiolla, eli tulojen uudelleenjaolla, että allokatiolla, eli verotulojen kohdentamisella, on keskeinen rooli hyvinvoinnin toteutumisessa. (Allardt, 1986. s. 108; Esping-Andersen, 1990; Heinonen, 1999. s. 92-93 ; Karvonen, 2019. s. 96.)

Hyvinvointivaltiolla on Suomessa vahva arvopohja. Väestö luottaa vakaasti järjestelmän kohtelevan ihmisiä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. (Muuri, Aalto, Manderbacka & Arffmann, 2019. s. 292.) Poliitiikan peruseriaatteena on ollut taata jokaiselle Suomen kansalaiselle tasapuoliset, laajat ja kannattavat, yhdenvertaisesti saatavilla olevat palvelut riippumatta palveluiden käyttäjien sosiaalisesta tai taloudellisesta asemasta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Nämä tavoitteet on Suomessa kirjattu lakiin. Hyvinvoinnin edistämällä ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmällä onkin laaja lainsäädännöllinen pohja. Sosiaali- ja terveydenhuollon tasapuolisuutta on pyritty edistämään muun muassa sairaudesta aiheutuvan rahoitusrasituksen sekä sairastamisesta koituvien kustannusten tasaamisella. Lisäksi on pyritty kaventamaan terveyseroja sekä lisäämään palvelujen tarpeenmukaista käyttöä. Yleinen suomalaisten hyvinvointi onkin politiikan seurauksena jatkuvasti kohentunut. (Manderbacka & Kes-

kimäki, 2013. s. 261). Poliitiikan keinoin ei kuitenkaan olla täysin kyetty tasoittamaan yhä eriarvoisempaa hyvinvoinnin ja terveyden jakautumista väestössä (Hilli et al., 2017).

Erot suomalaisten hyvinvoinnissa ovat kasvaneet etenkin eri sosiaaliryhmien välillä. Hyvinvointierojen syntymekanismeista ja vaikuttimista tiedetään paljon, mutta niiden vähentämisestä politiikan keinoin vähemmän. (Palosuo, Sihto, Lahelma, Lammi-Taskula & Karvonen, 2013.) Hyvinvointierojen polarisoituminen näkyy esimerkiksi Valtiontalouden tarkastusviraston raportissa vuodelta 2017, joka paljastaa, että pieni osa väestöstä aiheuttaa valtaosan valtion sosiaali- ja terveystennoista. Raportin mukaan jopa 80 prosenttia kokonaismenoista johtuu runsaasti palveluita käyttävästä väestön 10 prosentista.

Terveyden edistäminen käsittää lukuisia erilaisia toimintoja, joilla sekä ennaltaehkäistään ongelmia ja sairauksia parantamalla kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä että pyritään edistämään kansalaisten terveyttä. Asiakkaille tarjottavien, kunnallisten ennaltaehkäisevien palveluiden laatu ja riittävyys vaikuttavat merkittävästi valtion talouteen: jos asiakkaiden terveydentila heikkenee, se johtaa yhä laajempien ja kalliimpien sosiaali- ja terveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön. Varhaisella tuella ja ennaltaehkäisyllä voidaan positiivisesti vaikuttaa asiakkaan tilaan ennen sen heikentymistä ja näin kustannusten kasvuun (VTV, 2017). Turhia kustannuksia aiheuttaa myös verotulojen heikko kohdentaminen. EU:n tasolla jopa viidennes sosiaali- ja terveydenhuollon menoista arvioidaan "valuvan hukkaan". Hukka aiheutuu esimerkiksi tarpeettomista tutkimuksista ja palveluista, sekä palveluista, jotka eivät juuri vaikuta potilaan vointiin. Tehokkaammalla verovarojen kohdentamisella tämä viidennes voitaisiin säästää ilman erityisiä vaikutuksia terveydenhuollon toimintaan. (OECD, 2018.)

Suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä suurimmat tunnetut haasteet ovat terveyspalvelujen eriarvoinen saatavuus sekä alueellisesti että väestöryhmittäin (Nguyen & Seppälä, 2014; Manderbacka et al., 2017). Lisäksi eri väestöryhmien välisiä

hyvinvointi- ja terveyseroja saatetaan tahattomasti ylläpitää tai lisätä. Näin käy erityisesti silloin, kun järjestelmässä ei huomioida väestöryhmien erilaisia palvelutarpeita. Saatavuuden lisäksi eri väestöryhmien välisiin eroihin palvelujen käytössä vaikuttavat muun muassa asiakasmaksut, resurssien kohdentaminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen välisen integraation onnistuminen (THL, 2019). Heikommassa asemassa oleviin väestöryhmiin nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä voidaan katsoa kuuluvan työelämän ulkopuolella olevat aikuiset, kuten työttömät ja eläkeläiset (Muuri, Aalto, Manderbacka ja Arffman 2019, s. 300) sekä pitkäaikaissairaat ja päihde- ja mielenterveyspotilaat. Samalla nämä väestöryhmät edustavat sitä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmää, jonka palvelutarpeisiin kuuluu aiemmin mainittu 80% sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Olisikin erityisen merkittävää tavoittaa juuri nämä asiakkaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ennen ongelmien eskaloitumista. Ennaltaehkäisevillä palveluilla on mahdollisuus vaikuttaa keskeisiin sosiaali- ja terveyshaittojen syihin. Näin voidaan estää enempää inhimillistä kärsimystä ja samalla hillitä myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. VTV:n (2017) mukaan hyvinvointierojen tasaamiseksi tulisi tasata myös palveluiden käytössä havaitut erot eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Raportti painottaa, että palveluja ja toimia tulee entistä paremmin kohdentaa tarvelähtöisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden haasteisiin voitaneen vastata muun muassa resurssien tehokkaammalla kohdentamisella, sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota parantamalla sekä palvelujen saavutettavuutta, laatua ja vaikuttavuutta lisäämällä. Erityisesti palveluiden laatu ja vaikuttavuus ovat nousseet viime vuosina keskusteluun. Vaikuttavuus on noussut kansainvälisestikin merkittäväksi teemaksi sosiaali- ja terveydenhuollossa (Porter & Guth, 2012). Vaikuttavuus on terveystaloustieteessä vakiintunut käsite, joka tarkoittaa toimintatavalla aikaansaattua muutosta ihmisen terveyden-tilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa suhteessa tilanteeseen, jossa toimintaa ei olisi toteutettu (THL, 2020). Vaikuttavuusperusteisuus on nousemassa merkittäväksi teemaksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden johtamisessa. Vaikuttavuuden kehittämisen lähtökohdaksi on otettu asiakkaiden oma näkökulma heidän hyvinvointin-

sa ja hoitonsa kannalta merkityksellisiin asioihin. (Pitkänen, Haavisto, Vähäviita, Torkki, Leskelä & Komssi, 2018.) Kuten jo aiemmin tässä johdannossa on todettukin, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kannalta olisi erityisen tärkeää, että ennaltaehkäisevien palveluiden vaikuttavuus kasvaisi juuri niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on riski tulla paljon palveluita käyttäviksi asiakkaiksi. Siksi kyseisten asiakasryhmien kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuudesta voivat olla merkittäviä. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien perustuminen asiakkaiden kokemuksiin tarpeisiin nähdään jopa yhtenä mahdollisena ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden haasteista selviämiseen (Hillary, Justin, Bharat & Jitendra, 2016).

Vaikuttavuuden johtamisessa tämän hetken eräs olennaisin puute on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan raportoimien asiakaskokemustietojen puute. Terveydenhuollossa vaikuttavuutta mitataan lähinnä sairastavuuden ja kuolleisuuden kautta. (Pitkänen et al., 2018.) Sosiaalihuollon puolella vaikuttavuus on määritelmänä epätarkempi, ja osittain siksi vaikuttavuutta on ylipäättään tutkittu vähän. Asiakkaan palveluista kokemat hyödyt ja vaikutukset hyvinvointiin jäävät tällä hetkellä tunnistamatta (Pitkänen, et al., 2018). Vaikuttavuuden mittaamista on perinteisesti pidetty sosiaali- ja terveydenhuollossa haasteellisena. Tämän vuoksi vaikuttavuutta on arvioitu ja edelleen arvioidaan pääasiassa taloudellisen arvioinnin kautta (Kiiskinen et al., 2008) Asiakkaan näkökulmaa palvelutarpeista tai niiden vaikuttavuudesta ei juuri tavoiteta.

Tällä pro gradu -tutkimuksellani haluan nostaa esille yhteiskunnallisessa paljon palveluita tarvitsevien omia näkemyksiä siitä, millaisia olisivat vaikuttavat ennaltaehkäisevät palvelut. Näkemykset voivat tuoda täydentävää tietoa vaikuttavuuden mittaamisella saatavien tulosten rinnalle sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakkaan vaikuttavuusnäkökulman huomioiminen ennaltaehkäisevien palveluiden suunnittelussa voi vähentää heikkolaatuisia ja turhia palveluita. Näin voidaan saada aikaan relevantteja hyvinvointivaikutuksia, jotka lopulta näkyvät positiivisesti myös valtiontalouden tasolla.

Pro gradussa tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten vaikuttavuus voidaan määritellä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteydessä?
2. Minkälaista ennaltaehkäisevää tukea päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat oman näkemyksensä mukaan tarvitsevat?
3. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta voisi kehittää?

Tutkimukseni viitekehys pohjautuu sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä vaikuttavuuden käsiteavauksiin. Näkökulmani on hallintotieteellinen: tarkastelen ilmiötä julkisen palvelutuotannon ja vaikuttavuusperusteisen johtamisen kautta. Teoriaosuuden jälkeen kuvailen narratiivista tutkimusta tutkimusmetodinä, sekä empiiristä kohdettani ja tutkimusaineistoani. Esittelen myös analyysiin valitsemani menetelmät ja niiden käytön edellytykset tutkimuksessani. Luvussa 5 esittelen tutkimukseni tulokset. Viimeisessä luvussa analysoin teoriaa ja aiempia tutkimustuloksia suhteessa omaan tutkimukseeni, sekä reflektoin omaa tutkimustyötäni.

2 Julkisen palvelutuotannon vaikuttavuus

Kuten monella muullakaan yhteiskuntatieteellisellä käsitellä, myöskään vaikuttavuudella (*effectiveness*) ei ole vain yhtä selkeää määritelmää. Vaikuttavuuden määritelmä on aina sidoksissa määrittelijän kontekstiin: mitä tuloksia toiminnalla tavoitellaan määrittelee sen, mikä on vaikuttavaa. Lisäksi vaikuttavuuden määritelmään vaikuttavat ihmisten odotukset, oletukset sekä erilaiset näkökulmat asioista. (Cheetham, Fuller, McIvor & Petch, 1992, s. 9–10). Terveystaloustieteessä vaikuttavuuden käsitteellä tarkoitetaan toiminnalla aikaansaattua muutosta ihmisen terveydentilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa (Black & Gruen, 2005, s. 132; Pitkänen et al., 2018). Sosiaalitieteessä vaikuttavuuden käsitteelle ei ole selkeää määritelmää, vaan vaikuttavuudella viitataan esimerkiksi kustannustehokkuuteen, asiakaskokemuksiin sekä sosiaalityöntekijöiden näkemyksiin oman työn vaikuttavuudesta. Lisäksi vaikuttavuudella viitataan terveystaloustieteen tavoin sosiaalityöllä aikaansaatuun muutokseen ihmisessä ja/tai tämän toiminnassa tai elämässä. (Moriarty & Manthorpe, 2016, s. 12.)

Nykyisessä julkisen johtamisen kontekstissa korostuu taloudellisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus (Lähdesmäki, 2003, s. 66). Organisaatioiden vaikuttavuus käsittää resurssien hankinnan, tehokkuuden, tavoitteiden saavuttamisen sekä asiakastyytyvyyden. Yksityisen sektorin organisaatioissa tavoitteena on yleensä tuotto. Julkinen sektori eroaa yksityisestä sekä omistajuuden, rahoituksen että valvonnan suhteen. Tämän vuoksi julkisen sektorin tavoitteet saattavat olla laajoja ja epämääräisiä johtaen toiminnan monitulkintaiseen sääntelyyn ja epäselviin suoritustavoitteisiin. (McKevitt & Davis, 2016.)

Vaikuttavuuden käsite on tullut julkiselle sektorille lisääntyvissä määrin 1990-luvulla julkisjohtamisen New Public Management -suuntauksen aikana. NPM:n myötä vaikuttavuuden käsitettä ryhdyttiin käyttämään esimerkiksi lainsäädännössä ja hallinnollisissa asiakirjoissa osana valtion virastojen toiminnan ohjausta (Rajavaara, 2007, s. 14; Tervonen-Gonçalves & Oinonen, 2015). Tervonen-Gonçalves ja Oinonen (2015, s. 521) kuvaavat käsitteen käytön lisääntyneen ”räjähdysmäisesti” 2010-luvulla. (Tervonen-

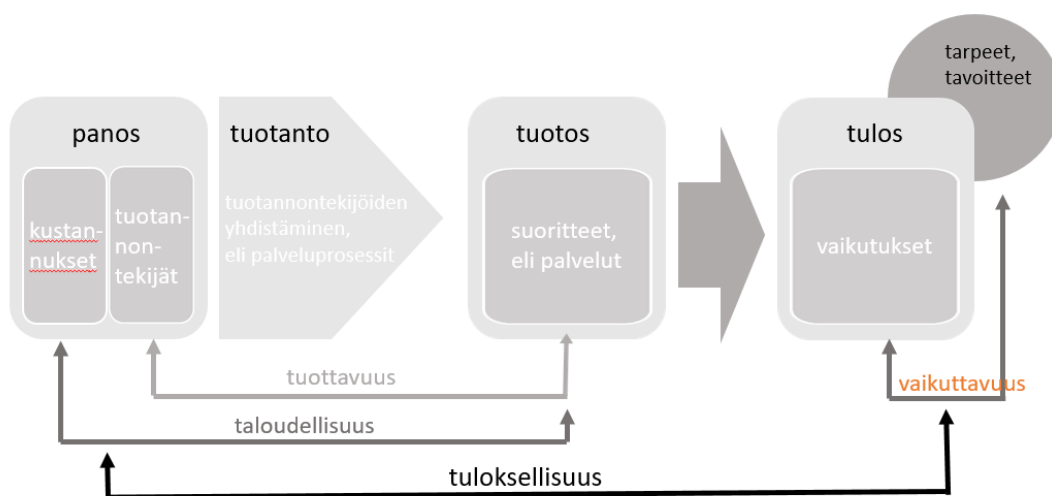
Gonçalves & Oinonen, 2015.) Yksi syy ilmiön taustalla on julkisen sektorin perusongelma: resurssien niukkuus. Julkisen sektorin tehtävänä on tuottaa palveluita, joita yksityisillä markkinoilla ei voida tuottaa tuotannon kannattamattomuuden vuoksi. Näiden palveluiden tuottaminen on julkiselle sektorille jatkuvasti yhä kalliimpaa. Tämän vuoksi tuotannon palveluiden vaikuttavuus on kasvavan kiinnostuksen ja tarkastelun kohteena. (mm. Mihaiu, Opreana, Cristescu, 2010; Ziebicki, 2013.) Vaikuttavuutta vaaditaan nykyään sekä kansainvälisellä tasolla esimerkiksi YK:ssa ja EU:ssa että myös suomalaisissa hallitusohjelmissa. Kuntatasolle vaikuttavuus valuu keskushallinnosta esimerkiksi erilaisten hankkeiden ja suositusten avulla. (Tervonen-Gonçalves & Oinonen, 2015.) Esimerkkinä mainittakoon suositus kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arvioinnille, joka julkaistiin vuonna 2008. Suosituksessa määriteltiin vaikuttavuus- ja asiakaslähtöisen ajattelutavan omaksuminen strategisessa johtamisessa osana palvelutoiminnan tuloksellisuutta (Kuntatyönantajat KT, 2008, s. 4-6).

Lumijärven mukaan hallintotieteellisessä kontekstissa taloudellinen näkökulma on korostunut, sillä käsitykset vaikuttavuudesta perustuvat pääasiassa taloustieteen "*value for money*" –ajatteluun. Value for money viittaa toiminnan tehokkuuden, talouden ja vaikuttavuuden väliseen hyötysuhteeseen. Toiminnan hyödyt on suhteutettava panoksiin, jolloin toiminta on panos/hyötysuhteeltaan kannattavaa. (Lumijärvi, 1999, s. 18; McKevitt & Davis, 2016.) Myös Ziebicki (2012) on selvittänyt, että julkisen sektorin toiminnassa tehokkuutta ja vaikuttavuutta on usein syytäkin tarkastella rinnakkain. Jos panokset ovat suuret, mutta vaikuttavuus vähäistä, toiminta ei ole kannattavaa. Vaikuttavuus rinnastetaan usein tiiviisti tuotannon tehokkuuteen (*efficiency*), sillä ajatellaan että vaikuttavuutta ei voi olla olemassa ilman tuotantoa. Tällöin vaikuttavuudella viitataan usein juuri panos/hyötysuhteeseen (Mandl, Dierx, Ilzkovic, 2008). Julkisen palvelutuotannon viitekehyksessä vaikuttavuus liittyykin sekä käsitteenä että prosessina vahvasti tuloksellisuuden käsitteeseen. Hallintotieteessä tuloksellisuus nähdään palvelutapahtumien kautta tarpeisiin vastaamisena ja tavoitteiden saavuttamisena laadukkaasti ja kustannusvaikuttavasti (Kallio, 2012, s. 97; Meklin et al., 2013, s. 188). Tuloksellisuuden osatekijöitä ovat tuottavuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus (ks. Kuvio 1). Yleisem-

min palvelutuotannon tuottavuusnäkökulma keskittyy lähinnä tuotosten ja panosten välisiin suhteisiin ollen näin varsin kapea-alainen. Tällaisen suppean tuottavuusnäkökulman riski on, ettei huomioita kiinnitetä palvelujen (eli aikaansaannosten) tarkoituksenmukaisuuteen, eli siihen toteutuvatko tavoitellut hyvinvointivaikutukset palveluiden avulla. (Kallio, 2012, s. 93, 97). Collis-Camargo, Ellis & Lester (2012) korostavat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden organisaatiokulttuurin merkitystä tavoitteiden saavuttamisen taustalla. Julkisen sektorin resurssivajeesta kärsivien palvelutuottajien tulisi panostaa henkilökunnan mahdollisuuksiin tuottaa laadukkaita palveluita ja arvioida vaikuttavuuden toteutumista. Organisaatiokulttuuriin kiinnittää huomiota myös aiemmin mainittu suositus vaikuttavuuslähtöisen ajattelutavan omaksumisesta strategisessa johtamisessa (KT, 2008, s. 4-6).

Valtionvarainministeriö (2011, s. 6) korostaa myös tuotoksen (toisin sanoen suoritteiden tai palvelutapahtumien) laatua ja vaikuttavuutta, sillä palvelujen ensisijainen tarkoitus on saada vaikuttavuutta aikaan. Laadusta ja vaikuttavuudesta puhutaankin usein samassa yhteydessä erityisesti kuntatasolla, sillä laatu nähdään edellytyksenä vaikuttavuudelle. (KT, 2000, s. 2; Lumijärvi, 1999, s. 7, 18.) Laatuna voidaan pitää esimerkiksi sitä, missä määrin palvelu on vastannut asiakkaiden tarpeisiin (Mihaiu, Opreana & Cristescu, 2010, s. 139). Vaikuttavuus onkin laatua laajempi käsite, sillä laadusta puhuttaessa viitataan usein välittömiin havaintoihin ja kokemuksiin palveluiden tuottamisesta. Laatu on vaikuttavuutta tilannekohtaisempaa. (KT, 2000, s. 2; Lumijärvi, 1999, s. 7, 18.)

