

ACT-VERKOSTOTYÖMALLI

Tehostettua avohoidon palveluohjausta mielenterveystyössä

Suvi Komu ja Pirjo Mäkinen
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Järvenpää
Sosiaalialan koulutusohjelma
sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Komu, Suvi & Mäkinen, Pirjo. ACT-verkostotyömalli. Tehostettua palveluohjausta mielenterveystyön avohoidossa. Diak Etelä, Järvenpää, kevät 2012, 47 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK)

ACT on lyhennys sanoista Assertive Community Treatment, joka suomennettuna tarkoittaa työryhmäpohjaista tehostettua avohoitoa. ACT-verkostotyömalli on kehitetty Yhdysvalloissa 1970-luvulla ratkaisemaan psykiatriseen hoitoon liittyviä ongelmia. Järvenpään ACT-työryhmässä on kuusi eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaista Järvenpään kaupungin organisaatiosta ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.

Tutkimus tehtiin osaamiskeskus Sosiaalitaito Oy:n toimeksiannosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille Järvenpään ACT-työryhmän toimintaa, tavoitteiden toteutumista ja kehitysalueita työntekijöiden näkökulmasta katsottuna. Lisäksi tarkoituksenamme oli tuottaa tietoa ACT-työryhmän kehittymisen tueksi. Tutkimuksessa selvitimme ACT-työryhmän työntekijöiden kokemuksia verkostotyöstä, sen tuomasta hyödystä ja siitä, miten ACT-verkostotyömallia tulisi kehittää.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla kaikki kuusi työryhmän jäsentä. Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto analysoitiin empiiristä diskurssianalyysiä soveltaen.

Tutkimuksessa ilmeni, että ACT-verkostotyömalli mahdollistaa nopean hoitoon pääsyn moniongelmaisille, vaikeasti hoitoon sitoutuville asiakkaille. Tätä edesauttaa lähetteetön käytäntö, jolloin asiakas luvan annettuaan voidaan nopeasti ottaa alkuhaastatteluun. Turha byrokraattisuus on karsittu pois, jolloin myös yhden luukun periaate toteutuu. ACT on matalan kynnyksen paikka, jossa asiakas kokee tulevansa kuulluksi ja saa kokonaisvaltaista hoitoa.

Organisaatioiden kannalta ACT-työryhmä on tuonut uuden väylän, jonne syrjäytyneet, moniongelmaiset, vaikeasti työllistettävät asiakkaat voidaan ohjata. Lisäksi se on tuonut uuden työkalun aikuissosiaalityön palveluohjaukseen. Asiakaskunnasta yli 50 prosenttia on alle 25-vuotiaita nuoria aikuisia, jolloin voidaan todeta, että ACT-verkostotyömallista on tullut tärkeä ennalta ehkäisevä työmuoto.

Moniammatillisesta yhteistyöstä on tullut keskeinen työmuoto, ja se täyttää yhä suuremman ajan ammattilaisten työajasta. Saumaton sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on tärkeää varsinkin mielenterveystyössä ja päihdehuollossa sekä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tukemisessa. Yhteistyön tavoitteena on raja-aitojen madaltaminen ja poistaminen.

Asiasanat: ACT (Assertive community treatment), verkostotyö, avohuolto mielenterveystyössä, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Komu, Suvi & Mäkinen, Pirjo. Assertive community treatment. A well-defined service delivery model in mental health. 47 p., 3 appendices. Language: Finnish. Järvenpää, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

ACT model has been developed in the United States in the 1970s to solve problems related to psychiatric treatment. The ACT team of Järvenpää has six different social and health care professionals from the organization of the city of Järvenpää and Hospital District of Helsinki and Uusimaa.

The research was initiated by the Centre of Expertise on Social Welfare in Western and Central Uusimaa area. The aim of the thesis was to research activities, objectives and areas of development from the employees' point of view in the ACT team in Järvenpää. In addition, our aim was to provide information about the ACT team to support the development.

The data was collected by interviewing all six team members. We used qualitative research methods. The data were analyzed by applying the empirical discourse analysis.

The study showed that the ACT model allows quick access to treatment for multi-problem clients who also find it hard to commit to treatment. Unnecessary bureaucracy has been eliminated. ACT is a low threshold place where the client feels to be consulted and receives comprehensive treatment.

The ACT team has brought a new place, where clients who are marginalized and unemployable, and having multiple problems, can be sent to get help. In addition, it has brought a new tool for adult social work case management. More than 50 per cent of clients are under 25 years old young adults, in which case it can be said that the ACT model has become an important pre-emptive form of work.

Multi-professional co-operation has become a key form of work, and it meets the increasing hours of work for professionals. Seamless co-operation in health and social care is important, especially in mental health and substance abuse services as well as supporting young people at risk of exclusion. Co-operation shall aim at lowering and removing the barriers.

Keywords: Assertive community treatment (ACT), networking, mental health work, qualitative research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUSKYSYMYS	7
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTO	8
3.1 Tutkimusmenetelmä ja – aineisto	8
3.2 Haastattelunaineiston keruu	9
4 AVOHOITO MIELENTERVEYSTYÖSSÄ	11
4.1 Laitoshoidosta avohoitoon	11
4.2 SKS-projekti	11
4.3 Mielenterveyslaki	12
4.4 Mielenterveyspalveluiden laatusuositus	12
5 VERKOSTOTYÖ	14
5.1 Moniammatillinen yhteistyö	15
5.2 Lakisääteinen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä	16
5.3 ACT-verkostotyömalli	16
6 JÄRVENPÄÄN ACT-TYÖRYHMÄ	19
6.1 Järvenpään ACT-työryhmän jäsenten työkuvat	19
6.2 Asiakkaan hoitoprosessi ACT:ssa	22
6.3 ACT:n asiakkaat	25
7 AINEISTON ANALYYSI	27
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
8.1. ACT:n toimivuus ja hyöty	28
8.2 Tavoitteet ja niiden toteutuminen	31
8.3 Yhteistyö	33
8.4 Kehittäminen	34
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	36
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
11 LOPUKSI	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	48
LIITE 1 Kirje haastateltaville	
LIITE 2: Haastattelurunko	
LIITE 3: ACT:n asiakasprosessin synty	

1 JOHDANTO

Suomessa on viime aikoina pyritty tehostamaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaa. Moniammatillisesta yhteistyöstä on tullut keskeinen työmuoto, ja se täyttää yhä suuremman ajan ammattilaisten työajasta. Monissa kunnissa on tehty organisaatiomuutoksia yhdistämällä sosiaalipalvelut ja terveystalvet omaksi organisaatiokseen. Lainsäädännöllä ja erilaisilla kansallisilla ohjelmilla on pyritty tehostamaan eri sektoreiden yhteistyötä. Valtioneuvosto on vahvistanut 2.2.2012 vuosille 2012–2015 uuden Kaste-ohjelman, jonka tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet asiakaslähtöisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.). Vuonna 2010 joulukuussa voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon palvelujen järjestäjän toimimaan yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjän kanssa, jos asiakkaan tilanne edellyttää sitä (Terveydenhuoltolaki i.a.).

Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelma vuosille 2008–2011 on mahdollistanut uusien toimintamallien etsimisen ja kokeilemisen tarjoamalla rahoitusta erilaisille hankkeille. Mielen avain –hanke on yksi näistä rahoitusta saaneista hankkeista. Hanke on jakautunut 13 osahankkeeseen. Yksi niistä on osaamiskeskus Sosiaalitaidon toteuttama Keski-Uudenmaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke Avomieli. Avomieli -hankkeen tavoitteena on löytää jo kunnissa käytössä oleva tai toimiva yhteistyömalli, jota voitaisiin hyödyntää ja soveltaa muissa hankkeeseen osallistuvissa kunnissa. Tällainen on esimerkiksi Järvenpäässä elokuussa 2009 käyttöön otettu ACT-verkostotyömenetelmä. (Koivisto 2010, 6-9.)

ACT-verkostotyöryhmän osapuolina ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Kellokosken sairaala sekä Järvenpään kaupunki. ACT on lyhenys sanoista Assertive Community Treatment, joka suomennettuna tarkoittaa työryhmäpohjaista tehostettua avohoitoa. ACT-verkostotyömenetelmä on erinomainen esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä. Saumaton sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on tärkeää varsinkin mielenterveystyössä ja

päihdehuollossa sekä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tukemisessa. Yhteistyön tavoitteena on raja-aitojen madaltaminen ja poistaminen.

ACT-verkostotyömalli on jo käytössä Suomessa muutamilla paikkakunnilla, kuten Espoossa ja Helsingissä. Mallia on tutkittu 1980-luvulta lähtien systemaattisesti muun muassa Yhdysvalloissa ja muualla maailmassa (Harvard Mental Health Letter i.a.) Yleisesti tutkimukset ovat kohdistuneet hoidon vaikuttavuuteen ja sen kustannuksiin. Emme löytäneet suomalaisia tutkimuksia tästä verkostotyömallista, mutta ulkomaalaisten tutkimusten tulosten soveltuvuutta on verrattu suomalaiseen väestöön.

Kiinnostuimme tutkimusaiheesta, koska molemmat haluamme valmistumisemme jälkeen työskennellä aikuissosiaalityössä. Erityisesti olemme kiinnostuneet mielenterveys- ja päihdetyöstä. Mielestämme perehtyminen moniammatilliseen verkostotyöhön selventää sitä, mihin suuntaan sosiaali- ja terveysalalla ollaan pyrkimässä. Tässä tutkimuksessa keskitymme tarkastelemaan ACT-verkostotyömallin toimintaa työntekijöiden näkökulmasta. Aikuissosiaalityössä on tehty aiemmin verkostotyötä esimerkiksi lakisääteisen kuntoutuksen asiakastyöryhmän kanssa. Myös laki kuntouttavasta työtoiminnasta on luonut verkostoitumista TE-keskuksen ja Kelan kanssa. Tutkimme, mitä uutta ACT-verkostotyö on tuonut Järvenpään aikuissosiaalityöhön ja mielenterveys- ja päihdetyöhön.

2 TUTKIMUSKYSYMYYS

Tutkimustehtävänäimme on tuoda esille ACT-työryhmän toimintaa, tavoitteiden toteutumista ja kehitysalueita työntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi tarkoituksenamme on tuottaa tietoa ACT-työryhmän kehittymisen tueksi. Tämän perusteella päädyimme seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Onko ACT-työryhmän työskentelymalli koettu toimivaksi ja hyödylliseksi?
2. Miten ACT-toiminnalle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet työntekijän näkökulmasta Järvenpäässä?
3. Miten ACT-menetelmää tulisi vielä kehittää?

Opinnäytetyömme tilaaja on Sosiaalitalo oy, jonka hallinnoimaan Avomieli – hankkeeseen tutkimuksemme liittyy. Avomieli -hankkeen yhtenä tavoitteena on arvioida ja kehittää eri toimijoiden välistä yhteistyötä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palveluissa (Koivisto 2010, 3). Meidän toivottiin myös mallintavan Järvenpään ACT-verkostotyötä, jotta sitä voitaisiin jatkossa hyödyntää koulutuksellisenä materiaalina.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTO

Tutkimuksessamme halusimme tuoda esille työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä työmuodon toimivuudesta sekä heidän ajatuksiaan kehittämistarpeista. Mielestämme paras tapa saada tietoa työryhmän jäseniltä on teemahaastattelu sekä työryhmän työskentelyn havainnointi. Haastattelemalla korostetaan sitä, että haastateltava on tutkimuksessa subjekti. Hänelle halutaan antaa aktiivinen rooli tutkimuksessa ja mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35).

Tutkimuslupaa haimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä ja Järvenpään kaupungilta. Tutkimuslupa rajattiin koskemaan vain työryhmän jäsenten haastatteluita, koska luvan saaminen asiakkaiden haastattelemiseksi olisi ollut erittäin pitkä prosessi. Valitettavaa on, että meillä ei ollut mahdollisuutta tutkia asiakkaitten omakohtaisia kokemuksia ACT:sta, jolloin ainoa mahdollisuutemme oli kysyä työryhmän jäsenten kokemuksia siitä, millaista palautetta he ovat asiakkailta saaneet.

3.1 Tutkimusmenetelmä ja – aineisto

Opinnäytetyössämme on tutkimusotteena kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa. Creswellin mukaan kvalitatiivinen tutkimus perustuu prosessiin, joka etenee yksityisestä yleiseen. Siinä kiinnostus on useassa tekijässä yhtä aikaa ja niiden vaikutuksessa lopputulokseen. Asetelmat muuttuvat, koska luokat muodostuvat tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 25.)

Aineisto kerättiin lokakuussa 2011 haastattelemalla kaikki kuusi työryhmän jäsentä. Haastattelut olivat puolistrukturoituja teemahaastatteluja ja ne toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelu on yksi suosituimmista tavoista kerätä tutkimustietoa. Vapaamuotoinen ja puolistrukturoitu haastattelu ovat käytetyimpiä haastattelumenetelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34).

Puolistrukturoidun teemahaastattelun valitsimme, koska halusimme pysyä tietyssä aiheessa, mutta antaa haastateltaville vapauden tuoda omia kokemuksiaan ja näkemyksiään esille. Muotoilimme teemat niin, että haastateltavilla on mahdollisuus vastata niihin oman ammattikuntansa näkökulmasta (LIITE 2). Toinen tärkeä tavoite oli saada työntekijöiden oma ääni kuuluviin ja antaa vapaalle puheelle riittävästi tilaa.

