

**VAASAN YLIOPISTO**  
**FILOSOFINEN TIEDEKUNTA**

Mervi Ropponen

**KOKEMUSASIAINTUNTIJUUS KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ ETELÄ-  
POHJANMAAN SAIRAANHOITOPUOLUN PSYKIATRIAN TOIMINTA-  
ALUEELLA**

Sosiaali- ja terveys-  
hallintotieteen  
pro gradu -tutkielma

**VAASA 2011**

## SISÄLLYSLUETTELO

	<b>sivu</b>
<b>KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO</b>	3
<b>TIIVISTELMÄ</b>	5
<b>1. JOHDANTO</b>	7
1.1. Tutkimuksen taustaa	7
1.2. Tutkimusongelmat	9
<b>2. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN</b>	11
2.1. Palvelu sosiaali- ja terveydenhuollossa	11
2.1.1. Palveluiden valtakunnalliset kehittämislinjaukset	14
2.1.2. Asiakas- ja palvelukeskeisyyden tavoitteet	17
2.1.3. Asiakkaan aseman vahvistaminen päihde- ja mielenterveyspalveluissa	22
2.2. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen liittyvät organisaatiohaasteet	25
2.2.1. Organisaatiokulttuuri ja asenteet	27
2.2.2. Palveluorganisaatioiden muutostarpeet	30
2.3. Kokemuksellisen tiedon hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä	33
<b>3. KOKEMUSASIAANTUNTIJUUS</b>	37
3.1. Kokemusasiantuntijuuden määrittelyä	37
3.2. Kokemusasiantuntijuuden lähikäsitteitä	39
3.2.1. Vertaistoiminta	40
3.2.2. Osallisuus	41
3.3. Kansainvälisiä kokemuksia kokemusasiantuntijuudesta	45
<b>4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	49
4.1. Tutkimuskohteen valinta ja kuvaus	49
4.2. Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu	49

<b>5. TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	52
5.1. Kokemusasiantuntijuuden toteutuminen ja hyödyllisyys	52
5.1.1. "Monessa mukana"	52
5.1.2. "Hyväksi havaitut"	53
5.1.3. "Aina jotain parannettavaa"	55
5.2. Kokemusasiantuntijuuden arvo	56
5.2.1. "Arvokkuus yksilön silmin"	57
5.2.2. "Arvokkuus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön silmin"	59
5.3. Toimintatapojen muuttuminen ja asenteet	60
5.3.1. "Muutoksen tuulet puhaltavat"	61
5.3.2. "Kaikki yhtä?"	62
5.4. Kokemusasiantuntijuuden kehittäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa	64
5.4.1. "Mitä kaikkea voisi tehdä?"	64
5.4.2. "Monet mahdollisuudet"	66
5.4.3. Yhteenveto tuloksista	67
<b>6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	71
<b>LÄHDELUETTELO</b>	76
<b>LIITTEET</b>	
LIITE 1. Tutkimuslupahakemus	89
LIITE 2. Tutkimusluvan myöntäminen	90
LIITE 3. Suostumuslomake	91
LIITE 4. Teemahaastattelurunko	92

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

Kuvio 1. Asiakaslähtöisyyden toiminnalliset periaatteet	19
Kuvio 2. Palvelukeskeisyyden vaikutus	21
Kuvio 3. Edellytykset kokemusasiantuntijaksi ryhtymiselle Hyväristä mukailleen	39
Kuvio 4. Asiakaslähtöisyys ja vertaistoiminta kokemusasiantuntijuuden perustana	41
Taulukko 1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimeenpanosuunnitelma	
Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseksi	24
Taulukko 2. Kansainvälisiä kokemuksia kokemusasiantuntijuudesta	47
Taulukko 3. Yhteenveto tuloksista	70



---

**VAASAN YLIOPISTO****Filosofinen tiedekunta****Tekijä:**

Mervi Ropponen

**Pro gradu -tutkielma:**

Kokemusasiantuntijuus kehittämisen välineenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella

**Tutkinto:**

Hallintotieteiden maisteri

**Oppiaine:**

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

**Työn ohjaaja:**

Pirkko Vartiainen

**Valmistumisvuosi:**

2011

**Sivumäärä: 92**

---

**TIIVISTELMÄ:**

Suomessa on pitkään käyty keskustelua potilaan oikeuksien ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisestä suhteessa omaan hoitoonsa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kautta on esiin nostettu ihmisten oma asiantuntijuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet palveluihin ja niiden kehittämiseen. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kokemusasiantuntijuuden merkityksestä ja mahdollisuuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, mitä lisäarvoa kokemuksellinen tieto on tähän mennessä tuonut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian tulosalueella, ja miten voisimme edelleen hyödyntää tätä asiantuntijuutta. Lisäksi selvitetään ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä ja kokemuksia siitä, kun joku muu kuin ammattilainen on osallistunut sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluiden suunnitteluun, arviointiin tai asiantuntijatehtäviin.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat tunnepohjaisia, erityislaatuisia ja tarvelähtöisiä. Ne koskettavat meitä jokaista vaikuttaen meihin kokonaisvaltaisesti. Ei ole siis yhdentekevää, miten palveluja tuotetaan ja kehitetään. Organisaatioiden tulee esimiesten johdolla pyrkiä vilkkaaseen arvokeskusteluun ja vuorovaikutukseen ympäristön kanssa. Olipa kyse sitten asenteista, uskomuksista, muutostarpeista tai kokonaisuudessaan organisaatiokulttuurisista tekijöistä, johdon vastuu korostuu.

Kyseessä on laadullinen tutkimus, joka toteutettiin haastattelemalla sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä työskenteleviä kahdeksaa ammattilaista että Välittäjä 2009 -hankkeeseen kuuluvia Pohjanmaa-hankkeen koulutuksessa mukana olleita viittä kokemusasiantuntijaa, jotka ovat osallistuneet julkisen sektorin asiantuntija- tai kehittämistehtäviin. Haastattelumenetelmänä oli puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Tutkimustulosten mukaan tähänastisesta toiminnasta on seurannut paljon hyvää, vaikkakin kokemukset tuottivat paljon tietoa jäljellä olevasta haasteellisesta työstä. Kokemusasiantuntijuus nähdään ainutlaatuisena toimintana sisältäen sekä henkilökohtaisen voimaantumisen että myönteiset vaikutukset päihde- ja mielenterveyteen liittyviin asenteisiin. Lisäksi vertaistuen merkitys koetaan ammatillisen toiminnan rinnalla edesauttavan merkittävästi potilaan toipumista. Kokemusasiantuntijuus edellyttää kuitenkin taakseen toipuneen kokemuksen. Tähänastisen toiminnan haasteita ovat tasavertaisuuden puute, ammattilaisten kiinnostuksen näennäisyys, arkuus ja jopa vastustus. Esimiesten tulee jakaa tietoa ja huolehtia implementoinnin onnistumisesta. Ammattilaisten vahvuutena nähtiin kirjaviisuus, mutta asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseksi se ei välttämättä yksin riitä. Kokemusasiantuntijuuden todettiin olevan parhaimmillaan suuri käytännön voimavara, jonka kehittäminen vaatii kuitenkin pintajänteistä ja sinnikästä työtä. Olennaista olisi tunnustaa se joka tasolla viralliseksi toiminnaksi. Palvelut tuotetaan käyttäjille, mutta heidän mukaanottonsa palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen on edelleen varsin heikkoa. Kokemusasiantuntijuus tarjoaa laajempaa osaamista, jossa päähuomio on ihmisten tarpeissa eikä mahdollisissa organisaation toiminnassa olevissa puutteissa.

---

**AVAINSANAT:** Palvelu, kehittäminen, kokemusasiantuntijuus



## 1. JOHDANTO

### 1.1. Tutkimuksen taustaa

Yhteiskunnassamme tapahtuvat jatkuvat muutokset ovat viime vuosikymmeninä koskettaneet laajasti sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tavoittelemme hyvää ja toimivaa yhteiskuntaa sekä mielekästä elämää eri keinoin. Suomessa on pitkään käyty keskustelua potilaan oikeuksien ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisestä suhteessa omaan hoitoonsa. Esille on nostettu uudenlaisia arvoja – aiheet potilaan kunnioittamisesta oman elämänsä asiantuntijana. Potilaan roolia on korostettu aktiivisena osallisena omaan hoitoonsa ja sitä on haluttu näkyvämmäksi (Martinussen & Magnussen 2009: 23). Edistysaskeleet passiivisesta potilaasta aktiiviseksi osallistujaksi ovat olleet merkittäviä. Tarvitsemme kuitenkin edelleen konkreettisempia toimia ja lujempaa tahtoa toimintatapojemme tarkastelussa ja muutoksen tavoittelussa. Toikon (2009: 1) mukaan asiakkaiden osallistuminen tulee olemaan keskeisellä sijalla tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollossa, kun palveluja pyritään kehittämään.

Ihmisellä on luontainen tarve tulla kuulluksi ja hyväksytyksi. Omaamme paljon kokemuksia, joissa nämä tarpeet eivät ole ihmisillä täyttyneet ja seuraukset ovat saattaneet olla ikäviä ja pitkäaikaisia. Beresford, Adshead ja Croft (2006) ovat tutkineet sosiaalipalvelukäyttäjien kokemuksia ammattilaisten kohtaamisesta. Kun palvelunkäyttäjiltä kysyttiin heidän lähtökohtiaan, tarpeitaan ja syitään alun alkaen sosiaalipalveluiden käytölle, useat henkilöt alkoivat kertoa hyvin yksityiskohtaisesti ja kokonaisvaltaisesti elämänsä aikaisemmista vaiheista. He palasivat muistelmissaan omiin tai läheisensä sairastumisen ensihetkiin; aikaan jolloin he saivat sairautelleen diagnoosin tai yleisesti koettuihin henkilökohtaisiin tunnelmiin. He kertoivat, miten he olivat tulleet kohdelluksi hyvässä ja pahassa. Tutkijat kokivat tarinoiden olleen kovin vaikuttavia ja jopa tuskallisen vaikeita ihmisten kertoa. Myös tutkijat vaikuttuivat ja herkistyivät tarinoista. He olivat oman tarinansa sankareita tullen kuulluksi. (Beresford ym. 2006: 41.)

Menneinä aikoina ovat mielisairaalan seinien sisältä monet omaelämäkerralliset tarinat ja kokemukset jääneet julkaisematta, koska niistä on pitänyt olla vaiti eikä niistä yksin-



kertaisesti ole sallittu puhuttavan. (Hänninen 2009: 17–18.) Nyt keskustelun aiheeksi on nostettu ihmisten oma asiantuntijuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet kokemuksen kautta. Tätä kokemusta halutaan tuoda lähemmäksi, osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa.

Keväällä 2010 käynnistyi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kautta sekä asiakkaan aseman vahvistamiseen päihde- ja mielenterveyspalveluissa kohdennettu työ. Kyseessä on kolmivuotinen *Kokemuksesta oppia – vertaisuudesta voimaa* -kehittämishanke, jonka kautta pyritään entistä parempaan palveluiden käyttäjien ja heidän omaistensa tarpeiden huomioimiseen. Käytännön työn koordinoinnista vastaa Pohjanmaa-hanke, joka on toiminut vuodesta 2005 alkaen alueen päihde- ja mielenterveys-työn kehittämishankkeena. Pohjanmaa-hanke on Etelä-Pohjanmaan osahanke sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelman Välittäjä 2009 -hankkeessa. (Pohjanmaa-hanke 2010.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten voisimme edelleen hyödyntää tätä asiantuntijuutta, ja mitä lisäarvoa kokemuksellinen tieto on jo tässä vaiheessa tuonut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian tulosalueella? Lisäksi pyritään selvittämään ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä ja kokemuksia siitä, kun muu kuin ammattilainen on osallistunut sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluiden suunnitteluun, arviointiin tai ylipäätään asiantuntijatehtäviin? Tarkastelu tulee ulottumaan myös kansainvälisiin kokemuksiin, koska monissa maissa on kokemusasiantuntijuuden käyttö jo arkipäivää.

Tutkimukseni aihevalinnan taustalla ovat niin ammatilliset kuin henkilökohtaisetkin kiinnostuksen kohteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta sisältää edelleen voimakkaita hierarkkiset rakenteet huolimatta siitä, että muutokset muuten ovat olleet toiminnassa mittavat viimeisen 20 vuoden ajan. Henkilökohtaisesti olen aina ollut mieltynyt pragmatismiin ajatuksiin ja hiljaiseen tietoon sekä vertaistukeen ja osallisuuteen kokemusasiantuntijuuden lähikäsitteinä.

Vertaistuen ja osallisuuden merkitys ovat koskettaneet minua laajasti henkilökohtaisessa elämässäni. Kun lapsellani todettiin vaikea-asteinen kuulovamma yli 13 vuotta sitten, ei yksikään ammattilainen kyennyt vastaamaan niihin kysymyksiin ja tarpeisiin, joita minulla oli. Sen sijaan eräs kuulovammaisen pojan äiti, joka oli aiemmin ollut vastaavassa tilanteessa, antoi minulle uskon tulevaisuuteen ja tarvitsemani tiedon, jonka varassa selviydyin. Myöhemmin olen toiminut myös Pohjanmaan Kuulovammaisten Lasten Vanhempien yhdistyksen puheenjohtaja. Omien kokemuksieni pohjalta haluan todeta, että minulla olisi ollut paljon huomioita ja ajatuksia kerrottavana sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle, jos siihen olisi ollut mahdollisuutta tai rohkeutta.

## 1.2. Tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää niitä kokemuksia ja toimintamuotoja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toiminta-alueella, joita kokemusasiantuntijuus on synnyttänyt, kun alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja on kehitetty kokemusasiantuntijuuden kautta. Tutkimuksen teoreettisessa osuudessa tarkastellaan yleisesti palvelua ja julkisten palvelujen kehittämistä huomioiden asenteet ja muutosten merkitykset organisaatiokulttuurillisina tekijöinä. Tarkastelu ulottuu myös kokemusasiantuntijuuteen, ja sen lähikäsitteisiin vertaistukeen ja osallisuuteen.

Empiirinen osuus tutkimuksessa koostuu haastatteleamalla sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä työskenteleviä ammattilaisia että Välittäjä 2009 -hankkeeseen kuuluvan Pohjanmaa-hankkeen koulutuksessa mukana olleita kokemusasiantuntijoita, jotka ovat osallistuneet julkisen sektorin asiantuntija- tai kehittämistehtäviin.

Tutkimuksen keskeiset kysymykset ovatkin:

1. Mitä palvelu on, ja miten julkisia palveluja voidaan kehittää kokemusasiantuntijuuden avulla?

2. Miten Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toiminta-alueella on hyödynnetty kokemusasiantuntijuutta ja mitä lisäarvoa kokemuksellinen tieto on tuonut?

Tutkimuksen keskeisiin kysymyksiin pyritään vastaamaan selvittämällä, millaisia ovat ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden kokemukset siitä, että joku muu kuin ammattilainen on osallistunut sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluiden suunnitteluun, arviointiin tai asiantuntijatehtäviin? Näihin kysymyksiin pyritään löytämään vastaukset teoreettisen tarkastelun lisäksi haastattelemalla kahdeksaa päihde- ja mielenterveystyön ammattilaista sekä viittä kokemusasiantuntijaa. Teemahaastatteluista saadun aineiston ja sisällön analyysin kautta pyritään löytämään vastauksia kokemusasiantuntijuuden mahdollisuuksiin palvelujen kehittämistyössä.

## 2. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Kehittämistyön merkityksen tärkeys korostuu koko yhteiskunnassamme. Kehittämisen avulla kokeillaan ja tutkitaan uusia ideoita, haetaan parempia tapoja toimia ja pyritään näin uudistumaan. Kehittämistyö näyttäytyy eri muodoissa aina politiikkaohjelmista työyhteisöjen ja yksittäisten työntekijöiden toimintaan. Lähtökohtana on sosiaalisten yhteisöjen ja organisaatioiden toiminnan kehittäminen, kun tavoittelemme modernisoituvan yhteiskunnan ymmärtämistä ja hallitsemista. Kehittämistoiminnan kautta edistetään yhteiskunnallisia toimintoja sekä tutkimusta. Kehittämistoiminta syventää tutkimusta ymmärtämään sosiaalisten ilmiöiden dynamiikan ja yhteiskunnallisten lainalaisuuksien käytäntösuhdetta. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2006: 3.)

### 2.1. Palvelu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sipilä (1992: 17) esittää teoksessaan Evert Gummersonin ja David Maisterin palvelumääritelmät. Evert Gummersonin (1987) mukaan palvelun *"voi ostaa ja myydä, mutta ei voi pudottaa varpailleen."* David Maister (1982) on puolestaan sanonut, että *"tavarat kulutetaan, palvelut koetaan."* Palveluiden erityispiirre on juuri niiden aineettomuus. Osa palveluista on kuitenkin selkeämmin määriteltävissä ja arvioitavissa kuin toiset. Pesosen (2002: 22) teoksessa puolestaan Philip Kotler ja Gary Armstrong (1999) määrittelevät palveluilla olevan viisi perusominaisuutta, joilla tehdään ero fyysisiin tuotteisiin. Palveluiden tuottamiseen osallistuu asiakas, palvelut ovat heterogeenisiä ja edelleen aineettomia eikä niitä ei voi varastoida tai omistaa.

Suomessa perustuslaki (PL 19§) velvoittaa julkista valtaa edistämään kansalaistensa hyvinvointia, turvallisuutta ja terveyttä. Lain mukaan jokaisella henkilöllä on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene vastaamaan ihmisarvoisen elämän edellyttämästä turvasta. Edelleen lain mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kuntien järjestämisvelvoite on säädetty sosiaali- ja terveyspalveluja koskevissa laeissa ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on terveydenhuollon ohjaus. Ohjauksessa käytettävät keinot ovat informaatio-ohjaus, resurssiohjaus ja normiohjaus. Informaatio-ohjaus sisältää uuden tiedon välittämisen ja sen vaikuttavuutta on osittain kyseenalaistettu. Resurssiohjaus sisältää rahalla ohjaamisen. Erillisiä resurssiohjauksen keinoja ovat olleet erilaiset hankerahoitukset, kuten Kaste-rahoitus. Normiohjaus on tehokkain ohjaustyökalu. Nykyistä lainsäädäntöä voidaan tarvittaessa tarkentaa valtioneuvoston ja ministeriön asetuksilla. Tällä hetkellä on valmisteilla lakitasoisia säädöksiä perusterveydenhuollon tukemiseksi. (Mattila 2010: 161.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto keskenään poikkeavat toisistaan niin palvelutarjonnan, järjestämistavan kuin toimintakulttuurinkin osalta. Terveyspalveluissa toiminnan kohteena on potilas ja sosiaalihuollossa asiakas. Potilas-termiin sisältyy huolenpito ja hoitavan henkilöstön osittainen vastuu, vaikkakin potilaan itsemääräämisoikeutta on viime aikoina korostettu. Asiakas-termi sisältää toimijoiden tasavertaisuuden ja asiakkaan päätösvalan. Hoitotyössä puhutaan sekä potilaasta että asiakkaasta. (ETENE 2009: 10.)

Sosiaalihuoltolaissa on säädetty, miten ja mitä sosiaalipalveluja on jokaisen kunnan tuotettava. Lainsäädäntö ulottuu myös koskemaan sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeutta, jossa on määritelty keskeiset menettelytavat asiakastyössä ja tietosuojakysymyksissä. Lisäksi on olemassa erillisiä lakeja, kuten lastensuojelulaki, laki isyyden selvittämisestä ja vahvistamisesta, elatusavun turvaamisesta ja perheasiainsovittelusta. Terveyspalveluista puolestaan on säädetty kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Kansanterveyslaki sisältää ne velvoitteet, jotka on asetettu terveyskeskuksille tuottaa perusterveydenhoidon palvelut. Sairaanhoidopiirien tehtävät ja tuottamat palvelut ovat säädetty erikoissairaanhoidolaissa. (Emt. 10.)

Suomessa astui voimaan 1.5.2011 uusi terveydenhuoltolaki, jonka tarkoituksena on taa-ta kansalaisille lisää valinnanvapautta niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Henkilöllä on täten mahdollisuus valita vapaammin terveydenhuollon yksikkö, jossa häntä hoidetaan. Edelleen uusi laki korostaa yksilön roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Uuden lain tavoitteina ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat

palvelut sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Lisäksi erityislaeilla on säädetty työterveyshuollosta ja mielenterveyspalveluista sekä tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista turvaa terveydenhuollon palvelujen käyttäjää. Laissa on myös säädetty sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Aluehallintovirastot, joiden toimintaa ohjaa ja koordinoi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontakeskus (Valvira), valvovat kuntia ja yksityisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia. Sekä aluehallintovirasto että Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toimivat sosiaali- ja terveysministeriön alaisina. (ETENE 2009: 10.)

Kun puhutaan lainsäädännön ja palvelujen kehittämisen suhteesta, on muistettava alati tapahtuvat muutokset toimintaympäristössä, olosuhteissa ja väestössä. Muutoksia suunniteltaessa tulee huomioida käytettävissä oleva lainsäädäntö ja mietittävä, tukeeko se relevantilla tavalla väestön oikeuksien toteutumista. Tavoitteena on tuottaa kansalaisille tarvittavat palvelut yhdenmukaisin periaattein asuinpaikasta riippumatta. (Mattila 2010: 166–167.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarkoituksena on siis tuottaa palveluja, joiden avulla pyritään takaamaan yksilön hyvinvointi ja sen edistäminen. Palveluissa ja kehittämisessä ei ole kysymyksessä ainoastaan teknisistä toiminnoista, kuten kirurgisista leikkauksista tai lääkemääräyksistä. Kysymyksessä on myös kompleksinen dialogi asiantuntijan ja asiakkaan välillä, jonka merkitys korostuu asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa. (Swarbrick, Schmidt & Pratt 2009: 46; Yeatman, Dowsett, Fine & Gursansky 2009: 9.)

Dialogin tärkeys korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon kentän toiminnassa, kun keskiössä ovat ihmiset ja kovin erilaiset tarpeet. Nämä ihmiset voivat olla vailla apua sosiaaliseen tilanteeseensa tai tarpeeseensa parantua sairaudestaan. Heidän lähtökohtansa palvelun tarpeelle voi olla monella lailla kovin haavoittuva. Täten tyytyväisyydelle voi ilmetä erilaisia esteitä. Toiminnassa tulisi kiinnittää huomio myös siihen, että ennaltaehkäistään erilaisten väärin tulkintojen syntymistä. Apua tarvitsevan on joskus vaikea ymmärtää toiminnan tavoitteita ja pyrkimyksiä. Ihminen saattaa jäädä pohtimaan, kenen

etua lääkäri ajaa tehdessään päätöksen, ettei henkilölle tarvitse määrätä esimerkiksi lisätutkimuksia. Kun asioita ei tarkenneta ja selvennetä apua tarvitsevalle riittävästi, on riski vääriin tulkintoihin olemassa. (McCulloch 2003: 7–8.)

Kun palvelujen ja toiminnan tavoitteita määritellään laajemmin, on tarpeen linjata, mitä asioita tavoitellaan. Toiseksi tulee miettiä, onko valittu kehittämislinjaus edistyksellinen ja mitä muutoksia tarvitaan, jotta saadaan parempaa aikaan. Ennen suurempia päätöksiä olisi tärkeää kyetä testaamaan, tai vähintäänkin arvioimaan tarkoin kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita. Ennen kaikkea tulisi huomioida yleiset kehittämislinjaukset. (Robert, Hardacre, Locock, Bate & Glasby. 2003: 61.)

### 2.1.1. Palveluiden valtakunnalliset kehittämislinjaukset

1970-luku oli laajaa sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen sekä kansalaisen tasa-arvon toteuttamisen aikaa. Vuonna 1972 voimaan astui lakeja, jotka koskivat muun muassa kansanterveystyön uudistusta sekä päivähoidon järjestämistä. Peruskoulun myötä varmistettiin jokaiselle yhtenäinen koulutus pohja. Kansanterveystalvelun puitteissa perusterveydenhuollon rahoitus ja hallinto uudistettiin sekä toteutettiin koko väestön kattava yhtenäinen terveydenhuolto. Päivähoitolaki puolestaan mahdollisti yhä useamman perheen äidin työssäkäynnin. Päivähoitolaki oli tarpeellinen johtuen elinkeinorakenteen erittäin nopeasta muutoksesta. Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistus ja laajentuminen olivat olennaista yhteiskuntamme kehittymiselle. Palvelusektorin puolestaan oletettiin vastaavan työvoiman uudentamisesta ja sen työkykyisyydestä. (Eskola & Karila 2007: 27.)

1980-luvulla painotettiin erityisesti sosiaalitalvelujärjestelmän sekä mielenterveystalvelujen vahvistamista. Uudistuskohteina olivat esimerkiksi päihdehuolto ja asumistalvelut. Monipuolisia talveluita laajennettiin koko väestöä kattavaksi. Mielenterveystalvelujen osalta vahvistettiin erityisesti avohoitoa, tavoitteena toteuttaa aktiivisempaa ja kuntouttavampaa otetta. Lääkintöhallituksen pääjohtajien johdolla toteutettiin mielisairaanhuoltopiirien kehittämistä koskevia tapaamisia, joiden tavoitteena oli aktivoida mielisairaanhuoltopiirit kehittämään talveluverkostoa. Professori Yrjö Alasen johdolla teh-

tiin perusteellinen tehtäväkentän kartoittaminen, hoitojärjestelmän arviointi sekä uudistusehdotusten esittäminen. (Emt. 28.)