Palvelutuotannon tuottavuus ja vaikuttavuus ja liittyvät kuitenkin läheisesti toisiinsa: tuottavuuden kasvaminen tarkoittaa myös hyvinvointituottavuuden (eli tuloksellisuuden) kasvua vain, jos palvelutapahtumien määrän kasvu lisää vaikuttavuutta (Kangas-harju, 2008, s. 28.) Kun tuottavuutta pyritään kehittämään, tuottavuutta on järkevää reflektoida muutoksiin palvelujen yhteiskunnallisessa vaikuttavuudessa, kohdentuvuudessa ja riittävydessä (Enthoven, 1993 s. 134–135).

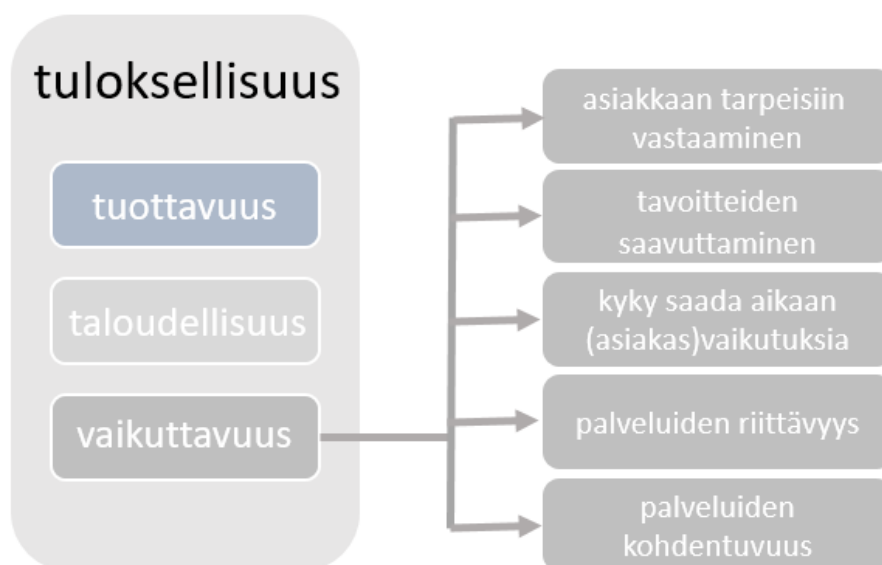


Kuvio 1 Tuloksellisuuteen liittyvät käsitteet. (Mukailtu lähteestä Lumijärvi, 1999.)

2.1 Vaikuttavuuden osa-alueet julkisessa palvelutuotannossa

Vaikuttavuuden voidaan nähdä koostuvan monista osa-alueista. Mihaiu, Opreana & Cristescu (2010) määrittelevät useiden kansainvälisten lähteiden tavoin vaikuttavuuden yksinomaan määriteltyjen tavoitteiden saavuttamisena suhteessa saavuttamisen käytettyihin panoksiin. Porter (2010) korostaa asiakkaan kokemusta vaikuttavuuden mittana. Suomalaisessa tutkimuksessa vaikuttavuutta on jäsenneily monipuolisemmin. Esimerkiksi Lumijärvi (1999, s. 15-18, 47) listaa vaikuttavuuden osa-alueiksi julkisessa palvelutuotannossa esimerkiksi asiakasvaikutusten aikaansaamiskyvyn, palvelujen riittävyyden ja kohdentumisen, kustannusvaikutukset sekä kannattavuuden. Kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskevan suosituksen (KT, 2000, s. 5) mukaan vaikuttavuus tarkoittaa rajatun asiakasvaikutuksia, palveluiden riittävyyttä ja kohdentumista. Kustannusvaikutukset nähdään määritelmässä omana osa-alueenaan, samoin kannattavuus nähdään osana taloudellisuutta. Myös Kallion (2012, s. 97) mukaan kustannusvaikutukset ja kannattavuus liittyvät enemmän laajempaan tuloksellisuuden käsitteeseen. Tuloksellisuuden näkökulmasta vaikuttavuudessa korostuu lisäksi palvelutarpeisiin vastaaminen, sekä palveluille asetettujen tavoitteiden toteutuminen.

Koska julkisen sektorin organisaatioiden toiminta perustuu yhteiskunnalliseen vastuuseen, vaikuttavuus tarkoittaa myös asiakaskunnan tarpeiden tyydyttämistä. (Kallio, 2012, s. 97; Meklin et al., 2013, s. 188–190.) Yhtenä julkisen palvelutuotannon keskeisenä tavoitteena voidaankin nähdä erilaisiin palvelutarpeisiin vastaaminen (mm. Mihaiu, Opreana & Cristescu, 2010, s. 139; Zammuto, 1982: 4). Asiakasvaikutusten merkitys korostuu kunnallisessa palvelutuotannossa, sillä palveluiden järjestämisen ensisijainen tarkoitus on saada tavoiteltua vaikuttavuutta aikaan. (Kallio, 2012, s. 97; Meklin et al., 2013, s. 188–190;). (ks. kuvio 2.)



Kuvio 2 Jäsennykseni vaikuttavuudesta tuloksellisuuden osana ja vaikuttavuuden peruslähtökohdista.

Vaikuttavuuden osa-alueet voidaan jakaa edelleen pienempiin osatekijöihin. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi kulttuuriset ja ympäristölliset tekijät, kuten toiminnan sääntely; työntekijöihin liittyvät tekijät, kuten työntekijöiden ammattitaitoisuus ja motivaatio; johtamiseen ja organisaatioon liittyvät tekijät, kuten organisaatiokulttuuri, organisaation tavoitteet ja arvot sekä vaikuttavuus osana johtamisen strategiaa. (DuBrin, 2008; Nwokorie, 2017.)

Yksinkertaisimmillaan vaikuttavuus tarkoittaa eroa, joka syntyy, kun palvelu järjestetään tai sitä ei järjestetä (Kallio, 2012, s. 97). Vaikuttavuutta tarkasteltaessa keskeistä on arvioida, kuinka kattavasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille asetetut tavoitteet on saavutettu (Meklin et al., 2013, 188; Mihaiu, Opreana & Cristescu, 2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen perustana on valtion keskushallinnon määrittelemät, laajat yhteiskunnalliset tavoitteet. Sosiaalipalvelujen tavoitteena on ehkäistä sosiaalisia ongelmia, ylläpitää sosiaalista turvallisuutta ja tukea ihmisen omatoimisuutta. Terveydenhuollon tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ - ja toimintakykyä sekä kaventaa terveyseroja. (STM, 2019b.) Lisäksi toiminnalle asettaa tavoitteita palveluita järjestävien kuntien strategiat ja toiminnan tavoitteet, kuten keskeisesti tuloksellisuustavoitteet. Tuloksellisen toiminnan kehittämistä koskevan suosituksen (KT, 2008, s. 5-10) mukaan tavoitteiden saavuttamista arvioimalla selvitetään, kuinka hyvin kunta on palvelujen järjestäjänä onnistunut saavuttamaan toiminnan tavoitteet ja tuottamaan vaikuttavia palveluja. Arvioinnissa käytetään hyödyksi tavoitteisiin sopivaa mittaristoa, jonka mittareilla ohjataan toiminnan kehittämistä jatkossa.

Vaikutusten aikaansaamista voidaan arvioida vasta palvelutilanteiden jälkeen. Vaikutuksia voidaan kuvata asiakkaiden kokemuksina tai hyvinvoinnin tilan muutoksina ja mitata esimerkiksi asiakkaille koituvina hyötyinä ja haittoina. (KT, 2000, s. 2.) Palveluiden kautta tavoiteltavia vaikutuksia voivat olla esimerkiksi asiakkaan kohentunut terveys, elämäntilanne tai vaikka työuran pidentyminen. Aikaansaatuja vaikutuksia arvioi-

taessa tulee huomioida järjestetty toiminto verrattuna tilanteeseen, jossa toimintoa ei olisi järjestetty. Toimintojen tavoitteena voi olla esimerkiksi asioiden muuttaminen, säilyttäminen tai estäminen. (Meklin et al., 2013, 188–192.)

Riittävyuden (myös peittävyys tai markkinaosuus) kohdalla kysymys on siitä, miten hyvin palvelutarjonta peittää palvelutarpeen toimialueella ja ovatko palvelut esimerkiksi ruuhkautuneet. Kohdentuvuuden arvioinnissa on kyse siitä, kohdistuvatko palvelut oikein niitä tarvitseville. (KT, 2000, s. 2). Tuloksellisuuden kannalta on oleellista, että palvelutapahtumat kohdennetaan niitä eniten tarvitseville. Tällöin palvelutuotanto on myös tarpeiden näkökulmasta laadukasta ja tuloksellista (Kallio, 2012, s. 93). Riittävyden ja kohdentuvuuden arviointia voidaan toteuttaa esimerkiksi seuraavilla mittausasetelmilla: asiakkaiden määrä suhteessa palvelun tarvitsijoiden määrään; palvelun riittävyys alueellisesti ja kohderyhmittäin; palveluun jonottavien määrä suhteessa palvelusaavien määrään sekä palvelun laajuus kohderyhmittäin (KT 2000, s. 2).

2.2 Palveluiden vaikuttavuuden arvioiminen

Vaikuttavuutta voi mitata eri näkökulmista. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta voi mitata vertaamalla asiakkaan tilannetta ennen palvelun saamista tilanteeseen palvelun saamisen jälkeen (Black & Gruen, 2005, s. 132). Palveluiden vaikuttavuutta on kuitenkin perinteisesti pidetty hankalana arvioitavana. Osin hankaluus liittyy siihen, ettei palveluiden vaikutus välttämättä näy lyhyellä aikavälillä. Lisäksi toimien talousvaikutusten arviointi on hankalaa. Haasteeksi muodostuu palvelujen vaikuttavuuden luotettava todentaminen. (Kiiskinen et al., 2008, s.20; Mihaiu, Opereana & Cristescu, 2010, s. 138). Hankalaa on myös hahmottaa mitä tekijää asiakkaan toimintakyvystä ja hyvinvoinnista tarkalleen ottaen mitataan, miten toimintakykyä ja hyvinvointia voidaan ylipäänsä mitata ja mikä olisi hyvä mittari (Black & Gruen, 2005, s. 132). Lisäksi yhden asiakkaan tilan muutokseen vaikuttavat monet palvelut ja mahdollisesti myös monet eri palveluntuottajat, jolloin on vaikea todentaa, minkä palvelun tai palveluntuottajan ansiota muutos on oikeastaan ollut (Pitkänen et al., 2018). Myös

Cheetham ja muut (1992, s. 13) toteavat, että monet mittaamisen haasteet liittyvät sosiaali- ja terveydenhuoltotyön kompleksisuuteen. Työtä tehdään käytännössä monin eri tavoin ja toimenpiteet ovat monimuotoisia. Voi jopa olla hankala tunnistaa, mistä kohtaa varsinainen asiakastyö on alkanut ja mihin päättynyt. Tehdyt toimet eivät ole aina ylipäänsä tunnistettavissa. (Cheetham et al., 1992, s. 13.)

Vaikuttavuuden arviointia haastaa vaikutusten useat ulottuvuudet, kuten talous-, aika-, asiakas/yhteiskunta- ja organisaatioulottuvuus. Lisäksi kaikilla palveluilla on sekä aiottuja, että ei-aiottuja seurauksia. Näiden seurausten hahmottaminen on tärkeää, sillä toimenpiteet voivat aiheuttaa hyötyjen lisäksi myös haittoja. Vaikutusten aikaulottuvuudella voidaan tarkastella palveluiden vaikutuksia sen mukaan, miten pitkä aika palvelun käytöstä on kulunut. Mitä pidempi aika on ehtinyt kulua, sitä haastavampaa vaikutuksia on tutkia. (Mihaiu, Opreana & Cristescu, 2010, s. 138; Rimpelä & Vakkuri, 2012, s. 255.) Esimerkki lyhytaikaisesta vaikutuksesta voi olla korvaushoitolääkkeen ottaminen, keskipitkästä vaikutuksesta ammattilaiselta saatu päiheteisiin tai mielenterveyteen liittyvä interventio ja pitkäaikaisesta vaikutuksesta asiakkaan työuran piteneminen. Ajan edessä mukaan tulee yhä enemmän vaikuttavia tekijöitä. (Rimpelä & Vakkuri, 2012, s. 255). Julkisten palvelujen vaikuttavuus voidaan toisin sanoen havaita varsin nopeasti tai toisaalta hyvinkin hitaasti. Lisäksi vaikutusten kesto ja voimakkuus voivat vaihdella. Tämän vuoksi on tärkeää tarkastella vaikuttavuutta riittävän pitkällä aikavälillä ja oikea-aikaisesti. (Lumijärvi 1999, s. 16; Meklin et al., 2013, s. 191–192.)

Vaikuttavuuden asiakasulottuvuuden kautta voidaan hahmottaa, kuka tai ketkä vaikutuksista hyötyvät: yksilö vai yhteiskunta. Lyhyellä tarkasteluvälillä palveluista tulisi ennen kaikkea asiakkaan hyötyä, mutta pitkällä tähtäimellä hyöty voi olla yhteiskunnallinen. Ongelmien varhaisessa vaiheessa toteutuneet palvelut ovat nimittäin merkityksellisiä lähinnä yksilöiden terveyden kannalta, mutta hyötyjen kumuloituessa varhaisessa vaiheessa toteutuneet palvelut tarkoittavat terveempää väestöä tulevaisuudessa. Vaikutusten organisaatioulottuvuudella tarkastellaan eri palvelusektorien välisiä suhteita ja toimintaa. Kun julkisen terveydenhuollon peruspalvelut toimivat hyvin, ne vähentä-

vät erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta. Lisäksi esimerkiksi käyttäytymis- ja mielenterveysongelmien hallinta voi vähentää lastensuojelullista tarvetta, rikollisuutta, päihteidenkäyttöä ja siten vähentää sosiaalisektorin ja poliisin työtä. Nämä vaikutukset ovat usein hankalasti todennettavissa. (Rimpelä & Vakkuri, 2012, s. 255.)

Julkisen palvelutuotannon arviointiin on Suomessa käytössä erilaisia mittareita. Yhteiskunnallisella tasolla on käytössä erilaisia vakiintuneita mittareita kuten hyvinvointi-indikaattoreita ja tuottavuusmittareita. Näiden avulla pyritään saamaan tietoa esimerkiksi suunnittelun ja päätöksenteon tueksi valtakunnallisella ja kunnallisella tasolla. Organisaatiotasolla mittareita käytetään vaihtelevasti, mutta tyypillisesti niitä hyödynnetään yksikön vaikuttavuuden ja tuottavuuden esille saamisessa. Asiakastason mittareiden käytössä korostuu asiakkaiden hyvinvointi ja mittaamisen tavoitteena on usein toimintakäytäntöjen kehittäminen. (Koivula, 2012, s. 75–77.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa mittarin valinta riippuu siitä, millä tasolla vaikuttavuutta halutaan tarkastella ja mitä tarkoitusta varten vaikuttavuutta arvioidaan.

Lumijärven (2013, s. 78) mukaan vaikuttavuuden arvioinnissa on erilaisia mahdollisuuksia. Arvioinnissa voidaan käyttää sekä määrällisiä, että laadullisia mittareita. Lumijärven mukaan tuotosvaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, missä määrin palvelutoimenpiteet saavat aikaan haluttuja vaikutuksia (*effects*). Esimerkiksi päihdehuollossa tavoiteltuja palvelutoimenpiteiden vaikutuksia voisivat kuvata hoitojakson suorittaneista kokonaan raitistuneiden osuudet. Kun palvelutoimenpiteiden vaikutuksia kuvataan koettuina asiakashyötyinä (*utility*), vaikuttavuuden mittarina käytetään asiakkaan kokemaa tyytyväisyyttä palvelutilanteen jälkeen tai asiakkaan omaa arvioita siitä, missä määrin saatu palvelu mahdollisesti edisti hänen toimintakykyään. (Lumijärvi, 2013, s. 78.) Asiakastyytyväisyyden mittaaminen tosin kertonee enemmän palvelun laadusta, kuin varsinaisista vaikutuksista. Terveystieteiden hoidon vaikutusten arviointiin kehiteltyjä mittareita ovat esimerkiksi laadukkaat lisäelinvuodet (*quality-adjusted life years, QALY*) (Lumijärvi, 2013, s. 78). QALY on laskukaava, joka mittaa eri hoitojen tarjoamaa elinvuosien ja elämänlaadun parantumista. Toisinaan palvelutoiminnan vaikuttavuuden arviointiin on

myös liitetty kuvauksia siitä, missä määrin asiakkaat ovat kokeneet päässeensä osallistumaan palvelutoiminnan järjestelyyn ja näin vaikuttamaan palvelutoimintaan (Sandberg, 1993, s. 136). Sosiaali- ja terveystieteissä on tärkeää tuottaa mittauksellista tietoa asiakkaiden saamista hyödyistä, sillä hyvinvointia ja toimintakykyä voidaan pitää jo arvoina itsessään. Pitkänen ja muut (2018) lisäävät, että vaikuttavuutta tulisi mitata kolmesta eri näkökulmasta, jotta vaikuttavuustieto olisi kokonaisvaltaista. Mittauksessa tulee huomioida asiantuntijan raportoimat mittarit, kliiniset mittarit ja toimintakykytestit sekä asiakkaan raportoimat mittarit.

	asiakkaan raportoimat mittarit		kliiniset mittarit ja toimintakykytestit	ammattilaisen raportoimat mittarit
kuvaus	asiakkaan raportoima hyvinvointi, toimintakyky, terveydentila	asiakkaan raportoima kokemus palvelusta tai hoidosta	esim. laboratoriokoe, kuvantamistutkimus, kävelytesti, puristusvoima	ammattilaiset arviot asiakkaan toimintakyvystä ja terveydentilasta
Mistä tieto saadaan?	kysymällä asiakkaalta		asiakastietojärjestelmästä tai muusta rekisteristä	
Mihin tieto perustuu?	asiakkaan arvioon		objektiiviseen mittaukseen	ammattilaisen arvioon
esimerkki mittarista	EQ-SD	NPS	10m kävelytesti	työkykyarvio

Taulukko 1 Vaikuttavuuden mittaristo. (Pitkänen et al. 2018.)

Kiiskisen ja muiden (2008) mukaan terveydenhuollossa vaikuttavuutta arvioidaan tällä hetkellä pääasiassa taloudellisesta näkökulmasta ja mitataan lähinnä erilaisilla karkeilla mittareilla, kuten kuolleisuudella tai sairastavuudella. Lisäksi terveydenhuollossa mitataan pikemminkin suoritteiden määrää kuin palvelutoiminnan vaikutuksia, eli mittaminen ei kohdistu relevantteihin asioihin. Palvelutoiminnan asiakasvaikuttavuudesta kerätään tietoa satunnaisesti. Osaltaan tämän taustalla saattaa olla se, että asiakasvaikuttavuus on ilmiönä vielä vaikeasti mitattava ja hahmotettava asia. (Stenvall & Tyvitalo, 2013. s. 118.) Kuten aiemmin on todettu, myös sosiaalialalla vaikuttavuuden määritelmä on vielä itsessään epämääräinen, joten sitä ei systemaattisesti arvioida. Vaikuttavuuden mittareita pyritään kuitenkin tälläkin hetkellä aktiivisesti kehittämään sosiaali-

ja terveydenhuollossa valtion tasollakin, sillä palvelutoiminnan vaikuttavuus halutaan sitoa tuottavuuteen. Toiveissa on onnistua mittaamaan saavutettuja terveyshyötyjä, jolloin hyödyt voitaisiin määritellä tuotokseksi. Tällöin tuottavampaa toimintaa olisi toiminta, joka tuottaa samoilla kustannuksilla vaihtoehtoista suurimman terveyshyödyn. Näin tuottavampi toiminta voitaisiin nähdä myös vaikuttavampana. (THL, 2020.)