Teemahaastattelun nimi kertoo siitä, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee ennalta suunniteltujen teemojen mukaan. Tämän avulla saadaan haastateltavien ääni kuuluviin. Teemahaastattelu huomioi ihmisten omat tulkinnat sekä heille keskeiset merkitykset. Teemahaastattelusta puuttuu lomakehaastattelun kysymysten tarkka muotoilu, mutta se ei ole täysin vapaa kuten syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47–48.)

3.2 Haastattelunaineiston keruu

Kaikki haastattelut suoritettiin lokakuussa 2011. Haastateltaville lähetettiin noin kuukausi etukäteen kirje (LIITE 1), jossa kerrottiin tulevasta haastattelusta ja sen tavoitteista. Kirjeessä pyysimme haastateltavia ottamaan yhteyttä haastattelijaan ja sopimaan heille sopiva haastatteluaika. Kerroimme myös, että haastattelut nauhoitetaan ja että haastattelu voidaan suorittaa heidän toiveittensa mukaan joko heidän työpaikallaan tai Järvenpään Sosiaalitaidossa. Toinen meistä suoritti Työ, työyhteisöt ja johtamisen -opintojakson harjoittelun Järvenpään Sosiaalitaidossa, josta myös opinnäytetyön tilaus on tullut. Harjoittelun alettua työryhmän jäseniin oltiin yhteydessä sähköpostin välityksellä ja muistutettiin heitä haastatteluiden tekemisestä. Olimme myös puhelimitse yhteydessä ACT-työryhmän projektin vetäjään. Hän muistutti työryhmän jäseniä sähköpostin välityksellä haastattelun tärkeydestä, ja kaikki työryhmän jäsenet sopivat oman aikataulunsa mukaan itselleen sopivan haastatteluajan.

Haastattelut toteutuivat tiiviissä aikataulussa lokakuun 2011 aikana jokaisen omassa työpisteessä. Haastatteluajat olivat hyvin vaihtelevia kestäen 15 minuutista noin tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin iPad-taulutietokoneella, jossa oli sii-

hen tarkoitukseen ladattu ohjelma. Konetta testattiin muutaman kerran ennen varsinaista haastattelutilannetta, jotta käytäntö tulisi tutuksi. Testaustilanteessa syntyi käsitys, että äänen toisto on hyvä. Tämä oli tärkeää materiaalin litteroinnin kannalta. Käytännön tilanteessa huomasimme, että osassa haastatteluissa haastateltava joko puhui niin hiljaa, että nauhoitusta oli todella haastavaa purkaa, tai taustääänet häiritsivät nauhoitettua puhetta.

Haastattelutilanteet olivat luontevia ja rauhallisia. Haastattelija oli tavannut kaikkia työryhmän jäseniä jo muutaman kerran ennen haastatteluiden toteutumista työharjoittelun aikana. Uskomme tällä olleen vaikutusta tilanteen luontevuuteen. Haastateltavat olivat innostuneita ja motivoituneita haastattelusta. Osa mainitsi miettineensä haastattelua etukäteen ja valmistautuneensa siihen kertaamalla työryhmän tavoitteita ja suunnitelmia.

Jaoimme työtä niin, että toinen meistä suoritti kaikki haastattelut ja toinen vastasi materiaalin litteroinnista. Litteroinnissa käytännön haasteena oli huono äänentoisto joidenkin haastattelujen nauhoituksissa. Äänen laatu vaihteli välillä huomattavasti, mikä hidasti litterointia. Nauhoitusta joutui kelaamaan useaan kertaan, jotta litterointi onnistui. Kaikki haastattelut saatiin haasteista huolimatta litteroitua. Litteroinnista syntyi valmista tekstiä yhteensä 30 sivua.

4 AVOHOITO MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

ACT-verkostotyömalli on kehitetty järjestämään pitkäaikaista psyykkistä sairautta, kuten kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa tai muuta vakavaa psyykkistä sairautta sairastaville parhaat mahdolliset elinolosuhteet heidän omassa elinympäristössään (Harvard Mental Health Letter i.a.). Järvenpäässä ACT-verkoston asiakaskunta koostuu valtaosin erilaisia mielenterveyden ongelmia sairastavista asiakkaista, jotka tarvitsevat tuettua avohoitoa. Tarkastelomme millaista mielenterveystyön avohoitoa tarvitaan ja miten sitä tulisi kunnissa järjestää.

4.1 Laitoshoidosta avohoitoon

Viime vuosikymmeninä on mielenterveystyön painopiste siirtynyt laitoshoidosta avohoitoon varsinkin skitsofreniaa pitkäaikaisesti sairastavien hoidossa. Avohoitoa toteutetaan muun muassa mielenterveystoimistoissa, psykiatrian poliklinikoilla tai kotona. Siirtyessään avohoitoon voivat pitkäaikaispotilaat olla psyykkisesti oirehtivia, ja heillä saattaa olla vakavia puutteita toimintakyvyssä. Osalla saattaa olla lisäksi jokin somaattinen sairaus, jolloin se lisää tuen tarvetta. Ongelmana avohoidossa voi olla, että mielenterveyspalveluja käyttävä ihminen leimataan asuinympäristössään helposti erilaiseksi, ja hän saattaa menettää arvokkuutensa ihmisenä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 187—188.)

4.2 SKS-projekti

Suomessa aloitettiin vuonna 1987 laaja koko maan kattava tutkimusprojekti Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti), jonka tarkoituksena oli muun muassa selvittää skitsofreniapotilaiden olosuhteet sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Taustalla tutkimuksessa oli sairaansijojen väheneminen. Tutkimuksen avulla pyrittiin ensisijaisesti selvittämään, miten sairaalapaikkojen nopea väheneminen vaikuttaisi potilaiden hoito- ja elämäntilanteeseen. SKS-projektissa tehtiin kohorttitutkimus, jossa kerättiin neljä kohorttia vuosilta 1982,

1986, 1990 ja 1994. Näin saatiin muodostettua erittäin hyvä kuva hoitojärjestelmän muutoksen vaikutuksista skitsofreniapotilaiden hoito- ja elämäntilanteeseen. SKS-projektin perusteella päädyttiin suosittelemaan muun muassa, että psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avokuntoutuspalveluita tarvitaan lisää, ja että avohoitoa tulisi kehittää siten, että hoidon ulkopuolelle jääneet saataisiin takaisin hoidon piiriin. Myös avohoidon sisältöön tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Laitoshoidosta avohoitoon kotiuttamisen onnistumisen edellytyksenä todettiin olevan yleensä selkeä ja tarkoituksenmukainen avohoidon hoito-ohjelma. Erityisesti yksilöllinen neuvonta, taloudellinen apu ja lääkehoito ovat potilaille selviytymisen kannalta tärkeitä. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saari-
nen 2000, 5—17, 31.)

4.3 Mielenterveyslaki

Lainsäädäntö määrittää mielenterveyspalveluiden järjestämisen kuntien vastuulle. Kuntien tulee järjestää palvelut siten, että ne vastaavat kunnassa esiintyvää tarvetta. Lisäksi pyritään laatusuosituksilla ja käypä hoito – ohjeistuksilla vaikuttamaan mielenterveystyön kehitykseen ja niiden sisältöön kunnissa.

Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyöksi yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemisen, parantamisen ja lievittämisen. Mielenterveislain 4 §:n mukaan kunta tai kuntayhtymä veloitetaan järjestämään mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää, sekä ensisijaisesti avopalveluina ja niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (Mielenterveyslaki i.a.)

4.4 Mielenterveyspalveluiden laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2001 valtakunnallisen mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen. Siihen on jäsennetty keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukas mielenterveystyö riippuu. Suosituk-

sen mukaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavat viranhaltijat ja luottamuselimet vastaavat yhteistyössä kunnan muiden toimialojen kanssa siitä, että kunnassa järjestetään tarvittavat kuntoutuspalvelut joko omana toimintana, ostopalveluina tai esimerkiksi seudullisena yhteistyönä. Pitkäaikaisia ja monipuolisia tukitoimia tarvitseville henkilöille on oltava käytettävissä päivä-, työ- ja toimintakeskuksia, vapaamuotoisia jäsenyhteisöjä ja klubitaloja, tuettua työllistymistä sekä palveluohjausta. Kuntoutus tulisi järjestää mahdollisimman lähellä kuntoutujan kotia ja lähipiiriä. Kunnassa tulisi kehittää myös kotikuntoutuksen vaihtoehtoja. (Sosiaali- ja Terveysministeriö i.a.)

5 VERKOSTOTYÖ

Alueellisesti katsottuna verkostotyön merkitys on erittäin tärkeä. Se on eräänlaista paikallista yhteisösosiaalityötä. Siinä pyritään hyödyntämään, synnyttämään ja luomaan yhteyksiä eri toimijoiden välille. Näkökulma on ennen kaikkea siinä, miten verkostoja voidaan aktivoida ja hyödyntää niin, että niistä tulee voimavara auttamisprosessissa. (Juhila 2006, 135.)

Verkostotyön pioneerina pidetään psykodraaman perustujaa Jacob Levy Morenoa (1889–1974). Pohjoismaissa verkostotyötä alettiin käyttää 1980-luvulla. Suomessa sitä hyödynnettiin vuonna 1992 alkaneessa skitsofrenian kehittämissuunnitelmassa. Dialogin näkökulmaa verkostotyössä kehittäneiden Stakesissa toimivien Tom Erik Arnkillin ja Esa Erikssonin näkemyksensä oli, että liian monet auttajatahot toimivat yhtä aikaa toisistaan erillään (Seikkula & Arnkill 2005, 17). Verkostotyön ja palveluohjauksen työskentelyotteet ovat samansuuntaiset. Eri viranomaisien päämääränä on päästä asiakkaan kanssa hyvään lopputulokseen. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 71–73.)

Verkostot eivät aina ole samanlaisia. Asiakkaiden omat verkostot kuten perhe, lähiyhteisö, sukulaisuussuhteet tai työyhteisö voivat olla muuttuvia. Samoin voivat muuttua ammattiauttajien työnjaot ja toimintatavat. Mikäli asiakkaalla on monitahoisia ongelmia, he joutuvat asioimaan usealla taholla yhtä aikaa tai peräkkäin. Yhteistyön tarve lisääntyy asiakkaiden kokonaistilanteen huomioimisen turvaamiseksi. Moniammatillinen yhteistyö muodostuu toisiaan täydentävistä osista, jossa ammattilaiset tietävät keihin olla yhteydessä tarvitessaan täydentävää asiantuntemusta. Rajanylitykset ovat tulleet ajankohtaisiksi, kun erikoistunut ammatillinen järjestelmä kohtaa muuntuvat sosiaaliset verkostot. (Seikkula & Arnkill 2005, 8–9.)

Verkostotyössä on myös omat ongelmansa. Henkilöstön vaihtuvuus ja resurssipula hidastavat ja vaikeuttavat asiakkaan asioiden hoitamista. Lisäksi asiakkaan ympärille laadittava verkosto voi tapahtua vain asiakkaan suostumuksella. Laisissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 8 § todetaan:

Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista i.a.)

Samoin on tärkeää huomioida salassapitovelvollisuus. Asiakkaalta on saatava kirjallinen tai suullinen suostumus, joka on hyvä kirjata asiakaskertomukseen, jotta hänen asiaansa voidaan käsitellä verkostopalaverissa.

5.1 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysalalla on perinteisesti tehty moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö asiakastyössä tarkoittaa eri asiantuntijoiden työskentelyä asiakkaan kokonaisuuden huomioimiseksi, jossa yhteisessä tiedon prosessoinnissa työntekijöiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. Vuorovaikutusprosessissa rakentuu yhteinen tavoite ja käsitys tarvittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisusta yhteisesti sovitulla foorumilla. Myös toimintaperiaatteet sovitaan yhteisesti. (Isoherranen 2004, 14—15).

Moniammatillisessa yhteistyössä on usein avoin keskusteluilmapiiri, joka parhaimmillaan luo turvallisuuden tunnetta ja voimaannuttaa työntekijöitä. Työntekijä voi luottaa muiden työntekijöiden tukeen sekä reflektoida ajatuksiaan ja tunteitaan, jotka liittyvät omiin työtapoihin ja asiakkaan tarpeisiin. Moniammatillisessa yhteistyöpalaverissa kuva asiakkaasta laajenee, eikä synny vain yhden työntekijän kokemusten pohjalta, jolloin yksittäisten työntekijöiden inhimilliset erehdykset ja virheet minimoituvat. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 104.)

5.2 Lakisääteinen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä

Eräs esimerkki aikuissosiaalityössä käytettävästä moniammatillisesta verkostoyhteistyöstä on lakisääteinen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä, jonka tulee toimia kaikissa Suomen kunnissa.

Lain 2 §:ssä todetaan:

Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen on oltava keskenään yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Näiden viranomaisten tulee toimia yhteistyössä myös muiden kuntoutusta järjestävien yhteisöjen kanssa. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä i.a.)

Vuonna 2006 tehdyn Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmien arviointitutkimuksen mukaan valtakunnallisesti katsottuna ryhmät kokoontuvat keskimäärin 5-6 kertaa vuodessa käsitellen keskimäärin noin 2,2 asiakastapausta yhdessä kokouksessa. Asiakaskunta oli pääsääntöisesti työikäistä aikuisväestöä, joilla oli takanaan pitkäaikainen asiakkuus eri palvelujärjestelmissä sekä terveydellisiä ja psykososiaalisia ongelmia (Sosiaali- ja Terveysministeriö i.a.).

