



Esa Nordling
Päivi Rissanen

Mielenterveystyö uudistuu

Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat

Työpaperi 40/2020

Esa Nordling, Päivi Rissanen

Mielenterveystyö uudistuu

Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020

© Kirjoittaja(t) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-590-2 (painettu)
ISBN 978-952-343-591-9 (verkkajulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkajulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-591-9>

PunaMusta Oy
Helsinki, 2020

Esipuhe

Toipumisorientaatiosta on tullut keskeinen viitekehys mielenterveyspalveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen monissa maissa. Myös Suomessa on esitetty ajatuksia mielenterveyspalveluiden uudistamiseksi toipumisorientaation mukaisiksi. Uudistamistarpeen taustalla on perinteisiin mielenterveyspalveluihin kohdistettu kritiikki. Ongelmia on nähty palvelurakenteissa, toiminatavoissa ja -kulttuurissa, perustason ammattilaisten osaamisessa sekä palveluiden kehittämistyön pirstaleisuudessa. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009–2015) tuotiin vahvasti esille mielenterveyspalveluiden uudistamisen tarve ja korostettiin asiakaslähtöisyyttä, osallisuutta ja kokemuksellisuuden merkitystä. Nämä ovat toipumisorientaatiolähtöisen ajattelutavan ydinasioita.

Vuoden 2018 keväällä aloitettiin Suomessa Lapin yliopiston johtama kolmivuotinen Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke. Se on valtakunnallinen kehittämis- ja tutkimushanke, jolle sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt rahoituksen Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020 – Suomen rakennerahasto-ohjelmasta. Hanke noudattaa sosiaalisen osallisuuden ja köyhyyden torjunnan toimintalinjaa (TL5). Hankkeen hallinnoijana toimii Lapin yliopisto ja hankkeessa ovat mukana osatoteuttajina Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Mielenterveyden keskusliitto, FinFami - Mielenterveysomaisten keskusliitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hankkeessa kehitetään toipumisorientaation perustuvia ratkaisuja mielenterveyspalveluihin. Tavoitteena on toipumisorientaation käsitteellistäminen ja soveltaminen suomalaisiin mielenterveyspalveluihin. Hankkeessa luodaan toipumisorientaation perustuvia toimintamalleja sekä seurataan ja arvioidaan palveluprosesseissa tapahtuvia muutoksia. Lisäksi rakennetaan kokemusasiantuntijuuteen, vertaisuuteen ja moniammatillisuuteen perustuvia työmenetelmiä, käytäntöjä ja palvelukokonaisuuksia.

Tämä raportti vastaa osaltaan toipumisorientaation käsitteellistämisen tavoitteeseen. Toipumisorientaatio on ajattelun ja toiminnan viitekehys, missä painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Viitekehysten holistisuudesta johtuen ei ole olemassa yhtä teoriaa, jolla voidaan selittää ja perustella toipumisorientaatiota ilmiönä tai ideologiana. Mielenterveytyössä toipumisorientaation taustateorioille on ominaista, että ne liittyvät eri näkökulmin toipujan hyvinvoinnin edistämiseen ja säilyttämiseen.

Raportin aluksi (Luku 1) tarkastellaan toipumisorientaation käsitettä ja siihen liittyviä prosesseja ja arvoja. Toipumisorientaation taustateoriat on karkeasti jaettu psykologisiin (Luku 2) ja sosiaalitatieteellisiin teorioihin (Luku 3). Osa teorioista on sellaisia, joiden sijoittaminen ei ole yksiselitteistä niiden sovellettavuusalueen laajuuden vuoksi. Erityisesti sosiaalinen konstruktionismi sekä ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys ovat esimerkkejä tästä. Tässä niiden esittely on liitetty psykologisten teorioiden yhteyteen.

Raportissa on katsaus myös lainsäädäntöön (Luku 4), millä on vaikutusta toipumisorientaation mukaisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen.

Lopuksi (Luku 5) kuvataan kokemusasiantuntijuutta ja sosiaalisen tuen käsitteitä yhteisinä nimittäjinä raportin teorioille. Yhteistä niille on sosiaalisten suhteiden linkittäminen ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin.

Kiitämme sitä tukea, mitä olemme saaneet koko hankeorganisaatiolta ja yhteistyökumppaneilta. Meille on muodostunut kirjoitusprosessin aikana käsitys, että tällaiselle raportille on tarvetta ja sitä kohtaan on paljon odotuksia. Toivomme, että sisältö pääosin vastaa odotuksia ja lisää myös ymmärrystä siitä, mistä toipumisorientaatiosta on kysymys.

Esa Nordling ja Päivi Rissanen

Tiivistelmä

Esa Nordling, Päivi Rissanen. Mielenterveystyö uudistuu - toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 40/2020 55 sivua. Helsinki 2020. ISBN 978-952-343-590-2 (painettu); ISBN 978-952-343-591-9 (verkkopainettu)

Toipumisorientaatio on ajattelun ja toiminnan viitekehys, jossa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Toipumista voidaan lähestyä kliinisen työn tavoitteiden kautta, palveluiden näkökulmasta ja henkilökohtaisen kokemuksen perusteella. Toipumisorientaatiossa pääpaino on henkilökohtaisessa toipumisessa, jolloin toipuminen nähdään yksilöllisesti määräytyneenä ja perusteltuna yksilön omista tavoitteista käsin.

Henkilökohtaisessa toipumisessa voidaan erottaa viisi keskeistä osaprosessia: kumppanuus, toivo ja optimismi, identiteetti, elämän tarkoitus ja voimaantumisen. Toipumisorientaation arvopohja perustuu henkilösuuntautuneisuuteen, osallisuuteen, itsemääräämisoikeuteen, kasvumahdollisuuksiin, kokemuksellisuuteen ja subjektiivisuuteen.

Viitekehysten holistisuudesta johtuen ei ole mahdollista löytää yhtä teoriaa, jolla voidaan selittää ja perustella toipumisorientaatiota ilmiönä tai ideologiana. Taustalla olevat psykologiset teoriat liittyvät humanistisen psykologian, eksistentialismin, kognitiivisen psykologian, sosiaalisen konstruktionismin, terveyden edistämisen, motivaation alan, positiivisen psykologian sekä ratkaisu- ja voimavarakeskeisen ajattelun keskeisiin teorioihin.

Sosiaalityössä toipumisorientaation kannalta keskeisiä käsitteitä ovat osallisuus, asiakasosallisuus, toimijuus ja osallistuminen sekä sosiaalisuuden käsite. Moni sosiaalityön toimintamalli jakaa toipumisorientaation arvopohjan, esimerkkinä yhteisöllinen sosiaalityö ja yhdyskuntatyö, psykososiaalinen työ, palveluohjaus ja KAIMER-malli. Myös lainsäädäntö sisältää mielenterveysasiakkaan asemaa ja osallisuutta koskevia määräyksiä ja velvoitteita, joilla on merkitystä toipumisorientaatio kannalta.

Mielenterveystyössä ja sosiaalityössä kokemusasiantuntijuus, sosiaalinen tuki sekä erityisesti vertaistuki ovat keskeisissä rooleissa toipumisorientaation edistämässä ja implementoinnissa. Niiden taustalla on monia eri teorioita ja asiakokonaisuuksia, joille on yhteistä sosiaalisten suhteiden linkittäminen ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin.

Sammandrag

Esa Nordling, Päivi Rissanen. Mielenterveystyö uudistuu - toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat [Mentalvårdsarbete förnyas - teoretiska grunder för återhämtningsinriktat förhållningssätt]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 40/2020. 55 sidor. Helsingfors, Finland 2020. ISBN 978-952-343-590-2 (tryckt); ISBN 978-952-343-591-9 (nätpublikation)

Ett återhämtningsinriktat förhållningssätt (recovery-oriented practice) är en referensram för tänkande och handlande, i vilken poängteras resurser, delaktighet, hopp, meningsfullhet och positiv mental hälsa. Man kan betrakta återhämtning genom mål för kliniskt arbete, ur servicesynvinkel och utifrån ens personliga erfarenhet. I detta förhållningssätt ligger huvudvikten vid en personlig återhämtningsprocess i vilken återhämtningen bestäms utgående från ens egna individuella och välgrundade mål.

I en personlig återhämtning kan urskiljas fem centrala delprocesser: partnerskap, hopp och optimism, identitet, mening med livet och empowerment. I ett återhämtningsinriktat förhållningssätt baserar sig värden på personinriktning, delaktighet, självbestämmanderätt, tillväxtpöjligheter, empiriskhet och subjektivitet.

På grund av att referensramen är holistisk är det inte möjligt att hitta en enskild teori som kunde förklara och motivera detta förhållningssätt som fenomen eller ideologi. De psykologiska teorier som finns i bakgrunden hänger ihop med de centrala teorierna inom humanistisk psykologi, existentialism, kognitiv psykologi, socialkonstruktivism, hälsofrämjande, motivation, positiv psykologi samt lösning- och resursfokuserat tänkande.

Från återhämtningens synpunkt utgörs de centralaste begreppen (inom socialarbete) av delaktighet, brukardelaktighet, aktivitet och deltagande samt socialitet. Många verksamhetsmodeller inom socialarbete är likadana med återhämtningens värdegrund, t.ex. samhälleligt socialarbete och samhällsarbete, psykosocialt arbete, ärendehantering och KAIMEr-modellen. Även lagstiftningen innehåller bestämmelser och förpliktelser gällande brukarnas ställning och delaktighet – dom är också viktiga för återhämtningen.

Inom mentalvårds- och socialarbete innehas erfarenhetsexpertis, socialt stöd samt speciellt kamratstöd i centrala roller angående både främjande och implementering av återhämtning. I bakgrunden finns många olika teorier och fall som har det gemensamt att de kombinerar sociala relationer med människornas hälsa och välfärd.

Sisällys

Esipuhe.....	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	5
1. Tausta.....	9
1.1. Toipumisen käsite ja sen erilaiset tulkinnat.....	9
1.2. Henkilökohtainen toipuminen prosessina.....	9
1.3. Toipumisorientaation perusarvot.....	11
2. Psykologiset teorat.....	13
2.1. Humanistinen psykologia.....	13
2.1.1 Humanistisen psykologian yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	14
2.2. Eksistentiaalisuus.....	15
2.2.1 Eksistentiaalisuuden yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	16
2.3. Kognitiivisen psykologian teorat.....	16
2.3.1. Kontrolliodotukset.....	17
2.3.2. Opittu avuttomuus.....	17
2.3.3. Haastehakuisuus.....	18
2.3.4. Pystyvyysodotukset.....	18
2.3.5. Kognitiivisen psykologian teorioiden yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	19
2.4. Sosiaalinen konstruktionismi.....	20
2.4.1. Sosiaalisen konstruktionismin yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	21
2.5. Terveiden edistämisen teorat.....	21
2.5.1. Terveiden edistämisen yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	22
2.6. Motivaatioteorat.....	22
2.6.1. Itsehjautuvuusteorian yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	24
2.7. Positiivinen psykologia.....	25
2.7.1. Positiivisen psykologian yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	25
2.8. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys.....	26
2.8.1. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyden yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	27
3. Sosiaalityön teoria.....	29
3.1. Osallisuus.....	29
3.2. Asiakasosallisuus.....	29
3.3. Toimijuus ja osallistuminen.....	30
3.4. Sosiaalinen.....	31
3.5. Sosiaalityön toimintamallit.....	31
3.5.1. Sosiaalityön yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin.....	32
3.6. Sosiaalityön yhteisöllisiä ja yksilöllisiä toimintamuotoja.....	33

3.6.1. Yhteisöllinen sosiaalityö ja yhdyskuntatyö	33
3.6.2. Psykososiaalinen työ.....	34
3.6.3. Palveluohjaus.....	35
3.6.4. KAIMEr-malli.....	36
4. Asiakkaan asema ja osallisuus lainsäädännössä	39
4.1. Lainsäädännön yhteys toipumisorientaatioon.....	41
5. Kokemusasiantuntijuus ja sosiaalinen tuki psykologisia ja sosiaalityön teorioita yhdistävinä käsitteinä.	42
5.1. Kokemusasiantuntijuus.....	42
5.2. Sosiaalinen tuki ja vertaistuki sosiaalisen tuen erityismuotona.....	43
5.2.1. Sosiaalisen tuen määrittelyä	43
5.2.2. Sosiaalisen tuen muotoja ja vaikutuksia	44
5.2.3. Vertaistuki	45
5.2.4. Sosiaalinen tuki mielenterveystyötä ja sosiaalityötä integroivana käsitteenä toipumisorientaatioissa	46
Lähteet.....	47

1. Tausta

1.1. Toipumisen käsite ja sen erilaiset tulkinnat

Toipumista voidaan lähestyä kliinisen työn tavoitteiden kautta, palveluiden näkökulmasta ja henkilökohtaisen kokemuksen perusteella. Kliinisessä toipumisessa keskeistä on psyykkisen sairauden oireiden lievittäminen ja psyykkisen tilan vakauttaminen lääkityksen ja riskienhallinnan avulla. Palveluiden kannalta katsottuna toipumista arvioidaan organisaatioiden näkökulmasta, jolloin keskeisiksi tulevat hallinnolliset ja kustannukselliset päämäärät ja kriteerit, jotka liittyvät palveluista pois siirtymiseen ja palveluihin pääsemiseen. Kliinisen toipumisen ja palveluihin liittyvän toipumisen käsitteet ovat usein sidoksissa toisiinsa ja edustavat tavanomaista psyykkisistä häiriöistä toipumisen näkökulmaa. Kumpaakaan niistä ei välttämättä sisälly palvelun käyttäjän tekemään määrittelyyn omasta toipumisestaan (Le Boutillier ym., 2015).

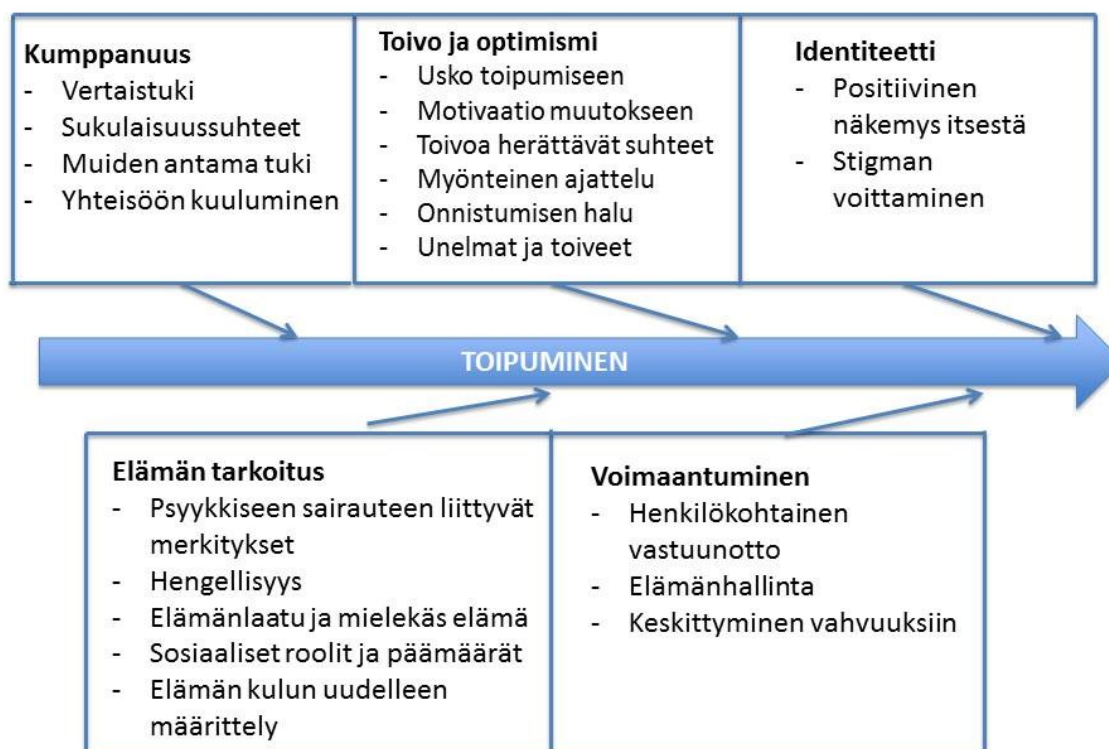
Henkilökohtaisessa toipumisessa korostuu henkilön omakohtainen kokemus mielekkästä elämästä. Toipuminen on henkilökohtainen ja ainutlaatuinen asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessi. Toipuminen nähdään yksilöllisesti määräytyneenä ja perusteltuna henkilön omista tavoitteista käsin eikä se perustu ammattilaisten rajoittaviin näkemyksiin, mikä on mahdollista ja mikä ei (Sullivan & Floyd, 2013). Se on tapa elää tyydytystä tuovaa ja toiveikasta elämää psyykkisen sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta (Slade ym., 2008, 28). Sitä on kuvattu myös metaforan avulla henkilökohtaisena matkana, jossa yksilö löytää elämässään toiveikkuutta lisääviä merkityksellisiä asioita ja mahdollisuuksia henkiseen kasvuun (Pilgrim & McCrannie, 2013).

Toipumisorientaation mukaisessa viitekehyksessä toipumisen on nähty yleensä päätepisteettömänä prosessina, pikemminkin kuin määränpäänä. Toipumisprosessi on aina yksilöllinen ja ainutlaatuinen. Samoin kriteerit, joilla yksilö arvioi toipumistaan, ovat erilaisia. Vastakohtana sille, että asiakas on passiivinen ja ilman sananvaltaa oleva palveluiden kohde, toipuminen on aktiivista toimintaa ja edellyttää omakohtaista vastuuta toipumisprosessista ja usein yhteistyötä ystävien, perheen, tukihenkilöiden ja ammattilaisten kanssa. Valintojen tekeminen tukee itsenäistä toimintaa. Se edellyttää, että on olemassa mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja, joista voi saadun tiedon perusteella tehdä valintoja. Kun henkilö tietää tekemiensä valintojen seuraukset, hänen henkilökohtainen vastuunsa lisääntyy (Jacobson & Curtis, 2000).

1.2. Henkilökohtainen toipuminen prosessina

Vaikka toipumisprosessi on aina yksilöllinen, voidaan siinä erottaa keskeisiä osaprosesseja ja vaiheita. Leamyn ym. (2011) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella löytyi viisi prosessia, joihin vaikuttamalla voidaan tukea henkilökohtaista toipumista. Nämä ovat yhteisöllisyys ja kumppanuus, toivo, identiteetti, merkitys ja voimaantuminen (kuvio 1). Osaprosessien toipumista edistävä painoarvo vaihtelee henkilön omakohtaisten tarpeiden mukaisesti.

Henkilökohtaisen toipumisen prosessit eivät kuitenkaan ole lineaarisia, vaan niissä voi tapahtua sekä taantumista että eteenpäin menoa ja muutoksia voi tapahtua harppauksin tai vähitellen (Anthony, 1993).



Kuvio 1. Henkilökohtaisen toipumisen prosessit (Leamyn ym., 2011)

Andresen ym. (2003) ovat kuvanneet toipumisprosessin vaihteita. Ensimmäinen vaihe on moratorio- eli etsintä-vaihe. Sille on ominaista vetäytyminen, toivottomuus ja kielteinen minäkuva. Toinen vaihe on tietoisuuden vaihe, jossa toiveikkaus ja tietoisuus minäkuvan positiivisista puolista alkaa lisääntyä. Toipujalle syntyy ajatus siitä, että parempi elämä on mahdollinen. Tämä vaihe voi käynnistyä myös toisen ihmisen tuen avulla. Kolmas vaihe on valmisteluvaihe. Siinä toipuja tutkii keskeisiä elämänarvojaan ja ottaa käyttöön sisäisiä ja tarjolla olevia ulkoisia voimavaroja sekä kerää tietoja sairaudestaan. Neljännessä, uudelleen rakentamisen vaiheessa, toipuja työskentelee itselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, luo itsestään positiivisempaa minäkuvaa ja pyrkii elämän hallinnan lisääntymiseen. Viimeinen vaihe on kasvun vaihe. Siinä suuntaudutaan kohti positiivista tulevaisuutta itsensä toteuttamisen avulla. Samalla itseluottamus ja optimismi vahvistuvat. Vaikka sairaus ei olisi-kaan lievittynyt, toipuja on oppinut keinoja sen hallintaan.

Prosessin aikana toipujan elämässä tapahtuu psykologisia muutoksia, joita voidaan kuvata toivon löytämisenä ja säilyttämisenä, vastuun ottamisena omasta elämästä ja hyvinvoinnista sekä positiivisen identiteetin rakentamisena ja elämän tarkoituksen löytämisenä (Andresen ym., 2003).

Terveydenhuollon ammattilaiset voivat edistää asiakkaan toipumisen prosesseja auttamalla häntä löytämään voimavaroja ja tekemään suunnitelmia, joiden avulla hän pystyy elämään merkityksellistä ja antoisaa elämää sekä toteuttamaan päämääriään ja haaveitaan (Nordling ym., 2015). Toipumisorientaation mukaisten palveluiden pitää myös vahvistaa asiakkaan tietopohjaa omasta psyykkisestä sairaudestaan, opettaa strategioita tulla toimeen oireiden kanssa, tukea asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja erityisesti edistää asiakkaan mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa sosiaalista tukea (Dalum ym. 2015).

Vaikka mielenterveyspalveluilla on suuri merkitys henkilökohtaisen toipumisprosessin käynnistämässä ja edistämässä, toipumista voi tapahtua palveluista riippumatta. Korkeila (2016) on kuvannut toipumiseen liittyviä erilaisia aspekteja seuraavasti:

- -toipuminen voi käynnistyä hoidon seurauksena
- -kliininen toipuminen voi olla spontaania ja tapahtua hoidosta huolimatta
- -toipuminen voi estyä hoidon seurauksena
- -potilas voi toipua kliinisesti, vaikka henkilökohtaista toipumista ei tapahdu; oireet ovat vähäisiä, mutta elämänlaatu tai toimintakyky laahaa perässä
- -potilas voi toipua henkilökohtaisesti, vaikka kliinistä toipumista ei tapahdu; sairaus, joka ei parane, ei tarkoita toivottomuutta.

