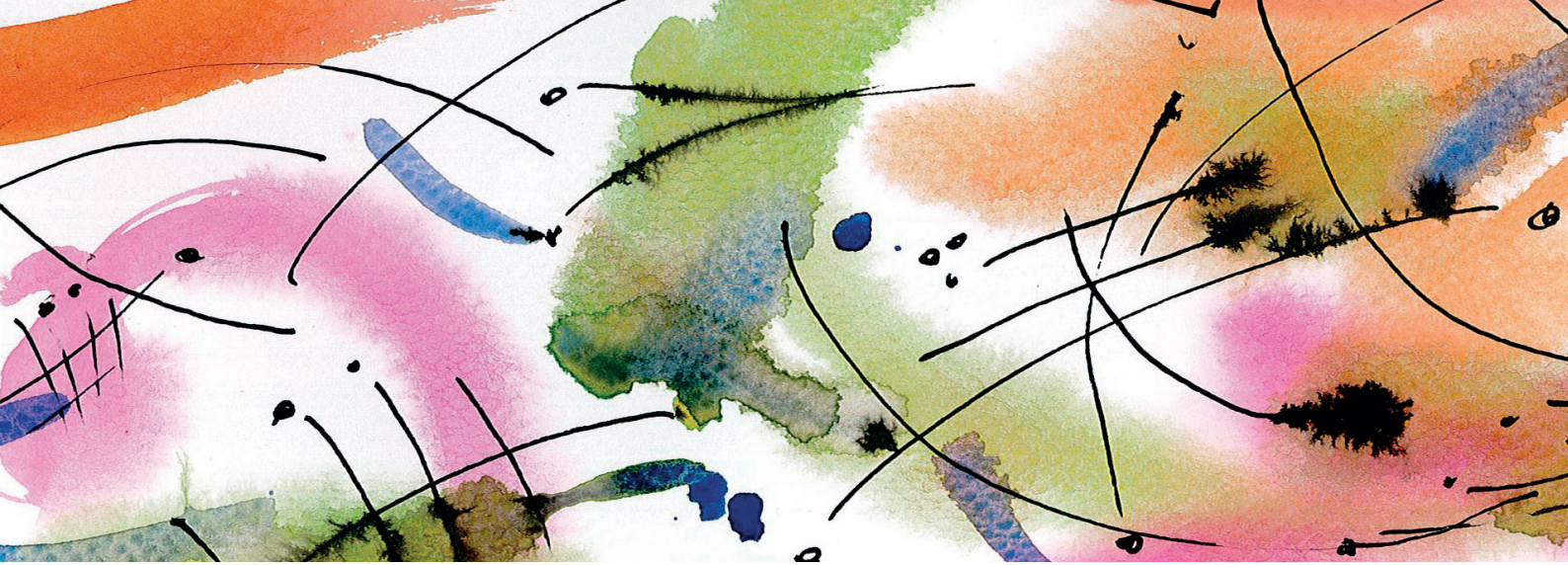


VISIO PERHELÄHTÖISYYDESTÄ

Mielenterveys- ja päihdeasiakasta tuettaessa

SISÄLLYS

Kohti toimivaa mielenterveys- ja päihdetyötä 3

Missä olemme ja minne matkalla? 4

Historiallinen katsaus 5
Psyykkisen aivotoiminnan häiriö vai psyykkisen toimintakyvyn häiriö? 6
Erikoistuneet palvelut - uhka kokonaisvaltaiselle työlle? 7

Todellisuuden tutkiskelua 8

Palvelut... 9
...ja suunnitelmat 10
Nopea vastaaminen vai tarkka tutkimus? 11
Hoidon perustaksi arjen tukea 12
Terapia- ja menetelmälähtöisyydestä henkilökohtaiseen kohtaamiseen 13
Systeemilähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen 14
Kuinka matala on matala kynnys? 15
Asiakkaan ja työntekijän suhteesta 16
Asiakkaan kyvyt ja tavoitteet 17

Voisiko tässä olla ideaa? 18

Hankala omainen voikin olla huolestunut 19
Kertomus häiriöstä 20
Yksin vai ryhmässä? 21
Lähtökohtana perhelähtöiseen visioon 22
Yhteistyö ja avoin dialogi 23
Huoleen vastaaminen on tärkeintä 24
Palveluohjaus asiakkaan tukena 25
Vertaistuki 26
Dialoginen verkostotyö 27
Vanhat jutut ovat ajankohtaisia 28
Odysseyksen harharetket 29
Lähteitä 30

KOHTI TOIMIVAA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖTÄ

Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistyksessä on vuosina 2011–2013 toiminut Opastava yhteistyö perheiden kanssa päihde- ja mielenterveystyössä (OPA) -hanke, jonka tavoitteena on rakentaa visio perhelähtöisestä työmallista mielenterveys- ja päihdeasiakasta tuettaessa. Olemme kolmen projektivuoden aikana tehneet läheistä yhteistyötä sellaisten perheiden ja ihmisten kanssa, jotka kärsivät mainitusta ongelmasta. Rinnan asiakastyön kanssa olemme tutustuneet sellaiseen kirjallisuuteen, joka avaa näkökulmia tähän aihepiiriin. Olemme myös tehneet yhteistyötä niin kolmannen sektorin kuin psykiatrista ja päihdehoitoa tekevien kunnallisten toimijoiden kanssa. Kaikki tämä on merkittävästi vaikuttanut työhömme ja käsitykseen siitä, miten työtä voisi vaihtoehtoisesti tehdä.

Yhdistyksessä tapahtuva työ ei ole perustunut hoitovastuullisuuteen, ja olemme siten voineet muuttaa ja kehittää työtä suhteellisen vapaasti asiakkaiden käsitysten ja ammatillisen harkintamme mukaan. Työhömme on vahvasti vaikuttanut tiimimme yhteiset pohdinnat, joihin käsissäsi oleva visio perustuu.

Visio voisi yhtä hyvin olla pohdintaväline omaa työtä kehitettäessä. Tätä varten olemme laittaneet joidenkin kappaleiden yhteyteen muutaman kysymyksen tai ajatuksen pohdittavaksi. Työssä olemme jatkuvasti pyrkineet käytännön ja teorian vuoropuheluun. Lopputuloksena havaintomme on tiivistetty yhdeksi kokonaisuudeksi. Toivottavasti tämä kirja auttaa sinua pohtimaan ja kehittämään omaa työtäsi.

Toivotamme hyviä lukuhetkiä!

Sauli Suominen *Karri Blommila* *Merja Tuominen*

Kuvitus ja taitto: Pipsa Vuorinen

Missä olemme ja minne matkalla?

HISTORIALLINEN KATSAUS

Mielenterveystyön kehittyminen ja muotoutuminen on tapahtunut kahden eri paradigman kautta. Ilpo Helén ja kumppanit (2011) kutsuvat ensimmäistä *psykiatris-lääketieteelliseksi mielenterveystyöksi* ja toista uudempaa *yhteiskunnallis-rakenteelliseksi mielenterveystyöksi*. Ensimmäinen liittyy näkemykseen, jossa häiriö nähdään potilasta kohdanneena sairautena, johon tulisi vastata hoidon ja lääketieteen keinoin. Jälkimmäinen nojautuu selvemmin sosiaalilääketieteeseen, jossa häiriön katsotaan liittyvän yhteiskunnan rakenteisiin, kuten köyhyyteen ja syrjäytymiseen.

Lääketieteellisesti perusteltu mielenterveystyö on tällä hetkellä niskan päällä mm. uusien lääkkeiden kehittämisestä ja niukkenevista resursseista johtuen. Tieteellistä perustaa tälle näkemykselle ei kuitenkaan kaikilta osin löydy. Eri psyykkisiä sairauksia on vaikea erottaa toisistaan, niiden syntymekanismeja ei vieläkään ymmärretä eikä diagnoosikohtaista hoitoja juuri ole (Uher & Rutter 2012).

Yhteiskunnallis-rakenteellisen mielenterveystyön tarkastelu ei sekään tuota parempaa tulosta. Tämä viitekehys ei anna eväitä käytännön mielenterveystyön toteuttamiseen. Erilaiset yhteiskunnalliset uudistukset, reformit ja ohjelmat eivät juuri ole vaikuttaneet eri puolilla maata harjoitettuun käytännön päihde- ja mielenterveystyöhön. Asiakkaiden palvelun laatu on liiaksi riippuvainen sattumasta, minkä järjestelmän tai työntekijän hän kohtaa, eikä se näytä riippuvan siitä toteuttaako palveluja julkinen, yksityinen tai kolmas sektori.