Sairaanhoitohallinnon uudistuksen yhteydessä toteutettiin muutoksia myös valtion ja kuntien väliseen talouteen. Hallinnonaloittain tarkkaan kohdennetut ja kuntakohtaiset valtionosuudet koottiin yhteen. Tämän seurauksena kunnilla oli vapaus käyttää laskennallinen valtionosuus haluamallaan tavalla. Suomi oli ensimmäinen maa, joka toteutti tämänkaltaista rahoitusmallia. Samalla lakkautettiin 135 vuotta maan terveydenhuoltoa ohjannut lääkintöhallitus sekä 1960-luvulta peräisin ollut sosiaalihalitus. Hallitus ja eduskunta arvioivat, että kunnallinen itsehallinto oli kypsä vastaamaan itsenäisesti palvelujen järjestämisestä. Eduskunta oli hyväksynyt laajoja uudistuksia sisältäneitä lakeja jo vuonna 1989, mutta ne astuivat voimaan vasta vuonna 1992. Lakien toimeenpanoa varten tarvittiin siirtymäaika. Tuon kolmen vuoden siirtymäajan aikana maailma muuttui huomattavasti enemmän kuin osattiin aavistaa. (Eskola & Karila 2007: 29–30.)

Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoihin on myös sisällytetty yksityissektorin toimintatapoja. Tätä ilmiötä nimitetään myös managerismiksi. Palveluja on saatettu tuotteistaa, ja toimintaa tehostaa palveluprosessien selkeyttämisen kautta. Tavoitteena on ammattilaisten toiminnan taloudellisuus ja tehokkuus. Markkinaehtoisen toiminnan keskeisinä tekijöinä ovat tilaaja ja tuottaja, mutta erityisesti myös kuluttaja. Voidaan ajatella, että kuluttajan vapaat valinnat tuottavat parhaan hinta-laatu -suhteen. Tämä toimintapa on ollut myös sosiaali- ja terveystalveissa ajankohtaista. Palveluja tarvitseva henkilö on voinut esimerkiksi palveluseteliä käyttämällä valita, mistä hän sosiaali- ja terveystalvelunsa hankkii. (Toikko 2009.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasta ei voi kuitenkaan täysin rinnastaa vapaan kuluttajan asemaan. Manageristisesta toimintatavasta voi olla seurauksena, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuotetaan vain tilaajien ja tuottajien ehdoilla. Palvelujen käyttäjien osallisuus korostuu juuri tilaaja-tuottaja -mallissa. Palvelut ovat tuotettu käyttäjille, ja olisi kovin eriskummallista, jos heitä ei huomioitaisi palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä. (Toikko 2009.)



Øvretveit (1995: 14–15) on myös todennut, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eroavat monessakin suhteessa kaupallisista palveluista. Kaupallisissa palveluissa kuluttajalle on tarjolla runsaasti eri vaihtoehtoja ja hänellä on mahdollisuus ilmaista henkilöstölle, mitä palvelulta odottaa. Tarpeisiin vastaaminen mahdollistaa organisaation toiminnan työllistymisen ja toiminnan tuloksellisuuden jatkossakin sekä tyytyväisen kuluttajan.

Pohjoismaat ovat linjanneet ja kiinnittäneet huomion yhteisesti erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan haasteisiin. Yhä enenemässä määrin toimijat kohtaavat ihmisten suurempia odotuksia, joihin tulee kyetä vastaamaan. Perinteisesti potilaan ja ammattilaisen suhde on nähty kovin hierarkkisena ja holhoavana. Ihmiset ovat luottavaisina turvautuneet päätöksissään ammattilaisiin. Toisaalta myös ammattilaiset ovat olleet vakuuttuneita siitä, että he tietävät, mikä on kullekin henkilölle parasta. Tilanteet muuttuvat ja kansalaiset tuovat mielipiteensä sekä toiveensa esiin, vakuuttuneina itse tiedostavansa, mikä heille kulloinkin on parasta. (Winblad & Ringard 2009: 126–127.) Davidson, Chinman, Sells ja Rowe (2006: 448) ovat todenneet, että tulevaisuudessa olisi hyödyllistä ja järkevää kyetä huomioimaan ihmisten ainutlaatuiset sairaus- ja toipumiskerromukset kehittämistyön keskiössä.

Pohjoismaissa tulee tulevaisuudessa varautua siihen, että vaatimukset kasvavat, ja kansalaiset haluavat tulla kuulluksi ja osallistua päätöksentekoon. On kuitenkin mahdollista, että kansalaisten keskuudessa tulee olemaan eroavaisuuksia osallisuuden eri tasoilla, ja taustalla lienee tällöin muun muassa sosioekonomiset ja koulutukselliset syyt. Kasuvat vaatimukset ovat toisaalta erinomainen haaste ja lähtökohta uudentilaiselle kehittämistyölle Pohjoismaissa, kuten kaikille Euroopan maille. Uusi luo aina jotain uutta; tässä tapauksessa mahdollisuuksia kehittää sosiaali- ja terveystalveluja. Hyvään alkuun päästään, kun kyetään tunnistamaan hyvät käytännöt joka maassa luoden mahdollisuudet yhä enenemässä määrin asiakaskeskeisiin toimintatapoihin. (Winblad & Ringard 2009: 146–147.)

### 2.1.2. Asiakas- ja palvelukeskeisyyden tavoitteet

Kansalaisten, kunnan asukkaiden osallistumista ja demokratiaa halutaan kunnissa tukea muun muassa erilaisilla kyselyillä ja luomalla mahdollisuuksia osallistua. Asiakkaat puolestaan mielletään jonkinasteiseksi erityisryhmäksi, joiden osallistuminen on heikkoa ja heillä on omia erityistarpeitaan. Matthies (2010) toteaaakin, että olisi kiinnostavaa, jos nämä ryhmät sekoitettaisiin eli asiakas olisi aktiivinen kansalainen ja kansalainen nähtäisiin asiakkaan roolissa. Julkisella sektorilla on ollut vallalla monenlaiset muutokset, ja voisiko ratkaisuna olla kansalaisten ja asiakkaiden osallistuminen? Samaan aikaan puhutaan demokratian kriisistä ja vähäisen demokratian syvenemisestä kunta- ja palvelurakenteessa. Matthiesin mukaan ekonomia, kilpailuttaminen ja professionalismi vaikuttavat epäedullisesti demokratiaan, jossa kansalaislähtöisyys voisi olla tasapainottajana ja täydentäjänä.

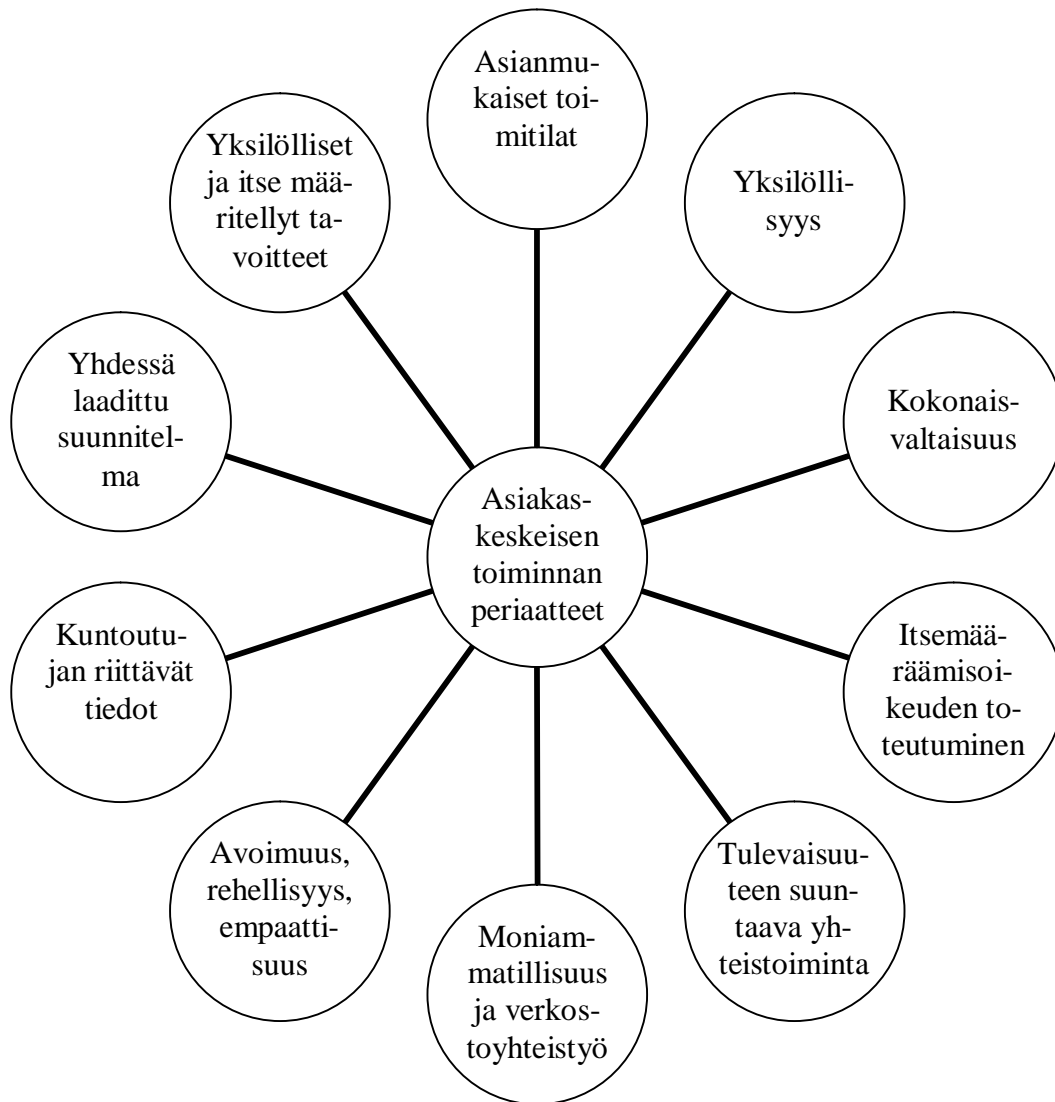
On yleisesti väitetty, että suomalaisen hyvinvointijärjestelmän kehittämisen takana ovat usein kansalaisliikkeet ja asiakasryhmät, jotka haluavat korostaa ammattilaisten ja asiakkaiden riippuvuutta toisistaan. Edelleen on väitetty sekä kansalaisten että työntekijöiden haluavan säilyttää ja kehittää palveluja, vaikka he ovat keskinäisen yhteistoiminnan sijaan eriarvoisessa asemassa. Palvelut heikkenevät vastoin kansalaisten tahtoa, koska ei ole saavutettu aktiivista asiakkuuden toimintamallia. Kaikkein heikoimmassa asemassa olevan aseman parantaminen mahdollistuisi osallistavalla toimintamallilla. Osallistuva toimintamalli tuottaisi lisää tietoa palvelujärjestelmälle ja henkilökohtaisesti yksilö tulisi kuulluksi ja saisi mahdollisuuksia vaikuttaa, unohtamatta demokratiaa ja eettisyyttä. Asiantuntijuudella ja kokemustiedolla voidaan palvelujen laatua parantaa. On selvää, että palvelujen käyttäjät sitoutuisivat paremmin, jos ovat itse voineet vaikuttaa palveluihin. (Emt. 2010.)

Olemme perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa olettaneet, että palvelujen käyttäjien tarpeet koostuvat ainoastaan lääketieteellisistä perusteista tai diagnoosien pohjalta. Kyse on kuitenkin muusta toiminnasta kuin haavojen hoitamisesta tai antibioottien määräämisestä. Palvelujen käyttäjien tarpeet koostuvat suurelta osin myös hoivasta ja tuesta, joka mahdollistaa intensiivisen toipumisen. (Nancarrow, Moran & Parker 2009: 441.) Palvelujen käyttäjät kykenevät itse parhaiten määrittelemään, mikä tekee heidän saa-

mastaan palvelusta laadukkaan (Rutter, Manley, Weaver, Crawford & Fulop 2004: 1973). Matthiesin (2010) mukaan tämän hetkiset palvelujärjestelmän haasteet eivät ratkea ilman radikaalia asiakaslähtöisyyttä, johon tarvitsemme toisenlaista kulttuuria.

Ristaniemi (2005: 131) on tutkinut lisensiaatintutkimuksessaan asiakaslähtöisyysperiaatteen toteutumista psykiatrisessa kuntoutuskulttuurissa. Hänen mukaansa asiakaslähtöisyys jää toimijoiden asiantuntijuuden varjoon. Hän puhuu psykiatrisen palvelukulttuurin tarpeesta muuttua vastaamaan *"vapautuksen psykiatria"*. Muuttuneessa palvelukulttuurissa on täten edellytykset ainoastaan edetä ihmisen oman kokemuksen kuuntelemisella. Psykiatrisen sairaalan toimintakulttuurissa on erityisesti sosiaalityössä haastetta osoittaa se, miten asiakasta oikeasti kuunnellaan.

Ristaniemi (emt. 131) esittää tutkimustuloksissaan ne toiminnalliset periaatteet, jotka tulisivat toteutua saadaksemme asiakkaan äänen kuuluville. Hän esittää, että kuntoutuja tulee kohdata yksilönä ja kokonaisvaltaisesti. Kuntoutustoiminnan lähtökohtana tulee olla itsemääräämisoikeuden omaava asiakas sekä edelleen tulevaisuuteen suuntaava moniammatillinen verkostoissa tapahtuva yhteistoiminta. Toiminnan tulee pohjata muun muassa avoimuuteen, rehellisyyteen, luottamukseen ja empaattisuuteen sekä yhdessä laadittuun ja arvioitavaan suunnitelmaan. Kuntoutujan tulee omata riittävät tiedot yhteistoiminnan pohjaksi sekä kuntoutussuunnitelman tavoitteet tulee olla yksilölliset ja kuntoutujan määrittelemät. Onnistuakseen tarvitaan myös asianmukaiset toimitilat. Seuraavassa kuviossa 1 on koottu yhteen ne toiminnalliset periaatteet, jotka tulisivat toteutua saadaksemme asiakkaan äänen kuuluville.



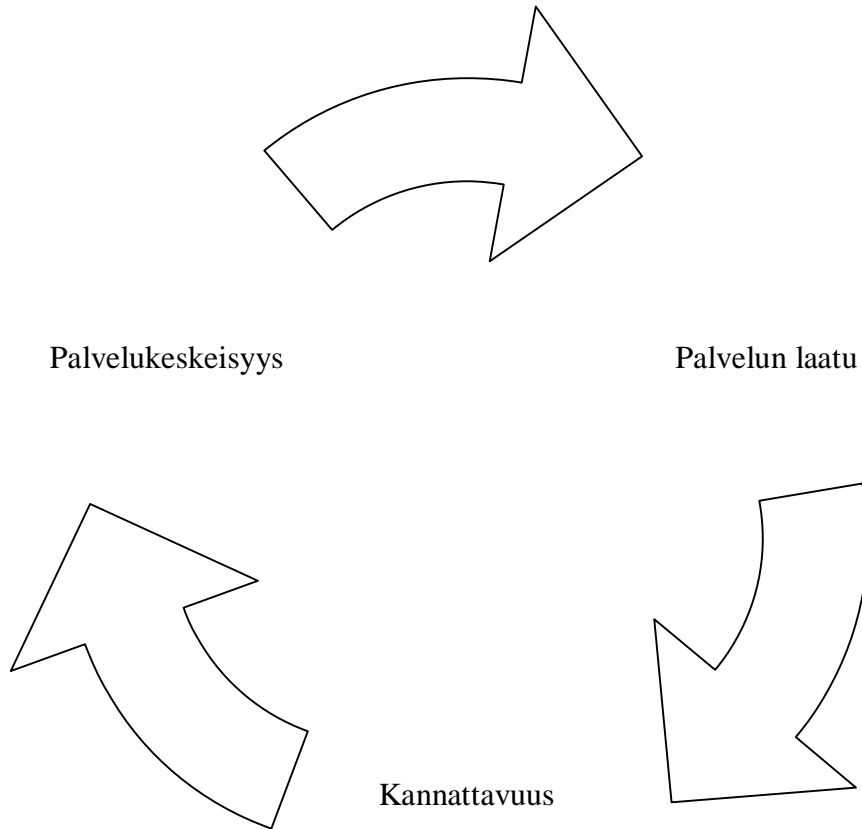
Kuvio 1. Asiakslähtöisyyden toiminnalliset periaatteet Ristaniemeä (2005: 131) mukailleen.

Ihmisten ja heidän tarpeidensa sekä taustojensa erilaisuus korostuvat, joiden tulisi olla lähtökohtana toiminnassa ja palveluja tuotettaessa. Moni asia voi olla todellisuudessa kovin erilainen kuin oletamme. Yhä enenemässä määrin ihmiset muuttavat maasta toiseen ja maahanmuuttajien palveluiden käyttäminen sekä saaminen saattaa olla vähäistä tarpeista huolimatta. Tästä esimerkkinä voidaan mainita tutkimus kiinalaistaustaisten maahanmuuttajien käyttämistä mielenterveyspalveluista Englannissa, jotka olivat epä-

suhtaisia heidän tarpeisiin nähden. Heidän joukossaan oli moniongelmaisia ihmisiä, joilla oli diagnosoitu useita erilaisia psyykkisiä, hoitoa vaativia häiriöitä. Kuitenkin monet kiinalaistaustaiset maahanmuuttajat käyttivät tai saivat vähemmän tarvitsemiaan mielen-terveyspalveluita kuin verrokit. Tutkimustulokset opettavat, että vakavasti sairas maahanmuuttaja voi kokea ongelmia saada tarvitsemiaan palveluita. Tarvitaankin lisätutkimuksia siitä, mitkä seikat voivat vaikuttaa siihen, että palveluiden saatavuus ja tarpeisiin vastaaminen jakautuisivat oikeudenmukaisemmin koskien myös maahanmuuttajien tarpeita. (Chen, Kazanjian, Wong & Goldner 2010.)

Palvelukeskeisyys vaikuttaa myönteisesti asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Ammattilaisten palvelukeskeisyyden vaikutukset ovat merkittäviä organisaation sisällä. Palveluhenkiset työntekijät näkevät paljon vaivaa asiakkaittensa eteen ollen joustavampia ja pyrkivät jatkuvasti löytämään sopivia ratkaisuja asiakkaidensa ongelmiin. Edelleen työntekijät tekevät kaikkensa korjatakseen asiakkaidensa tilanteet, jos jokin on mennyt pieleen. Yleisestikin tiedetään, että asiakkaan kokemalla laadulla on selkeä yhteys kannattavuuteen. Eli yhteenvetona voimme todeta, että palvelukeskeisyys parantaa palvelun laatua, ja joka edelleen edistää kannattavuutta. (Grönroos 1991: 283.)

Tätä myönteistä prosessia kuvataan seuraavassa kuviossa 2 jatkuvan spiraalin tavoin, jossa kannattavuuden paraneminen luo keinot palvelukeskeisyyden ylläpitämiselle ja edelleen kehittämiseksi. Prosessi tavallaan ruokkii itse itseään.



Kuvio 2. Palvelukeskeisyyden vaikutus (Grönroos 1991: 283).

Yhteenkuuluvuus palveluissa kasvaa kaiken aikaa. Yhteenkuuluvuutta enemmän korostuu saavutettavuus; asiakkaiden tehtävänä ei ole etsiä tietään organisaation luo, vaan organisaation on tehtävä itsensä saavutettavaksi ja houkuteltavaksi. (Storbacka 2003: 71.) On tärkeää muistaa, että palvelut ovat asiakkaita varten. Organisaatioiden toiminta-ajatusten pohtiminen on lähtökohta; ketä ja mitä varten ollaan olemassa? Ammattilaisten tulee toimia uudistajina uskoen asiaan ja muutosmahdollisuuteen, jotta toiminta olisi rationaalista. Heidän tulee kuunnella ilman ennakkoasenteita. Luottamuksellisuuden saavuttaminen on tärkeää, sillä asiakkaat ajattelevat saavansa huonompaa kohtelua, jos heidän antamansa kriittinen palaute on tullut julki. Palvelujen tuottajien olisi hyvä kyetä ajoittain luopumaan omasta asiantuntijuudestaan ja näkemyksistään. On tärkeää, että

organisaation toiminnan ja kulttuurin lähtökohtana olisi kehitysmuutos. (Thomasén 2007: 41–43.)

### 2.1.3. Asiakkaan aseman vahvistaminen päihde- ja mielenterveyspalveluissa

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma sisältää asiantuntijatyöryhmän laatimat ehdotukset päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Päihde- ja mielenterveysongelmien aiheuttamat vuotuiset kustannukset ja kansanterveydelliset ongelmat ovat yhteiskunnallemme merkittäviä, ja taustana laaditulle kansalliselle päihde- ja mielenterveysuunnitelmalle. Mielenterveysongelmien vuoksi jäädään yhä useammin eläkkeelle ja siihen liittyvä työkyvyttömyys on myös lisääntynyt merkittävästi. Alkoholi on puolestaan suurin yksittäinen työikäisen väestön kuolinsyyn aiheuttaja sekä miehillä että naisilla. Alkoholin kokonaiskulutuksen lisääntymisen myötä myös aiheutuneet sairaudet ovat kasvaneet merkittävästi. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 2010: 15.)

Asiantuntijatyöryhmän valmistelevaan suunnitelmaan on kirjattu 18 erillistä ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Nämä erilliset ehdotukset on jaettu neljään eri kokonaisuuteen: *asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävä sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostaminen, palvelujärjestelmän kehittäminen avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivaksi.* (Emt. 15.)

Asiantuntijatyöryhmän toiminnan lisäksi suunnitelman valmisteluvaiheessa järjestettiin useita alueellisia kuulemistilaisuuksia, joissa koottiin toimijoiden ajatuksia ja kehittämistoiveita mielenterveys- ja päihdetyöstä. Myös eri järjestöjen näkemyksiä kartoitettiin valmistelun tueksi. Mieli 2009 työryhmän -suunnitelma julkaistiin helmikuussa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi annettiin suunnitelmasta tiedottaminen ja tarkemman toimeenpanosuunnitelman valmistelu. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistyöhön Mieli 2009 työryhmän -suunnitelma nähtiin erinomaisena välineenä valtakunnalliseen kehittämistyöhön. (Erhola 2010: 3.)

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseksi Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen toimeenpanosuunnitelma sisältää myös neljä erillistä *avainteemaa*, joilla tarkoitetaan suurempia tavoitekokonaisuuksia. Nämä kokonaisuudet edellyttävät useita eri toimintoja ja eri yksiköiden yhteistyötä eikä tavoitteisiin yllätä yhden yksittäisen hankkeen kautta. Suunnitelmaan kirjattu ensimmäinen avainteema on *"asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelutuotannon keskeisenä toimijana."* Avainteeman sisälle on määritelty myös *kärkihankkeet*; tavoitteet tai kokonaisuuksien rajatut osat, joiden merkitys päihde- ja mielenterveyssuunnitelman on keskeinen. Toimeenpanosuunnitelmaan on kirjattu kyseessä olevan avainteeman sisälle kärkihankkeiksi *"vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän kehittämisessä sekä valtakunnallinen pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävä ohjelma."* (Moring 2010: 65–67.)

Seuraavassa taulukossa (1) on koottu tiivistäen yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman asiantuntijatyöryhmän laatimista ehdotuksista päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015.



Taulukko 1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimeenpanosuunnitelma Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseksi Moringia (2010: 66–70) mukail-  
len.

Avainteema	Tavoitteet	Kärkihanke	Muita huomioita
<b>1. Asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelutuotannon keskeisenä toimijana</b>	1. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tasavertaisuus palvelujen käyttäjinä 2. Sairastumiseen liittyvä stigma vähenee 3. Pakkotoimien käyttö vähenee	1. Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen 2. Valtakunnallinen pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävä ohjelma	1. Paikkakunnille mielenterveysneuvostoja. 2. Kokemusasiantuntijat voivat osallistua palvelujen suunnitteluun ja arviointiin sekä toimia vertaistukiryhmissä
<b>2. Syrjäytymistä ja mielenterveys- sekä päihdeongelmien ylisukupolvista siirtymistä estävät sekä ongelmien varhaista tunnistamista tukevat ohjelmat</b>	1. Alkoholin kokonaiskulutuksen vähenee 2. Osallisuus lisääntyy 3. Edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden sisältyminen kuntastrategioihin	1. Mielenterveys- ja päihdetyön strategiat osaksi hyvinvointisuunnitelmia 2. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ehkäiseminen sekä yli sektoreiden tapahtuva yhteistyö	1. Tämä avainteema on merkittävä, kun ajatellaan tulevaisuuden väestötason terveydenhuoltoa
<b>3. Perus- ja erityistason avomielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen elämäkaaren kattavaksi toimivaksi kokonaisuudeksi</b>	1. Asiakas saa tarvitsemansa avun ja palvelujärjestelmä rakentuu toimivasta kokonaisuudesta 2. Uusien työmuotojen kehittäminen	1. Kuntalaisen tarpeiden mukaisten palveluiden saatavuuden ja laadun seuranta 2. Matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanotot peruspalvelujen yhteyteen	1. Painotus peruspalveluissa ja sen kehittämisessä 2. Hoidon laadun ja saatavuuden parantaminen, jolla vaikutusta myös erityis- palveluiden riittävyyteen
<b>4. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tukevien ohjauskeinojen vahvistaminen</b>	Ohjauskeinoina toteutuisi: 1. Koulutuksen kehittäminen 2. Suositusten kokoaminen, päivitys, soveltaminen ja saatavuus 3. Resurssien vahvistaminen 4. Lainsäädännön kehittäminen	1. Verkkoportaalin kehittäminen 2. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallinen koordinaatio Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle 3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen antama tuki lakivalmisteluun	1. Verkkoportaalin avulla paljon aineistoa toimeenpanon tueksi 2. Kansallisen koordinaatin keskittäminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen keskenäinen 3. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on muutosten kohteena.