Toipumista voi tarkastella myös sisäisten ja ulkoisten edellytysten kautta (Jacobson & Greenley, 2001). Sisäiset edellytykset tarkoittavat toipujan asenteita ja kokemuksia, jotka voivat joko estää tai edistää toipumisprosessia. Toistuvat epäonnistumiskokemukset ovat voineet muokata toipujan näkemyksiä omista mahdollisuuksistaan niin kielteisiksi, ettei henkilökohtaisen toipumisprosessin käynnistymistä tapahdu. Silloin pienetkin onnistumiskokemukset voivat muuttaa toipujan asenteita vähitellen niin, että odotus myönteisten muutosten mahdollisuuksista viriää. Toipumisen ulkoiset edellytykset liittyvät tarjolla oleviin palveluihin, materiaaliin ja yhteiskunnallisiin olosuhteisiin sekä terveys- ja yhteiskuntapolitiittisiin linjauksiin. Toipumisprosessin käynnistymisen ja edistymisen kannalta on oleellista se, että sekä sisäiset että ulkoiset edellytykset ovat toipumista tukevia.

1.3. Toipumisorientaation perusarvot

Spaulding ym. (2016) näkevät toipumisorientaation perustuvan neljänlaisiin arvioihin. Nämä ovat henkilösuuntautuneisuus, osallisuus, itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus kasvuun.

Henkilösuuntautuneisuus tarkoittaa näkemystä, minkä mukaan asiakkaat nähdään ennen kaikkea persoonina, joilla on omat yksilölliset vahvuutensa, rajoituksensa, kykynsä, tuen tarpeensa ja mielenkiinnon kohteensa. Tähän liittyy vielä käsitys siitä, että yksilölliset ominaisuudet todennäköisesti muuttuvat ajan kuluessa uusien elämäkokemusten myötä. Henkilösuuntautuneisuuden viitekehyksestä käsin mielenterveystyötä tekevien ammattilaisten ja palveluissa työskentelevien pitää pyrkiä aktiivisesti seuraamaan ja ottamaan huomioon jokaisen henkilön ainutlaatuiset vahvuudet ja rajallisuudet kaikilla elämänalueella, ei pelkästään sairauteen liittyvissä asioissa (Spaulding ym., 2016).

Tämä henkilöön keskittyvä näkemys on vastakohtana potilassuuntautuneisuudelle, missä toiminnan painopiste on pikemminkin sairaudessa, jolloin hoitokin määräytyy enemmän diagnoosin kuin henkilön tarpeiden perusteella. Tästä johtuen hoito-ohjelmat, jotka perustuvat potilassuuntautuneisuuteen, eivät tue tai ohjaa hoidossa olevia sosiaaliin rooleihin, jotka voivat liittyä esimerkiksi perheeseen, kaverisuhteisiin, ystävytyteen, henkilölle tärkeiden asioiden ajamiseen tai tukihenkilönä toimimiseen (Spaulding ym., 2016).

Osallisuus tarkoittaa prosessia, joka tarjoaa hoidossa oleville henkilöille mahdollisuuksia osallistua täysivaltaisesti hoitonsa ja toipumisensa suunnitteluun ja niitä koskeviin päätöksiin. Perinteisessä lääketieteellisessä mallissa potilaan odotetaan mukautuvan ammattilaisen määrittelemään hoitoon. Potilaat, jotka eivät noudata luotua hoitosuunnitelmaa, leimataan useasti hoitovastaisiksi. Tästä termistä halutaan luopua, koska sen katsotaan sisältävän holhoavia ja halventavia merkityksiä (Spaulding ym., 2016).

Itsemääräämisoikeus on toipumisorientaatioon sidoksissa oleva arvo, jonka perusteella palveluiden käyttäjällä on mahdollisuus tehdä elämäänsä ja hoitoonsa liittyviä valintoja. Asiakkaan on mahdollisuus tehdä valintoja riippumatta siitä, mitä ammattilaiset pitävät sopivana tai suositeltavana. Itsemääräämisoikeudella on syvät juuret filosofiassa, missä se nähdään henkilön ihmisoikeutena tehdä omaa hyvinvointiaan ja elämäänsä koskevia valintoja itsenäisesti. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu yhtä hyvin mahdollisuus irrottautua palveluista ja aktiviteeteista kuin mahdollisuus sitoutua niihin (Spaulding ym., 2016). Itsemääräämisoikeus on yhä useammin hyväksytty hoidolliseen päätöksentekoon kuuluvana eettisenä imperatiivina (Drake & Deegan, 2009). Lääketieteen mallissa

ammattilaisilla nähdään olevan oikeus tehdä päätöksiä potilaan puolesta, koska potilaalla ei ole asiantuntemusta sairauksiin ja niiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä (Spaulding ym., 2016).

Mahdollisuus kasvuun sisältää ajatuksen, että tulevaisuus on avoinna muutoksille. Palveluita pitää muokata sellaisiksi, että ne edistävät henkilökohtaista kasvua ja ottavat huomioon henkilön toipumisen edistymisen. Kasvun mahdollisuudessa korostuu toivon löytyminen. Kaikilla psykiatrisista häiriöistä kärsivillä henkilöillä on mahdollisuus kokea merkityksellisiä positiivisia muutoksia elämässään (Spaulding ym., 2016).

Lääketieteen mallissa vakavasta ja pitkäaikaisesta mielen sairaudesta kärsivän henkilön ennuste on nähty synkkänä. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan henkilön sairauskertomus sisältää usein kuvauksia etenevästä toiminnallisesta heikkenemisestä, oireiden lisääntymisestä ja siitä, ettei hoidosta ole apua. Tämän vuoksi monet mielenterveystyön ammattilaiset edelleenkin uskovat, ettei henkilö, jolla on vakava mielenterveyden häiriö, voi toipua. Tätä näkemystä tukee osaltaan myös lääketeollisuus, jossa skitsofrenia ja muut vakavat mielenterveyden häiriöt nähdään aivosairauksina (Spaulding ym., 2016).

Edellä esitettyjen arvojen lisäksi toipumisorientaation arvomaailmaan voidaan sisällyttää kokemuksellisuus ja subjektiivisuus. Jos henkilön kokemuksia ei oteta huomioon hoito- tai kuntoutumisprosessissa, toipumisorientaation prosessit eivät voi toteutua. Subjektiivisuus liittyy merkitysten rakentumiseen. Vaikka eri ihmisten elämänhistoriaan tai elämäntilanteeseen liittyy samanlaisia tapahtumia ja olosuhteita, jokainen henkilö tekee niistä omia tulkintojaan ja antaa niille omia merkityksiään.

2. Psykologiset teoriat

2.1. Humanistinen psykologia

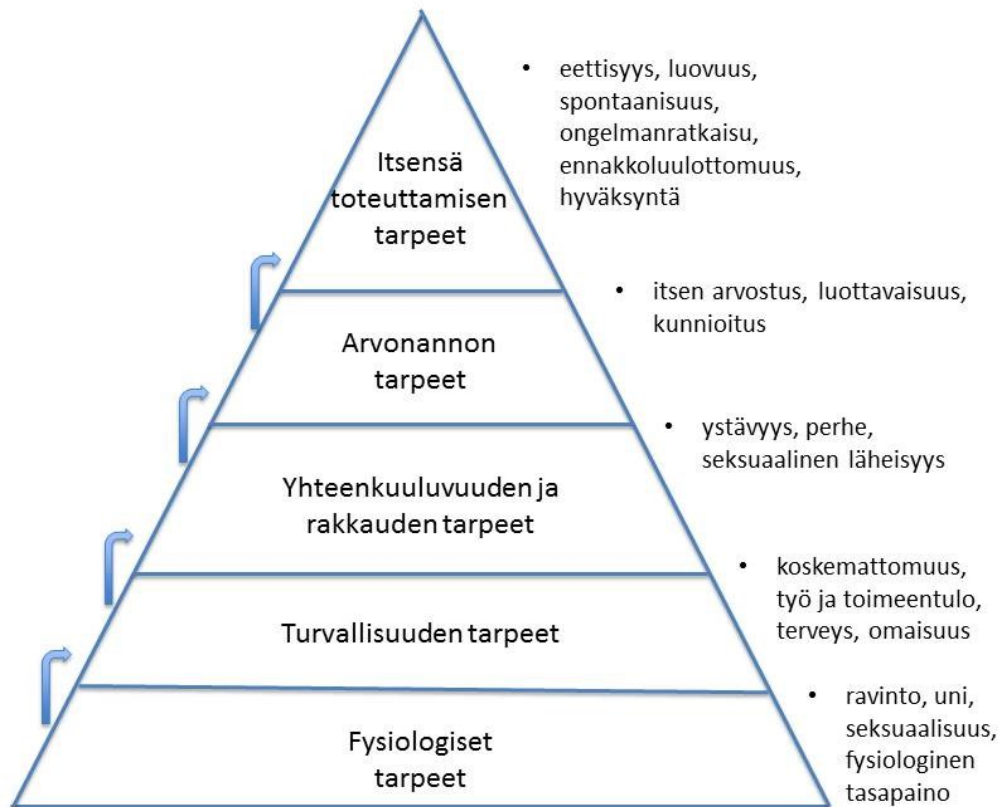
Humanistinen psykologia korostaa ihmisen ainutlaatuisuutta ja sen tutkimuskohteena ovat inhimillinen kokemusmaailma, valinnat, luovuus, itsensä toteuttaminen ja positiivinen kasvu. Nämä asiat tulevat erityisen selvästi esille Abraham Maslowin ja Carl Rogersin tuotannossa (Toivio & Nordling 2013, 38).

Humanistisen psykologian holistisessa ihmiskuvassa hyvinvoinnin toteutuminen edellyttää, että ihminen voi tyydyttää tarpeitaan laaja-alaisesti. Maslowin tarveteoria kuvaa keskeisiä elämäntavoitteita hierarkkisesti (kuvio 2).

Alimpana hierarkiassa ovat fysiologiset tarpeet, jotka liittyvät elämän jatkumiseen ja turvaamiseen. Jos näiden tarpeiden täytyminen vaarantuu, niin muiden tarpeiden tyydyttyminen menettää merkitystään. Turvallisuuden tarpeen tyydyttyminen edellyttää sekä fyysisen että psyykkisen turvallisuuden olemassa oloa. Jos jompikumpi näistä elementeistä tyydyttyy puutteellisesti, niin seurauksena on ahdistusta, pelkoa ja stressiä. Tähän liittyy myös sellaisten rajojen ja normien olemassa olo, mitkä lisäävät elämän vakautta ja ennustettavuutta. Yhteenguuluvuuden ja rakkauden tarpeiden tyydyttyminen on vahvasti sidoksissa ihmissuhteisiin. Tärkeää on, että ihmisellä on olemassa tunne siitä, että hän on osa itselle merkityksellistä yhteisöä. Tähän liittyvät ystävien olemassa olo ja tarvittaessa myös elämäkumppanin löytäminen. Arvonannon tarpeet jakautuvat tarpeeseen saada arvostusta muilta ja itsekunnioituksen olemassa olo. Edellä olevia tarpeita Maslow kutsui puutetarpeiksi, joissa ilmenevät ongelmat koetaan hyvinvointia uhkaavina.

Tarvehierarkian ylimpänä ovat itsensä toteuttamisen tarpeet. Näihin kuuluvat esimerkiksi halu käyttää omia kykyjään mahdollisimman optimaalisesti, luovuus, rehellisyys, eettisesti hyväksyttävä toiminta, totuuden etsintä ja esteettisten elämysten etsintä.

Perusajatuksena on, että ihminen pyrkii toteuttamaan hierarkiassa ylempänä olevia tarpeitaan, kun alemman tason tarpeet ovat toteutuneet riittävän hyvin. Ihminen pyrkii viimekädessä toteuttamaan itseään eli elämään merkityksellistä ja onnellista elämää (Toivio & Nordling, 2013, 39).



Kuvio 2: Maslowin tarvehierarkia

Rogers on tullut tunnetuksi asiakaskeskeisestä terapiastaan, missä asiakkaan auttaminen tulee mahdolliseksi silloin, kun terapeutille syntyy ymmärrys siitä, millaisena asiakas elämänsä kokee. Ihmisen ymmärtäminen ja auttaminen ilman hänen kokemuksensa huomioimista eri tilanteissa on mahdotonta. Jotta terapia voi auttaa asiakasta, sen pitää vahvistaa asiakkaan itseymmärrystä ja kykyä ratkaista elämään liittyviä ongelmia itsenäisesti. Auttamistyössä on olennaista yksilön oma tulkinta itsestään ja mahdolluuksistaan sekä yksilön kokemus hyväksyntä ja arvostus. Rogersin humanismin ydinajatuksena on, että ihminen pystyy selviytymään vaikeuksistaan uskomalla omiin kykyihinsä ja ottamalla käyttöön yksilölliset voimavaransa. Jokaisella on voimavaroja, jotka auttavat selviytymisessä (Toivio & Nordling, 2013, 38–39).

Humanistinen psykologia tähdentää ihmisten kokemusten ja elämysten subjektiivisuutta sekä pyrkii kuvaamaan, tulkitsemaan ja ymmärtämään ihmistä ainutkertaisena yksilönä. Jokaisella ihmisellä on myös yksilöllisiä haasteita ja tavoitteita (Räsänen, 2005, 21–22). Menneisyyden ei tarvitse määrittää tulevaisuutta ja ihminen voi tehdä tulevaisuuttaan koskevia valintoja koska tahansa.

2.1.1 Humanistisen psykologian yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Humanistisessa psykologiassa näkyvät kaikki toipumisorientaation arvot, mutta korostuneesti ihmisuuntautuneisuus ja mahdollisuus kasvuun. Humanismi ilman ihmisuuntautuneisuutta on paradoksi ja Maslowin tarveteoriansa tavoitteena on juuri henkisen kasvun mahdollisuus. Rogersin teoriassa painottuu kokemuksellisuus ja subjektiivisuus eli ihmisen oma tulkinta tilanteestaan ja mahdolluuksistaan.

Humanistisen psykologian teoriat liittyvät myös toipumisorientaation prosesseihin. Maslowin teoria on sidoksissa kumppanuuden prosessiin sosiaalisten tarpeiden ja arvostuksen tarpeiden kautta sekä identiteetin raken-

tumiseen itsensä toteuttamisen avulla. Rogersin teorian mukaan ihmisen vahvistunut itsetuntemus voimavaroistaan on edellytys vaikeuksista selviytymisessä. Tämä liittyy Rogersin teorian vahvasti voimaantumisen prosessiin.

2.2. Eksistentialismi

Eksistentialismi on tieteenfilosofinen suuntaus, joka korostaa subjektiivisuutta, yksilöllistä olemassa oloa, yksilön kokemuksen ainutlaatuisuutta ja yksilön valinnan vapautta. Sen keskeisiä ydinajatuksia ovat:

- ihmisen määrittää oman todellisuutensa ja elämän tarkoituksensa
- yksilöllä on vastuu luoda merkitys omalle elämälleen
- ihmiset tekevät todellisuudessa valintoja sen mukaan mikä on merkityksellistä heille, eivät sen mukaan, mikä on järkevää
- olemassaolo on suhteissa omaan elämäntilanteeseen ja olosuhteisiin.

Radikaali vapaus valintojen tekemiseen herättää huolta, levottomuutta ja pelkoa, mitä pyritään hallitsemaan rationaalisuuden kautta. Tämä voi estää ihmisiä löytämästä merkityksiä vapaudesta ja samalla ihminen voi turvautua helpoihin ratkaisuihin ja yleisiin ratkaisumalleihin.

Se, millaisena maailma ihmiselle näyttää, vaikuttaa siihen, millaisia merkityksiä siihen sisällytetään. Ihminen on vastuussa olemisensa ja tekemistensä mielekkyydestä ja mikäli hän ei ole tästä tietoinen, hän on virran vietävänä. Kyse on silloin sosiaalisten roolien ja odotusten täyttämistä niitä kyseenalaistamatta. Kun ihminen kasvaa tiettyyn yhteisöön ja sen tapoihin, hän ei kyseenalaista yhteisön arvostuksia. Ihmiset juurtuvat tiettyyn maailmaan, jolloin heidän on vaikea irrottautua sitä konstituovista tekijöistä (Kanabro, 2016; Haapala, 1998). Käytännössä tämä näkyy ihmisen tapana paeta vapautta ja uskotella olevansa sidottu olosuhteisiin. Kyseessä on silloin itsetpetos, missä ihminen siirtää vastuun elämästään itsensä ulkopuolelle. Esimerkiksi perinteet ja säästetyt roolit ovat aidon olemassaolon tuhoajia (Kanabro, 2016).

Logoterapia ajatusrakennelmana ja terapiamuotona perustuu vahvasti eksistentialismiin, vaikka siinä on humanistisenkin psykologian elementtejä. Sen luoja on itävaltalainen neurologi ja psykiatri Viktor Frankl, joka keskitysleirikokemustensa pohjalta kiinnostui siitä, miksi toiset selvisivät äärimmäisen vaikeissa olosuhteissa hengissä ja miksi toiset menehtyivät. Keskitysleirillä hän huomasi, että ne, joilla oli jonkinlaisia merkityksiä elämälleen, selvisivät useammin hengissä kuin ne, jotka olivat menettäneet kaiken toivonsa. Tästä syntyi logoterapian perusajatus siitä, että elämällä on aina oltava tarkoitus.

Logoterapiassa vapaa tahto tarkoittaa sitä, etteivät vaistot, geenit tai ympäristö määritä ihmisen olemassaoloa. Näihin vetoaminen ratkaisuja tehdessä on vastuusta pakenemista. Ihminen on aina vastuussa tekemisistään ja vastaa myös merkitysten ja arvojen toteutumisesta. Ihmiset pyrkivät toteuttamaan elämässään asioita, joiden kokevat olevan itselle merkityksellisiä. Nämä merkitykselliset asiat on kuitenkin ensin löydettävä. Elämän merkitykset ovat ainutlaatuisia ja jokaisen velvollisuutena vastuullisena olentona on löytää nämä merkitykset.

Frankl kritisoi Freudin ja Adlerin näkemyksiä, joissa korostuu pyrkimys nautintoon tai valtaan. Logoterapeutin käsityksen mukaan ihmiset, jotka haluavat nautintoja tai valtaa voivat ajautua eksistentialistiseen tyhjiöön, tarkoituksettomuuden tilaan. Tämä tulee esille myös depressiona, aggressiivisuutena, päihteiden käyttönä tai itsetuhoisena käyttäytymisenä (Toivio & Nordling, 2013).

Eksistentiaalinen tyhjiö liittyy usein psyykkisiin sairauksiin tai psyykkiseen pahoinvointiin (Frankl, 1978). Tällöin sitä kuvastavat seuraavat ominaisuudet:

- se on vieraantumista syvempi henkinen tila
- se on henkinen tila, jossa ihminen elää turhautuneena oman olemassaolonsa tarkoituksettomuudesta ja merkityksettömydestä; sitä kuvastaa sisäinen tyhjiö ja henkinen autius, joiden ylipääsemiseen ei tunnu löytyvän keinoja
- ihminen ajautuu toisten ihmisten riepoteltavaksi ja hänestä tulee häilyvä, epäjohdonmukainen ja ristiriitainen ja lopulta hän menettää kokonaan kykynsä tehdä itsenäisiä päätöksiä

- se voi ilmetä erilaisina käyttäytymiseen liittyvinä vääristymisinä, riippuvaisuuksina (esim. työnarkomania), itsetuhoajatuksina tai epätoivoisina tekoina.

Franklin mukaan eksistentiaalinen tyhjiö on Maslowin kuvaaman huippukokemuksen vastakohta eli sitä voidaan pitää ”kuilukokemuksena” (Vuorila, 2007).

Logoterapiassa ihmistä pyritään auttamaan seuraavien olettamusten toteutumisen avulla. Nämä kuvaavat kolmenlaisia arvoryhmiä, jotka ovat luovat arvot, elämysarvot ja asennearvot (Vuorila, 2007):

- 1) Elämällä on aina tarkoitus, mitä voi toteuttaa omalla toiminnalla. Se voi liittyä konkreettisesti omaan elämään, mutta myös toimimiseen yhteisen hyvän puolesta.
- 2) Ihmisellä on kyky omistautua elämyksiin, mitkä liittyvät taiteisiin, luontoon tai sosiaalisiin suhteisiin. Läheinen, jota rakastaa, voi tarjota tien elämän tarkoituksen löytämiseen.
- 3) Elämän tarkoitus voi täytyä myös tilanteissa, mitkä aiheuttavat kärsimystä. Ihminen voi elää merkityksellistä elämää esimerkiksi psyykkisestä sairaudestaan huolimatta.
- 4) Selviytymiskokemukset vaikeista tilanteista kertovat voimavaroista.

Logoterapia edistää myös kahta merkittävää ominaisuutta. Nämä ovat ihmisen kyky itsensä etäännyttämiseen ja kyky itsen transsendenssiin. Itsensä etäännyttämisellä tarkoitetaan ihmisen mahdollisuutta nousta oman itsen ja tilanteen ulkopuolelle ja tarkastella olosuhteita ulkopuolisin silmin. Tehokkain keino itsensä etäännyttämiseen on huumorin käyttö. Huumori voi irrottaa henkilön tietystä tilanteesta näkemään ja kokemaan asia uudella tavalla (Vuorila, 2007). Huumorin käyttö ei liity pelkästään logoterapiaan, vaan sillä on keskeinen asema myös ratkaisukeskeisessä terapiassa.