Yllä mainittujen näkökulmien kautta ei kehitetä tämän päivän mielenterveys- ja päihdetyötä. Järjestelmätasolla tapahtuvat muutokset, kuten päihde- ja mielenterveyspalvelujen integrointi, eivät välttämättä takaa asiakkaan parempaa huomioimista. Kaikki riippuu siitä, johtavatko muutokset sellaiseen toimintaan, joka myös yksittäisen asiakkaan tai perheen näkökulmasta tuntuu paremmalta.

Voisiko tämän päivän mielenterveystyötä kehittää tulevaisuuden vision kautta?
Miten mielenterveys- ja päihdetyön yhdistäminen saataisiin parhaiten palvelemaan asiakasta?
Miten itse kehittäisit käytännön mielenterveys- ja päihdetyötä?

PSYYKKISEN AIVOTOIMINNAN HÄIRIÖ VAI PSYYKKISEN TOIMINTAKYVYN HÄIRIÖ?

Edellä kuvattu *psykiatris-lääketieteellinen ja yhteiskunnallis-rakenteellinen näkökulma* tarkastelevat mielenterveystyötä omasta yksiköstään tai systeemistään käsin. Ensimmäisestä käsin katsottuna häiriön nähdään syntyvän sairastumisen kautta ihmisen pään sisällä. Usein jonkun perheenjäsenen diagnostisoiminen johtaa identifioidun potilaan roolin muodostumiseen perheessä ja lääke- ja muu hoito kohdistetaan häneen. Ihmisestä tuleekin helposti hoidon kohde, jonka toivotaan parantuvan hoidon kautta. Tätä kautta ei avaudu näkökulmia siihen, mitä sairastuminen tarkoittaa perheessä, verkostossa ja lähiympäristössä.

Yhteiskuntaa painottavaa suuntausta voisi puolestaan kritisoida siitä, että siinä pohditaan enemmän ympäristön vaikutusta ihmiseen, kuin ihmisen vuorovaikutusta oman ympäristönsä kanssa. Se ei ota huomioon, miten ihminen itse voi vaikuttaa tilanteeseensa vahvistumalla itsenäiseksi toimijaksi.

Psyykkistä toimintakyvyn häiriötä voisi myös lähestyä stressi-haavoittuvuus -näkökulmasta käsin. Perheen ja yksilön kriisi ja erilaiset vastoinkäymiset voivat yhdessä biologisten (mm. perinnöllisyys) vaikuttaa sairauden syntyyn. Jos sairauden näkee myös sosiaalisiin suhteisiin liittyvänä häiriönä, voi se tuoda tilanteeseen optimistisemman sävyn. Psyykkinen häiriö tuottaakin perhetasolla usein samantyyppisiä reaktioita ja toiminnanhäiriötä (Berg & Johansson 2011). Näiden tunnistaminen voi auttaa perhettä vapautumaan sairastumiseen liittyvästä yksinäisyyden tunteesta.

Koko perheen kanssa tehtävässä työssä huomio kiinnitetään perheeseen ja mietitään, miten sairastuminen on liittynyt sairastuneen elämäntilanteeseen tai perheen koettelemuksiin ja minkälaisia reaktioita se perheenjäsenissä on tuottanut. Diagnoosi voi tuoda henkilölle ja perheelle huojennusta sairastumisen yhteyksien ja selitysmekanismien ymmärryksen kautta sekä vähentää syyllisyyttä ja häpeää. Kestävämpään hyvinvointiin ja itsenäisempään elämään pääseminen edellyttää kuitenkin aina ihmisen voimavarojen ja hänen verkostonsa hyödyntämistä. Vain näin perhe voi voimaantua vaikuttamaan oman tilanteensa parantamiseksi. Perhetyöllä onkin useimmissa tutkimuksissa voitu osoittaa olevan suotuisa vaikutus häiriön vähenemiseen (esim. Falloon ym. 1984, Pekkala & Merinder 2002).

Riittääkö, että perhettä informoidaan siitä, mitä sairastuminen tarkoittaa perhetasolla?
Koska tarvitaan yleistä tietoa sairaudesta ja koska perheen yksilölliseen arkikokemukseen liitettävää tietoa?
Voiko yksilötyössä myös huomioida perhettä ja verkostoa? Miten?

ERIKOISTUNEET PALVELUT – UHKA KOKONAISVALTAISELLE TYÖLLE?

Sosiaali- ja terveysalalla vuosien varrella tapahtuneita muutoksia on osin vaikea kuvailla. Uutta ovat tilaaja-tuottajamallit, jossa lukuisat eri palveluihin erikoistuneet yksiköt julkisella, yksityisellä ja järjestösektorilla vastaavat palvelutuotannosta (esim. Junnila ym. 2012). Palvelukokonaisuuksista on muodostunut palvelusaarekkeita.

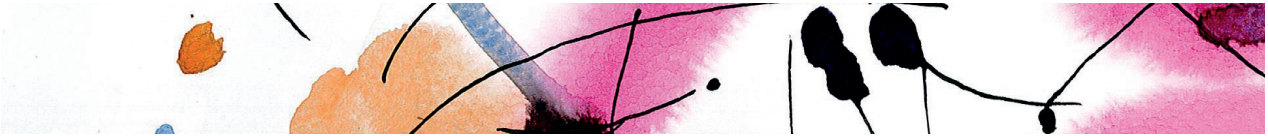
Vahva kuluttaja-asiakas on hyötynyt tästä. Kehitys on selvästi huonontanut niiden kansalaisten asemaa, joiden toiminnanohjaus on kateissa ja jotka kärsivät useammasta, vaikeasti määriteltävästä ongelmasta. Nämä vaikeassa elämäntilanteessa olevat kansalaiset eivät osaa tehdä oikeita valintoja omien palveluidensa suhteen. He tarvitsisivat hyvään kohtaamiseen perustuvaa kokonaisvaltaista ja -vastuullista työtapaa.

Olemme luoneet pitkälle erikoistuneen luokittelujärjestelmän, jonka kautta maailmaa katsotaan. Asiakas on joko mielenterveys- tai päihdeasiakas tai vaikkapa asunnoton. Näihin tarpeisiin yritetään vastata standardiratkaisuilla, jotka usein naamioidaan yksilökohtaisiksi ja räätälöidyiksi. Asunnottomalle tarjotaan asunto riippumatta siitä, pystyykö hän asuntoa hallinnoimaan tai tarvitseeko hän mahdollisesti muuta tukea.

Tänä päivänä hoidon on oltava ongelmanluokituksiin perustuvaa ja tutkimuksellisesti todistusvoimaiseksi osoitettua. Hyvä kokonaisvaltainen kohtaaminen on kuitenkin niin moniulotteinen ja -vaikutuksinen, että sen tehokkuuden osoittaminen tieteellistä menetelmää käyttäen lienee mahdotonta. On vaarana, että hyvään kohtaamiseen perustuva työtapa tulevaisuudessa korvautuu todistusvoimaisilla menetelmillä.

Koska tarvitaan erikoistuneita palveluja ja koska kokonaisvaltaisia?
Miten vaikeassa elämäntilanteessa olevaa asiakasta voisi parhaiten tukea?
Onko oikein, että hoitotyöhön tuodaan talousmaailmasta peräisin olevia mittareita?
Onko pitkälle erikoistunut kokonaisvaltainen palvelu mahdollista toteuttaa?

Todellisuuden tutkiskelua



PALVELUT…

Yleensä olemme tottuneet ajattelemaan, että asiakkaan saamat palvelut johtavat asiakkaan tilanteen paranemiseen ja, että palveluita ohjaavat suunnitelmat varmistavat asiakaslähtöisyyden toteutumisen. Näin ei kuitenkaan aina ole. Monissa tapauksissa asiakkaasta saattaakin muodostua palveluiden passiivinen kohde. Asiakkaan tarpeista ja tavoitteista lähtevät palvelut aktivoivat ja vahvistavat asiakkaan elämänhallintaa.

Usein me ammattilaiset emme tiedosta, että toimivien aktivoivien palveluiden rakentaminen on aikaa vievää työtä. On mahdoton ajatus, että voisimme teknisesti ja nopeasti selvittää asiakkaan palvelutarvetta tiettyä manuaalia käyttämällä. Manuaali ei tee oikeutta asiakkaan todellisuudelle eikä asiakas voi sitä kautta määriteltyihin palveluihin sitoutua. Liian nopeasti määritellyt palvelut johtavat toiminnan epäonnistumiseen. Asiakkaalle on kuitenkin suhteen alusta alkaen varmistettava sellainen tuki, joka mahdollistaa turvallisuuden ja jatkuvuuden tunteen.