Asiakkaan aseman vahvistamisella tavoitellaan siis päihde- ja mielenterveyskuntoutujiin tasavertaisuutta palveluiden käyttäjinä. Huomio on kiinnitetty myös sairastumiseen liittyvän stigman vähenemiseen. Täten kyetään saavuttamaan paremmat mahdollisuudet asiakkaiden osallistumisesta mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Vertais- tuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen on mahdollisesti vaikuttavin muoto, jolla pyritään asiakkaan aseman vahvistamiseen mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Ideaalitapauksessa synnytetäisiin mielenterveysneuvostoja paikkakunnille tai alueille, joiden tavoitteena olisi keskustella ja vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Mielenterveysneuvostot koostuisivat palvelujen käyttäjistä, omaisista, järjestöistä ja palvelujärjestelmän edustajista. Kokemusasiantuntijat osallistuisivat myös sosiaali- ja terveyspalveluissa palvelujen suunnitteluun ja arviointiin. (Emt. 2010: 66–67.)

## 2.2. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen liittyvät organisaatiohaasteet

Aikojen kuluessa on organisaation selviytymiselle ehkä riittänyt, että se toimii yhteiskunnallisesti legitimiällä alueella. Organisaation toiminta voi olla myös tehokasta sen omien alueidensa ulkopuolellakin. Palvelutuotanto voi olla tehokasta, mutta tuotetut tuotteet eivät vastaa yhteisön tarpeita ja odotuksia. Liike-elämä ei puolestaan tuota sellaisia tuotteita, joilla ei markkinoilla ole kysyntää. Hallintotieteessä tarkoitetaan tällöin vaikuttavuuden ongelmaa eli miten julkisen organisaation toiminta olisi rationaalista. (Fischer & Neale 2008: 171; Vakkuri 2009: 12.)

Julkisen toiminnan rationaalisuuteen on pyritty myös kunta- ja palvelurakennemuutoksilla. Niiden seurauksena kuntien määrä on vähentynyt, ja samalla palvelurakenne monimutkaistunut. Lainsäädäntö asettaa omat velvoitteensa, joihin kunnat ovat pyrkineet tukalissa tilanteissa vastaamaan perustamalla yhteistoiminta-alueita. Kuntalaiset ovat saattaneet olla hämillään, mistä saavat tarvitsemansa palvelut. Emme kuitenkaan vielä tiedä, miten tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitetään. Tilanne nähdään poliittisestikin hyvin tukalana. Kansalaiset ovat kovin eriarvoisessa asemassa palveluiden saatavuudessa, riippuen heidän asuinpaikastaan. Kunnilla on käynnissä mittavat säästötoimet ja eniten kärsivät heikoimmassa asemassa olevat. Rahapulassa kunnat tekevät impulsiivisia ratkaisuja unohtaen rationaaliset valinnat ja strategiat. Huomioitavaa

on myös sisämarkkinoiden ja kilpailulainsäädännön vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluihin. Palvelut tuotetaan suurten toimijoiden taholta edullisesti, eikä laatuun välttämättä kiinnitetä riittävää huomiota. (Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto 2011: 13–14.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on kuitenkin kuntien tärkeimpiä tehtäviä. Kuntien palveluiden järjestämiseen ja kilpailuttamiseen on jatkossa syytä kiinnittää entistä suurempaa huomiota. Yksityissektorin mukaantulo yhä enenemässä määrin julkisten palvelujen tuottamiseen, herättää mielenkiinnon siihen, miten ja millaisella aikataululla palvelumarkkinat tulevat kehittymään kuntarakenteiden muutosten kautta. Todennäköistä lienee, että kilpailulliset toimintatavat, ja julkisten palvelujen markkinoistaminen tulevat kasvamaan. (Niemelä 2008: 51.) Edelleen perusterveydenhuollolla on kuitenkin keskeinen rooli tuottaa terveyspalveluita, mutta jopa mittavat muutokset ovat tulevaisuudessa mahdollisia (Krasnik & Paulsen 2009: 247).

Tuotettaessa palveluja esille nostetaan usein vahvasti kustannuskysymykset. Samalla puhutaan toiveista tavoitella palveluiden hyvää laatua, joihin ei ehkä juuri kustannussyistä olisi mahdollisuuksia yltää. On kuitenkin mainitsemisen arvoista, että laadun ja kustannusten välinen suhde on usein väärinymmärretty. Usein kuullaan sanottavan, ettei organisaatio kykene panostamaan parempaan laatuun, koska heidän budjettinsa on jo tietyssä vaiheessa ylittynyt. Laadun ja kustannusten keskinäistä suhdetta ei voi tarkastella suoraviivaisesti olettaen, että laadun tavoittelu on kallista. Panostaminen laatuun voi aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia hetkellisesti. Panostaminen on usein merkittävä investointi, jonka muun muassa kustannusvaikutukset tulevat esille vasta hivenen myöhemmin. (Moullin 2002: 28.)

Julkisen terveydenhuollon toiminnan linjaukset ovat eri maissa hiljalleen alkaneet lähentyä, ja periaatteeksi on nostettu sellainen terveydenhuollon kehittäminen, joka aiemmin muissa maissa on todettu hyväksi. On ensiarvoisen tärkeää tukeutua hallitusten välisiin suhteisiin ja instituutioihin, jotka ovat terveydenhuollon politiikan kannalta tarpeellisia. Tarvittavat kehittämistoimet pakottavat poliitikot konkreettisesti välittämään yhä enemmän kansalaistensa terveydentilasta. Esteeksi saattaa kuitenkin muodostua hallitusten väliset hatarat suhteet. Ne saattavat asettaa jopa uhkaa kansanterveydelle ja

hyödyille, joita olisi saavutettavissa. (Greer 2009: 34.) Käytännön toimien ohella ei pidä unohtaa näyttöön perustuvien ja tieteellisten tutkimusten merkitystä eteenpäin ohjaavina elementteinä kehittämistyössä. Yleensä ei ole oikeaa, väärää tai yksinkertaista ratkaisua tarjolla. Terveyspoliittiset kysymykset voidaan nähdä taiteena, jossa tarpeet ovat vuorovaikutuksessa kompleksisten mekanismien kanssa. (Atkinson 2009: 72.)

Terveydenhuollon organisaatiossa ongelmien tunnistaminen ja niiden ratkaisut ovat onnistuneesti saavutettavissa, jos mukana ovat poliittiset päättäjät, ammattilaiset sekä kansalaiset. Kansalaisten mielipiteet eivät aina kuitenkaan tule esille, koska esteenä voi olla organisaatioiden kulttuuriset tekijät. Poliittisten päättäjien ja ammattilaisten mielipiteet saattavat olla kuitenkin vielä kovin paljon tehokkaimpia jättäen kansalaisten mielipiteille vähemmän tilaa. Taustalla on usein terveydenhuolto-organisaatioiden kulttuuriset tekijät. (Vartiainen 2009: 179–180.)

### 2.2.1. Organisaatiokulttuuri ja asenteet

Organisaatiokulttuuri tarkoittaa muun muassa sisäistettyä henkistä rakennetta organisaatiossa, joka ohjaa sen ajattelua, toimintoja sekä vaikuttaa valintojen tekemiseen. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että asia on hyväksytty silloin, kun se on laajassa käytössä. Organisaatiokulttuurin kautta organisaation johto kykenee arvioimaan asiat sekä tien johtaa ja kehittää organisaatiotaan. Asioiden selkeytyminen antaa tiedon siitä, että rakenteelliset tekijät eivät ole niin tärkeitä kuin oli luultu. Nähdään, että parhaitenkin rakennettu organisaatio ei yksinomaan ole ihmisten mieleen, vaan tarvitaan toimintaa, joka vaikuttaa niin ihmisen mieleen kuin sydämeen. (Harisalo 2008: 266.)

Organisaatiokulttuurin tehtävät voidaan jaotella kolmeen päätehtävään. Ensimmäisenä tehtävänä on *"yhteisen identiteetin tuottamisen organisaation jäsenille"*. Tämä tarkoittaa, että organisaatiokulttuurin kautta voimme saada lisää tietoa itsestämme. Organisaation velvoitteena on käydä vilkasta vuoropuhelua arvoistaan ja toimintaperiaatteistaan, jotka ovat yhteisesti hyväksytyjä. Mitä enemmän vuoropuhelua käydään, sitä selvemmäksi yhteinen identiteetti muodostuu. Toisena tehtävänä on *"ihmisten sitoutumisen edistäminen organisaation perustehtävään"*. Oman edun sijaan ihmiset voisivat ajatella yhteistä kulttuuria, joka edesauttaa sitoutumista ja tavoitteiden saavuttamista. Kolman-

tena tehtävä on *"ihmisten käyttäytymisen pelisääntöjen selventäminen"*. Organisaatiokulttuurin kautta ihmiset oivaltavat, miten heidän tulee käyttäytyä ja sen vaikutukset yhteistoimintaan. (Lämsä & Hautala 2004: 179.)

Turvallisuus ja luottamus luovat pohjan sisäiselle yrittäjyydelle organisaatiokulttuurissa. Kunnan kohdistaessa yksikölle muutospainetta ja entistä tiukempia tavoitteita, punnitaan johdon kyky toimia puskurina kunnan ja henkilöstön välillä. Kun työyhteisössä luotetaan siihen, että peruslähtökohdat ovat turvattu, paranevat työntekijän sitoutuminen ja motivaatio kehittämiselle. Jokaisen työntekijän tulisi saavuttaa ymmärrys oman roolinsa kokonaisuudesta, joka puolestaan lisää sisäisen yrittäjyyden edellytyksiä. Loppujen lopuksi organisaatiokulttuuri määrittelee sen, kuinka yksilöllisyys hyväksytään työyhteisön sisällä tai suhteessa asiakkaaseen. Tasa-arvoa ja ääretöntä yhteisymmärrystä korostava organisaatiokulttuuri ei kannusta sisäiseen yrittäjyyteen. (Heinonen 1999: 183.)

Muutokset organisaatioissa vaikuttavat aina valtasuhteisiin sekä organisaatiokulttuuriin. Siksi organisaatiokulttuuriin tulee kiinnittää huomionsa muutoksia toteutettaessa. Johdolla on keskeinen rooli organisaatiokulttuurin luomisessa ja muutoksissa. Organisaatiokulttuuri voidaan nähdä nukkuvana karhuna, joka on rauhallinen siihen asti, kunnes sitä sohaistaan. Esiin saadaan uusia, piilossa olleita piirteitä muutostilanteissa. Saavuttaakseen toivotut rakennemuutokset, tulee luoda myös uusi organisaatiokulttuuri. Muodolliset muutokset eivät tuota mitään pysyvää; tarvitsemme organisaation syvempiä muutoksia. Terveystuon organisaatioissa muutosten taustalla oletetaan aina olevan potilaan tai asiakkaan parempi hoito tai palvelu. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005: 44–45.)

Niemelän (2003: 6–7) mukaan 1990-luvulla lama osoitti sen, että hyvinvointivaltio tarvitsee taakseen kokonaisvaltaisen, innovatiivisen ja yhä enemmän osaamiseen perustuvan talouden. Hyvinvointivaltion vaikeimmat ongelmat tulevat osoittamaan, että emme tule toimeen ilman olemassa olevaa kansalaisyhteiskuntaa. Suomessa tulee täten huolehtia kokonaisvaltaisesta taloudesta, saada aikaan toimiva kansalaisyhteiskunta sekä uudistaa hyvinvointivaltiotamme. Tästä muodostuu kokonaisuus, jotka eivät korvaa, vaan tarvitsevat toisiaan. Hyvinvointivaltion edellytyksenä on yhteisvastuu, lähimmäisenrak-

kaus ja sosiaalisuus sekä solidaarisuutta korostava kansalaisyhteiskunta. Ei pidä puhua vain politiikasta, prosenteista tai paikkamääristä, vaan koko kansasta, huolenpidon ja yhteisvastuun kulttuurista. Kyse on asenteista ja arvoista.

Ammattilaisten ammatillinen pätevyys koostuu henkilön asenteista, arvoista, tiedosta ja taidoista, joita tarvitaan asiakaslähtöisten palvelujen tuottamiseksi. Täten on tärkeämpää puhua kehitymisalueista kuin varsinaisesta pätevyysluokitukselta. Kun ammattitaidosta puhutaan, arvot ja asenteet eivät ole esillä sovittuina tai ääneen lausuttuina. Henkilökunnan asenteiden merkitys on kuitenkin hyvin tärkeä osa esimerkiksi potilaan kuntoutumisen käynnistymiselle ja etenemiselle. Olisi siis ensiarvoisen tärkeä pohtia, miten asenteet näkyvät työntekijöiden toiminnassa, käyttäytymisessä ja suhteessa perustehtävään. (Koskisu 2004: 218; Bedregal ym. 2006: 101.)

Osallistuvat kansalaiset ovat tuoneet esille myös kokemuksia, joissa ammattilaiset ovat kohdelleet heitä avoimen vihamielisesti, epäilevästi ja epäkunnioittavasti. Ammattilaisten taholta myös holhoavat asenteet saattavat korostua. (Middleton, Stanton & Renouf 2004: 514.) On tärkeää tiedostaa ja reflektoida, miten tuhoavat vaikutukset voivat olla seurauksena epäkorrektista suhtautumisesta auttamistyössä autettavaan. (Bee, Playle, Lovell, Barnes, Gray & Keeley 2008: 453.) Mahdollisuudet toiminnan muuttamiseen ja sen hyväksymiseen onnistuvat siis parhaiten, kun rohkeasti tarkastellaan totuttuja ajattelu- ja toimintamalleja. Ne sisältävät usein runsaasti epäluuloja ja pelkoja muutoksesta. (Moilanen 2001: 49.)

Omaamme tapamme ajatella ja toimia tietyllä tavalla. Kehittäessämme uutta tulee meidän kyetä muuttamaan eritoten ajatteluamme. Avoin ja vastaanottava ajattelu mahdollistaa uudet näkökulmat ja päätökset. Meidän tulee kehittää ajatteluamme laajalaisemmaksi ja kiinnittää huomio toimintaympäristömme luonteeseen, jossa vallitsee erilaisuus. Huomioimalla erilaiset aikajänteet, luomme samalla mahdollisuudet muutokselle ja kehitymiselle. (Aaltonen 2008: 57–58.)

Uutta toimintaa ja menetelmiä kehitettäessä, on huomioitava miten reaaliaikaiset käytännöt tulisivat muuttamaan. Jos muutos on suuri, on relevanttia varautua vaikeuksiin saada pysyvää muutosta aikaiseksi. Taustalla saattaa olla henkilöstön tietämättömyys

heidän nykyisten käytäntöjensä puutteista, ja uusien käytäntöjen mahdollisuuksista parempaan. (Välimäki, Hätönen & Koivunen 2008: 289.)

Uuden toiminnan käyttöönottoon ja henkilöstön mielipiteisiin vaikuttaa suuressa määrin esimiesten ajatukset toiminnan hyödyllisyydestä. Esimiesten mielipiteet eivät välttämättä ilmene ainoastaan ääneen lausuttuina kannanottoina, vaan myös uuteen toimintaan ohjattujen taloudellisten ja ajallisten resurssien sijoittamisen kautta. (Välimäki ym. 2008: 290.)

### 2.2.2. Palveluorganisaatioiden muutostarpeet

Uusien tutkimustulosten mukaan Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä sisältää merkittäviä eroja muun muassa palveluiden käytössä ja laadussa. Erot johtuvat pitkälti organisoinnista, rahoituksesta ja painopistealueista. Myös rakenteellisten tekijöiden merkitys palveluiden epäoikeudenmukaiseen kohdentumiseen on huomion arvoista. Tarvitsemme palvelujärjestelmän merkittäviä uudistuksia. Järjestelmän rakenteet eivät sinällään ole ainoa ja huomionarvoisin seikka pyrkimyksissä oikeudenmukaisiin palveluihin, vaan erityisesti tarvitsemme toimintatapojemme kokonaisvaltaista, rationaalista pohtimista. (Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008: 62–64.)

Kun palveluja tehostetaan, samalla etsitään ja tavoitellaan uudistuksia sekä parempia toimintatapoja järjestelmien tueksi. Kyse on näin suuremmista poliittisista ja ideologisista, tavoitelluista muutoksista organisaatioissa. Euroopan unionin myönteiset vaikutukset palveluiden markkinoitumisessa ovat olleet merkittäviä, mutta kansalaisten asemaan ei samaan aikaan olla kuitenkaan kiinnitetty riittävää huomiota. Olisi tärkeää pyrkiä edistämään eurooppalaista yhteistyötä muun muassa terveystalouden toiminnan tasolta sekä kansalaisten perusoikeuksien vahvistamisessa. Kansalaisten osallisuudella ja asiakkuudella on eronsa eikä palveluiden kehittäminen voi jäädä ainoastaan markkinatoimijoiden varaan. (Koivusalo, Ollila & Tritter 2008: 230–232.)

Organisaatioiden kehittämistarpeet ja muutoshaasteet sekä palveluiden laadun parantaminen ovat nykypäivänä saaneet yhä enemmän huomiota osakseen. Lähtökohtaisesti on kuitenkin äärimmäisen oleellista ja haasteellista arvioida organisaatioiden valmiudet

muutoksille. Valmiuksien tunnistamisessa tulisi kyetä löytämään ne tekijät ja ajankohdat, joilla on sekä positiivista että negatiivista vaikutusta organisaatioiden muutosten eteenpäin viemisessä. Järjestelmällinen muutokseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen helpottaa myös merkittävästi onnistunutta asianmukaisten ja tehokkaiden käytänteiden omaksumista organisaatioissa. (Hamilton, Cohen & Young 2010: 30–31.)

Myös tulevaisuutta ajatellen, on oleellista etsiä ja tunnistaa mahdollisimman paljon ilmeneviä esteitä sekä vahvuuksia. On yleistä, että niin uusien toimintatapojen tai käytänteiden omaksuminen ei tapahdu yhdellä kertaa, vaan tarvitaan useampia interventioita. Aiemmistä kokemuksista opitaan, ja tämän opin tulisi aina seurata mukana uusissa yrityksissä. Ideaalitapauksessa organisaatiot ovat paikallisesti määritelleet juurruttamisen strategiat ja suosivat näyttöön perustuvia toimintoja sekä menetelmiä. (Emt. 2010: 30–31.)

Uusien toimintatapojen ja käytänteiden omaksumisen haasteellisuutta voi valitettavasti lisätä nykyajan sirpaloituneet systeemit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Ne ovat omalta osaltaan estämässä muun muassa asiakkaiden osallisuuden ja sitoutumisen mahdollisuuksia. Asiakkaat joutuvat hakemaan apua monelta eri luukulta, eikä kukaan kannata intensiivistä vastuuta apua tarvitsevan henkilön tilanteesta. (Teperi, Porter, Vuorenkoski, Baron 2009: 28.) Vastuu tarkoittaa myös, että organisaatioiden työntekijöiden perustehtäviin oli määritelty ihmisten laillisista oikeuksista kertominen. Työntekijöille oikeudet saattavat olla itsestään selvyys, toisin on apua tarvitsevilla. (Raptopoulos 2010: 86–87.)

Eryteisesti terveydenhuollossa ovat vallalla yleiset odotukset näyttöön perustuvien toimintojen hyödyntämisestä, jonka avulla tavoitellaan hoidon ja huolenpidon parempaa laatua. Emme voi kuitenkaan olla varmoja, missä määrin näyttöön perustuvan tiedon käyttö on todellisuudessa organisaatioissa tai erityisesti, miten se on mielletty rutiinin omaisena toimintana. Tämän vuoksi on organisaatioissa pyrittävä yhtenäisiin ajattelumalleihin, ja jotka edelleen tukevat sisäisen vuorovaikutuksen tärkeyttä. (Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz & Charns 2009.)



Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden muutostarpeiden voidaan katsoa johtuvan pitkälti kompleksisesta järjestelmästä, jonka toimintaan vaikuttavat merkittävästi niin kutsutut *pirulliset ongelmat*. Tällä määritelmällä ei tarkoiteta ilkeitä tai pahoja asioita, vaan vaikeasti ratkaistavia ja moniselitteisiä ongelmia. Nämä ongelmat asettavat haasteensa ja niitä voi olla vaikea määritellä; asiat saavat merkityksensä sen mukaan, miltä kannalta ja kuka asiaa tarkastelee. Hyvänä esimerkkinä voidaan käyttää huumeriippuvaisia henkilöitä. Jännitteitä voivat aiheuttaa näkemyserot; millaisilla toimenpiteillä voidaan parhaiten minimoida kustannuksia, jotka yhteiskunnalle aiheutuu huumeriippuvaisuuksista. Yksi näkee tarpeen huolehtia, että huumeriippuvaisilla henkilöillä on puhtaat neulat käytössä, kun toinen kokee heidät lainrikkoina, joiden toimintaa ei tulisi edesauttaa. (Australian Government 2007: 3–4.)

Myös kehittäminen ja pyrkimykset parempaan voidaan nähdä pirullisina ongelmina. Kehitys voi johtaa se usein odottamattomiin seurauksiin, joista emme voi etukäteen tietää. Ongelmat eivät ole myöskään pysyviä, vaan voivat muuttua lyhyessäkin ajassa. Sanoetaan, että tähtäämme liikkuvaa kohdetta. Pirullisiin ongelmiin ei ole koskaan ole selkeää ja varmaa ratkaisua. Emme voi joihinkin asioihin antaa oikeaa tai väärää vastausta, vaan kyseessä voi olla ehkä parempi, huonompi tai riittävän hyvä ehdotus. Ongelmat ovat sosiaalisesti kompleksisia ja vaativat eritoten käyttäytymisen muuttumista ja sopeutumista. (Emt. 2007: 3–4.)

Kun toiminnalle asetetaan uusia tavoitteita ja kohteita, tulisi myös tavoitteiden täsmen-  
tämiseen käyttää varhaisessa vaiheessa paljon aikaa ja energiaa. Ei ole yhdentekevää, miten ja millaisia suunnitelmia luodaan. Ensinäkin asetetut tavoitteet tulisivat olla selkeitä, jotka eivät toimisi vain vertauskuvallisesti tai olisivat pelkästään poliittista retoriikkaa enemmän kuin todellisuutta. Toiseksi tulisi asettaa erilliset ohjelmalliset tavoitteet, jotka tukevat suunnitelmia ja toimintaperiaatteiden uudistamista. Edellä mainitut asiat ovat kriittisiä pisteitä, kun tulee aikanaan kyseeseen saavutusten ja tavoitteiden arviointi. On siis mahdollisuus joko menestyä tai epäonnistua. Osa tavoitteista voidaan aina mitata virheettömästi ja tarkasti, toisten tavoitteiden mittaaminen voi olla epä-  
määräisempää. (Amery & Gillam 2009: 53–54; Blank & Burau 2010: 97.)

Esimerkiksi Englannissa tavoitellaan onnistumista uudella, vuonna 2010 asetetulla lailla, joka velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa huolehtimaan ja vastaamaan tiettyjen kriteerien täyttymisestä heidän tuottamissaan palveluissa, niin laadun kuin turvallisuudenkin suhteen. Englannissa käytännön toiminnasta vastaa *The Care Quality Commission*. Heidän tavoitteena on varmistaa, että kaikille tulisi taattua yhä paremmat mahdollisuudet hyvään, tarpeiden mukaiseen hoitoon ja huolenpitoon, unohtamatta avuntarvitsijan kokemuksellista tietoa. (The Care Quality Commission 2010.)

### 2.3. Kokemuksellisen tiedon hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä

Kananojan, Niirasen ja Jokirannan (2008: 237) mukaan on tieto esimerkiksi sosiaalipolitiikassa välttämätön voimavara. Emme kykene saamaan tietoa ainoastaan tieteellisen tutkimuksen kautta eikä hallinnon tarvitsemat arviointipalautteet riitä vastaamaan uuden tiedon ja muuttuvan maailman tarpeisiin. Tarvitsemme käytännöstä nousevaa tietoa. Kansalaisten oman elämän ja arjen kokemuksellinen tieto ja ammattilaisten työhön liittyvät havaintoperusteiset tiedot ovat tarpeen.

Kunnallisen sosiaalipolitiikan toiminnan kautta mahdollistuu ihmisten elämäntilanteiden havaintojen kokoaminen, käsitteellistäminen ja tiedon välittäminen. Runsaat palvelut, yhteydet kansalaistoimintaan ja monipuolinen yhteistyö antavat kosketuspinnan kuntien asukkaiden ja yhteisöjen elämään sekä julkisen sektorin eri alojen toimintaan. Paikalliselta tasolta saatu kokemustieto on tärkeä kysymysten muotoilija ja kehittämisen voimavara kaikkialla. (Emt 2008: 237.) Truman ja Raine (2002: 142) haluavat muistuttaa ammattilaisia siitä, kuinka heidän olisi ensiarvoisen tärkeää rohkaista palveluiden käyttäjiä tunnistamaan olemassa olevia mahdollisuuksia.

Salminen (2004: 101) puolestaan nostaa esille eettisten kysymysten merkityksen, joka on oleellista julkisessa toiminnassa. Se muodostuu paljolti arvoista, velvoitteista ja periaatteista, jotka ovat erityisesti virkamiestyössä tärkeitä. Julkinen toiminta koostuu selvaisista tekijöistä, jotka edellyttävät eettisten vaatimusten toteutumista.