Toistaiseksi taloudelliseen ja määrälliseen mittaamiseen painottuvan arvioinnin vuoksi asiakkaan näkökulma ja palvelutoiminnan vaikutukset asiakkaan toimintakykyyn ja hyvinvointiin jäävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tunnistamatta. Tällä hetkellä eräs olennaisin tietopuute vaikuttavuuden mittaamisessa on asiakaskokemustietojen puute. (Pitkänen et al., 2018.) Asiakaskokemuksia on kerätty lähinnä palautteena toteutuneiden palveluiden sujuvuudesta, ja niitä on hyödynnetty palveluiden jatkokehittelyssä. Varsinaisesta toiminnan vaikuttavuudesta asiakaskokemuksia ei vielä juuri ole. Myös sosiaalityölähtöiselle mittareiden kehittämiseksi on nähty tarvetta (Korteniemi et al. 2012, 96; Koivula 2012, s. 84). Sosiaali- ja terveystalolle tyypillisten aineettomien palvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa tulee kustannusten lisäksi huomioida asiakkaan omakohtainen kokemus palvelun vaikuttavuudesta. Tämän vuoksi erilaiset perinteiset mittarit, kuten esimerkiksi tuloksellisuusmittarit, eivät sovi sosiaalityöhön. (Koivula, 2012, s. 69, 72–73, 84). Vaikuttavuus on toki vain osa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan arviointia. Keskeistä on myös arvioida palveluprosessien sujuvuutta, sillä palvelutoiminnan vaikuttavuuden arviointi yksinään ei kerro siitä, miten tuloksiin on päästy. (Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett, 2001.) Myös taloudellisella arvioinnilla on kokonaiskuvan kannalta suuri merkitys. Vaikuttavuuden mittaamisen vajeavaisuuksiin ollaan kuitenkin kansainväliselläkin tasolla havahduttu, ja tällä hetkellä nouseva trendi sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on vaikuttavuusperusteisuus.

2.3 Vaikuttavuusperusteinen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät kautta Euroopan ovat saavuttaneet jo paljon edistystä ja hyvää väestön hyvinvoinnin suhteen, Eurooppa on uusien haasteiden edessä. Väestön hyvinvoinnissa on havaittu eriarvoistumista sosioekonomisen aseman mukaan. Väestön ikärakenne muuttuu. Krooniset sairaudet ja monisairastavuus lisääntyvät. (OECD, 2017.) Myös palveluiden kysyntä ja vaatimuksen palveluita kohtaan kasvavat, samaan aikaan kun julkishallinnon kasvava alijäämä pakottaa vastaamaan kysyntään entistä pienemmillä resursseilla. Lisäksi NPM:n hengessä hyvinvointipolitiikkaa on helppo kyseenalaistaa penäämällä tietoon pohjautuvia perusteita sen vaikuttavuudesta. Näin ollen julkisesti rahoitettujen palveluiden legitimizeetti tulee kyetä perustelemaan aiempaa paremmin (STM, 2016, s. 4). OECD ministerineuvosto (2017) korostaa tarvetta uudelle ajattelutavalle sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keskeistä on hukan poistaminen palvelujärjestelmässä ja laadukkaiden palveluiden takaaminen koko väestölle. Neuvoston mukaan terveydenhuollon suorituskykyä tulee kasvavissa määrin arvioida palveluiden vaikuttavuuden kautta.

Vaikuttavuusperusteinen terveydenhuolto (*value-based healthcare*) on Porterin ja Teisbergin (2006) kehittämä käsite, jonka keskeinen ajatus on terveydenhuollon kustannusten laskeminen samalla kun terveydenhuollon vaikuttavuus kasvaa. Hillary, Justin, Bharat ja Jitendra (2016) toteavat artikkelissaan, että nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat rakentuneet professionaalisen vallan kautta, eli sen mukaan, mitä terveydenhuollon ammattilaiset ovat pitäneet tarpeellisina palveluina. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät selviäisivät tulevaisuuden haasteista, ne tulisi Hillaryn ja muiden mukaan jäsentää uudelleen asiakkaiden vaikuttavuuskokemuksiin ja tarpeisiin perustuen. Porter itse (2010) onkin todennut, että vaikuttavuus tulisi aina määritellä asiakaslähtöisesti. Hänen mukaansa vaikuttavuus syntyy suhteessa tuloksiin eikä panoksiin, joten vaikuttavuutta tulee tarkastella nimenomaan saavutettujen tulosten kautta tuotettujen palveluiden tarkastelun sijaan. Kuten aiemminkin jo on todettu, myös Porterin mukaan terveydenhuollon keskeinen haaste on huomion siirtämi-

nen määrästä vaikutuksiin. Vaikuttavuuden määrittäminen ja arvioiminen on organisaatioiden toiminnan tehokkuuden ja kehittämisen kannalta keskeisessä roolissa.

Vaikuttavuusperusteisuus on nostettu merkittäväksi terveydenhuollon painopisteeksi kansainvälisesti (Porter & Guth, 2012). Myös OECD:n ministerineuvosto (2017) korostaa vaikuttavuutta ja sen merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille. Ministerineuvoston lausunnossa ohjataan vaikuttavuuteen liittyvien toimintatapojen ja menetelmien kehittämiseen ja käyttöönottoon. Lausunnossa korostetaan vaikuttavuuden mittaamisen tärkeyttä palvelujärjestelmien toiminnan kehittämisessä. Kansainvälisesti monet organisaatiot ovatkin jo ottaneet vaikuttavuusperusteisuuden johtamisen strategiseksi ohjenuoraksi (Hillary ja muut, 2016). Kuten todettu, Suomessa vaikuttavuuden mittaaminen ja mittaustulosten hyödyntäminen johtamisen tukena on vielä kehittymässä. Haasteita on määritellä vaikuttavuus mitattavana tuloksena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi potilastietojärjestelmät ovat rakentuneet tukemaan palveluiden määrällistä tuottamista ja asiakkaiden diagnoosiperustaista luokittelua vaikuttavuuden arvioinnin sijaan (Seara, Paya & Mayol, 2016).

Vaikuttavuusperusteisuus on käsitteenä asiakaslähtöinen. Porterin (2010) mukaan palvelutoiminnan vaikuttavuuden kehittämisen lähtökohtana on selvittää nimenomaan asiakkaille relevantteja asioita. Konkreettisesti tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaat osallistuvat sairauskohtaisten mittareiden valintaan ja kehittämiseen. Nämä mittarit yleistetään relevanteiksi kaikille saman ryhmän asiakkaille. Nämä ryhmät nähdään ”asiakas-segmentteinä”, joille on yhteistä samankaltaiset primaari- ja sekundaaripreventiiviset hoidontarpeet (Porter, 2016). Vaikuttavuuskeskusteluun lomittuneena on ollut myös keskustelua asiakasosallisuudesta. Tulevaisuudessa asiakasta tulisi osallistaa aktiivisemmin omaan hoitoonsa (McCull-Kennedy, Hogan, Witell & Snyder, 2017). Aktiivisen osallistuminen hyötyjä ajatellaan olevan muun muassa se, että hoitonsa suunnitteluun osallistuva henkilö on todennäköisesti sitoutuneempi tehtävään suunnitelmaan ja sen toteutukseen.

Nykyisen kaltaisessa, perinteisessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä terveydenhuolto on suunniteltu kohtaamaan asiakasryhmät erilaisten luokittelujen, kuten diagnoosin tai demografian mukaan (esim. diabeetikot tai lapset). Terveydenhuollon johtamisessa on kuitenkin nähtävissä yleinen, globaali kehityssuunta, jossa asiakkaan tarpeet pyritään huomioimaan yksilöllisesti sekä lääketieteessä (*personalized medicine*) että asiakkaan tarpeisiin soviteltujen hoitopolkujen kautta (*personalized healthcare*). (Pitkänen et al., 2018.) Tällainen ”yksilövaikuttavuus” nähdään jopa yhtenä tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhoidon normina (Goozner, 2015). Asiakkaat pyritään näkemään yhä kasvavissa määrin yksilöllisinä ihmisinä heidän yksilöllisten tarpeidensa ja tavoitteidensa myötä (Lindblad, Ernestam, Van Citters, Lind, Morgan & Nelson, 2017).

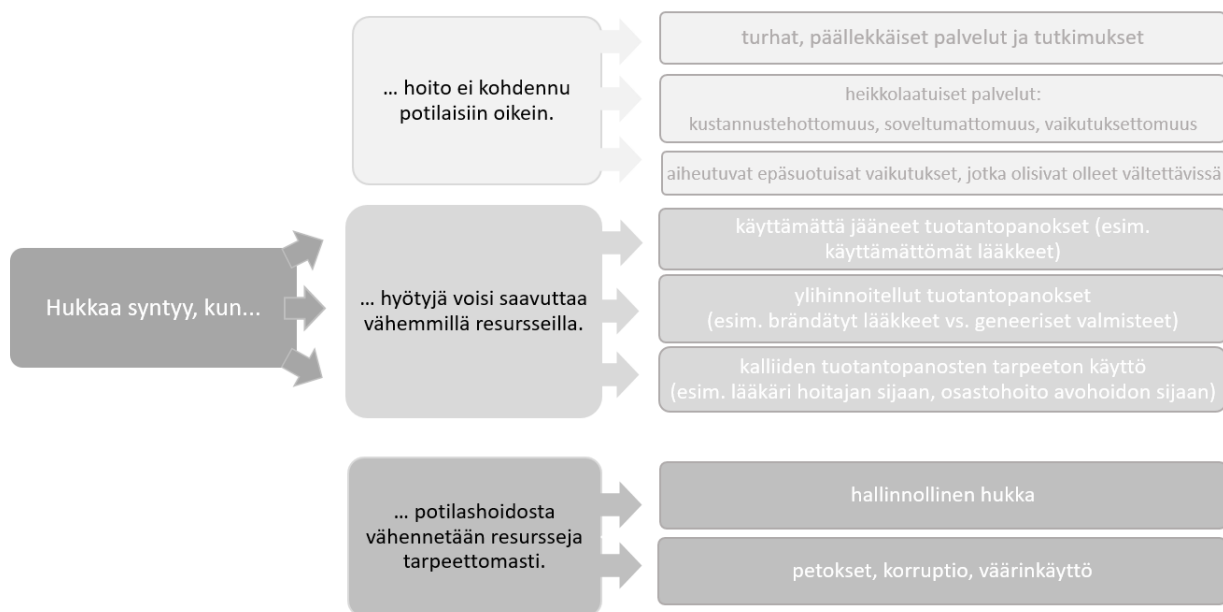
2.3.1 Palveluiden vaikuttavuuteen liittyviä ongelmia

Nguyen ja Seppälän (2014) ja Manderbackan ja muiden (2017) tutkimusten tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa ja laadussa olevat erot ovat polarisoitumassa erityisesti eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Palvelujen saatavuus ja palvelutarpeen tyydyttyminen eivät aina toteudu positiivisesti vaikuttavalla tavalla. Esimerkiksi terveyspalveluissa erityisesti alempien sosioekonomisten asiakasryhmien sairauksien ehkäisy ja hoidon vaikuttavuus voi olla puutteellista. Ilmiö on havaittu myös yleiseurooppalaisella tasolla (OECD, 2017). Työssäkäyvät aikuiset saavat perusterveydenhuollon palvelut pääasiassa työterveyshuollon ja opiskelijat opiskelijaterveydenhuollon kautta (Manderbacka et al., 2017 ; Karvonen, Kestilä & Kauppinen, 2019, s. 242). Toisaalta erityisesti nuorten mielenterveyshoidon vaikuttavuudessa ja hoidon kohdentamisessa on ongelmia. Pääkaupunkiseudulla ei käytännössä ole resursseja nuorten lievienkään mielenterveysongelmien hoitoon perusterveydenhoidon puolella (Manninen, 2019). Maksukykyinen väestö käyttää useinmiten joko omalla kustannuksellaan tai vakuutusten kautta yksityisiä terveyspalveluja. Julkinen terveydenhuolto kärsii hoitoon pääsyyn liittyvistä ongelmista. Sen asiakkaina ovat pääasiassa

ikäntyneet, vakuutusettomat lapsiperheet sekä työelämän ulkopuolella olevat aikuiset. (Muuri, Aalto, Manderbacka ja Arffman 2019, s. 300.)

Leskelän ja muiden (2013) tutkimuksen mukaan nykyisen kaltainen siiloutunut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ei oikeastaan kykene vastaamaan runsaasti erilaisia palveluja käyttävän väestöryhmän palvelutarpeisiin. Siiloutuneisuus tarkoittaa, että eri toimijoiden välistä yhteistyötä haittaavat eräänlaiset näkymättömät muurit. Tutkimuksessa korostetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kohdentamista : tulisi keskittyä palvelujärjestelmälle kalleimmaksi tulevan, paljon palveluita käyttävän, asiakasryhmän hoidon hallintaan ja ehkäistä siihen joutumista.

Kohdentamisen haasteita käsittelee osaltaan myös OECD:n raportti vuodelta 2018. Raportti kertoo, että läpi EU:n on arvioitu jopa viidenneksen terveydenhuollon menoista valuvan hukkaan heikon allokoinnin vuoksi. Hukkaa aiheuttavat esimerkiksi heikkolaa-tuiset palvelut, jotka eivät juuri vaikuta potilaan vointiin sekä tarpeettomat tutkimukset ja palvelut. Kalliit hoitajakset vuodeosastoilla voitaisiin välttää tuottamalla parempia ennaltaehkäiseviä palveluita sekä palvelujen vaikuttavuuteen panostamalla. Hyvänä esimerkkinä ennaltaehkäisevien palveluiden ja varhaisen hoitamisen vaikutuksista voidaan mainita Paakkosen tutkimus vuodelta 2012. Paakkonen on tutkinut lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmää ja todennut, että niissä kunnissa, joissa kouluterveydenhuollon palveluja leikattiin vertailukuntia enemmän 1990-luvun laman aikana, on 2000-luvulla jouduttu käyttämään muita kuntia enemmän lasten ja nuorten erikois-sairaanhoidon palveluja. Myös Kapiainen ja muut (2010) ovat todenneet, että nuorten alhainen vakavien mielenterveysongelmien sairastavuus on suoraan yhteydessä alhaiseen sairastavuuteen myös aikuisena. Varhaisempi vaikuttava hoito on yhteiskunnan talouden kannalta merkittävässä roolissa.



Kuvio 3 Rahoitukseen liittyvän hukan tunnistaminen ja luokittelu. (Mukailtu lähteestä OECD, 2017.)

3 Vaikuttavuus julkisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kontekstissa

Palvelu voidaan määritellä lukuisin tavoin, riippuen siitä missä asiayhteydessä palvelusta puhutaan. Julkiseksi palveluiksi kutsutaan niitä palveluita, joita yhteiskunta tarjoaa kansalaisilleen. Julkisten palveluiden tuottaminen ja niiden saatavuudesta huolehtiminen on julkisen hallinnon tehtävä. Julkisia palveluita ovat esimerkiksi sosiaalipalvelut, terveydenhoito, erilaiset kasvatuksen, sivistyksen ja opetuksen palvelut kuten kulttuuripalvelut ja koulutus, sekä energian tuotanto ja jakelu sekä jätehuolto. Ne voivat olla siis joko yksilöille suunnattuja palveluita tai niin kutsuttuja infrastruktuuripalveluita. Julkiset palvelut rahoitetaan pääasiassa useista eri lähteistä kerättävillä verovarjoilla ja ne voivat olla käyttäjilleen ilmaisia tai joko osin tai kokonaan maksullisia. Julkisesta palvelusta käytetään myös nimeä peruspalvelu. (Minilex, 2019.)

Verrattuna esimerkiksi tavaroiden tuotantoon kilpailluilla markkinoilla palveluiden tuotannon toimintalogiikka on erilainen. Tavaroiden tuotannossa eriytyy tuotanto, myynti ja kulutus. Palvelut puolestaan tuotetaan asiakaspalveluhenkilöiden ja asiakkaiden välisissä vuorovaikutuksellisissa palvelutilanteissa (Tuulaniemi, 2011; Osborne & Stokosch, 2013, s. 36). Suurin osa julkisten sektorin organisaatioiden toiminnasta toteutuu palveluiden muodossa esim. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen muodossa (Meklin, 2002, s. 24).

3.1 Sosiaali- ja terveyspalvelut

Julkishyödykkeeksi (public good) kutsutaan hyödykettä, jota kaikki voivat käyttää riippumatta sen maksajasta. Sosiaali- ja terveyspalveluita on perinteinen esimerkki julkishyödykkeestä. Terveyspalvelut rahoitetaan ja järjestetään pääosin julkisin varoin, ja sitä saavat käyttää periaatteessa kaikki. Julkisella vallalla – valtiolla ja demokraattisin periaattein toimivilla päättäjillä – on eri tasoilla sekä mielenkiintoa että päätäntävaltaa

terveyspalvelujen järjestämiseen, sillä väestön hyvinvointi on yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti tärkeää. (Kokko, 2013, s.242.) Maailmalla julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden merkittävyys nähdään yhteisöjen turvallisuuden ja hyvinvoinnin kannalta yhä keskeimpänä (Black & Gruen, 2005). Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus nähdään niin perustavanlaatuisena oikeutena, että se on kirjattu niin perustuslakiin kuin muuhunkin lainsäädäntöön. Suomessa valtion tuella toteutettu kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto on sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotanto on viime vuosiin saakka ollut pitkälti julkisen sektorin vastuulla. Palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta ovat olleet vastuussa pääasiassa kunnat ja kuntayhtymät. Nykyisin palveluja tuottavat myös yksityiset organisaatiot tai ammattilaiset. Edelleen julkinen valta ohjaa ja säätelee vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta ja toimintaa näissäkin tapauksissa. Suomessa toimii myös laaja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä, joka tuottaa sekä maksullisia että maksuttomia palveluita väestön ja ammattilaisten tarpeisiin. (Kokko, 2013, s.242; STM, 2019b.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikka. Lisäksi ministeriö valmistelee lainsäädäntöä. Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa, että sosiaalipalveluiden tavoitteena on "ehkäistä sosiaalisia ongelmia, ylläpitää sosiaalista turvallisuutta ja tukea ihmisten omatoimisuutta". Terveydenhuollon tavoitteena puolestaan on "edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä kaventaa terveyseroja". Toiminnan perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavilla olevat terveyspalvelut. (STM, 2019b.) Suomalaiset sosiaali- ja terveyspalvelut voidaan jaotella perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdepalveluihin, lasten, nuorten ja perheiden palveluihin, ikääntyneiden palveluihin, työikäisten sosiaalipalveluihin sekä vammaispalveluihin (Kestilä, Knape & Hetemaa, 2019, s. 188).