Liian usein lähdemme liikkeelle siitä, *mitä meillä on tarjottavana*, kun asiakasta paremmin hyödyttävä kysymys olisi, *minkälaisesta tuesta tämä asiakas hyötyisi*. Jos asiakas ei koe palveluita itseään hyödyttävinä, on vaarana, ettei hän omalta puoleltaan sitoudu niiden toteuttamiseen ja jättäytyy niistä pois. Liian usein me ammattilaiset silloin toteamme, ettei asiakas ollut motivoitunut tai että asiakkaan sairaus on edennyt. Systeemihäiriöistä tehdään näin yksilöön liittyviä häiriöitä (Järkestig Berggren 2006). Toimivat ja hyvät palvelut eivät aina koostu jo olemassa olevista palveluista, vaan erilaisista palveluiden ja yksityisen verkoston tukimuotojen luovista yhdistelmistä.

Tuleeko palveluiden vastata asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin vai oireisiin ja sairaudenkuvaan?
Miten itse määrittelisit tai asiakkaasi määrittelisi hyvin toimivat palvelut?
Miten asiakasta tulisi huomioida palveluita suunniteltaessa?
Mitä mielestäsi tarkoittaa turvallisuuden tunteen varmistaminen?

… JA SUUNNITELMAT

Lainsäädännöllä velvoitetut palvelu-, asiakas, hoito- ja kuntoutussuunnitelmat laaditaan pyrkimyksenä asiakkaiden oikeuksien ja etujen turvaamiseen. Usein suunnitelmat joudutaan kuitenkin laatimaan liian nopeasti. Asiakkaan senhetkisestä tilanteesta, voimavaroista ja omista henkilökohtaisista tavoitteista ei ehkä ole saatu riittävän hyvää kuvaa. Tällaiset suunnitelmat saattavat enemmän huonontaa kuin parantaa asiakkaan tilannetta. Asiakas kokee epäonnistuneensa, kun hän ei omalta puolelta pysty sitoutumaan ja etenemään vieraalta tuntuvan suunnitelman tavoitteiden suuntaan.

Kun suunnitelmat tehdään järjestelmälähtöisesti, niissä kyllä huomioidaan järjestelmän omat tavoitteet ja palvelut, mutta asiakkaan oma näkökulma ja arkitodellisuus tai muiden palveluiden rooli asiakkaan elämäntilanteessa jää suunnitelmassa hahmottumatta (vrt. Poikela 2010). Suunnitelmat saattavat myös olla joustamattomia eivätkä vastaa asiakkaan ajankohtaiseen, muuttuvaan tilanteeseen. Monessa tapauksessa asiakkaalla saattaa olla useita suunnitelmia, muttei itse edes tiedä niiden olemassa olosta (VTV 2009).

Suunnitelmat voivat tietenkin olla hyvinkin tärkeitä. Viranomaiset ja palveluntuottajat saattavat tarvita omia suunnitelmia eri palveluiden yhteensovittamisen ja eri toimijoiden vastuualueiden määrittämiseen. Usein käydään myös keskusteluja siitä, tarvitaanko ylipäätään tarkkoja suunnitelmia. Eiväthän ihmiset yleensäkään tee kirjallisia suunnitelmia oman elämänsä suhteen. Monet työntekijät saattavatkin suunnitelmaa asiakkaan kanssa tehdessään määrittää yhteisen työn ensimmäisen tai seuraavan tavoitteen ja mitä tehdään sen saavuttamiseksi. Kun tähän lähitavoitteeseen on päästy, mietitään tilannetta uudestaan ja edetään seuraavaa tavoitetta kohti.

Hyödyttävätkö suunnitelmat enemmän ammattilaista ja systeemiä vai asiakasta? Vai molempia?
Tarvitseeko asiakas omalle elämälleen suunnitelman?

NOPEA VASTAAMINEN VAI TARKKA TUTKIMUS?

Erilaisten hoitotakuiden kautta on haluttu varmistaa, että asiakas pääsee hoitopalveluiden piiriin suhteellisen nopeasti. Varsin usein toiminnasta voi kuitenkin palvelujärjestelmästä käsin muodostua vain lain kirjaimeen vastaamista. Hoitoon vastataan säädetyn ajan sisällä, mutta hoidosta ei muodostu sitä kokonaisvaltaista kohtaamisen kokemusta, josta asiakas hyötyisi. Priorisointi saattaa myös tarkoittaa, että muut pitkäaikaiset asiakkaat jäävät vaille tarvitsemiaan palveluita.

Omassa työssämme asiakkaan kanssa on kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa haluamme varmistaa arjen turvallisuuden ja jatkuvuuden. Turvallisuuden tunne voidaan varmistaa riittävän tiheillä tapaamisilla ja jatkuvuus välttämättömien toimenpiteiden varmistamisella, esim. häätöuhan peruuttamiseen vaikuttamalla. Vasta toisessa vaiheessa, luottamuksen saavuttamisessa, asiakasta tuetaan itsenäisen elämän vahvistamisessa.

Ollakseen toimivaa tulee tuen lähteä asiakkaan henkilökohtaisesta tarpeesta käsin ja vastata nopeasti asiakkaan ajankohtaiseen tilanteeseen (esim. Seikkula & Arnkil 2005). Asiakkaan akuutti avuntarve selviää parhaiten hänen elämismaailmaansa, usein kotiinsa tutustumalla. Ammattilaisten kehittämät menetelmät asiakkaan tilanteen selvittämiseen saattavat toimia hyvänä apuvälineenä, mutta ne eivät korvaa suhteen ja kohtaamisen kautta välittyvän tiedon tärkeyttä.

Miten tarjota oikeanlaista välitöntä tukea tuntematta asiakasta kunnolla?
Onko palvelutarpeen selvittämisessä ja nopeassa vastaamisessa ristiriita?
Koska menetelmät ovat hyviä apuvälineitä, koska kohtaamisen esteitä?

HOIDON PERUSTAKSI ARJEN TUKEA

Biolääketieteellisen näkökulman vahvistuminen psykiatriassa on tuonut mukanaan erilaisia lieveilmiöitä. Omaisen ja perheen odotukset hoitojärjestelmää kohtaan saattavat olla suuret. Hoitoon pääsemiseltä saatetaan odottaa, että läheinen saapuu sairautta edeltävässä kunnossa psykiatrisen vastaanoton etuovesta. Odotukset lääkkeitä kohtaan saattavat olla samanlaisia. Myös sairastunut itse saattaa uskoa pelkästään hoitoon ja sen mahdollisuuksiin. Tämä voi vähentää luottoa omiin ja läheisten mahdollisuuksiin vaikuttaa sairauden kulkuun. Tämä johtaa usein passivoitumiseen tai stigmatisaatioon. Perheestä tai sairastuneesta tulee olosuhteiden uhri, joka ei voi tehdä tilanteelle mitään.

On tietysti vaikeaa sanoa, mikä asiakkaan tai perheen toimintakyvyn häiriöistä johtuu sairaudesta ja mikä tilanteen mukana tuomasta avuttomuuden ja toivottomuuden tunteesta. Omassa työssämme asiakkaiden kanssa aloitamme aina sen varmistamisesta, että asiakkaalla on toimiva arki. Ellei asiakkaalla esim. ole säännöllistä päivärytmiä tai kelloa, ei voida olettaa, että hän saapuu vastaanotolle. Ellei hänellä ole mielekästä tekemistä tai velvollisuuksia, ei hän luonnollisestikaan halua aamulla herätä. Asiakkaan tai perheen toimivalla arjella mahdollistetaan perusta hoidon onnistumiselle.

Tarvitaanko ensin hoitoa, jotta toimivan arjen rakentaminen on mahdollista?
Vai tarvitaanko ensin toimiva arki, jotta hoito onnistuisi eikä valuisi hukkaan?
Voiko arjen tuen ja hoidon sovittaa samanaikaisesti toimivaksi? Miten?

TERAPIA- JA MENETELMÄLÄHTÖISYYDESTÄ HENKILÖKOHTAISEEN KOHTAAMISEEN

Kohtaaminen on aina kuulunut olennaisena osana päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Viimeaikainen kehitys on kuitenkin yhä selvemmin johtanut suoritteiden ja menetelmien painottumiseen. Kohtaamista on joissakin yhteyksissä pidetty ”kalliina” interventiona vailla tieteellisesti osoitettua hoitotulosta. Kun erilaisten terapioiden vaikuttavuutta on tutkittu eri tutkimuksin, on tärkeimmäksi terapian vaikuttavuutta selittäväksi tekijäksi noussut asiakkaan ja terapeutin välinen suhde. Suhde onkin tärkein tekijä, ei niinkään terapian suuntaus tai ideologia (esim. Landry 1996, Greenberg & Watson 1998, Wampold 2001).

Suhteen korostaminen ei tee tarpeettomaksi kenenkään ammatillista osaamista tai opittuja menetelmiä vaan ne ovat taustalla käytettävissä hyvän kohtaamisen ja yhteistyösuhteen muodostuttua. Vaikka ihmisten ongelmat saattavatkin päällepäin näyttää hyvin samanlaisilta, jokaisen ihmisen tilanne on kuitenkin erilainen ja ainutlaatuinen.