*"Kun ajattelee nuoria potilaita, joiden sairaalamatkat alkavat kesken parasta nuoruus-aikaa, toivoisi, että heille järjestettäisiin jatkohoito niin hyvin, ettei heidän elämänsä menisi sairaalakierteeksi huumeineen ja alkoholeineen. Nuoruuden kuuluisi olla ihmisen onnellisinta aikaa, ja meillä kaikilla on se vain kerran." (Aitonurmi 2009: 51–52.)*

Omaelämäkertomukset yksilön mielenterveyden kuntoutumisesta eivät ole ainoastaan tarinoita yksilön elämästä, vaan merkittävä osa koko kuntoutumisprosessia. Omaelämäkertomuksilla voi olla monijakoinen tehtävä; terapeutin merkitys itse kirjoittajalle, vertaistuellinen merkitys samassa tilanteessa olevalle tai puolestaan ajatuksia herättävä merkitys ammattilaiselle. Ne tuottavat ammattilaiselle ja kelle tahansa valistavaa sekä ymmärrystä avartavaa tietoa. (Hänninen 2009: 18.) Palvelujen käyttäjät kykenevät tuottamaan relevanttia tietoa ja kuvauksia toiminnan vaikutuksista, jotka ovat toisinaan yllättäneet ammattilaiset. Ammattilaiset ovat edelleen antaneet hyvää palautetta siitä, kuinka on tullut esille lukuisia asioita, joita he eivät ole kyenneet havaitsemaan palveluja tuottaessaan, kuten palvelujen käyttäjät. Ammattilaisten näkemys ei yksin riitä antamaan kattavaa kuvaa, kun suunnitellaan ja kehitetään palveluja. (Lammers & Happell 2004: 267; Picker Institute Europe 2004.)

Psykiatrisella alalla, kuten niin monella muullakin terveydenhuollon erikoisalalla, kokemuksellinen tieto muodostaa haasteen hoitokäytäntöjen kehittämiseen ammattilaisille. Tieto kertoo psykiatriasta kokemuksina. Kokemukset sisältävät paljon kielteistä, kuten lobotomia, sähköshokkihoidot ja epäasiallinen kohtelu. Kokemukset sisältävät paljon hätähuutoja suljettujen ovien takaa ja toiveita sekä vaatimuksia käytäntöjen muuttamiseksi. Toisaalta kokemukset sisältävät runsaasti myös onnistumisia, joiden kautta ammattilaisten toivoisi pyrkivän samankaltaisiin lopputuloksiin. Kuntoutujat toivovat ammattilaisten näkevän heidät kokonaisina ihmisinä oireiden ja diagnoosien takaa. Ongelmista kärsivien omat kokemukset ja näkökulmat voisivat olla toiminnan lähtökohtia. Tällöin päättäjät ja ammattihenkilöt olisi koulutettava, jotta he ymmärtäisivät millaista on mielenterveyskuntoutujan elämä. Omaelämäkerrat voisivat toimia tällöin koulutuksen välineinä. (Corbett 2009: 114; Hänninen 2009: 26.)

ITHACA-hankkeessa (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) selvitettiin ihmisoikeuksien ja somaattisen hoidon toteutumista eri mielenterveys- ja

päihdelaitoksissa sekä asumispalveluissa. Suomessa tämän kansainvälisen hankkeen toteutumisesta vastasi THL:N mielenterveysyksikkö ja Mielenterveyden keskusliiton YYA-kehittämishanke sekä kokemusarvioitsijat. Arvioitavia kohteita olivat palveluiden käyttäjien kohtelu, kuntoutumisen tukeminen, asumisen laatu ja osallisuus sekä yhteiskuntaan kiinnittyminen. Eri yksiköiden väliset erot olivat merkittävät, eikä eroja voida selittää esimerkiksi sairastavuuden asteella. Kuntoutujien itsenäistä elämää, yksityisyyttä ja ihmisoikeuksia rajoitettiin merkittävästi. (Salo 2010: 8.)

Kun puhutaan kokemusarvioinnin sosiaali- ja terveystieteellisestä merkityksestä, on ensin arvioitava millaista sosiaali- ja terveystieteellistä sekä hyvinvointiyhteiskuntaa arvostamme. Talouden epävakaisissa olosuhteissa voidaan helposti unohtaa, että hyvinvoinnin tuottaminen pohjautuu arvopoliittisiin kysymyksiin. (Salo 2010: 70.) Kokemusarvioinnin taustalta löytyy erilaisia sosiaali- ja terveystieteellisiä suuntauksia. Ensinäkin voidaan korostaa hyvinvoinnin tuottajina markkinoita, yhteiskuntaa ja valtiota. Tästä esimerkkinä mainittakoon niin kutsuttu *welfare mix*, hyvinvoinnin tuottamisen malli. Siinä julkisen vallan tehtävänä on ostaa ja ohjata eri taloudellisista ja poliittisista intresseistä toimijoita. (Salo 2010: 70, lainaus teoksesta Evers & Wintersberger 1990.)

*Markkinaehtoisessa lähestymistavassa* kokemusarviointi keskittyisi palvelujen laadun arviointiin palveluita käyttävien henkilöiden ominaisuuksien pohjalta. Tällöin kokemusarviointi toisi lisäarvoa ja syvempää tulkintaa lukuisiin aiemmin toteutettuihin potilastyytyväisyyskyselyihin. *Valtiokeskeisessä lähestymistavassa* kokemusarviointi olisi osa paikallista hyvinvointia ja osallisuutta. Se voisi luoda monenlaisia uusia mahdollisuuksia, jopa kokemusasiantuntijoiden merkittävään työllistymiseen julkisen sektorin toimijoiden rinnalla. Kansalaiskeskeinen lähestymistapa pitäisi mahdollisesti sisällään kokemusarvioinnin yhdistelmän edellisistä - valinnan vapauden ja ammatillisen osaamisen. Palveluiden vaikuttavuus ei olisi vain pelkästään taloudellista ajattelua ja laadun kehittämistä, vaan muutosta kohti kansallista hyvinvointia. Kokemusarviointi on tasa-arvoisen hyvinvoinnin saavuttamisen edellytys ja tuotos. Sen avulla palveluita kyettäisiin kehittämään kansalaislähtöisimmiksi ja tasa-arvoisemmiksi. Palveluita käyttävillä tulisi olla nykyistä enemmän valtaa ja mahdollisuuksia olla vaikuttamassa sosiaali- ja terveystieteellisyysjärjestelmän päätöksenteossa ja arvioinnissa. Silloin yhteiskunnassamme

mahdollistuisi paremmin poliittinen, taloudellinen ja kansalaisuuteen perustuvat näkökulmat. (Salo 2010: 70–72.)

Kun tavoitellaan kansalaisten parempia vaikuttamismahdollisuuksia ja tasa-arvoista päätöksentekoa, toiminnan on lähdettävä kansalaisvaikuttamisen peruseriaatteista. Tarvitsemme tuloksellisia toimintamalleja kansalaisten osallistumiselle puheiden sijaan. Kansalaisraadit voisivat olla käytännössä yksi mahdollisuus toteuttaa terveydenhuollon uudistuksia, kuten monissa maissa on tapahtunut. Muiden maiden kokemusten pohjalta voidaan sanoa, että terveydenhuollossa kansalaisraatien mahdollisuudet ovat hyvät uudistusten implementoinnin edistäjinä. Kansalaisraadit tuovat yksilötason tietoa terveydenhuollon ongelmista, kuten palvelujen saatavuuden ja palveluprosessien ongelmien osalta. (Vartiainen 2009: 181–184.)

Kun kansalaiset ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa poliittisten päättäjien ja viranomaisten kanssa, todentuu samalla terveydenhuoltopolitiikan uskottavuus. Kansalaiset voivat saada myös tietoa terveydenhuoltojärjestelmästä ja sen käytännön toiminnasta. Tavallisesti tiedon kautta myös ymmärrys lisääntyy. Kansalaisraatien kautta mahdollisuudet sosiaalisen pääoman ja yhteisöllisyyden kasvuun alueellisesti ovat täten olemassa. Tämä edellyttää luonnollisesti toimintaan mukaan sellaisia henkilöitä, jotka eivät aiemmin ole olleet kiinnostuneita yhteiskunnallisesta toiminnasta. (Emt. 181–184.)

Kansalaisraatitoiminnan seurausten hyvä lopputulos ei ole kuitenkaan itsestään selvyys. Hyvään lopputulokseen tarvitaan henkilöitä, joilla kyky ymmärtää ja toimia rohkeasti, mutta joustavasti. Sen tuotokset tarvitsevat taaksensa näkyvyyttä ja esiin tuloa; tietoa, joka olisi helposti saatavissa ja tavoitettavissa. (Vartiainen 2009: 184–185.)

### 3. KOKEMUSASIAANTUNTIJUUS

#### 3.1. Kokemusasiatuntijuuden määrittelyä

Kokemus voi olla välitön, omakohtainen, eletty tai henkilökohtainen, jotakin mitä meille tapahtuu. Erilaisten kokemusten kautta muodostuu uutta tietoa ja kokemuksen sanotaan opettavan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyritty viime vuosina tuomaan kokemusasiatuntijuutta ammatillisen asiantuntijuuden rinnalle. Kokemusasiatuntijuus koostuu henkilön tietämyksestä ja asiantuntijuus ymmärretään olevan seurausta välittömästä kokemuksesta eikä pohjaa akateemisiin opintoihin tai ammatilliseen koulutukseen. Kokemukset ovat arvokkaita itsessään. (Beresford & Salo 2008: 39.) Kokemusasiatuntijuus voidaan nähdä eräänlaisena maallikkofilosofiana, joka antaa arvon omien kokemusten kautta hankitulle tiedolle ja taidoille. Näin mielenterveysongelmia voidaan ymmärtää myös omakohtaisen kokemuksen kautta. (Psykonomiopisto 2010.)

Kokemuksellinen tieto on tietoa, joka eletään, koetaan ja uskotaan todeksi. Se ei ole tietoa vain "tässä ja nyt", vaan se käsittää myös ajallisen ulottuvuuden. Tieto nivoutuu kunkin sosio-kulttuuriseen elämänselämään, mutta myös nykyhetkeen ja tulevaisuuteen. Kokemuksellinen tieto vaikuttaa yksilön tekemiin valintoihin ja ohjaa kohti päämääriä, joita tavoitellaan. Täten kokemusten kautta yksilölle muodostuu kuva faktuaalisesta tiedosta, vaikkakin toisenlaisista tulkintakehikoista tarkasteltuina asia voisi olla toinen. (Bäcklund 2007: 56–59.)

Kokemusasiatuntijuus on malli ja toimintatapa, jota on jo useissa maissa kyetty aktiivisesti hyödyntämään sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemustiedon merkitys korostuu erityisesti pyrkimyksissä saada aikaan asennemuutoksia esimerkiksi mielen sairauksia kohtaan (Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry 2011). Rose, Fleischmann ja Schofield (2009) ovat todenneet, että mielenterveyspalveluissa olevien asiakkaiden osallisuuden ja kokemuksen hyödyntäminen on käytännössä vielä hyvin vähäistä. Tarvitsemme ammattilaisten taholta huomattavasti aktiivisempaa otetta asian huomioimiseksi. Kokemuksellinen tieto on tarpeen, jotta saamme uuden tiedon lisäksi myös enemmän ymmärrystä, mihin suuntaan toimintaa tulisi kehittää (Ex-In Pilotprojekt 2011). Kokemusasiatuntijat kykenevät parhaiten ymmärtämään avun tarpeessa olevan henkilön ti-

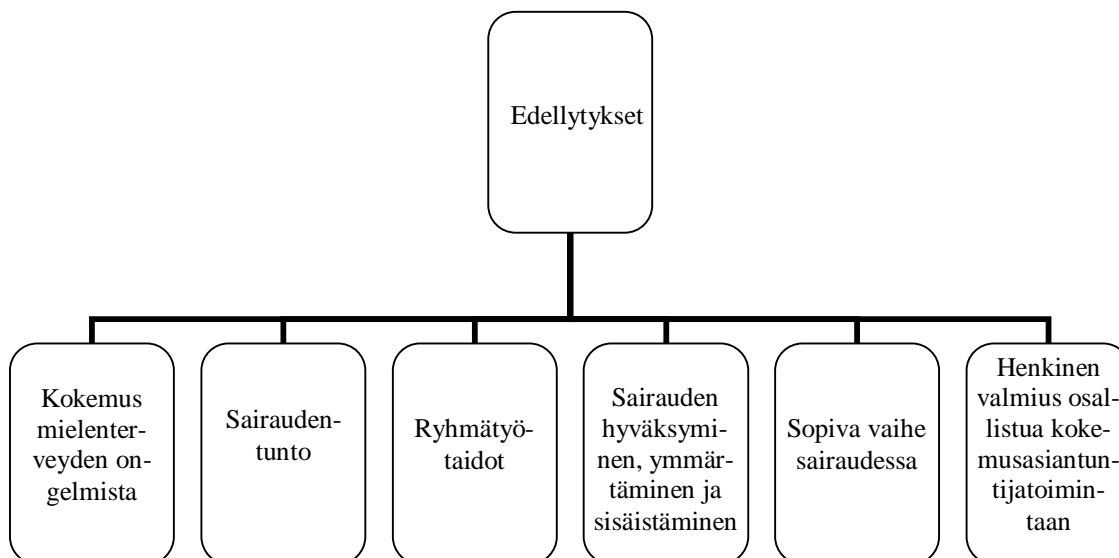
lannetta ja tarpeita. (Lammers & Happell 2003: 389.) Pitkäsen (2006: 101) mukaan työntekijät ovat oman alansa parhaita asiantuntijoita ja näkevät organisaationsa sisältäpäin. Palvelujen käyttäjä puolestaan tietää vähemmän, mutta hän saattaa nähdä enemmän. Einola-Pekkisen (2001: 124) mukaan myös johtotehtävissä olevat henkilöt ovat yhä useammin todenneet, että menestykseen tarvitaan uusia toimintamalleja ja uudenlaista osaamista.

Kokemuksen ilmaiseminen ja siitä kertominen edellyttää kuitenkin oikeiden ja omiksi tuntuvien sanojen löytymistä. Mielenterveysongelmaisen kokemukset ovat usein niin ainutlaatuisia, että ne ovat vaikeasti kielen ja sanojen tavoitettavissa. Mielenterveyskuntoutajat ovat yhteisesti haastaneet perinteisiä puhetapoja ja luoneet uusia termejä sekä yhteisen äänen voimaa tulla kuulluksi. Vaarana voi puolestaan olla, että yksittäisen mielenterveyskuntoutujan oma kokemus ei erotukaan. (Hänninen 2009: 24.)

Jotta yksittäisen päihde- ja mielenterveyskuntoutujan kokemus erottuu ja toiminta kokemusasiantuntijana olemisesta on mahdollista, tulee henkilöllä olla onnistuakseen tiettyjä edellytyksiä. Luonnollisesti tärkeää ovat kokemukset kuntoutujan roolista, mielen-terveyden ongelmista tai yleisesti psyykkisistä sairauksista. Toisaalta arvokasta kokemusta on voinut karttua myös olemalla tukihenkilö tai omainen. Henkilöllä saattaa olla taustalla merkittäviä traumoja, jotka tulee olla käsiteltyjä, jotta voi osallistua kokemusasiantuntijatoimintaan. Henkilöllä tulee olla tietoisuus omasta sairaudestaan sekä sairauden tulee olla hyväksytty ja sisäistetty. (Hyvärinen 2009: 26–27.)

Psykoottinen potilas ei sairauden akuutissa vaiheessa sovellu kokemusasiantuntijatehtäviin. Toisaalta tietoisuus omasta sairaudesta on myös edellytys kuntoutumisen käynnistymiselle. Edelleen on oleellista muistaa, että kokemusasiantuntijuus on ennen kaikkea toimimista ryhmässä. Ryhmäyötaidot ja -säännöt ovat hyvin tärkeät edellytykset, kun henkilö hakeutuu kokemusasiantuntijatehtäviin. Kokonaisuudessaan kokemusasiantuntijuusprosessi koostuu edellä mainituista edellytyksistä, mutta myös asiantuntijuuden ylläpitämisestä ja kehittämistä sekä työskentelemisestä sairauteen liittyvien tunteiden kanssa. (Emt. 2009: 26–27.)

Seuraavassa kuviossa 3 on koottu yhteen edellytyksiä, jotka tulisivat täyttyä kokemusasiantuntijaksi ryhtymiselle.



Kuvio 3. Edellytykset kokemusasiantuntijaksi ryhtymiselle Hyväristä (2009: 26) mukailten.

### 3.2. Kokemusasiantuntijuuden lähikäsitteitä

Asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien osallistuminen erilaiseen kehittämistoimintaan on lisääntynyt. Voimme tarkastella sekä käsitteitä että osallistumista kovin eri tavoin ja laajasti kehittämistoiminnassa. *Käyttäjä- ja toimijälähtöisyyden* käsite liittyy muun muassa ihmisläheisyyteen, käyttäjäkeskeisyyteen ja toimijoihin. Ihmisläheisen toiminnan lähtökohtana ovat ihmisten tarpeet, jolloin kehittäminen tavoittelee hyvää palvelua ja toimintatapaa. Käyttäjäkeskeisyys korostaa palvelun käyttäjien osallistumista kehittämistyöhön. Toimijälähtöinen kehittäminen ei lähde liikkeelle vain palvelujen käyttäjistä, vaan kaikista osapuolista, jotka ovat sidoksissa kehitettävään kohteeseen. Kun nämä kaikki näkökulmat nähdään yhteisenä kokonaisuutena, voidaan tällöin puhua *kontekstuaalisesta kehittämisestä*. (Toikko & Rantanen 2009.)



Toikko ja Rantanen (2009) ovat nimenneet *käyttäjä- ja toimijälähtöisyydelle* neljä erilaista tapaa ymmärtää käsitettä. Ensiksi sillä voidaan pyrkiä ymmärtämään käyttäjien ja toimijoiden elämää ja tarpeita laajemmin, empaattisesti sekä herkästi (Toikko & Rantanen 2009, lainaus teoksesta Hyvönen, Heiskanen, Repo & Saastamoinen 2007). Tällöin käyttäjiltä kysytään heidän mielipiteensä todellisuudesta ja heitä kuullaan. Toiseksi käyttäjien ja toimijoiden konkreettinen osallistuminen ja heidän mielipiteensä ohjaavat suoraan kehittämisen suuntia. Mielipiteet antavat realistista käsitystä kehittämisen suunnista ja pyrkimyksistä. (Toikko & Rantanen 2009, lainaus teoksesta Hyysalo 2006: 86–87). Kolmanneksi käyttäjien ja toimijoiden nähdään olevan toiminnassa samanarvoisia. He eivät ole kehittämistyössä vain apuna ja tukena, vaan toiminnan keskiössä. Toiminta rakentuu käyttäjien ja toimijoiden varassa ilman mitään rajoituksia. (Toikko & Rantanen 2009, lainaus teoksesta Bruce 2004.) Neljäntenä käyttäjät ja toimijat niin sanotusti omistavat koko kehittämistoiminnan. (Toikko & Rantanen 2009, lainaus teoksesta Baiocchi 2005).

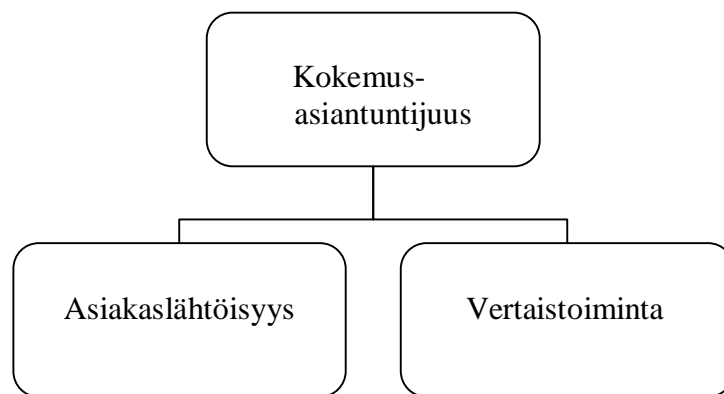
### 3.2.1. Vertaistoiminta

Vertaistoiminta on tärkeä osa kuntoutumisessa ja kehittämisessä kokemusasiantuntijaksi. Vertaistoiminnan ero kokemusasiantuntijuuteen on se, että kokemusasiantuntijan työ suuntautuu vertaisten joukosta ulospäin muuhun yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmän organisaatioissa toimivien suuntaan. Mielenterveyden kokemusasiantuntijuus nähdään yläkäsitteenä, jonka osa vertaistyö on. Vertaistoiminta on yksi työmenetelmä kokemusasiantuntijaksi kehittämisessä, johon on mahdoton yltyä ilman vertaistukea. (Jankko 2009: 51.)

Vertaistoiminnan arvokkuus koostuu ihmisten ajankohtaisista ja henkilökohtaisista tarpeista sekä omista valinnoista eikä vallitsevista hoitokäytännöistä. Vertaistukitoiminnassa on ihmisellä tietyn elämäntilanteen ja kokemuksen kautta saavutettua kokemusasiantuntijuutta, joka on ainutlaatuista. Tämä asiantuntijuus ei ole saavutettavissa muulla perehtymisellä kuin kokemuksen kautta. (Österlund 2008: 23, lainaus teoksesta Vuorinen 2002: 10.)

Kokemusasiantuntijuuden kehittyminen lähtee siis vertaistoiminnasta. Vertaistoiminnan kautta ja avulla palvelujen käyttäjät kykenevät jäsentämään heidän näkemyksiään. Niensä mukaisesti vertaistoiminta mahdollistaa asioiden ja näkemysten vertailun sekä yksilöllisen tiedon muuntumisen yhteiseksi tiedoksi. Kokemusasiantuntijuuden kehittämiseen vaaditaan palvelujärjestelmältä asiakaslähtöistä toimintatapaa. Tämän toimintatavan kautta voidaan saavuttaa kokemusasiantuntijuuden ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus, joka tähtää palvelun käyttäjän todelliseen osallistumiseen palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä. (Toikko 2009: 4.)

Seuraavassa kuviossa 4 kuvataan asiakaslähtöisyys ja vertaistoiminta kokemusasiantuntijuuden perustana.



Kuvio 4. Asiakaslähtöisyys ja vertaistoiminta kokemusasiantuntijuuden perustana (Toikko 2009: 4).

### 3.2.2. Osallisuus

Osallisuuden käsite liittyy läheisesti moneen eri käsitteeseen. Hyvinvoinnin käsite sisältää yksilön onnellisuuden, elämänlaadun ja hyvinvoinnin sekä näiden yhteyden. Sosiaalinen kehittyminen on prosessi, jonka kautta edistetään yhteistyössä väestön kokonaisvaltaista hyvinvointia. Hyvinvointi on tavoiteltu lopputulos sosiaalisen kehittymisen kautta. Osallisuus on konkreettisempi tapa kuvata hyvinvointia, joka tähtää yksilöiden ja

ryhmien välisiin suhteisiin, yhteenkuuluvuuteen sekä myötävaikuttaa positiivisesti meidän yhteiseen elämään perheissä, yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Osallisuus voidaan ymmärtää myös aktiivisena kansalaisuutena. Uudessa-Seelannissa termiä käytetään kuvaamaan maan hallituksen visiota kansalaisten tasa-arvosta, mahdollisuuksista ja turvallisuudesta. (Bromell & Hyland 2007.)

Australiassa on maan hallituksen taholta oheistettu toimijoita kehittämään osallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Heidän päämääränään on *vahvempi ja reilumpi Australia*. He pyrkivät yksilöllisten ja yhteisöjen voimien rakentamiseen kehittämällä palveluja, jotka nousevat yhteisön tarpeista. Edelleen he tavoittelevat eri keinoin yhteistyön lisäämistä, varhaista puuttumista, ennaltaehkäisyä ja näyttöön perustuvan tiedon suurempaa huomiointia käytännössä. Heidän ensisijainen kiinnostuksensa ja lähtökohtansa on yksilö ja yksilön hyvinvoinnin kautta saavutettavan osallisuuden lisääntymiseen. Hyvinvointi nähdään koostuvan yksilön mahdollisuudesta koulutukseen, työhön, hyvään terveyteen sekä yksilölle annettavasta tarvittavasta tuesta (Australian Government 2009).

Skotlannissa on valtion toimesta ja rahoituksella perustettu vuonna 2004 *The Scottish Recovery Network (SRN)*, jonka tavoitteena on hyödyntää nykyistä teknologiaa ja tuoda internetin välityksellä tietoa muun muassa osallisuudesta, toipumisesta ja mielenterveysongelmista. Heidän visionaan on, että toipumisen kokemusta vahvistetaan ja mielenterveysongelmia lähestytään yhteisönä, yhdessä. Skotlannissa on edistytty osallisuuden toteuttamisessa; heillä on esimerkiksi otettu palvelujen käyttäjiä mukaan valitsemaan organisaatioon uusia työntekijöitä. (Scottish Recovery Network 2009.)

Erilaisten osallisuutta korostavien kokeilujen rinnalla on myös kriittisyys paikallaan. Asiakkaiden osallistuminen antaa monia lupauksia, mutta pystytäänkö näihin lupauksiin vastaamaan? Onko pyrkimyksenä todella osallistaa asiakkaita ja missä menee osallistumisen rajat? Terve kehittämistoiminta sisältää myös edellä mainittuja kriittisiä kysymyksiä, joita ilman ei kehitys ole ehkä mahdollista. (ETENE 2009: 10.)

Tiina Pekkasen (2007: 8–9) toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli osallisuuden lisääminen Seinäjoen seudun päihdepalvelujen kehittämisessä yhdessä perustetun

alueellisen kehittäjäryhmän kanssa. Kehittäjäryhmä syntyi, kun entiset huumeiden käyttäjät ja läheiset kokivat, että heillä olisi paljon annettavaa päihdepalveluiden kehittämiseen. Heillä oli tarve päästä vaikuttamaan tuomalla kokemuksen hyödyn ammattilaisuuden rinnalle. Tutkimustuloksissa ilmeni, että ammatillisuus korostui selkeästi suhteessa kokemukseen. Palvelujen käyttäjät tulivat kuulluksi, mutta heidän kokemusasiantuntijuuttaan ei riittävästi arvostettu ja dialogi sekä yhteistoiminnallisuus jäivät kauttaaltaan kovin ohueksi.