3.2 Ennaltaehkäisevät palvelut

Terveyden edistämisen periaatteet sosiaali- ja terveydenhuollossa perustuvat vuonna 1986 laadittuun niin kutsuttuun "Ottawan asiakirjaan", joka laadittiin ensimmäisessä kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssissa. Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen määritellään seuraavasti:

« Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. » (Vertio, 2003, s. 29, 174.)

Nykyään terveyden edistämällä viitataan laajaalti erilaisiin toimintoihin, joilla sekä parannetaan kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä että edistetään kansalaisten terveyttä (THL, 2019). Terveyden edistämisen käsitteistössä primaaripreventiolla tarkoitetaan sairauden ehkäisyä, eli toimet kohdennetaan terveisiin. Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan toimia, jotka kohdennetaan jo sairastuneisiin. Sekundaaripreventio on osa hyvää hoitoa. (Kiiskinen et al., 2008, s. 19). Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat Suomen terveyspolitiikan keskeisimpiä tavoitteita (STM, 2019b). Näihin tavoitteisiin pyrkiviä, monimuotoisia toimia kutsun tässä tutkimuksessa jatkossa ennaltaehkäiseviksi palveluiksi.

Kiiskisen ja muiden (2008, s. 3) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ennaltaehkäisevillä palveluilla voidaan puuttua suoraan sairauksien syihin. Näin voidaan myös hillitä kustannuksia, jotka aiheutuvat terveydenhuollon palveluista, sairauksiin liittyvistä poissaoloista ja varhaisesta eläkkeelle jäämisestä. Ennaltaehkäisevien palveluiden merkitystä korostaa myös OECD:n raportti vuodelta 2018, jonka mukaan ennaltaehkäisevät palvelut säästävät sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ehkäisemällä asiakkaiden päätymistä kalliimpien palveluiden käyttäjiksi. Yhtä merkittävä näkökulma on myös

ennaltaehkäisevien palveluiden ja varhaisen hoidon vaikutus inhimillisen kärsimyksen vähentämiseen tai ehkäisyyn.

3.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut Suomessa

3.3.1 Mielenterveystilanne ja -palvelut Suomessa

Suomessa on EU-maista korkein mielenterveyssairastavuus (OECD, 2018). On arvioitu, että mielenterveyden häiriöitä kokee noin joka viides suomalainen vuoden aikana ja joka saman verran sairastuu elämänsä aikana masennukseen. Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan tilaa, jossa mielenterveyteen liittyvät oireet rajoittavat yksilön toimintakykyä, osallistumista yhteiskunnan toimintaan tai kun oireet aiheuttavat inhimillistä kärsimystä. (Suomen Mielenterveys ry, 2019). Lapsista ja nuorista mielenterveyshäiriöistä kärsiviä arvioidaan olevan 15–20 prosenttia, aikuisista 20–25 prosenttia ja yli 65-vuotiaista noin 16–30 prosenttia (Lönngqvist ja muut, 2011; Reini, 2016, s. 7).

Monet mielenterveyden häiriöt alkavat 12–22-vuotiaana. Lapsilla ja nuorilla on eniten käytös- ja mielialahäiriöitä, ahdistuneisuus- ja syömishäiriötä sekä masennusta. (THL, 2019.) HYKS:in nuorisopsykiatrian linjajohtaja Klaus Ranta toteaa, että nuoruudessa ei käytännössä ole juuri muuta sairastavuutta kuin mielenterveyden häiriöt. Ihmisen ikääntyessä mielenterveyden häiriöiden osuus alkavista sairauksista vähenee. (Manninen, 2019.) Aikuisilla yleisimpiä ovat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäkestoisia. Lapsuus- ja nuoruusiän häiriöt ovat indikaatio mielenterveyshäiriöiden esiintymiselle aikuisena. (Lönngqvist ja muut, 2011; Markkula ja muut, 2015; Reini, 2016, s. 7; THL, 2019.) OECD arvioi raportissaan (2018) mielenterveyden ongelmien kustannusten olevan Suomessa 5,3 prosenttia bruttokansantuotteesta. Tämä tarkoittaa, että mielenterveyden häiriöt maksavat valtiolle vuosittain 11 miljardia euroa. Kustannukset syntyvät työmarkkinoiden kustannuksista, terveyspalveluista sekä sosiaaliturvasta. Mielenterveyden häiriöt ovat vahvasti edustettuina työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisen perusteena. (Suomen Mielenterveys ry, 2019.)

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan kaikkea sitä laaja-alaista toimintaa, jolla pyritään ennaltaehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia tai edistämään mielenterveyttä. Mielenterveyspalveluita voivat olla ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, apu kriisitilanteissa sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntouttaminen. Mielenterveyspalveluita ohjaa mm. terveydenhuoltolaki, sosiaalihuoltolaki, päihdehuoltolaki ja mielenterveyslaki. (THL, 2019a; STM, 2019a.) Mielenterveyspalveluja tuottavat tilastojen mukaan eniten terveyskeskukset ja erikoissairaanhoido. Myös sosiaalipalveluissa ja seurakunnissa on mielenterveyspalveluiksi luettavaa toimintaa. Lisäksi lukuisat järjestöt eli kolmas sektori tuottavat monipuolisia mielenterveyspalveluja. Yksityissektorin palveluilla on merkitystä erityisesti avohoidon ja työterveyshuollon palveluina sekä erikoislääkäripalveluina ja psykoterapioina. (THL, 2019a.)

3.3.2 Päihteiden käyttö ja päihdepalvelut Suomessa

Päihteillä tarkoitetaan alkoholia, huumausaineita ja päihtymistarkoitukseen käytettyjä lääkkeitä. Päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat kulkevat monesti käsi kädessä. Toisaalta päihteitä käytetään usein mielihyvän lisäämiseksi ja ahdistuksen lieventämiseksi, ja toisaalta päihteiden käyttö aiheuttaa esimerkiksi psykooseja ja ahdistuneisuutta. Lähes puolella päihdehuollon asiakkaista on diagnosoitu myös mielenterveysongelma (Jurvansuu & Rissanen, 2017). Päihteiden käytöstä aiheutuu haittoja niin käyttäjälle, muille ihmisille ja laajemmin myös koko yhteiskunnalle.

Alkoholin riskikäyttöön liittyy vakavia terveyshaittoja, kuten alkoholikuolleisuutta, alkoholin käytöstä johtuvia sairauksia ja väkivallan uhkaa. Lisäksi tavallisia haittoja ovat ongelmat sosiaalisissa suhteissa ja työelämässä. (Härkönen, Warpenius, Mäkelä, 2018, s. 49.) Suomessa alkoholia haitallisesti käyttävä vähemmistö on suuri: pitkäaikaisten alkoholihaittojen riskiryhmään kuuluu arvioiden mukaan jopa reilu puoli miljoonaa henkilöä (Lintonen & Mäkelä, 2018, s. 47).

Huumeiden ongelmakäyttäjien määrä Suomessa on kasvanut. Ongelmakäyttäjistä lähes puolet on 25–34-vuotiaita. Naisten osuus on noin kolmasosa. (Ollgren, Forsell & Varjonen, 2014). Pääasiassa käyttäjien koulutustaso on matala ja työttömyys yleistä. Asunnottomia on kymmenesosa. Yli puolet päihdehuollon huumeasiakkaista hakeutui vuonna 2015 hoitoon opioidien käytön vuoksi. Muita hoitoon hakeutumiseen johtaneita päihteitä olivat stimulantit, kannabis ja rauhoittavat lääkkeet. (Forsell & Nurmi, 2016.) Opioidikorvaushoidossa arvioitiin vuonna 2015 olevan yli 3 000 asiakasta. Huumausaineista johtuvia kuolemia oli vuonna 2016 Suomessa 194. Kasvua oli 28 verrattuna edelliseen vuoteen. (Huumeongelmaisen hoito, Käypä hoito -suositus, 2018.)

Suomalaisen päihdepolitiikan tavoitteena on Sosiaali- ja terveysministeriön (2019c) mukaan "ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siitä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjien toimintakykyä ja lisätä heidän läheistensä turvallisuutta". Sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalveluilla tarkoitetaan useita erilaisia avo- ja laitospäihdehuollon toteutettavia palveluja, joista voi saada apua, tukea, hoitoa ja kuntoutusta päihdeisiin liittyviin ongelmiin. (THL, 2019b.) Päihdeongelmaisten hoidon ja kuntoutuksen erityisosaamista on muun muassa A-klinikoilla, nuorisoasemilla ja vastaavissa avomuotoista hoitoa antavissa päihdehuollon yksiköissä sekä mielenterveyspalveluissa ja päihdepsykiatrisissa yksiköissä. Päihdeongelmaisille on myös lukuisia matalan kynnyksen palveluita, kuten sosiaali- ja terveysneuvontapisteitä ja palvelukeskuksia. (THL, 2019b.) Kolmannen sektorin toimijat ovat julkisen sektorin kanssa ja ohella aktiivisia päihdehaittojen vähentämiseksi tehtävässä työssä. Toiminta pyrkii vähentämään päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa ja haittoja. Järjestöt tuottavat paljon tietoa, tukea ja neuvontaa päihde- ja riippuvuusasioissa.

3.3.3 Vaikuttavuus ja sen haasteet mielenterveys- ja päihdetyössä

Yleisesti ottaen koko EU:n tasolla on ongelmallista, että väestöstä suurimman osan hyvinvointi kasvaa jatkuvasti, mutta osa väestöstä on jäänyt tästä suotuisasta kehityksestä ulkopuolelle (OECD, 2018). Mielenterveyden ja päihdeongelmien kohdalla suotuisan kehityksen ulkopuolelle ovat jääneet erityisesti pienituloiset. Mielenterveyden riskitekijöillä on myös tutkitusti taipumusta kasautua. Mielenterveyden häiriöiden taustalla vaikuttavia yleisiä riskitekijöitä perheissä ovat köyhyys, päihdeongelmat ja vakavat vuorovaikutusongelmat vanhemman ja lapsen välillä. Nämä vuorovaikutusongelmat ovat usein kytköksissä mielenterveys- tai päihdeongelmiin. Myös koulukiusaaminen ja yksinäisyys ovat yleisiä riskitekijöitä. (Suomen Mielenterveys ry, 2019.) On todettu, että lasten kohtaamiin oppimiseen ja opintoihin sekä työelämään liittyviin vaikeuksiin selkeässä yhteydessä on perheen vanhemmuutta kuormittaneet tekijät. Näillä tekijöillä on yhteys lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin sekä riskiin tulla sijoitetuksi kodin ulkopuolelle (ks. esim. Hilli ja muut, 2017; Ristikari ja muut, 2016). Ongelmat siis ylisukupolveutuvat herkästi.

HYKS:n nuorisopsykiatrian linjajohtaja Klaus Ranta korostaa mielenterveyspalveluiden kohdentamisen ongelmia erityisesti nuorten kohdalla. Rannan mukaan lapsiperheiden tukeminen ainoana merkittävänä ennaltaehkäisevänä toimintana korostuu toisinaan liikaa, sillä niin ei voida estää suoraan nuoruusiän kehitysvaiheeseen liittyvien häiriöiden puhkeamista. Rannan mukaan Suomessa on ongelmia nuorten hoidon vaikuttavuudessa ja hoidon kohdentamisessa. Ranta toteaa, että olisi ihanteellista, jos perusterveydenhoidon puolella hoidettaisiin lievät ja kiireettömät mielenterveysongelmat, mutta käytännössä tähän ei ole resursseja. Ranta nostaa potentiaalisena resurssina koulujen koululääkärit ja -psykologit, kuraattorit ja terveydenhoitajat. Tällä hetkellä kouluissa ei juuri tehdä järjestelmällistä mielenterveystyötä vaan keskitytään sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Manninen, 2019.) Kuitenkin merkittävimpiä tämän hetken haasteita on, ettei nuoria ei pystytä hoitamaan perusterveydenhuollossa. Nuorisopsy-

kiatristen läheteiden määrät ovat kasvaneet 2010-luvulla reilusti, mutta nuorten mielen terveyden hoitoon tarkoitetut resurssit ei ole lisätty. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidon hoito on ruuhkautunut, jolloin vakavasti sairaiden nuorten hoito viivästyy. (Manninen, 2019.)

Palveluiden saatavuuden kohdalla haasteeksi on koettu myös mielen terveys- ja päihdepotilaiden ”pallottelu luukulta toiselle.” Palvelut ovat eriytyneet, vaikka ongelmat tulevat usein yhdessä. Näin ollen hoidon laatu voi jäädä heikoksi. Kansallisessa mielen terveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009-2015 palveluiden kehittämisessä korostuikin muun muassa matalakynnyksinen yhden oven periaate ja yhdistetyt mielen terveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköt. (THL, 2019a.)

Suomen Mielen terveys ry (2019) linjaa, että mielen terveyspalvelujen toimivuuden ja yleisen saatavuuden varmistamisella voitaisiin vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja ja ongelmien ylisukupolvisuutta. Suomen mielen terveys ry:n mukaan tällä hetkellä tehokkaimmin apua ja tukea mielen terveysongelmiin saavat hyvin toimeentulevat ihmiset. Myös alkoholi-ongelmien kohdalla ilmiö on sama. Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien yksilöiden on todennäköisesti helpompaa vähentää käyttöönsä ongelmien ilmetessä. Lisäksi he hakeutuvat aktiivisemmin hoitoon ja saavat ongelmiinsa tukea. (Mäkelä, Martikainen & Peltonen, 2017.) Nämä havainnot ovat linjassa aiemmin palveluiden kohdentamisen yhteydessä esiteltyjen tutkimustulosten kanssa.

Mielen terveys- ja päihdetyössä ongelmien ennaltaehkäisy on aina halvempaa ja usein myös helpompaa kuin vakavaksi kehittyneiden ongelmien korjaaminen ja henkilöiden kuntouttaminen. Suomessa ennaltaehkäisevä mielen terveys- ja päihdetyö on laaja-alaista ja monien ammattilaisten sekä itsenäisesti että yhteistyönä toteuttamaa. Lähes kaikki kasvatus- ja sivistystoimen, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon parissa työskentelevät voivat osallistua mielen terveyden edistämiseen monin eri tavoin. Esimerkkinä mainittakoon varhaiskasvatus ja koulu, jotka ovat merkittäviä niin yksilöiden kuin perheittenkin tuen tarpeen tunnistajia. Lisäksi esimerkiksi terveyskeskukset sekä neuvola-

ja kouluterveydenhuollon palvelut ovat matalan kynnyksen palveluita, jotka tavoittavat valtaosan väestöstä ja joiden henkilökunta on koulutettu ottamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa puheeksi erilaiset asiakkaiden haasteet. Näistä lapsille ja nuorille suunnatut palvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia. Palveluissa tarjotaan tukea yksilöille ja perheille, ja ohjataan tarvittaessa tehokkaamman tuen piiriin. Myös kolmannen sektorin toimijat ovat erittäin keskeisiä toimijoita ennaltaehkäisevässä työssä ja varhaisessa hoidossa. Erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa on tarjolla henkilökohtaista neuvontaa ja tukea. Keskeistä toimintaa on myös hoitoon motivointi ja ohjaus. Ennaltaehkäisyn kannalta haasteiden varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen ovat tärkeitä, sillä ne saattavat ehkäistä syntyvien haittojen määrää.

Vaikuttavuuden näkökulmasta mielenterveys- ja päihdetyössä keskeisintä olisi tavoittaa päihteidenkäyttöön ja mielenterveyden ongelmiin tukea tarvitsevat asiakkaat mahdollisimman varhain ja näin joko ehkäistä ongelmien syntymistä tai estää niiden paheneminen mahdollisimman tehokkaasti oikein kohdennetulla ja riittävällä tuella. Annetun tuen riittävyyden arvioinnissa asiakkaan näkemyksen tulisi olla keskeinen. Palveluita tulisi olla saatavilla matalalla kynnyksellä riippumatta asiakkaan sosioekonomisesta statuksesta tai maantieteellisestä sijainnista.

4 Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto

Tämän tutkimuksen taustalla vaikuttaa idea vaikuttavuusperusteisuudesta asiakaslähtöisenä käsitteenä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuuden kehittämisen perustana on kysyä nimenomaan asiakkailta heille olennaisia asioita (Porter, 2010). Vaikka vaikuttavuuden arvioinnille on keskeistä asiakkaan raportoimat relevantit kokemukset hyvinvoinnista ja saaduista palveluista sekä erityisesti niiden mitaaminen, oma lähestymistapani asiakaskokemuksiin tässä tutkimuksessa voidaan nähdä jopa eräänlaisia utopioita hakevana. Oma ajatukseni on, että asiakasnäkökulmat voidaan nähdä jopa eräänlaisina toivottavina tulevaisuuden skenaarioina, joita voi palveluiden suunnittelussa hyödyntää. Tutkimusaineistoksi kerätään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailta tarinoita siitä, miten he eivät olisi päätyneet elämässään paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden rooliin, sillä vaikuttavuutta tulee analysoida saavutettujen tulosten kautta, eikä tuotettujen palveluiden kautta (Porter, 2010). Tällaiset yksilötasolta kerättävät narratiivit voivat täydentää muiden tutkimusten loogista päättelyä ja teorioita yleistävää päättelyä (Boje, 2001, s. 46). Tarkoituksena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden kokemista tarpeista. Narratiivien avulla voi tarkastella saavutettuja tuloksia ja mahdollisesti sekä tuotettuja että toivottuja palveluita.

Tutkimuksen tutkimuskohteeksi valikoitui paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävistä marginaaliryhmistä päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat. Päihde- ja mielenterveysongelmat saattavat linkittyä toisiinsa, joten siksi tämä rajaus tuntui loogiselta. Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat myös herkästi ylisukupolveutuvia. Ongelmien siirtymisen ehkäiseminen seuraaville sukupolville olisi erityisen kustannustehokasta.

4.1 Tutkimusmenetelmänä narratiivinen tutkimus

Narratiivisuus, tarinallisuus ja kerronnallisuus ovat käsitteitä, joita käytetään usein toistensa synonyymeinä. Toisinaan ne voidaan kuitenkin nähdä myös osin toisistaan poikkeavina käsitteinä. Kaikissa on kuitenkin kyseessä tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa hyödynnetään ja analysoidaan kertomuksia. (Syrjälä, 2018. s. 276.) Yhteistä näille käsitteille on, että narratiivi nähdään tapahtumankulun kuvauksena, joka vastaa kysymykseen, mitä on tapahtunut (Heikkinen, 2018. s. 172). Narratiivin (*narrative*) ja tarinan tai kertomuksen (*story*) ero on Riessmanin (2008. s. 7) mukaan lähinnä siinä, että tarinaan tai kertomukseen sisältyy usein yllättävä juonenkäänte: tapahtuma, joka herättää kuulijassa jonkin reaktion. Tässä tutkimuksessa käytetään rinnakkain käsitteitä narratiivisuus ja kerronnallisuus, sillä kerronnallisuus näyttäisi nykyään olevan Suomessa narratiivisuuden vakiintunut käänös (Heikkinen, 2018. s. 171). Narratiivit voidaan jakaa makro- ja mikronarratiiveihin. Makronarratiiveilla viitataan laajoihin, jopa yhteiskunnallisiin tarinoin. Esimerkiksi suomalaisen yhteiskunnan kehitystä agraariyhteiskunnasta hyvinvointiyhteiskunnaksi voidaan pitää tällaisena makronarratiivina. Tässä pro gradu -tutkimuksessa mielenkiinnon kohteina ovat erityisesti erilaiset yksilöiden tuottamat mikronarratiivit, jotka voidaan nähdä täydentävinä tarinoina makroyhteiskunnallisille narratiiveille. (Boje, 2001, s. 46.)