Itsen transsendenssi tarkoittaa ihmisen suuntautumista toiminnassaan johonkin itsensä ulkopuolella olevaan. Tällöin se tarkoittaa itsensä unohtamista. Ihminen saavuttaa onnen sellaisen toiminnan sivutuotteena, missä voi toteuttaa merkityksellisiä arvoja, päämääriä ja tarkoituksia, joilla on suotuisia sosiaalisia vaikutuksia (Vuorila, 2007).

2.2.1. Eksistentialismin yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Eksistentialismin ydinajatuksiin sisältyvät kokemuksellisuus ja subjektiivisuus ovat täysin yhteneväisiä toipumisorientaation arvojen kanssa. Logoterapia korostaa valintojen tekemistä ja yksilön vapautta ja vastuuta niissä eli ihmisen itsemääräämisoikeuden realisoitumista.

Logoterapian näkemykset tukevat toipumisorientaation prosesseista vahvimmin elämän tarkoitukseen sisältyvien merkitysten ja mielekkyykokemusten löytymistä. Toivon ylläpito tai vahvistuminen nähdään selviytymisen kannalta tärkeänä kriisi- ja ongelmatilanteissa. Logoterapian näkemykset ihmisen omakohtaisesta vastuusta elämässään edistävät myös toteutuessaan voimaantumisen prosessia.

2.3. Kognitiivisen psykologian teoriat

Kognitiivisen psykologian kiinnostuksen kohteet ovat kognitiiviset toiminnot, joita ovat esimerkiksi tietoisuus, tiedon käsittely, ajattelu, muistitoiminnot, havaitseminen, oppiminen, verbaalinen käyttäytyminen, käsitteiden muodostus ja ongelmien ratkaisu. Kognitiivisen psykologian ihmiskuvassa korostuvat ihmisen aktiivisuus ja itseohjautuvuus, joiden avulla ihminen pystyy vaikuttamaan elämäänsä. Havainnot maailmasta, tiedot ja aikaisemmat kokemukset muokkaavat psyyken sisäisiä toimintamalleja eli skeemoja. Nämä puolestaan ohjaavat havaintoja ja vaikuttavat siihen, miten sopeutuminen uusiin tilanteisiin tapahtuu. Tällaisen havaintokehän välityk-

sellä sisäiset mallit muuttuvat ja kehittyvät ja vaikuttavat siihen, miten ihminen jäsentää maailmaansa (Toivo & Nordling 2013, 40–41).

Kognitiivisen psykoterapian juuret ovat behaviorismiin perustuvissa käyttäytymisterapioissa (Skinner, Hull, Wolpe, Dollard ja Miller). Kognitiivis-behavioraalisissa terapiamuodoissa hyödynnetään sekä kognitiivisia että käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä, kun taas puhtaasti kognitiivisten psykoterapioiden yleisenä tavoitteena on se, että terapiassa yksilö löytää uuden ja vaihtoehdoisen, vähemmän ongelmallisen tavan rakentaa kokemuksiaan ja kokea suhteensa maailmaan (Kuusinen 2001, 12–14). Kognitiivisen psykoterapian uranuurtajana voidaan pitää Aaron T. Beckiä, joka oli erityisen kiinnostunut yksilön ajatusvääristymistä ja haitallisista ajattelumalleista. Juuri nämä ovat kognitiivisessa psykoterapiassa keskeisiä muutoksen kohteita. Viime vuosina kognitiivinen psykoterapia on saanut monia uusia ilmenemismuotoja ja vaihtoehtoisia interventioita ja sen piirissä on kehitetty monia tekniikoita.

Terveyteen liittyvissä asioissa kognitiivisen psykologian käsitteillä on merkittävä asema. Tällaisia käsitteitä ovat muun muassa kontrolliodotukset, opittu avuttomuus, haastehakuisuus, koherenssi ja pystyvyysodotukset. Tässä kappaleessa kuvataan tiivistetysti kontrolliodotuksia, opittua avuttomuutta, haastehakuisuutta ja pystyvyysodotuksia. Koherenssi on keskeinen käsite terveyden edistämisen kannalta, joten sen sisältöjä esitellään terveyden edistämisen teorioiden yhteydessä.

2.3.1. Kontrolliodotukset

1960-luvulla Julian B. Rotter määritteli kontrolliodotus -käsitteen (locus of control). Kontrolliodotukset liittyvät henkilökohtaiseen tunteeseen vaikuttaa siihen, mitä omassa elämässä tapahtuu. Sillä tarkoitetaan yksilön yleistyntä odotusta siitä, että tapahtumat riippuvat joko yksilöstä itsestään ja omasta toiminnasta (sisäinen odotus) tai yksilön ulkopuolisista tekijöistä tai olosuhteista (ulkoinen odotus). Hallintaodotukset ovat syntyneet yksilön oppimisprosessin ja aikaisempien kokemusten pohjalta (Toivio & Nordling, 2013).

Vahvaan sisäiseen kontrolliodotukseen liittyy suuri suoritusmotivaatio, aktiivisuus ja onnistumisodotus. Ulkoinen kontrolliodotus on yhteydessä passiivisuuteen ja motivaation heikkouteen. Myöhemmin Rotter täydensi teoriaansa lisäämällä siihen sattuman vaikutuksen. Aktiivisuuden ja vastuunoton kannalta erityisen ongelmallinen tilanne on silloin, jos yksilö kokee sattumilla olevan suurin osuus siihen, mitä hänen elämässään tapahtuu.

Uutela ja Härkäpää (1993) ovat todenneet, että monissa mielenterveysongelmissa on hyötyä sekä luottamuksesta omaan sisäiseen hallintaan että muiden tervehtymisen kannalta keskeisten henkilöiden osoittamaan ulkoiseen hallintaan.

2.3.2. Opittu avuttomuus

Opittu avuttomuus (learned helplessness) on Martin Seligmanin luoma käsite ja se sisältää osin samoja ajatuksia kuin kontrolliodotus painottaessaan sattuman vaikutuksia ihmisen toimintaan. Opittu avuttomuus syntyy ihmisen oppimiskokemuksesta, ettei hänen toiminnallaan ole vaikutusta siihen mitä hänelle tapahtuu. Henkilö kokee, että oman toiminnan ja sen seurauksen välinen suhde on sattumanvarainen. Joskus toimintaa johtaa haluttuun tulokseen, joskus ei. Seuraukset ovat riippumattomia henkilön toiminnasta (Toivio & Nordling, 2013).

Opitun avuttomuuden teoria rakentuu kolmen perusosatekijän varaan. Nämä ovat sattumanvaraisuuden lisäksi kognitio ja käyttäytyminen. Kognitio liittyy siihen, miten ihminen havaitsee, selittää ja päättelee sattumanvaraisuuden. Se vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Jos henkilö tulkitsee sattumanvaraisuuden olevan muuta kuin oman kyvyttömyyden seurausta, hän ei menetä itsearvostustaan, mutta jos hän näkee toiminnan sattumanvaraisuuden johtuvan omista ominaisuuksistaan, voi seurauksina olla kognitiivista taantumista, alhaista itsearvostusta, puolustuskyvyttömyyttä ja depression oireita (Nordling, 2007).

Koska avuttomuus on opittua, niin sen poistamisessakin oppimisella on merkittävä asema. Käytännössä opittu avuttomuus vähenee sellaisten onnistumiskokemusten avulla, jotka voidaan tulkita henkilön oman toiminnan

kautta syntyneiksi. Tämä edellyttää usein, ainakin pois oppimisen alkuvaiheissa, ulkopuolisen henkilön panosta onnistumisten näkyväksi tekemisessä.

Seligmanin mukaan yksilön reaktioihin vaikuttaa merkittävästi hänen tulkintansa siitä, mitä hän näkee ja kokee. Tulkintatyylillä -käsite kuvaa yksilön suhtautumista tilanteeseen, jossa hänelle tapahtuu jotakin. Myönteiselle tulkintatyylille on ominaista optimismi, jolloin ihminen tulkitsee vastoinkäymiset tilapäisinä, ulkoisina ja ohimenevinä ja onnistumiset kestävinä, sisäisinä ja yleisesti tai laajasti persoonallisuutta kuvaavina. Tutkimukset ovat osoittaneet, että optimismi liittyy moniin arkielämän kannalta myönteisiin tuloksiin ja seurauksiin. Optimismia voi oppia, mikä poistaa oppittuun avuttomuuteen liittyviä tulkintoja (Ojanen, 2019).

2.3.3. Haastehakuisuus

Haastehakuisuus (hardiness) on Suzanne Kobasan luoma käsite, missä keskeistä on usko siihen, että tapahtumat ovat hallittavissa. Siihen liittyy myös sitoutuneisuus oman elämän kannalta tärkeisiin asioihin sekä käsitys siitä, että muutokset tarjoavat kehittymismahdollisuuksia. Tyypillistä haastehakuisille ihmisille on se, että he arvioivat tilanteen vaatimukset pikemminkin haastaviksi kuin uhkaaviksi.

Kobasa ym. (1982) ovat kehittäneet ohjelman, jolla haastehakuisuutta voidaan vahvistaa stressaavissa elämän tilanteissa. Ohjelma muodostuu kolmesta osasta, jotka ovat huomion kiinnittäminen, stressaavien tilanteiden uudelleen tulkinta ja kompensaatio.

Koska ihmiset ovat tottuneet kehonsa erilaisiin jännitystiloihin, he eivät välttämättä tunnista stressistä aiheutuneita fyysisiä tai psyykkisiä tilojaan. Kun heitä opetetaan keskittymään erilaisiin kehon tuntemuksiin, he voivat oppia tunnistamaan stressitilojaan ja niitä aiheuttavia olosuhteita. Tulkintavaiheessa ihmisiä ohjataan tekemään kaksi listaa, joihin kirjataan keinot, joilla voidaan helpottaa tilannetta, ja keinot, joita käyttämällä tilanne voi pahentua. Tämän avulla ihmisillä on mahdollisuus tutkia erilaisia toimintavaihtoehtoja ja huomata, että asioihin voidaan vaikuttaa suotuisalla tavalla. Jos ihminen kaikesta huolimatta kohtaa vaikeuksia tai haasteita, joiden suhteen hän on voimaton, hän voi kompensoida tilannetta etsimällä ja löytämällä uuden, itselleen merkityksellisen haasteen, johon hän suurella todennäköisyydellä pystyy vastaamaan. Tämä vahvistaa käsitystä itsestä osavana ja selviytyvänä henkilönä (Toivio & Nordling, 2013).

Ohjelman läpikäyneet henkilöt ovat saaneet korkeampia haastehakuisuuden pisteitä kuin ennen ohjelman alkua. Samalla heidän ahdistuneisuutensa on vähentynyt sekä esimerkiksi verenpaineensa laskenut. Vahvan haastehakuisuuden onkin havaittu olevan yhteydessä hyvään terveyteen (Nordling, 2007; Toivio & Nordling, 2013).

2.3.4. Pystyvyysodotukset

Albert Banduran kehittämän sosiaalis-kognitiivisen oppimisteorian keskeinen ajatus on oppimisen sosiaalinen luonne. Oppiminen perustuu aina yksilön toiminnan ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen. Keskeinen toimintaan vaikuttava tekijä on kokemus henkilökohtaisesta pystyvyydestä (self-efficacy). Tällä tarkoitetaan yksilön uskoa omiin kykyihinsä ja mahdollisuutta suunnitella ja toteuttaa toimintaa tavoitteiden suuntaisesti. Käyttäytymistä ohjaavat sekä odotukset että toiminnasta saatu palaute.

Mitä voimakkaampi luottamus yksilöllä on omaan pystyvyyteensä sitä suurempi valmius hänellä on vaativien tavoitteiden asettamiseen. Hän ei myöskään silloin helposti luovuta, jos kohtaa vaikeuksia. Vahva minäpystyvyys on yhteydessä motivoituneeseen toimintaan tärkeäksi koettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Heikot pystyvyysodotukset eivät johda omien voimavarojen optimaaliseen käyttöön. Mitä positiivisempi on yksilön käsitys pystyvyydestään, sitä korkeammat tavoitteet hän asettaa ja sitä lujemmin hän niihin sitoutuu (Kurki, 1999; Pervin, 2003).

Bandura jakaa pystyvyysodotukset tehokkuusodotuksiin ja tulosodotuksiin. Tehokkuusodotukset tarkoittavat ihmisen käsitystä siitä, miten hän uskoo suoriutuvansa tehtävästä eli miten kyvykäs hän organisoimaan ja toteuttamaan haluttua suoritusta. Tulosodotukset kuvaavat yksilön käsityksiä siitä, minkälaisiin tuloksiin hän pystyy eli minkälaisia seurauksia suorituksesta on. Kun tehokkuus- ja tulosodotukset ovat positiivisia, yksilö sitoutuu ja

pyrkii vahvasti tavoitteeseen sekä kokee tyydytystä. Jos molemmat ovat negatiivisia, on seurauksena luovuttaminen ja apatia (Bandura, 1997). Palautteen kehittävä merkitys liittyy toiminnan tuloksellisuuden parantamiseen niin, että palaute kohdistetaan ensisijaisesti suoritukseen ja toimintaan, ei itse tulokseen. Toimintaa harjoittelemalla, tehostamalla ja hiomalla tulokset paranevat itsestään (Nordling, 2007).

Pystyvyyssodotusten vahvistamisessa onnistumiskokemuksilla on suuri merkitys. Banduran mukaan onnistumiskokemukset ovat välttämätön osa minäpystyvyyteen liittyvien uskomusten terapeutisessa muutoksessa (Pervin, 2003). Samoin vertaiskokemusten kautta oppiminen vahvistaa odotuksia. Muita pystyvyyssodotuksiin myönteisellä tavalla vaikuttavia tekijöitä ovat taivuttelu ja vakuuttelu siitä, että henkilö pystyy annettuihin tehtäviin sekä oikean informaation antaminen kehon ja psyyken fyysisistä ja emotionaalisista tiloista. Ihmiset tulkitsevat helposti jännittyneisyyttä ja stressireaktioita heikkouden merkeiksi, vaikka kyseessä on normaali reaktio vaativassa tilanteessa (Kurki, 1999).

2.3.5. Kognitiivisen psykologian teorioiden yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Kognitiivinen psykologian ihmiskuvaan sisältyvät aktiivisuuden ja itseohjautuvuuden periaatteet heijastuvat toipumisorientaation kokemuksellisuuden, subjektiivisuuden ja kasvun mahdollisuuden arvoissa. Ihmisen elämäkokemukset muokkaavat kontrolliodotuksia, selviytymisodotuksia, asennoitumista uusiin tilanteisiin ja käsitteitä pystyvyydestä hyvin yksilöllisellä tavalla.

Kontrolliodotusteoriassa itseohjautuvuus sisäisen hallinnan muodossa nähdään keskeisenä henkilöä aktiivivana ja motivoivana voimana. Samoin opitusta avuttomuudesta poisoppiminen merkitsee itseohjautuvuuden lisääntymistä. Haastehakuisuus liittyy selvästi kasvun mahdollisuuteen. Muutokset ja erilaiset hankalatkin tilanteet voidaan tulkita haasteiksi, jotka tarjoavat kehittymisen ja oppimisen mahdollisuuksia. Pystyvyyssodotukset muovautuvat sosiaalisen ympäristön kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Hyvin toimiva vuorovaikutus vahvistaa kuulluksi tulemistä ja osallisuutta, lisää uusien asioiden oppimisen mahdollisuuksia sekä tuottaa myönteisemmiksi muuttuvien tehokkuus- ja tulosodotusten kautta tavoitteellista toimintaa ja onnistumisia. Oppimisprosessien ja onnistumisten kautta myös minäpystyvyys vahvistuu.

Kognitiivisen psykologian näkemyksillä on monia liittymäkohtia toipumisorientaation prosesseihin. Myönteiset sisäiset kontrolliodotukset tukevat ensi sijassa voimaantumista, mutta ovat yhteydessä myös identiteetin myönteiseen kehittymiseen sekä toivon ja optimismin prosesseihin. Sisäiset kontrolliodotukset vahvistuvat, kun ihmisille tarjotaan systemaattisesti mahdollisuuksia tehdä omakohtaisia suunnitelmia, valintoja ja päätöksiä.

Opitusta avuttomuudesta poisoppiminen tarkoittaa vastuun ottamista omaa elämää koskevista ratkaisuista. Vastuuta ottamalla ihminen edistää voimaantumistaan. Kyseessä on usein myönteinen kehä: voimaantumisprosessin edetessä ihmisen valmius vastuunottoon ja usein myös halu muiden vastaavissa tilanteissa olevien auttamiseen lisääntyy, mikä puolestaan vahvistaa voimaantumisen kokemusta.

Haastehakuisuuden keskeisen näkemyksen mukaan uudet tilanteet ja olosuhteet tarjoavat mahdollisuuksia muutokseen. Haastehakuinen henkilö on myös motivoitunut ottamaan riskejä. Myönteinen suhtautuminen muutosten tarjoamiin mahdollisuuksiin liittyy vahvasti toivon ja optimismin prosesseihin. Usko omiin voimavaroihin yhdistää haastehakuisuuden myös voimaantumiseen ja identiteetin myönteiseen kehittymiseen. Haastehakuisuutta vahvistamalla voidaan siten lisätä optimismia ja toiveikkuutta, muuttaa ihmisen näkemyksiä itsestään myönteisemmiksi sekä edistää vastuun ottamista omasta elämästä.

Myönteiset pystyvyyssodotukset ovat yhteydessä vahvaan motivaatioon ja sen kautta muutoshalukkuuteen ja tahtoon saavuttaa itselle tärkeitä tavoitteita. Onnistumiset ja uusien asioiden oppiminen eivät useinkaan ole mahdollisia ilman sosiaalisen ympäristön ohjaavia palautteita. Palautteiden sisällön lisäksi palautteiden antamisen tapa määrittää sitä, miten palaute ymmärretään ja otetaan vastaan. Palaute ohjaa toimintaa parhaiten silloin, kun palaute annetaan ymmärrettävällä tavalla avoimen dialogin hengessä, palautteen antajaan luotetaan ja hänen osaamistaan arvostetaan. Nämä asiat sitovat pystyvyyssodotukset vahvasti kumppanuuden sekä toivon ja optimismin prosesseihin.

2.4. Sosiaalinen konstruktionismi

Sosiaalinen konstruktionismi on yleisnimitys erilaisille teoriasuuntauksille, joille on yhteistä näkemys siitä, että tieto on aina sosiaalisesti rakentunut eli se tutkii sosiaalisen todellisuuden ja merkitysten rakentumista. Sosiaalisen tason merkitykset syntyvät ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa. Sosiaalinen todellisuus on näin ollen ihmisten luoma merkitysjärjestelmä (Berger & Luckmann, 1994).

Burrin (1995) mukaan sosiaalisia konstruktionisteja yhdistävät seuraavat perusoletukset:

1. Kriittinen suhtautuminen itsestään selvänä pidettyyn tietoon. Maailmamme on sosiaalisesti luotu. Havainnot ovat tulkinnallisia. Siksi myös nyt selviöltä näyttävät asiat voivat olla toisin.
2. Käsitteemme ovat historiamme ja kulttuurimme tuotteita, ja siksi relatiivisia, eli suhteellisia. Ei ole syytä olettaa omia käsitteitä ilman muuta paremmiksi tai "totuudenmukaisemmiksi" kuin muiden kulttuurien ja aikojen käsitteet.
3. Tieto syntyy sosiaalisissa prosesseissa. "Totuus" on se, mikä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sellaiseksi tunnustetaan ja tunnustetaan.
4. Tieto ja sosiaalinen toiminta kuuluvat yhteen. Sillä, mikä kulloinkin hyväksytään totuudeksi, on monenlaisia seurauksia toiminnalle. Esimerkiksi miten "poikkeavuuteen" suhtaudutaan liittyy siihen, miten poikkeavuus ymmärretään ja määritellään, ja minkä ajatellaan olevan sen syynä. Täten tietoon sisältyy aina myös vallankäytön mahdollisuuksia.

Keskeistä konstruktionismissa on asioiden kielellisen rakentumisen tarkastelu. Diskurssi on yksi suuntauksen tärkeistä termeistä, ja yksinkertaisesti sanottuna sillä tarkoitetaan tapaa tuottaa puheessa tietty kuva asioista. Esimerkiksi identiteetistä puhuttaessa yksilö käyttää yhteisössä vallitsevia kulttuurisia diskursseja ja rakentaa niistä kuvan itsestään naisena tai miehenä tai vaikkapa jonkin vähemmistön edustajana (Burr, 1995, 51). Kieli paitsi luo, myös kuvaa todellisuutta (Kuusela, 2002, 55). Tähän liittyy näkemys, minkä mukaan ei ole olemassa kielen ulkopuolista todellisuutta, sillä aina, kun ryhdymme kuvailemaan jotain asiaa, astumme välittömästi kielen alueelle (Niiniluoto, 1999, 42; Lehmuskoski, 2008, 27)

Sosiaalisen konstruktionismin kontekstissa voidaan tarkastella esimerkiksi vallitsevaa hoitokulttuuria ja terapeuttien kohtaamisten muotoja. Hoitokulttuurissa kiinnostuksen kohteina ovat perusoletusten ja uskomusten kaikkein syvimmat sisällöt, jotka ovat yhteisiä jonkin organisaation jäsenille ja jotka luonnehtivat organisaation näkemyksiä itsestään ja ympäristöstään (Schein, 1987). Psykiatristen hoito-organisaatioiden hoitokulttuurin ominaisuuksiin on kuulunut esimerkiksi psykiatrinen kieli, millä tarkoitetaan sellaisten käsitteiden käyttöä, mikä mystifioi psykiatrian ja tekee potilaille ja heidän omaisilleen vaikeaksi ymmärtää hoidon sisältöjä ja perusteluita. Hoitokulttuuriin sopeutumisen perusta syntyy jo hoitoalan ammatillisen koulutuksen sisällöstä ja käytetystä ammattikielestä (Nordling & Ojanen, 1990).