Uuden toimintatavan omaksuminen ei tapahdu hetkessä. Sekä palveluiden käyttäjät ja tuottajat elävät muutosten aikaa, ja kaikki ei aina suju ongelmitta. Työntekijät toimivat erilaisten paineiden ja stressin alaisuudessa. Heidän tulee kyetä monenlaisiin vaatimuksiin palvelujen tuottamisessa. Osallisuudella voidaan kuitenkin saavuttaa tuloksia, joilla on suoraan myönteistä vaikutusta perustehtävään. Mielenterveystyössä osallisuus on terapeuttinen kokemus, joka kasvattaa henkilön itsearvostusta ja -luottamusta. Palveluiden käyttäjät kokevat arvostusta ja kunnioitusta ongelmistaan huolimatta. Heillä on puolestaan myös paljon annettavaa toimijoille. Palveluiden käyttäjien osallisuus rakentaa parempaa suhdetta käyttäjien ja ammattilaisten välillä kehittämällä syvempää ymmärrystä heidän vaikeuksistaan. Asiakkaiden ongelmien ratkominen tuloksellisesti voi edesauttaa kunkin työn sisältöä tehden myös työstä mielenkiintoisemman. (Clark, Davis, Fisher, Glynn & Jefferies 2008.)

Palveluiden käyttäjien osallistuminen on asiakkaan valtaistumista suhteessa palveluorganisaatioihin. Asiakkaiden aktiivinen osallistuminen ei ole ainoastaan heidän oman elämänsä aktivoimista, vaan osallistumista myös palveluorganisaation toimintaan. Palvelujen käyttäjien näkökulman esille tuominen muuttaa käsitystä ammattilaisten asiantuntijuudesta. Kyse ei ole ainoastaan substanssitetiedon asiantuntijuudesta, vaan myös osallisuuden asiantuntijuudesta. Osallisuuden asiantuntijuus mahdollistaa palvelun laadun ja kohdentamisen, mutta myös edesauttaa palveluiden käyttäjien täyden kansalaisuuden saavuttamista. Palveluiden käyttäjien osallisuus tulee voimistumaan, jos palvelujärjestelmä omaksuisi yhä suuremmassa määrin markkinaehtoisien toiminnan lähtökohdat. (Peck, Gulliver & Towel 2002: 448; Toikko 2006: 20–21.)

Fischer, Neale, Bloor ja Jenkins (2008) ovat todenneet, että viime vuosina palveluiden käyttäjien osallisuudesta on tullut tärkeä aihe sosiaali- ja terveydenhuollossa ja se on saanut sille kuuluvan huomionsa ajatellen demokraattisia oikeuksia, yksilön valtaantumista sekä eettisiä vaatimuksia. Vuosien saatossa olemme saaneet lukea useita kannanottoja siitä, kuinka esimerkiksi vaikeahoitoiset huumeidenkäyttäjät ovat kärsimättömiä, manipuloivia ja aggressiivisia henkilöitä. Oletamme, että yhteistyö ja heidän mahdollisuutensa osallisuuteen ovat heikot, ja seurauksena olisi vain jännitteitä sekä erimielisyyttä. Fischer ym. tutkivat hoidon konflikteja ja huumeasiakkaiden osallisuutta päätöksenteossa ja esittävät, että huumeiden käyttäjät ovat pääsääntöisesti yhteistyökykyisiä ja jopa toimivat vastoin tahtoaan välttämällä konflikteja. Lisäksi on muistettava, etteivät kaikki ristiriidat ole hoitosuhteissa negatiivisia. Taustalla voi olla usein tietämättömyyttä tai kokemuksia epäoikeudenmukaisesta kohtelusta, jotka voidaan käsitellä.

Laitila (2010: 183–185) on väitöstutkimuksessaan tarkastellut mielenterveys- ja päihdeasiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Hän esittää johtopäätöksissään, että palveluiden käyttäjien ja heidän osallisuutensa turvaaminen tulee huomioida erityisesti vastentahtoisessa hoidossa. Lisäksi on turvattava riittävä tiedonsaanti ja asiakkaiden aidot valinnan- ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Asiakaslähtöinen toiminta ja rakenteet ovat lähtökohdat osallisuuden toteutumisessa. On huolehdittava riittävästä resursoinnista, asialle myötämielisestä johtamiskulttuurista sekä työntekijöiden asenteista. Asiakkaan osallisuutta tukeva ja asiakaslähtöinen toiminta ei tarkoita ammattilaisten asiantuntijuudesta luopumista, vaan uuden luomista ja jaettua asiantuntijuutta.

Weinstein (2010: 213) kiteyttää, että kaikessa on kyse ihmisen kuuntelemisesta, kunnioittamisesta ja arvostamisesta. Meidän ei tulisi nähdä sairautta ainoastaan ongelmana. Meidän ei tulisi vastata esittämäämme kysymykseen ennen kuin kysymys on edes lausuttu ääneen. Voimme todeta, että jos Winston Churchillä ei olisi kuunneltu, arvostettu ja kunnioitettu toisen maailman sodan aikana, moni meistä ei olisi elossa tänä päivänä. Winston Churchill kärsi mielenterveysongelmista, mutta häntä kuunneltiin.

### 3.3. Kansainvälisiä kokemuksia kokemusasiantuntijuudesta

Viimeisen yli kahdenkymmenen vuoden ajan ovat valtiot kautta Euroopan ja Pohjois-Amerikan rohkaisseet muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä sekä heidän asiakkaitaan tavoittelemaan kansalaisten aktiivisempaa roolia ja parempia palveluita. Myös Maailman Terveysjärjestö on julkilausunut kokemuksellisen tiedon monista mahdollisuuksista palvelujen kehittämisessä. (Crawford, Aldridge, Bhui, Rutter, Manley, Weaver, Tyrer & Fulop 2003: 410.)

Norjassa on tutkittu kokemusasiantuntijuutta ja mielenterveyspotilaiden osallisuutta palveluissa työntekijöiden näkökulmasta. Työntekijät raportoivat, että potilaiden kokemusasiantuntijuuden käyttö palveluiden kehittämisessä on kovin vähäistä, joskin organisatorisia vaihteluja esiintyi. Työntekijät kokevat huomioivansa ja toimivansa perustyössään potilaan oman näkökulman pohjalta joskus tai osa usein. Työntekijät, jotka työskentelevät vain ilta- ja yövuoroissa, toivat esiin työskentelyaikojen olevan selkeä este yksilölliselle asiakkaan ja hänen kokemuksien sekä näkökulmien huomioimiselle. Norjalaisten tutkijoiden mukaan tulee panostaa yhä enemmän palveluiden käyttäjien kokemuksien huomiointiin, jotta voimme taata kokemusasiantuntijuuden ja osallisuuden implementoinnin koko yhteisön tasolla. Voidaksemme taata, ylipäätään saavuttaa toimijoiden keskinäisen yhteisymmärryksen, on tärkeää ottaa toimintaan mukaan koko organisaation henkilökunta ja tehostaa kehityksellisiä prosesseja. Huomion tulee olla niin sanotusti *näkökulmien ytimessä*. (Storm, Hausken & Knudsen 2010: 9–11.)

Belgiassa on todettu, että potilaiden kokonaisvaltaisempi mukaan otto päättämään omista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kentän asioista ei ole ollenkaan yleinen käytäntö. Kuitenkin on todettava, että potilailta saatu informaatio on niin kutsuttua ensikäden tietoa, hedelmällistä ja konkreettista palautetta, joka sisältää paljon potentiaalia. Tätä varten tulee olla kehitelty käytännön malli sekä selkeytetty käsiterunko, jolla varmistetaan toiminnan yhdenmukaisuus. Työ ei tule ulottua vain ammattilaisiin, vaan erityisesti alan opiskelijoihin, jolla tavoitellaan selkeää, uutta tapaa tehdä työtä. Tarvitaan kuitenkin koko ajan yhä lisää tutkimusta aiheesta, jotta saavutettaisiin mahdollisimman kattava tulos. (Debyser, Grypdonck, Defloor & Verhaeghe 2010: 201–203.)

Uudessa-Seelannissa, Auckland Bachelor of Nursing yliopistossa kehitettiin yhteistyömalli, jonka avulla pyrittiin maksimoimaan oppiminen ja osoittamaan todeksi tiettyjä puutteita koulutuksen ja käytännön välillä. Yliopisto on ollut vahvasti sitoutunut toisenlaiseen kulttuuriin; koulutuksen aikana opiskelijat tapaavat mielenterveysongelmista kärsiviä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä ja perehtyvät heidän tilanteisiinsa oppimalla heiltä. Tuloksena ovat kehittyneet positiiviset asenteet ja usko yleisesti mielenterveydenhäiriöistä kärsiviin. (Schneebeli, O'Brien, Lampshire & Hamer 2010: 30–33.)

Skotlannissa on perustettu vuonna 2002 itsenäinen Lanarkshiren järjestö, Lanarkshire links, joka on mielenterveyspalveluita käyttävien ja omaisten järjestö. Järjestö pyrkii edistämään osallisuutta ja varmistamaan osallistumisen todellisuudessa palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen alueellaan. Edelleen he tavoittelevat kuntoutumisen edistämistä sekä pyrkivät vähentämään leimautumista. Konkreettisina toimenpiteitä ovat olleet järjestön laatimat suositukset, joilla on luotu osallisuutta mahdollistavaa ilmapiiriä. Heillä on toiminnassa 11 paikallista mielenterveysasioiden eri kysymyksiä käsittelevää työryhmää. Aluesairaaloissa akuuttiosastoilla työskentelee kolme vertaistyöntekijää. (MacWhinney & Newman 2011.)

Seuraavassa taulukossa (2) on koottu esimerkkejä kokemusasiantuntijuuden kansainvälisistä kokemuksista.

Taulukko 2. Kansainvälisiä kokemuksia kokemusasiantuntijuudesta.

<b>Missä käytetty</b>	<b>Millaisia kokemuksia</b>	<b>Muita huomioita</b>
<b>1. Norja</b>	<p>1. Vuorotyö on usein esteenä asiakkaan tilanteen syvemmälle perehtymiselle ja ymmärrykselle.</p> <p>2. Toimintaan tulee sitouttaa koko organisaation henkilökunta ja tehostaa kehityksellisiä prosesseja.</p>	<p>1. Norjassa suositeltu, että palveluiden käyttäjien kokemusten huomiointiin tulee yhä enemmän panostaa taatakseen kokemusasiantuntijuuden ja osallisuuden implementoinnin koko yhteisön tasolla.</p>
<b>2. Belgia</b>	<p>1. Kokemusasiantuntijuuden käyttö ei ole yleinen käytäntö.</p> <p>2. Potilailta saatu informaatio on niin kutsuttua ensikäden tietoa, hedelmällistä ja konkreettista palautetta, joka sisältää paljon potentiaalia.</p>	<p>1. Tarvitaan käytännön malli sekä selkeytetty käsi-terunko, jolla varmistetaan toiminnan yhdenmukaisuus.</p> <p>2. Työ ei tule ulottua vain ammattilaisiin, vaan erityisesti alan opiskelijoihin.</p>
<b>3. Uusi-Seelanti</b>	<p>1. Jo koulutuksen aikana opiskelijat tapaavat mielenterveysongelmista kärsiviä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä ja perehtyvät heidän tilanteisiinsa oppimalla heiltä.</p>	<p>1. Toiminnan vaikutukset ovat ulottuneet erityisesti asenteisiin.</p>
<b>4. Skotlanti</b>	<p>1. Lanarkshiren järjestön perustaminen, joka pyrkii edistämään osallisuutta ja varmistamaan osallistumisen todellisuudessa palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen alueellaan.</p> <p>2. Toiminnassa on 11 paikallista mielenterveysasioiden eri kysymyksiä käsittelevää työryhmää.</p>	<p>1. Konkreettisina toimenpiteinä ovat olleet järjestön laatimat suositukset, joilla on luotu osallisuutta mahdollistavaa ilmapiiriä.</p>

Kansainväliset esimerkit osoittavat kokemusasiantuntijuuteen liittyvien vahvuuksien tunnistamisen laajuuden tavoittelussa entistä asiakaslähtöisempien palveluratkaisujen kehittämistä. Kokemusasiantuntijatoiminnan saamasta arvostuksesta huolimatta, yle-



seen käytäntöön juurruttamisessa on kuitenkin todettavissa vielä alueellisia eroja myös eri maiden sisäisessä toiminnassa. Kansainvälisten esimerkkien kartoittamisen kautta on mahdollista vertailla ja analysoida kokemusasiantuntijatoimintaan liittyviä mahdollisuuksia ja haasteita, kehitettäessä toimintaa suomalaisiin palveluratkaisuihin sopiviksi. Erityisesti esimerkit Skotlannista, Belgiasta ja Uudesta-Seelannista osoittavat, miten monitasoisesti ja onnistuneesti eri hallinnonaloilla kokemusasiantuntijuustoimintaa voidaan kehittää ja hyödyntää. Esimerkiksi Suomessa sosiaali- ja terveystaloudessa toteutettavien kehittämistoimien lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitosten tulisi nykyistä aktiivisemmin ja vahvemmin korostaa ja tunnistaa kokemusasiantuntijuuteen liittyvä merkityksellisyys kehittämällä kokemusasiantuntijatoimintaa esimerkimaiden mukaisilla järjestelmällisillä prosesseilla.

## 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1. Tutkimuskohteen valinta ja kuvaus

Tutkimuskohteen valinnan taustalla oli tutkijalla lukusia syitä, kuten henkilökohtainen kiinnostus kokemuksen merkityksestä yleisesti sekä työn kautta tulleet tarpeet saada lisää tietoa päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämisen monista mahdollisuuksista. Kokemusasiantuntijuus ja asiakkaan aseman vahvistaminen päihde- ja mielenterveyspalveluissa olivat nostettu keskiöön sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisissa kehittämisselityksissä.

Tutkimuksessa selvitettiin, millainen rooli ja millaisia odotuksia kokemusasiantuntijuuden mallilla on tällä hetkellä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Kohderyhmä koostui sekä kokemusasiantuntijoista että ammattilaisista. Ammattilaisten ryhmän muodosti kahdeksan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevää psykiatrisen alan ammattilaisista. Kokemusasiantuntijoita oli mukana tutkimuksessa viisi. Jokainen kokemusasiantuntija oli osallistunut Pohjanmaa-hankkeen kokemusasiantuntijakoulutukseen Etelä-Pohjanmaan alueelta.

### 4.2. Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on lähestyä tutkittavaa kohdetta moninaisen todellisuuden kautta ja kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1996: 157). Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohdina eivät ole tilastolliset yleistykset. Asioita voidaan pyrkiä kuvaamaan, ymmärtämään tai luomaan teoreettisesti mielekäs tulkinta (Eskola & Suoranta 1998: 61).

Tämän laadullisen tutkimuksen lähestymistapa on teemahaastattelu sisältäen neljä teemaa; kokemusasiantuntijuuden toteutuminen, arvo, asenteet muutoksessa sekä kehittäminen. Teemahaastattelun lähtökohdina on, että tiedetään haastateltavien kokeneen jotakin tiettyä, mistä tutkijalla on alustavia käsityksiä. Tutkija voi muokata kirjallisuuden ja yleisen elämäkokemuksensa perusteella syntyneet käsityksensä olettamuksiksi asi-

aan liittyvistä tapahtumasarjoista ja rakenteista. Näiden pohjalta tutkija laatii luettelon teemoista. Teemahaastattelussa teemaluettelo toimii keskustelun ohjausvälineenä. (Tamminen 1993: 100.)

Tutkija haki 2.1.2011 päivätyllä hakemuksella tutkimusluvan (ks. liite 1 ja 2) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirinkuntayhtymän johtajaylilääkäri Hannu Puolijoelta. Tutkimuslupa myönnettiin 5.1.2011 viranhaltijapäätöksenä. Täten tämän luvan kautta tutkija oli oikeutettu haastattelemaan sairaanhoitopiirin ammattilaisia. Ammattilaisten lisäksi haastateltavat koostuivat Välittäjä 2009 -hankkeen, Etelä-Pohjanmaan osahankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olleista henkilöstä, jotka omaavat henkilökohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdepalveluista. Koska kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olleet henkilöt ovat olleet potilaina, tutkija koki epätietoisuutta siitä, tarvitaanko tutkimuksen tekemiseen sairaalan eettisen toimikunnan lausunto. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä eettinen toimikunta oli loppunut 31.12.2010 ja lausunnoista vuoden 2011 alusta vastasi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta.

Tutkija otti puhelimitse yhteyttä 4.1.2011 Tampereelle eettisen toimikunnan toimikuntasihteerille, TtM Kirsi Kohoselle. Hänen mukaansa ei tarvita eettisen toimikunnan lausuntoa, koska tutkimuksessa ei tutkita potilaiden arkaluontoisia asioita, kuten sairaskertomustietoja. Toiseksi koulutuksessa mukana olevat henkilöt ovat vapaaehtoisesti haakeutuneet koulutukseen, jonka kautta saavat valmiuksia toimia erilaisissa asiantuntija-tehtävissä.

Haastateltavat ammattilaiset valittiin tutkimukseen suullisten ja puhelimitse tapahtuneiden kyselyn kautta. Tutkija oli yhteydessä eri psykiatrian yksiköihin tiedustellen henkilöitä, jotka olivat työnsä puolesta olleet tekemisissä kokemusasiantuntijuuden kanssa. Tämän jälkeen tutkija oli yhteydessä ammattilaisiin joko kasvokkain, puhelimitse tai sähköpostilla. Ammattilaiset työskentelivät joko kehittämistehtävissä, osastotyössä tai sitten psykiatrisessa avohoidossa. Kaikki haastateltavista suhtautuivat hyvin positiivisesti tutkimukseen.

Kolme kokemusasiantuntijaa suostui tutkimukseen, kun tutkija tapasi heidät sairaanhoitopiirissä järjestetyssä kokemusasiantuntijatilaisuudessa. Kahta kokemusasiantuntijaa tutkija lähestyi sähköpostitse pyynnöillä osallistua tutkimukseen. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun (ks. liite 3). Haastateltavista ei ole luetteloä tämän tutkimuksen liitteenä, koska nimettömyydellä taataan tunnistamattomuus. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on tähän mennessä järjestetty vain yksi kokemusasiantuntijakoulutus ja koulutukseen osallistujien määrä on siten pieni. Haastateltavien luettelo on erillisenä tarkastajien käytössä.

11 haastattelua nauhoitettiin ja kaksi kokemusasiantuntijaa vastasi kysymyksiin kirjallisesti. Syynä kirjallisiin vastauksiin oli tutkijan intressi saada kattavasti vastauksia Etelä-Pohjanmaan alueelta ja tutkittavat olivat estyneitä tapaamiseen sekä suulliseen haastatteluun. Yksi haastattelu tapahtui puhelimitse ja se myös nauhoitettiin. Suulliset haastattelut tapahtuivat pääosin sairaalan rauhallisissa neuvotteluhuoneissa sekä Välittäjä 2009-hankkeen toimitiloissa.

Haastattelun pohjana käytettiin teemahaastattelurunkoa (ks. liite 4). Häiriötekijät pyrittiin minimoimaan muun muassa tiedottamalla etukäteen haastatteluista. Häiriöitä haastattelutilanteissa ei esiintynyt. Haastattelujen pituus vaihteli puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. Haastattelut toteutettiin 30.5.–22.6.2011 välisenä aikana. Nauhoitettu aineisto purettiin nauhalta ja kirjoitettiin eli litteroitiin sanatarkasti tietokoneelle. Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan. Aineistot analysoitiin teemoittain ja teema-alueet otettiin käsiteltäväksi kaikkien tutkittavien osalta yhtäaikaaisesti, yksi teema-alue kerrallaan. Näiden teema-alueiden sisällä pyrittiin löytämään oleelliset yhtäläisyydet huomioiden myös merkittävät yksityiskohdat toiminnan kehittämisen näkökulmasta.

## 5. TUTKIMUSTULOKSET

Tässä pääluvussa esitetään tutkimustulokset, joissa kuvataan niitä kokemuksia ja toimintamuotoja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toimintalueella, joita kokemusasiantuntijuus on synnyttänyt, kun alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja on kehitetty kokemusasiantuntijuuden kautta.

### 5.1. Kokemusasiantuntijuuden toteutuminen ja hyödyllisyys

Tutkimuksen ensimmäinen teema kartoitti niitä kokemusasiantuntijuuden toimintamuotoja, joissa haastateltavat olivat olleet mukana tai joista omasivat kokemusta. Lisäksi heiltä tiedusteltiin ajatuksia käynnistyneen toiminnan onnistumisista ja saavutuksista sekä mahdollisista tähänastisen toiminnan esteistä.

#### 5.1.1. "Monessa mukana"

Selkeästi eniten, lähes kaikilla oli kokemuksia ryhmätoimintoihin osallistumisesta tähänastisessa toiminnassa. Ryhmiin mukaantulo on ollut luonteva vaihtoehto käynnistää kokemusasiantuntijatoimintaa myös erikoissairaanhoidossa. Kolmannella sektorilla on esimerkiksi pitkään toiminut erilaisia vertaisryhmiä ja joista on aiemmin saatu hyviä kokemuksia. Ainakin yhdellä sairaalan osastolla ovat aina kuntoutujat mukana kehittämispäivillä ja järjestelmällisesti huomioitu kokemuksen ääni:

*"No täs meidän kuntoutumisosastolla on käytetty kokemusasiantuntijuutta jo ennen ku tämä koulutuskaan täällä alko. Esimerkiksi osaston kehittämispäivillä meillä on kuntoutujat aina mukana. Yhdessä mietitään sitä mikä toimii, mikä edesauttaa kuntoutumista, onko jotain toimintaa sellaista mikä ei ole kauhean hyödyllistä, muutenkin saadaan sillalailta sitä kuntoutujien omaa näkökulmaa esille."*

Lähes yhtä luontevaa on ollut osallistuminen päihde- ja mielenterveysstrategiatyöhön, jota Etelä-Pohjanmaan alueella on viime vuosina toteutettu kunnissa ja kaupungeissa Pohjanmaa-hankkeen tukemana. Luontevuuden lisäksi ryhmän vetäminen ja strategiatyöhön osallistuminen ovat ehkä olleet myös helppoja käytännöllisistä syistä. Ei ole ollut tarve kehittää mitään uutta toimintaa, vaan esimerkiksi strategiatyöhön ja sen sisällä toimiviin työryhmiin ovat kuuluneet kansalaiskuulemistilaisuudet ja toivottu kansalaisten osallistumista:

*"Oon osallistunut lukuisiin palavereihin, oon ollu mukana kehittämässä sitä seutukunnallista päihdestrategiaa, mielenterveysstrategiaa ja osallistunut kuntakeskusteluihin."*

Julkisella sektorilla kokemusasiantuntijuus on uusi asia ja muutamat haastateltavista olivat käyneet myös luennoimassa aiheesta eri yhteyksissä ja jakaneet tietoa. Lisäksi yhdellä haastateltavista oli kokemusta osallistumisesta kehittämistoiminnan arviointiin. Eritoten Pohjanmaa-hankkeen taholta toteutetut koulutukset ovat luoneet uusia mahdollisuuksia ja puitteita asioiden eteenpäin viemiseksi.