Narratiivinen tutkimus (*narrative research* tai *narrative inquiry*) on laadullinen tutkimusote. Se tarkoittaa tutkimusta, jossa huomio kohdistuu kertomuksiin ja kerrontaan tiedon tuottajana, välittäjänä ja rakentajana. Narratiivisuuden käsite tulee alkujaan latinan kielestä, jossa *narratio* tarkoittaa kertomusta ja *narrare* kertomista. (Heikkinen, 2018. s. 172). Narratiivit ovat kuuluneet tieteelliseen tutkimukseen jo kauan. Kirjallisuuden tutkimuksessa erilaisia elämänkerrallisia narratiiveja on tutkittu jo pari sataa vuotta. Ihmistieteisiin narratiivit ovat kuuluneet 1920-1930 -luvulta, jolloin Chicagon koulukunnan sosiologit ja antropologit käyttivät elämänkerrallisia narratiiveja muiden laadullisten tutkimusmetodien rinnalla. Psykologiaan kertomukset ja elämäntarinat ovat tulleet tutkimusaineistoksi vasta viime vuosina, vaikka toki psykologit ovat olleet jo aiemminkin kiinnostuneita siitä, mitä ihmiset kertovat elämästään. Historian varrella

narratiiveja on tieteellisen tutkimuksen teossa vuoroin suosittu, vuoroin vältetty. Tällä hetkellä erityisesti ihmistieteissä (kuten sosiologia ja yhteiskuntatieteet) erilaiset narratiivit ovat tutkimusaineistona trendikkäitä. Näiden erilaisten, omaa elämää kuvaavien, tarinoiden tuottaminen esimerkiksi kirjoittaen on viime vuosina yleistynyt myös harrastustoimintana. (Syrjälä, 2018. s. 268-271.) Narratiivisella tutkimuksella on usein omat tavoitteensa, kuten esimerkiksi niiden reittien kuvaaminen, jota kautta ihmiset päätyvät elämässään johonkin (Syrjälä, 2018. s. 277). Esimerkiksi tässä pro gradu -tutkimuksessa kiinnostus kohdistuu niihin reitteihin, joiden kautta ihmiset ovat päätyneet mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiksi. Lisäksi narratiivit voivat tuottaa erilaisista aiheista riittävän hyviä johtopäätöksiä loogisen päättelyn ja teorioita yleistävän päättelyn rinnalle. (Boje, 2001, s. 46.)

Narratiivisen tutkimusotteen taustalla on ajatus siitä, että elämä ja ihmisen identiteetti rakentuu tarinoina (Syrjälä, 2018. s. 271). Narratiivisesti voidaan arvioida monenlaista materiaalia, kuten puhuttua, kirjoitettua ja jopa visuaalista materiaalia. Ajatellaan, että vaikka kerronnan välineet vaihtuisivatkin, narratiivi voi pysyä samana. Kerrontaan perustuvaa narratiivista aineistoa voivat olla esimerkiksi muistelmat, elämänkerrat, päiväkirjat, keskustelut, vapaat kirjalliset vastaukset ja haastattelut. (Riessmann, 2008. s. 5.; Syrjälä, 2018. s. 276.) Muistelmassa ja elämänkerroissa narratiiveilla on oma erityinen paikkansa, sillä narratiivit ryhmittelevät menneitä tapahtumia auttaen yksilöä tolkullistamaan mennyttä. Narratiiveilla voidaan myös havahduttaa muita näkemään asioita kertojan näkökulmasta. Narratiivit siis jäsentävät kokemuksia ja muistoja luoden niiden välille merkityksellisiä suhteita. (Riessman, 2008. s. 10.) Niiden kautta tapahtumista tulee ymmärrettäviä ja toisten kanssa jaettavia (Syrjälä, 2018. s. 272). Narratiivi voi olla yksittäinen laaja vastaus yhteen kysymykseen, pidempi puheenvuoro tai se voi olla kuvaus vaikkapa ihmisen koko elämänkaaresta (Riessmann, 2008. s. 5.; Syrjälä, 2018. s. 276). Narratiivinen tutkimusaineisto on siis kerrontaa, joka on esitetty kirjallisesti tai suullisesti. Yksinkertaisimmillaan se on mitä tahansa kerrontaan perustuvaa aineistoa, mutta yleensä tunnusomaisena pidetään sitä, että kerronnassa on alku, keskikohta, loppu ja ajassa etenevä juoni. (Heikkinen, 2018. s. 180; Syrjälä, 2018. s. 276.) Olennai-

sinta on, että aineistosta on nostettavissa esiin jonkinlainen narratiivinen merkitysrakenne (Hänninen, 2018. s. 192).

Narratiivisella merkitysrakenteella tarkoitetaan tapahtumien tai ideoiden merkityksellistä kytkeytymistä toisiinsa. Narratiivissa muutoin irralliset ja satunnaiset tapahtumat tai ideat järjestyvät toisistaan riippuvaisiksi kokonaisuudeksi. (Riessmann, 2008. s. 5.) Kertojan tulkinta tapahtumaketjusta määrittelee jonkin tapahtumien aloitus- ja lopetuspisteen, liittää tapahtumiin arvo- ja tunnelatauksia, kytkee tapahtumat merkityksellisesti toisiinsa ja nostaa esiin juonen etenemisen kannalta oleelliset seikat. Tapahtumien syy-seurasuhteissa tapahtumien syyt voivat olla monenlaisia: luonnontieteellisiä, psykologisia, sosiaalisia, uskonnollisia tai jopa myyttisiä. Kyseessä ei useinkaan ole luonnontieteellisen kaltaiset syy-seuraussuhteet. (Hänninen, 2018. s. 191.) Kertoessaan tapahtumista muille ihmisille, ihmiset yleensä tiivistävät itselleen merkityksellisten tapahtumien sisältöä. Lisäksi ihmiselle on ominaista hahmottaa tapahtumat aikajärjestyksessä ja ymmärtää tapahtumat osana jotakin suurempaa tapahtumakulkua, kuten elämää. (Riessman, 2008. s. 3-7.) Polkinghornen (1995. s. 5) mukaan narratiivin juonessa on oleellisesti kysymys tällaisesta kertomuksen tiivistämisestä ja tapahtumien keskinäisen merkityksen tulkinnasta. Narratiivissa juoni etenee ajallisesti, ja siitä nousevat esille merkitykselliseksi koetut tapahtumat ja toiminnat. (Riessmann, 2008. s. 7; Syrjäla, 2018. s. 276).

4.2 Tutkimusaineiston keräys

Aineiston keräämistä varten tein kirjoituspyynnön (Liite 1). Kirjoituspyynnössä kerroin, että etsin tarinoita mielenterveysongelmien ja/tai päihdeongelmien kanssa eläneiltä ja heidän perheenjäseniltään. Kerroin etsiväni henkilöitä, joilla oli omakohtaista kokemusta elämää hankaloittavista mielenterveysongelmista (kuten esimerkiksi masennus, bipolaarinen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö) tai ongelmia päihteiden (alkoholi, huumeet) käytön suhteen. Hain myös henkilöitä, joilla edellä mainittuja kokemuksia oli sairastuneen perheenjäsenen kautta. Kerroin, että olen kiinnostunut siitä, miten ihmi-

set, joilla on haastavia mielenterveyteen ja/tai päihteisiin liittyviä ongelmia, näkevät näiden kyseisten ongelmien syntyneen. Lisäksi halusin tietää, minkälaista tukea tai apua he olisivat näkemyksensä mukaan tarvinneet, jotta ongelmia ei olisi syntynyt tai jotta ongelmat eivät olisi pahentuneet. Taustatiedoiksi pyysin vastaajia kertomaan iän ja sukupuolen. Painotin, että aiheesta voi kirjoittaa vapaamittaisen ja – vapaamuotoisen tekstin ja kertoa juuri siitä, mikä on vastaajalle merkityksellistä.

Alkuun pääsemiseksi ehdotin seuraavien kysymysten pohdintaa:

- Minkälainen elämänhistoria sinulla/perheenjäsenelläsi on?
- Missä vaiheessa ja millä tavalla mielenterveysongelmat ja/tai päihteet ovat tulleet osaksi elämää?
- Miten tilanne eteni?
- Mitä tukea toivoisit saaneesi, jotta ongelmia ei olisi syntynyt tai jotta ongelmat eivät olisi pahentuneet?
- Mitä tukea sinä/perheenjäsenesi olet ongelmiin liittyen saanut?
- Oletko kokenut, että sinä/perheenjäsenesi olet saanut riittävästi tukea?

Jaoin kirjoituspyynnön sekä omalla Facebook-tililläni, sekä LinkedInissä. Molemmissa julkaisu oli julkinen, ja sitä pyydettiin jakamaan eteenpäin. Facebookissa julkaisu jaettiin noin sadan henkilön yhteisölle ja sitä jaettiin 24 kertaa eteenpäin uusille yhteisöille. LinkedInissä pyyntö tavoitti 500 ihmistä. Lisäksi lähetin sähköpostitse pyynnön useille kolmannen sektorin toimijoille: päihde- ja mielenterveyspalveluita tarjoavalle A-klinikalle; valtakunnallisia vertais- ja ammattitukipalveluita huumeongelmaisten läheisille, toipuville käyttäjille ja huumeriippuvaisille tarjoavalle Irtihuumeista ry:lle; kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien tukiyhdistys Kaksisuuntaiset ry:lle; mielenterveyskuntoutustoimintaa järjestävälle Kiipulalle; mielenterveyden edistämistä tekeville Suomen mielenterveysseuralle, Mieli Maasta ry:lle, Helsingin mielenterveysseuralle ja Vantaan mielenterveysseuralle. Suomen mielenterveysseura lähetti pyyntöni eteenpäin KoKoA ry:lle (Koulutetut kokemusasiantuntijat ry) ja FinFamille (Mielenterveysomaisten keskusliitto). Lisäksi lähetin pyynnön julkisen sektorin toimijoista pääkaupunkiseudun

neulanvaihtopisteisiin (Vantaan vinkkari, Espoon linkki, Helsingin Drop In). Lisäksi lähetin pyynnön yhteen oppilasmäärältään suureen pääkaupunkiseudun aikuiskoulutusta tarjoavaan toisen asteen oppilaitokseen. Kiipula, A-klinikka ja toisen asteen oppilaitos eivät ilmoittaneet reagoineensa pyyntööni, muut tahot vastasivat laittaneensa pyynnön jakoon. Kirjoituksia otin vastaan 7.1.2020-29.2.2020.

Sain yhden palautteen pyynnön saavuttaneilta siitä, että "pitäisi olla älykäs", jotta ymmärtäisi kirjoituspyyntöni sisällön. Muutamia lisätietopyyntöjä sain sähköpostiini. Näissä tapauksissa esitin pyynnön kysymykset uudelleen ja kannustin vastaamaan vapaasti näihin kysymyksiin.

4.3 Tutkimusaineiston analysointi

Narratiivisella analyysillä pyritään hahmottamaan, millaisia kertomuksia tutkittavasta kohteesta tuotetaan tai miten tutkittava ilmiö hahmottuu kertomuksenkaltaisena rakenteena (Koppa, 2019). Narratiivisia analyysitapoja on lukuisia. Usein tapoja luokitellaan sen mukaan, ollaanko kiinnostuneita kertomuksen sisällöstä vai kertomisen tavasta. (Hänninen, 2018. s. 195.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto on kerätty poikkileikkausasetelmalla: tarkoituksena on ollut tietää, miten kertoja juuri nyt tulkitsee menneisyyttään. Tutkimuksen kohteena ovat tuotetut kertomukset sisältöineen, eikä niinkään kertomisen tapa tai prosessi. Olen halunnut keskittyä siihen, mitä ihmiset ovat kertomuksissaan halunneet sanoa, enkä niinkään niihin merkityksiin mitä he kenties huomaamattaan ovat tulleet ilmaisseeksi.

Narratiivinen analyysi viittaa metodeihin, joilla tulkitaan tekstejä, joille yhteistä on tarinallinen muoto. Tutkija keskittyy tiettyihin tekijöihin, tietyissä paikoissa, tiettyinä aikoina. Tutkijaa kiinnostaa, miten kertoja rakentaa ja jäsentele tapahtumia ja mitä tapahtumia hän nostaa esiin merkityksellisinä. Teema-analyysi tai muut luokitteluun perustuvat laadulliset analyysimenetelmät eivät yksinään sovi niille ominaisen jaksottuneen ja rakenteisen sisällön vuoksi narratiivien analyysiin. Poiketen muista laadullisista ai-

neistoista, narratiiveja ei voi luokitella tyhjentävästi, sillä narratiivien analyysi edellyttää aina tulkintaa. (Heikkinen, 2018. s. 180; Riessman, 2008. s.10-13.) Niillä voidaan kuitenkin täydentää yksittäisten tekstien analyysiä. Vaikka narratiivinen analyysi on tapaustutkimusta, sillä voidaan tuottaa kategorioita, tai yleisiä käsitteitä, kuten muillakin tapaustutkimuksilla. (Riessman, 2008. s.10-13.) Narratiivien analysointiin ei olekaan olemassa varsinaisia sääntöjä, vaan aineiston keruun ja analyysin menetelmiä voidaan soveltaa kuhunkin tutkimukseen sopivalla tavalla (Hänninen, 2018. s. 189). Analyysin kohteena oleva tutkimusaineistoni koostuu keräämistäni narratiiveista. Omassa tutkimuksessani pyrin selvittämään miten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvät erilaiset vaikuttavuuden tekijät näyttäytyvät päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaiden kertomuksissa.

Aloitin aineiston analyysin avoimella lukemisella. Ensimmäisellä lukukerralla pyrin avautumaan kertojan sanomalle erityisemmin analysoimatta sitä. Tämän jälkeen siirryin aineiston analyttiseen läpikäyntiin. Koska olin erityisen kiinnostunut niistä reiteistä, jotka ovat johtaneet kertojien elämässä mielenterveysongelmiin tai päihteidenkäyttöön, valitsin analyysimenetelmäksi Hännisen (2018) esittelemän kertomuksen rakenteen analyysin. Kertomusanalyysi perustuu William Labovin ja Joshua Waletzkyyn vuonna 1967 kehittämään sosiolingvistiseen analyysiin. Labovin ja Waletzkyyn mukaan kertomuksissa on tyypillisesti viisi melko vakiintuneessa järjestyksessä esiintyvää rakenneosaa. *Abstrakti* tiivistää narratiivin pääsisällön. *Orienteatio* tutustuttaa lukijan tilanteeseen, josta tapahtumat alkavat. *Mutkistavat toiminnot* ovat tapahtumia, jotka vievät tarinaa eteenpäin. *Lopputulos* on tapahtumien päätös. Narratiivin lopussa on *päätäntä*, joka palauttaa lukijan nykyhetkeen. Rakennesien lisäksi narratiivia rakentavat *evaluaatiot*, eli erilaiset narratiiviin upotetut arvioinnit, jotka synnyttävät dramatiikkaa ja narratiivin ydintä. (Hänninen, 2018. s. 197.) Pelkistin narratiivit Hännisen (2018. s. 198) suosituksen mukaisesti narratiivin "luurangoksi". Pelkistäessä pitkistä kertomuksista poimitaan ainoastaan tapahtumakulkua eteenpäin vievät tapahtumat ja niiden arvioinnit. Tällä tavoin narratiiveista syntyy oikeastaan aikajanoja, jossa elivät rinnakkain toiminnot, eli aikaan sidotut elämäntapahtumat, sekä evaluaatiot erilaisten tutkimuoto-

jen vaikuttavuudesta kuhunkin toimintoon liittyen. Näiden analyysien pohjalta rakensin tutkimustekstin tyyppitarinoiksi, joissa alkuperäiset narratiivit on yhdistetty. (Hänninen, 2018. s. 204.)

Analyysissani tarkastelin Labovin ja Waletzkyin jaottelun mukaisia narratiivien rakenneosia suhteessa luvussa 2.1 esittelemääni jäsenyykseen vaikuttavuuden peruslähtökohdista (Kuvio 2). Luokittelin kunkin narratiivin luurangon narratiivien rakenneosien mukaisesti kronologiseen järjestykseen. Tämän jälkeen merkitsin narratiivin pohjalta selvästi ilmi käyneet kokemukset palvelujen vaikuttavuudesta vaikuttavuuden osa-alueiden mukaisesti. Vaikuttavuuden osa-alueet analyysissa ovat palveluiden saatavuus, palveluiden riittävyys, palvelun kyky saada aikaan vaikutuksia, asiakkaan tarpeisiin vastaaminen sekä koettu positiivinen muutos tilassa. Palvelun kyvyn saavuttaa tavoitteet jätin analyysista pois, sillä ajattelin, että palveluntarjoajan tavoite (esim. asiakkaan toipuminen psykoosista) on hyvinkin voinut täytyä ilman, että asiakas on kokenut sen vaikuttaneen merkittävästi omaan kokonaistilanteeseensa. Palveluiden saatavuus ja kontakti palveluihin kuvaavat narratiiveihin perustuvia kertojien omia näkemyksiä siitä, mitä palvelua he ovat saaneet, miksi ja milloin. Palveluiden riittävyys ja asiakkaan tarpeisiin vastaaminen kuvaavat kertojien kokemuksia siitä, ovatko he saaneet palvelua siinä määrin, että palvelun tarve olisi vähentynyt tai kokonaan poistunut. Koetun positiivisen muutoksen hetken nimesi jokainen kertoja, jolla toipuminen oli oman kokemuksen mukaan alkanut. Sitä hetkeä kuvaa analyysissa käytetty ”koettu positiivinen muutos tilassa”. Analyysikehikon tyhjät ruudut kertovat tilanteesta, jossa kertoja ei ollut ilmaissut vaikuttavuuden kokemusta millään tavalla. Ikämääritteet eivät välttämättä ole täysin täsmällisiä, sillä osissa kertomuksia mutkistavien toimintojen ajankohtaa joutui osin päättelemään/laskemaan sellaisista ilmaisuista kuten ”yläasteella”, ”lukioiässä” tai ”viisitoista vuotta sitten”. Taulukossa 2 esittelen esimerkin kautta käyttämäni analyysikehikon.

palveluiden vaikuttavuuden peruslähtökohtien toteutuminen:		narratiivin luuranko	palveluiden saatavuus	kontakti palveluihin, ikävuosi	palveluiden riittävyys	palvelun kyky saada aikaan vaikutuksia	asiakkaan tarpeisiin vastaaminen	positiivinen muutos tilassa, ikä
narratiivin rakenneosat								
narratiivin orientaatio	lapsena väkivaltakokemuksia	ei	ei					
narratiivin mutkistavat toiminnot	vanhempien ero, muutto psykykinen oireilu alkanut virheellinen diagn. & hoito voinnin romahtaminen perheen perustaminen psykoosi	koulukuraattori lääkärin arvio psyk. esh sairaanhoitaja 1 x vko psyk esh psykoterapia	10 16 18 20 24	ei ei ei ei kyllä	ei ei ei ei kyllä	ei ei ei ei kyllä	ei ei ei ei kyllä	
narratiivin lopputulos	terapian myötä toipuminen alkoi oikea dg		29					26

Taulukko 2 Esimerkki käyttämästäni analyysikehikosta.