Esimerkiksi Nokian kaupungin asiakasyhteistyöryhmään kuuluu edustajat sosiaali- ja terveydenhuollosta, kasvatus- ja opetustoimesta, työhallinnosta ja KE-LA:sta. Sen tehtävänä on muun muassa antaa suosituksia yksilöllisten kuntoutusongelmien ratkaisemiseksi, sekä seurata ja kehittää paikallista kuntoutustoimintaa. Työryhmässä käsitellään yksittäisen kuntoutujan asiakasyhteistyötä koskevia asioita. Asiakkaat ohjautuvat työryhmään oman työntekijän kautta. (Nokian kaupunki i.a.)

5.3 ACT-verkostotyömalli

ACT-verkostotyömalli (Assertive Community Treatment eli työryhmäpohjainen tehostettu avohoito) juontaa juurensa 1970-luvulta, jolloin USA:ssa yritettiin ratkaista psykiatriseen hoitoon liittyvät ongelmat kehittämällä jatkuvuuden ja riittävyyden varmistava hoito- ja tukiohjelma. ACT-verkostotyömallin kehittivät Psy-

kiatri Leonard Stein ja psykologi Mary Anne Test Madisonissa Wisconsinissa (Acta i.a.). ACT on osoittautunut parhaiten toimivaksi malliksi järjestää pitkäaikaista psyykkistä sairautta, kuten kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa tai muuta vakavaa psyykkistä sairautta sairastaville parhaat mahdolliset elinolosuhteet heidän omassa elinympäristössään. (Harvard Mental Health Letter i.a.)

ACT-verkostotyömallissa työskentelee moniammatillinen tiimi, jossa on psykiatrin, hoitotyön, sosiaalityön, päihdetyön ja työvoimaneuvonnan ammattilaisia. Työryhmässä on noin 10–12 työntekijää, jotka vastaavat noin 100–120 potilaan yksilöllisestä ja kokonaisvaltaisesta hoidosta. Tiimin tehtävänä on suunnitella ja seurata potilaitten hoitoa. Tiimin jäsenet auttavat potilasta arkipäivän asioissa, kuten raha-asoiden hoidossa, ostoksien teossa, ruoanlaitossa tai opastavat liikennevälineiden käytössä. He auttavat työnhaussa ja asunnon saamisessa. Tiimin jäsen voi mennä mukaan lääkäri vastaanotolle ja edustaa heitä oikeudessa. He valistavat potilasta mielisairauksista ja antavat päihdeneuvontaa. Lisäksi he voivat määrätä, jakaa ja valvoa lääkkeitten käyttöä. Useimmiten palveluita annetaan potilaan kotona, tai jos kyseessä on koditon potilas, tavataan potilasta ensisuojoissa tai jopa kadulla. Tiimi kokoontuu päivittäin työnjakoon ja vähintään yksi tiimin jäsenistä on tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Potilaisiin yritetään luoda pitkäaikainen hoitosuhde ja sitä jatketaan myös sairaalajakson ajan tai potilaan jouduttua vankilaan. (Harvard Mental Health Letter i.a.)

Tyypillistä on, että ACT-verkostotyömallia on muunneltu moniin eri versioihin. Hollannissa on ollut käytössä vuodesta 2002 FACT eli Flexible ACT. FACT on kuntoutussuuntautunut palveluohjauksen malli, joka perustuu ACT:iin, mutta on joustavampi ja pystyy palvelemaan useampia mielenterveydellisistä ongelmista kärsiviä potilaita. FACT:ssa yksilöllistä palveluohjausta saa 80 % potilaista ja tiimin yhteistä ohjausta saa 20 %. Lähestymistapa riippuu potilaan tarpeista. Tiimiin on lisätty psykiatri, osa-aikainen psykologi, sosiaaliohjaaja sekä päihdetyöntekijä. (van Veldhuizen, J. Remmers 2007, 421—426.)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laatii suosituksia yhdessä erikoislääkäriryhdistysten kanssa. Niitä julkaistaan Käypä Hoito – sivustolla internetissä. Si-

vustolta löytyy katsaus kontrolloiduista tutkimuksista, joissa verrattiin ACT:ta tavanomaiseen hoitoon tai sairaalakuntoutukseen. Tutkimusten kohderyhmänä olivat psykoosipotilaat. Tavanomaiseen hoitoon verrattuna todettiin, että ACT lisäsi hoitojärjestelmän piirissä pysymistä, vähensi sairaalahoitojen määrää ja lyhensi niiden kestoja. Potilaat olivat tyytyväisempiä ja selviytyivät paremmin asumiseen ja työllistymiseen liittyvissä asioissa. ACT vähensi sairaalahoidon kustannuksia, mutta kokonaiskustannusten mahdollista eroa ei pystytty arvioimaan. Sairaalakuntoutuksen ja ACT:n vertailussa hoitojärjestelmän piirissä pysymisessä ei ollut eroja, mutta ACT:ssa oli vähemmän sairaalahoitoon joutumisia ja ne olivat lyhyempikestoisia. Katsauksessa vertailtiin Hollannissa ja Englannissa tehtyjä tutkimuksia. (Käypä hoito i.a.)

6 JÄRVENPÄÄN ACT-TYÖRYHMÄ

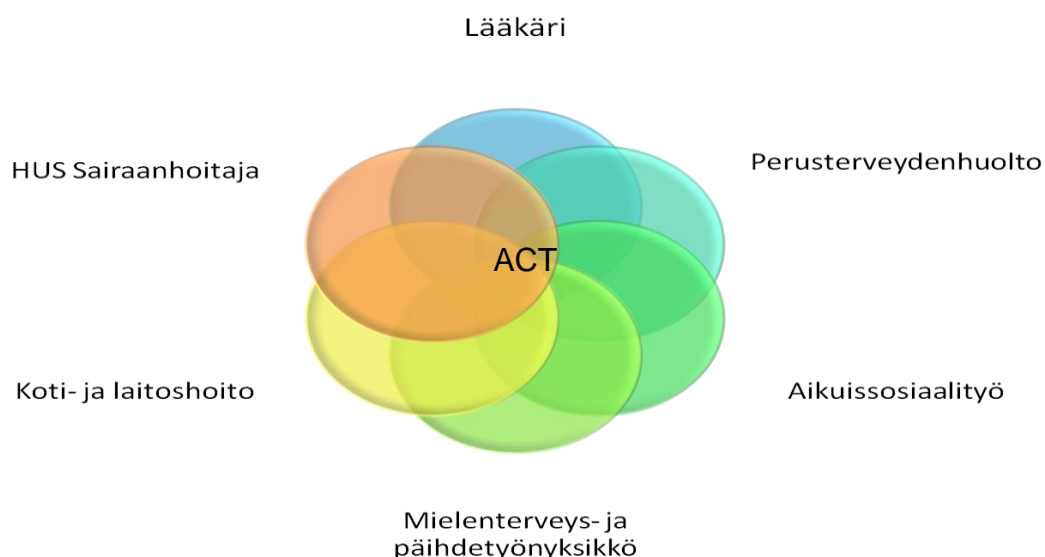
Järvenpäässä elokuussa 2009 käyttöön otetun verkostotyömallin tavoitteeksi asetettiin muun muassa potilaan hoitopolulle pääsyn helpottaminen matalan kynnyksen periaatteella. Lisäksi tavoitteeksi asetettiin tehdä mallista koulutuksellinen, työnohjauksellinen ja saada siitä konsultatiivinen hyöty. (Ponkala 2009, ACT-hankesuunnitelma.)

Koko tiimi kokoontuu viikoittain Järvenpään Mielenterveys- ja päihdeyksikön tiloissa. Samoissa tiloissa on myös ACT-lääkärin vastaanotto. Viikoittaisissa tapaamisissa käydään läpi muun muassa mahdollisia uusia asiakkaita, jo asiakkaana olevien asiakkaiden tilanteita ja esiin tulleita uusia haasteita. Näissä tapaamisissa ACT-työryhmällä on mahdollisuus tarkastella asiakaslinjauksia ja työnjakoa. Esillä on myös ajankohtaisia ja akuutteja asioita. Ryhmässä keskustelu on avointa ja vapaata, koska asiakkaat ovat antaneet luvan asioiden avoimeen käsittelyyn tiimin kesken. Tällainen toiminta tukee ryhmän tavoitteita olla nopea ja joustava sekä reagoida tilanteisiin tarpeen vaatiessa nopeasti. (Komu 2011, kenttätyöpäiväkirja.)

6.1 Järvenpään ACT-työryhmän jäsenten työkuvat

Järvenpään ACT-tiimiin kuuluu kuusi henkilöä (Kuva 1). Henkilöt edustavat jokainen omaa ammatillista erikoisosaamista ja tuovat oman osaamisensa tiimin käyttöön. Tiimin jäsenet toimivat kolmen eri organisaation alaisuudessa: sosiaalitoimen, perus- ja erikoissairaanhoidon organisaatioissa. Tiimiin kuuluu lääkäri, joka on käytettävissä noin puolitoista työpäivää viikossa tarpeen mukaan. Lääkärin palvelut hankitaan ostopalveluina. Tiimin vetäjänä toimii psykiatrinen sairaanhoitaja, joka toimii ACT:ssa kokopäiväisesti. Ryhmään kuuluu toinenkin sairaanhoitaja, joka on Järvenpään mielenterveys- ja päihdetyön edustaja. Aikuissosiaalityöstä on sosiaalitoimen edustajana sosiaalityöntekijä. Ryhmässä on vielä lisäksi yksi edustaja Järvenpään kaupungin perusterveydenhuollosta sekä kotihoidosta. Lääkärillä on merkittävä rooli työryhmässä asiantuntijana.

Työryhmän tapaamisissa hänen mielipiteensä on tärkeä ja hänet nähdään myös ammatillisen tuen antajana. Hänellä on näkemys asiakkaasta sekä somaattiselta että psyykkiseltä kannalta. (Komu 2012, kenttätyöpäiväkirja)



KUVA 1: Järvenpään ACT-työryhmä

Koti- ja laitoshoidoa edustaa ACT:ssa sairaanhoitaja, joka työskentelee Järvenpään kaupungin koti- ja laitoshoidon yksikössä. Koti- ja laitoshoido voi toimia sekä lähettävänä että hoitavana ja vastaanottavana tahona asiakkaalle. Sairaanhoidajien toimintaa ohjaa perusterveydenhuolto. Koti- ja laitoshoidon sairaanhoitajat ovat lähettävää tahoa, jos kotihoidossa herää huoli asiakkaasta. Tällöin he voivat konsultoida asiakkaan luvalla ACT:ssa toimivia sairaanhoitajia huolta herättävästä havainnosta. Kotihoito voi olla myös vastaanottavana ja hoitavana tahona ACT:n asiakkaille, mikäli asiakkaan elämäntilanne vaatii päivittäistä tukea kotona selviämässä. (Eeva-Riitta Lindholm, henkilökohtainen tiedonanto 29.9.2011).

Sosiaalityön edustajana ACT:ssa toimii Järvenpään kaupungin Aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijä. Aikuissosiaalityön yksikkö toimii usein lähettävänä tahona. Sosiaalityöntekijälle saattaa herätä huoli asiakkaasta heidän tapaamisellaan. Työntekijä voi tässä tilanteessa asiakkaan luvalla konsultoida ACT:n sai-

raanhoitajia asiakkaan tilanteesta. (Kirsi Vesterinen, henkilökohtainen tiedonanto 20.9.2011)

Perusterveydenhuollon edustajana toimii väestövastuusairaanhoitaja. Perusterveydenhuolto toimii lähettävänä sekä vastaanottavana tahona. Asiakkuus voi syntyä sairaanhoitajan vastaanotolla tai terveyskeskuslääkärin kautta. Asiakkaan luvalla perusterveydenhuolto voi olla yhteydessä ACT:n sairaanhoitajiin ja konsultoida tilannetta, jos asiakkaasta on huoli. Toisaalta perusterveydenhuolto on vastaanottavana toimijana. Asiakkaan jatkohoito tulevaisuudessa on ACT-toiminnan jälkeen palata perusterveydenhuollon piiriin. Tällöin terveyskeskuksen sairaanhoitaja ja lääkäri tapaavat asiakkaita jälleen vastaanotoillaan. (Minna Hakala, henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2011)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevä erikoissairaanhoitaja toimii ACT:ssa tiimin vastuuhenkilönä. Hän työskentelee erikoissairanhoidon organisaation alaisuudessa ja toimii täysipäiväisenä ACT:n työntekijänä. Hän on vastaanottavana osapuolena ja työparina toisen sairaanhoitajan kanssa tehden tilannearvioita ja kartoituksia. Tällä parityöskentelyllä halutaan taata mahdollisimman laaja-alainen näkemys asiakkaan tilanteesta. (Pirkko-Liisa Memonen, henkilökohtainen tiedonanto 28.9.2011.)

Järvenpään mielenterveys- ja päihdeyksikön sairaanhoitajalla on kaksi roolia ACT:ssa. Hän toimii lähettävänä tahona vastaanottaessaan sairaanhoitajana asiakkaita päivystyksessä. Tätä kautta hän voi ohjata asiakasta ACT-ryhmän hoitoon saadessaan siihen asiakkaan luvan. Toisaalta hän toimii HUS:n sairaanhoitajan työparina ja tekee vastaavaa työtä kuin hän ACT-tiimissä. Työ jakautuu niin, että hän hoitaa ACT-asiakkaita noin 80 % ja mielen-terveys- ja päihdeyksikön asiakkaita noin 20 %. Mielenterveys- ja päihdeyksikkö kuuluvat perusterveydenhuollon organisaatioon. (Sirpa Leisti, henkilökohtainen tiedonanto 13.10.11.)