Perinteinen psykiatrinen hoitotyö on tyypillisesti ollut hyvin hierarkkista toimintaa ja asiakas on nähty vain hoitotoimenpiteiden kohteena. Hoitoryhmän valta ja vastuu on ollut lääkärillä ja muut hoitoneuvottelun osallistujat ovat olleet passiivisia osapuolia. Hoitoneuvotteluissa on ollut läsnä moniammatillinen tiimi, mutta kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien asiantuntemusta ja havaintoja ei ole huomioitu (Haarakangas, 2002, 78). 1980-luvulta lähtien perhekeskeisyyden ja hoitokokousten kehittymisen myötä alettiin pitää tärkeänä asiakkaan sekä hänen läheistensä osallistumista hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Perhekeskeisyyden korostuessa hoidossa perhe ja muut läheiset muuttuivat asteittain hoidon kohteesta yhteistyökumppaneiksi. Tuolloin hoitokokouksista muodostui tasavertaisia keskusteluita mahdollistavia tapaamisia (Arnkil & Seikkula 2009, 25–26). Tällöin myös avoin dialogi tulee mahdolliseksi.

Avoin dialogin hoitomallissa toteutuu sosiaalisen konstruktionismin perusajatus yhteisen todellisuuden löytämisestä kahden tai useamman henkilön vuorovaikutuksen avulla. Tavoitteena on lisätä keskinäistä ymmärrystä sekä lisätä rohkeutta puhua omista kokemuksista (Heiskanen ym., 2007). Avoimuus dialogissa tarkoittaa sitä, että jokaisen tunteet sekä kokemukset tulevat kuulluksi ja ilmaistuksi. Tämä saa aikaan todellista yhteisymmärrystä (Haarakangas, 2002). Keskustelussa edetään asiakkaan ja hänen läheistensä avaamien aiheiden pohjalta. Tavoitteena on saada yhteisymmärrystä käsiteltäviin ongelmiin vaikuttavista tekijöistä. Epävarmuuden sietäminen sallii sen, ettei asioita tarvitse heti ymmärtää eikä ongelmiin tarvitse löytää välitöntä ratkaisua. (Arnkil

& Seikkula, 2009, 54–55.) Tilanteen avoimena pitäminen tarkoittaa, että erilaiset merkitykset ja toimintavaihtoehdot tulevat kuulluksi. Toivon luominen asiakkaille ja hänen läheisilleen on tärkeää, vaikka ratkaisua ei heti tiedettäisi. Niin sanotun oikean ratkaisun tietäminen vie keskustelun dialogista tilaa ja vapautta mielipiteen esittäneen auktoriteettiaseman mukaisesti. Tietyn yksittäisen henkilön esittämän ratkaisun sijaan avoimessa dialogissa ongelmiin etsitään yhdessä ymmärrystä niiden havaintojen ja merkitysten pohjalta, joita osallistujat esittävät. (Kaukorinne & Vartiainen, 2017, 10; Haarakangas 2002, 69–70). Todellisuus määrittyy kokemuksen, ei auktoriteettiaseman perusteella.

2.4.1. Sosiaalisen konstruktioismin yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Edellä olevan perusteella on helppo havaita, että sosiaalinen konstruktioismi liittyy toipumisorientaation arvo maailmaan monin tavoin. Liittymäkohtia on ainakin kokemuksellisuuteen, subjektiivisuuteen, asiakassuuntautuneisuuteen ja osallisuuteen. Auttajan mahdollisuudet auttaa asiakasta syntyvät silloin, kun verbaalisessa vuorovaikutuksessa käytetty kieli luo yhteistä todellisuutta. Tämä edellyttää, että asiakas voi avoimesti omalla tavallaan kuvata kokemusmaailmaansa ja auttajalla on taito reflektiiviseen dialogiseen keskusteluun. Dialogisten keskustelujen kautta syntyy vähitellen yhteinen ymmärrys asiakkaan tilanteesta ja usein myös auttamisen keinoista. Tällöin myös asiakkaan osallisuus voi toteutua täysimääräisenä.

Sosiaalinen konstruktioismi tarkastelee kielellisten ilmausten kautta niitä merkityksiä, joita henkilö antaa erilaisille elämässään tapahtuneille asioille. Esimerkiksi psyykkisen sairauden kokenut henkilö liittyy sairauteensa usein paljon kielteisiä merkityksiä ja voi kokea, että sairaus on vaikuttanut kielteisellä tavalla kaikkeen, mitä elämässä on sairastumisen jälkeen tapahtunut. Silloin se, miten hän verbaalisesti kuvaa näitä asioita, kertoo myöskin siitä todellisuudesta, missä hän sairautensa kanssa elää. Toipumisorientaation viitekehityksessä näitä näkökulmia pyritään muuttamaan kyseenalaistamalla ja tekemällä uudenlaisia tulkintoja tapahtumista. Elämän kulkua uudelleen sanottamalla luodaan uutta todellisuutta, jossa sairauskertomus voikin muuttua selviytymistarinaksi. Sosiaalisen konstruktioismin teoriat ovat vahvasti yhteydessä merkityksellisen elämän löytymisen prosesseihin.

2.5. Terveiden edistämisen teoriat

Terveiden edistämisen teorioissa ei olla niinkään kiinnostuneita sairastumisen syistä, vaan siitä, miksi jotkut ihmiset riskitekijöitä sisältävissä elämäntilanteissa selviytyvät ja pysyvät terveisinä. Tässä kappaleessa kuvataan tunnetuinta terveyden edistämisen teoriaa, Antonovskyn (1979, 1987) kehittämää salutogeneesi -teoriaa.

Terveiden edistämisen kannalta keskeinen käsite on terveyslähtöisyyden käsite, salutogeneesi. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen liittyy terveyden synnyin ja terveyttä tuottavien voimavarojen tarkasteluun. Salutogeneesi pyrkii ohjaamaan terveyttä edistävää toimintaa, koska terveys on paljon enemmän kuin sairauden puute. Antonovskyn teoria salutogeneesista edustaa terveyttä elämän mittaisena prosessina (Pasanen, 2015; Lindström & Eriksson, 2010). Salutogeneesia kuvataan prosessiksi, joka mahdollistaa yksilöitä, ryhmiä, organisaatioita ja yhteisöjä ottamaan käyttöön kykyjä, osaamista, voimavaroja ja vahvuuksia niin, että syntyy koherenssin tunnetta (Lindström & Eriksson, 2009).

Koherenssin tunne muovautuu kokonaisuudesta, johon liittyvät elämän kokemukset, osallistuminen omaa elämää koskevaan päätöksen tekoon, perherakenne, työ, sukupuoli ja geneettinen perimä. Koherenssin tunne tarkastelee ihmisten selviytymiseroja stressaavissa elämäntilanteissa. Henkilöt, joiden stressin hallinnan voimavarat ovat vahvat, selviytyvät stressiä aiheuttavissa tilanteissa terveisinä, kun taas henkilöt, joiden voimavarat ovat heikot, voivat altistua stressin aiheuttamille terveyshaitoille (Antonovsky, 1996)..

Koherenssin tunne rakentuu kolmen osatekijän varaan. Nämä ovat ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. Ymmärrettävyys tarkoittaa johdonmukaisuuden kokemusta sekä kykyä löytää loogisia yhteyksiä asioiden

välillä ympäristön tapahtumissa. Hallittavuuteen liittyy usko siihen, että asiat ovat säädeltävissä niin, että joko henkilö tai hänen luottamustaan nauttiva taho voi vaikuttaa niihin. Ihmisellä on tarvittavat selviytymisresurssit ja hän pystyy hyödyntämään niitä joko yksin tai sosiaalisen tuen avulla. Mielekkyyden tunne syntyy, kun yksilö kokee, että hänen elämässään tapahtuvilla asioilla on myönteistä merkitystä hänen arvojärjestelmänsä kannalta. Jos mielekkyyden tunne puuttuu, on riskinä se, että hallittavuus ja ymmärrettävyys alkavat myös heikentyä. On näyttöä siitä, että vahva koherenssin tunne on yhteydessä alhaisiin stressioireisiin ja stressioireiden lievittymisiin (Flannery & Flannery, 1990; Wolf & Ratner, 1999).

Koherenssin tunteen vahvuus vaikuttaa myös ongelmatilanteiden tulkintaan. Heikon koherenssin yksilöt tulkitsevat esimerkiksi työn menettämisen vakavaksi ongelmaksi, kun taas vahvan koherenssin yksilöt voivat pitää samaa tilannetta esimerkiksi mahdollisuutena suuntautua uudelleen työrullaan (Vastamäki, 2010).

Stressin hallinnan resurssit ovat erilaisia eri yksilöillä. Resursseja ovat esimerkiksi materiaaliset resurssit, älykkyys, vahva identiteetti, sosiaalinen tuki, uskonto tai elämän filosofia, sekä terveyttä ylläpitävät elämäntavat. Osa resursseista on siis yksilöstä itsestään lähteviä, kuten terveystyöskäyttö ja osaan taas vaikuttavat muut ihmiset, kuten sosiaalinen tuki. Koherenssin tunne on linkki yksilön stressin hallinnan resurssien ja terveydentilan välillä. Vahvat resurssit muodostavat vahvan koherenssin, joka taas edistää yksilön terveyttä (Vastamäki, 2010).

Koherenssin tunteen on oletettu olevan melko pysyvä yksilön ominaisuus. Merkittävät elämäntilanteen muutokset voivat kuitenkin muuttaa yksilön koherenssia. Positiiviset muutokset elämäntilanteessa, kuten esimerkiksi vakavasta sairaudesta parantuminen, voivat saada aikaan koherenssin vahvistumisen, kun taas negatiiviset kokemukset, kuten vakavat taloudelliset vaikeudet, voivat johtaa koherenssin tunteen heikkenemiseen. Aikaisempi tutkimus on myös osoittanut, että koherenssin tunnetta voidaan vahvistaa terapeuttisen intervention avulla (Vastamäki, 2010).

2.5.1. Terveyden edistämisen yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Terveyden edistämisen keskeinen arvo on terveyskeskeisyys. Se, miten terveyskeskeisyys voi toteutua, on hyvin laaja-alainen kysymys. Makrotasolla terveyttä voidaan edistää esimerkiksi terveystyöskäytöksillä yhteiskunnallisilla ratkaisuilla, lainsäädännöllä sekä terveys- ja hyvinvointipalveluiden määrällä ja laadulla. Mesotasolla keskeisiä terveyden edistämisen foorumeita ovat sosiaaliset systeemit, joissa henkilö on aktiivisesti osallisena. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset organisaatiot, työpaikat, opiskelupaikat ja koulut, päiväkodit ja järjestöt. Mikrotasolla tapahtuva terveyden edistäminen on tärkein terveyden edistämisen taso. Silloin keskeisiksi tulevat läheisimmät ihmissuhteet, erityisesti perhe ja ystävät. Toipumisorientaation arvomaailman kannalta kaikilla kolmella tasolla on merkitystä. Se, miten toipumisorientaation arvot toteutuvat koko hoitojärjestelmän tasolla, kuvaa makrotasoa. Miten toipumisorientaation arvot näkyvät hoito-organisaatioiden johtamisessa ja kulttuurissa liittyvät mesotason ominaisuuksiin ja se, miten ihmiskeskeisesti, osallisuutta tukien, itsemääräämisoikeutta kunnioittaen sekä kasvumahdollisuuksia edistäen käytännön vuorovaikutustilanteissa toimitaan, kuvastavat mikrotasolla tapahtuvaa auttamistyötä.

Terveyden edistämisen keskeinen käsite on koherenssin tunne. Se kuvastaa sitä, miten ihminen hahmottaa päivittäin kohtaamansa haasteet ymmärrettäviksi, hallittaviksi ja mielekkäiksi ratkaista. Toipumisorientaatioon perustuvassa auttamistyössä ammattilaisen tehtävänä on tukea asiakasta siten, että hän oppii tekemään itseään ja sosiaalista ympäristöä koskevia havaintoja ja tulkintoja niin, että niiden ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyyden tunne lisääntyvät. Tällöin koherenssin tunteen vahvistuminen liittyy toivon ja optimismiin, identiteetin, elämän merkityksen ja voimaantumisen prosesseihin.

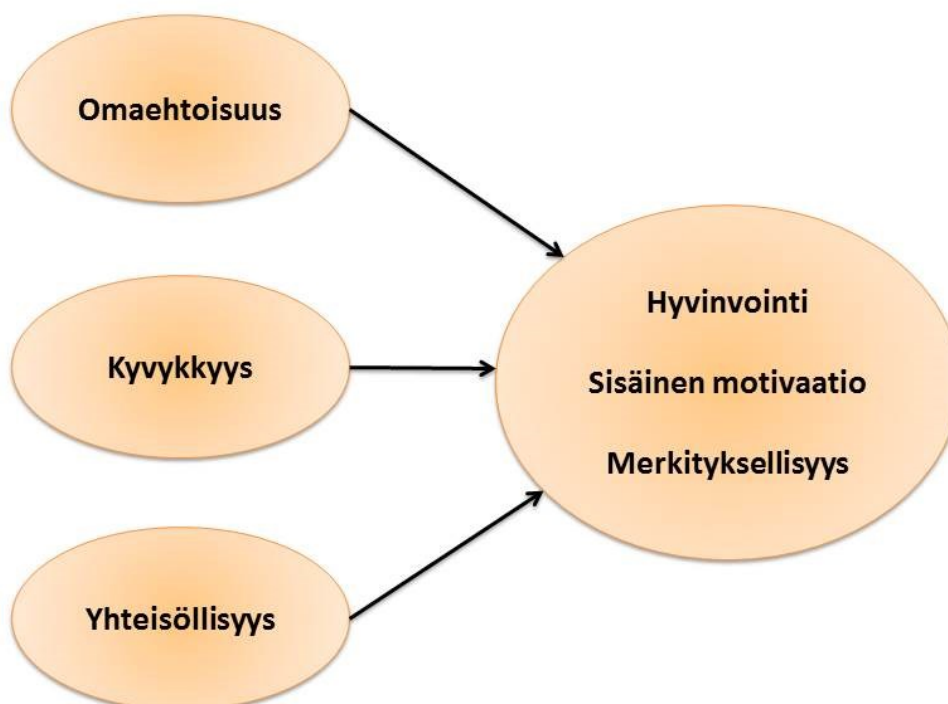
2.6. Motivaatioteorit

Motivaatioteorioista vahvin yhteys toipumisorientaatioon on itseohjautuvuusteoriolla. Itseohjautuvuusteoria vastaa siihen, mitä ihminen tarvitsee voidakseen hyvin, kokeakseen elämänsä merkitykselliseksi ja ollakseen

motivoitunut tekemiseensä. Itseohjautuvuusteorian mukaan ihmisen psykologinen hyvinvointi ja optimaalinen toiminta perustuvat omaehtoisuuteen (autonomy), kyvykkyyteen (competence) ja yhteenkuuluvuuteen (relatedness) (Deci & Ryan, 2002) (Kuvio 3).

Sundholmin (2000) mukaan omaehtoisuudella tarkoitetaan ihmisen halua olla oman toimintansa alkuun paine voima. Omaehtoisuutta eli autonomiaa kokevalla ihmisellä on hallinnan tunne omasta tekemisestään ja tunne siitä, että hän toimii omista lähtökohdistaan käsin. Deci ja Ryan korostavat, että autonomian kokeminen edellyttää toiminnan olevan lähtöisin itsestä, sisäistettyä ja omistettua. Autonomiaa kokeakseen tulee myös olla täysin tietoinen toimintansa seurauksista ja pystyä hyväksymään ne (Kokkonen, 2016).

Kyvykkyyden tarpeella tarkoitetaan ihmisen halua ymmärtää toiminnan kausaliteetti sekä tunnetta siitä, että pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan siihen. Kokeakseen kyvykkyyttä myös tehtävien on oltava hänelle optimaalisella haastetasolla niin, että haluttu lopputulos on mahdollista saavuttaa (Baard ym. 2004; Kokkonen, 2016). Decin ja Ryanin (2000) mukaan yhteenkuuluvuuden tarvetta ei ole yleensä pidetty yhtä voimakkaana kuin omaehtoisuuden ja kyvykkyyden tarvetta, mutta he pitivät sen roolia kuitenkin tärkeänä osana sisäisen motivaation syntyä. Yhteenkuuluvuudella viitataan ihmisen tarpeeseen luoda turvallisia ihmissuhteita sekä haluun olla liittynyt muihin ihmisiin ja sosiaaliseen ympäristöönsä. On hyvä huomioida, että edellä esitellyt kolme perustarvetta eivät ole toisistaan erillisiä vaan ne vaikuttavat dynaamisesti toisiinsa (Deci ja Ryan 2014; Kokkonen, 2016).



Kuvio 3: Itseohjautuvuusteoria kaaviona (Martela, 2014).

Itseohjautuvuusteorian syntyyn vaikuttivat Edward Decin 1970-luvulla tekemät tutkimukset motivaation yhteydestä sisäiseen ja ulkoiseen palkitsemiseen. Tutkimukset osoittivat, että sisäinen motivaatio ja ulkoinen kontrolli ovat kääntäen verrannollisia suhteessa toisiinsa. Toisin sanoen, mitä itsenäisempää henkilö kokee toimintansa olevan, sitä korkeampi on hänen sisäinen motivaationsa. Jos hän taas kokee voimakasta ulkoista kontrollia, hänen sisäinen motivaationsa vähenee (Kokkonen, 2016). Erityisesti tämä näkyy Gagnen (2003) tutkimuksen

mukaan vapaaehtoistyössä tai voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa työskentelevillä henkilöillä, joilla on vahva autonominen orientaatio.

Itseohjautuvuusteorian keskeisen osan muodostaa miniteoria, jota kutsutaan organismiseksi integraatioteoriaksi (Kokkonen, 2016). Teorian mukaan koettu motivaatio on jatkumo, joka voidaan asettaa janalle sen alkupe-
rään mukaan (kuvio 4).



Kuvio 4. Organisminen integraatioteoria kaaviona.

Janan toisessa ääripäässä oleva henkilö ei ole lainkaan motivoitunut ja toisessa ääripäässä olevalla henkilöllä vahva sisäinen motivaatio. Väliin jää ulkoisen motivaation alue, mihin sisältyy neljä motivaation lähdettä.

Ulkoisesti säädeltä toiminta suoritetaan täysin ulkoisten vaatimusten tyydyttämiseksi. Introjektoidussa eli sisäisessä säätelyssä yksilö toimii välttääkseen negatiiviset seuraukset tai pönkittääkseen egoaan. Sisäinen säätely saa ihmisen työskentelemään uutterasti tavoitteen eteen, mutta häntä ajaa enemmän velvollisuudentunto kuin innostus työtehtävästä. Samaistettu säätely tarkoittaa tietoista toiminnan identifikaatiota, jolloin henkilö kokee toiminnan tai sen tavoitteen itselleen tärkeäksi. Usein tällainen identifikoitu toiminta sisältää jonkin ristiriidan, jonka vuoksi sen integroiminen osaksi minää ei ole ongelmattonta. Yhdistynyt eli integroitu säätely taas sisältää monia sisäisen motivaation piirteitä, mutta toiminta ei perustu pelkästään puhtaaseen nautintoon vaan myös ulkoisen tavoitteen saavuttamiseen. Itseohjautuvuuden puhtainta tyyppiä edustava sisäinen motivaatio muuttaa toiminnan myös vähemmän innostavan tehtävän parissa omaehtoiseksi ja itseohjautuvaksi eli sisäisesti säädellyksi. (Gagne & Deci, 2005; Deci & Ryan, 1985; Sundholm, 2000; Kokkonen, 2016).

Voidaan todeta, että itseohjautuvuusteoria selittää niitä psykologisia prosesseja, jotka edistävät ihmisen optimaalista toimintaa ja hyvinvointia. Teoria näkee ihmisen luonnostaan halukkaana ja kyvykkäänä kasvuun ja itsensä haastamiseen. Itseohjautuvuuden edellytyksenä ovat omaehtoisuuden, kyvykkyyden ja yhteisöllisyyden tarpeiden tyydyttyminen. Ympäristö voi joko tukea tai heikentää näitä ihmisen edellytyksiä itseohjautuvuuteen (Deci & Ryan, 2002; Deci & Ryan, 2000; Kokkonen, 2016).

2.6.1. Itseohjautuvuusteorian yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Itseohjautuvuusteorian arvopohja liittyy kaikkiin toipumisorientaation arvoihin, mutta erityisesti itsemääräämisoikeuteen. Itsemääräämisoikeus on aidon sisäisen motivaation välttämätön, muttei riittävä ehto. Tarvitaan yhteisöllisyyttä ja mahdollisuuksia omien kykyjen käyttöön. Sisäisen motivaation syntymisen kannalta yhteisöllisyyden kokemus ja kyvykkyyden toteutuminen ovat kuitenkin sidoksissa autonomiaan. Ihmisellä pitää olla mahdollisuus valita ne yhteisöt ja ryhmät, joihin kuuluminen ovat hänelle tärkeitä. Sen lisäksi sisäisen motivaation syntymisen edellyttää vapausasteita realisoida omaa kyvykkyyttä olosuhteista riippuen. Ihminen voi joutua myös tilanteisiin, joissa hänen kyvykkyyttään käytetään vääränlaisten tai kyseenalaisten päämäärien toteuttamiseen.