#### 5.1.2. "Hyväksi havaitut"

Kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyllisyyttä tarkennettiin kysymällä ajatuksia, mitä hyvää haastateltavat ovat kokeneet, että on toiminnalla tähän mennessä saavutettu. Kokemusasiantuntijuus nähtiin henkilökohtaisella tasolla voimaannuttavana elementtinä ja selviytymistarinat sekä kokemuksista kuuleminen konkretisoivat ongelmien olemassaolon ja niistä selviytymisen. Erityisesti kaiken toiminnan nähtiin luovan uskoa selviytymiseen. Kokemusasiantuntijat ovat tuoneet uutta tietoa ja näkemystä julkisen sektorin päihde- ja mielenterveystoimintaan. Edelleen kuitenkin koetaan, että ammattilaiset luulevat tietävänsä liiaksi ihmisten tarpeet tai mikä ihmiselle itselle on parasta. Ammattilaiset eivät oivalla, kuinka eri lailla palvelujen käyttäjä näkee asian:

*"No nimen omaa se että palveluiden käyttäjien oma näkemys ja se kokemus on monasti hieman poikkeava siitä, mitä ammattilaiset näkee, ei välttämättä nähdä asioita samalla tavalla."*

Selkeästi eniten konkreettisen toiminnan tasolla kokemusasiantuntijan osallistuminen ryhmätoimintoihin oli yleisintä. Ryhmissä oli koettu, että juuri oman kokemuksen kautta tuotu toivo ja usko tervehtymiseen korostuivat suhteessa muihin ryhmäläisiin. Taito, jota ammattilaiset eivät vain omaa ja saavuta. Monen haastateltavien mielestä kokemusasiantuntijan mukanaolo ryhmässä muutti ryhmädynamiikkaa ja loi selkeästi avoimemman ilmapiirin mielipiteiden ilmaisuun kuin pelkästään ammattilaisten vetämänä:

*"Selkeä havainto on se, miten se ryhmä ryhmääntyi paljo paremmin tän kokemusasiantuntijan avulla. Ja myöskin avautui ja oli valmiimpia kertomaan niistä omista taustoistaan. Silloin ku oli psykiatrinen sairaanhoitaja ryhmässä, se oli hyvin sellasta tukahdetettua tietoa tai semmosta hyvin antautunutta, eivät uskaltaneet puhua."*

Kokemusasiantuntijuus koetaan herättäneen Etelä-Pohjanmaalla kiinnostusta, josta on kuitenkin vielä pitkä matka kohti järjestelmällistä toimintaa. Ennen kaikkea muutamat haastateltavista kokivat kokemusasiantuntijuuden kuitenkin vaikuttaneen edelleen myönteisesti olemassa oleviin, kielteisiin asenteisiin suhteessa päihde- ja mielenterveysongelmiin. Mielenterveys- ja päihdeasioista puhuminen sinällään nähtiin tarpeelliseksi ja toivottiin niiden sairauksien hyväksymistä muiden sairauksien rinnalle. Kokemusasiantuntijuuden koetaan olleen jo hyvin näkyvillä:

*"Se yleinen tietoisuus asiasta, kiinnostus asiaan ja se on lieventänyt ihan varmasti jo ihmiset, jotka kokee asian omakseen, et nyt on jotain konkreettista ja oon voinut ihmisille niin ku kertoa, et on olemassa tällaisia."*

Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat itse olivat sisäistäneet kokemusasiantuntija-toiminnan merkityksen ja elivät suurella toivolla, että hiljalleen kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset oivaltaisivat kokemusasiantuntijuuden mahdollisuudet. Eräs haastateltava oli ehdottanut suunnittelutyöryhmässä kokemusasiantuntijan puheenvuoroa psykiatristen ammattilaisten yhteistyöpäivään. Asia oli hyväksytty hieman hämmästellään ja loppujen lopuksi puheenvuorolle oli annettu vain minimaalinen aika. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat omaavansa ja oppineensa tietoa kokemusasiantuntijuuden vaikutuksista, jos niitä opittaisiin käyttämään:

*"Asiat on nostettu keskusteluun ja nimenomaan henkilökunnan tietosuuteen. Jos aattelee ihan perus hoitajaa... niin mä luulen ettei hekään oo oikeen ymmärtänyt sitä ajatella, kuinka paljon sieltä sitä tietoa oikeesti sais. Se on ollut käyttämätön voimavara... ei pelkkänä tietona, vaan niin ku ryhmäohjaustilanteina."*

Useat haastateltavista olivat myös hyvin tietoisia kansallisesta mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta sekä sen sisällöistä, lähinnä suosituksesta asiakkaan aseman vahvistamisesta päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Eräs haastateltava oli aiemmin ollessaan ulkomailla kuullut kokemusasiantuntijuuden olemassaolosta osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Hän oli kovin iloinen sen tulosta myös Suomeen:

*"Hyvää mitä tässä on saavutettu, lähtee tästä, että tätä Mieli 2009- suunnitelmaa on alettu laittamaan käytäntöön. Ja tuota silloin kun ekan kerran tähän törmäsin kokemusasiantuntijuuden tematiikkaan, niin tuota en olisi silloin uskonut, että Suomessa päästään samanlaisiin asioihin. Tää on suurin mitä on saavutettu."*

### 5.1.3. "Aina jotain parannettavaa"

Kokemusasiantuntijuus sinällään oli tuottanut jo paljon hyvää, mutta tähänastinen toiminta sisälsi myös epäkohtia ja -onnistumisia. Useat haastateltavista toivat esiin ennakkoluulojen ja kielteisten asenteiden korostuvan. Taustalla arveltiin olevan ehkä paljon tietämättömyyttä ja jopa pelkoa. Kun kokemusasiantuntijuudesta on tiedotettu, ei haasteeseen ole kuitenkaan tartuttu eikä heitä ole kysytty riittävästi toimintoihin mukaan:

*"Henkilökunnan ennakkoluulot... sellaanen, että ollaan niinku kiinnostuneita asiasta, mutta sitten löytyy kaiken maailman selityksiä miksei voida ottaa mukaan ryhmään."*

Haastateltavat olivat myös kuulleet mielipiteitä siitä, että toiminta olisi käynnistynyt liian nopeaa ja havaitsivat muutosvastarintaa:



*"Toki sitä kannattaa maltilla eikä uholla kannata viedä eteenpäin. Pohojalaasen tuntien sitte on seinä vastas, kukaan ei liiku enää mihinkään. Uskon että se menee eteenpäin hyvien kokemusten kautta kaikkein parhaiten."*

Kokemusasiantuntijuus käsitteenä sisältöineen herätti kuitenkin epä tietoisuutta. Käsitteen tarkempi yleinen määrittely olisi tarpeen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kokemusasiantuntija on henkilö, jonka on osallistunut Pohjanmaa-hankkeen järjestämään kokemusasiantuntijakoulutukseen. Näin ei kuitenkaan ole kaikkialla, vaan kokemusasiantuntija on voinut olla henkilö, joka omaa vain henkilökohtaisen kokemuksen päihde- tai mielenterveysongelmasta:

*"Olen erittäin iloinen, että sairaanhoitopiiri on määritellyt, että ketä meillä kutsutaan ettei ihan jokainen, joka niin... kuitenkin nää koulutuksen käyneet.... koska ihminen joka esittäytyy kokemusasiantuntijana eikä ole hyväksytty koulutukseen tai prosessi on niin kesken, niin saattaa pilata muiden kokemusasiantuntijoiden maineen."*

Lisäksi esteeksi ovat muodostuneet maksettavat korvaukset. Tämä asiantuntijuus ei ole saavuttanut sellaista asemaa, että suoritetusta työstä olisi auliisti maksettu korvauksia. Esimerkiksi oppilaitoksissa tulee kovin tarkasti perustella ulkopuolisten luennoitsijoiden tarve ja funktio:

*"Sitten raha... tähän ei oo mitään sellaista hyväntekeväisyshommaa, lähtökohtahan on, että kokemusasiantuntijalle maksetaan palkkio... sehän ei oo suuren suuri, olematon jos ajattelee yleisesti ihmisten palkkoja ja palkkioita".*

## 5.2. Kokemusasiantuntijuuden arvo

Tässä tutkimuksessa kokemusasiantuntijuuden arvon teemaa selvitettiin kysymällä haastateltavien ajatuksia toiminnan hyödyllisyydestä ja käyttökelpoisuudesta kahdelta tasolta. Ensinäkin heidän henkilökohtaisia näkemyksiään toiminnan arvosta ja toiseksi hei-

dän näkemyksiään siitä, millaisen arvon sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö antaa toiminnalle.

### 5.2.1. "Arvokkuus yksilön silmin"

Kokemusasiantuntijuuden erityisyys ja arvokkuus näyttäytyvät sen ainutlaatuisuutena, jota ei voi oppia kirjoista lukemalla. Lisäksi kokemus tuo mukanaan sellaista ymmärrystä esimerkiksi sairaudesta, johon ammattilaiset eivät yllä. Täten ammattilaisten mahdollisuudet auttaa kaventuvat tältä osin:

*"Jokainenhan meistä kokee, oli asia mikä tahansa, suru tai menetys tai sairaus, vammaisuus tai vanhuus, että vaikka minkä toisenlaisuuden kanssa tulee tekemisiin, nii aina haluaa tavata sellaisen ihmisen, jolla on vastaavia kokemuksia".*

*"On tullut esille se kuinka tärkeenä nää ihmiset kokenu aika pian siinä sairastumisvaihees tai ku ovat hoidon pariin päässy, kuinka tärkeetä ois ollu, et ois silloin tavannu sellaisen ihmisen, joka ois itte sairastunut ja toipunut siitä. Et ois tullu sellaanen toivon kipinä... monenlaisia elämäkokemuksia on kerrottu ja on niin hämmäntävä kokemus sellaanen sairastuminen, ja siinä on ihan pihalla ja jotenkin kokemusasiantuntija sanoo, et se on niin eri tavalla ymmärrettävää se tieto ja neuvot ja puhe, mitä tällainen omakohtaisesti saman tilanteen kokenut ihminen voi antaa kuin ammatti-ihminen."*

Henkilön oma, ainutlaatuinen kokemus nähdään myös kovin arvokkaana, jos hän osaa oivaltaa ja kääntää kokemuksen vahvuudekseen. Tällöin henkilöllä on mahdollisuus henkiseen kasvuun ja viisauteen kokemuksen kautta. Tämä vaatii kuitenkin sen, että henkilö näkee mahdollisuutensa ja kykenee ottamaan vastuun omasta elämästä kaiken ikävän tapahtuneenkin jälkeen:

*"Oma kokemus on kasvattanu tälle elämälle sitkeen ihmisen, koska on osannu omassa elämässä kääntää ittensä kans. En ole ite omassa elämässäni käyttäny minkäänlaisia ammatillisia apuja enkä koskaan vertaistuellisia apuja, vaan oon esimerkki siitä, minä ollu läheisenä elikkä minä oon ite sen oman elämäni eläny*

*ja ratkonu, kestäny sen paineen ja sellasen ja käyny itteni kans sen sodan mikä on ollu ja siitä sitte niinku omaan persoonaan ja oppinu tuntemaan hirveen tarkkaan ne omat vaikeet paikkani ja ne turhat, miten me ihmiset reagoidaan mihinkäki ja milloin se menee sinne... on pystyny niitä karsiin itestäni pois, enkä oo ite katkeroitunu. Se voi antaa ihmiselle sen suuren suuren voimavaran kestää tätä elämää ja sitä kautta myöski toisia ihmisiä. Ja rohkeesti oikealla lailla puheeksi ehkä asioita, pystyy puhumaan rehellisesti ja tietää mikä on sitä vaikeeta ja mikä on sitä heleppoa ja mitkä vois olla konstia."*

Kun osa haastateltavista pohti kokemuksen arvokkuutta, he samalla peräänkuuluttivat realistisesti tarkkaa arviointia kokemusasiantuntijan tilanteesta. Jokainen kokemus on arvokas, mutta asiantuntijatehtävissä vaaditaan kuitenkin toipunutta kokemusta. Tähän toivottiin kiinnitettävän runsaasti huomiota. On hyvä pyrkiä takaamaan yksilön turva ja ettei hänen myöhemmin tarvitse katua toimintaansa:

*"Pitää olla toipunut kokemus!"*

Kuten jo tähänastiset kokemuksetkin osoittivat, kokemusasiantuntijuus luo ryhmätöimintaan avoimuutta, joka puolestaan voi edistää esimerkiksi jopa nopeampaa kuntoutumista. Kokemusasiantuntijuudella voidaan saavuttaa vahvistusta ryhmän toiminnan sisältöihin ja on täten suuri apu ammatillisen avun rinnalla lisäten toiminnan tarkoituksenmukaisuutta:

*"No, kyllä nimenomaan täs ryhmän vetämises ainakin aivan älytön hyöty. Juuri ryhmän vapautumisen ja ryhmäytymisen kannalta, että oon kuitenkin mielestäni aika paljo ryhmiä vetäny. Ihmiset ryhmässä vapautuu, niiden ei tarvitse jännittää sitä, että ymmärtää nuo mua. Monta kertaa ne naisetkin sano siinä, että on nii ihana täällä puhua, ku tietää et joku ymmärtää oikiasti."*

Ammatillisen avun ja toiminnan ei nähdä enää riittävän vastaamaan avun tarvitsijoiden tarpeisiin. Tarvitaan monenlaista osaamista ammatillisuuden rinnalle. Palvelujen käyttäjän mielipiteet toiminnan sisällöistä, kehittämisestä ja vaikuttavuudesta nousevat arvoonsa:

*"Elämme jonkinlaista murrosvaihetta palveluiden osalta. Ei pystytä vastaamaan palvelunkäyttäjien tarpeisiin, koska ei ole resursseja tai olemassa olevat suunnataan väärin. On hirveän tärkeää saada ymmärrystä palvelujen oikeanlaisesta suuntaamisesta sekä tavoista järjestää palveluja, niiltä jotka niitä käyttävät sekä niiden vaikuttavuudesta osaavat kertoa. Olen aina ihmetellyt vähäistä seurantaa, jota palveluissa esimerkiksi lääkärikunnalla, ettei oikeestaan olla haluttu edes tietää hoidon vaikuttavuudesta."*

### 5.2.2. "Arvokkuus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön silmin"

Haastateltavat kokivat, että toiminta on saavuttanut yhteiskunnallista arvoa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kautta, jossa kehittämiskohteeksi on määritelty asiakkaan aseman vahvistamiseen päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Kokemusasiantuntijatoiminnan nähtiin luovan mahdollisuuksia ja toivetta, että palveluiden käyttäjien voimakkaampi ääni saataisiin kuuluville sekä vaikuttaminen hoitokäytäntöihin:

*"Sitten ku ka saavat ääntänsä kuuluviin, nii se vaikuttaa näihin meidän hoitokäytäntöihin hyvällä tavalla ja pistää jokaisen henkilökunnasta joka niitä kuuntelee miettimään sitä omaa tapaansa ja tyyliänsä."*

Paikallisella tasolla, Etelä-Pohjanmaan alueella nähtiin, että asia on vielä suurelle osalle vieras ja outo. Tietämättömyys selkeästi vähentää sen arvokkuutta. Taustalla paljon hämmennystä ja kokemusasiantuntijatoiminta poikkeaa kovin paljon siitä, mihin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa on totuttu. Tämän teeman alla mielipiteet jakautuivat monella lailla. Osalla oli kokemuksia suuresta arvostuksesta, toisilla päinvastoin. Osa toi esiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä heränneen vasta kiinnostus, joka ei ole ulottunut toiminnan tasolle:

*"Ei kaikki, ei. Jakautuu kahtia, ajatellaan hirveen monessa päässä, et nää ei oo ammattitaitoisia, mä uskon et se on kateutta ja pelekoa. Kaikki ei halua nähdä sitä hyötyä. Mä tiedän sen, oon kuullu niin monesta suusta, et ei ja joissakin po- leilla ei huolita ryhmiin."*

*"Hyvä kysymys, nimittäin oon nyt seurannut tän vuoden aikana, kun on järjestetty erilaisia tilaisuuksia, joissa on sitte ollu ammattihenkilöstöä paikalla ja tuota nyt keväällä oli sairaalassa tälläinen iltapäivä, jossa oli tuota tai oli tarkoitus, että osastoilta olisi tullut väkeä keskustelemaan meidän kokemusasiantuntijoiden kanssa, niin tuota yhdeltä osastolta oli kaksi työntekijää, yhdeltä akuuttiosastolta yksi työntekijää. Niin mä oon kuullu, et tälläisiä samanlaisia tilanteita on ollu, et nää osastojen ihmiset ei oikein oo tullu meitä kokemusasiantuntijoita kuuntelemaan."*

*"Kokemusasiantuntijuus on otettu avoimin mielin vastaan ja jotenkin myös helpottuneena, ikään kuin sitä oltaisiin odotettu jo kauan."*

*"Musta tuntuu et se on ny käsitteenä, se on ny vaan lanseerattu sinne, mut ymmärrys on vielä hyvin kaukana."*

Erityisen tärkeäksi uuden toiminnan luomisessa ja käynnistämisessä on johdon sitoutuminen. Kun johto on ymmärtänyt ja oivaltanut merkityksen, heijastuu se väistämättä hiljalleen alaisiinkin. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kokemukset johdon sitoutumisesta kokemusasiantuntijatoimintaan sai pelkästään myönteistä palautetta. Kokemusasiantuntijat olivat kokeneet, että psykiatrian toiminta-alueen johto ymmärtää toiminnan tarkoituksen ja antaa sille kuuluvan arvon. Samoin ammattilaiset toivat esille, että tarpeen tullen kokemusasiantuntijan käytölle on tullut lupa, joka puhuu arvostuksen puolesta. Tämä kaikki on mahdollistanut, että toiminnoissa on päästy hyvään alkuun:

*"Ja kun me päästiin sinne tilaisuuteen, nii mä koin sen niinku kädenojennuksena sairaalan hallinnoltakin ja sielläkin syntyi keskustelua, että kokemusasiantuntijuus voisi olla."*

### 5.3. Toimintatapojen muuttuminen ja asenteet

Tutkimuksen kolmannessa teema-alueessa selvitettiin, millaisia ajatuksia ja kokemuksia uudesta toimintamuodosta on ollut käytännön tasolla. Tässä osiossa perehdyttiin tar-

kemmin asenteiden merkitykseen ja kartoitettiin tasavertaisuuden toteutumista ammattilaisten rinnalla.

### 5.3.1. "Muutoksen tuulet puhaltavat"

Pääosin koettiin, että selkeä ongelma on, että toimintatapojen muuttaminen on ollut kovin hidasta eikä kokemusasiantuntijoita oteta mukaan riittävästi. Edelleen tästäkin löytyi eriäviä mielipiteitä myös useita ja asioiden sujuminen oli ollut muutamien mielestä mutkatonta. Toimintatapojen muuttumisen taakse kaivattiin rohkeutta, uskallusta ja ennen kaikkea luottamusta. Muutoksista aiheutuva hämmennys sai osakseen kuitenkin paljon ymmärrystä. On kovin luonnollista, että uudet asiat ja toiminnot herättävät epävarmuutta ja -tietoisuutta.

Ammattilainen on saattanut hyväksyä asian kovin pintapuolisesti, tuoden puheissaan esiin kokemusasiantuntijuuden erinomaisuutta. Käytännössä ja syvemmällä toiminnan tasolla asia näyttäytyykin eri valossa eikä asian sisäistämistä ole sittenkään tapahtunut:

*"Itse törmäsin siihen, että minulle sanottiin hoitohenkilökunnan taholta tästä vertaisohjaajana toimimisesta, että sinähän olet tavallaan kuntoutuja itse. Vaikka meille on korostettu, että siinä tilanteessa emme ole kuntoutujia eikä meitä saa vähätellä, vaan toimimme vertaisohjaajina."*

Toimintatapojen tarkastelua, muutosvalmiutta ja ylipäätään asenteita ei pidä tarkastella vain organisaation tai yksikön näkökulmasta. Jokainen organisaatio tai yksikkö pitää sisällään lukuisia yksilöitä. Näiden yksilöiden persoonallisuuserot ovat merkittäviä. Yksikin vahva yksilö työyhteisössä voi aikaan saada "yhteisen" mielipiteen asioista:

*"On sanottu, et meille niitä ei tuu. Mut mä en ymmärrä miks. Se pitäis kysyä. Siel on vahvat persoonat, jotka estää. Ei tarvi ku yks kymmenestä joka on vahva, vie sitä."*

Nykyaikana puhutaan paljon asenteista, myönteisestä tai kielteisestä suhtautumisesta ja sen vaikutuksista ihmisten elämään. Kokemusasiantuntijuuskysymyksissä nähtiin, että

ammattilaisilla saattaa olla taustalla pelon synnyttämiä asenteita. Pelätään, että jos palvelujen käyttäjiä kuullaan, heidän tarkoituksenaan on vain paneutuminen hoidon epäkohtiin ja antaa kritiikkiä:

*"En sanoisi, että välttämättä asenteet ovat huonot, mutta siinä on sellaista tuota hämmennystä, et ei tiedä, mitä sieltä tuleman pitää. Ja kun ne on, ne tuntee, et ne on niin uskomattoman fiksum porukkaa, että aivan turhaan sitä peliätään ja kaikkial on sellaanen hieno ote siihen asiaan, et siellä ei oo yhtään sellaista gräkkyä, joka haluaas nostaa kauhiasti epäkohtia esiin ja syyttää ja moittaa"*

Epäasiallisen käyttäytymisen kohtaaminen herättää aina voimakkaita tunteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla pureudutaan jo koulutuksessa syvälle, kuinka ihminen tulee kohdata arvokkaana ja ammatillisesti kunnioittaen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista tehdyt valitusten määrä ovat kuitenkin kasvaneet ja moneen tulee varautua. Eettisten kysymysten esille tulo ja ammattihenkilöstön reflektointi kaipaisi suurta panosta:

*"Mua ärsytti se ammattilaisten hymyily, että miksei otettu sitä arvokkaana kokemuksena oikeesti vastaan sitä tietoo, vaan sillai, ne sai puhua joo. Niille annettiin puheenvuoro, sit sellainen sivuuttaminen tuntu tosi pahalta. Ja sillai vähä niinku pelättiinkin sitä, et jos kokemusasiantuntija nyt arvostelee heidän hoitoaa. Sit siinä oli vähän sellaista hännänvetoa, kissanhännänvetoa niis työryhmiski, et vähä niinku ammattilainen puolusteli ja vetos niihin kaikkiin rakenteisiin, lakeihin ja muihin, miksi asiat ovat tietyllä tavalla."*

### 5.3.2. "Kaikki yhtä?"

Kokemusasiantuntija toiminnassa on tarkoituksena ollut, että kokemusasiantuntija toimii tasavertaisena ammattilaisen rinnalla. Hän tuo omaa asiantuntemustaan esille henkilökohtaisen kokemuksen kautta. Tässä tutkimuksessa koettiin, että tasavertaisuuden toteutuminen oli aika heikkoa. Kokemusasiantuntijuudesta tarvitaan vielä runsaasti näyttöä, jotta kaikki tulisivat vakuuttuneeksi heidän mahdollisuuksistaan toimia ammattilaisen rinnalla.:

*"Tasa-arvoisuus syntyy aina siinä hetkessä, kun käytännössä ammattilainen huomaa ja myöntää itselleen, että kokemusasiantuntijalla onkin jotain oikeaa annettavaa työhön."*

Monella haastateltavista oli kokemuksia ryhmänohjaamisesta työparina. Lähtökohtaisesti he olivat kuitenkin jo sisäistäneet tasavertaisuuden merkityksen ja siten se näkyi myös käytännössä. He tiesivät kuitenkin lukuisista tilanteista, joissa kokemusasiantuntija oli toiminut eräänlaisena apuohjaajana. Taustalla voi olla myös kokemusasiantuntijasta lähtävä epävarmuus. Alku on usein kaikessa toiminnassa hankalaa:

*"Tasavertaisuus ei taida oikein hyvin toimia. Toki se johtuu varmaan siitäkin, että me kokemusasiantuntijat ollaan arkoja ottamaan paikkamme, mutta kyllä henkilökunta pitää meitä osin kuntoutujina."*

Kun käytännön tasolla oli keskusteltu tasavertaisuudesta, ammattilaiset olivat tuoneet esille vastuukysymykset ja mielipiteitä siitä, että vastuun kautta tasavertaisuus estyy. Ammattilaisilla ei ole aina välttämättä ymmärrystä, mitä tasavertaisuudella tässä tarkoitetaan ja miten se voi toteutua. Tasavertaisuuden tavoittelussa ei tarvitse mennä ammattilaisuuden tai vastuun taakse:

*"Mun mielestä yks näistä kokemusasiantuntijoista, joka on mukana ollut naisten ryhmäs, siinä se on ilmeisen hyvin toteutunut. Kokemusasiantuntija oli kertonu, kuinka hienoo on hänelle se ollu. He on yhdes suunnitellu sen ryhmän ihan alusta lähtien. Sitte he on jakanu vastuuta päävetäjänä."*

Asiantuntijuutta on monenlaista eikä niiden tule kilpailla keskenään. On tärkeää oivaltaa, että jokaisella on varmasti annettavaa. Tarvitaan monenlaista osaamista:

*"On asioita, mitä opitaan myös kirjasta..."*



#### 5.4. Kokemusasiiantuntijuuden kehittäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa

Tämän tutkimuksen neljännessä teema-alueessa huomio kohdistettiin kokemusasiiantuntijuuden kehittämiseen tulevaisuudessa. Haastateltavat kertoivat omia ajatuksiaan ja ehdotuksiaan kokemusasiiantuntijuuden kehittämisestä. Lisäksi heiltä tiedusteltiin, millaisia erilaisia mahdollisuuksia voisi kokemusasiiantuntijuudella olla.

##### 5.4.1. "Mitä kaikkea voisi tehdä?"

Kokemusasiiantuntijuudesta vielä laajempi tiedottaminen ja esillä olo nähtiin hyvin tärkeänä. Kokemusasiiantuntijuus ja asiakkaan aseman vahvistaminen palveluissa on Suomessa melko uusi asia ja tarvitsee taakseen vielä paljon työtä. Monissa muissa maissa on saatu usean vuoden ajan toiminnasta onnistuneita kokemuksia. Nämä kokemukset voisivat toimia esimerkkinä toiminnan rationaalisuudesta ja tarpeellisuudesta myös Suomessa. Tätä työtä tulisi ulottaa monelle eri tasolle, erityisesti päättäjien tietoisuutta tulee lisätä merkittävästi. Erityisesti kokemusasiiantuntijuus tulisi tunnustaa viralliseksi toiminnaksi. Täten myös mahdollistaa käytännön toimien sujuvuus eikä toiminnassa mukana olo vaatisi ylimääräisiä ponnisteluja:

*"Joku pitämään osastolle luentoa... tää on tää byrokratia niin mutkikas... Meillä pitää olla sitten aina niin monen viskaalin lupa, ku voi mitään tehdä. Ja niinku lakimies on sanonu, et työsopimus pitää olla kaikkien kans, jotka sairaanhoitopiiris jotakin tekee. Siinä on niin valtava ruljanssi ennen kuin mitään tekee ja vietyinä tuonne jonnekn viranhaltijapäätösrekisteriin, että sellaanen täs on esteenä ja ei oo joustavaa."*

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma sisältää asiantuntijatyöryhmän laatimat ehdotukset päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelman ehdotukset kyseenalaistettiin siltä osin, etteivät ne saavuta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä ja jäävät kovin irralliseksi käytännön työstä. Esimiehiltä odotetaan suurempaa panostusta suunnitelman ehdotusten implementoinnissa ja tietoon ja toimintaan saattamisessa:

*"On valitettavaa, että suurin osa tämän talon hoitajista ei ole koskaan kuullutkaan mistään Mieli-ohjelmasta. Ne pitäisi ne ohjelmat ensin jalkauttaa sillä lailla, että ihmiset tietäis mitä niiltä odotetaan ja mitä niiden pitäisi toimia ja sitten ryhtyä toimimaan. Tää pitäisi sairaanhoitopiirin psykiatrian johtohenkilöille aivan ensin kirkastua, et tehdäänkin, mitä toimintoja on, niin tää ka näkökulmakin pitäisi otta huomioon."*

Toiminnan tarvitsee taakseen myös resursseja. Osa haastateltavista oli vahvasti sitä mieltä, että resursointi kokemusasiantuntijoihin vähentäisi ammattilaisten resursoinnin tarvetta. Resursoinnin tarvetta ei kuitenkaan nähty suurena, lähinnä koettiin tarvetta henkilöihin, jotka koordinoisivat toimintaa muun muassa huolehtimalla koulutusten jatkosta.