Yksittäisten suoritteiden ja niiden kustannusten painottaminen on johtanut siihen, että asiakkaan ja työntekijän välisen kohtaamisen tärkeys on unohtunut. Kohtaaminen tapahtuu silloin, kun asiakkaalle tulee tunne siitä, että hän tulee kuulluksi ja työntekijä välittää hänen tilanteestaan. Juuri tämä tunne kohtaamisesta on omassa työssämme noussut tärkeälle sijalle. Asiakkaan huoleen vastaaminen on useimmiten paljon tärkeämpää kuin tarjotut palvelut tai todistusvoimaiset terapiat.

”Asiakas saapuu ongelmiensa kanssa työntekijän pakeille. Pitkälle koulutettu, menetelmällisesti taitava työntekijä onnistuu mahdollistamaan yhteistyössä asiakkaan kanssa tämän itsenäisen toimintakyvyn. Asiakas tulee vuoden kuluttua työntekijän työpaikalle kiittääkseen saamastaan avusta. Kysyykö hän silloin, tehdäänkö täällä edelleen sitä terapiaa ja tätä hoitoa vai kenties - vieläkö se tietty työntekijä työskentelee täällä? ”

SYSTEEMILÄHTÖISYYDESTÄ ASIAKASLÄHTÖISYYTEEN

Asiakaslähtöisyys on nykyään kunniapaikalla kaikkia palveluja tuottavissa yksiköissä. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen on myös haluttu varmistaa esim. hoitotakuita ja palvelusuunnitelmien tekemistä varmistavien säännösten kautta. Käytännössä on kuitenkin saatettu päätyä päinvastaiseen. Palvelusuunnitelma on jouduttu tekemään liian nopeasti eikä tapaaminen ole perustunut hyvään kohtaamiseen.

Voimme kuvitella, että joku työtapa tai toiminta sinänsä varmistaa asiakaslähtöisyyden. Näin ei kuitenkaan ole. Esim. palveluiden integroimisella pyritään osittain juuri asiakaslähtöisyyden lisäämiseen. Todellisuudessa palveluiden integroiminen voi olla vain tekninen toimenpide. Ratkaisua palvelujen yhteistoiminnan parantamiseksi tulisi Haverisen ja Nasrinin (2005) mukaan *systeemimaailman* sijasta etsiä asiakkaan *elämismaailmasta.* Asiakas ei sinänsä ole kiinnostunut siitä kuka palvelun tuottaa ja onko se integroitu vai ei vaan siitä, muodostuuko palvelutuotannosta hänen tavoitteitaan tukeva, yhtenäinen ja ymmärrettävä kokonaisuus. Myös verkostokokouksia saatetaan järjestää pyrkimyksenä vahvistaa asiakasnäkökulmaa ja asiakkaan verkostoa, mutta todellisuudessa tulos voi olla päinvastainen (Pyhäjoki 2012). Tärkeitä eivät siis ole menetelmät sinänsä. Kaikki riippuu siitä, miten menetelmää toteutetaan käytännössä.

Päihde- ja mielenterveystyössä voidaan myös pohtia sitä tuleeko asiakkaalla olla monta ovea joiden kautta päästään hoidon piiriin. Tämä kysymys ei kuitenkaan tee oikeutta sille todellisuudelle, jota kautta asiakas maailmaa katsoo. Asiakkaalla on vain yksi ovi! Ellemme me ammattilaiset onnistu katsomaan maailmaa tämän oven kautta, emme myöskään onnistu häntä auttamaan riippumatta siitä, onko meillä yksi vai monta ovea. Asiakaslähtöisyyden määrittää aina asiakas itse. Jos joku toiminta perustuu asiakkaan kuulemiseen ja se myös häneltä siltä tuntuu, on se myös asiakaslähtöistä.

Miten asiakkaan elämismaailma saataisiin systeemimaailmalle paremmin näkyväksi?

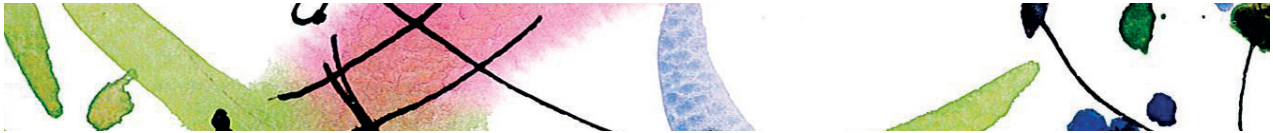
KUINKA MATALA ON MATALA KYNNYS?

Matala kynnys on usein käytetty käsite, joka viittaa yleensä palveluun, johon on helppo tulla ja se on kaikkien saatavilla. Käytännössä matalan kynnyksen palvelut sisältävät kuitenkin usein aina korkeampia kynnyksiä joillekin asiakasryhmille (Törmä 2009). Asiakaslähtöisyyden periaatteiden siirtäminen käytäntöön ei siis ole helppoa. Ei riitä, että edes me ammattilaiset toimimme asiakaslähtöisesti. Järjestelmä, jota me työntekijät edustamme, saattaa asiakkaan puolelta tuntua voittamattomalta esteeltä. Asiakas ei uskalla avautua ja lähteä suhteen muodostamisen tielle.

Vaikka työntekijä edustaisikin järjestelmistä riippumatonta henkilöä, voi kynnys edelleen olla liian suuri. Tapaaminen työntekijän kanssa saattaa asiakkaan mielessä edellyttää sitä, että hän joutuu jäsentämään omia ongelmiaan, avautumaan ja kertomaan itsestään kaiken. Henkilö, joka ei apua ole tottunut pyytämään eikä saamaan, ei tähän välttämättä kykene.

Päihdeongelmaisen kynnystä voi madaltaa esimerkiksi tapaamistila, johon asiakas voi tulla vertaisten kanssa istumaan ja tuntea itsensä hyväksytyksi ja tervetulleeksi. Tätä kautta asiakkaan ja ammattilaisen välille saattaa syntyä luonnollinen kontakti, jossa ei heti tarvitse oman elämänsä vaikeuksia selvittää. Kokonaisvaltaiset kohtaamiset vertaisten ja ammattilaisten kanssa ilman leimatuksi tulemisen pelkoa aidossa vuorovaikutuksessa saattaa olla askel kohti jäsennetympää arkea. (esim. Suominen & Malin-Kaartinen 2012.) Asiakaslähtöisyyden toteutuminen ei sinänsä johda asiakkaan parempaan elämänhallintaan, mutta se mahdollistaa perustan, jonka kautta muutos tulee mahdolliseksi.

Onko päätäntävaltaisen viranomaisen mahdollista toteuttaa matalan kynnyksen periaatetta?
Onko matala kynnys riippuvainen yksittäisten työntekijöiden vai työpaikan toimintatavoista?
Onko matalan kynnyksen ainoa edellytys hyväksyä ihminen teoistaan riippumatta?
Voiko hyväksyä ihmisen vaikkei hyväksy hänen tekojaan?



ASIAKKAAN JA TYÖNTEKIJÄN SUHTEESTA

Asiakas saattaa suhteessaan työntekijään arvostaa sellaisia tekijöitä, joiden tärkeyttä me ammattilaiset emme aina ymmärrä. Vastaanotto työntekijän tiloissa saattaa asiakkaalta tuntua työntekijän rutiineihin ja tehtäviin kuuluvana asiana, kun taas muutaman minuutin kestävä spontaani soitto asiakkaalle saattaa asiakkaasta tuntua todelliselta asiakkaan tilanteesta välittämiseltä. Jos työntekijän työmäärä on liian suuri, ei spontaani soittaminen tietenkään tahdo onnistua.

Asiakkaat tai omaiset toteavat usein sen riittävän, että työntekijä tekee työnsä hyvin. Työn tekeminen hyvin saattaa heidän mielessään kuitenkin tarkoittaa muuta kuin miten me sen ymmärrämme tai mitä tehtävänkuvauksemme edellyttäisi. Asiakkaan mielestä tärkeitä asioita voivat olla esim. se, että tuki vastaa asiakkaan senhetkiseen tilanteeseen ja että yhteistyö muiden työntekijöiden kanssa johtaa kokonaisuuden ja jatkuvuuden varmistumiseen.

Asiakkaan kanssa samaa mieltä oleminen ei sekään ole välttämättä merkki hyvästä suhteesta, vaikka se suhteen alkuvaiheessa voi olla hyvinkin tärkeää. Pitkän ja hyvin toimivan asiakassuhteen tunnusmerkkejä on yhtä hyvin se, että asiakas ja työntekijä ovat asioista eri mieltä. Asiakkaan on silloin voitava toimia oman mielensä mukaan ilman että suhde työntekijään katkeaa.