Koska itseohjautuvuusteoria tarkastelee autonomiaa, kyvykkyyttä ja yhteisöllisyyttä hyvinvointiin, sisäiseen motivaatioon ja merkityksellisyteen vaikuttavina tekijöinä, se kytkeytyy laaja-alaisesti toipumisorientaation prosesseihin. Autonomia liittyy toivon ja optimismin sekä voimaantumisen prosesseihin. Kyvykkyys on osa identiteettiä ja voimaantumista ja kumppanuusprosessin eteneminen on mahdottomuus ilman yhteisöllisyyden kokemusta. Merkityksellisen elämän syntyminen edellyttää itseohjautuvuusteorian mukaan kaikkien kolmen

vaikuttavuustekijän olemassa oloa, mikä liittyy ne elämän tarkoituksen ja mielekkyyden kehittymisen prosesseihin.

2.7. Positiivinen psykologia

Mielenterveys ei ole staattinen tila, vaan se muovautuu ihmisen koko elämän ajan persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä. Se voidaan siten nähdä tilanteeseen ja aikaan sidoksissa olevana voimavarana, jota voidaan vahvistaa (Lahtinen ym., 1999).

Perinteisesti mielenterveyttä on totuttu tarkastelemaan kaksinaapaisena jatkumona, jossa mielenterveys ja mielenterveyden häiriö ovat saman jatkumon vastakkaisia päitä. Toisen olemassaolo sulkee toisen pois tai toisen lisääntyminen vähentää toista. Uudemman näkökulman mukaan mielen hyvin- ja pahoinvointi ovat kaksi erillistä dimensiota. Kahden jatkumon mallissa vastustetaan ajatusta, että mielenterveys on vain mielenterveyshäiriön puuttumista (Sohlman ym., 2005). Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava henkilö voi runsaista harhaoireista huolimatta kokea onnellisuutta, pystyvyyden tunnetta, työmotivaatiota ja läheisyyttä muihin ihmisiin. Toisaalta taas psykiatrisesti arvioituna terve, mutta työuupumuksesta kärsivä henkilö saattaa kokea olevansa onneton, työssään pärjäämätön, heikosti motivoitunut ja yksin työtaakkansa alla (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2016). Funktionaalisen mielenterveyden mallissa positiivinen mielenterveys nähdään joukkona erilaisia psyykkisiä vahvuuksia ja kykyjä, jotka muodostavat ihmisen voimavarat (Lahtinen ym., 1999).

Positiivinen mielenterveys käsitteenä ei ole yksiselitteinen. Esimerkiksi Vaillant (2012) on jakanut käsitykset positiivisen mielenterveyden käsitteestä seitsemään eri malliin. Nämä ovat 1) normaalius (DSM IV), 2) kyvyt, mahdollisuudet ja vahvuudet, 3) kypsyys, 4) positiiviset tunteet, 5) tunneäly ja sosiaalinen kyvykyys, 6) subjektiivinen hyvinvointi sekä 7) pärjäävyys ja sopeutumiskyky (resilienssi) (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2016).

Mielen hyvinvointi tai positiivinen mielenterveys on tutkimuksissa usein operationalisoitu subjektiivisen hyvinvointikäsitteen alle. Subjektiivista hyvinvointia voidaan tarkastella kahdesta erilaisesta, mutta osittain päällekkäisestä näkökulmasta: hedonisesta ja eudaimonisesta (Ryan & Deci, 2001).

Hedoninen näkökulma painottaa subjektiivista onnellisuuden ja hyvinvoinnin kokemista. Eudaimonisessa näkökulmassa hyvinvointi nähdään omaa subjektiivista tunnetta laajempänä ilmiönä. Sen mukaan autonomia, pystyvyys ja niihin liittyvät tekijät muodostavat psyykkisen hyvinvoinnin (Peterson & Seligman, 2004). Tämä näkökulma tarkastelee siten mielen hyvinvointia ennen kaikkea psyykkisen toimintakyvyn kautta. Tällöin tarkastelun kohteena voi olla esimerkiksi mieliala, persoonallisuus, psyykkiset voimavarat tai elämänhallinta (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2016).

Positiivinen psykologia keskittyy nimenomaan tekijöihin, jotka liittyvät ihmisen hyvinvointiin, onnellisuuteen, vahvuuksiin ja voimavaroihin sekä tekijöihin, joilla niitä voidaan vahvistaa. Positiivinen psykologia on siten kiinnostunut erityisesti positiivisesta mielenterveydestä. Positiivisen psykologian juuret ovat Maslowin humanistisessa psykologiassa, mutta käsitteen luojana voidaan pitää Pensylvanian yliopiston psykologian professoria Martin Seligmanin. Seligmanin johtama työryhmä on tutkinut tieteellisin menetelmin, mitkä prosessit, dynamiikat ja tilanteet voivat vaikuttaa ihmisen positiiviseen tunnemaailmaan. Positiivisen psykologian tehtävänä on opettaa ihmisiä olemaan onnellisia. Onnellisuus on potentiaalinen, tyytyväisyyden ja vapauden saavuttamista. Sitä voidaan rakentaa työstämällä kolmea eri osa-aluetta. Nämä ovat miellyttävä elämä, hyvä elämä ja merkityksellinen elämä (Ojanen, 2014).

Onnellinen elämä koostuu Seligmanin mukaan rohkaisevista positiivisista tunteista ja tekee niistä pysyviä. Se ei tarkoita hedonistista mielihyvään pyrkivää asennetta, vaan pysyvämpää tunnerakennetta. Tärkeää on perustarpeiden tyydyttämisen lisäksi se, että ihminen on löytänyt tasapainon menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä. Ihmisen pitää olla kiitollinen ja tietää, kuinka antaa itselleen ja muille anteeksi sen, mitä menneisyydessä on tapahtunut. On välttämätöntä tietää kuinka nykyhetken kielteisiä tunteita käsitellään. Tietoisuustaitojen kehittäminen ja nykyhetken onnellisuutta lisäävien taitojen opettelu on tärkeää. Tulevaisuuteen pitää oppia suhtautumaan myös toiveikkaasti ja optimistisesti (Ojanen, 2014).

2.7.1. Positiivisen psykologian yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Positiivisen psykologian hyvää elämää määrittelemät arvot, kokemuksellisuus ja subjektiivisuus, ovat yhteneväisiä toipumisorientaation arvojen kanssa. Toipumisorientaation viitekehysten kautta pyritään vahvistamaan ihmi-

sen positiivista mielenterveyttä, jolloin voimavarat ja kyvyt sekä suhtautuminen menneeseen ja tulevaisuuteen ovat keskeisiä kiinnostuksen kohteita. Voimarakeskeisyys ja kyvykkyyden huomioiminen liittyvät identiteetin ja voimaantumisen prosesseihin. Tulevaisuussuuntautuneisuus puolestaan sisältää ajatuksen tulevaisuuden tarjoamista myönteisistä mahdollisuuksista muuttaa asioita parempaan suuntaan, jolloin toivon ja optimismin prosessiin sisältyvät tekijät tulevat merkityksellisiksi. Menneisyyteen liittyvät kielteiset kokemukset ja tulkinnat voivat estää positiivisen mielenterveyden kehittymistä. Tämän vuoksi toipumisorientaation hengessä työskenneltäessä näihin kokemuksiin ja tulkintoihin tulee kiinnittää huomiota. Positiivisen mielenterveyden vahvistumisen kannalta on tärkeää, että epäonnistumiskokemuksia tai psyykkisen sairauteen liittyviä tunteita voidaan tulkita toisista näkökulmista, esimerkiksi ihmisen voimavaroja paljastavina oppimiskokemuksina tai selviytymistarinoina. Käytännössä tämä tarkoittaa elämän kulkuun sisältyvien tapahtumien ja kokemusten yhdistymistä ihmisen viisauden kehittymiseen ja uusien merkitysten syntyymiseen. Näin luodaan perustaa elämän tarkoitukselle.

2.8. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys

Ratkaisukeskeisen ja voimavarakeskeisen ajattelutavan oppi-isänä voidaan pitää Milton H. Ericksonia. Hän huomasi 1950-luvulla terapiatyössään, että se, mitä asiakas piti ongelmanaan, ei ehkä ollutkaan ongelma, vaan ongelma oli tapa, jolla sitä yritettiin ratkaista. Ericksonin vahva luottamus ihmisen omaan viisauteen synnytti uudenlaisia lähestymistapoja ja interventio menetelmiä luoden uusia näkökulmia ja mahdollisuuksia auttaa asiakkaita. Ericksonilla ei ollut mitään vakiintunutta menetelmää, vaan hänen työskentelytapansa vaikuttivat asiakkaan ja tilanteen väliset ratkaisumahdollisuudet. Jos yksi menettelytapa ei toiminut, kokeiltiin muita, kunnes asiakkaan kannalta sopiva ratkaisu löytyi (Haley, 2014).

Koska ratkaisukeskeinen psykoterapia on hyvin pragmaattista ja menetelmää koskeva kirjallisuus on erittäin käytännönläheistä, päällisin puolin voi vaikuttaa siltä, että menetelmältä puuttuu teoreettinen viitekehys. Tämä on kuitenkin väärinkäsitys. Kuten kaikilla muillakin psykoterapian suuntauksilla, myös ratkaisukeskeisellä terapialla on vankka teoreettinen perusta (Furman 2018). Ratkaisukeskeisyydessä keskeisiä taustateorioita ovat systeemiteoria, kybernetiikka ja sosiaalinen konstruktionismi (Eskelinen, 2016).

Systeemiteoreettinen näkökulman mukaan kaikki vaikuttaa kaikkeen, jolloin yksikin muutos saa aikaan toisia muutoksia. Systeemiteorian mukaan pienetkin liikeyhdysköt johonkin suuntaan saattavat olla alkuja suurille muutoksille. Kokonaisuuden osat ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään. Yksikin myönteinen muutos voi lisätä henkilön optimistisuutta ja rohkeutta pyrkiä uusiin muutoksiin. Myös työntekijä vaikuttaa asiakkaidensa tapaan tulkita ja ymmärtää ongelmiaan. Systeemisen ajattelun mukaan asiakkaan ja työntekijän välinen keskustelu ei ole koskaan pelkkää tietojen keräämistä, vaan vuorovaikutuksellinen interventio, jolla voi olla niin haitallisia kuin hyödyllisiäkin vaikutuksia (Eskelinen, 2016).

Kybernetiikka on systeemiteorian osateoria. Kybernetiikassa päätelmät perustuvat aina havaintoihin. Ratkaisukeskeisyydessä tämä merkitsee vuorovaikutuksen ohjaamista. Pyritään siihen, että ei toistettaisi sellaisia ratkaisuyrityksiä, jotka eivät aikaisemmin ole toimineet, vaan etsitään sellainen keino, mikä toimii (Eskelinen, 2016).

Sosiaalinen konstruktionismi näkyy ratkaisukeskeisyydessä vuorovaikutuksen sisällöissä. Se miten asioista puhutaan, toimii todellisuuden luoja ja muokkaajana. Merkitykset rakentuvat vuorovaikutuksessa toisten kanssa (De Jong & Berg, 2008). Kaikki asiat voidaan selittää monin eri tavoin. Se, miten asiat ilmaistaan, vaikuttaa myös siihen, miten niitä yritetään ratkaista. Ongelmalähtöisyys vaikuttaa työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen sisältöön. Ongelmalähtöisyydessä työntekijät suuntaavat huomionsa toimenpiteiden ja interventioiden suunnittelemiseen nojautuen ammatilliseen tietoonsa ongelmista ja niihin sopivista hoitokeinoista. Seurauksena on asiakkaiden ja työntekijän välinen vuorovaikutus, jossa keskitytään lähes pelkästään ongelmien pohtimiseen (De Jong & Berg, 2008).

Tyypillistä ratkaisukeskeiselle menetelmälle on, että siinä siirrytään häiriö- ja ongelmakeskeisestä ajattelusta kohti tavoitteita. Häiriöt muunnetaan konkreettisiksi ongelmiksi ja ongelmien ratkaisujen perustaksi luodaan konkreettisia asiakkaan määrittelemiä tavoitteita. Tavoitteisiin kuuluvat myös haaveet ja unelmat, joiden saavuttamiseksi luodaan konkreettisia välitavoitteita (Toivio & Nordling, 2013).

Ratkaisukeskeisyyden lähtökohta auttamistyössä on voimaannuttaa asiakkaat elämään pro-duktiivisempaa ja tyydyttävämpää elämää. Ongelmakeskeisyys ja asiantuntijavaltaisuus haittaavat tätä tavoitetta. Asiakkaiden

voimaannuttaminen sen sijaan on prosessi, jossa yksilöitä, ryhmiä, perheitä ja yhteisöjä autetaan löytämään ja vahvistamaan heissä ja heidän ympärillään olevia voimavaroja ja työvälineitä (Saleebey, 2007). Saleebey kutsuu tätä vahvistamisnäkökulmaksi. Vahvistamisnäkökulmassa tiivistyvät seuraavat ajatukset (Saleebey, 2007):

1. Kaikilla ihmisillä on vahvuuksia, jotka voidaan valjastaa parantamaan heidän elämänsä laatua. Ammattiauttajien tulisi kunnioittaa näitä vahvuuksia ja niitä päämääriä, joiden saavuttamiseksi asiakkaat haluavat niitä käyttää.
2. Asiakkaiden motivaatio voimistuu painotettaessa johdonmukaisesti heidän omaksi kokemukseksi vahvuuksia.
3. Vahvuuksien löytäminen vaatii asiakkaan ja auttajan yhteistyössä tapahtuvaa tutkimusta: ammattiauttajalla ei ole viimeistä sanaa siinä, miten asiakkaan tulee muuttaa elämäänsä.
4. Keskittyminen vahvuuksiin estää työntekijää sortumasta arvosteluun tai asiakkaan syyttelyyn vaikeuksista. Samalla voidaan huomata, miten asiakas on onnistunut aikaisemmin selviytymään monista vaikeista olosuhteista. Selviytymistarinat kertovat asiakkaan vahvuuksista.
5. Kaikkein synkimmissäkin ympäristöissä on voimavaroja.

Saleebeyn käsitys voimaannuttamisesta ja ne oletukset, joihin se nojaa, on perinteisen on-gelmakeskeisen lähestymistavan vastakohta. Ongelmiin keskittymisen sijaan Saleebey kutsuu työntekijöitä etsimään yhdessä asiakkaiden kanssa niitä henkilökohtaisia vahvuuksia ja voimavaroja, joita asiakkaat voivat hyödyntää parantaakseen tilannettaan. Pohtiessaan kohtaamiaan asioita asiakkaat käsitteellistävät, sanoittavat ja järjestelevät kokemuksiaan abstraktin ajattelunsa ja kielellisen hahmottamisen avulla. He luovat tulkintoja ja ajatusmalleja, joiden avulla he yrittävät ymmärtää kokemuksiaan. Asiakkaiden käsitykset siitä, mikä voisi auttaa heitä heidän rakentamissaan tyydyttävämpää elämää itselleen, tulisi painaa vähintään yhtä paljon vaa'assa kuin ratkaisuja tarjoava asiantuntijuus. Asiakkaat rakentavat ratkaisuja paremmin, jos terapeutti pysyy ei-tietämisen tilassa, ei pohdi asiakkaan ongelmien taustalla olevia syitä eikä kyseenalaista asiakkaan tavoitevalintoja (De Jong & Berg, 2008).

Ratkaisukeskeisen lähestymistavan perusarvot voidaan tiivistää seuraavasti (Toivio & Nordling, 2013):

- kaikki ihmiset ovat arvokkaita ja osaavia
- jokainen vastaa omasta elämästään ja vaikuttaa muiden elämään
- ihmisiä rohkaistaan kuuntelemaan toisia ja ottamaan toisten toiveita huomioon
- ihmisiä kannustetaan elämään ja päättämään ihanteidensa ja tavoitteidensa mukaan
- ihmiset muuttuvat ja kehittyvät koko ajan
- ihmiset osaavat vaikuttaa omaan elämäänsä ja tehdä yhteistyötä
- ihmiset tekevät parhaansa itsensä ja läheistensä hyväksi
- keskeistä ongelmanratkonnassa ovat ihmisten tietoiset ja tiedostamattomat sekä luovat ponnistelut asiansa hyväksi
- ihmiset tietävät yleensä milloin mikäkin on heille hyväksi.

2.8.1. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyden yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Ratkaisukeskeisyys rakentuu kokemuksellisuuteen ja subjektiivisuuteen. Yksilön ainutlaatuiset kokemukset saavat omia merkityksiään niihin liittyvien subjektiivisten tulkintojen kautta. Auttamistyössä näitä tulkintoja voidaan joko tukea tai kyseenalaistaa, mutta asiakkaan tekemiä päätelmiä ja niihin perustuvien ratkaisuvaihtoehtojen valintaa ei arvostella. Jos asiakkaan valinnat eivät johda haluttuun tulokseen, rohkaistaan asiakasta kokeilemaan jotain muuta, hänen itsensä valitsemaa vaihtoehtoista ratkaisua tavoitteeseen pääsemiseksi. Asiakas itse päättää myös siitä, minkälaista apua tai tukea hän tarvitsee, jotta tavoitteeseen pääseminen olisi mahdollisimman todennäköistä.

Auttajan rooli on perustuu asiakkaan kanssa käytävään dialogiin niin, että edellä kuvattu prosessi toteutuu mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Ratkaisukeskeisen toimintatavan kautta toteutuvat myös muut toipumisorientaatioon liittyvät arvot eli osallisuus, itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus kasvuun. Nämä ovat välttämättömiä ehtoja aidon ratkaisukeskeisen työotteen toteutumiseksi.

Ratkaisukeskeisyys on yhteydessä kaikkiin toipumisorientaation prosesseihin. Voimavarojen kartoitus ja hyödyntäminen liittyy sekä identiteetin että voimaantumisen prosesseihin. Koska voimavaroja voi saada myös sosiaalisista suhteista ja läheissuhteista, se liittyy ratkaisukeskeisyyden myös kumppanuuden prosesseihin. Unelmien, haaveiden ja tavoitteiden kanssa työskentely sekä toiveikkuuden vahvistaminen ovat yhteydessä toivon ja optimismin prosesseihin. Ratkaisukeskeisyydessä käsitellään menneisyyteen sisältyviä vaikeitakin asioita uudelleen määrittelyjen ja uudenlaisten merkitysten kautta, jolloin näkökulman vaihto voi muuttaa asiakkaan suhtautumista elettyyn elämään myönteisemmäksi. Käytännössä tämä voi tarkoittaa selviytymiseen liittyvien voimavarojen löytämistä, minäkuvan muuttumista positiivisemmaksi tai syyllisyyden tunteista vapautumista. Näin vaikeatkin menneisyyden tapahtumat voivat vahvistaa tunnetta, että niilläkin on ollut ihmisen psyykettä vahvistava merkitys. Tämä kautta ihminen voi kokea, että hänen elämällään kaikesta huolimatta on ja on ollut tarkoitus.

3. Sosiaalityön teoria

Sosiaalityölle on ominaista yksilöllisten, yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden yhteen kietoutuminen, työn kohdistuminen erilaisiin sosiaalisiin tekijöihin sekä sen toteutuminen yksilöllisellä, yhteisöllisellä ja yhteiskunnallisella tasolla. Sen keskeisiä käsitteitä ovat sosiaalinen ja psykososiaalinen. Toisaalta sosiaalityössä on perinteisesti hyödynnetty eri tieteenalojen, esimerkiksi lääketieteen, psykologian ja sosiologian teorioita, jotka liittyvät ajankohtaisiin ongelmiin ja niiden taustalla oleviin syihin. (Ronny, 1986, 7; Kananoja, 2017, 30.) Tässä luvussa tarkastelemme sosiaalityön toimintamalleja ja asiakkaan osallisuuden ja aseman muuttumista, sillä sosiaalityön ja toipumisorientaation keskeisiä käsitteitä ovat osallisuus, osallistuminen ja toimijuus.

3.1. Osallisuus

Osallisuus nostetaan esiin erilaisissa yhteyksissä, kuten ammatillisessa keskustelussa, ammattikuntien eettisissä ohjeissa, lainsäädännössä, valtakunnallisissa kehittämisehdotuksissa (STM, 2009), kansallisessa mielenterveysstrategiassa (Vorma ym. 2020) sekä Euroopan Unionin terveysstrategiassa (EU, 2007, 4). Suomessa palvelukäyttäjien osallisuus ja osallistuminen sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen, arviointiin ja tuottamiseen on noussut keskeiseksi teemaksi viimeisen vuosikymmenen aikana (esim. Hietala & Rissanen, 2015). Taustalla on erilaisia aatteita ja kehityskulkuja, kuten tiedon ja päätöksenteon demokratisoituminen, yhtäläisten kansalaisoikeuksien toteutuminen sekä palvelun käyttäjien asemaa ja valinnanvapautta korostavan konsumerismin vahvistuminen (Toiviainen, 2007, 13–16; Häyhtiö, 2017, 65). Asiakasosallisuus voidaan liittää myös politikka- ja hyvinvointiohjelmien tavoitteeseen ja keinoihin lisätä ja edistää yhteiskunnan tasa-arvoa ja sosiaalista yhdenmukaisuutta (Ravio & Karjalainen, 2013, 12). Keskustelun laajuudesta huolimatta osallisuudelle ei löydy yhtenäistä määritelmää, vaan ne vaihtelevat eri yhteyksissä. Keskeistä osallisuudessa on sen monitahoisuus, ulottuvuudet ja yhteys esimerkiksi toimijuuteen, osallistumiseen ja vaikutusmahdollisuuksiin.