Narratiivien asettelu analyysikehikkoon antoi itselleni melko selkeän kuvan siitä, milloin palvelut ovat muuttuneet heikosti vaikuttavista vaikuttaviksi, eli oikeanlainen palvelu on alkanut kohdentua oikealle asiakkaalle. Taulukon 2 esimerkissä voidaan havaita, että tämä muutos on tapahtunut 24-ikävuoden kohdalla. Kehikoista oli myös helppo visuaalisestikin havaita narratiivin ajallinen eteneminen, palveluiden määrä ja oireiden alkamisesta toipumisen alkamiseen kulunut aika. Analyysimenetelmänä tämä olisi todennäköisesti ollut turhan raskas, jos aineistoa olisi ollut enemmän. Oman aineistoni kohdalla syntynyt taulukkomäärä oli vielä manuaalisesti vertailtavissa ja yleisesti ottaen hallittavissa.

5 Tutkimuksen tulokset

Kirjoituspyynnön tuloksena narratiiveja kertyi 10 kappaletta. Lisäksi kaksi henkilöä lähetti linkit erilaisiin nettiartikkeleihin, joissa olivat kertoneet omat tarinansa kirjoituspyynnön mukaisesti. Saatu aineisto näytti osin pyörittelevän samanlaisia teemoja ja tarinankulkuja, joten päätin tyytyä kertyneeseen aineistoon. Kirjoittajista yhdeksän oli naisia, kolme miestä. Iältään he olivat kirjoitushetkellä 19-60 -vuotiaita. Vastaajien iän keskiarvo oli 39 vuotta ja mediaani 40. Kirjoittamisen aikana osa vastaajista koki jo toipuneensa haasteistaan tai toipumisen olevan alkanut. Osalla ongelmat olivat edelleen vahvasti läsnä. Analyysini keskittyi narratiiveissa kuvattujen erilaisten elämänkulkujen jäljittämiseen, sekä sen erittelyyn, miten narratiivit rakensivat vaikuttavuuden kokemusta mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Kolme narratiivia valikoitui analyysivaiheessa pois, sillä en saanut riittävässä määrin käsitystä narratiivin sisällön ajallisesta etenemisestä. En myöskään tavoittanut kirjoittajan näkemystä tapahtumien suhteesta vaikuttavuuteen. Nämä narratiivit pääasiassa liittyivät kirjoittajan läheisten sairastumiseen. Narratiiveja jäi siis jäljelle yhdeksän, joista jokaisessa kertoja kirjoitti omakohtaisista kokemuksistaan.

5.1 Tyypitarinat vaikuttavuuden kokemuksista

Aineistosta rakensin kaksi erilaista tyypitarinaa. Koska narratiivit olivat tietyistä yhdenmukaisuuksista huolimatta ainutlaatuisia jokaisen sisältäessä omat ainutlaatuiset elämänkulkunsa ja havaintonsa, en saanut yrityksestä huolimatta sisällytettyä kaikkea mielestäni havainnollistavaa ja oivaltavaa tyypitarinoiniin. Siksi esittelen aineistoa myös kvantitatiivisesti ennen varsinaisten tyypitarinoiden esittämistä.

Yhdeksästä narratiivista neljään liittyi päihteidenkäyttöä joko ainoana ongelmana tai mielenterveyden häiriöihin liittyen. Viisi kertojaa kirjoitti mielenterveyden häiriöstä ilman liitännäistä päihteiden käyttöä. Naisten kohdalla päihteidenkäyttöä edelsi narratiiveissa aina trauma, miesten kohdalla ei välttämättä. Tarinoista kahteen ei liittynyt

erityisiä psyykelle haitallisia lapsuuden kokemuksia, kuten koulukiusaamista tai väkivallan kokemuksia. Neljässä tarinassa haitallisena kokemuksena nousi esiin koulukiusaaminen. Kahdessa neljästä kiusaaminen liittyi psyykkiseen oireiluun tai sen hoitoon. Yksikään koulukiusaamisen esille nostaneista ei kokenut saaneensa ajallaan tai myöhemmin adekvaattia apua asiaan. Lapsuudessa koettuun seksuaaliseen tai muuhun väkivaltaan liittyvä trauma esiintyi neljässä tarinassa. Aikuisiän traumaattisia kokemuksia, kuten läheisten kuolemia tai seksuaalista tai muuta väkivaltaa, oli niin ikään neljä. Näistä osa kohdistui niihin, joilla oli vastaavia kokemuksia jo lapsuudessa.

Viidessä tarinassa koettiin, ettei kirjoittajaa ollut kohdattu ihmisinä sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaan heidät oli kohdattu heidän oireidensa kautta. Koettiin, että oireita oli hoidettu, mutta ei syitä niiden takana. Asiakkaan mielipide hoidostaan käsitettiin usein asiakkaan hoitovastaisuutena tai huonona asenteena. Lisäksi asiakkaan kulttuurisen taustan katsottiin olevan yksi tekijä palveluiden ulkopuolelle jäämiseen. Kyseinen kirjoittaja pohti, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta mahdollisesti oletti asioiden hoituvan kulttuurin sisällä kulttuurin jäsenten parhaaksi katsomalla tavalla.

Narratiiveissa nousi toistuvana teemana esiin keskusteluavun riittämättömyys. Usein kyse oli keskusteluavun heikosta laadusta tai väärin kohdentamisesta tapauksissa, joissa diagnoosi oli väärä. Narratiiveissa trauman tai kriisin käsittelyyn tarvittu apu on jäänyt julkisella sektorilla kokonaan saamatta. Terapiasta oli hyötynyt valtaosa sitä saaneista, mutta lähes yhtä usein terapia oli ollut omakustanteista. Terapiasta hyötynneiden taustalla oli usein traumaattisia kokemuksia. Lisäksi eräs kirjoittajista muistutti kustannuksia sivuten, kuinka mielenterveys- ja päihdeongelmat tuovat usein mukanaan työttömyyden, työttömyys köyhyyden ja köyhyys taas ylläpitää ongelmia.

Tyypillistä narratiiveissa oli virheellinen diagnoosi ja oikeanlaisen hoidon merkittävä viivästyminen johtuen virheellisestä diagnoosista. Kukin kirjoittaja on ollut tuen piirissä, mutta tuki ei ole ollut laadukasta tai muuten riittävää. Työstäessäni narratiivien tapahtumista aikajanoja, merkitsin kaikkiin janoihin niin sanotun "kriittisen kohdan". Kriitti-

sessä kohdassa kirjoittaja on ollut palvelujärjestelmässä aktiivisesti oireilevana asiakkaana. Tässä kohdassa sekä minun, että pääasiassa myös kirjoittajan mielestä olisi ollut mahdollisuus vaikuttaa kirjoittajan tulevaisuuteen merkittävän positiivisesti, jos panos olisi ollut riittävä ja asianmukainen sillä hetkellä. Laskin kriittisistä kohdista viiveen siihen hetkeen, missä kirjoittaja on saanut oikean avun ja alkanut toipumaan. Kaikkien kirjoitusten viiveen keskiarvoksi tuli 27 vuotta.

Tyypitarinoista jäi puuttumaan myös osatyökykyisyyden tukeminen, joka nousi esille kahdessa narratiivissa. Kirjoittajat kokivat järjestelmän heikkoutena sen, että osatyökykyisyyttä ei oteta paremmin huomioon. Kirjoittajat toivoivat mahdollisuutta käydä joustavammin töissä kuitenkin saaden riittävän toimeentulon. Kirjoittajat kokivat, että osatyökykyisyyden huomioiminen olisi parasta kuntoutusta. Nykyisellään tuet ja etuudet eivät mahdollista osatyökykyisen taloudellista hyvinvointia. Myös näkemystä opiskelusta kuntouttavana toimena kyseenalaistettiin: jos oma selviäminenkin on haaste, miten voisi kyetä opiskelemaan?

Tarina varhaisen tunnistamisen, oikean diagnosoinnin ja oikein kohdennetun tuen merkityksestä

Olen 40 -vuotias. Isäni oli väkivaltainen alkoholisti. Lapsuuteni olen elänyt pelossa. Vanhempani erosivat ollessani alakouluiässä isäni vuoksi. Muutimme ja uudella paikkakunnalla jouduin koulukiusatuksi. Jos olisin saanut apua jo lapsena -- jos joku olisi kuunnellut, sanonut etteivät ongelmat ole minun syytäni ja puuttunut riittävän tehokkaasti kiusaamiseen -- olisin voinut toipua jo ennen yläkouluiikää. Olisin hyötynyt varhaisesta puheeksi ottamisesta ja tuesta, kriisiavusta, trauman käsittelemisestä. Olisin hyötynyt siitä, että minut olisi kohdattu ihmisenä, eikä oireina.

Kun oireeni pahenivat yläkouluiässä, pääsin kouluterveydenhuollon kautta nuorisopsykiatriseen arvioon. Jos olisin tullut kuulluksi ja kohdatuksi sen sijaan, että kerta toisensa

jälkeen minut lähetettiin kotiin seuraavana päivänä tai jopa tuntina... tai ehkä jos olisin saanut oikean diagnoosin ja hoidon, olisin saattanut toipua. Kuitenkin diagnoosi oli väärä, sitä myötä myös lääkitys. Lääkityksen lisäksi sain sairaanhoitajan keskusteluapua kerran viikossa. Toiset hoitajat olivat ammattitaitoisia, toiset eivät. Joskus yritin puhua lapsuuden kokemuksistani, mutta minua ei otettu tosissaan. Aloin uskoa, että olin jotenkin muita huonompi, kun oireilin, enkä selvinnyt elämässä ilma apua. Tai ehkäpä olinkin keksinyt koko jutun itse? Tilani heikkeni. Ryhdyin käyttämään päihteitä. Jouduin tilanteeseen, jossa tulin raiskatuksi.

Välillä oli parempia aikoja. Tapasin miehen. Sain lapsia. Kuitenkin ongelmieni lisäksi arjen haasteet ja yksinäisyyden tunne olivat jatkuvasti läsnä. Saimme runsaasti apua muun muassa kotipalvelusta ja perhetyöstä, mutta ongelmieni syytä ei hoidettu. Juttelin kyllä parin viikon välein psykologin kanssa, mutta tapaamisten jälkeen jäin yksin ajatuksieni. Parisuhde päättyi eroon ja lapseni oireilivat minun ongelmiani. Toisinaan lapseni joutuivat huolehtimaan minusta. Joskus he jopa vahtivat, etten pääsisi tappaamaan itseäni.

En tiedä mitä olisi tapahtunut, jos en olisi sairastunut psykoosiin. Psykoosin myötä sain vihdoinkin oikean diagnoosin. Minulle suositeltiin terapiaa. Terapian joudun maksamaan itse, mutta sen myötä olen alkanut toipumaan. Omien lasteni lapsuudesta koen vahvaa syyllisyyttä.

Tarina puuttuvasta diagnoosista ja puheeksi ottamisesta

Olen 40-vuotias. Lapsuuteni oli niin sanotusti "normaali". Olin vilkas ja todella sosiaalinen lapsi. Jos minulla olisi diagnosoitu ADHD jo silloin, perheeni ja minä olisimme saattaneet saada tukea jo varhain. Jos olisimme saaneet riittävää tukea, en ehkä olisi alkanut käyttää alkoholia jo nuorena.

Yläkouluiässä oireeni pahenivat. Jos joku olisi ottanut alkoholin käytön puheeksi, käyttöni olisi voinut loppua yhtä varhain kuin se alkoikin. Sekä minä, että perheeni olisimme hyötäneet päihdekasvatuksesta: päihteisiin liittyvän tiedon lisäämisestä, alueellisesta tilannekatsauksesta sekä tiedosta alueen päihdehoidosta. Olisin tarvinnut tukea selviämiseen itseni ja tunteitteni kanssa ilman alkoholia.

Päihdeongelmani kuitenkin paheni. Poissaolot koulusta lisääntyivät, mutta ongelmaan ei puututtu. Minut erotettiin koulusta 16-vuotiaana. Sittemmin olen tehnyt paljon töitä, mutta olen myös saanut ongelmani vuoksi monet potkut. Perustin perheen. Piilottelin juomistani, vaikka kyllähän puolisoni huomasi sen. Kerran työterveyshuolto otti päihteidenkäyttöni puheeksi ja ohjasi minut päihdehuoltoon. Yritinkin hakea muutosta elämäni päihdehuollon avopalveluista ja katkaisusta, mutta pitkäaikaista hyötyä niistä ei ollut. Muutos syntyi vasta reilu 20 vuotta myöhemmin. Olin eronnut, häpesin tilannettani, olin talousvaikeuksissa.

En tiedä mitä olisi tapahtunut, jos en olisi aikonut tappaa itseäni. Viimeisenä asiana soitin Mielenterveyspäivystykseen ja sain apua. Ymmärsin olevani sairas. Sain lääkityksen mielialaoireisiin. Lisäksi minulla diagnosoitiin ADHD. Myöhemmin olen saanut kuntoutusta. Se on auttanut minua ymmärtämään itseäni ja selviämään arjessa. Tällä hetkellä koen pikkuhiljaa saavani elämäni järjestykseen.

5.2 Tulosten analysointi ja pohdinta

Vaikuttavuus julkisessa palvelutuotannossa käsittää laajasti ajateltuna sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamisen, eli yhteiskunnallisiin tarpeisiin vastaamisen. Asiakastasolla vaikuttavuus keskittyy asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseen, palveluiden riittävyyteen ja kohdentuvuuteen, sekä näiden kautta saavutettuihin asiakkaiden kokemuksiin vaikutuksiin: syntyneisiin hyötyihin ja haittoihin. Palveluiden kohdentuvuudessa kiinnitetään huomiota erityisesti turhiin, päällekkäisiin tutkimuksiin ja palveluihin, heik-

kolaatuisiin palveluihin, sekä niistä aiheutuviin haittoihin, jotka olisivat olleet paremmalla kohdentamisella vältettävissä.

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimustulosten mukaan voidaan päätellä, että ennaltaehkäisevä terveydenhuolto tavoittaa kaiken kaikkiaan väestön eri ikäkausina hyvin. Kaikki kirjoittajat olivat päätyneet ongelmiansa kanssa tuen piiriin, usein jo varhaisessa vaiheessa. Suomessa onkin kattava äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmä, joka tavoittaa lähes koko väestön. Myös peruskouluikäiset lapset ja nuoret tulevat lähes koko väestön kattavasti tavaksi kouluterveydenhuollossa. Heikoiten ennaltaehkäisevä terveydenhuolto tavoittaa nähdäkseni kutsuntaiän ylittäneet miehet. Heidät tapaa mahdollisesti vain opiskelu- ja työterveyshuolto sikäli, kun he opiskelevat tai ovat työelämässä. Sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto että työterveyshuolto esiintyvät aineistossa positiivisessa valossa siinä mielessä, että niissä oli havaittu asiakkaan oirehdintaa. Palveluissa oli myös ohjattu asiakas tuen piiriin. Äitiysneuvola puheeksiottajana tai tukena ei saanut mainintoja, vaikka usealla vastaajalla lapset olivat syntyneet mielenterveys- ja päihdeongelmien keskelle. Kaiken kaikkiaan ennaltaehkäisevien palveluiden osalta tuloksisin, että ne ovat kattavat ja vastaavat niille asetettuihin vaatimuksiin. Ne eivät tuota haittaa, vaan niillä on valtava potentiaali tuottaa hyötyä löytämällä ne asiakkaat, joille palveluita tulisi kohdentaa.

Tutkimustulosten mukaan vaikuttavuuteen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ovat palveluiden riittämättömyys sekä niiden heikko kohdentuminen. Tutkimukseni tulokset osoittavat palveluiden heikkoa kohdentumista siitä huolimatta, että nämä kohdennettuja palveluita tarvitsevat asiakkaat oli havaittu. Tuloksista kävi ilmi, että suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvistä diagnooseista olisi mahdollisesti voitu jopa kokonaan välttää, jos tuen tarpeen havaitsemisen jälkeen asiakas olisi riittävän nopeasti saanut riittävää ja laadukasta keskusteluapua, kriisiapua tai traumaterapiaa. Tämä ei ollut toteutunut yhdenkään asiakkaan kohdalla. Asiakkaat ohjautuivat usein joko ennaltaehkäisevistä palveluista tai päivystyksellisistä palveluista suoraan psykiatrisille poliklinikoille tai osastoille. Näistä

palveluista heidät kotiutettiin varsin pian, tai heitä hoidettiin myöhemmin virheelliseksi todetun arvion perusteella. Tuloksissa näkyi esimerkiksi nuorten psykiatrisen poliklinikan kuormittuneisuus ja kuormittuneisuuden vuoksi riittämätön palvelu.

Palveluiden kohdentumiseen liittyen virheelliset diagnoosit ja niistä johtuneet väärät hoitomuodot aiheuttivat tämän tutkimuksen tulosten mukaan pitkittynyttä inhimillistä kärsimystä, pitkiä hoitjaksoja ja pahimmillaan vuosikymmenten mittaista palveluiden käyttöä. Virheellisen diagnosoinnin vuoksi osa palveluista kohdentui väärin ja nämä palvelut olivat siten myös turhia. Lisäksi sairaanhoitajien keskusteluapu koettiin usein heikkolaatuiseksi, kuraattorien ja psykologien riittämättömäksi. Keskusteluapu kuvattiin narratiiveissa vuosiakin kestäneeksi, viikon tai parin välein toistuvaksi tapahtumaksi, jolla pyrittiin vaikuttamaan masentuneisuuteen. On tutkittu, että lyhytkestoinenkin keskusteluapu voi auttaa masennukseen (Kontunen, 2020). Kontusen väitöstutkimuksessa (2020) pohditaan, että keskustelupohjaisen lyhytterapiaotteisen kokeilujakson jälkeen voitaisiin arvioida, ketkä tarvitsevat esimerkiksi Kelan tukemaa pitkää psykoterapiaa. Tällainen arviointi ei selvästi ollut toteutunut tutkimukseni narratiiveissa. Narratiiveissa nousi toistuvasti esille kokemus siitä, ettei asiakasta oltu kuunneltu ja että heidän oma mielipiteensä hoidosta nähtiin hoitovastaisuutena. Oli annettu palvelu mitä hyvänsä, sen hyötyä tulisi arvioida tiuhemmin nimenomaan asiakkaan kokemusta kuunnellen. Kokemukset saattavat heijastella organisaatiokulttuurisia tapoja kohdata asiakas oman tilanteensa asiantuntijana.

Turhat ja heikkolaatuiset palvelut, jotka eivät juuri vaikuta potilaan vointiin, ovat yksi merkittävimmistä kustannusten aiheuttajista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimukseni tulosten mukaan asiakkaat käyttivät virheellisten tai puuttuvien diagnoosien vuoksi palveluita niistä erityisesti hyötymättä keskinäärin 27 vuotta. Erilaisten palveluiden määrä lisääntyi suorassa suhteessa ongelmien keston. Aluksi asiakkaiden tila heikkeni riittämättömän tuen vuoksi. Myöhemmin asiakkaille muodostui oma perhe, asiakkaan oma tuen tarve arjen muuttuessa kasvoi ja samalla tukea tarvitsivat myös asiakkaan mahdollinen puoliso ja lapset. Tuen määrä ei kuitenkaan vaikuttanut koke-

mukseen tuen riittävyydestä. Mielestäni selitys on se, että asiakas ei ollut missään vaiheessa saanut juuri sitä tukea, mitä olisi alunperin tarvinnut. Mikään määrä palveluita ei riitä, jos tuki ei vastaa ydintarpeeseen.