Mitä teet, jos tapaamisessa on asiakkaan mielestä edetty työntekijän ehdoin?
Koska työntekijän ja asiakkaan välinen erimielisyys on hyvä tai huono asia?
Tuleeko työssä aina edetä asiakkaan tavoitteiden tai hänen tahtinsa mukaan?

ASIAKKAAN KYVYT JA TAVOITTEET

Tulisiko aina toimia asiakkaan toiveiden mukaan, ja kuinka pitkälle asiakaslähtöisyydessä voidaan mennä? Päihteiden saaminen viikonlopuksi saattaa olla päihderiippuvaiselle asiakkaalle ensisijainen tavoite. Työntekijä ei luonnollisestikaan voi lähteä tällaisia toiveita toteuttamaan. Asiakkaan kanssa tehtävän työn tavoitteena ovat pitempiaikaiset asiakkaan itsenäistä elämää vahvistavat päämäärät.

Kaarina Mönkkönen (2007) erottaa toisistaan *asiantuntijakeskeisen, asiakaskeskeisen ja dialogisen vuorovaikutuksen* asiakastyössä. Dialoginen työote perustuu siihen, että sekä asiakkaan että työntekijän näkökulmilla on merkitystä tavoitetta määriteltäessä. Samalla vältetään mukaan menemisen problematiikka tai asiantuntijavaltaan perustuva yksipuolinen ongelman- ja tavoitteiden määrittely.

Asiakkaalla saattaa olla suuria tavoitteita, jotka eivät lainkaan vastaa hänen tämänhetkistä toimintakykyään. Näitä tavoitteita on silti kunnioitettava. Liikkeelle on kuitenkin lähdettävä pienistä, saavutettavissa olevista välitavoitteista. Erilaisten tarvehierarkioiden kunnioittaminen (esim. Maslow 1954, Alderfer 1972) on tärkeää ja luo pohjaa erilaisten välitavoitteiden saavuttamisessa. Liikkeelle lähdetään henkilön perustarpeista, kuten ravinnosta, asumisesta ja toimeentulosta. Tämän jälkeen tulevat liittymistarpeet ja vasta kolmanneksi kasvun ja itsensä toteuttamisen tarpeet. Tämä bottom-up -lähestymistapa luo paremmat edellytykset tavoitteiden toteutumiselle, päinvastainen eteneminen taas johtaa useimmiten epäonnistumiseen.

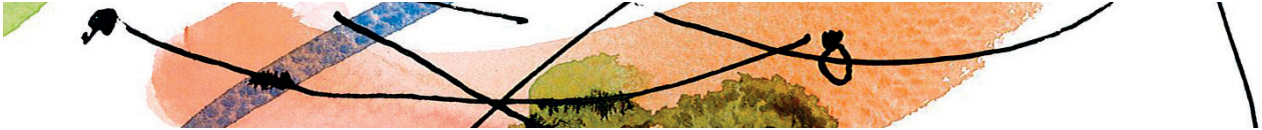
Pitääkö asiakkaan ja työntekijän aina olla samaa mieltä tavoitteista?
Miten omassa työssäsi käsittelet asiakastyössä esiin nousevia ristiriitoja?
Miten tuoda esiin realiteetit mutta silti kannustaa asiakasta saavuttamaan tavoitteensa?

Voisiko tässä olla ideaa?

HANKALA OMAINEN VOIKIN OLLA HUOLESTUNUT

Hankkeessamme tapahtunut työ on auttanut meitä paremmin ymmärtämään nk. hankalaa omaista. Jonkun perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa perheessä aina ahdistusta ja ristiriitaisia tunteita. Omaiset eivät aina koe saavansa palvelujärjestelmältä sellaista tukea, joka vastaisi perheen kokemaan huoleen ja ymmärtäisi heidän tilannettaan. Usein hoito näyttäytyy omaisen näkökulmasta katkonaiselta ikään kuin siitä puuttuisi kokonaisvaltainen vastuunkanto, eikä vaitiolovelvolliselta hoitotaholta ilman läheisen suostumusta saa aina tarpeeksi tietoa. Omaiset saattavat tähän reagoida huolestumalla ja hoitovastuuta peräänkuuluttamalla. Tällaiseen reaktioon on kuitenkin hoitojärjestelmästä käsin vaikea reagoida ja huolestuneet perheenjäsenet leimautuvat joskus hankaliksi omaisiksi.

Hankalaksi omaiseksi leimatun henkilön takaa saattaa usein löytyä vaikeaan tilanteeseen terveellä tavalla reagoiva omainen. Erityisesti hankkeemme omaisten vertaistukiryhmät ovat vaikuttaneet monen omaisen tilanteeseen rauhoittavasti. Tiedon, tuen, neuvojen sekä yhteisen punaisen langan löytäminen ja samastuminen toisiin samassa tilanteessa oleviin omaisiin on johtanut monen tilanteen rauhoittumiseen. Hankalasta omaisesta onkin tullut hyvään yhteistyöhön kykenevä läheinen ja olennainen osa oman työmme kehittämistä.

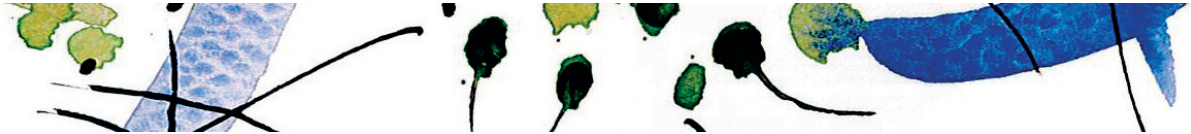


KERTOMUS HÄIRIÖSTÄ

Sairauksista, häiriöistä ja poikkeavuuksista kerrotaan monenlaisia tarinoita, myös ammattilaisten parissa. Lääkärit ja tutkijat saattavat esimerkiksi pitää tarkkaavuushäiriötä selvänä geneettisenä poikkeavuutena kun taas toiset esittävät sen olevan medikalisoitu sosiaalinen ongelma, joka parhaiten selittyy yhteiskunnan nopealla rakennemuutoksella (esim. Suominen 2006). Hankkeessamme olemme havainneet, että tämä ammattien ja tieteiden näkökulmien ristiriita koskee myös yksilöitä. Omainen on huolestuneena kertonut omasta jälkeläisestään, jolla on vaikea mielenterveys- ja päihdehäiriö. Omaista kuunneltuamme olemme mielestämme saaneet tilanteesta oikean kuvan. Mutta kas! Kun olemme tavanneet kertomuksen kohteena olevan henkilön, emme koskaan ole tavanneet kuvan mukaista ihmistä vaan uuden ihmisen, omine loogisesti perusteltuine kertomuksineen.

Samasta yksilöstä kerrotaan lähes yhtä monta kertomusta kuin hänen verkostoon kuuluu ihmisiä, niin läheisiä kuin ammattilaisiakin. Olemme hankkeemme kautta ymmärtäneet, että vaikka eri perheiden reaktiot mielenterveyshäiriöön voivatkin olla samantyyppisiä, poikkeaa kuitenkin jokaisen perheen ja yksilön tilanne toisen sairastuneen tai perheen vastaavasta kokemuksesta. Tästä syystä olemme opastavan yhteistyön ja avoimen dialogin mallin pohjalta laajentaneet työvalikoimaamme, jossa tapaamme perhettä tai yksilöä koko tiimin voimalla.

Tiimin eri jäsenten puheenvuorot ja huomiot auttavat perhettä usein ymmärtämään toinen toisiaan. Lukkiutuneet ja ristiriitaiset tilanteet saattavat laueta ja perheen tilanne muuttua paremmaksi. Tämä edellyttää tilannetta, jossa olemme valmiit kuuntelemaan perhettä ja perheen yksittäisiä jäseniä. Emme voi heitä ylhäältäpäin neuvoa tai tietoisesti vaikuttaa tilanteeseen. Tiimimme jäsenten erilaiset puheenvuorot, kokemukset ja havainnot saattavat kuitenkin auttaa perhettä luomaan ymmärryksen ja saamaan sanat omalle kertomukselleen, mikä voi auttaa heitä vapautumaan ahdistuksestaan.



YKSIN VAI RYHMÄSSÄ?