Lääkäri toimii ACT:ssa vastaanottavana ja konsultoivana tahona. Sairaanhoitajien kautta koordinoituvat asiakkaat tulevat hänen vastaanotolleen. Lääkäri vastaa asiakkaiden lääkityksellisistä ja diagnostiikallisista tarpeista. Lääkäri on myös

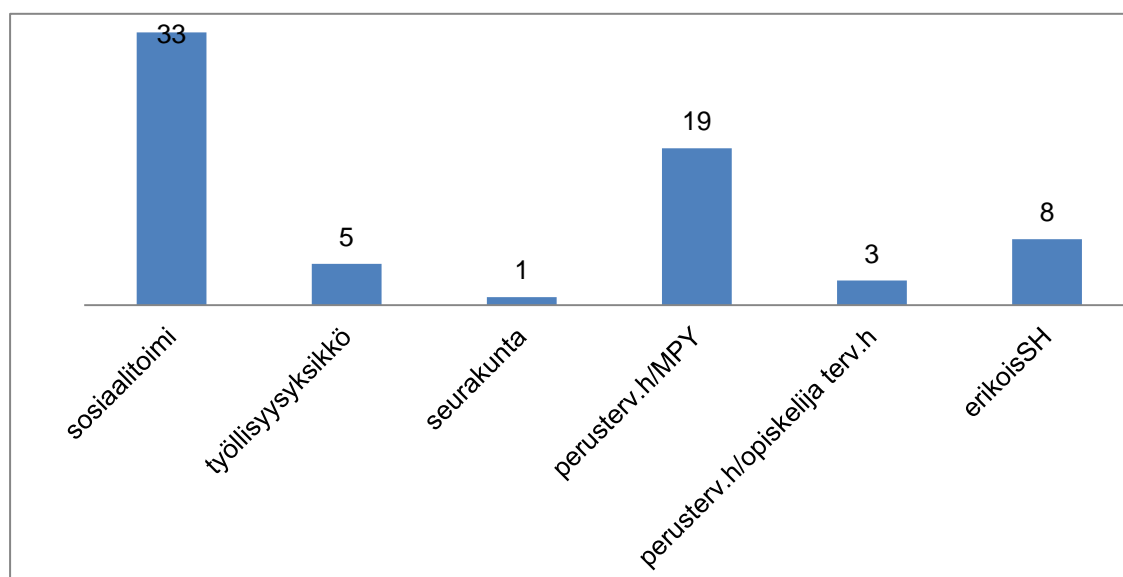
mukana ACT:n tiimitapaamisissa tuoden oman ammattitaitonsa työryhmän käyttöön. Lääkäri työskentelee erikoissairaanhoidon organisaatiossa. (Marja Rantala, henkilökohtainen tiedonanto 30.9.2011.)

6.2 Asiakkaan hoitoprosessi ACT:ssa

Asiakas tulee ACT-työryhmään useimmiten sosiaalitoimen, perussairaanhoidon tai mielenterveys- ja päihdeyksikön kautta. Vuoden 2010 tilastosta on havaittavissa, että sosiaalitoimi on lähettävänä tahona huomattavassa osassa asiakkaista (Kuvio 1). Lähettävä taho pyytää asiakkaalta suostumuksen yhteydenottoon ja tietojen antamiseen aluksi yleensä suullisesti.

Lähettävän tahon yhteydenotto tapahtuu sairaanhoitajiin, jotka työskentelevät fyysisesti Järvenpään mielenterveys- ja päihdeyksikössä. Yhteydenotot tapahtuvat puhelimitse tai sähköpostin välityksellä ilman lähetteitä. Saatujen esitietojen perustella sovitaan asiakastapaaminen. Reagointi on nopeaa, ja tapaaminen yritetään järjestää yleensä viikon sisälle tai tarvittaessa jopa samalle päivälle.

Liitteessä 3 on esitetty prosessikaavio siitä, miten asiakkuus syntyy (Liite 3). Prosessikaaviossa asiakkaana nähdään sekä varsinaiset ACT:n asiakkaat että lähettävät tahot. Prosessikaavio havainnollistaa ja tuo esille selkeästi asiakkuuden moninaiset syntymisen mallit. Prosessikaavio on tehty BIZAGI PROCESS MODELER –ohjelmalla, joka on käytössä useissa kunnissa. Prosessikaavio on toteutettu Työ, työyhteisöt ja johtaminen –opintokokonaisuuden hankkeena syksyllä 2011 yhdessä ACT-työryhmän, Sosiaalitaidon sekä toisen tutkijan kanssa.

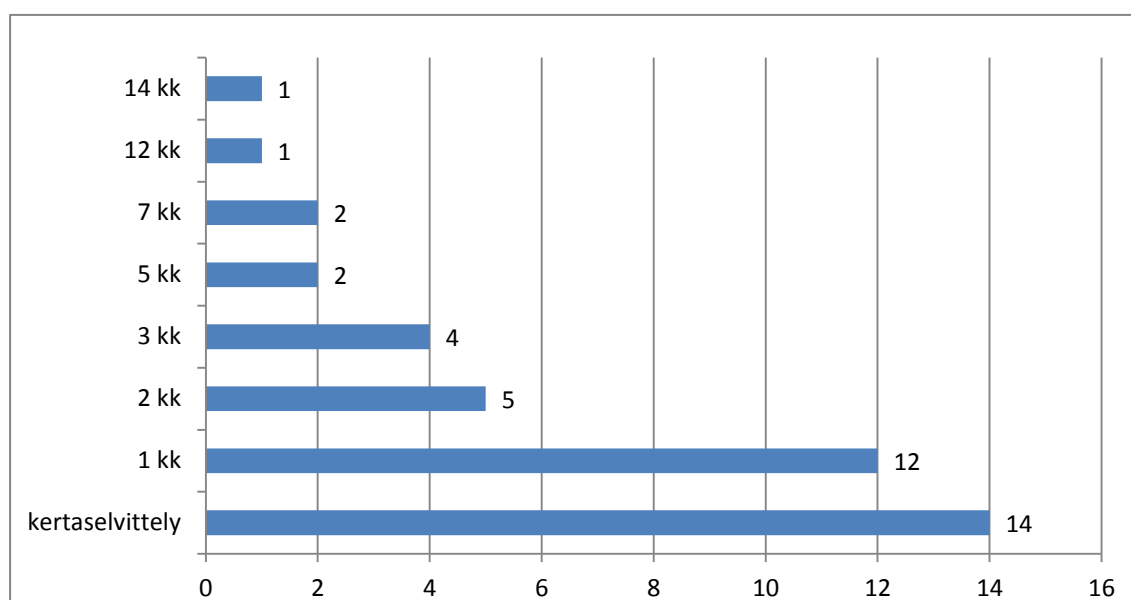


KUVIO 1:Lähetettävät tahot 2010

Asiakkaan ottaa vastaan kaksi ACT:n sairaanhoitajaa, jotka arvioivat jatkohoidon tarpeellisuuden. Jatkohoidon tarpeessa selvitetään, onko asiakkaalla jo olemassa oleva hoitosuhde. Mikäli asiakkaalla on jo hoitosuhde muualla, hänet ohjataan sinne uudelleen. Hänelle varataan aika ja varmistetaan asiakkaan pääsy hoidon piiriin.

Päädyttyä siihen, että asiakkaasta tulee ACT:n asiakas, hänen hoidolliset tarpeensa pyritään kartoittamaan mahdollisimman perusteellisesti. Hoidossa halutaan huomioida ihminen kokonaisvaltaisesti. Ajatuksena on, että ensin kartoitetaan perustarpeet kuten asuntotilanne, toimeentulo sekä fyysinen terveydentila. Perusasioiden kartoittamisen jälkeen voidaan keskittyä mielenterveydellisiin ongelmiin sekä muihin haasteisiin, joita asiakkaalla on arjessa. Hoidossa pyritään tiiviiseen kontaktiin ja yhteistyöhön asiakkaan kanssa hoidon onnistumiseksi. Hoidon halutaan olevan potilaalle mahdollisimman joustavaa. Tarpeen vaatiessa sairaanhoitajat voivat tavata asiakasta hänen omassa kodissaan, jos asiakkaan on vaikeaa noudattaa annettuja aikatauluja tai jos hänellä on vaikeuksia liikkua julkisilla paikoilla. Sairaanhoitajat tekevät tarvittaessa myös etsivää työtä. Mikäli asiakas ei tule sovittuihin tapaamisiin tai ei ole puhelimella tavoitettavissa, menevät he asiakkaan kotiin tarkistamaan tilanteen. (Komu, kenttätyöpäiväkirja 2011.)

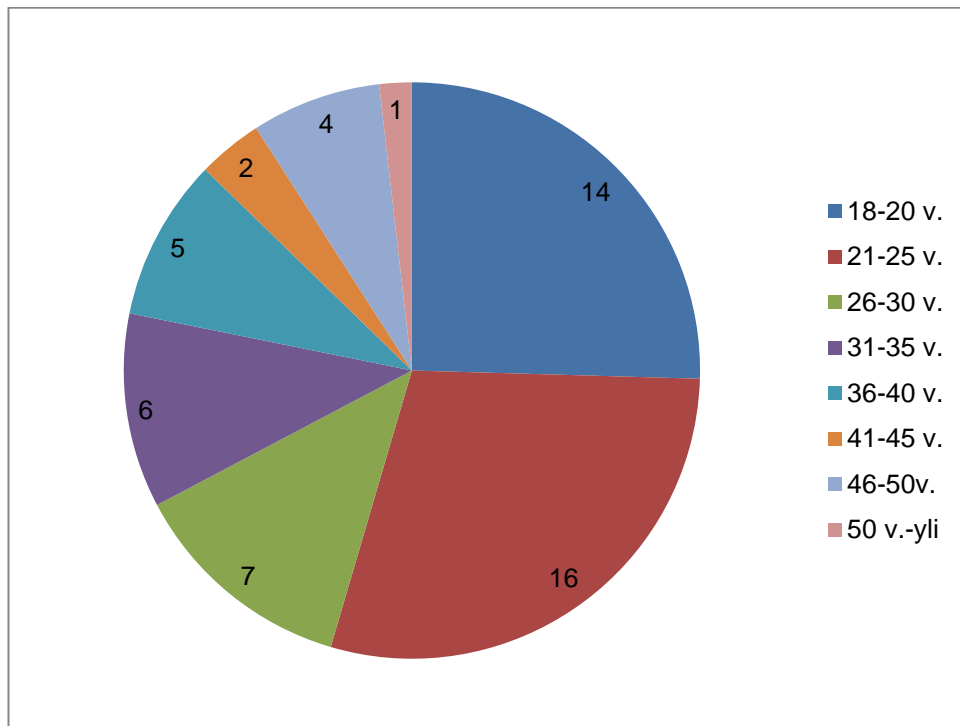
Asiakkuuden pituus ACT:ssa vaihtelee suuresti, mutta tavoitteena on noin kolmessa tai neljässä kuukaudessa saada asiakkaan tilanne selkiytymään (Kuvio 2). Sairaanhoitajat tapaavat asiakasta säännöllisesti ja yksilöllisten tarpeiden mukaan kerran viikossa tai useammin. Asiakkaalla on mahdollisuus saada apua käytännön asioiden järjestelyyn sekä tukea niiden hoitoon. Sairaanhoitajat voivat tarvittaessa olla konkreettisesti asiakkaan mukana näissä tilanteissa. ACT:n kautta asiakkaalla on mahdollisuus saada diagnoosi ja oikeanlainen lääkitys, jolloin hänen kykynsä hoitaa itseään sekä asioitaan paranee usein huomattavasti. Asunnon ja säännöllisen toimeentulon järjestytyä voidaan yksilöllisesti suunnitella jatkohoito. Asiakkaalle haluaan antaa riittävästi aikaa sopeutua muutoksiin. Tällöin tapaamisia ensin harvennetaan ja seurataan rinnalla, että jatko-suunnitelma myös toteutuu. ACT on tässä vaiheessa tukiverkko, joka takaa turvallisen siirtymävaiheen. Käytössä oleva moniammatillinen työryhmä voi asiakkaan luvalla yhdessä hakea yksilöllisiä ratkaisuja kussakin tilanteessa. Eri vaiheita seurataan ja niistä keskustellaan viikoittaisissa ACT-tapaamisissa koko työryhmän kesken. Tavoitteena on ohjata asiakasta eteenpäin itsenäiseen elämään hänen kotiympäristössään. (Komu, kenttätyöpäiväkirja 2011.)