Osallisuuteen liitetään usein vaikutusmahdollisuudet (esim. Isola ym. 2017 30), jolloin osallisuudella tarkoitetaan yksilön mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä ja asioihinsa, hoitoon, asiakkuuteen (Nikkonen, 1994, 15; Rostila, 2001; Kuosmanen, 2009), palveluiden sisältöön, laatuun tai päätöksentekoon (Tritter & McCallum, 2006). Osallisuus määritellään usein myös syrjäytymisen, osattomuuden ja ulkopuolisuuden vastakohtaksi. Minna Mattila-Aalto (2009, 21–23) painottaa osallisuuden ja syrjäytymisen dynaamisuutta ja suhteellisuutta. Käytännössä ihmiset eivät ole joko täysin osallisia tai syrjäytyneitä, vaan jotain siltä väliltä. Osallisuuden dynaamisuus ja monitahoisuus näkyvät myös Anna-Maija Isolan ym. (2017) esittelemässä osallisuuden kehissä. He hahmottavat osallisuuden muodostuvan kolmesta eritasoisesta osittain sisäkkäisistä ja päällekkäisistä kehistä. Osallisuus tarkoittaa ensinnäkin osallisuutta omaan elämään. Toiseksi se tarkoittaa mahdollisuutta vaikuttaa palveluihin, lähipiiriin, elinympäristöön ja yhteiskuntaan. Kolmanneksi paikallisessa osallisuudessa yksilöllä on mahdollisuus liittyä erilaisiin hyvinvoinnin lähteisiin, elämän merkityksellisyttä ja arvokkuutta lisääviin vuorovaikutussuhteisiin sekä vaikuttaa resurssien jakamiseen. Vuorovaikutus voi toteutua ihmisten välisenä. Lisäksi erilaiset tilat, ympäristöt ja tarinat voivat tarjota keinon merkitysten ja merkityksellisuuden kokemusten löytämiseen. (Isola 2017 ym. 30.) Minna Mattila-Aalto (2009, 202) käyttää käsitettä elämänpoliittinen osallisuus puhuessaan yksilön valitsemista, hänen hyvinvointiaan tukevista ryhmänjäsenyyksistä ja toimintavalmiuksista.

3.2. Asiakasosallisuus

Sosiaalityön keskustelussa osallisuus määritellään usein toteamalla, että asiakas on toiminnan subjekti, ei erilaisen toimenpiteiden kohde (Hänninen & Valkonen, 2000, 150; Juhila, 2009, 47). Tällöin osallisuus tarkoittaa työntekijän ja asiakkaan välistä yhteistyötä, yhdessä muodostettuja tavoitteita, vuorovaikutusta, yhteisen näemyksen löytämistä, asiakkaan kuulemistä, kuuntelemista sekä vaikutusmahdollisuuksia (Kokko, 2004; Rissanen,

2015) eli yhteistoimintaa ja kumppanuutta (Rostila, 2001, 33). Terveystieteiden tutkimuksessa puhutaan vuorovaikutteista terveyspalveluiden tarjoamisesta, jolloin asiakas ja työntekijä pyrkivät saavuttamaan yhdessä sovitut tavoitteet, yhteisessä siantuntijatuntumassa. Hoitoa ei kohdisteta potilaaseen ylhäältä alaspäin, muttei myöskään toimita täysin hänen ehdoillaan. (Koivuniemi & Simonen, 2011, 18.)

Asiakassuhteissa osallisuuteen liitetään asiakkaan käsitysten ja toiminnan kunnioittaminen, asiallinen kohtelu sekä yritteliäisyyden ja itseohjautuvuuden tukeminen. Osallisuutta tukevassa työotteessa vältetään riippuvuutta ruokkivaa asioiden tekemistä asiakkaan puolesta, ratkaisujen tarjoamista ja ”avuttomaksi auttamista”. Asiakasta pyritään motivoimaan muutokseen ja omaksumaan uusia näkemyksiä vapaaehtoisesti, osana omaa elämäänsä ja omia tavoitteitaan. (Rostila, 2001, 32–33; Juhila, 2008, 49, 55; Juhila, 2009, 54.) Tärkeää on tapa, jolla asiakasta motivoidaan. Keskeistä on kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta tehdä valintoja ja päätöksiä, elleivät ne uhkaa toisten oikeuksia tai etuja. (Sosiaalialan ammattilaiset eettiset ohjeet 2012). Osallisuus näkyy työntekijän roolissa ja yhteistyössä asiakkaan kanssa. Työntekijä on mahdollistaja ja tukija, joka auttaa asiakasta tarkastelemaan elämää ja ongelmia realistisesti, pohtimaan ratkaisumahdollisuuksia, löytämään omat vahvuutensa ja kehittymismahdollisuutensa sekä kannustaa muutosten toteuttamisessa. Yhteistyön ydin on siinä, etteivät ammattiauttajat voi tuntea asiakasta täysin, eivätkä tietää, mikä auttaa, eivätkä toipua toisen puolesta. Toisaalta asiakas tarvitsee tukea ja apua. Yhteistyösuhteen muodostuminen edellyttää hyväksyntää, kuuntelemista, kuulemista, vastavuoroisuuteen suostumista sekä ajatusten, toiveiden ja tunteiden jakamista. (Jokinen & Räsänen, 2000, 46; Rissanen, 2015.)

Kuntoutuksen keskustelussa osallisuus määritellään asiakkaan itsemääräämisoikeudeksi, toimijuudeksi, aidoiksi vaikutusmahdollisuuksiksi ja hänen tavoitteidensa mukaisten muutosten saavuttamiseksi. Tarinallisesti ilmaistuna kuntoutuksessa pyritään vahvistamaan asiakkaan kokemusta olla oman elämänsä ja kuntoutumisensa päähenkilö, jolloin työntekijä auttaa asiakasta toteuttamaan tämän itse muotoilemaa tarinaa. Toisena tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn parantaminen, joten kuntoutuksen tehtävänä on vahvistaa asiakkaan tarvitsemia valmiuksia. Kuntoutus perustuu vuorovaikutukseen ja luottamuksellisen suhteen rakentamiseen. Kuntoutus on usein pitkäkestoista ja yksilöllistä, sillä ihmiset ja heidän tavoitteensa sekä tarpeensa ovat yksilöllisiä. (Hänninen & Valkonen, 2000, 150; Unkila, 2015, 128–129.) Matti Koikkalainen ja Stina Sjöblom (2014, 78) kuvaavat osallisuutta edistävää kuntoutusta keskusteluksi mahdollisuuksista tavalla, joka antaa tilaa eikä syötä asiakkaalle valmiiksi pureskeltuja malleja tulevasta elämästä.

3.3. Toimijuus ja osallistuminen

Toimijuus on määritelty motivaatioksi, tahdoksi, selviytymiskyvyksi, pyrkimykseksi intentionaaliseen toimintaan, valintojen tekemiseksi, aloitteellisuudeksi, aktiivisuudeksi, osallisuudeksi, oppimiseksi tai hallinnan tunteeksi (Hitlin & Elder, 2006; Eteläpelto ym. 2014, 21). Siinä on keskeistä yksilön aktiivisuus, halu kasvaa, yhteys toisiin ihmisiin sekä omakohtaisten kokemusten yhdistäminen laajempaan sosiaaliseen yhteyteen tai rakenteisiin (Deci & Ryan, 2000). Toimijuus perustuu siihen, että yksilö uskoo oman toimintansa vaikuttavuuteen. Mielenterveysongelmista toipuminen voi käynnistyä pieniltä tuntuvista arkisista asioista, joista syntyy tunne osaamisesta, pystyvyydestä tai hallinnasta. Toisaalta pystyvyyden kokemus yhdellä elämäntilanteella, voi rohkaista yrittämään ja avata uusia mahdollisuuksia. Arjen moninaisista, joskus pieniltä tuntuvista asioista, kuten harrastuksista, luonnosta ja lemmikeistä, on mahdollista saada onnistumisen kokemuksia. (Bandura, 2001, 10; Järvikoski, 1994; Romakkaniemi & Väyrynen, 2011, 147.)

Toimijuudessa on tärkeää sekä yksilön kokemus omasta toimijuudestaan että eri tahojen jaettu toimijuus. Se tarkoittaa yhteistyötä kuntoutujan, hänen läheistensä, päihde- ja mielenterveysalojen ammattilaisten sekä muiden tahojen kanssa. (Romakkaniemi & Väyrynen, 2011, 136.) Jaetun toimijuuden mukainen työtapo edellyttää ammattilaiselta kykyä vastavuoroiseen, asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden hyväksyvään työotteeseen. Näin ollen toimijuuden käsite kattaa myös kyvyn toimia yhdessä, vastavuoroisuuden, jaetun vastuun ja yhteisölliseen oppimisen. (Edwards, 2007; 2008.)

Osallistumisen luonne hahmotetaan usein tarkastelemalla kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia ja valtaa ”Arnsteinin tikapuiden” avulla. Sherry Arnstein on jakanut osallistumisen kahdeksalle portaalle. Alimmilla

portailla osallistuminen ja vaikuttaminen on hänen mukaansa keinotekoista. Yksilöt voivat uskoa vaikuttavansa ja osallistuvansa, vaikkei heillä ole todellisia vaikutusmahdollisuuksia eikä valtaa. (Arnstein, 1969, 217.) Seuraavilla portailla osallistuminen on näennäistä eikä välttämättä vaikuta päätöksentekoon, jolloin Arnstein puhuu ”tokenismin asteista”. Ainoastaan tikapuiden ylimmillä askelmilla eli kumppanuudessa, delegoidussa toimivallassa ja kansalaisvalvonnassa kansalaiset voivat käyttää todellista valtaa. Esimerkiksi kumppanuudessa valta jaetaan neuvottelemalla ja ongelmia yritetään ratkaista yhdessä. (Arnstein, 1969.) Sama asia näkyy osallistamisen määritelmässä. Osallistajat, kuten päättäjät, ammattilaiset tai tutkijat, eivät päätä, mikä osallistamisen ”kohteelle” on parasta, mistä he hyötyisivät tai mitä he haluavat. Toimijuudessa, osallistumisessa ja osallisuudessa on keskeistä niiden toteutuminen osallistujien tavoitteista ja kiinnostuksen kohteista lähtien (Swantz, 1997, 268, 271) niin, että osallistujilla on aito ja todellinen mahdollisuus valita ja vaikuttaa (Laitila, 2010, 182).

3.4. Sosiaalinen

Aulikki Kananojan mukaan (2017, 181–189) sosiaalityössä käsite ”sosiaalinen” voidaan määritellä neljästä näkökulmasta:

1. Sosiaalinen tarkoittaa yksilön ja hänen ongelmiensa tarkastelemista osana kokonaisuutta, johon kuuluvat yksilön elämäntilanne, sosiaaliset olosuhteet tai laaja yhteiskunnallinen tilanne. Ihmisen elämää muovaavat nykyhetki, menneet elämäntilanteet ja sosiaaliseen kehitykseen vaikuttaneet tekijät. Näin ollen ulkoisesti samankaltaiset tilanteet koetaan yksilöllisesti ja ne vaikuttavat eritavoilla elämään. Sosiaalinen viitekehys koostuu ihmisen, hänen elämäntilanteensa, sosiaalisten olojen ja kokemusten kokonaisuudesta. Sosiaalityössä muodostetaan käsitys yhteistyön tarpeesta sekä muutoksen saavuttamisen keinoista tarkastelemalla näitä tekijöitä ja niiden välisiä suhteita.
2. ”Sosiaalinen” tarkoittaa yhteisvastuun näkökulmasta sitä, että sosiaalityössä pyritään asiakkaan elämäntilanteen paranemiseen, heidän toimintakykynsä ja elämänotteensa vahvistamiseen tai muutokseen sosiaalisissa oloissa.
3. ”Sosiaalinen” on ihmisen sisällä, sosiaalisina kokemuksina, arvoina, normeina, tottumuksina ja tapoina. Tällöin se voi tarkoittaa yksilön käsitystä itsestään eli ”sosiaalinen” on osa identiteettiä. Yleensä ihmiset joko omaksuvat tai vastustavat lähiympäristönsä arvoja ja normeja. Arvot ja normit vaikuttavat tavoitteisiin ja toimintatapoihin, joten niiden tunnistaminen ja tunteminen on tärkeää. Esimerkiksi työttömyys voi olla yksilölle normaali tai häpeälliseltä tuntuva elämäntilanne.
4. ”Sosiaalisella” tarkoitetaan myös asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen merkitystä. Asiakkaan ja työntekijän yhteistyösuhde on sosiaalinen kokemus. Yhteistyö ja vuorovaikutus ovat myös keskeisiä sosiaalisen työskentelyn välineitä. Kirsi Juhila (2006) esittelee neljä asiakastyöntekijäsuhteen muotoa: liittämisen- ja kontrollisuhte, kumppanuussuhde, huolenpitosuhde sekä vuorovaikutuksessa rakentuva suhde. Voimaannuttavassa yhteistyössä välittyy työntekijän aito auttamisen halu, kokemus välittämisestä, tunne ihmisarvon ja yksilöllisyyden kunnioittamisesta, usko asiakkaan voimavaroihin ja kykyihin sekä toivo muutoksen mahdollisuudesta. Jokainen tapaaminen ja asiakkuus voi joko vahvistaa asiakkaan voimavaroja tai olla alistava, nöyryyttävä ja itsemääräämistä loukkaava kokemus. Asiakkaan elämäntilanteen kartoittamisella ja sen käsittelemisellä pyritään auttamaan asiakasta tarkastelemaan ja jäsentämään omaa elämäänsä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, joten kartoittaminen ei ole vain tiedon keräämistä. (Kananoja 2017, 184–189.)

3.5. Sosiaalityön toimintamallit

Sosiaalityön tavoitteet ovat erilaiset yksilö, perhe, yhteisö ja yhteiskunnan tasoilla, vaikka ne limittyvät toisiinsa. Yksilötason tavoitteena on asiakkaan elämäntilanteen paraneminen ja hänen toimintakykynsä sekä elämänot-

teensa vahvistuminen. Toisaalta sosiaalityössä pyritään vahvistamaan yksilöiden ja perheiden osallisuutta ja toimintaedellytyksiä, lieventämään erilaisiin elämäntilanteisiin liittyviä vaikeuksia yhdessä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa. Yhteisötasolla sosiaalityön tavoitteena on edistää yhteisöjen sosiaalista eheyttä, tukea ihmisten osallisuutta, yhteisvastuuta ja yhteistoimintaa, jolloin keskeistä on verkostoituminen ja yhteistyö. (Kananoja, 2017, 29–30.) Yhteiskunnallisella tasolla sosiaalityössä pyritään muuttamaan sosiaalisia oloja, edistämään sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja sosiaalista hyvinvointia, jolloin puhutaan usein rakenteellisesta sosiaalityöstä (Kananoja, 2017, 30; Pohjola, 2015). Sosiaalityötä, palveluja ja etuuksia käytetään välineinä näiden tavoitteiden saavuttamisessa. (Kananoja 2017, 183)

Sosiaalityö perustuu arvoihin, jotka ovat myös keskeinen osa sen yhteiskunnallista tehtävää. Tärkeimpänä arvona voidaan pitää yhtäläistä ihmisarvoa, mikä tarkoittaa ihmisen kunnioittamista rodusta, uskonnosta, suorituskyvystä tai henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumatta. (Karvinen, 1993.) Asiakastyössä ihmisarvon kunnioittaminen konkretisoituu työn tavoitteissa. Työssä pyritään saavuttamaan asiakkaan aito kokemus ihmisarvosta, kuulluksi tulemisesta ja mahdollisuudesta osallistua oman tilanteensa käsittelyyn. Sosiaalityön arvoja ovat myös oikeudenmukaisuus, yhteinen vastuu yhteisön jäsenistä ja asiakkaan itsemääräämisoikeus. Arvojen toteuttaminen on mahdollista aina, vaikka työtä rajoittaisivat niukat resurssit. (Kananoja 2017, 174, 178.)

Aulikki Kananojan (2017, 27–34) mukaan suomalaisen sosiaalityön juuret voidaan löytää erilaisista liikkeistä ja näkökulmista.

1. Kirkon ja armeliaisuusjärjestöjen hyväntekeväisyystyö. Köyhäinhuolto on siirtynyt kirkolta kunnille ja kehittynyt lakisääteiseksi sosiaalihuolloksi sekä palveluja ja taloudellista tukea tarjoavaksi auttamisjärjestelmäksi.
2. Vakuutus pohjainen sosiaalipolitiikka, jonka ajatus sosiaaliturvasta yksilön oikeutena on siirtynyt sosiaalityöhön.
3. Terveystieteiden sosiaalityö (aikaisemmin lääkinnällis-sosiaalinen työ) on ollut merkittävä yksilökohtaisen sosiaalityön edistäjä, joka on vaikuttanut erityisesti mielenterveystyöhön ja päihdehuoltoon.
4. Vapaaehtoisten yksilöiden ja järjestöjen tekemä hyväntekeväisyystyö.
5. Yhdyskuntatyö ja yhteisöllinen sosiaalityö, jonka juuret löytyvät settlementiliikkeestä ja amerikkalaisen sosiaalityön uranuurtajan Jane Addamsin (1860-1935) työstä. Yhdyskuntatyössä puhutaan yleensä asukkaista ei asiakkaista, sillä sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välinen suhde nähdään hierarkkiseksi. (Roivainen, 2004). Muita käytettyjä käsitteitä ovat yhteisöllinen sosiaalityö, yhdyskuntatyö, yhteisösosiaalityö, alueellinen yhteisösosiaalityö ja lähi-työ. Jatkossa käytetään pääasiassa käsitteitä yhteisöllinen sosiaalityö ja yhdyskuntatyö.

Sosiaalityön lähtökohdasta huolimatta asiakkaan aseman muuttuminen voidaan nähdä jatkumona, jonka alkuvaiheessa asiakas oli palvelujen kohde. Asiakkaan aseman vahvistuminen on konkretisoitunut asiakaslähtöisyyden korostamisena, johon on liittynyt asiakkaan näkeminen oman elämänsä aktiivisena toimijana. Tämä on avannut mahdollisuudet tunnistaa ja hyödyntää asiakkaan kokemustietoa, josta alkoi rakentua palvelujen käyttämiseen liittyvä kokemusasiantuntijatoiminta. Samalla alettiin puhua asiakkaan osallisuudesta omaan ja läheisten palveluprosessiin sekä palvelujärjestelmään. Asiakkaan osallisuuden muotoja ovat työtavat, joissa asiakas on mukana palvelujen kehittäjänä ja vaikuttajana (Pohjola, 2010; Niskala ym. 2017, 7-8.)

3.5.1. Sosiaalityön yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Sosiaalityön arvot vastaavat toipumisorientaation arvoja. Keskeistä on yhtäläinen ihmisarvo eli ihmisen kunnioittaminen hänen ominaisuuksistaan tai suorituskyvystään riippumatta sekä asiakkaan aito kokemus ihmisarvon kunnioittamisesta, kuulluksi tulemisesta ja mahdollisuudesta osallistua oman tilanteensa käsittelyyn. Lisäksi sekä sosiaalityön että toipumisorientaation tärkeitä arvoja ovat oikeudenmukaisuus, yhteinen vastuu yhteisön jäsenistä ja itsemääräämisoikeus.

3.6. Sosiaalityön yhteisöllisiä ja yksilöllisiä toimintamuotoja

3.6.1. Yhteisöllinen sosiaalityö ja yhdyskuntatyö

Yhteisöllisen sosiaalityön juuret ovat Jane Addamsin ja Ellen Gates Starrin vuonna 1889 Chicagoon perustamassa Hull House settlementitalossa. Toiminnan perusajatuksena oli asettua asumaan ja toimia naapuruston keskellä. Talo sijaitsi alueella, jossa asui pääasiassa Euroopasta tulleita työttömiä ja köyhiä maahanmuuttajia. Yhteiskeit-tiötoiminnan lisäksi talossa toteutettiin sosiaali- ja yhdyskuntatyötä. Yhteisöllinen sosiaalityö tulkitsi sosiaaliset ongelmat yhteiskunnan rakenteellisiksi kysymyksiksi ja määritteli työn tavoitteeksi muutoksen aikaansaamisen ihmisten elinolosuhteissa. Työntekijöiden läsnäolo mahdollisti sellaisen tiedon tuottamisen, jonka lähtökohtana oli ajatus: ”ainoastaan elettyä voi ymmärtää ja tulkita toisille”. Tieto perustui yksityiskohtaiseen perehtymiseen naapuruston elämään ja ajatuksiin sekä herkkään ”sympaattiseen tulkintaan”. Yhteisöllisen sosiaalityöhön liitty-vässä (asianajo)toiminnassa välitettiin tällä tavalla tuotettua tietoa viranomaisille. (Roivainen, 2004.)

Yhdyskuntatyön tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen sekä negatiiviseen sosiaaliseen ja alueelliseen eriytymiseen vaikuttaminen. Tavoitteisiin pyritään esimerkiksi tarjoamalla asukkaille toiminta- ja yhteistyömahdollisuuksia sekä luomalla verkostoja, yhteisöjä tai ryhmiä, joissa asukkaat voivat saada vertaistukea, kokemuk-sia pärjäämisestä, uusia rooleja tai kokea yhteenkuuluvuutta. Toisaalta yhdyskuntatyön tavoitteena on kehittää helpommin saavutettavia ja tehokkaampia palveluja sekä löytää erilaisia tapoja ja keinoja vastata palvelunkäyttä-jien tarpeisiin. (Stepney & Evans, 2000, 109; Tapola-Tuohikumpu, 2005; Stepney & Popple, 2008, 113.) Yhteisöllisen sosiaalityön toimintaperiaatteisiin kuuluu kansalaisten oma-aloitteisuuden tukeminen (Stepney & Evans, 2000, 109–110) ja sen keskeinen piirre on nähdä yksilöt, perheet ja ryhmät osana sosiaalisia verkostoja ja yhteisöjä (Roivainen, 2008).