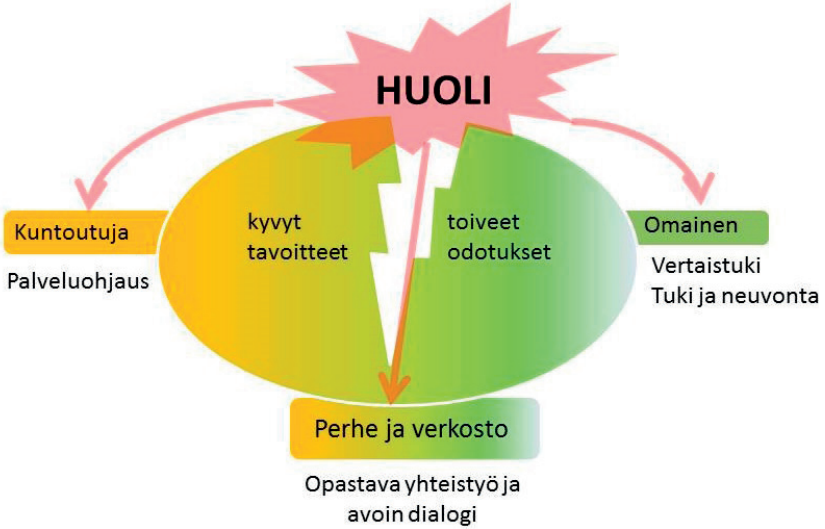
Eräs vaikeimmista kysymyksistä, joihin olemme työssämme törmänneet, on koska tulisi työskennellä ryhmässä ja koska tehdä yksilötyötä. Jos toimit yksin asiakkaan kanssa, saatat saada tilanteesta hyvinkin kattavan kuvan. Tämä kuva on kuitenkin vain yhden ihmisen näkemys tilanteesta. Ymmärrät ihmistä hyvin, ja ehkä autat häntä sietämään tilannetta, mutta muutoksen saavuttamisessa ei edetä. Toisaalta juuri tuo yksilöllinen suhde voi olla luottamuksen saavuttamisessa tärkeä. Monille tämä voi olla ensimmäinen yritys häntä tukevan ja auttavan suhteen luomisessa.

Ryhmiinkin liittyy monenlaisia vaikeuksia. Erilaisissa kuntoutujien ryhmissä käyminen voi tuntua tärkeältä. Mutta jos koko elämä muodostuu kuntoutujayhteisöistä ja niissä toimimisesta, voi tämä myös vahvistaa tunnetta poikkeavasta identiteetistä. Sen tähden tarvitaan myös toisenlaisia normaalielämään perustuvia yhteisöjä, jossa omia siipiään voi kokeilla.

Omassa hankkeessamme olemme pikku hiljaa muovanneet työtapaamme monipuolisemmaksi. Kun teemme palveluohjaustyötä, asiakkaalle läheiseksi muodostuu yleensä yksi nimetty työntekijä. Välillä tapaamme kuitenkin asiakasta tälle nimetyn työntekijän lisäksi muun tiimin voimin. Umpikujissa tai pattitilanteissa tämä yleensä vahvistaa sekä asiakasta että työntekijää ja tuo uusia näkökulmia tilanteeseen.

Omaisia saatamme tavata muutaman kerran yksin. Tärkeäksi ovat kuitenkin muodostuneet ammattilaisten vetämät omaisten vertaistukiryhmät. Ne auttavat omaisia ymmärtämään omaa tilannettaan, vahvistumaan ja vapautumaan yksinäisyydestä. Omaiset ovat läheisensä tilanteen suhteen erilaisissa elämäntilanteissa ja hakevat ryhmästä eri tavoin tukea ja neuvoja. Oman jaksamisen ohella puheenaiheena ovat myös monenlaiset toiveet ja odotukset koskien läheisen tulevaisuutta.

Tilanteissa, joissa puheiden perusteella välittyy perhesuhteita kuormittavia konflikteja, on mielenkiintomme herännyt tapaamaan koko perhettä jo sen perusteella, vastaako tuo omaisen kertoma todellisuutta! Emme ole toistaiseksi tavanneet perheitä heti, vaan omaisryhmissä tapahtuvan työn ja luottamuksen rakentumisen kautta omaiset ovat toivoneet perhetapaamista.



LÄHTÖKOHTIA PERHELÄHTÖISEEN VISIOON

Yllä oleva kuvio havainnollistaa hankkeessa tehdyn työn lähtökohtia ja toimintatapoja. Huoleen vastaaminen ja siitä kumpuava työskentely on hankkeessamme jakautunut kuntoutujan, omaisen ja perheen kanssa tehtävään työskentelyyn.

Havainnollistavan kuvion tueksi olemme pyhittäneet seuraavat kappaleet muutaman käsitteen ja toimintatavan tarkemmalle avaamiselle. Palveluohjaus, omaisille suunnattu vertaistuki ja koko verkoston kanssa tehtävä avoin dialogi ja psykoedukatiivinen opastava yhteistyö ovat joillekin varmasti tuttuja ainakin käsitteellisellä tasolla. Haluamme kuitenkin kertoa tarkemmin niistä taustalla vaikuttavista periaatteista, joista olemme työssämme kokeneet olevan hyötyä itsellemme, palveluohjattaville kuntoutujille, vertaistuetuille omaisille ja avoimessa dialogissa opastetuille perheille.

YHTEISTYÖ JA AVOIN DIALOGI

Hankkeessa tehdyn työn taustavaikuttimena ovat olleet psykoedukatiivinen opastava yhteistyö perheiden kanssa (Berg & Johansson 2011) ja avoimen dialogin hoitomalli (esim. Seikkula & Alakare 2004). Työmme ei ole perustunut suoraan näiden työtapojen ja mallien menetelmällisyyteen vaan tiettyjen periaatteiden omaksumiseen, jotka ovat auttaneet meitä työntekijöitä kohtaamaan omaisen, kuntoutujan ja koko perheen.

Kun työskentelemme opastavassa yhteistyössä perheiden kanssa, vuorovaikutus perustuu avoimeen dialogiin. Keskeistä on muodostaa perheenjäsenten välille uusi jaettu ymmärrys, jossa sairastuminen muodostuu osaksi elämäntarinaa. Avoin dialogisuus korostaa jokaisen henkilön kuulluksi tulemista ilman tulkintoja. Keskustelut käydään perheen arkeen ja kokemuksiin liittyvällä konkreettisella tasolla. Kun järjestämme perhetapaamisia, emme suunnittele niitä etukäteen vaan työntekijät heittäytyvät keskustelun vietäväksi. Perheenjäsenten asiantuntijuutta ja kokemusta käytetään yhdessä tutkitun tiedon ja työntekijän kokemustiedon kanssa hyväksi perhettä tukevalla tavalla.

Ongelmista kärsivä henkilö kohdataan ei-stigmatisoivassa ilmapiirissä, jolloin korostetaan enemmän sairastuneen persoonaa ja rooleja ongelmanmäärittelyyn perustuvan luokittelun sijaan. Tällöin asiakkaan oma kokemus vastuusta ja itseymmärryksestä lisääntyy.

Samalla tasolla kohtaaminen, työn kytkeminen vahvasti arkeen ja arkikokemukseen, henkilön oman persoonan korostaminen ja avoin dialogisuus ovat niitä samoja periaatteita ja taustavaikuttimia, jotka opastavat niin palveluohjaustyössä, omaisten kanssa tehtävässä vertaisryhmätyössä, tuessa ja neuvonnassa kuin koko perheen tai verkoston kanssa tehtävässä työssä.

HUOLEEN VASTAAMINEN ON TÄRKEINTÄ

Aina kun lähdemme työskentelemään asiakkaan, omaisen tai perheen kanssa, lähtökohtana on ilmaistu huoli. Hankkeessa se on ollut yleensä omaisen ilmaisemaa huolta joko omasta jaksamisestaan, läheisensä tilanteesta tai molempien tilanteesta, mutta yhtä hyvin huoli voi tulla työntekijän tai kuntoutujan puolelta.

On tärkeää puhua nimenomaan huolesta, koska se ei sisällä ajatusta objektiivisesta ongelmanmäärittelystä, johon löytyy tietty ongelmanratkaisumenetelmä (esim. Eriksson & Arnkil 2009). Hankkeen kautta olemme kohdanneet perheitä, joissa esim. psykiatrista diagnoosia ei ole kyetty perheenjäsenelle muodostamaan tai tilanteita, joissa henkilön moniongelmaisuus on este palveluiden saamiseksi. Tilanne näyttäytyy huolestuttavalta tai pulmalliselta.

Huoli ei kuitenkaan ole sen vähempiarvoisempi kuin tarkkaan ongelmanmäärittelyyn tai diagnoosiin perustuva syy saada hoitoa tai tukea. Huoli on kaikesta huolimatta olemassa, ja vaikka se onkin usein vaikeasti määriteltävissä, on huoleen vastaaminen ja sen pohjalta aloitettava työskentely jokaiselle työntekijälle mahdollista ja mahdollisuus.

PALVELUOHJAUS ASIAKKAAN TUKENA

Monet murrokset ovat viime vuosina ravistelleet yhteiskuntaa. Yksilön selväpiirteisten vaikeuksien tilalle ovat tulleet monille sektoreille ulottuvat elämän monimuotoiset ongelmat. Samanaikaisesti on hoidon yhtenäiskulttuurista siirrytty järjestelmään, jossa palvelut muodostuvat erillisistä saarekkeista vailla luonnollisia yhteyksiä. Tämä on johtanut osaltaan siihen, ettei asiakkaan tilanteesta kokonaisvastuullista työntekijää löydy. Palveluohjaajan tehtävänä on toimia kokonaisvaltaisesti toinen jalka ammattilaisten systeemimaailmassa ja toinen elämismaailmassa.