KUVIO 2: Hoitojaksojen pituudet 2010

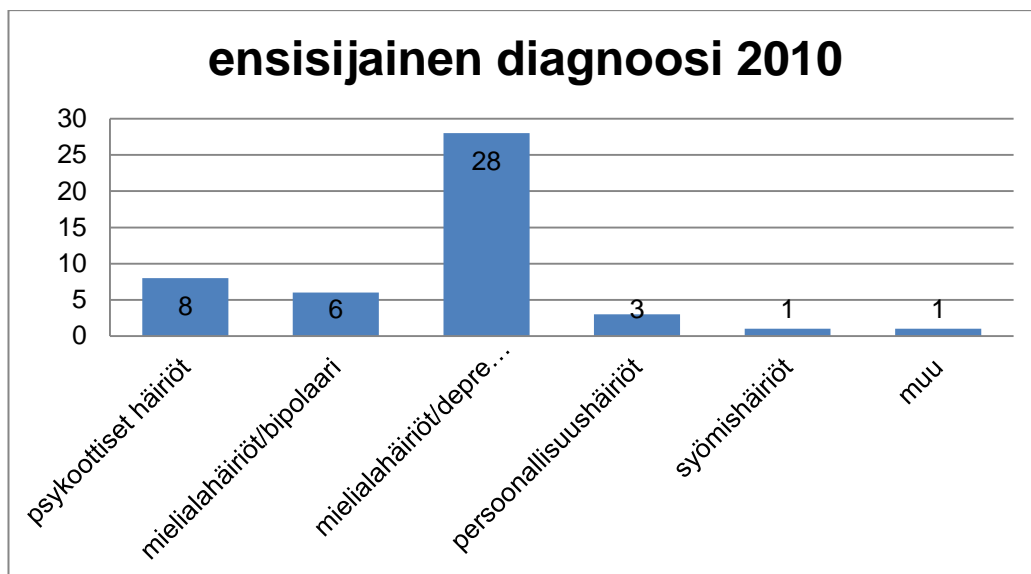
6.3 ACT:n asiakkaat

ACT-työryhmän aloittaessa toimintansa syksyllä 2009 oli näkemys, että sen kohderyhmä olisi vaikeasti hoidettavat ja vaikeasti hoitoon sitoutettavat pitkäaikaiset psykoosipotilaat sekä hoitopalveluiden suurkuluttajat (ACT-mallin projektisuunnitelma 2009). Tarkasteltaessa vuoden 2010 tilastoja voidaan havaita, että hoidossa olleet asiakkaat ovat pääasiassa alle 25-vuotiaita, moniongelmaisia, mielialahäiriöisiä nuoria (Kuvio 3).



KUVIO 3: ACT-asiakkaiden ikäjakauma 2010

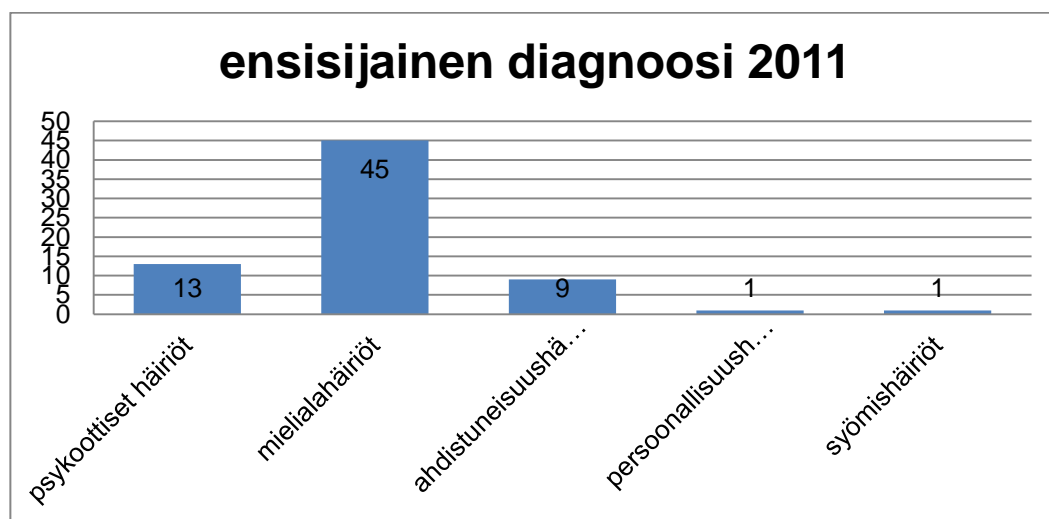
Ensisijainen diagnoosimäärittelmä on muuttunut vuodesta 2010 vuoteen 2011. Tilastoista huomaa, että vielä vuonna 2010 mielialahäiriöt jaettiin kahteen ryhmään (Kuvio 4). Vuonna 2011 nämä ryhmät on yhdistetty, jolloin yli 65 %:lla potilaista mielialahäiriö on ensisijainen diagnoosi (Kuvio 5). Psykoottisten häiriöiden määrä on myös lisääntynyt vuonna 2011.



Kuvio 4: Ensisijainen diagnoosi 2010

+ päihdeongelma oli lisänä 20 tapauksessa

+ syömishäiriö lisänä 3 tapauksessa.



Kuvio 5: Ensisijainen diagnoosi ajalta 1.1.-30.8.2011

+ päihdeongelma lisänä 19 tapauksessa

+ osalla persoonallisuushäiriöitä päädiagnoosin lisäksi

+ osalla somaattisia sairauksia päädiagnoosin lisäksi

7 AINEISTON ANALYYSI

Sovelsimme aineiston analyysiin empirististä diskurssianalyysiä. Empiristisessä diskurssianalyysissä aineistot ovat yleisesti ottaen puhetta. Puheet ja keskustelutilanteet nauhoitetaan ja ne litteroidaan tekstimuotoon eli inskriptoidaan puhe-tilanne tekstiksi. Inskriptoidusta tekstistä etsitään merkkejä, jotka kootaan mahdollisen diskurssin löytymiseksi. Tämän jälkeen löydettyjä merkkejä verrataan yhteiskunnalliseen ympäristöön, jota kautta löytynyt diskurssi voidaan vahvistaa. (Metsämuuronen 2006, 348—350.)

Valmis aineisto järjesteltiin teemoittain. Kävimme läpi haastattelua teema kerrallaan ja muodostimme niistä toisiinsa liittyviä kokonaisuuksia. Aihealueita oli selkeästi neljä, ja muodostuivat teema-alueet:

1. ACT:n toimivuus ja hyöty
2. Tavoitteet ja niiden toteutuminen
3. Yhteistyö
4. Kehittäminen

Litteroitua tekstiaineistoa kävimme läpi sana sanalta. Poimimme merkittävimmät sanat tai käsitteet ja huomioimme niiden esiintyvyyden. Teimme jokaisesta teema-alueesta taulukon, jonka jaoimme luokkiin ja kirjasimme mielestämme kyseistä teemaa kuvaavimmat sanat ja käsitteet. Mikäli koimme jonkin asian tai käsitteen olevan negatiivista, merkitsimme viivan perään. Positiivisen asian erottelimme plus-merkillä. Numeroimme sulkuihin sanojen esiintymiskerrat. Tällä tavoin pyrimme kartoittamaan sitä, mitä asioita haastateltavat eniten painottivat. Useimmin esiintyneet sanat tai käsitteet saavat tutkimuksessamme enemmän painoarvoa.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1. ACT:n toimivuus ja hyöty

Haastateltavilta kysyttiin muun muassa työntekijän näkökantaa siihen, miten ACT on vaikuttanut asiakkaan hoitopolkuun, mikä on ollut asiakkaiden antama palaute ja mikä on ACT:n yleinen hyöty. Aineistosta erottui selkeästi kolme eri näkökulmaa, joiden mukaan jaoimme luokat: työntekijä, organisaatio ja asiakas (Taulukko 1). Eniten katsottiin ACT:n tuovan hyötyä asiakkaalle. Verkostopala- veri mahdollistaa nopean tiedon vaihdon, jolloin asiakkaan asia saadaan nope- asti vireille. Haastateltavat kokivat, että lähetteetön käytäntö vähentää byrokra- tiaa, jolloin pääsy hoidon piiriin nopeutuu. Eräs haastateltavista kiteytti ACT:sta saatavan hyödyn:

Siitä on se hyöty että siinä lyhyessä ajassa, kun kaikki on koolla saman pöydän ääressä eri tahoilta, niin saadaan tieto vaihdettua nopeasti, ja sitten toimenpiteet sovittua nopeasti. Asiakkaan asia etenee nopeammin, kun kaikki on siinä koolla ja luvat on ja mitään lähetteitä ei vaadita. Ei ole sitä byrokratiaa. (N1)

Tärkeä hyöty hoidon onnistumisen kannalta on asiakkaan sitoutuminen hoitoon. Nopparin ym. (2007, 154) mukaan hyvä hoito tarkoittaa, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja tulee hyväksytyksi omana itsenään, ja hänen ja hoitajan välille syntyy luottamus.

Ihmiset ovat kokeneet jotenkin tulleet oikeasti kuulluksi. Jos ajat- telee joitakin vaikeita tyyppejä, joitten on vaikea olla suhteessa mi- hin tahansa, niitä on jollakin tavalla saatu ”kesytettyä”. Sillä tavalla ne ihmiset on alkaneet ikään kuin antautumaan hoidon piiriin ja al- kaneet luottamaan. Ja sillä tavalla ne on saatu sitoutumaan myös- kin. (N6)

Lisäksi kuulluksi tuleminen (3) ja hyvä palvelu (2) mainittiin useampaan kertaan. Yhden maininnan asiakkaan hyödyksi saivat muun muassa yhden luukun peri- aate (1), tasa-arvo (1), ei vaadi byrokratiaa (1) sekä luottamus (1). Nämä seikat katsottiin asiakkaalle positiivisiksi asioiksi. Toisaalta esiin tuli myös negatiivisia asioita. Haastateltavat pohtivat, soveltuuko ACT-malli kaikille sinne valikoiduille

asiakkaille (4). Työparityöskentelyn katsottiin hyödyttävän sekä asiakasta että työntekijää.

ACT:n toimintamalliin liittyvä asia on tämä parityöskentely. Se on työntekijän kannalta ja myös potilaan kannalta hyvä asia. Koska me pystytään parin kanssa jakamaan ajatuksia työstä, jakamaan työtä ja sitä työpanosta, ja varmistamaan myös se, että jompikumpi meistä on koko ajan potilaan käytettävissä vuoden ajan kaikkina työpäivinä. (N6)

Eräs haastateltava kertoi ACT:n olevan hyvä työkalu omaan työhön.

Se on tällä hetkellä tosi hyvä työväline, kun meillä on hirveesti mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita, mutta sitten nämä hoitoon ohjauspolut on ollu aika vaikeita tähän asti. (N1)

Eräs työntekijä koki pääsevänsä hyödyntämään omaa ammattitaitoaan. Lähetettömyys nopeuttaa asioiden etenemistä. Toisaalta koettiin, että työtä on paljon ja joku totesi, ettei saa henkilökohtaista palautetta työstään.

Organisaation katsottiin hyötyvän erityisesti siitä, että ACT poimii pudokkaat (9) ja on apu moniongelmaisille asiakkaille (2).

ACT yrittää tehdä tämmösistä reppanoista kansankelpoisia. Tämmösiä ihmisiä meidän joukkoomme. Yrittää löytää niitä ihmisiä jotka on pudonnu jollain tavalla kelkasta. (N5)

ACT:n katsottiin toimivan nuorten kohdalla ennaltaehkäisevästi ja vähentävän sosiaali- ja terveystalveluiden perustalveluiden kuormaa.

Sit mä näkisin, että siellä on näitten nuorten ihmisten kohdalla tää ennaltaehkäisevyys, että jos niitä pulmatilanteita ja solmussa olevia asioita saadaan varhaisessa vaiheessa selvitettyä, niin sitten se oma elämäokuva siitä oikenee omalla tavallaan. (N2)

TAULUKKO 1: ACT:n toimivuus ja hyöty

TYÖNTEKIJÄ	ORGANISAATIO	ASIAKAS
Työparityöskentely 3 +	Poimii pudokkaat 9 +	Oikea hoitopaikka löytyy 9 +
Hyvä työkalu omaan työhön +	Ennaltaehkäisevyys nuoret 2 +	Nopea hoitoon pääsy 9 +
Ei vaadi lähetettä +	Lisäpalvelu sairaalahoidolle tai avohoidolle 2 +	Edistää sitoutumista 7 +
Ammattitaidon hyödyntäminen +	Apu moniongelmaisille 2 +	Työparityöskentely 3 +
Ei saa henkilökohtaista palautetta -	Vähentää perustoiminnan kuormaa +	Kuulluksi tuleminen 3 +
Paljon töitä -		Hyvä palvelu 2 +
		Yhden luukun periaate +
		Voinnin vakauttaminen +
		Ei vaadi byrokratiaa +
		Kontaktin otto työntekijöiden taholta +
		Viikoittainen tapaaminen +
		Luottamus +
		Riittävästi aikaa jatkohoitoon menoon +
		Tasa-arvoista +
		Soveltuuko kaikille 4 -
		Epäluulo -
		Ei vastata puhelimeen -
		Päällekkäisyyksiä asiakasajoissa -

8.2 Tavoitteet ja niiden toteutuminen

Kysyimme, mitä tavoitteita ACT:llä on, mitä se on tuonut avohoitoon ja onko koulutuksellinen, työnohjauksellinen ja konsultatiivinen tavoite toteutunut (Taulukko 2). Alun alkaen ACT:n tavoitteena oli lisätä avohoitopainotteisuutta ja vahvistaa tukitoimia jo perustetuille verkostoille. Haastateltavat mainitsivat, että asiakaskunta on muuttunut (4).