Yhdyskuntatyöntekijöillä on kaksoisrooli viranomaistyön ja kenttätöön välissä. Heillä on parempi mahdolli-suus päästä samalle kentälle asiakkaiden kanssa ja osallistua asiakkaista tai yhteisöistä lähtevään muutosproses-siin henkilökohtaisen vuorovaikutuksen ja kontaktien avulla. (Roivainen, 2004; 2008.) Esimerkki yhdyskunta-työstä on Helsingissä toteutettu lähityö. Lähityöntekijät ovat sosiaalialan koulutuksen saaneita kadulle jalkautu-neita työntekijöitä. Heidän asiakaskuntaansa kuuluvat kaikki kuntalaiset, mutta käytännössä lähityöntekijät kohtaavat pääasiassa asunnottomia, päihdeongelmia omaavia tai palvelujen tavoittamattomissa olevia ihmisiä. Lähi-työhön sisältyy palveluneuvonta, asiakkaiden saattaminen palvelujen pariin, havaittuihin häiriöihin puuttuminen sosiaalityön keinoin sekä tiedonvälitys kuntalaisilta viranomaisille ja päinvastoin. Lähityöntekijöiden on mahdol-lista nähdä arkielämää lähempänä kuin toimistossa työskenneltäessä, joten heidän voi olla helpompi ymmärtää asiakkaan elämäntilannetta. Asiakkaan vointi on juuri sellainen kuin se sinä hetkenä ja siinä tilanteessa on, sillä kohtaamisia, niiden ajankohtaa tai paikkaa ei ole suunniteltu. (Männistö, 2012, 125–126.)

Yhdyskuntatyö liittyy rakenteelliseen sosiaalityöhön, jonka tavoitteena on vaikuttaa yhteiskunta- ja yhteisö-tason rakenteellisiin epäkohtiin. Rakenteellinen sosiaalityö perustuu ajatukseen, jonka mukaan työntekijöillä on paremmat mahdollisuudet kohdata asiakasryhmien ongelmat ja havaita epäkohdat sekä kehittämisen tarpeet asuinalueilla. (Koskinen, 2003.) Sosiaalihuoltolain (7§) mukaan rakenteellinen sosiaalityö tarkoittaa ensinnäkin asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottamista asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisesta yhteyksistä sekä näihin tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista. Toiseksi sillä tarkoitetaan tavoitteellisia toimia ja toimenpide-ehdotuksia sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi.

Yhteisöllisissä toimintamalleissa korostetaan ja pyritään toteuttamaan täysvaltaista kansalaisuutta, palvelujen demokraattista omistamista ja palvelunkäyttäjien osallisuutta. Yhteisölliset toimintamallit voidaan nähdä osaksi eurooppalaisen hyvinvointipolitiikan yhdenmukaistumiskehitystä (Matthies, 2017) sekä Iso-Britannian Big Society ideologiaa. Siinä korostetaan vapaaehtoistoiminnan ja yhteiskunnallisten yritysten tärkeyttä, kansalaisyhteiskunnan merkitystä yhteiskunnallisena toimijana sekä yhteisöllisyyttä ja yhteisvastuuta kansalaisten velvollisuutena. (Kisby, 2010, 484–486; Cameron, 2011; Evans, 2011, 164.) Keskustelu liittyy myös aktiiviseen kansalaisuuteen, jolla tarkoitetaan vaikuttamista, yhteisen hyvän edistämistä, vastuun ottamista ja yhteiskunnallista osallistumista. Keskeistä on aktiivinen toimijuus ja osallistuminen yhteisten asioiden hoitamiseen, jolloin yksilö voi vaikuttaa itselleen tärkeisiin asioihin. Tavoitteena on vahvistaa toimijoiden omaehtoista osallistumista. (Lai-tinen & Nurmi, 2003, 125; Särkelä, 2009, 15.) Aktiivinen kansalaisuus konkretisoituu esimerkiksi mielenterve-

ys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistumisen motiiveissa. Toimijat hakevat usein mahdollisuuksia vaikuttaa ja saada aikaan muutoksia mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä yhteiskunnassa (Kaskela ym. 2014; Hokkanen, 2013, 2014; Rissanen & Jurvansuu, 2018).

3.6.1.1. Yhdyskuntatyön yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Toipumisorientaation periaatteita vastaa yhdyskuntatyön lähtökohtana oleva eletyn eli omakohtaisesti koetun ymmärtäminen ja tulkitseminen, ihmisten oma-aloitteisuuden tukeminen sekä senkaltaisten verkostojen, yhteisöjen, ryhmien sekä toiminta- ja yhteistyömahdollisuuksien tarjoaminen, joiden kautta on mahdollista saada vertaistukea, uusia rooleja, tuntea pärjäävyyttä tai kokea yhteenkuuluvuutta. Vastaavasti toipumisorientaatioissa on keskeistä aktiivinen kansalaisuus, toimijuus, osallistumisen vahvistaminen ja mahdollisuus vaikuttaa itsestä tärkeitä tuntuviin asioihin. Yhdyskuntatyön tavoite kehittää helpommin saavutettavia ja palvelunkäyttäjien tarpeisiin paremmin vastaavia palveluja on myös toipumisorientaation periaatteiden mukainen tavoite.

3.6.2. Psykososiaalinen työ

Mary Richmond esitteli yksilökohtaisen sosiaalityön periaatteet kirjassaan *Social Diagnosis* (1917). Sosiaaliseen diagnoosiin sisältyi arvio asiakkaan persoonallisuudesta ja sosiaalisesta tilanteesta, joten Richmondia voidaan pitää psykososiaalisen työtavan edelläkävijänä. (Bernler & Johnsson, 1988, 14–15.) Toinen psykososiaalisen työn edelläkävijöistä on sosiaalityön klassikko Gordon Hamilton. Hän kuvasi teoksessaan *Theory and Practice of Social Case Work* (1962) sosiaalityön luonnetta humanistiseksi, johon hän liitti sosiaalityön kaksi ydinlähtökohtaa. Sosiaalityö sisältää sosiaalisia arvoja, joten se ei ole vain tiedettä. Toiseksi keskeistä on nähdä yksilö tilanteessa.

Richmond ja Hamilton hahmottivat yksilön tilanteeseen liittyvät ja ongelmien taustalla vaikuttavat tekijät monipuolisesti. Richmondin (1917, 38–43, 148–156, 234–237) mukaan työssä on otettava huomioon asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä perhetilanne ja käsiteltävä jokainen tapaus kokonaisuutena. Hamilton korosti ihmisen monimutkaisuutta sekä sitä, että ihmisen toimintaan vaikuttavat biologiset, sosiaaliset, taloudelliset ja emotionaaliset tekijät. Näin ollen ihmiset reagoivat ja toimivat samankaltaisissa tilanteissa eri tavoilla ja heidän avuntarpeensa on yksilöllinen. Esimerkiksi kaikki ulkoisesti samankaltaisessa tilanteessa olevista ihmisistä eivät koe tarvitsevansa apua. Hamilton asettaa asiakkaan tilanteen ja asiakastyön laajempaan kokonaisuuteen, kulttuuriin. Hänen mukaansa ongelmia voidaan hoitaa vain niiden taloudellisessa ja sosiaalisessa kehyksessä. (Hamilton, 1962, 3–11.)

Yksilökohtaiseen sosiaalityöhön kuului asiakkaan kuuleminen ja osallistuminen, vaikka sekä Richmond että Hamilton keskittyivät teoksissaan antamaan työntekijälle ohjeita työssä tarvittavan tiedon keräämisestä. Richmond (1917, 114–133) painotti asiakkaan omien suunnitelmien ja toiveiden merkitystä, itseluottamuksen tukemista ja kykyä auttaa itseään. Sosiaaliin ongelmiin on mahdollista löytää ratkaisu myönteisen vuorovaikutuksen avulla asiakkaan tarpeista lähtien. Hamilton (1962, 43–50) taas puhui asiakkaan osallistumisesta muutokseen, itsemääräämisoikeudesta ja yhteistyön tarpeesta.

Richmond (1917, 25) korosti sosiaalisten reformien ja yksilökohtaisen sosiaalityön kehittämistä yhdessä, sillä yksilöihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan kohdistavat parannukset liittyvät toisiinsa. Myös Hamilton (1962, 9–10, 14–19, 22) painottaa yksilön ja yhteiskunnan välistä yhteyttä, sillä sosiaaliset tekijät vaikuttavat ihmisten käyttäytymiseen ja asenteisiin. Hän määrittelee sosiaaliset reformit laajojen sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseen tähtääviksi liikkeiksi.

Ajan kuluessa psykososiaalinen työ on kehittynyt sosiaalityön näkökulmaksi, jossa työ kohdentuu kokonaisvaltaisesti yksilön elämäntilanteeseen sekä hänen psyykkiseen ja sosiaaliseen tilanteeseensa. Psykososiaalisessa työssä otetaan huomioon ihmisen sisäinen eli persoonallinen ja ulkoinen eli yhteiskunnallinen puoli, jolloin samanaikaisesti työskennellään yksilön tai perheen psykologisen ja sosiaalisen tilanteen kanssa. Työssä korostuu usein sosiaalisen ympäristön merkitys. (Lenneer-Axelsson & Thylefors, 1982, 9; Hessele, 1985, 52–60; Bernler & Johansson, 1988, 29–30; Granfelt, 1990a, 89, 92–93; Granfelt, 1993, 198–202.) Työn tavoitteena on yksilön psyykkisen selviytymiskyvyn parantaminen ja hänen toiminta- ja ajattelutapojensa muuttaminen (Sipilä, 1989, 244). Tähän pyritään rajaamalla ja määrittelemällä konkreettinen, saavutettavissa oleva tavoite ja aktivoimalla

ihmisiä ratkaisemaan ongelmia itse. Työntekijän tehtäväksi jää toivon tuominen tulevaisuuteen. Keskeistä on joustavat työskentelytavat ja metodit sekä moninaisten teoreettisten taustojen yhdistäminen. Tärkeää on avoimuus, jolloin erilaisiin sosiaalisiin ongelmiin etsitään ratkaisua yhteistyössä. (Hessle, 1985, 52–60.)

Psykososiaalisen kuntoutuksen ja psykososiaalisen työn periaatteet ovat samankaltaiset. Myös psykososiaalisen kuntoutuksen lähtökohtana on yksilön elämäntilanne ja psyykinen sekä sosiaalinen ulottuvuus. Tavoitteena on ihmisen vuorovaikutussuhteiden ja sosiaalisen tilanteen muuttaminen. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa hyödynnetään laajasti erilaisia työmuotoja ja toimitaan yhteistyössä niiden tahojen kanssa, joilla on tärkeä rooli kuntoutujan elämässä. Kuntoutus koostuu sosiaalisista suhteista, aineellisista resursseista sekä ihmisen paikasta ja toimijuudesta. Kuntoutumisprosessissa konkretisoituu yksilön suhde yhteiskuntaan. Yksilö ei kuntoudu tyhjiössä, vaan hän hahmottaa toimintamahdollisuutensa elinympäristössään. Kuntoutujan tulisi olla oman tilanteensa subjekti ja toimija, joka pyrkii ymmärtämään, tulkitsemaan, suunnittelemaan ja hallitsemaan elämänsä sekä sen perustaa. Kuulluksi ja kohdatuksi tulemisesta viestii tapa, jolla asiakkaat otetaan mukaan kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. (Romakkaniemi & Väyrynen, 2011, 137–148.)

3.6.2.1 Psykososiaalisen työn yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Psykososiaalisen työn ja kuntoutuksen yhteys toipumisorientaatioon näkyy työn arvotaustassa sekä yksilö tilanteessa -ajattelussa. Psykososiaalisessa työtavassa korostetaan asiakkaan yksilöllisen kokemuksen ja avuntarpeen, elämäntilanteen kokonaisuuden sekä eri tekijöiden (biologiset, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, taloudelliset, emotionaaliset ja perhetilanne) huomioimista. Selkeä yhteys toipumisorientaatioon löytyy psykososiaalisen työn periaatteista, kuten asiakkaan omien suunnitelmien, tarpeiden ja toiveiden merkityksen korostamisesta, itseluottamuksen tukemisesta, asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisesta muutokseen. Keskeistä on myös usko asiakkaan kykyyn auttaa itseään ja hänen asemansa oman tilanteensa subjektina ja toimijana, joka voi ymmärtää, tulkita, suunnitella ja hallita elämänsä. Toisaalta psykososiaalisen työn periaatteet yhteistyöstä, avoimuudesta, joustavuudesta sekä erilaisten teoreettisten taustojen yhdistämisestä vastaavat toipumisorientaation periaatteita. Lisäksi vastaavuuksia löytyy myönteisen vuorovaikutuksen, konkreettisten tavoitteiden muodostamisen, toimintamahdollisuuksien ja yksilön elinympäristön välisen suhteen ja ihmisten aktivoimisen korostamisesta sekä erityisesti työntekijän tehtäväksi mainitusta toivon tuomisesta tulevaisuuteen.

3.6.3. Palveluohjaus

Palveluohjauksen lähtökohtana on kriittishumanistinen ihmiskäsitys, jossa korostetaan yksilö suhdetta omaan olemiseensa ja yhteiskunnalliseen toimintaan (Hyttinen, 2001, 11). Sen yleisenä tavoitteena on tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet, järjestää tarvittavat palvelut ja tuki sekä tarjota käyttäjä- ja kysyntäkeskeisiä palveluja (Hänninen 2007, 35). Käytännössä palveluohjauksella tarkoitetaan sekä asiakastyön menetelmää että eri organisaatioiden tuottamien palveluiden yhteensovittamista (Rose & Black, 1985).

Palveluohjauksessa on keskeistä asiakaslähtöisyys ja asiakkaan etu, jolloin palveluohjaaja räätälöi työn tavoitteet, työtavan, tuen ja palvelut asiakkaan tarpeiden pohjalta (Rose & Black, 1985). Työhön sisältyy neuvonta, koordinointi ja asianajaminen eli asiakkaan kokonaistilanteen ja palvelujen tarpeen yksilöllinen arvioiminen, asiakassuunnitelman laatiminen, palvelujen ja niiden maksajan hankkiminen sekä tilanteen seuranta ja arvioiminen. Palveluohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan itsenäistä elämää ja voimaantumista ja se perustuu asiakkaan ja palveluohjaajan luottamukselliseen suhteeseen sekä asiakkaan voimavarojen korostamiseen. Tuki rakentuu asiakkaan, hänen sosiaalisen verkostonsa, palveluohjaajan ja palveluntuottajien yhdistettyjen voimavarojen varaan. (Nouko-Juvonen, 2001, 45; Hänninen, 2007, 11, 13, 35.)

Palvelujen yhteensovittamisena palveluohjaus tarkoittaa prosessia, jossa työntekijä ohjaa ja auttaa asiakasta etsimään palveluverkostosta sopivimmat palvelut. Tavoitteena on poistaa tai lieventää ongelmaa tai sen seurauksia. Lähtökohtana on kysyntäkeskeisyys, jolloin palvelua tarvitsevalle haetaan hänelle ja hänen tarpeisiinsa sopivia palveluntuottajia. Palveluohjauksen avulla palvelut pyritään koordinoimaan tavoitteelliseksi kokonaisuudeksi, mikä tapahtuu pitkäjänteisesti ja prosessinomaisesti. Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää saada erilliset ja erilaiset palvelut ja toimenpiteet liitettyä kokonaisuudeksi, jonka tarkoitukset ja logiikan hän tietää ja ymmärtää. (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 3, 5; Hyttinen, 2001, 1, 11; Nouko-Juvonen, 2001, 44–45).

Käytännössä asiakas hakeutuu palveluohjaukseen halutessaan muutosta epätydyttäväksi kokemaansa tilanteeseen. Palveluohjaajan rooli hahmottuu erilaiseksi erityyppisissä asiakastilanteissa. Palveluohjauksessa voi korostua palveluiden yhteen sovittaminen tai asiakkaiden asioiden ajaminen ja puolesta puhuminen. (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 6, 10.) Mikäli asiakkaan tavoitteet ovat selkeät, palveluohjaus käynnistyy niiden ja asiakkaan tilanteen analysoimisella sekä toimintavaihtoehtojen kartoittamisella. Prosessi voi edetä asiakkaan aloitteellisuuden varassa ja palveluohjauksessa painottuu tietojen antaminen asiakkaalle, joka määrittyy palveluja käyttäväksi ”kuluttajaksi”. (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 6,10–11.) Silloin kuin asiakkaan tavoitteet tai tarpeet ovat epäselviä tai hänellä on vaikeuksia elämänhallinnassa, työssä painottuu asiakkaan palvelutarpeeseen perehtyminen sekä tarvittavan tuen ja palvelujen tarjoaminen. (Raunio, 2004, 137.) Jos asiakkaan asioiden aktiivinen ajaminen on tarkoituksenmukaista, palveluohjauksessa korostuu asiakkaan auttaminen ja yhteiset tilannemääritykset (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 11). Voimavarakeskeisessä palveluohjauksessa korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä asiakkaan tavoitteita ja voimavaroja. Palveluohjaaja neuvoo ja tukee asiakasta sekä toimii kumppanina ja edunvalvojana. Keskeistä on asiakkaan ja työntekijän luottamuksellinen suhde. (Hänninen, 2007, 15.)

Palveluohjauksen työote on pitkälti sama kuin sosiaalityössä (Hytinen, 2001, 11), sillä sosiaalityö on yhteistyötä, jota tehdään asiakkaan ympärillä olevien ihmisten ja toimijoiden kuten perheen ja viranomaisten kanssa (Rostila, 2001, 15). Toisaalta palveluohjaus perustuu palvelutyöhön, joka on yksi sosiaalityön toimintatavoista (Raunio, 2004, 131–146). Yksilökohtainen palveluohjaus muistuttaa myös sosiaalityön ongelmanratkaisutyökentelyä. Ongelmanratkaisumalli tukee sosiaalityöntekijän roolia yksilökohtaisena palveluohjaajana. (Rostila, 2001, 15.)

3.6.3.1 Palveluohjauksen yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Palveluohjauksen ja toipumisorientaation periaatteissa on paljon yhteistä. Palveluohjauksessa korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, aloitteellisuutta sekä asiakkaan tavoitteiden ja voimavarojen merkitystä. Keskeisenä pidetään asiakkaan ja työntekijän luottamuksellista suhdetta ja yhteisten tilannemääritysten tekemistä, asiakkaan palvelutarpeeseen perehtyminen sekä yksilön tarpeen mukaisen tuen ja palvelujen tarjoamista. Työntekijän tehtävänä on asiakkaan tukeminen ja hänen kumppaninaan ja tarvittaessa edunvalvojana ja auttajana toimiminen.

3.6.4. KAIMEr-malli

KAIMEr-malli tai -teoria liittyy kriittisen realismin tieteenteoreettiseen ajatteluun (Blom & Morén, 2010, 99). Sen tavoitteena on tulkita ja selittää asioiden vaikutuksia, vaikuttavuutta ja yhteyksiä ottamalla huomioon niiden konteksti (K), toimijat (Actors), interventiot (I), mekanismit (Me) ja tulokset (R). Teoria voidaan kiteyttää yhtälöksi, jossa tuloksia selitetään osatekijöiden yhteisvaikutuksella. Osatekijöiden nähdään vaikuttavan myönteiseen tai kielteiseen lopputulokseen, sillä tilanteet ovat ainutlaatuisia ja monimutkaisia. Kaimer-teoriassa pyritään saavuttamaan laaja ja kokonaisvaltainen ymmärrys, selittämään asioita analyttisesti ja vetämään johtopäätöksiä. Tavoitteena on selvittää ja ymmärtää millä keinoilla ja tavoilla voidaan varmimmin päästä haluttuun tulokseen sekä miten ja miksi erilaiset tulokset ilmenevät erilaisissa tilanteissa. Siinä ei pyritä antamaan ohjeita eikä ennustamaan lopputulosta tai interventioiden vaikutuksia. Keskeisiä käsitteitä ovat rakenteet, vuorovaikutus ja jännitteet. (Blom & Moren, 2010; Svenlin, 2020; Matthies ym. 2019.)

Kontekstiin kuuluvat yhteiskunta ja asiakkaan kulttuurinen ja sosiaalinen elinympäristö, kuten naapurusto, perhe, omaiset, ystävät ja virkistysmahdollisuudet. Toiseksi konteksti tarkoittaa suoria ja epäsuoria interventioita, yksilön psyykkistä ja sosiaalista ympäristöä sekä esimerkiksi sosiaalitoimiston toimintatapoja. Kolmanneksi kontekstiin kuuluvat erilaiset sosiaaliset mekanismit. (Blom & Morén, 2007, 241–274; Blom & Morén, 2010,106–109.)

Toimijoilla tarkoitetaan muutosprosessiin osallistujia (keskeisimmät asiakkaat ja ammattilaiset) sekä heidän roolejaan. Asiakkaan rooliin kuuluvat hänen verkostonsa ja elinympäristönsä sekä toimijuus omassa elämässä, palvelujen kehittämisessä ja yhteiskunnassa. Toinen toimijaryhmä ovat ammattilaiset, esimerkiksi sosiaalityöntekijät, aikuissosiaalityön tiimit, työntekijöiden tehtäväkuvat, johtaminen sekä organisaatiot, kuten Kela, TE-keskus, terveydenhuolto, järjestöt, seurakunta, paikallisyhteisöt, elinkeinoelämä, poliitikot, päättäjät, vaikuttajat,

mediat ja julkisuus. Osa toimijoista voi olla myös yhteistyökumppaneita tai toimeksiantajia. Keskeistä on voimavaralähtöisyys ja toimijoiden mahdollisuuksien tunnistaminen sekä mobilisoiminen. Tärkeitä kysymyksiä ovat: Toteutuuko tasavertainen toimijuus ja toimijoiden yhteistyössä laatima työjako? Millainen on toimijoiden ihmis- ja yhteiskuntanäkemyksensä sekä näkemys sosiaalityöstä? (Blom & Moren, 2010; Svenlin, 2020; Matthies, 2019.)