Palveluohjaajan tehtävä on osaltaan kaksivaiheinen. Ensinnäkin hän hyvän kohtaamisen kautta tekee työtä luottamuksen saavuttamiseksi. Toisessa vaiheessa palveluohjaaja auttaa asiakasta löytämään ja aktivoimaan itsenäiseen elämään tarvittavan tuen ja palvelut. Ohjaaja toimii aina, jos asiakkaalta saa luvan, yhteistyössä asiakkaan oman perheen ja verkoston kanssa. Palveluohjaajan on voitava toimia asiakkaan toimeksiannosta riippumattomana palvelujärjestelmistä, sen tehtävistä ja siihen liittyvistä päätöksistä.

Ruotsissa palveluohjaus (personligt ombud) on johtanut asiakkaan parantuneeseen toimintakykyyn, vahvistuneeseen sosiaaliseen verkostoon ja vähentyneeseen palvelutarpeeseen (Nilsson 2006). Palveluohjaustyön kulmakivenä on vahvistaa asiakkaan omaa verkostoa ammattilaisverkoston kustannuksella!

- **Jalkautuvaa, asiakkaan elämismaailmaan sijoittuvaa työtä**
- **Luottamukseen ja vastuuttamiseen perustuvaa "rinnalla kulkijan" työtä**
- **Asiakkaan toimivan arjen ja perustarpeiden varmistamista**
- **Kokonaisvastuullisuuden puuttuessa tuen ja palveluiden varmistamista ja koordinoimista**
- **Palveluohjaajan rooli pienenee asiakkaan tilanteen parantuessa**
- **Saattaa "kolmantena henkilönä" lieventää asiakkaan ja viranomaisten välistä ristiriitaa**
- **Palveluohjauksessa asiakas ei ole sairastunut tai vaillinainen vaan kyvykäs ja itsenäinen**
- **Ongelmiin suhtaudutaan kuin elämän yleisiin vastoinkäymisiin**

VERTAISTUKI

Vertaisuuteen perustuvat työ- ja tukimuodot ovat mm. ryhmien, kokemusasiantuntijuuden ja kokemuskouluttajien muodossa vahvistaneet asemiaan virallisen hoitotyön rinnalla. Sosiaalisten verkostojen rapautumisen myötä vertaistyölle löytyy sosiaalinen tilaus. Vertaisista ei kuitenkaan saa muodostua hoitojärjestelmän osaa ilman, että vertaisilla olisi todellista valtaa hoitojärjestelmien kehittämisessä. OPA -hanke aloitti toimintansa perustamalla kaksi omaisten vertaistukiryhmää. Vähitellen näiden ryhmien omaisista muodostui kanssakehittäjiä, minkä seurauksena ryhmässä aluksi vallinneesta asiakas-työntekijä suhteesta siirryttiin yhä enemmän yhteiskehityksen vyöhykkeelle.

Jo muutaman vuoden kestäneet omaisten vertaistukiryhmät ovat monella tavalla vaikuttaneet suopeasti myös omaisten läheisten tilanteeseen. Omaisen ja asiakkaan välillä vallinnut molemminpuolinen riippuvuussuhde on vähitellen muovautunut kahden itsenäisen yksilön väliseksi suhteeksi. Uskomme, että tämä on vaikuttanut tasapainottavasti myös omaisten ja hoitojärjestelmien väliseen suhteeseen.

Vertaisten mahdollisuus omien kokemusten jakamiseen pitkäkestoisessa ja säännöllisesti kokoontuvassa ryhmässä on edesauttanut ryhmäytymistä, jolloin tarpeenmukaista tietoa, tukea ja konkreettisia, arkeen suuntautuvia neuvoja on voitu työntekijöiden ja vertaisten kesken avoimesti jakaa. Työntekijöiden ennakkoon määräämää ryhmäkerran teemaa tai vierailijaa ei ole ollut vaan ryhmän ajankohtaiset toiveet ja tarpeet on huomioitu. Yhteistyöverkostoa on hyödynnetty kutsumalla eri alojen ammattilaisia kertomaan omasta näkökulmastaan omaisia askarruttavista asioista.

DIALOGINEN VERKOSTOTYÖ

Onko psyykkinen häiriö aivotoiminnan ongelma? Vai onko se vuorovaikutushäiriö ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä? Ovatko molemmat selitysmallit lopulta saman asian eri puolia? Kuinka päihdeongelmasta kärsivää perhettä tulisi lähestyä? Yhtä kaikki, olemme hankkeen kautta oppineet, että yhteistyö asiakkaan verkoston kanssa on tärkeää. Mielenterveys- ja päihdepalvelut lähestyvät asiakasta varsin ongelmakeskeisesti, koska pyrkimyksenä on poistaa häiriö tai lievittää oireita. Tällöin henkilö tulee ensisijaisesti näkyväksi ongelmiensa kautta. Hankkeessamme olemme taas pystyneet ottamaan myös diagnooseista ja riippuvuuksista vapaan lähestymistavan koko perhettä askarruttavaan tilanteeseen, jolloin tulokulma on ollut vahvasti perheen arkiseen vuorovaikutukseen liittyvä. Myös kuntoutujat kokevat usein positiivisena tilanteen, jossa heitä ei lähestytä ”narkkareina” tai ”hulluina”.

Työ läheisten ja perheen kanssa on monimuotoisempaa ja antaa laajapohjaisempia etenemisvaihtoehtoja. Yksilötyössä saamme vain yksilöä koskevia selityksiä ja ratkaisumalleja. Psyykkinen häiriö elää ikään kuin omaa elämäänsä ihmisten välisissä suhteissa, mikä konkretisoituu esimerkiksi perheenjäsenten välisten yhteen sovittamattomien toiveiden ja tavoitteiden aiheuttamina ristiriitoina. Ne kuormittavat perheenjäseniä ja aiheuttavat konflikteja. Siksi verkostotyössä kaikkien tapaamiseen osallistuvien kuuleminen on kaikista tärkeintä, ei sinänsä ratkaisujen löytäminen. Kuulluksi tuleminen johtaa usein umpikujien vähenemiseen ja toiveikkuuden lisääntymiseen.

- ✓ **Tapaamisessa on hyvä olla kaikki ne henkilöt, joita ongelma koskettaa sekä vähintään kaksi ammattilaista**
- ✓ **Tapaamisia ei suunnitella tiukasti etukäteen**
- ✓ **Tapaamisia ei toteuteta menetelmälähtöisesti tai ”terapeuttisesti” vaan jokaisen työntekijän ammattitaito koulutuksineen ja kokemuksineen on taustalla ja liitettävissä perheen omaan arkikokemukseen**
- ✓ **Avoin dialogi**
- ✓ **Pyrkimyksenä ei ole ongelmanratkaisu vaan jokaisen kuulluksi tulemisen kautta luoda ymmärrystä tilanteesta**

VANHAT JUTUT OVAT AJANKOHTAISIA

Eräässä psykiatrista hoitotyötä käsittelevässä tutkimuksessa pohditaan kotona tapahtuvan hoitotyön merkitystä. Tutkimuksen mukaan pääosaltaan kotona tapahtuva työ on monessa suhteessa hyvä ratkaisu. Tutkimuksen mukaan työ kotona antaa hyvän kuvan perheenjäsenten välisistä suhteista. Työn painottuminen kotiin antaa myös potilaalle ja koko perheelle paremman turvallisuudentunteen ja lääkkeiden käyttö on näin paremmin kontrolloitavissa. Työ voi myös estää potilaita joutumasta sairaalahoitoon. Tutkimuksen kuvailemassa mallissa työntekijät menevät myös ensiapuluontoisissa tapauksissa potilaan kotiin.

Edellä kuvattu jo vuonna 1970 tehty Pekka Niskasen tutkimus *Skitsofreniaa sairastavien kotihoito* nostaa esiin ajankohtaisilta tuntuvia asioita. Mitä seuraavan yli 40 vuoden aikana kuitenkin tapahtui? Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta on ehkä edetty juuri päinvastaiseen suuntaan kuin Niskanen esittää. Samanaikaisesti on julkaistu lukuisia eri tutkimuksia, joiden perusajatukset ja ehdotukset ovat samantyyppisiä. Ongelmana ei siis liene se, ettei meillä ole tietoa, vaan se, ettei tieto koskaan ole vaikuttanut mielenterveystyön tai psykiatrian valtavirtaan ja käytäntöön.