Kokemusasiantuntijan kannalta nähtiin tiettyjä epäkohtia, joihin kaivattiin parannusta. Useat kokemusasiantuntijat ovat eläkkeellä ja on olemassa riski, että nämä pienet palkkiot vähentäisivät eläkkeen määrää, jolloin yksilö saattaa menettää intressit olla toiminnassa mukana. Yhteiskunnalta ja päättäjiltä toivottiin rationaalista ajattelua ja tukea vajaakuntoisille henkilöille, jolla on jäljellä toimintakykyä:

*"Kela esimerkiksi, niin Kelahan on sellainen instanssi, että oon ymmärtänyt, että monet kokemusasiantuntijat ovat eläkkeellä ja Kelahan on hyvin tarkka siinä, että mitä tälläsen henkilön saa edes tehdä. Niin suomalaisessa yhteiskunnassa voidaan edistää tätä asiaa, nähtäis niin ettei olis niinku työelämä pelkästään on-off, joko täysin työssä tai sitten täysin eläkkeellä. Alettais huomioimaan sitä, että siinä välissäkin voi jotakin tehdä."*

Kokemusasiantuntijuuden toiminnan roolissa nähtiin myös epäselvyyttä ja toivottiin tarkennusta. On esitetty, että kokemusasiantuntijoita pitäisi ottaa mukaan muun muassa eri johtoryhmiin ja hallinnon tapaamisiin. Joskus näissä kokouksissa saattaa vain asiasisältö olla sen kaltainen, ettei kokemusasiantuntijan osaamiselle ole välttämättä käyttöä. Olisi tärkeää etukäteen arvioida kokemusasiantuntijan käyttöä erityisesti hallinnollisessa toiminnassa:

*"Itte ajattelisin, et niitä pitäis saada tälläisiin hallinnollisiin elimiin mukaan, mutta mä en tiedä oikein, mikä se foorumi vois olla? ... Johtoryhmäs se asiassältö on sellainen hyvin paljon tylsä, etten tiedä, mitä kokemusasiantuntija siellä tekis. Siellä käydään lähinnä läpi tilastoja... onko nyt kuormitusprosentit niin taikka näin? Onko nyt rahatilanne hyvä ja huono. Ne on sellaisia isoja juttuja, et kokemusasiantuntijat on oikias paikas silloin, kun mietitään toimintojen sisältöä, josta heillä on kokemusta.*

#### 5.4.2. "Monet mahdollisuudet"

Jo aiemmissakin teema-alueissa huomio on kiinnittynyt yksilötasolla kokemusasiantuntijuuden voimaannuttavaan mahdollisuuteen. Yhtä kaikkialla vallitsee kokemusasiantuntijuuden suuri mahdollisuus saada yksilön elämässä aikaan paljon positiivisia vaikutuksia. Usein on niin, että ihminen kokee onnistumisia ja saavuttaa tunteen olevansa tärkeä juuri toiminnan ja työn kautta. Henkilö ei välttämättä kykene enää työskentelemään täysipäiväisesti, voi kokemusasiantuntijuus suoda mahdollisuuden osittaiseen työllistymiseen:

*"Musta se ois niille hyvä mahdollisuus työllistyäkin osittain, vaikka onkin eläkkeellä. Sitten tulee itsevarmuutta ja itsetunto paranee. Näkisin et sitten siinä arjessakin selviää paremmin. Kokee kaikesta huolimatta et ovat arvostettuja ja heitä pidetään ihmisenä ja muuta, että ei tarvi jäädä kotia piiloon, vaikka on psyykkisesti sairas. "*

Terveiden ja sosiaalihuollon oppilaitokset nähtiin myös keskiössä kokemusasiantuntijuuden mahdollisuuksien toteuttajina. Kun tavoitellaan asiakkaan aseman vahvistamista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, tulisi tavoitteellinen kehittäminen lähteä opintojen alusta alkaen. Tällöin tavoitellaan tulevien ammattilaisten työtapoihin ja asenteisiin vaikuttamista, jotta he oppisivat jo opiskeluaikana, että ammattilaisuuden rinnalle tarvitaan myös toisenlaista tietoa ja osaamista:

*"Sitten tietenkkin tämä, mistä on koko koulutuksen aikana puhuttu, niin oppilaitos. Niin että, se vois olla vähän aktiivisempi sinne pyytämään, ja sitten ammat-*

*tikorkeakoulut vois olla vähä aktiivisempia. Kun sieltä valmistuu uusia ihmisiä tähän työhön."*

Kokemusasiantuntijuus nähtiin tärkeänä osana tulevaisuuden hyvinvointia. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys nähtiin johtuvan yhteiskunnassamme vallitsevasta yksinäisyydestä ja sulkeutuneisuudesta. Kokemusasiantuntijuus voisi avata uudenlaista avoimempaa kulttuuria, jolla voisi olla kovin myönteiset vaikutukset kansalaisiin:

*"Mielestäni tulevaisuuden kannalta kokemusasiantuntijuus on yksi tärkeä asia suomalaisen hyvinvoinnin edistämiseksi, avoimuuden ja ymmärryksen lisäämiseksi yhteiskunnassa eri ihmisten kesken. Myös tunteista puhumisen edistämiseksi suomalaisessa kulttuurissa, jossa sulkeutuneisuus lienee yksi suurimpia syitä kansa alkoholin väärinkäyttöön ja sitä kautta koko kansan pahoinvointiin."*

Koko toiminnalla nähtiin lukuisia mahdollisuuksia, mutta vielä tarvitaan paljon ääntä ja toiminnan tehostamisista muutosten saamiseksi. Eräs haastateltavista palautti kokonaisuuden osuvasti yksilötasolle ja osoitti vastuun olevan kuitenkin viime kädessä itse kullakin; omissa asenteissamme, arvoissamme ja toiminnassamme:

*"Tää on niin hyvä asia... tää on vuosituhannen paras asia mielenterveyspuolella tähän asti. Ja mä sydämestäni toivon ja teen minkä oman työn osaltani pystyn ja siinä pystyn. Maailmaa mä en pysty muuttamaan, mutta oman pystyn."*

#### 5.4.3. Yhteenveto tuloksista

Haastattelujen perusteella kokemusasiantuntijat olivat yleisimmin osallistuneet ryhmätoimintoihin toimien ammattilaisten rinnalla ryhmänohjaajina. Lisäksi omattiin kokemuksia osallistumisesta päihde- ja mielenterveysstrategiatyöhön ja kehittämistyön arviointiin sekä luentojen pitämisestä. Tähänastisesta toiminnasta koettiin seuranneen paljon hyvää, vaikkakin kokemukset tuottivat paljon tietoa jäljellä olevasta haasteellisesta työstä. Kokemusasiantuntijan henkilökohtainen voimaantuminen ja myönteiset vaikutukset asenteisiin päihde- ja mielenterveysongelmaisista kohtaan nähtiin hyvin suurina saavutuksina. Lisäksi vertaistuen merkitys koettiin ammatillisen toiminnan rinnalla edesaut-

tavan merkittävästi potilaan toipumista. Tähänastisen toiminnan haasteita olivat olleet ammattilaisten näennäinen kiinnostus. Tämä näyttäytyi siten, ettei kokemusasiantuntijoita ole riittävästi otettu mukaan käytännön toimintaan. Osasyynä voi olla korvauskäytännöt, kun toiminnasta tulee maksaa kokemusasiantuntijoille kuuluvat palkkiot. Myös kokemusasiantuntija -käsitteeseen toivottiin tarkennusta.

Kauttaaltaan kokemusasiantuntijuus nähtiin ensiarvoisen tärkeänä sen ainutlaatuisuuden vuoksi. On asioita, joita voi ymmärtää vain saman asian kokenut henkilö. Kokemusasiantuntijana toiminen edellyttää kuitenkin taakseen toipuneen kokemuksen. Sen mahdollisuudet ovat ammatillisuuden rinnalla toisenlaisena osaamisena vasta alkutekijöissään. Asia on suurelle osalle vielä kovin vieras. Johdon koettiin olevan avainasemassa. Jos esimiehet kokevat asian läheiseksi ja ymmärtävät toiminnan merkityksen, välittyy arvostus myös alaisille, näkyen myös toiminnan tasolla.

Kokemusasiantuntijuuden esille tulo uutena toimintamuotona on herättänyt ammattilaisissa kiinnostusta, mutta myös sisältänyt arkuutta ja vastustusta. Joissain yksiköissä oli annettu jopa ehdoton kielto kokemusasiantuntijoiden osallistua toimintaan mukaan. Haastateltavat oli myös hämmentyneitä siitä, kuinka työpaikoilla vahvat persoonallisuudet olivat esittäneet kielteiset mielipiteensä muiden vaietessa. He pelkäsivät, että yksikin henkilö työyhteisössä voi olla esteenä kokemusasiantuntijatoiminnalle. Kielteisten mielipiteiden koettiin syntyneen siitä, että ammattilaisilla on ollut pelkoa kokemusasiantuntijoiden saattavan toiminnassaan puuttua vain epäkohtiin. Ammattilaisten pelko kuitenkin voitiin ymmärtää ja tiedettiin sen johtuvan tietämättömyydestä. Kokemusasiantuntijuuden tarkoitus ei ole olla palautteen antaja, vaan toiminnan rakentaja yhdessä ammattilaisten kanssa.

Itse toiminnassa tasavertaisuuden toteutuminen hakee vielä paikkaansa. Osa ammattilaisista ottaa mielellään kokemusasiantuntijan työparikseen ryhmiin. Tällöin kokemusasiantuntija on saattanut olla joko tasavertainen työpari tai osalle apuohjaaja. Taustalla arvioitiin olevan myös kokemusasiantuntijoista itsestään johtuvat tekijät kuten arkuus. Asia on myös kokemusasiantuntijalle uusi, ja joka menee uuteen tilanteeseen kokien luonnollisesti arkuutta. Esiin nostettiin vielä vastuukysymykset mahdollisina tasavertaisuuden estäjinä. Haastateltavat kokivat, että ammattilainen vetoaa toiminnan vastuu-

seen. Jos kokemusasiantuntijuuden oletetaan pohjautuvan näkemyksiin, kehittämisehdotuksiin ja asiantuntijuuteen kokemuksen kautta, voidaan kysyä, missä määrin ammattilainen kantaa vastuun?

Kokemusasiantuntijuuden kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa koettiin vaativan pintajänteistä ja sinnikästä työtä. Kaiken tulisi kuitenkin lähteä siitä, että toiminta tunnustettaisiin joka tasolla viralliseksi toiminnaksi. Esimerkillistä ja järjestelmällistä kokemusasiantuntijuuden käyttöä on paljon muissa maissa ja tämä nähtiin hyvänä mallina myös meille. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jossa huomio asetettu asiakkaan aseman vahvistamiseen päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Haastateltavat toivat esiin suunnitelman tärkeyttä, mutta epäilivät sen mahdollisuuksia toiminnan tasolla. Suunnitelma ei saavuta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä, josta moni ei ole koskaan kuullutkaan ja se jää kovin irralliseksi käytännön työstä. Esimiehiltä odotetaan suurempaa panostusta suunnitelman ehdotusten implementoinnissa.

Yksi kokemusasiantuntijatoiminnan mahdollisuudeksi arvioitiin oppilaitokset. Haastateltavat näkivät tärkeänä toiminnan sisällyttämisen jo opetussuunnitelmiin ja koulutukseen. Täten opiskelijat jo opintojen aikana omaksuisivat järjestelmällisen toiminnan osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja ammattiin valmistuneiden orientaatio kokemusasiantuntijuudelle olisi toivottu. Toinen huomioitu mahdollisuus koski vajaa-kuntoisten työllistymistä. Työllistymisen merkitys yksilölle ja yhteiskunnalle on eittämättä merkityksellinen. Kolmas mahdollisuus palautui yksilötasolle ja kunkin ihmisen omiin arvoihin, asenteisiin ja ajatteluun.

Seuraavassa taulukossa 3 on koottu tutkimuksen empiriassa esiin nousseet kokemusasiantuntijuuden mahdollisuudet kehittämisen välineenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella.

Taulukko 3. Yhteenveto tuloksista.

Teema-alue	Arviointikriteerit	Tutkimustulokset
Toteutunut kokemusasiantuntijatoiminta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– erilaiset toimintamuodot</li> <li>– saavutettu hyvä</li> <li>– toiminnassa olleet esteet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– osallistuminen ryhmätöihin, arviointiin ja strategiatyöhön</li> <li>– luentojen pitäminen</li> <li>– yksilön voimaantuminen</li> <li>– myönteinen vaikutus asenteisiin</li> <li>– käytännön voimavara</li> <li>– ammattilaisten näennäinen kiinnostus</li> <li>– käsitteen epätarkkuus</li> <li>– korvauskäytännöt</li> </ul>
Toiminnan arvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– näkemykset hyödyllisyydestä ja käyttökelpoisuudesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ainutlaatuinen ymmärrys</li> <li>– toipunut kokemus</li> <li>– suuri apu ammatillisuuden rinnalla</li> <li>– asia vielä vieras</li> <li>– ei ulotu käytäntöön</li> <li>– johdon sitoutumisen tärkeys</li> </ul>
Muutos ja asenteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– suhtautuminen muutokseen</li> <li>– tasavertaisuus ammattilaisuuden rinnalla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kokemusasiantuntijoita ei ole otettu riittävästi mukaan</li> <li>– "vahvat" persoonallisuudet jarruna</li> <li>– pelko epäkohtiin puuttuvista kokemusasiantuntijoista</li> <li>– tasavertaisuus ei toteudu riittävästi</li> <li>– kokemusasiantuntijoiden oma arkuus</li> <li>– vastuukysymykset</li> </ul>
Kehittäminen ja mahdollisuudet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ehdotukset toiminnan kehittämiseksi</li> <li>– toiminnan tulevaisuuden mahdollisuudet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pitkäjänteisyyttä asian esille tuomiseen</li> <li>– tunnustaminen viralliseksi toiminnaksi</li> <li>– esimiesten vastuu kehittämiskohteiden implementoinnista</li> <li>– mahdollisuus vajaakuntoisten työllistymiseen</li> <li>– huomio toimintaan jo ammattiin opiskeltaessa</li> <li>– ratkaistava jokaisen omassa arvomaailmassa</li> </ul>

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat, ja miten niitä voidaan kehittää kokemusasiantuntijuuden avulla. Lisäksi tavoitteena oli kartoittaa jo olemassa olleen toiminnan kokemuksia ja -muotoja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toiminta-alueelta. Tutkimuskysymykset olivat 1) Mitä palvelu on, ja miten julkisia palveluja voidaan kehittää kokemusasiantuntijuuden avulla? sekä 2) Miten Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toiminta-alueella on hyödynnetty kokemusasiantuntijuutta ja mitä lisäarvoa kokemuksellinen tieto on tuonut?

Tutkimuksen teoreettisessa osuudessa todettiin palvelujen erityislaatuisuuden johtuvan niiden kokemuksellisesta luonteesta, johon sisältyy paljon tunteita (ks. Sipilä 1992: 17). Edelleen jos tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen erityislaatuisuutta syvemmin, niin niiden voidaan todeta koskettavan meitä jokaista ja vaikuttavan meissä kokonaisvaltaisesti. Ei ole siis yhdentekevää, miten niitä tuotetaan ja kehitetään. Erilaisen palvelutarpeiden taustalla on usein suuri huoli omasta tai läheisen terveydestä ja selviytymisestä. Tutkimustulokset tukivat voimakkaasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden olevan sekä tunnepohjaisia, erityislaatuisia että tarvelähtöisiä. Tässäkin tutkimuksessa nousi esiin, että ammattilaiset helposti ajattelevat tietävänsä palveluiden käyttäjien tarpeet paremmin kuin käyttäjät itse. Ammattilaisten vahvuutena nähtiin kirjavaisuus, mutta asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseksi se ei välttämättä yksin riitä.

Kun puhutaan palveluiden kehittämisestä ja tarpeista, on Suomessa lähtökohtaisesti ryhdytty mittaviin toimiin. Aika tulee näyttämään, miten näissä onnistutaan. Uusi terveydenhuoltolaki (ks. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011) korostaa yksilön roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan julkaisi kansallisen päihde- ja mielenterveysuunnitelman, jonka sisällä on kirjattu ehdotukset asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistamisesta palveluissa keskeisenä toimijana (ks. Kansallinen päihde- ja mielenterveysuunnitelma 2009–2015). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella kokemusasiantuntijuuden kehittämiseksi on luotu hyvät edellytykset muun muassa koulutuksia käynnistämällä.



Keskeistä on tunnistaa hyvät käytännöt ja rohkeasti tavoitella asiakaskeskeisiä toimintatapoja (ks. Winblad & Ringard 2009).

Tutkimuksessa kokemusasiantuntijuus nähtiin avanneen yksilölle itselleen täysin uuden maailman sekä voimaannuttavina että uskoa tulevaan tuottavina elementteinä. Koska vertaistuen merkitys koettiin erittäin arvokkaana itse hoidossa, tulisi kokemusasiantuntijuutta ja sen mahdollisuuksia hyödyntää tehokkaammin. Kokemusasiantuntijuuden todettiin olevan parhaimmillaan suuri käytännön voimavara, vaikka ammattilaisten taholta sen tarvetta ei välttämättä osata tunnistaa. Palvelut tuotetaan käyttäjille, mutta heidän mukaanottonsa palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen on edelleen varsin heikkoa (ks. Toikko 2009).

Tutkimuksen analyysi tukee teoriaa, ettei ammatillinen apu ei yksinkertaisesti riitä. Osaamista voi olla monenlaista, ja joiden ei tarvitse kilpailla keskenään, jotta voimme parhaalla mahdollisella tavalla kyetä vastaamaan apua tarvitsevan henkilön tarpeisiin. Asiakas- ja palvelukeskeisyyden tavoittelussa tulee pyrkiä yhä parempaan palveluiden käyttäjien mukaan ottamiseen. Palveluiden käyttäjät sitoutuvat paremmin, jos he itse konkreettisella tasolla voivat vaikuttaa palveluihin (ks. Matthies 2010).

Sosiaali- ja terveystalvet ovat viime vuosikymmeninä kokeneet paljon suuria muutoksia. Vaateet uusille muutoksille kuitenkin edelleen kasvavat sekä kunnissa että organisaatioissa, johtuen osaltaan heikon taloustilanteen aiheuttamista muospaineista. Organisaatiot ovat väsyneet toimimaan muospaineiden alla. Tässä tutkimuksessa kokemusasiantuntijuuden nähtiin herättäneen kiinnostuksen, mutta siitä näyttäisi olevan vielä kovin pitkä matka järjestelmälliseen toimintaan. Toisaalta muutosten tuoma ahdistus ammattilaisille ymmärrettiin, mutta samalla toivottiin heille enemmän rohkeutta ja uskallusta. Taustalla saattaa olla ajattelun joustamattomuutta ja jopa pelko omasta asemasta. Jos ammatillinen itsetunto on kovin heikko, voidaan moninainen toiminta kokea jopa uhkana. Kokemusasiantuntijuuden tarkoituksena on tarjota laajempaa osaamista, jossa päähuomio on ihmisten tarpeissa eikä niinkään mahdollisissa organisaation toiminnassa olevissa puutteissa. Aikaisempaa moninainen toimintakulttuuri vaikuttaa kuitenkin aina sekä valtasuhteisiin kuin organisaatiokulttuuriin, saattaa tuoda siitä esiin yllättäviäkin piirteitä (ks. Laaksonen, Niskanen, Ollilla & Risku 2005: 44–45).

Tutkimuksessa nähtiin, että kokemusasiantuntijuuden esille tuleminen on kuitenkin yleisellä tasolla vaikuttanut päihde- ja mielenterveysongelmia kohtaan oleviin asenteisiin myönteisesti. Asennevaikuttaminen pohjaa paljolti tiedon antamiseen, jota on tarpeen yhä edistää. Myös monet julkisuuden henkilöt ovat tulleet esiin kertomalla omista päihde- tai mielenterveysongelmistaan. Kuten esimerkit ammattilaisten asenteista kokemusasiantuntijuutta kohtaan osoittavat, että taustalla on enemmänkin tietämättömyyttä ja pelkoa. Asteet ja uskomukset nähtiin kovin syvälle juurtuneina ja muutosten aikaansaaminen koettiin haastavana. Jotta toiminta kehittyisi odotetulla tavalla, olisi organisaatioissa ensiarvoisen tärkeä pohtia, miten asenteet näkyvät työntekijöiden toiminnassa, käyttäytymisessä ja suhteessa perustehtävään (ks. Koskisuu 2004: 218; Bedregal ym. 2006: 101).

Tutkimuksessa todettiin edelleen asenneongelmien lisäksi voimakas muutosvastarinta kokemusasiantuntijuutta kohtaan. Etelä-Pohjanmaalla koettiin muutoksen ja toiveet muutokselle käynnistyneen liian nopeaan. Tärkeää ja haasteellista olisi arvioida organisaatioiden valmiudet muutoksille ja tunnistaa ne tekijät, joilla on vaikutusta organisaatioiden muutosten eteenpäin viemisessä. Tarvitaan useampia interventioita (ks. Hamilton, Cohen & Young 2010: 30–31). Tutkimustuloksissa nousi juuri esiin tarve pitkäjänteisyyteen ja sinnikkääseen työhön. Kaikki ei tapahdu hetkessä. Jos kokemusasiantuntijuus tunnustettaisiin viralliseksi toiminnaksi, sen eteenpäin vieminen olisi tutkimuksen mukaan paljon helpompaa.

Suomessa on tehty asiakaslähtöistä työtä jo jonkin aikaa, mutta kokemusasiantuntijan osallistuminen palveluiden kehittämiseen, suunnitteluun ja arviointiin on tämän tutkimuksen valossa kovin vähäistä. Kokemuksellisen tiedon hyödyntämisen tärkeys korostuu. Uutta tietoa ei saada ainoastaan tieteellisen tutkimuksen kautta eikä hallinnon tarvitsemat arviointipalautteet riitä vastaamaan uuden tiedon ja muuttuvan maailman tarpeisiin. Tarvitaan runsaasti käytännöstä nousevaa tietoa (ks. Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008: 237). Tämä tutkimus osoitti kokemusasiantuntijuuden tuottavan ainutlaatuista, käytännöstä nousevaa tietoa sekä sellaista käsitystä toiminnasta, johon ammattilaiset ja poliittiset päättäjät eivät yllä. Kokemusasiantuntijuus on tuloksellinen toimintamalli kansalaisten osallistumiselle puheiden sijaan (ks. Vartiainen 2009: 181–184).

Käsitteenä kokemusasiantuntijuus nähtiin epätarkkana. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan Välittäjä 2009 -hankkeen koulutuksessa mukana olleita henkilöitä. Käytännössä kuitenkin alueella esiintyy paljon kokemuksen omaavia henkilöitä, jotka esiintyvät kokemusasiantuntijoina kokemuksen kautta. Tutkimuksessa toivottiin käsitteen määrittelyssä sisällöllisiä tarkennuksia. Lisäksi haluttiin erityisesti korostaa kokemusasiantuntijan toipunutta kokemusta. Psykoottinen potilas ei sairauden akuutissa vaiheessa sovellu kokemusasiantuntijatehtäviin ja traumaattiset kokemukset tulee olla käsiteltyjä. Henkilöllä tulee olla tietoisuus omasta sairaudestaan, jotta voi osallistua kokemusasiantuntijatoimintaan (ks. Hyvärinen 2009: 26–27).

Tutkimuksessa esille noussut käsitteen sisällön epätarkkuus liittyy myös sen lähikäsitteisiin, kuten vertaistoimintaan ja osallisuuteen. Tutkimuksessa ei tarkemmin perehdytty haastateltavien tietoisuuteen käsitteiden eroista, mutta selkeästi esiin nousi tietämättömyys niiden eroista. Asioista puhuttiin ja käsitteitä käytettiin lähes synonyymeina. Vertaistoiminta eroaa kokemusasiantuntijuudesta siten, että kokemusasiantuntijan työ suuntautuu vertaisten joukosta ulospäin muuhun yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmän organisaatioissa toimivien suuntaan. Vertaistoiminta on palanen kokemusasiantuntijaksi kehittymisessä, johon on mahdoton yltää ilman vertaistukea (ks. Jankko 2009: 51). Käsitteisiin liittyvät sekaannukset saattavat johtua siitä, että Etelä-Pohjanmaalla on vielä kovin vähäisiä kokemuksia kokemusasiantuntijatoiminnasta. Vähäisessä toiminnassa eniten oli kokemuksia ryhmien vetämisestä, joka on enemmän vertaistuellista toimintaa. Eniten tutkijan huoli kohdentuu kuitenkin siihen, että tulevaisuuden toiminta rajoittuu pelkästään vertaistuelliseksi toiminnaksi. Osallisuus puolestaan voidaan ymmärtää myös aktiivisena kansalaisuutena. Uudessa-Seelannissa termiä käytetään kuvaamaan maan hallituksen visiota kansalaisten tasa-arvosta, mahdollisuuksista ja turvallisuudesta (ks. Bromell & Hyland 2007).