Varhaisen puuttumisen merkitys on sosiaali- ja terveystenonon hollitsijänä ja inhimillisen kärsimyksen ehkäisijänä on tunnettu tosiasia. Myös tämän tutkimuksen mukaan olisi erittäin tärkeää tuottaa riittävä matalan kynnyksen tuki mahdollisimman pian oireiden ilmaannuttua. Tutkimusjoukosta osalla tämä kriittinen intervention kohta olisi ollut 5-10 ikävuoden kohdalla ja osalla 20 ikävuoden kohdalla riippuen ongelmien taustalla olevien syiden ajoittumisesta. Näiden ikävuosien jälkeen (ilman riittävää interventiota) kyseessä oli jo ongelmien paheneminen tai pitkittyminen ja palvelutarpeen merkittävä kasvu.

Tässä välissä haluan huomauttaa juuri tämän tutkimuksen tuloksiin liittyen, että esimerkiksi tarkkaavaisuushäiriöiden tunnistaminen ja kuntoutus on ollut vielä 40 vuotta sitten varsin heikkoa nykyiseen verrattuna. Aineistossa oli mukana pari esimerkkiä, joista saattoi päätellä, että tarkkaavaisuushäiriön sen aikainen diagnosointi ja hoito oli saattanut olla yhtä lailla haitaksi toiselle asiakkaalle kuin toiselle oli saattanut olla sen puuttuminen. Kuntouttamattomien tarkkaavaisuushäiriöiden on useissa tutkimuksissa osoitettu olevan yhteydessä päihdeongelmiin ja kriminalisoitumiseen (ks. esim. Mohr-Jensen & Steinhausen, 2016 & Biederman, 2003). Kaiken kaikkiaan etenkin opiskelijoiden päihdeongelmiin ja opintojen keskeyttämiseen on nykyään aiempaa enemmän keinoja. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla opintonsa keskeyttävät ohjataan etsivän nuorisotyön palveluihin. Lisäksi vuonna 2015 on annettu valtakunnallinen ohjeistus SORA-lainsäädännön toimeenpanosta terveydenhuollossa. SORA-säännökset ovat lainsäädäntökokonaisuus, josta nousee oppilaitosten ja oppilashuollon velvollisuus ohjata päihdeongelmainen opiskelija hoidon piiriin. (STM, 2015.) Molemmissa edellämainituissa keinoissa on kuitenkin mahdollisuus, että esimerkiksi ulkopaikkakuntalainen opiskelija putoaa seurannasta, jos lähettävän kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto ei "saata" opiskelijaa oman kunnan palveluiden piiriin.

Palveluiden koettuun laatuun liittyen tutkimuksessa nousi esiin jo aiemminkin mainittu yleinen kokemus siitä, että asiakasta ei kuultu tai hänen kokemuksiaan vähäteltiin terveyspalveluiden piirissä. Asiakas koki olevansa yhtä kuin oireensa ja että vain oireita hoidettiin, eikä kokemuksiaan kipuilevaa ihmistä niiden takana. Kokemus oli yhteneväinen kaiken tasoisissa hoitoa tarjonneissa palveluissa aina ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja terveydenhuolto tuntui määrittelevän oireiden mukaisen ongelman ja parannuskeinon. Asiakkaan erilainen näkemys omasta tilanteestaan koettiin negatiivisena. Tämä onkin klassinen esimerkki teoriaosuudessa esitellystä palvelukeskeisestä järjestelmästä, jossa palvelu määräytyy erilaisten diagnoosien mukaan. Palvelukeskeisen järjestelmän merkittävä ongelma on sen professionalisoituminen, eli palveluiden järjestäminen perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiin niiden vaikuttavuudesta. Vaikuttavuuden kehittämisen lähtökohtana pitäisi kuitenkin olla nimenomaan asiakkaiden näkemys.

Tutkimustuloksissa nousi esiin myös asiakkaiden ekonomisen statuksen vaikutus asiakkaan saamiin palveluihin. Toisaalta tuotiin esiin mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä köyhyyden välistä noidankehää, toisaalta omakustanteinen terapia oli enemmän sääntö kuin poikkeus. Jo aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että erot suomalaisten hyvinvoinnissa ovat kasvaneet eri sosiaaliryhmien välillä. Tutkimustulokseni selittää osaltaan mekanismia tilanteen takana : apua saavat varmimmin ne, joilla apua on varaa ostaa.

5.3 Tutkimuksen eettisyys

Narratiiviselle tutkimusotteelle on Hännisen (2008. s. 123) mukaan tyypillistä eettisten kysymysten korostuneisuus. Narratiivinen tutkimusote on nähty erityisellä tavalla ihmisiä kunnioittavana metodologiana. Tällainen etiikan vahva korostuminen asettaa tutkijalle korkeat eettiset tavoitteet. Tutkimuseettiset kysymykset ovat toki samoja, kuin

muutakin laadullista tutkimusta koskevat kysymykset, mutta ne voivat olla erityisen haastavia narratiivista tutkimusta työstäville. Tutkimuksen etiikkaan liittyy useita erilaisia, useissa organisaatioissa luotuja ja hyväksytyjä eettisiä sääntöjä. Ihmistutkimukseen liittyen korostuvat eettiset vaatimukset ovat tutkimukseen osallistuvien vapaa, informoitu suostumus, kerätyn tiedon luottamuksellisuus, raportoinnin anonyymisyys. Lisäksi tutkittavaa ei tule missään vaiheessa johtaa harhaan, eikä tutkimuksesta saa aiheutua haittaa tutkittavalle. (Hänninen, 2008. s. 123.) Tässä pro gradu -tutkielmassa esille nousseet eettiset kysymykset olivat linjassa laadullisen tutkimuksen perinteisten eettisten pohdintojen kanssa. Esille nousseita kysymyksiä olivat tutkimuskohteiden suostumus, aineiston luottamuksellisuus ja anonymiteetti raportoinnissa. Lisäksi pohdin erityisesti kertomusten tulkintaan ja esittämiseen liittyviä seikkoja, sekä mahdollisia tutkittavalle aiheutuneita haittoja.

Tutkimukseen osallistuneilla oli annettu vapaa, tietoon perustuva suostumus osallistumiseen. Tutkittavia tiedotettiin siitä, mistä tutkimuksessa on kysymys, miten tietoja käsitellään ja tallennetaan. (Hänninen, 2008. s. 125.) Kirjoitukset säilytettiin luottamuksellisesti tutkimuksen teon ajan, jonka jälkeen ne hävitettiin. Alkuperäisiä tekstejä ei nähnyt kukaan muu kuin minä. Tutkittaville ei välttämättä erityisen selvästi tiedotettu siitä, miten tietoja tullaan käyttämään, sillä en ollut siitä aivan varma itsekään kirjoituspyyntöä tehdessäni. Kuitenkin kirjoituspyyntöjen avulla saatu aineisto voidaan katsoa eettisesti melko ongelmattomaksi, sillä kirjoituspyynnössä on tuotu selvästi esille aineistonkeruun tavoite ja ehdot. Tavanomainen ongelma laadullisessa tutkimuksessa onkin, etteivät osallistujat osallistuessaan ole tietoisia siitä, mihin he tarkalleen suostuvat. Laadulliselle tutkimukselle kun on ominaista sen kulun vaikea ennustettavuus. (Hänninen, 2008. s. 125)

Aineiston keruu toteutui kertomusten keräämisen kautta. Kertomusten keräämiseen liittyi omat eettiset haasteensa. Vastauksien joukossa on myös kolme kertomusta, jotka kertoja on jo julkaissut aiemmin. Julkaistut kertomukset ovat eettisesti ongelmattomia, sillä kertoja on jo kertaalleen itse pohtineet, mitä haluavat kertoa julkisesti omalla ni-

mellään. Julkaistuihin kirjoituksiin saattaa liittyä aitouteen liittyviä kysymyksiä: onko tekstiä tietoisesti muokattu jonkin tarkoitusperän vaatimaan suuntaan? (Hänninen, 2008. s. 124-125.) Itse en saanut alkuperäisiä julkaisuja lukiessani käsitystä tarkoitushakuisesta kerronnasta. Narratiivisessa tutkimuksessa olennaista on myös haastateltavan mahdollisuus kertoa tarinansa omin sanoin ilman, että tutkija ohjaa kerrontaa. Kuitenkin tutkittava saattaa herkästi ohjautua kirjoittamaan sellaista tarinaa kuin olettaa häneltä odotettavan. Pienetkin vihjeet tutkijan suunnalta voivat johdattaa kertomusta johonkin suuntaan. (Hänninen, 2008. s. 129.) Tässä tutkimuksessa koen ohjanneeni kirjoituspyynnön kautta jo varsin vahvasti kerrontaa. Asiaan vaikuttivat ehkä ympäristön vakaa usko siihen, etten saisi pyyntööni vastauksia. Huomaan olettaneeni, että mitä enemmän annan "vinkkejä" kirjoitukseen, sitä enemmän madaltaisin kynnystä kertomusten kirjoittamiseen. Toisekseen olin huolissani siitä, etteivät kirjoitukset rajautuisi riittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden teemaan. Nämä seikat kertonevat tutkijan kokemattomuudesta vaativan tutkimusotteen edessä.

Tutkittavien anonymiteettisuojaan vuoksi mahdolliset henkilönimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutettiin tai poistettiin raportissa. Lisäksi tutkimustekstissä kertomuksista rakennettiin niin sanottuja tyyppitarinoita, joihin yhdisteltiin osia useista alkuperäisistä narratiiveista. Tässä yhteydessä pyrin karsimaan mahdollisia persoonallisuuksia kirjoitusasuista. Tyyppitarinamenetelmässä kertojien tunnistaminen muuttuu vaikeaksi, mikä on eettisyyden kannalta etu. Kuitenkin tulkinnan läpinäkyvyys kärsii, joten sinänsä menetelmä ei ole ongelmaton. (Hänninen, 2018. s. 204.)

Kertomusten tulkintaan ja esittämiseen liittyvät eettiset pohdinnat ovat narratiiviselle tutkimukselle tunnusomaisia. Narratiivisen tutkimuksen korkeaa eettisyyttä perustellaan usein sillä, että tutkimusote antaa kohteilleen mahdollisuuden kertoa asioistaan omalla äänellään. Vaikka tutkimusten mukaan kertomukset tekevät yleensä kertojalleen enemmän hyvää kuin haittaa, oman elämäntarinan läpikäyminen voi myös herättää syviä tunteita. Lisäksi ongelmia voi tuottaa esimerkiksi se, että tutkittavien elämäntarinat ovat osa tutkittavien minuutta. Näin ollen kertomukset ovat sekä arvokkaita,

että haavoittuvia. Tutkijan esittämät tulkinnat kertomuksesta saattavat tuntua loukkaavilta. (Hänninen, 2008. s. 127 & 2018. s. 205.) Keräämäni aineiston saatekirjeissä tuotiin esille sekä kirjoituksen herättämiä ikäviä tunteita, että ehyden kokemuksia. Toisten kohdalla vahingoittumattomuuden vaade ei siis täysin tässä tutkimuksessa toteutunut.

Hännisen (2008. s. 131-133) mukaan vaikeimmat eettiset ongelmat narratiivisessa tutkimuksessa liittyvät tarinoiden tulkintoihin ja siihen, millaisia tunteita ne tutkimukseen osallistujissa herättävät. Kertomusten muokkaaminen, lyhentäminen, tulkinta, käsitteellistäminen ja analysointi voivat aiheuttaa tutkittaville tunteen kohteeksi joutumisesta. Jollain tavalla loukkaavaksi voidaan kokea myös oman tarinan yleistäminen tyyppitarinaksi. Näitä seurauksia tutkija ei narratiivisessa tutkimuksessa oikeastaan voi välttää. Olennaista kuitenkin on, ettei tutkija kyseenalaista kertomusten arvoa. Tutkittavien kertomuksia ei tule epäillä. Tutkija ei myöskään voi tietää kertomuksen taustalla vaikuttavaa dynamiikkaa. "Tutkijan esittämät tulkinnat ovat aina vain tulkintoja, jotka voidaan haastaa toisilla tulkinnoilla", toteaa Hänninen.

Mielestäni tässä pro gradu -tutkielmassa perustavanlaatuiset tutkimuseettiset kriteerit on saavutettu. Tutkielmani suurin eettinen pohdinta lienee ollut se, kokevatko tutkimukseen osallistuneet loukkaaviksi sen, että heidän kertomuksensa on sijoitettu tiettyyn tyyppikertomukseen näin hävittämällä kertomusten yksilöllisyyden samalla osoittaen sen kytkennät laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin. Haluan kuitenkin erikseen todeta, että jokainen kertomus oli erittäin arvokas tälle tutkielmalle.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden ongelma on haaste erityisesti narratiivisessa tutkimuksessa. Narratiivinen tutkimus perustuu tulkinnalliseen lähestymistapaan, joten luotettavuutta on lähestyttävä tämän näkökulman kautta. Tutkimuksessa validiteetin ja reabiliateetin käsitteet ovat perinteisesti nähty keskeisinä. Valideetti kertoo, kuinka tarkasti

mittari mittaa mitattavaa asiaa. Reabiliteetti, eli luotettavuus puolestaan viittaa siihen, missä määrin mittauksen tuloksiin vaikuttavat satunnaiset tekijät, kuten olosuhteet tai mittaaja itse. Mittausta pidetään luotettavana, jos samasta aineistosta voi saada saman tuloksen, vaikka mittaaja tai mittauksen aika tai paikka muuttuisivat. Reabiliteetin ja validiteetin tilalle on alkanut tulla paremmin laadulliseen tutkimukseen soveltuvia käsitteitä. Heikkinen, Huttunen ja Syrjälä ovat luoneet narratiivisen tutkimuksen laadun varmistamiseksi uudet validointiperiaatteet. He käyttävät käsitettä validointi validiteetin sijaan. Siinä missä validiteetilla viitataan pysyvään totuuteen tai asian tilaan, validointi tarkoittaa tulkinnallista prosessia, jossa maailmankäsitys on vähitellen kehkeytyvä. (Heikkinen, 2018. s. 185.)

Käytän tämän pro gradu -tutkielman validointiperiaatteina näitä edellä mainittuja Heikkisen, Huttusen ja Syrjälän validointiperiaatteita. Ne ovat 1) historiallisen jatkuvuuden periaate, 2) refleksiivisyyden periaate, 3) dialektisuuden periaate, 4) toimivuuden periaate ja 5) havahduttavuuden periaate. Historiallisen jatkuvuuden periaatteella tarkoitetaan, että lukijalle tehdään tiettäväksi narratiivin ajalliset ja paikalliset yhteydet. Refleksiivisyyden periaate tarkoittaa, että tutkija tarkastelee omaa ymmärrystään suhteessa tutkimuskohteeseen. Dialektisuudella tarkoitetaan sitä, että tulkinta tapahtuu vuorovaikutuksessa maailman ja tutkittavan kohteen kanssa. Dialektisuuteen kuuluu myös moniäänisyyden huomioiminen. Toimivuuden periaate korostaa sitä, että tutkimuksella tuotetaan hyötyä. Havahduttavuuden periaate alleviivaa tutkimuksen lukijalleen tuomia uusia näkökulmia, havahtumista aiheeseen. (Heikkinen, 2018. s. 185-186.) Lisäksi Syrjälän mukaan (2018. s. 278) narratiivisen tutkimuksen uskottavuus perustuu tutkimuksen kykyyn vakuuttaa lukija, saada hänet eläytymään tarinaan ja kokemaan sen todeksi. Narratiivisen tutkimuksen lukemisen jälkeen "parhaimmillaan jotain on toisin kuin aikaisemmin sekä lukijan että tutkijan maailmassa".

Oman tulkintani mukaan tutkimusraportistani käy ilmi narratiivien ajalliset yhteydet ja paikalliset yhteydet ainakin niin, että tutkimus ymmärretään tehdyksi kansallisella tasolla. Kun luin aineistoni narratiiveja mietin, kuinka paljon kertojien kokemuksiin on

vaikuttanut alueelliset erot esimerkiksi palveluiden saatavuudessa. Lopulta kertojien kokemukset olivat niin samankaltaisia, etten pitänyt alueellisuutta enää kovinkaan merkittävänä.

Oma ymmärrykseni suhteessa tutkimuskohteeseen on osittainen. En ole omakohtaisesti kohdannut työni tai muun elämäni kautta mielenterveys- tai päihdeongelmia niin, että voisin sanoa niiden olevan itselleni kokemuksen kautta tuttuja aiheita. Olen kuitenkin työskennellyt kymmenisen vuotta ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa. Uskoisin sen näkyvän ainakin tämän tutkimuksen johtopäätöksissä. Koen ymmärtäväni, miten päihde- ja mielenterveysongelmat ennaltaehkäisevissä sosiaali- ja terveyspalveluissa nousevat esiin ja minkälaisia toimintamalleja niiden kohtaamiseen nykyisellään on. Oman ammatillinen näkemykseni on, että tutkimukseen osallistuneiden kokemukset palveluiden vaikuttavuudesta peilaavat hyvin tosiasiallista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tilaa. Oma sijoittumiseni palvelujärjestelmässä on mielestäni myös mahdollistanut tässä tutkimuksessa käydyn dialogin tutkimuskohteen ja maailman välillä.

Tutkielmani tulokset toivat tavallaan uutta näkökulmaa ennaltaehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuoltotyön vaikuttavuuteen aiemmassa tutkimuksessa vähemmän kuultujen asiakkaiden näkökulmien kautta. Kuitenkin tämä näkökulma oli varsin yhtenevä aiempien aiheesta tehtyjen tutkimuksien kanssa. Tämän tutkimuksen anti on mielestäni ollut se, että tulokset todella korostivat varhaisen puuttumisen, palveluiden riittävyyden ja laadukkuuden sekä erityisesti asiakkaan oman vaikuttavuuskokemuksen merkitystä.

Näkemykseni mukaan valitsemani aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät ovat olleet sopivia tuomaan esiin sitä, miten kertomuksissa heijastuvat kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuudesta. Tutkimusaineistoni ja analyysimenetelmät ovat onnistuneet kertomaan olennaisia asioita tutkimusjoukon reiteistä palveluiden käyttäjinä ja palveluiden vaikuttavuudesta. Väistämättä kertomukset ja niiden tulkinta tavoittavat kuitenkin vain osan aiheen kompleksisuudesta.

6 Johtopäätökset

Pro gradu pyrki määrittelemään vaikuttavuutta hyvinvointipalveluiden yhteydessä. Hyvinvointipalvelujen kontekstissa vaikuttavuuden peruslähtökohtia on palveluiden riittävyys ja saavutettavuus sekä kyky saada aikaan positiivisia asiakasvaikutuksia asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamalla. Erityisen vaikuttavaa on havaita tukea tarvitsevat asiakkaat mahdollisimman varhain ja näin joko ehkäistä ongelmien syntymistä tai estää niiden paheneminen. Vaikuttavuuden arvioinnissa asiakkaan näkemys on keskeinen.