Sama havainto koskee myös päihdetyötä. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto toteaa jo 1999 että: ”Asiakkaalle ainoa laadun kriteeri on kuitenkin hyvä ja yksilöllisesti onnistunut päihdehuollon palvelu, jonka lopulta takaa vain aidosti myötäelävä työntekijä-asiakaskontakti.”

ODYSSEUKSEN HARHARETKET

Me työntekijät olemme joskus verranneet tätä OPA-hankkeen kolmivuotista matkaa Odysseian eepokseen, jossa Odysseuksen kotiinpaluumatkalle osui erilaisia mutkia ja houkutuksia. Näiden kolmen vuoden aikana olemme joutuneet alati pohtimaan parempia keinoja tukea yksilöitä ja perheitä sekä lopulta myös kehittämään ja muuttamaan työskentelytapaamme ja suhtautumistamme tiettyihin menetelmiin ja polkuihin.

Odysseuksen harharetkille osui monenlaisia esteitä. Odysseus mm. kohtasi kykloopeja, yksisilmäisiä jättiläisiä. Hankkeen alussa uskoimme vahvasti yksilön kanssa tehtävän työn tuovan kestäviä kokonaisvaltaisia ratkaisuja. Yksilötyössä katsomme asioita yhtä laajasti kuin kykloopit yhdellä silmällään näkevät. Se saattaa olla rajatulla alueella tarkka, mutta kun ongelma koskettaa myös yksilön verkostoa, tarvitaan kaksi silmää laajemman kuvan saamiseksi.

Saattaa olla myös seireenin lailla houkuttelevampaa työskennellä mieluummin motivoituneen kuntoutujan kuin ”hankalan omaisen” kanssa. Tai kuunnella vain omaista kuin tavoittaa ”motivoitumaton kuntoutuja” asian todellisen laidan tarkistamiseksi. Yksi keskeinen muutos työskentelyssämme onkin ollut ottaa koko perhe mukaan yhdessä jäsentämään ristiriitaisia tilanteitaan.

Odysseus pääsi lopulta kotiin. Emme tienneet matkan alussa lopullista päämääräämme, emmekä voi sanoa varmasti päässeemme lopulta kotiin. Meillä on kuitenkin vahva tunne siitä, että suunta on oikea…

LÄHTEITÄ

Alderfer, C.P. (1972). Existence, Relatedness, and Growth. Human Needs in Organizational Settings, New York: Free Press, 1972

Berg, L. & Johansson, M. (2011). Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Oriental xPress Oy, Espoo.

Eriksson, E. & Arnkill, T.E. (2012). Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakesin oppaita 60. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Falloon, I.R., Boyd, J. & McGill C.W. (1984). Family Care of Schizophrenia. A Problem Solving Approach to the Treatment of Mental Illness. Guilford Press, New York.

Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiental therapy of depression. Differential effects of client-centered relationship conditions and process-experiential interventions. Psychotherapy research, 8, 210–224.

Haverinen, R. & Nasrin, T. (2005). The Outcomes and Benefits of Integrated Care – In Search of the Service-Users Point of View. Teoksessa Jenny Billings & Kai Leichsenring (toim.) Integrating Health and Social care Services for Older Person. Evidence from Nine Countries, Ashgate; European Centre, Wien.

Helén, I., Hämäläinen, P. & Metteri, A. (2011). Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Helen, I. (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Vastapaino, Tampere.

Junnila, M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K. (2012). Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. THL. Raportti 42/2012. Juvenes Print, Tampere.

Järkestig Berggren, U. (2006). Personlig ombud. Social praktik i medicinsk diskurs. Växjö universitet. Rapportserie i socialt arbete. Nr 2, 2006.

Landry, M.J. (1996). Overview of Addiction Treatment Effectiveness. DHHS Pub. No. (SMA) 96–3081. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

Maslow, A. (1954). Motivation and personality. New York, NY: Harper.

Mönkkönen, K. (2007). Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita Oy, Helsinki

Nilsson, I. (2006). ”Ruotsin palveluohjaustoiminta – taustaa, kokemuksia ja tuloksia”. Koulutuspäivä 3.2.2006, Helsinki.

Niskanen, P. (1970). Skitsofreniaa sairastavien kotihoito. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A: 6. Vammala.

Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia and other mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2002;2;CD002831

Poikela, Ritva (2010). Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 5. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Pyhäjoki, J. (2012). Verkostopalaverit päihdeongelmaisten kuntoutuksessa. Teoksessa Heinonen Jarmo (toim.) Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi. Prometheus Kustannus, Espoo.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2005). Dialoginen verkostyö. Tammi, Tampere.

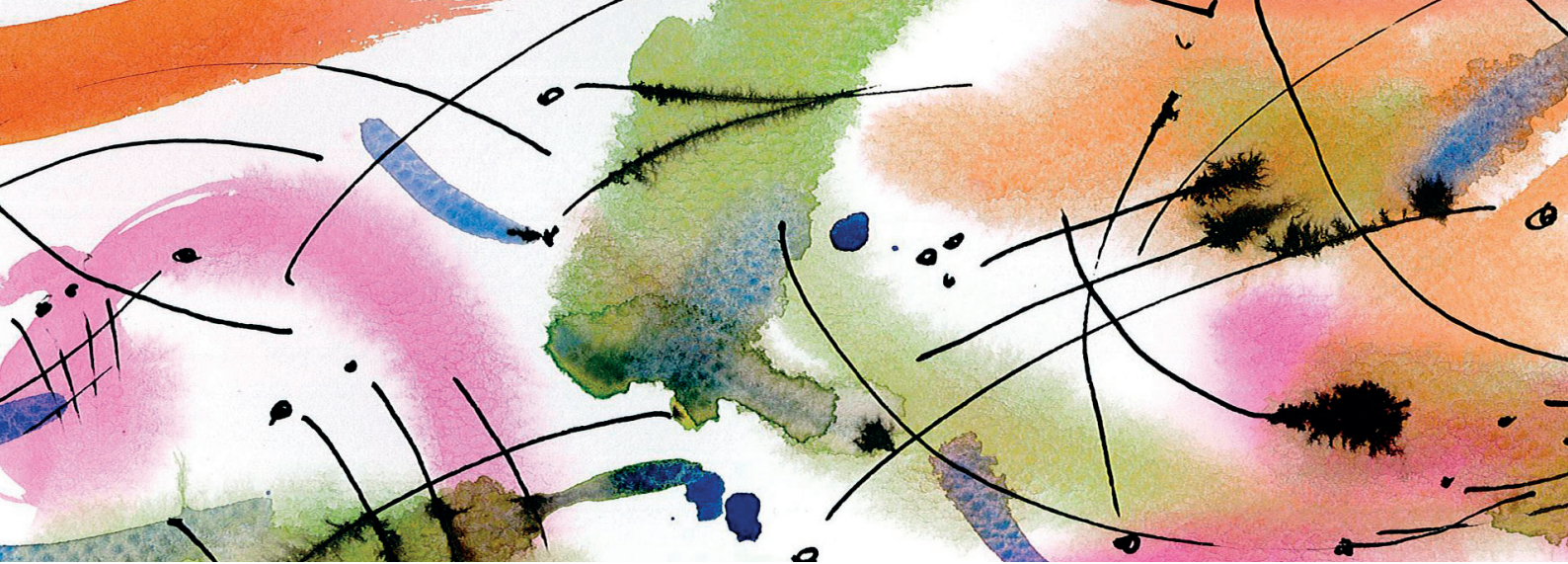
Suominen, S. (2006). Tarkkaavuushäiriön monitieteiset selitysmallit – ristiriidasta yhteiseen ymmärrykseen? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 2006: 43 295–308.

Suominen, S. & Malin-Kaartinen, K. (2012). Kohtaamisen kautta tukeen. Omaiset huumetyön tukena ry:n Avoimien ovien toiminnan ja palveluohjauksen vaikutus huumeita käyttävien asiakkaiden elämäntilanteeseen. PicaScript Oy, Helsinki.

Törmä, S. (2009). Matala kynnys – pelkkä retorinen lupaus? Janus vol. 17 (2) 2009, 164–169.

Uher, R. & Rutter, M. (2012). Basing psychiatric classification on scientific foundation: Problems and prospects. International Review of Psychiatry, Dec 2012; 24(6): 591–605.

VTV (2009). Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastuviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009. Edita Prima Oy, Helsinki.



Suomen kielessä sana visio tarkoittaa tulevaisuudenkuvaa, näkymää, hahmotelmaa tai kuvitelmaa. Yleensä sillä viitataan johonkin tavoitteena olevaan hyvään ja merkitykselliseen.

Visio voi tarkoittaa myös harhanäkyä.

Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.
Tukholmankatu 2, 7. krs
00250 HELSINKI
www.otu.fi

OMAISET
MIELENTERVEYSTYÖN TUKENA
UUDENMAAN YHDISTYS RY

RAY TUKEE
ray
RAY STÖDER