Kokemusasiantuntijuuden kehittämisen kannalta tiedon lisääminen on avainasemassa tavoittelussa kohti parempaa ja tuloksellisempaa toimintaa. Tutkimuksessa nousi esiin muutamia marginaaliryhmiä, joiden vaikutukset toimintaan koettiin ensiarvoisen tärkeinä. Lisäksi tutkimuksen teoriaosuudessa peräänkuulutettiin henkilöitä, joilla olisi kyky ymmärtää ja toimia rohkeasti. Tuotosten taakse tarvitaan näkyvyyttä ja esiin tuloa, hel-

posti saatavilla olevaa tietoa (ks. Vartiainen 2009: 184–185). Tässä tutkimuksessa esmiehet ovat se ryhmä, jonka toivottiin ymmärtävän ja toimivan rohkeasti. Heiltä odotetaan suurempaa panostusta Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotusten implementoinnissa ja tietoon sekä toimintaan saattamisessa. Suunnitelman ehdotukset kyseenalaistettiin siltä osin, etteivät ne saavuta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä, jääden kovin irralliseksi käytännön työstä. Tutkimuksessa nousi esiin epäily, ettei kovin monikaan alueen ammattilainen ole edes tietoinen koko suunnitelmasta tai heille kohdistuneista odotuksista toiminnan kehittämiseksi.

Toiminnalla on saavutettu jo paljon hyvää, mutta paljon on työtä vielä edessä. Mahdollisuudet ovat mitä parhaimmat kohti yhteistä hyvää kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämässä. Organisaatioiden tulee esimiesten johdolla pyrkiä vilkkaaseen arvokeskusteluun ja vuorovaikutukseen ympäristön kanssa. Olipa kyse sitten asenteista, uskomuksista, tarpeista muutokseen tai kokonaisuudessaan organisaatiokulttuurisista tekijöistä, johdon vastuu korostuu. Tarvitsemme tahtoa, pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista, mutta ennen kaikkea rohkeutta.

## LÄHDELUETTELO

- Aaltonen, Mika (2008). Parasta hoitoa potilaalle. Teoksessa: Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Toim. Leena Koponen & Hanna Hopia. Suomen Graafiset palvelut Oy.
- Aitonurmi, Eira (2009). Tyttö Lounais-rannikolta: Eiran stoori. Teoksessa: Elämän tarinoista kokemustutkimukseen. Toim. Susanna Hyväri & Markku Salo. Pori: Kehitys Oy.
- Amery, Jenny & Stephen Gillam (2009). International Public Health – The Future Place of Primary Care. Teoksessa: Future Public Health: Burdens, Challenges and Opportunities. Toim. Sandra Dawson & Zoë Slote Morris. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Atkinson, Sue (2009). Improving Public Health: Balancing Between Poles. Teoksessa: Future Public Health: Burdens, Challenges and Opportunities. Toim. Sandra Dawson & Zoë Slote Morris. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Australian Government (2007). Tackling Wicked Problems. A Public Policy Perspective. Australian Public Service Commissioner.
- Australian Government (2009). Social Inclusion Unit Department of the Prime Minister and Cabinet A Stronger, Fairer Australia. Summary brochure. Saatavissa 22.2.2011: <http://www.socialinclusion.gov.au/resources/pages/resources.aspx>
- Bee, Penny, John Playle, Karina Lovell, Pamela Barnes, Richard Gray & Philip Keeley (2008). Service user views and expectations of UK -registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. International Journal of Nursing Studies 45. London: Elsevier Ltd.

- Bedregal, Luis, Maria O'Connell & Larry Davidson (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30:2.
- Beresford, Peter, Lesley Adshead & Suzy Croft (2006). *Palliative care, social work and service users: Making life possible*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Beresford, Peter & Markku Salo (2008). *Kokemuksen muodonmuutos*. Pori: Kehitys Oy.
- Blank, Robert & Viola Burau (2010). *Comparative Health Policy*. Third Edition. China: Palgrave Macmillan.
- Bromell, David & Marion Hyland (2007). *Social inclusion and participation: a guide for policy and planning*. Ministry of Social Development, New Zealand. Saatavissa 18.2.2011: <http://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/planning-strategy/social-inclusio-participation-guide/sip-guide-2007.doc>
- Bäcklund, Pia (2007). *Tietämisen politiikka: Kokemuksellinen tieto kunnan hallinnassa*. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Care Quality Commission (2010). *The essential standards of quality and safety you can expect*. Saatavissa 23.3.2011: <http://www.cqc.org.uk/usingcareservices/essentialstandardsqualityandsafety.cfm>
- Chen, Alice, Arminée Kazanjian, Hubert Wong & Elliot Goldner (2010). *Mental health service use by Chinese immigrants with severe and persistent mental illness* *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55:1. Saatavissa 15.3.2011: <http://web.ebscohost.com.proxy.tritonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=10&id=1b0b513e-bcc9-4209-ba13-c75ddaf8494b%40sessionmgr13&vid=3>

- Clark, Marion, Ann Davis, Adrian Fisher, Tony Glynn & Jean Jefferies (2008). Transforming services: changing lives. A guide for action. Working for user involvement in mental health services paper 3. Centre for excellence in interdisciplinary mental health. University of Birmingham. Saatavissa 18.2.2011: [www.ceimh.bham.ac.uk/documents/guide-transforming-services-2010.pdf](http://www.ceimh.bham.ac.uk/documents/guide-transforming-services-2010.pdf)
- Corbett, Laura (2009). Promoting Healthy Behaviour: Evidence from Psychology. Teoksessa: Future Public Health: Burdens, Challenges and Opportunities. Toim. Sandra Dawson & Zoë Slote Morris. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Crawford, Mike, T Aldridge, Kamaldeep Bhui, D Rutter, C Manley, Timothy Weaver, P Tyrer & Naomi Fulop (2003). User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107. London: Blackwell Munksgaard.
- Davidson, Larry, Matthew Chinman, David Sells & Michael Rowe (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin* 32:3. Oxford: Oxford University Press.
- Debyser, Bart, Mieke Grypdonck, Tom Defloor & Sofie Verhaeghe (2010). Involvement of inpatient mental health clients in the practical training and assessment of mental health nursing students: Can it benefit clients and students? *Nurse Education Today*. Belgium: Elsevier Ltd.
- Einola-Pekkinen, Virpi & Taru Rastas (2001). Arvoa aineettomasta pääomasta. Tamperre: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Erhola, Marina (2010). Lukijalle. Teoksessa: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Toim. Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling & Viveca Bergman. Helsinki: Yliopistopaino.

- Eskola, Jari & Juha Suoranta (1999). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Helsinki: Vastapaino.
- Eskola, Jarkko & Antti Karila (2007). *Mielekäs Suomi: Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- ETENE (2009). *Mielenterveysetiikka: Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu*. ETENE-julkaisuja 25. Helsinki.
- Ex-In Pilotprojekt (2011). *Warum experienced involvement?* Saatavissa 24.3.2011: <http://www.ex-in.info/index.html>
- Fischer, Jan, Joanne Neale, Michael Bloor & Nicholas Jenkins (2008). *Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3:21. Saatavissa 15.2.2011: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/21>
- Fischer, Jan & Joanne Neale (2008). *Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems*. *Drugs: education, prevention and policy* 15. School of Health & Social Care, Oxford Brookes University, UK.
- Geer, Scott (2009). *Devolution and Public Health Politics in the United Kingdom*. Teoksessa: *Future Public Health: Burdens, Challenges and Opportunities*. Toim. Sandra Dawson & Zoë Slote Morris. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Grönroos, Christian (1991). *Nyt kilpaillaan palveluilla*. Jyväskylä: Weilin+Göös.
- Hamilton, Alison, Amy Cohen & Alexander Young (2010). *Organizational Readiness in Specialty Mental Health Care*. *Journal of General Internal Medicine* 25:1. Saatavissa 4.4.2011: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2806963/>
- Harisalo, Risto (2008). *Organisaatioteoriat*. Tampere: Tampere University Press.



- Heinonen, Jarna (1999). Kohti asiakaslähtöisyyttä ja kilpailukykyä: Sisäinen yrittäjäyys kunnallisen yksikön muutoksessa. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, sarja A-5. Turku: Kirjapaino Grafia Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2007). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hyvärinen, Elise (2009). Mielenterveyskuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi: Kuvaus mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden muodostumisesta. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Hänninen, Vilma (2009). Omaelämäkerta elämän omaksi tekemisenä. Teoksessa: Elämän tarinoista kokemustutkimukseen. Mielenterveyden keskusliitto. Toim. Susanna Hyväri ja Markku Salo. Pori: Kehitys Oy.
- Jankko, Terhi (2009). Kaikki elämässä ei olekaan kiveen hakattu: Kokemus tiedoksi -projektin väliraportti. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisuja 4. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.
- Kananoja, Aulikki, Vuokko Niiranen & Harri Jokiranta (2008). Kunnallinen sosiaalipoliittikka: Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva: Bookwell Oy.
- Keskimäki, Ilmo, Kristiina Manderbacka & Juha Teperi (2008). Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Toim. Ulla Ashorn ja Juhani Lehto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Koivusalo, Meri, Eeva Ollila & Jonathan Tritter (2008). Kansalaiset, asiakkuus ja Euroopan unionin vaikutukset terveydenhuoltoon. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Toim. Ulla Ashorn ja Juhani Lehto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Koskisuus, Jari (2004). Eri teitä perille: Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.
- Krasnik, Allan & Bård Paulsen (2009). Teoksessa: Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges. Toim. Magnussen Jon, Karsten Vrangbæk & Richard Saltman. Glasgow: Bell and Bain Ltd.
- Laaksonen, Hannele, Jouni Niskanen, Seija Ollila & Aija Risku (2005). Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Laitila, Minna (2010). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Kopijyvä Oy.
- Lammers, John & Brenda Happell (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10. Victoria: Blackwell Publishing Ltd.
- Lammers, John & Brenda Happell (2004). Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: A perspective from Victoria, Australia. Issues in Mental Health Nursing 25. Victoria: Taylor & Francis Inc.
- Lämsä, Anna-Maija & Taru Hautala (2004). Organisaatiokäyttämisen perusteet. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- MacWhinney, Liz & Ann-Marie Newman (2011). Service User and Carer involvement in Mental Health. Powerpoint-esitys kokemusasiantuntijuusseminaarissa 24.5.2011 Seinäjoki. Julkaisematon.
- Martinussen, Pål & Jon Magnussen (2009). Health care reform: the Nordic experience. Teoksessa: Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges. Toim. Magnussen Jon, Karsten Vrangbæk & Richard Saltman. Glasgow: Bell and Bain Ltd.

- Matthies, Aila-Leena (2010). Kuntalaisena vai asiakkaana?: Kunnan suhde palvelujen käyttäjiin. Tiimeissä asiakkaita varten – seminaari. Powerpoint-esitys. Kauhava 23.8.2010. Julkaisematon.
- Mattila, Jukka (2010). Lainsäädäntö perusterveydenhuollon kehittämisen tukena. Teoksessa: Uusi terveydenhuolto, hoitotyön vuosikirja 2010. Toim. Muurinen Seija, Mikko Nenonen, Kaarina Wilskman & Eva Agge. Helsinki: Edita Prima Oy.
- McCulloch, Douglas (2003). Valuing Health in Practise: Priorities, QALYs, and Choice. England: Ashgate Publishing Limited.
- Middleton, Peter, Pauline Stanton & Noel Renouf (2004). Consumer consultants in mental health services: addressing the challenges. Journal of Mental Health 13. Australia: Shadowfax Publishing and Taylor & Francis Ltd.
- Moilanen, Raili (2001). Oppivan organisaation mahdollisuudet. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Moring, Juha (2010). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta toimeenpanoon. Teoksessa: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Toim. Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling & Viveca Bergman. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Moullin, Max (2002). Delivering Excellence in Health and social Care. Great Britain: Biddles Ltd.
- Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry (2011). Kuntoutumista tukevaa mielenterveystyötä: Kokemusasiantuntijatoiminta. Saatavissa 25.3.2011:  
<http://www.muotiala.fi/kokemustieto.html>
- Nancarrow, Susan, Anna M. Moran & Stuart G. Parker (2009). Understanding service context: development of a service pro forma to describe and measure elderly

peoples' community and intermediate care services. *Health and Social Care in the Community* 17.

Niemelä, Jorma (2003). Järjestötyön olemuksesta: Järjestöasiantuntemus – asiaa ja tuntemusta. Teoksessa: Järjestöt ehkäisevän päihdetyön toimijoina – näkökulmia kehittämiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 10/2003. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry.

Niemelä, Mikko (2008). Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 102. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Øvretveit, John (1995). *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Cambridge: The University Press.

Peck, Edward, Pauline Gulliver & David Towel (2002). Information, consultation or control: User involvement in mental health services in England at the turn of the century. *Journal of Mental Health* 11. London: Shadowfax Publishing and Taylor & Francis Ltd.

Pekkanen, Tiina (2007). Valtaistava lähestymistapa huumetyön kokemusasiantuntijoiden kehittämistoiminnassa. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Picker Institute Europe (2004). Listening to patients' views. Improving patients' experience. Saatavissa 24.2.2011:  
[http://www.pickereurope.org/Filestore/Quality/Factsheets/listen\\_to\\_patients\\_May04.pdf](http://www.pickereurope.org/Filestore/Quality/Factsheets/listen_to_patients_May04.pdf)

Pitkänen, Raimo (2006). Parasta palvelua: Miten onnistut asiakkaan kohtaamisessa. Juva: WS Bookwell Oy.

- Pohjanmaa-hanke (2010). Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden koulutushanke on käynnistynyt. Saatavissa 25.3.2011:  
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=628208>
- Psykonomiopisto (2010). Kokemusasiantuntijuus. Saatavissa 15.10.2010:  
<http://www.psykonomiopisto.com/kokemusas.html>.
- Raptopoulos, Aloyse (2010). *Becoming an Expert by Experience*. Teoksessa: *Mental Health, Service User involvement and Recovery*. Toim. Jenny Weinstein. Great Britain: MPG Books Group, Cornwall.
- Ristaniemi, Teija (2005). Psykiatrisen sairaalan "armahtava todellisuus"? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Lisensiaatintutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa 29.3.2011: <http://www.sosnet.fi/?DeptID=4038#PDF>
- Robert, Glenn, Jeanne Hardacre, Louise Locock, Paul Bate & Jon Glasby (2003). *Re-designing mental health services: lessons on user involvement from the Mental Health Collaborative*. Health Expectations 6. London: Blackwell Publishing Ltd.
- Rose, Diana, Pete Fleischmann & Peter Schofield (2009). Perceptions of User Involvement: a User-Led Study. *Int J Soc Psychiatry Online First*. Saatavissa 8.3.2011:  
<http://isp.sagepub.com/content/56/4/389.abstract>
- Rutter, Deborah, Catherine Manley, Tim Weaver, Mike Crawford & Naomi Fulop (2004). Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine* 58. London: Elsevier Ltd.
- Salminen, Ari (2004). *Julkisen toiminnan johtaminen: Hallintotieteen perusteet*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Salo, Markku (2010). Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrviinnin kohteina: ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 22/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Schneebeli, Carole, Anthony O'Brien, Debra Lampshire & Helen Hamer (2010). Service user involvement in undergraduate mental health nursing in New Zealand. School of Nursing, Auckland University, New Zealand. *International Journal of Mental Health Nursing* 19. Australian College of Mental Health Nurses Inc.
- Scottish Recovery Network (2009). About SRN. Saatavissa 7.3.2011:  
<http://www.scottishrecovery.net/Our-vision/our-vision.html>
- Seppänen-Järvelä, Riitta & Vappu Karjalainen (2006). Kehittämistyön risteyskiä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sipilä, Jorma (1992). Asiantuntijapalveluiden markkinointi. Jyväskylä: Weilin+Göös.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). Sosiaali- ja terveystalvija koskeva lainsäädäntö. Saatavissa 16.11.2010:  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ ja\\_ terveystalvija/lainsaadanto](http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveystalvija/lainsaadanto)
- Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto (2011). Oikeudenmukainen ja osallisuutta rakentava Suomi. Sosiaali- ja terveystalvija hallitusohjelmatalvija. Saatavissa 20.3.2011: [http://www.stkl.fi/2011\\_Hallitusohjelmatalvija.pdf](http://www.stkl.fi/2011_Hallitusohjelmatalvija.pdf)
- Stetler, Cheryl, Judith Ritchie, Jo Rycroft-Malone, Alyce Schultz & Martin Charns (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implement Science* 4. Saatavissa 4.4.2011:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795741/?tool=pubmed>
- Storbacka, Kaj, Ralf Blomqvist, Johan Dahl & Tomas Haeger (2003). Asiakkuuden arvon lähteillä. Juva: WS Bookwell Oy.

- Storm, Marianne, Kjell Hausken & Knud Knudsen (2010). Inpatient service providers' perspectives on service user involvement in Norwegian community mental health centres. *International Journal of Social Psychiatry* OnlineFirst, on July. University of Stavanger, Norway.
- Swarbrick, Margaret, Lisa Schmidt & Carlos Pratt (2009). Consumer-Operated Self-Help Centers: Environment, Empowerment, and Satisfaction. *Journal of Psychosocial Nursing* 47:7. JPNonline.com.
- Tamminen, Rauno (1993). *Tiedettä tekemään*. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2010). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Toim. Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling & Viveca Bergman. Helsinki: Yliopistopaino.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011). Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Saatavissa 29.9.2011:  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki)
- Teperi, Juha, Michael Porter, Lauri Vuorenkoski & Jennifer Baron (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82. Helsinki: Edita Prima Ltd.
- Thomasén, Tarya (2007). Voiko sosiaalityöntekijä toimia arvioijana omassa työyhteisössä? Kokemuksia improvisaatio-Bikvasta. Teoksessa: Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-arviointimenetelmän oppimisen kehistä 6/2007. Helsinki: Stakes.
- Toikko, Timo (2006). Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. Työpoliittinen Aikakausikirja 3/2006.

- Toikko, Timo & Teemu Rantanen (2009). Käyttäjä- ja toimijalähtöinen kehittäminen. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu Osaaja.net. 3/ 2009. Saatavissa 25.3.2011: <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/1115/965>
- Toikko, Timo (2009). Asiakkaiden osallistuminen kehittämistyöhön. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Valtaväylä-hanke.
- Truman, Carole & Pamela Raine (2002). Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in the Community* 10. Lancaster: Blackwell Science Ltd.
- Vakkuri, Jarmo (2009). Julkisen sektorin tehokkuus monitulkintaisena ongelmana – käsitteet ja lähestymistavat. Teoksessa: Paras mahdollinen julkishallinto, artikkelikokoelma 11–31. Toim. Jarmo Vakkuri. Tallinna: Raamatutrkkikoda.
- Vartiainen, Pirkko (2009). Kansalaiset terveydenhuollon uudistajina. Teoksessa: Paras mahdollinen julkishallinto, artikkelikokoelma 11–31. Toim. Jarmo Vakkuri. Tallinna: Raamatutrkkikoda.
- Välimäki, Maritta, Heli Hätönen & Marita Koivunen (2008). Informaatioteknologian käyttöönotto psykiatrisessa hoitotyössä terveydenhuollon haasteena. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Toim. Ulla Ashorn ja Juhani Lehto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Weinstein, Jenny (2010). Conclusion: The Way Forward for Service User Involvement and Recovery. Teoksessa: *Mental Health, Service User involvement and Recovery*. Toim. Jenny Weinstein. Great Britain: MPG Books Group, Cornwall.
- Winblad, Ulrika & Ånen Ringard (2009). Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens. Teoksessa: *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Toim. Magnussen Jon, Karsten Vrangbæk & Richard Saltman. Glasgow: Bell and Bain Ltd.



Yeatman, Anna, Gary Dowsett, Michael Fine & Diane Gursansky (2009). Individualization and the Delivery of Welfare Services: Contestation and Complexity. Great Britain: Palgrave Macmillan.

Österlund, Janne (2008). "Kokemusasiantuntijuus sairauteen sopeutumisen tukena". Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

## LIITE 1. Tutkimuslupahakemus

HTK, projektikoordinaattori Mervi Ropponen  
Pohjanmaa-hanke / Välittäjä 2009 -hanke  
Keskuskatu 13 A, 60100 Seinäjoki

Psykiatrian tulosaluejohtaja Antero Lassila

### **TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Anon tutkimuslupaa psykiatrian toiminta-alueella tehtävää tutkimusta varten. Tutkimuksessa koottavaa aineistoa tullaan käyttämään Pro gradu-tutkimuksessani opinnäytetyössä. Opiskelen Vaasan yliopistossa hallintotieteiden maisterintutkintoa, pääaineenani sosiaali- ja terveyshallintotiede.

Tämän tutkimuksen kannalta keskeisimpiä käsitteitä ovat palvelu, kehittäminen ja kokemusasiantuntijuus. Lisäksi muita käsitteitä tutkimuksessani ovat organisaatiokulttuuri, asenteet, vertaistoiminta sekä osallisuus. Tämän laadullisen arviointitutkimuksen tavoitteena on selvittää niitä kokemuksia ja toimintamuotoja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella, joita kokemusasiantuntijuudella on saavutettu, kun tavoitteena on ollut kehittää alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja kokemusasiantuntijuuden kautta. Tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan, missä määrin ammattilaisten ja itse kokemusasiantuntijoiden kokemukset eroavat kokemuksellisen tiedon käyttökelpoisuudesta ja hyödyllisyydestä. Tutkimuksen lähestymistapa on teemahaastattelu sisältäen kolme teemaa: asenteet, kehittämismahdollisuudet ja -esteet.

Tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla kahdeksaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian vastuualueella työskentelevää ammattilaista sekä viittä Välittäjä 2009 -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevaa henkilöä. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevalta pyydetään kirjallisesti suostumus haastattelua varten. Haastattelun nauhoittamista varten pyydetään erillinen suostumus.

Tutkimuksessa noudatetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ehdottomia vaitiolo- ja salassapitosäädöksiä ja henkilötietolakia sekä tutkimuksen eettisiä periaatteita. Manuaalinen ja ATK:lla säilytettävä aineisto tallennetaan ja säilytetään Pohjanmaa-hankkeen toiminta-ajan edellisten säädösten ja periaatteiden velvoittamalla tavalla.

Seinäjoella 2.1.11

Mervi Ropponen  
HTK, psyk. sh, projektikoordinaattori  
Keskuskatu 13 A  
60100 Seinäjoki  
Puh: 044-4153174  
Email: mervi.ropponen@epshp.fi

## LIITE 2. Tutkimusluvan myöntäminen

**TUTKIMUSLUPA**

HTK, projektikoordinaattori Mervi Ropponen on anonut 2.1.2011 päivätyllä hakemuksella tutkimuslupaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella tehtävää tutkimusta varten. Tutkimusta varten haastatellaan psykiatrian toiminta-alueen yksiköissä ammattilaisia sekä Välittäjä 2009 -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevia henkilöitä. Kokemusasiantuntijakoulutuksessa mukana olevilta henkilöiltä pyydetään henkilökohtainen, kirjallinen suostumus haastatteluun sekä sen nauhoittamiseen.

## Tutkimuslupa

\_\_\_myönnetään seuraavin ehdoin. Arvioinnissa ja tutkimuksessa noudatetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ehdottomia vaitiolo- ja salassapitosäädöksiä ja henkilötietolakia sekä tutkimuksen eettisiä periaatteita. Manuaalinen ja ATK:lla säilytettävä aineisto tallennetaan ja säilytetään hankkeen toiminta-ajan edellisten säädösten ja periaatteiden velvoittamalla tavalla.

\_\_\_Tutkimuslupaa ei myönnetä.

Paikka \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_

Päätätjä

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

Virka-asema

## LIITE 3. Suostumuslomake

**SUOSTUMUS**

Osallistun kehittämissuunnittelija, HTK Mervi Ropposen tutkimukseen, jonka aiheena on kokemusasiantuntijuus kehittämisen välineenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Olen saanut tietoa tutkimuksesta ja minulla on oikeus keskeyttää haastattelutilanne ja tutkimukseen osallistuminen milloin haluan.

Haastattelutilanteen saa nauhoittaa (rastita haluamasi vaihtoehto):

kyllä

ei

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2011

Paikka            aika

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

#### LIITE 4. Teemahaastattelurunko

Haastateltavan nimi:

Ammattilainen / Kokemusasiantuntija

##### **Teema-alue 1.**

##### **Kokemusasiantuntijuuden toteutuminen ja hyödyllisyys Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian toiminta-alueella**

1. Millaisia käytännön kokemuksia sinulla on kokemusasiantuntijatoiminnasta? Kerro esimerkkejä toimintamuodoista, joihin olet osallistunut ja joissa on käytetty kokemusasiantuntijuutta?
2. Mitä hyvää on mielestäsi saavutettu?
3. Mitä esteitä olet tähänastisessa toiminnassa havainnut?

##### **Teema-alue 2.**

##### **Kokemusasiantuntijuuden arvo**

1. Miten hyödylliseksi ja käyttökelpoiseksi itse koet kokemusasiantuntijuuden?
2. Miten hyödylliseksi ja käyttökelpoiseksi mielestäsi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kokee kokemusasiantuntijuuden?

##### **Teema-alue 3.**

##### **Toimintatapojen muuttuminen ja asenteet**

1. Onko kokemusasiantuntijuus mielestäsi uutena toimintamuotona otettu hyvin vastaan sosiaali- ja terveysalalla?
2. Miten tasavertaisuus mielestäsi toteutuu ammattilaisten rinnalla?

##### **Teema-alue 4.**

##### **Kokemusasiantuntijuuden kehittäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa**

1. Miten kehittäisit kokemusasiantuntijuutta?
2. Mitä mahdollisuuksia kokemusasiantuntijuudella voi tulevaisuudessa olla?