Alun perin ACT:tä ajateltiin, että se kohdistuisi vakavasti psykoottistasoista häiriöistä kärsiville, ei hoidossa oleville ihmisille. Pari ensimmäistä kuukautta osoitti, että psykoosipotilaat hoituvat tänä päivänä melko hyvin. Semmoisia kadonneita eksyksissä olevia vaikeahoitaisia ja moniongelmaisia pääsääntöisesti alle 25-vuotiaita, joilla on arjen hallinnan pulmaa, mielialaongelmaa, elämä hajallaan, jaksavuusongelmaa, persoonallisuushäiriöpuolta on sit oikeestaan tän hetken fokus enemmän. Tällaiselle asiakaspohjalle me ollaan tätä sitten tarjottu.(N2)

Lisäksi koettiin, että ACT tarjoaa asiakkaille kokonaisvaltaista arviointia (4) nopeasti (3), ja matala kynnyks avohoidossa on toteutunut.

Puhekielessä käytetään usein ilmaisua ”matala kynnyks”. Ilmaisua on metafora jolla tarkoitetaan helppoa pääsyä tai vaivatonta ryhtymistä johonkin asiaan. Sosiaalikehitys Oy:n vastaavan tutkijan VTT Sinikka Törmän mukaan matalan kynnyksen ilmaisua käytetään erityisesti monen erilaisen hoitojärjestelmän palveluiden yhteydessä. Esimerkiksi huono-osaisille suunnatuissa palveluista kuten päiväkeskuksista, ensisuojusta sekä yökahviloista puhutaan matalan kynnyksen palveluina. Samaa ilmaisua käytetään päihdeongelmaisten hoitopaikoista, joihin voidaan ottaa vastaan ilman ajanvarausta tai lähetettä. Matala kynnyks-nimitystä käytetään hyvin mielellään ja sen käyttö on kritiikitöntä. (Sosiaalipoliittinen yhdistys i.a.)

Erään haastateltavan mielestä ACT on tuonut väylän moniongelmaisten asiakkaitten hoitopolulle pääsyyn. Haastattelussa mainittiin, ettei ole aikaa käydä koulutuksissa. Oppiminen tapahtuu käytännön kautta (2), ja tietoja haetaan omaehtoisesti. Työryhmää pidettiin itseohjautuvana työryhmänä. Mallin koettiin muotoutuvan omanlaisekseen paikkakunnan palvelujen mukaan.

Työntekijöitten mielestä työnohjauksellinen ja konsultatiivinen tavoite on toteutunut (2). Työryhmän jäsenet saavat konsultatiivista apua ryhmän muilta jäseniltä (2) sekä perehdytystä (2). Case-tyyppiset kokoukset toimivat työnohjauksellisina tilanteina.

TAULUKKO 2: Tavoitteet ja toteutuminen

AVOHOITO	KOULUTUKSELLINEN MALLI	TYÖNOHJAUKSELLINEN JA KONSULTATIIVINEN
Asiakaskunta muuttunut (4)	Opitaan käytännön kautta (2)	Konsultatiivinen apu muilta työryhmän jäseniltä (2)
Asiakkaan kokonaisvaltainen arviointi (4)	Omaehtoinen tietojen haku	Työntekijöitten mielestä toteutunut (2)
Nopeus (3)	Muotoutuu omanlaisekseen paikkakunnan palvelujen mukaan	Perehdytys muilta jäseniltä (2)
Matala kynnyks toteutunut	Itseohjautuva työryhmä	Case-tyyppisiä kokouksia
Väylä vaikeille asiakkaille	Ei aikaa käydä koulutuksissa -	
Aiemmin ei saanut asiakasta hoitopolulle		

8.3 Yhteistyö

Selvitimme miten yhteistyö- ja tiedonkulku toimii verkostossa ja yhteistyötahojen kanssa (Taulukko 3). Työryhmän jäsenet olivat yksimielisiä siitä, että yhteistyö ja tiedon kulku ACT-työryhmässä toimii erittäin hyvin (9). Tieto välittyy puhelimitse (4), sähköpostitse (2) ja tekstiviestillä. Koettiin, että on matala kynnys ottaa yhteyttä työryhmän eri jäseniin ja itse verkostopalaverissa tieto vaihtuu nopeasti.

Mun mielestä tosi hyvin. On matala kynnys ottaa yhteyttä. Ei tarvii miettiä voiko kysyä vai ei, ja on paljon helpompi ottaa yhteyttä kun numerolla ja nimellä on kasvot. (N3)

Kysyttäessä, miten paljon haastateltavien mielestä yhteistyötahot ovat tietoisia ACT-työryhmästä ja sen toiminnasta, vastaukset jakoutuivat selkeästi kahteen osaan. Osa oli sitä mieltä, että esimerkiksi terveyskeskuksessa ei olla riittävän tietoisia (3) ACT:stä. Yleisesti ottaen tietoa yhteistyötahoilla oli kohtalaisen hyvin (2), esimerkiksi sosiaalitoimen työntekijät ovat tietoisia (2). Esiin tuli, että tiimin jäsenet markkinoivat ACT:tä omiin organisaatioihinsa, mutta toisaalta enemmänkin voisi viedä tietoa omiin organisaatioihin. Esteenä tiedon kululle oli työryhmän jäsenten käyttämät eri asiakastietojärjestelmät.

TAULUKKO 3: Yhteistyö ja tiedon kulku

VERKOSTON SISÄLLÄ		YHTEISTYÖTAHOT
Toimii hyvin (9)		Terveyskeskuksessa ei tarpeeksi tietoa (3)
Puhelimitse (4)		Toimeksiantoja riittävästi, ei tarvitse markkinoida enempää (3)
Sähköposti (2)	ESTEET	Kohtalaisen hyvin (2)
Tekstiviesti	Eri asiakastietojärjestelmät	Sosiaalitoimi tietää (2)
Matala kynnys ottaa yhteyttä		Ei tarpeeksi (2)
Palaverissa tieto kulkee nopeasti		Enemmän tiedonkulkua myös omiin organisaatioihin
		Toimii hyvin jo tunnettujen yhteistyötahojen kanssa
		Tiimin jäsenet markkinoi omiin organisaatioihin

8.4 Kehittäminen

Tässä osiossa käsitelimme kehittämistä, kehittämistoiveita ja tulevaisuuden näkymiä. Jaoimme vastaukset kolmeen eri luokkaan: yhteistyötahoihin kohdistuviin kehitystoiveisiin, kalustoon liittyviin hankintoihin ja ACT-tiimin kehittämiseen sekä henkilöstön että ACT-verkostotyömallin osalta (Taulukko 4).

Eniten tulevaisuudessa tehtävään yhteistyöhön sai mainintoja poliisi (5). Eräs haastateltava kommentoi poliisin kanssa tehtävää yhteistyötä:

Poliisista saattaisi olla ihan koulutuksellistakin hyötyä, ja heillähän on myös runsaasti ruohonjuuritason päihdetietämystä. (N2)

Toimintaterapeutti (3) ja terveyskeskuslääkäri (3) koettiin myös tarpeellisiksi saada ACT-työryhmän jäseniksi. Lisäksi perusterveydenhuollon avohoidosta toivottiin saavan yksi vastuuihminen (2), jolla olisi riittävästi resurssia toimia ACT-työryhmän jäsenenä. Yhteistyötä työllisyysyksikön kanssa toivottiin entistä enemmän. Toivottiin, että ulkopuolinen yhteistyökumppani voisi tarvittaessa olla verkostopalaverissa mukana.

Asiakkuuden määrittäminen sai eniten mainintoja (6). Tämä ilmeni muun muassa siinä, että työtä koettiin olevan paljon. Palaverikäytäntöihin toivottiin jämmäkkyyttä (5). Eräs haastateltava koki asian seuraavasti:

Palaverit voitaisiin rauhoittaa. Jollakin on kännykät päällä ja sit siihen vastataan kesken palaverin. Joskus se häiritsee. Kaikilla on varmasti kiire, mutta tietynlaista jämmäkkyyttä kaivattaisiin palaveriin. Ehkä me ollaan tultu liian tutuiksi. (N1)

Sijaiskäytäntöihin toivottiin saatavan lisäresursseja (5). Eräs haastateltava toivoi pääsevänsä enemmän mukaan asiakastapaamisiin. Koettiin myös, että lisäkoulutusta tarvittaisiin (4) ja että omaa tieto-taitoa voisi hyödyntää enemmän. Yhtenä tavoitteena oli päällekkäisyyksien karsiminen ja siinä koettiin olevan vielä kehittämisen varaa (2). Päällekkäisyyttä kommentoitiin seuraavasti:

Fokus on nuorissa. ACT palvelee nuoria. Etsivä nuorisotyöntekijätyö palvelee nuoria. Päihdepysäkki palvelee nuoria. Sosiaalitoimi

kiinnittää enemmän huomiota nuoriin, ja onhan sieltä tulossa se valtion hallinnon tasoltakin työllistymistoimenpiteiden osalta, joka kohdistuu nuoriin. Siinä kohdassa pitäisi katsoa, ettei olisi sitä tukea liikaa yhdessä kohdassa.(N2)

Yhtenä kehittämiskohteena mainittiin ACT-verkostomallin markkinointi (2). Myös oman työn arvioinnin kehittäminen ja jatkohoitoon ohjaaminen olivat kehitystoiveina. Tiimin toiminnan kannalta oma auto ja kannettava tietokone olisivat tarpeellisia, koska ne helpottaisivat kotikäyntejä. Esteenä kehittämiselle pidettiin liian pienet resurssit (7).

TAULUKKO 4: Kehittämistoiveet

YHTEISTYÖTAHOT	KALUSTO	HENKILÖSTÖ/ACT-tiimi
Poliisi (5)	Auto	Asiakkuuden määrittelemine (6)
Toimintaterapeutti (3)	Kannettava tietokone	Jämäkkyyttä palaverihin (5)
Oma terveyskeskuslääkäri (3)		Sijaiskäytännöt (5)
Terveyskeskuksen avohoitoon vastuuhihminen (2)		Lisäkoulutuksen tarve (4)
Työllisyysyksikkö		ACT-mallin markkinointi (2)
Ulkopuolinen yhteistyökump- pani tarvittaessa mukaan		Oman työn arvioinnin kehittä- minen
	ESTEET	Jatkohoidon ohjaamisen kehit- täminen
	Resurssit (7)	Tieto-aidon hyödyntäminen
		Verkoston jäsen enemmän mukaan asiakastapaamisiin
		Päällekkäisyyksien karsiminen (2)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Järvenpään ACT-verkostotyöryhmän jäsenet suhtautuivat tekemäämme tutkimukseen positiivisesti. He kokivat ACT-verkostotyön tärkeäksi ja toimivaksi työskentelytavaksi, ja heillä oli paljon ideoita ja ajatuksia toiminnan kehittämiseksi.

Tutkimuksemme perusteella Järvenpään ACT-verkostotyöryhmän koettiin tuovan hyötyä nimenomaan asiakkaille. ACT-malli mahdollistaa nopean hoitoon pääsyn moniongelmaisille, vaikeasti hoitoon sitoutuville asiakkaille. Tätä edesauttaa lähetteetön käytäntö, jolloin asiakas luvan annettuaan voidaan nopeasti ottaa alkuhaastatteluun. Turha byrokraattisuus on karsittu pois, jolloin myös yhden luukun periaate toteutuu. ACT on matalan kynnyksen paikka, jossa asiakas kokee tulevansa kuulluksi ja saa kokonaisvaltaista hoitoa. Jatkohoitoon ohjaus toimii hyvin, ja asiakkaalle annetaan riittävästi aikaa jatkohoitoon siirtymiseen. Sairaanhoidajien toimiminen työparina koettiin sekä asiakasta että työntekijöitä hyödyntävänä asiana. Työparityöskentely mahdollistaa vastuun jakamisen, ja muille tiimin jäsenille ja asiakkaille on etua siitä, että sairaanhoitaja on aina tavoitettavissa.

Verrattuna lakisääteiseen Kuntoutuksen asiakastyöryhmään, voidaan todeta, että ACT-verkostotyömalli hyödyntää useampaa asiakasta. Kuntoutuksen asiakastyöryhmä kokoontuu noin joka toinen kuukausi, ja pystyy ottamaan vain muutaman asiakkaan käsittelyyn kerrallaan. ACT-työryhmän kautta kulkee vuosittain yli 50 asiakasta.

Tutkimuksessa käy ilmi, että työntekijät kokevat työtä olevan paljon. Osa syynä tähän on se, että asiakkaita ei ole rajattu millään tavalla. Asiakaskunta on muuttanut alkuperäisen kohderyhmän osalta. Tarkoituksena oli hoitaa lähinnä vaikeasti hoidettavia ja vaikeasti hoitoon sitoutuvia pitkäaikaisia psykoosipotilaita sekä yleisesti hoitopalvelujen suurkuluttajia (ACT-mallin projektisuunnitelma 2009). Työryhmä huomasi muutaman kuukauden kuluttua, että tämän tyyppisillä potilailla on usein jo olemassa oleva hyvä ja toimiva hoitopolku. Nykyinen

asiakaskunta tulee ensisijaisesti sosiaalitoimen kautta, ja periaatteessa ACT-työryhmä on vastaanottanut kaikki sinne lähetetyt asiakkaat. Vuoden 2010 hoitajaksojen pituudet taulukosta (Kuva 2) käy ilmi, että kertaselvittelyjen määrä on 30 % koko sen vuoden potilasmäärästä. ACT-verkostotyön kannalta on tärkeää, että asiakkuus määritellään selkeästi, jolloin olemassa olevat resurssit saataisiin paremmin käyttöön. Tällä tavoin voidaan myös karsia päällekkäisiä hoitomuotoja. Päällekkäisyyksien karsiminen on ollut yksi ACT-työryhmän toiminnan tavoitteista, joka ei vielä ole täysin toteutunut.