Pro gradussa on tutkittu mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden näkemyksiä palvelujen vaikuttavuudesta ja tulosten perusteella on arvioitu, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuutta voisi kehittää. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat tarvitsevat näkemyksensä mukaan riittävää ja oikein kohdennettua tukea oikeaan aikaan. Palveluiden suunnittelussa ja riittävyden arvioinnissa asiakkaan näkemystä ei ole otettu huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Lisäksi tutkimuksen tulokset osoittavat, että viive palvelujen piiriin hakeutumisen ja vaikuttavan avun saamisen välillä on ollut keskimäärin 27 vuotta. Tämän viiveen aikana asiakkaiden palvelujen tarve on jatkuvasti kasvanut aina siihen saakka, kunnes alkuperäiseen ongelmaan positiivisesti vaikuttava palvelu on saatu. Tutkimus tukee vallitsevaa näkemystä siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja toimenpiteitä tulee entistä paremmin kohdentaa ennaltaehkäisevään toimintaan ja tarvelähtöisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta voitaisiin lisätä ensisijaisesti resurssien tehokkaammalla kohdentamisella: vuosien vaikuttamattomien ja alati lisääntyvien palveluiden sijaan asiakkaan tulisi saada palvelu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Yhtä merkittävää vaikuttavuuden kannalta on, että saatu palvelu on asiakkaan oman kokemuksen mukaan riittävä ja laadukas. Tämän koetun laadun ja koetun riittävyden mittaamista tulisi kehittää ja tehdä järjestelmällisesti, jotta nykyisestä järjestelmästä saataisiin relevanttia palautetta palveluiden kehittämisen tueksi. Yksi konkreettinen ehdotus voisi olla esimerkiksi matalan kynnyksen monipuoliset kes-

kustelupalvelut, joihin asiakkaat voivat tulla keskustelemaan riittävän pitkään elämän pulmakohdista ja kriiseistä. Näissä henkilökunnan tulisi olla riittävän hyvin koulutettuja tuottaakseen laadukasta palvelua. Lisäksi henkilökunnan resurssien tulisi olla riittävät kohtaamaan avun tarvisijat tarpeen mukaisissa määrin. Vastaavia palveluita tuotetaan pääkaupunkiseudulla etenkin nuorille jonkin verran (esim. Espoon Nupoli, Vantaan Nuppi, Vamos). Vastaavaa toimintaa näkisin järkevänä laajentaa merkittävästi.

Lähteet

- Allardt, E. (1986.) *The Civic Conception of the Welfare State in Scandinavia*. Teoksessa Rose, R. & Shiratori, R. (toim.) *The Welfare State East and West*. New York: Oxford University Press.
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: Findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry* 64(11), 3–8.
- Black, N. & Gruen, R. (2005). *Understanding health services*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Boje, D. (2001). *Narrative Methods for Organizational & Communication Research*. Lontoo: SAGE Publications.
- Cheetham, J., Fuller, R., McIvor, G. & Petch, A. (1992). *Evaluating social work effectiveness*. Buckingham: Open University press.
- Collis-Camargo, C., Ellet, C. & Lester, C. (2012). Measuring organizational effectiveness to develop strategies to promote retention in public child welfare. *Children and Youth Services Review* 34(1), 289-295. doi: 10.1016/j.chilyouth.2011.10.027
- DuBrin, A. (2008). *Essentials of Management*. 8. painos. Ohio: Cengage Learning.
- Enthoven, A. (1993). Health Care Costs: A Moral and Economic Problem. *California Management Review* 53(2), 134–151.
- Esping-Andersen, G. (1990.) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Policy Press.

Forsell, M. & Nurmi, T. (2016). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2015. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Goozner, M. (2015). Value-based care is about outcomes, not just cutting costs. *Modern Healthcare* 45(12).

Heikkinen, H. (2018). Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Heinonen, J. (1999). Hyvinvointimalli muutoksessa: Aikamme sosiaalinen kysymys ja sen ratkaisuvaihtoehdot. Helsinki: TA-Tieto Oy.

Hillary W., Justin G., Bharat M. & Jitendra M. (2016). Value based healthcare. *Advances in Management*, 9(1), 1.

Hilli, P., Ståhl, T., Merikukka, M. & Ristikari, T. (2017). Syrjäytymisen hinta – case investoinnin kannattavuuslaskelmasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(6), 663-675.

Huumeongelmaisen hoito. (2018). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Noudettu 20.10.2019 osoitteesta: www.kaypahoito.fi

Hänninen, V. (2008). Narratiivisen tutkimuksen eettiset haasteet. Teoksessa Pietilä, A., & Länsimies-Antikainen, H., (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kuopion yliopisto.

- Hänninen, V. (2018). Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin 5. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Härkönen, J., Warpenius, K. & Mäkelä, P. (2018). Miten paljon alkoholinkäyttäjät ovat kokeneet haittoja omasta juomisestaan? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL.
- Jurvansuu, S., & Rissanen, P. (2017). Päihde- ja mielenterveystyön yhdistäminen: sektorirajat ylittävä toiminta päihde- ja mielenterveysyhdistyksissä. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 2/2017.
- Kallio, O. (2012). Kuntatalouden kestävyysasteita 2010-luvulla. Teoksessa Sinervo, L. & Vakkuri, J. (toim.) Inhimillinen kuntatalous. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kangasharju, A. (2008). Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kapiainen, S. Seppälä, T. Häkkinen, U. Lauharanta, J. Roine, R. & Korppi-Tommola, M. (2010). Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL Avauksia 3/2010.
- Karvonen, S., Kestilä, L. & Kauppinen, T. (2019). Nuorten kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Kestilä, L., Knape, N., & Hetemaa, T. (2019). Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö tilastojen valossa. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. (2008). Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Koivula, A. (2012). Hyvinvointivaikuttavuuden mittaaminen sosiaalipalveluissa. Teoksessa Minna Zechner (toim.) Julkiset sosiaalipalvelut muutoksessa. Markkinat, mittarit ja ennakointi. Seinäjoki: Anja Mäntylän rahasto.
- Kokko, S. (2013). Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kontunen, J. (2020). Therapeutic change in interpersonal counselling (IPC) for depression: A mixed methods study of primary health care patients. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Koppa. (2019). Narratiivinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. Noudettu 7.10.2019 osoitteesta:
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/narratiivinen-analyysi>. Päivitetty 20.6.2015.
- Korteniemi, P., Kotiranta, T. & Kivipelto, M. (2012). Kokemuksia sosiaalityön vaikuttavuuden arvioinnin toteuttamisesta. Teoksessa Pohjola, A., Kemppainen, T. & Väyrynen, S. (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Kuntatyöntajat, KT. (2000.) Kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskeva suositus.
- Kuntatyöntajat, KT. (2008.) Tuloksellisen toiminnan kehittämistä koskeva suositus.

Leskelä, R.-L. Komssi, V. Sandström, S. Pikkujämsä, S. Haverinen, A. Olli, S.-L. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveystalvueluita käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68(48), 3163-3169.

Lindblad, S., Ernestam, S., Van Citters, A., Lind, C., Morgan, T. & Nelson, E. (2017). Creating a culture of health: evolving healthcare systems and patient engagement. QJM: An International Journal of Medicine, 110(3), 125–129.
doi:10.1093/qjmed/hcw188

Lintonen, T. & Mäkelä, P. (2018). Kuinka suuri osa juomisesta on alkoholin riskikäyttöä? Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Lumijärvi, I. (2013). Tuottavuuden kohottaminen kehittämistoiminnan osana ja erityisesti henkilöstölähtöiset keinot tuottavuuden nostolle. Teoksessa Lumijärvi, I., Harisalo, R., Stenvall, J., Rannisto, P., Liski, A., Hatakka, A. & Tyvitalo, J. (toim.) Kohti tuloksellista kehittämistoimintaa. Helsinki: Kuntaliitto

Lumijärvi, I. (1999). Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Lähdesmäki, K. (2003.) New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen: tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Väitöskirja. Vaasan yliopisto.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (Toim.) (2011). Psykiatria. 9. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

- Manderbacka, K., Aalto, A.-M., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. (2017). Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Manderbacka, K. & Keskimäki, I. (2013). Terveyspalvelut ja terveyserot. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mandl, U., Dierx, A. & Ilzkovitz, F. (2008). The effectiveness and efficiency of public spending. European Commission. Economic papers 301. Saatavilla osoitteessa: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication11902_en.pdf
- Manninen, L. (2019, marraskuun 17). Klaus Rannan haastattelu. Noudettu 18.11.2019 osoitteesta: <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000006308525.html>
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Pirkola, S., Pěna, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A.K., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. & Härkänen, T. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in a eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 survey. *Journal of Affective Disorders* 173, 73-80.
- McColl-Kennedy, J., Hogan, S., Witell, L. & Snyder, H. (2017). Co-creative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research* 70, 55-66. doi: 10.1016/j.jbusres.2016.07.006
- McKevitt, D. & Davis, P. (2016). Value for money: a broken pinata? *Public Money & Management* 36(4), 257-264. doi:10.1080/09540962.2016.1162591

Meklin, P. (2002). Valtiontalouden perusteet. Helsinki: Edita.

Meklin, P., Rajala, T., Sinervo, L. & Vakkuri, J. (2013). Kunta hyvinvointipalvelujen järjestäjänä: rajallisten voimavarojen tehokkaan hallinnan ongelma. Teoksessa Ilari Karppi (toim.) (2013) Governance -hallintaa uusin muotoiluin. Tampere: Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu.

Mihaiu, D., Opreana, A. & Cristescu, M. (2010). Efficiency, effectiveness and performance of the public sector. Romanian Journal of Economic Forecasting 4/2010.

Minilex. (2019). Julkinen palvelu on kunnan ja valtion vastuulla. Noudettu 4.11.2019 osoitteesta <https://www.minilex.fi/a/julkinen-palvelu-on-kunnan-ja-valtion-vastuulla>

Mohr-Jensen, C. & Steinhausen, H. (2016). A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. Clinical Psychology Review 48, 32-42. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.002

Moriarty, J. & Manthorpe, J. (2016.) The effectiveness of social work with adults. A systematic scoping review March. King's College Social Care Workforce Research Unit. Noudettu 17.12.2019 osoitteesta <https://www.kcl.ac.uk/scwru/pubs/2016/reports/Moriarty-&Manthorpe-2016-Effectiveness-of-social-work-with-adults.pdf>

Muuri, A., Aalto, A.-M., Manderbacka, K. & Arffman, M. (2019). Sosiaali- ja terveyden huollon kannatusperusta väestössä. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

- Mäkelä, P., Martikainen, P. & Peltonen, M. (2017). Sosioekonomiset erot alkoholikuoleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Nguyen, L. & Seppälä, T. (2014). Väestön lääkärinpalvelujen käyttö ja kokemukset terveyspalveluista. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Nwokorie, E. (2017). Challenges to effective management of public sector organizations in an institutionally corrupt society. Väitöskirja. Vaasan yliopisto.
- OECD. (2017). Ministerial Statement: The next generation of health reforms. Saatavilla osoitteessa <https://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf>
- OECD. (2018). Health at glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance_eur-2018-en/index.html?itemId=/content/publication/health_glance_eur-2018-en&mimeType=text/html
- Ollgren, J., Forsell, M., & Varjonen, V. (2014). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. Yhteiskuntapolitiikka 79(5), 498-508.
- Osborne, S. & Strokosch, K. (2013). It Takes Two to Tango? Understanding the Co-Production of Public Services by Integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. *British Journal of Management* 24, 31– 47.
- Paakkonen, T. (2012). Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (2013). Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa. Raportti 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Pitkänen, L., Haavisto, I., Vähäviita, P., Torkki, P., Leskelä, L. & Komssi, V. (2018.) Vaikutavuus SOTE:ssa. Suoritteista tuloksiin. Helsinki: Nordic Healthcare Group NHG. Saatavilla osoitteessa: <https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>

Polkinghorne, D. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. Teoksessa Hatch, J. & Wisniewski, R. (toim.) Life history and narrative., Lontoo: Falmer. 5-23.

Porter, M. (2010). What is value in health care? The New England Journal of Medicine 363(26), 2477–2481. doi: 10.1056/NEJMp1011024.

Porter, M. (2016). Value-based Health Care and the Role of Outcomes. Opportunities for the OECD. Saatavilla osoitteessa <http://www.oecd.org/els/health-systems/Item-3b-Improving-Health-Care-Value-Porter.pdf>

Porter, M. & Guth, C. (2012). Redefining German Healthcare – Moving to a Value-Based System. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Porter, M. & Teisberg, E. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press.

Rajavaara, M. (2007.) Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

- Reini, K. (2016). Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikaisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja selvityksiä ja raportteja 208.
- Riessman, C. (2008). Narrative methods for the human sciences. California: Sage publications.
- Rimpelä, A. & Vakkuri, J. (2012). Kouluterveydenhuolto ja vaikuttavuus. Teoksessa Siervo, L. & Vakkuri, J. (toim.) Inhimillinen kuntatalous. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ristikari, T., Törmäkangas, L., Lappi, A., Haapakorva, P., Kiilakoski, T., Merikukka, M., Hautakoski, A., Pekkarinen, E. & Gissler, M. (2016). Suomi nuorten kasvuympäristönä. 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Nuorisotutkimusseuran raportti 9/2016.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. World Health Organization Regional Publications - European Series. 92(7), 7-38.
- Sandberg, S. (1993). Från produktivitet till effektivitet i communal service. Teoksessa T. Östring, T. (toim.) Julkisen hallinnon tuottavuuden tutkijaseminaari 12–13.10.1992. VATT keskustelualoitteita 54. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Seara, G., Paya, A. & Mayol, J. (2016). Value-based healthcare delivery in the digital era. The Journal of European Psychiatric association 33, 33.
doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.862

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. (2015). SORA-lainsäädännön toimeenpano terveydenhuollossa. Ratkaisuja opiskeluun soveltumattomuuteen. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. (2016). Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Saatavilla osoitteessa:

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. (2019a). Mielenterveyspalvelut. Noudettu 5.11.2019 osoitteesta: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. (2019b). Sosiaali- ja terveysterveyspalvelut. Noudettu 23.10.2019 osoitteesta: <https://stm.fi/sotepalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. (2019c). Päihdehaittojen ja riippuvuuksien ehkäisy. Noudettu 5.11.2019 osoitteesta: <https://stm.fi/paihdehaittojen-ja-riippuvuuksien-ehkaisy>

Suomen Mielenterveys ry. (2019). Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin. Noudettu 10.10.2019 osoitteesta: <https://mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>

Stenvall, J. & Tyvitalo, J. (2013). Tietoon perustuva palveluiden kehittäminen kunnissa – tapaukset Lahti ja Turku. Teoksessa Lumijärvi, I. (1999.) Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Syrjälä, L. (2018). Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ik kunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. 5. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2019). Mielenterveydenhäiriöiden ehkäisy. Noudettu 18.11. osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/opiskelijoiden-mielenterveys/mielen-hyvinvoinnin-edistaminen-oppilaitoksissa/mielenterveyden-hairioiden-ehkaisy>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2019a). Mielenterveyspalvelut. Noudettu 5.11.2019 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2019b). Päihdehoito, kuntoutus ja arjen tuki. Noudettu 5.11.2019 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoito-kuntoutus-ja-arjen-tuki>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2020). Terveydenhuollon tuottavuus ja vaikuttavuus. Noudettu 20.2.2020 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/terveydenhuollon-tuottavuus-ja-vaikuttavuus>

Tervonen-Gonçalves, L. & Oinonen, E. (2014.) Vaikuttavuuden vaade ja vaikutelmien politiikka. Tapausesimerkkinä terveyden edistäminen. Yhteiskuntapolitiikka 79(5), 521–536.

Tuulaniemi, J. (2011). Palvelumuotoilu. 2. painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Valtiontalouden tarkastusvirasto VTV. (2017). Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto VTV.

Valtiovarainministeriö. (2011). Toimintaympäristö muuttuu. Keinoja kuntien ja kuntayhtymien tuottavuuden parantamiseksi. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Vertio, H. (2003). Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Zammuto, F. (1982). Assessing Organizational Effectiveness. New York: State University of New York Press.

Ziebicki, B. (2013). Relations between organizational effectiveness and efficiency in public sector units. Problems of Management in the 21st century 8, 102-110.

Liitteet

Liite 1. Kirjoituspyyntö

7.1.2020

KIRJOITUSPYYNTÖ

Etsin tarinoita mielenterveysongelmien ja/tai päihdeongelmien kanssa eläneiltä ja heidän perheenjäseniltään pro gradu -tutkielmaa varten

Haluaisitko vaikuttaa siihen, minkälaisia palveluita sosiaali- ja terveydenhuolto järjestää asiakkailleen? Onko sinulla tai perheenjäsenelläsi ollut elämää hankaloittavia mielenterveysongelmia (kuten esimerkiksi masennus, bipolaarinen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö)? Tai onko sinulla tai perheenjäsenilläsi ollut ongelmia päihteiden (alkoholi, huumeet) käytön suhteen?

Haluaisitko kertoa kokemuksistasi ja jakaa ajatuksiasi julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoamasta tuesta ongelmia edeltävästi tai niiden aikana? Olen hallintotieteiden opiskelija Vaasan yliopistosta ja teen pro gradu -tutkielmaa ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuudesta. Tutkimuksessani olen kiinnostunut siitä, miten ihmiset joilla/joiden perheessä on haastavia mielenterveyteen ja/tai päihteisiin liittyviä ongelmia, näkevät näiden kyseisten ongelmien syntyneen. Lisäksi haluan tietää, minkälaista tukea tai apua he olisivat tarvinneet, jotta ongelmia ei olisi syntynyt tai jotta ongelmat eivät olisi pahentuneet. Riittävän ja oikeanlaisen tuen tarjoaminen oikeassa elämänvaiheessa tulisi olla keskeistä palveluita järjestettäessä. Sen, mikä on riittävää tai oikeanlaista, tietävät mielestäni parhaiten ne, joilla asiasta on kokemusta.

Taustatiedoiksi pyydän, että kerrot kirjoituksessa ikäsi ja sukupuolesi. Jos kirjoitat perheenjäsenestäsi, tarvitsen ikä- ja sukupuolitiedot myös hänestä. Muuten voit kirjoittaa tekstin vapaamuotoisesti ja kertoa juuri siitä, mikä on sinulle merkityksellistä. Teksti saa olla lyhyt tai pitkä. Kirjoittamisen alkuun voit päästä esimerkiksi seuraavien kysymysten kautta:

- Minkälainen elämänhistoria sinulla/perheenjäsenelläsi on?
- Missä vaiheessa ja millä tavalla mielenterveysongelmat ja/tai päihteet ovat tulleet osaksi elämää?
- Miten tilanne eteni?
- Mitä tukea toivoisit saaneesi, jotta ongelmia ei olisi syntynyt tai jotta ongelmat eivät olisi pahentuneet?
- Mitä tukea sinä/perheenjäsenesi olet ongelmiin liittyen saanut?
- Oletko kokenut, että sinä/perheenjäsenesi olet saanut riittävästi tukea?

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistumisesta ei saa korvausta. Näkemyksesi on kuitenkin tärkeä, sillä tutkimuksen avulla on kuitenkin mahdollista tuottaa arvokasta tietoa laadukkaiden ennaltaehkäisevien palveluiden tuottamiseksi. Lähetä kirjoitus sähköpostiini 29.2.2020 mennessä. Voit lähettää kirjoituksen omalla nimelläsi tai nimimerkillä. Tutkittavien anonymiteettisuojaan vuoksi mahdolliset henkilönimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan tai poistetaan raportissa. Kirjoitukset säilytetään luottamuksellisesti tutkimuksen teon ajan, jonka jälkeen ne hävitetään. Alkuperäiset tekstit lukee vain allekirjoittanut. Vastaa mielelläni sähköpostitse lisäkysymyksiin!

Ystävällisin terveisin,

Elisa Lipsanen (Vaasan yliopisto)

elisa.lipsanen@student.uwasa.fi