Organisaatioiden kannalta ACT-työryhmä on tuonut uuden väylän, jonne syrjäytyneet, moniongelmaiset vaikeasti työllistettävät asiakkaat voidaan ohjata, ja tuonut uuden työkalun palveluohjaukseen aikuissosiaalityöhön. Asiakaskunnasta yli 50 prosenttia on alle 25-vuotiaita nuoria aikuisia, jolloin voidaan todeta, että ACT:sta on tullut tärkeä ennalta ehkäisevä työmuoto. Lisäksi se tuo tärkeän lisän mielenterveystyön avohoitoon Järvenpäässä, ja on onnistunut esimerkki saumattomasta yhteistyöstä eri sektoreiden välillä.

Haastattelutilanteessa hämmennystä aiheutti kysymyksemme ACT:lle asetetuista tavoitteista. Kysyimme, miten koulutuksellinen, työnohjauksellinen ja konsultatiivinen tavoite on toteutunut. Osa työryhmän jäsenistä oli ollut tiimissä vasta vähän aikaa, eikä selkeästi ollut tietoinen näistä tavoitteista, jolloin heidän oli vaikea vastata kysymykseen. Projektisuunnitelmassa ei ollut avattu kyseisiä aiheita tarpeeksi laajasti. Tämä aiheutti myös tutkijoille haasteita ymmärtää, mitä tavoitteilla haettiin. Johtopäätöksiä tästä aiheesta on vaikea tehdä, koska meille jäi epäselväksi se, miten haastateltavat asian käsittivät.

Työryhmätyöskentelyä pidettiin hyvin toimivana. Verkostopalaveri viikoittain mahdollistaa nopeaa tietojen vaihtoa tiimin jäsenten välillä. Koettiin, että on etua siitä, että työryhmän jäsenet tuntevat hyvin toisensa. Toisaalta liiallinen tuttavuus koettiin myös haittana. Verkostopalaverin kesto on 1,5 tuntia, jolloin on tärkeää, että voidaan keskittyä asiakasasioihin. Käytännössä aikaa saattaa kuluu kuulumisten vaihtamiseen, tai puhelimet pidetään päällä ja niihin vastataan kesken palaverin. Työryhmä on itseohjautuva työryhmä, jolloin varsinaista pu-

heenjohtajaa tiimillä ei ole. Tämä saattaa vaikeuttaa asioiden hallintaa. Työryhmän olisi hyvä luoda palaverityöskentelylle yhteiset säännöt.

Haastateltavat saivat vapaasti tuoda esiin kehittämissuhteita. Osa kehittämissuhteista liittyi työntekijän omaan henkilökohtaiseen ammatilliseen kehittämiseen. Esimerkiksi oman työn arvioinnin kehittäminen, tietotaidon hyödyntäminen sekä lisäkoulutuksen saaminen tulivat tutkimuksessamme esiin. Osa haastateltavista pahoitteli sitä, ettei jää tarpeeksi aikaa perehtyä ACT-työhön oman perustyön ohella. Aikaa verkostotyön tekemiseen on resursoitu liian vähän. Toinen kehittämissuhteita oli toive saada uusia yhteistyötahoja mukaan toimintaan. Toimintaterapeutti koettiin tarpeelliseksi ja tärkeänä pidettiin oman terveyskeskuslääkärin saamista mukaan verkostoon. Eniten toivottiin yhteistyötä poliisin kanssa. Tarvetta selitettiin sillä, että poliisilla on hyvä päihdetietämys nimenomaan ruohonjuuritasolla ja poliisista voisi olla hyötyä muun muassa koulutuksellisessa mielessä. Poliisin toivottiin myös etsivän kadoksissa olevia asiakkaita. Jäimme miettimään, onko yhteistyö poliisin kanssa järkevää. Asiakkaat tuskin antaisivat suostumustaan, jos tietäisivät poliisin mukana olon. Omasta kokemuksesta tiedämme, että mielenterveysongelmaiset ja päihteiden käyttäjät suhtautuvat usein hyvin ennakkoluuloisesti poliisiin. Poliisin mukanaolo saattaisi olla esteenä hoidon aloittamiseen. Erääksi kehityskohteeksi ehdottaisimme tilastoinnin kehittämistä. Saamamme vuoden 2010 tilastot eivät olleet yhtenäisiä asiakasmäärien suhteen. Jokaisessa taulukossa on eri kokonaismäärä asiakkaita. Näin ollen meille jäi epäselväksi, mikä on ollut todellinen asiakasmäärä vuonna 2010.

Järvenpään ACT-verkostotyömalli eroaa alkuperäisestä ACT:sta kokoonpanon ja asiakaskuntansa vuoksi. Alun alkaen malli kehitettiin skitsofreniaa sairastavien potilaiden pitkäaikaiseen avohoitoon. Järvenpäässä asiakaskunnassa on pääsääntöisesti moniongelmaisia, mielialahäiriöisiä nuoria. ACT:lle on ominaista, että se muuttaa muotoaan paikkakunnan palvelutarjonnan mukaan. Asiakkaiden / potilaiden on todennäköisesti vaikea hahmottaa, mitä ACT tarkoittaa. Jäimme pohtimaan, onko verkostotyön nimi Suomessa käytettynä oikeanlainen.

ACT-verkostotyötä tehdään nyt myös Tuusulassa, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia ACT-verkostotyömallin toimivuutta asiakkaiden näkökulmasta ja siitä, miten se on vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Lähetimme haastateltaville etukäteen kirjeen jossa kerroimme tutkimuksemme tavoitteista. Emme voi arvioida onko sillä ollut vaikutusta haastateltavien mielipiteisiin. Kaikki olivat lukeneet kirjeen, ja olivat ennen haastattelua tietoisia sen tarkoituksesta. Tehtäessä tutkimusta laadullisella tutkimusmenetelmällä on luotettavuuden kriteerinä tutkija itse sekä hänen rehellisyytensä, koska arvion kohteena on tutkijan tutkimuksessa tekemät valinnat, ratkaisut ja teot (Vilka 2005, 158–159).

Haastattelussa käytimme kysymyksissä samoja termejä joita on kirjattuna ACT-toiminnan tavoitteisiin. Tästä huolimatta joidenkin kysymysten kohdalla termit herättivät hämmennystä haastateltavissa. Hämmennyksen vaikutusta vastauksiin on vaikea arvioida. Tutkimuksemme luotettavuuteen ja yleistettävyyteen vaikuttaa myös se, että olemme haastatelleet kaikki työryhmän jäsenet. Jos tutkittavia on vähän, tarkoittaa se yleensä pientä yleistettävyyttä (Metsämuuronen 2006, 49).

Haastatteluissa ilmapiirit olivat luontevia ja kohtuullisen rentoja. Osa haastateltavista kertoi jännittävänsä haastattelun nauhoittamista. He kaikki kertoivat olevansa kiinnostuneita tutkimuksesta ja erityisesti sen tuloksista. Haastateltavat eivät kaikki ottaneet omatoimisesti yhteyttä haastattelijaan, vaan suurin osa yhteyden ostoista tuli esimiehen annettua kehotus varata haastattelu-aika. Tämän tilanteen vaikutusta haastatteluun emme voi varmasti arvioida. Haastatteluissa se ei tullut ilmi negatiivisena suhtautumisena tai vastaavana ilmiönä. Litteroitua haastatteluaineistoa ei esitetty haastateltaville.

Laadukkuutta tavoiteltaessa on pyrittävä suunnittelemaan hyvä haastattelurunko (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184). Haastatteluaineiston laatua pyrimme tarkkailemaan jo ennen haastatteluja. Suunnittelimme haastattelurungon kun olimme perehtyneet aiheeseen mahdollisimman perusteellisesti. Pyrimme myös tiedostamaan, että lisäkysymyksiä ja tarkennuksia ei voida aina ennakoida, koska vapaalle mielipiteen ilmaisulle haluttiin jättää riittävästi tilaa.

Tutkimukseen saadaan erilaisia näkökulmia, kun mukana on useampi tutkija kuten tiimityöskentelyssä. Jokainen tutkija tulkitsee tuloksia omasta näkökulmastaan. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 39.) Tutkimuksemme on toteutettu parityönä. Litteroitua aineistoa olemme käyneet läpi sekä yhdessä että erikseen. Näin halusimme saada esille mahdollisimman paljon erilaisia havaintoja ja näkökulmia tutkittavaan ilmiöön liittyen.

Mielestämme tutkimuksemme on eettisesti hyväksyttävä. Olemme pyrkineet tutkimuksellamme tuomaan kuuluviin työntekijöiden oman äänen sekä mielipiteen. Tutkimus tuo esille työntekijöiden kokemuksia, näkemyksiä ja ideoita uudesta työskentelymallista Järvenpäässä. Tutkimuksessamme emme tuo esille tutkittavien henkilöiden yksittäisiä vastauksia tai heidän ammattiaan, vaan tarkastelemme vastauksia nimettöminä ja niin, että ne eivät ole henkilöitävissä.

Olemme pyrkineet olemaan rehellisiä tehdessämme opinnäytetyötämme. Rehellisyydellä tarkoitamme sitä, että olemme käsitelleet haastatteluaineistoamme mahdollisimman objektiivisesti. Omat ennako-olettamuksemme ja näkemyksemme olemme pyrkineet selkeästi jättämään tutkimustulosten ulkopuolelle ja rajaamaan sitä, mikä on meidän näkemystämme. Tutkijan omilla näkemyksillä on vaikutusta tutkimuksen prosessiin, mutta tutkimuksen tulisi ennen kaikkea heijastaa tutkittavien maailmaa. Tutkijan tulisi tunnistaa oma osuutensa tulkinnoissa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 18.)

Raportin valmistuttua hävitämme kaiken keräämämme materiaalin. Tämän tarkoittaa tallennettujen haastatteluaineistotiedostojen sekä työryhmältä saatujen epävirallisten muistioiden ja suunnitelmien hävittämistä, kuten ACT:n työntekijöiden kanssa olimme ennalta sopineet.

11 LOPUKSI

Opinnäytetyöprosessin aloitimme syksyllä 2010. Lähtökohtana tälle tutkimukselle oli yhteinen kiinnostuksemme aikuissosiaalityöhön ja erityisesti mielenterveys- ja päihdetyöhön. Kiinnostuimme meille tarjotusta tutkimusaiheesta, koska ACT-verkostomalli oli meille aivan uusi käsite. Lähdimme avoimin mielin tutkimaan, mitä ACT tarkoittaa ja miten se toimii palveluohjausmuotona. Meillä molemmilla on kokemusta työskentelystä kunnallisella sektorilla ja toinen meistä on myös työskennellyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Tutkijoina pystyimme jonkin verran hyödyntämään työkokemuksiamme, mutta pääsääntöisesti perehdyimme kirjallisuuteen ja löytämiimme aikaisempiin tutkimuksiin ACT:sta.

Sovimme yhdessä toimintatavoista, joista pidimme kiinni koko projektin ajan. Alkuperäinen aikataulu sekä suunnitelma toteutuivat melko hyvin. Yllätyksiä tuli muun muassa siinä vaiheessa, kun teimme teemoittelua. Teemoittelun teimme yhdessä ja se vei yllättävän paljon aikaa. Yhteisen ajan sovittaminen oli haasteellista. Halusimme ehdottomasti tehdä sen yhdessä, jotta näkemykset eivät jäisi vain toisen havaintojen ja tulkintojen varaan. Tässä yhteydessä kävimme syvällisiä pohdintoja ja vaihdoimme näkemyksiämme. Uskomme sen tuoneen työhön syvyyttä ja laajempaa katsantokantaa. Analysointivaihe oli meille kaikkein innostavin ja opettavin vaihe. Työryhmän jäsenten omat kokemukset ja kehittämisideat sekä innostus omasta työstään tekivät meihin vaikutuksen.

Työt jakaantuivat tasaisesti ja olemme molemmat osallistuneet kaikkiin työvaiheisiin. Työnjaosta olemme käyneet keskustelua koko parityöskentelyn ajan. Työskentelytapamme ovat hyvin erilaiset, mutta se ei ole ollut esteenä missään työn vaiheessa. Avoin keskustelu asioista on auttanut näissä tilanteissa. Haastavinta on ollut löytää yhteinen aika työ tekoon. Työelämän aikataulujen sekä omat henkilökohtaisen elämän haasteet olemme onnistuneet sovittamaan yhteen opinnäytetyöprosessin kanssa.

Tässä opinnäytetyössä olemme päässeet hyödyntämään kaikkia opiskelumme aikana käymiämme opintojaksoja. Ammatillisesti olemme oppineet, että sosionomin täytyy hallita laaja-alaisesti eri osaamisalueita. On tärkeää seurata alalla tapahtuvia muutoksia ja päivittää omaa tietämystään. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyminen asettaa ammattilaisille omat haasteensa. Täytyy kyetä sovittamaan yhteen jo opittuja käytäntöjä. Tiukat salassapitovelvollisuudet voivat hankaloittaa yhteistyötä. Sosiaalialalla puhutaan asiakkaista ja terveydenhuollon alalla potilaista. Tässä tutkimuksessa käytämme pääsääntöisesti käsitettä asiakas. Jäimme pohtimaan, missä vaiheessa terveydenhuollossa tapahtuu muutos siihen, että potilasta kutsutaan asiakkaaksi. Verkostotyön kannalta olisi helpompaa käyttää samaa käsitettä.

Meille on ollut tärkeää luoda jotain konkreettista ja käytännön läheistä materiaalia. Erityisesti huomiomme on kiinnittynyt työryhmän toimintaan ja siihen kuinka suurissa määrin se on muuttunut niistä lähtökohdista, jolloin ACT-työryhmän työskentely aloitettiin. Haastattelut tehtiin syksyllä 2011, jolloin ACT:n asiakkuus oli muuttunut lähes täydellisesti alkuperäisiin kirjattuihin suunnitelmiin verrattuna. Mielestämme suunnitelmia ja tavoitteita kannattaisi päivittää säännöllisen väliajoin, koska työmalli on vielä vaiheessa, jossa lopullista toteutustapaa etsitään käytännön kautta. Toivomme, että ACT-työryhmä voi hyödyntää tutkimuksessa saatua tietoa tehdessään tulevaisuuden suunnitelmia. Erityisen kiitoksen haluamme antaa ACT-projektin vetäjälle, joka on toiminut aktiivisena tukijana koko tutkimuksen ajan. Olemme saaneet häneltä paljon tietoa Järvenpään ACT:n toimintamallista ja siihen liittyvistä haasteista.

LÄHTEET

Assertive Community Treatment Association. Viitattu 28.3.2011.

<http://www.actassociation.org/origins/>

Hakala, Minna 2011. Sairaanhoidaja, Järvenpään Myllytien terveystakeskus. Järvenpää. Henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2011

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2009. Hankesuunnitelma. ACT-moniammatillinen verkostopohjainen työskentelymalli päihde- ja mielenterveysongelmaisten asiakkaiden avohoidon tueksi. Tuloste tekijän hallussa.

Harvard Mental Health Letter. May 2011. Vol. 27 Issue 11, p4-5, 2p. Harvard Health Publications. Copyright 2011 by President and Fellows of Harvard College. All rights reserved.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Isoherranen, Kaarina 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY

Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Tampere: Vastapaino.

Koivisto, Mia-Veera 2010. Avomieli 1.9.2010–31.10.2012 Keski-Uudenmaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Hanke-suunnitelma. Tuloste tekijän hallussa.

Komu, Suvi 2011. Kenttätyöpäiväkirja. Tuloste tekijän hallussa.

Käypä Hoito 2012. Viitattu 4.3.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nak01292>

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003/497. Viitattu 20.2.2012

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Viitattu

19.2.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Leisti, Sirpa 2011. Sairaanhoidaja, Järvenpään mielenterveys -ja päihdetoimisto

MPY. Henkilökohtainen tiedonanto 13.10.2011

Lindholm, Eeva-Riitta 2011. Sairaanhoidaja Järvenpään kotihoito. Järvenpää.

Henkilökohtainen tiedonanto 29.9.2011

Mielenterveyslaki 1990/1116, 14.12.1990. Viitattu 3.12.2011

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Memonen, Pirkko-Liisa 2011. Psykiatrinen sairaanhoidaja HUS. Järvenpään

mielenterveys- ja päihdetoimisto MPY. Järvenpää. Henkilökohtainen tiedonanto 28.8.2011

Metsämuuronen, Jari 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä:

Gummeruksen Kirjapaino Oy

Nokian kaupunki 2012. Viitattu 20.2.2012

http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva_ja_terveys/kuntoutuksen_asiakasyhteistyoryh/

Noppiari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Ponkala, Veli-Matti 2009. Järvenpään ACT-mallin hakesuunnitelma. Tuloste

tekijän hallussa.

- Puro, Sanna 2010. ACT-projektin vetäjä. ACT-moniammatillinen verkostopohjainen työskentelymalli päihde- ja mielenterveysongelmaisten asiakkaiden avohoidon tueksi. Kellokoski. Tuloste tekijän hallussa.
- Rantala, Marja 2011. Lääkäri, Järvenpään mielenterveys- ja päihdetoimisto MPY. Järvenpää. Henkilökohtainen tiedonanto 30.9.2011
- Salokangas, Raimo; Stengård, Eija; Honkonen, Teija; Koivisto, Anna-Maija & Saarinen, Soile 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Opas 2001:9. Helsinki.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:47. Helsinki: Yliopistopaino
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Julkaisuja 2008:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Viitattu 20.3.2012.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste
- Sosiaalipoliittinen yhdistys 2012. Viitattu 25.3.2012.
http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0209/2_2009_pv_torma.pdf
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Työ- ja elinkeinoministeriö 2012. Tiedote 20.3.2012. Viitattu 25.3.2012.

http://www.tem.fi/?89506_m=105852&s=2467

van Veldhuizen, J. Remmers 2007. FACT: A Dutch Version of Act. Community Mental Health Journal, Vol. 43, No. 4, August 2007. DOI:10.1007/s10597-007-9089-4

Vesterinen, Kirsi 2011. Sosiaalityöntekijä, Järvenpään sosiaalitoimisto. Järvenpää. Henkilökohtainen tiedonanto 20.9.2011

Vilén, Marika; Päivi Leppämäki & Leena Ekström 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Väisänen, Leena; Niemelä, Mika & Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä (Vuorovaikutus ammattitaitona). Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy

LIITTEET

LIITE 1 Kirje haastateltaville

Hei ACT-työryhmän jäsen!

Olemme sosionomiopiskelijoita Järvenpään Diakista ja teemme opinnäytetyötä ACT-mallin toimivuudesta. Tutkimme mikä verkostotyössä on onnistunut ja selvitämme sen kehitystarpeita. Opinnäytetyömme tilaajana on Sosiaalialan osaamiskeskus Sosiaalitaito.

Tarkoituksenamme on tutkia miten ACT-verkostotyömallin tavoitteet ovat toteutuneet työntekijän näkökulmasta Järvenpäässä, sekä miten ACT-menetelmää tulisi vielä kehittää.

Meille on myönnetty tutkimuslupa sekä HUS:ilta että Järvenpään kaupungilta. Haastattelujen toivotaan toteutuvan syys - lokakuun 2011 aikana. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja niihin varataan aikaa on noin 1–1,5 tuntia. Haastattelut pyritään pitämään haastateltavien omissa työtiloissa.

Pyytäisimme sinua varaamaan sinulle sopivan haastatteluajan mahdollisimman pian. Haastattelijana toimii Suvi Komu.

Yhteystiedot: Suvi Komu
puh. 0400-765533

Ystävällisin terveisin

Suvi Komu
suvi.komu@gmail.com

Pirjo Mäkinen
pirjo.makinen@tuusula.fi

LIITE 2: Haastattelurunko

HAASTATTELU ACT-VERKOSTOTYÖMENETELMÄN TOIMIVUUDESTA JÄRVENPÄÄSSÄ

RYHMÄN ROOLIT JA TOIMINTA

1. TAUSTATIEDOT: toimipiste, nimike, rooli ACT-työryhmässä
2. Kerro ACT-toiminnasta ja sen tavoitteista.)
3. Millaista ohjausta/koulutusta olet saanut ACT-toimintaa varten? (onko ollut riittävää/olisiko sille ollut tarvetta?)

ASETETTUJEN TAVOTTEIDEN TOTEUTUMINEN TYÖNTEKIJÄN NÄKÖKULMASTA

1. Mitä ACT on tuonut avohoitoon
2. Miten ACT-toiminta on vaikuttanut asiakkaan hoitopolulle pääsyyn ja siellä pysymiseen?
3. Miten ACT:n koulutuksellinen, ohjauksellinen ja konsultatiivinen ta-voite on mielestäsi toteutunut?

YHTEISTYÖ JA TIEDONKULKU

1. Onko yhteistyötahoilla riittävästi tietoa ACT-työryhmästä, (osataan-ko potilaat ohjata ACT-työryhmälle?)
2. Miten tieto mielestäsi kulkee eri toimijoiden välillä? (lähettävät ta-hot, jatko hoito jne.)
3. Miten yhteistyö mielestäsi on sujunut?

"ASIAKKAAT"

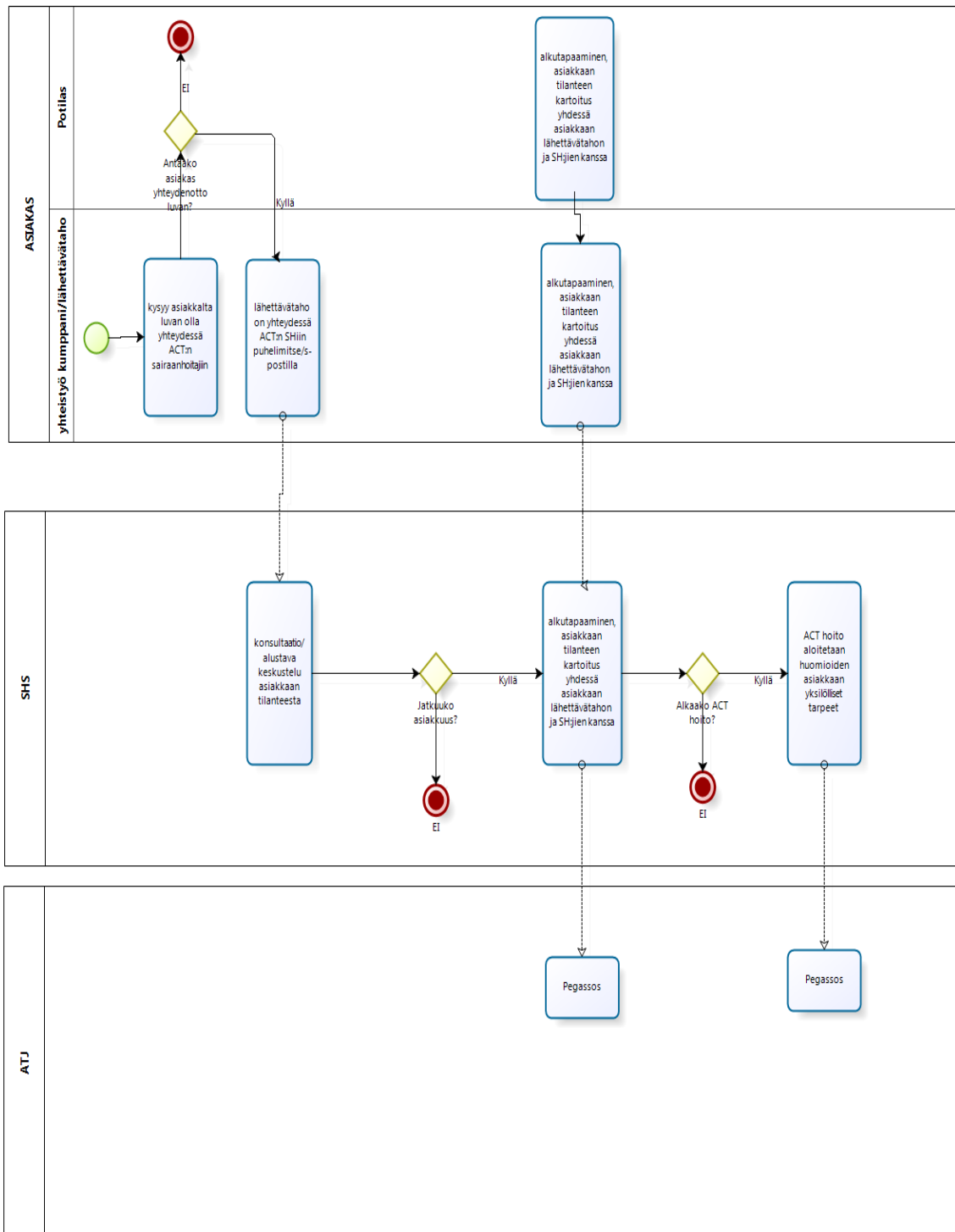
1. Miten ACT on mielestäsi vaikuttanut asiakkaiden elämänlaatuun?
2. Millaista palautetta olet saanut asiakkailta?

KUVAILE MITÄ HYÖTYÄ ACT-TOIMINNASTA ON OLLUT?

KUINKA KEHITTÄISIT ACT-TOIMINTAA?

HALUATKO VIELÄ LISÄTÄ TAI SANOA JOTAIN ITSELLESI TÄRKEÄÄ TAI ERITYISTÄ ACT-TYÖSTÄ? KIITOS HAASTATTELUSTA!

LIITE 3 ACT:n asiakasprosessin synty



ASIAKAS

PROCESS ELEMENTS

 **Element**

kysyy asiakalta luvan olla yhteydessä ACT:n sairaanhoitajiin

 **Antaako asiakas yhteydenotto luvan?**

Gates

Ei

 **Element**

lähettävätaho on yhteydessä ACT:n SHiin puhelimitse/s-postilla

alkutapaaminen, asiakkaan tilanteen kartoitus yhdessä asiakkaan lähettävätahon ja SH:jien kanssa

alkutapaaminen, asiakkaan tilanteen kartoitus yhdessä asiakkaan lähettävätahon ja SH:jien kanssa

 **Potilas**

 **yhteistyö kumppani/lähettävätaho**

- sosiaalitoimi/ aikuissosiaalityö
- mielenterveys- ja päihdeyksikkö
- kotihoto
- perusterveydenhuolto/ lääkäri/ sairaanhoitaja
- seurakunta
- työllisyysyksikkö