Interventioilla/toimenpiteillä (Insatser) tarkoitetaan työn sisältöä ja toimintatapoja. Konkreettisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi ennaltaehkäisevä, etsivä ja tiedottava työ, kohtaamiset (paneutuminen, myötätunto), sosiaalinen kuntoutus ryhmät ja kotikäynnit. Keskeistä on sosiaalityön vaihemalli, joka sisältää palveluohjauksen, palvelutarpeen arvioinnin, asiakassuunnitelman laatimisen, interventiot ja toiminnan arvioinnin (eli molemminpuolisen palautteen antamisen) sekä palvelujen ketjuttamisen ja poisohjauksen. Keskeinen kysymys on, ovatko toimenpiteet rinnalla kulkemista ja tarjolla olemista vai muutokseen motivoimista. (Blom & Moren, 2010; Matthies, 2019.)

Anu-Riina Svenlinin (2020, 33) mukaan interventio tarkoittaa toimijoiden panoksen tai toimenpiteen lisäksi sitä, mitä toimijoiden välisessä kohtaamisessa tapahtuu. Tosin sanoen miten asiakkaan toiminta vaikuttaa sosiaalityöntekijän toimintaan ja päinvastoin. Intervention sisältö tarkoittaa kohtaamisessa syntyvää ja asiakasta auttavaa tukea. Se havainnollistaa ensinnäkin sitä, mitä asiakas saa ja mitä hän tekee sekä toisaalta sosiaalityöntekijän toimintatapoja.

Mekanismeihin sisältyvät vuorovaikutus, rakenteet ja jännitekentät tai voimat. Mekanismit sijaitsevat eri kerrostumissa ja ovat yhteydessä toisiinsa, jolloin esimerkiksi sosiaaliset mekanismit voivat aktivoida yksilön sisäisiä eli psykologisia mekanismeja (Blom & Morén, 2010, 110). Esimerkiksi asiakas voi jatkaa sosiaalityöntekijän kanssa käymäänsä keskustelua omana sisäisenä dialoginaan, jolloin psykologinen ulkoisen sisäistämisen mekanismi voi aktivoitua. Toisaalta sosiaalipsykologisissa mekanismeissa vuorovaikutuksen lähtökohta on yksilön sisäinen dialogi, jota hän haluaa välittää toisille. (Svenlin, 2020, 33.)

Voimilla tarkoitetaan erilaisia yksilön toimintaan vaikuttavia syitä, toimintaa ohjaavia motiiveja ja toiminnan seurauksena tai sen osana tehtäviä valintoja. Mekanismit aktivoivat voimat kuvaavat yksilön pyrkimystä intentionaaliseen toimintaan. Muutoksen syntyminen edellyttää sitä, että yksilö haluaa saavuttaa tai muuttaa jotain. (Blom & Morén, 2011, 63–66; Blom & Morén, 2015, 36, Svenlin, 2020, 34.)

Vuorovaikutukseen sisältyy sanallinen, kirjallinen ja non-verbaali viestintä, toimijoiden välinen yhteistyö, matalan kynnyksen palvelut, paneutuva ja jalkautuva työorientaatio, inhimillisyys, vastuullisuus, empatia, myötätunto, eläytyminen, osallisuus, yksilöllinen tuki sekä asiakkaan arvostaminen ja toimijuus. Keskeistä on asiakkaan kokemus siitä, että työntekijä osallistuu hänen elämäntilanteensa ongelmien ratkaisemiseen. Vuorovaikutuksen tavoitteena on herättää toivoa, joka puolestaan voi motivoida yksilöä tekemään muutoksia. Toisaalta yksilön oma, sisäinen tahtotila voi muuttua toiminnaksi vuorovaikutuksessa. (Blom & Moren, 2010; Svenlin, 2020, 34; Matthies, 2019.)

Mekanismeilla voidaan tarkoittaa järjestelmän ongelmien paikkaamista, sosiaalityön paikan hakemista rakenteiden osana tai rakenteissa vaikuttamista. Toisaalta rakenteet voivat olla mahdollistajia ja mekanismeja, joilla saadaan aikaan muutoksia. Niihin kuuluvat esimerkiksi palveluverkostot, lakisääteiden mahdollisuuksien käyttäminen, johtajuus sekä vallan jakaminen asiakkaan kanssa. Mekanismit voivat toimia myös vuorovaikutuksen jännitekenttänä, jolloin puhutaan esimerkiksi osallisuuden lupauksesta tai petoksesta, työvälineiden ja rakenteiden toimivuudesta, asiakasohjauksesta ja asiakasvirrasta tai kehästä, josta ei löydy ulospääsyä. (Blom & Moren, 2010; Svenlin, 2020; Matthies, 2019.)

Svenlin (2020, 35–36) tarkastelee neljää Blomin ja Morénin (ks. 2003a, 130–131, 2003b, 56–58; 129–130; 2007, 120, 2015, 62–64) löytämää sosiaalityössä vaikuttavaa mekanismia, joiden avulla voidaan selittää auttamissuhteen syntymistä, asiakkaan tilanteen muuttumista ja erilaisia vaikutuksia. Haastamismekanismi (utmaningsmekanism) perustuu sosiaalityöntekijän ja asiakkaan väliseen suhteeseen. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on haastaa asiakasta muutokseen ja pohtimaan sitä, mitä hän haluaa ja haluaako hän muutosta. Sosiaalityöntekijän olisi tärkeä kyetä välittämään viesti muutoksen välttämättömyydestä, vaihtoehtojen olemassaolosta sekä siitä, että hän luottaa asiakkaan toimintakykyyn ja kykyyn tehdä muutoksia. Tavoitteena on saada asiakas reagoimaan haasteeseen, jolloin hän orientoituu muutosprosessiin, valitsee elämäntavan tai tilanteen muuttamisen ja alkaa toimia sen suuntaisesti. Riskin ottamisen mekanismi (risktagandemekanism) perustuu siihen, että asiakas luottaa sosiaalityöntekijään. Luottamus on tärkeää, sillä muutokseen liittyy aina riski ja luottamus lisää muutokseen

uskaltautumisen todennäköisyyttä. Riskin ottaminen viittaa myös siihen, ettei kumpikaan osapuoli voi tietää, mihin muutosprosessi johtaa. Vastakaikumekanismi (gensvarsmekanism) tarkoittaa sitä, että sosiaalityöntekijä onnistuu herättämään asiakkaan toimimaan ja ottamaan vastuuta muutosprosessista. Muutosprosessi vaatii ponnisteluja ja toimenpiteitä sekä sosiaalityöntekijältä että asiakkaalta. Roolinylittämismekanismilla (rollöverskriddandemekanism) tarkoitetaan muodollisista rooleista irtautumista. Sosiaalityöntekijä siirtyy viranhaltijan roolista ammatillisen auttajan rooliin, mikä muuttaa osapuolten välistä suhdetta. Työntekijä ja asiakas voivat kohdata toisensa ihmisinä eivätkä ainoastaan roolien kautta. Mekanismi konkretisoituu esimerkiksi tavoissa, joilla sosiaalityöntekijä ottaa asiakkaan vastaan ja osoittaa kiinnostusta asiakkaan asioihin. Näitä neljää mekanismia yhdistää asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus.

Tuotoksilla (output) ja vaikutuksilla (outcomes) tarkoitetaan asiakkaan elämässä tapahtuneita muutoksia, jotka ovat yhteydessä hänen saamaansa tukeen ja apuun esimerkiksi myönnettyyn toimeentulotukeen tai asiakas-suunnitelmaan. Ne näkyvät konkreettisesti asiakkaan kokemuksessa ja arjessa tapahtuneissa muutoksissa sekä arvioissa ja palautteissa. Muutoksia on eritasoisia. Pintatason muutokset ovat odotettavissa olevia muutoksia. Syvätason muutokset tarkoittavat esimerkiksi minäkuvan tai taitojen muuttumista tai ahdistuksesta vapautumista. Muutokset syntyvät usein asteittain, jolloin puhutaan muutosten prosessitasoisuudesta. Asiakkaan näkökulmasta on keskeistä, miten tuotokset ja vaikutukset vastaavat hänen odotuksiaan ja toiveitaan. (Blom & Moren, 2015, 85–87; Matthies, 2019; Svenlin, 2020, 37–38.)

3.6.4.1 Kaimer-mallin yhteydet toipumisorientaation arvoihin ja prosesseihin

Erityisesti Kaimer-mallin mekanismit vastaavat toipumisorientaation prosesseja. Keskeistä on asiakkaan oma motivaatio, toiveet ja halu muutokseen sekä työntekijän tehtävänä oleva viestin välittäminen muutoksen merkityksestä, vaihtoehtojen olemassaolosta ja luottamuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja kykyyn tehdä muutoksia. Asiakkaalla on vastuu muutosprosessista, mutta hänellä on oikeus saada siihen tukea. Oleellista on vuorovaikutuksen ja kohtaamisen korostaminen sekä työntekijän rooli toivon tuojana ja ammatillisena auttajana, ei viranhaltijana.

4. Asiakkaan asema ja osallisuus lainsäädännössä

Lainsäätö asettaa raamit ja puitteet asiakastyölle, joten sillä on tärkeä asema toipumisorientaation toteuttamisessa. Toipumisorientaation kannalta keskeiset periaatteet, kuten asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallistuminen, integriteetin (asiakkaiden ihmisarvon, kulttuuritaustan, persoonallisuuden ja yksityisyyden) kunnioittaminen, omatoimisuuden edistäminen sekä ryhmätason osallistuminen ja vaikuttaminen sekä luottamuksellisuus ovat oikeustieteessä tunnistettuja sosiaalihuollon oikeusperiaatteita. Itsemääräämisoikeuden ja integriteetin kunnioittaminen on tunnistettu myös terveydenhuollon oikeusperiaatteiksi. (Tuori & Kotkas, 2016, 196–210).

Asiakkaan asemaa ja osallisuutta käsitellään esimerkiksi mielenterveyslaissa, terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa sekä laessa potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Näiden lakien periaatteissa ja tarkoituksessa nostetaan usein esiin palvelujen asiakaslähtöisyys sekä niiden järjestämisen periaatteet ja laatu. Palvelujen asiakaskeskeisyyden vahvistaminen mainitaan yhdeksi terveydenhuoltolain (2 §) periaatteista. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia (1 §) säätelevän lain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä, asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Vastaavasti sosiaalihuoltolain (1 §) tarkoituksiksi mainitaan asiakaskeskeisyyden edistäminen sekä tarpeenmukaisten, riittävien ja laadukkaiden sosiaalipalvelujen tarjoaminen. Päihdehuoltolain (1 §) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ”ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta”. Laissa korostetaan myös sitä, että toiminnan lähtökohtana on päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä etu (8 §). Mielenterveyslaissa taas korostetaan mielenterveyspalvelujen järjestämistä niin, että ne tukevat ihmisen oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista (4 §). Lait potilaan (3 §) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (4 §) korostavat samankaltaisesti potilaan tai asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon tai sosiaalihuoltoon sekä hoidon järjestämiseen ja kohteluun, jossa kunnioitetaan yksilön ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Myös potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava hoidossa ja kohtelussa huomioon mahdollisuuksien mukaan.

Sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon asiakaslain (4 §) periaatteet syrjintäkiellosta ja ihmisten yhdenvertaisesta kohtelusta ottavat huomioon yksilöllisyyden. (Syrjintäkielto myös potilaslaissa (3 §)). Sosiaalihuollon asiakaslain perusteluissa (HE 137/1999 vp, 19–20) korostetaan sitä, että yhdenvertaisuus ja syrjintäkielto ilmentävät ihmisten samanarvoisuutta. Erityistä huomiota kiinnitetään siihen, että yhdenvertaisuus edellyttää samanlaista kohtelua samanlaisissa tilanteissa, mutta erilaista kohtelua olosuhteiden niin vaatiessa. Syrjintä ei tarkoita myönteistä erityiskohtelua, jolla pyritään parantamaan heikossa asemassa olevien yksilöiden tai ryhmien oloja ja näin toteuttamaan ihmisten tosiasiallista samanarvoisuutta. (Tuori & Kotkas, 2016, 184–185.)

Osallisuus on keskeinen käsite erityisesti sosiaalihuoltolaissa, jossa se nousee esiin säännönmukaisesti. Sosiaalihuoltolain (1 §) tarkoituksiksi mainitaan osallisuuden edistäminen. Toiseksi osallisuuden vahvistaminen tai edistäminen mainitaan sosiaaliryöy (15 §), sosiaaliohjauksen (16 §) ja sosiaalisen kuntoutuksen (17 §) määritelmässä ja tavoitteissa. Sosiaaliryöy tavoitteena on ihmisten toimintaedellytysten ja osallisuuden vahvistaminen (15 §). Sosiaaliohjauksen tavoitteena taas yksilöiden ja perheiden hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen vahvistamalla yksilöiden elämänhallintaa ja toimintakykyä (16 §). Lisäksi sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaaliryöy ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi (17 §). Asumispalvelujen palveluasumiseen sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut (21 §).

Lainsäädännössä edellytetään yleisesti, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä sosiaalihuoltoon liittyviin toimenpiteisiin. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava niin, että asiakkaan etu otetaan ensisijaisesti huomioon. Sosiaalihuoltolain (4 §) mukaan asiakkaan etua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota toimintatapoihin ja ratkaisuihin, jotka turvaavat parhaiten:

1) asiakkaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin 2) asiakkaan itsenäisen suoriutumisen ja omatoimisuuden vahvistumisen sekä läheiset ja jatkuvat ihmissuhteet 3) tarpeisiin nähden oikea-aikaisen, oikeanlaisen ja riittävän tuen; 4) mahdollisuuden osallistumiseen ja vaikuttamiseen omissa asioissaan 5) kielellisen, kulttuurisen sekä uskonnollisen taustan huomioimisen 6) toivomuksia, taipumuksia ja muita valmiuksia vastaavan koulutuksen, väylän työelämään sekä osallisuutta edistävän toiminnan 7) asiakassuhteen luottamuksellisuuden ja yhteistoiminnan asiakkaan kanssa. Lisäksi on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden edun toteutumiseen. Sosiaalihuoltolaissa (39 §) käsitellään laajasti asiakassuunnitelmaa ja palvelutarpeen arviointia. Suunnitelma on mahdollisuuksien mukaan laadittava yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakassuunnitelmaan sisältyy asiakkaan ja ammatillisen arvio tuen tarpeesta, tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä, asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista sekä asiakkaan ja työntekijän yhdessä asettamat tavoitteet, joihin sosiaalihuollon avulla pyritään.

Lainsäädännön näkökulmasta osallisuus on keino toteuttaa itsemääräämisoikeutta. Osallisuuden kautta voidaan edistää sitä, että yksilö kykenee tekemään itseään koskevia päätöksiä käyttämällä tietoon perustuvaa suostumusta (informed consent). (Korhonen 2020.) Lainsäädännössä mainitaankin usein asiakkaan itsemääräämisoikeus ja oikeus saada tietoa ymmärrettävästi. (Lait potilaan (6 §) ja sosiaalihuollon asiakkaan (5 §) asemasta ja oikeuksista korostavat potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (4–6 §) painottaa potilaan oikeutta saada tietoja omasta terveydentilasta, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja muista hoitoon vaikuttavista tekijöistä ymmärrettävästi. Selvityksen antaminen siten, että asiakas ymmärtää riittävästi sen sisällön ja merkityksen näkyy myös laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Vastaavasti laissa näkyy vaatimus asiakkaan toivomusten, mielipiteen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta (8 §), tahdon selvittämisestä tarvittaessa myös asiakkaan laillisen edustajan, omaisen tai muun läheisen henkilön kanssa (9 §). Sosiaalihuollon henkilöstöllä on velvollisuus selvittää asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan.

Mielenterveyslaissa käsitellään perusteellisesti tahdonvastaista hoitoa ja rajoittamistoimia, joita ovat esimerkiksi eristäminen ja leposidehoito. Mielenterveyslain (11 §) mukaan ennen tahdon vastaiseen hoitoon määräämistä on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide. Vastentahtoisessa hoidossa olevan potilaan osallisuutta on mahdollista turvata myös psykiatrisen hoitotahdon avulla. Etukäteen laadittu hoitotahto mahdollistaa hoitoa ja pakonkäyttöä koskevien toiveiden ilmaisemisen ennakolta. On huomattava, että hoitotahto on vain ohje, jota lääkärin ei tarvitse välttämättä noudattaa. (Psykiatrisen hoitotahto 2011.)

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisujen perusteella osallisuus ei tarkoita vain vaikutusmahdollisuuksien järjestämistä, vaan myös aktiivista osallistamista. Näin ollen aktiivinen ”osallistaminen” takaa aidon osallisuuden. Oikeusasiamies toteaa ratkaisussaan esimerkiksi, että lasta ”on kannustettava esittämään omia käsityksiään ja mielipiteitään.” Toisaalta hän painottaa sitä, että sosiaalityöntekijän tulee pyrkiä osallistamaan lasta hänen omissa asioissaan, johon kuuluu olennaisesti se, että lapsi kokee tulevaisuutensa kuulluksi ja kuunnelluksi. Hän jatkaa toteamalla, että lapsen ”tulee voida uskaltaa esittää omia mielipiteitään, myös siinä tapauksessa, että ne ovat sijaishuollon toteuttajaa arvostelevia tai moittivia.” Oikeusasiamies on kiinnittänyt huomiota myös siihen, että sosiaalityöntekijöiden pitäisi aktiivisesti osallistaa lasta ja tavata tätä muutenkin kuin lapsen sitä pyytäessä. Esimerkiksi pelkästään sosiaalityöntekijän yhteystietojen antaminen lapselle ei ole riittävää tämän osallisuuden näkökulmasta. (esim: <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/3685/2018>) (Korhonen 2020.)

Lainsäädännössä nousee esiin myös asiakkuutta ja asiakastyötä koskevia laajempia tavoitteita. Sosiaalihuoltolain (1 §) yhtenä tarkoituksena on eriarvoisuuden vähentäminen, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen. Mielenterveyslain (1 §) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

4.1. Lainsäädännön yhteys toipumisorientaatioon

Lakien tavoitteiksi mainitaan usein osallisuuden edistäminen tai vahvistaminen. Asiakkaan aktiivinen rooli ilmenee edellytyksenä yhteistyöstä, mikä näkyy esimerkiksi asiakkaan ja työntekijän yhdessä asettamissa tavoitteissa sekä asiakkaan ja ammatillisen arvioissa. Yksilöllisyys huomioidaan puhuttaessa palvelujen järjestämisestä asiakkaan tarpeita vastaaviksi. Lainsäädännöstä löytyy myös maininta asiakkaan vahvuuksien ja voimavarojen huomioimisesta.

5. Kokemusasiantuntijuus ja sosiaalinen tuki psykologisia ja sosiaalityön teorioita yhdistävinä käsitteinä

5.1. Kokemusasiantuntijuus

Kokemustiedolla ja kokemusasiantuntijuudella on keskeinen rooli toipumisorientaatiossa. Kokemusasiantuntija määrittellään usein ihmiseksi, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista, niistä toipumisesta, palveluiden käyttämisestä tai läheisen tai omaisen roolista. Hänen kokemustietoaan sairaudesta, toipumisesta, hoidossa tai kuntoutuksessa olemista tai asiakkuudesta hyödynnetään esimerkiksi palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa, kehittämisessä ja arvioimisessa. Aktiiviseen toimijuuteen viittaa kokemusasiantuntijan halu kehittää palveluita ja tukea toisia oman kokemuksensa perusteella. (STM, 2009, Rissanen, 2013, 14–19, Hietala & Rissanen, 2015; Rissanen, 2015.) Kokemusasiantuntijatoiminta on siis muuttanut asiakkaiden tai palvelun käyttäjien asemaa ja roolia.

Yksilön näkökulmasta kokemusasiantuntijuus tarkoittaa roolin, minäkuvan ja identiteetin muuttumista. Kokemusasiantuntijana toimiminen koetaan usein voimauttavaksi ja yhdeksi toipumisen vaiheista, jonka kesto ja merkitys vaihtelevat. Kokemusasiantuntijatehtävät voivat olla askel opiskeluun tai työhön. Toisaalta kokemusasiantuntijatoiminnasta voi muodostua elämään ja toipumiseen pitkäaikaisesti kuuluva asia, työ ja osa identiteettiä. Kokemusasiantuntijuuteen kuuluvat aktiivisuus, osallisuus, osallistuminen ja vertaisuus. (Rissanen, 2015.)

Palvelujärjestelmän näkökulmasta kokemusasiantuntijatoiminta tarkoittaa uudenlaista työtappaa ja perinteistä poikkeavia ammattilaisten ja asiakkaan rooleja. Kokemusasiantuntija on oman kokemuksensa asiantuntija, joka työskentelee ammattilaisten rinnalla tasa-arvoisesti ja tasavertaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä sekä kolmannella sektorilla. Palvelujen kehittämisessä ja tuottamisessa kokemusasiantuntijuus muotoutuu, kun asiakkaiden, kokemusasiantuntijoiden ja työntekijöiden tieto, osaaminen sekä kokemus kohtaavat. Kokemusasiantuntijuus voi tarkoittaa ruohonjuuritason tiedon tuottamista, palautteen antamista ammattilaisten työstä, heidän haastamistaan arvioimaan hoitoa tai auttamisen ja tuen menetelmiä tai yhdessä toimimista ja vuorovaikutusta. (STM, 2009, Rissanen, 2013, 14–19, Hietala & Rissanen, 2015; Rissanen, 2015; Harra ym. 2017, Hietala & Rissanen, 2017.)

Kokemusasiantuntijatoiminnan muodot ovat laajentuneet ja kokemustiedon käyttö on lisääntynyt Suomessa erityisesti viime vuosikymmenen aikana, mutta sen juuret löytyvät vertaistuesta ja eri ryhmien omaehtoisesta tutkimustoiminnasta. Perinteisesti asiakkaiden kokemusta palvelujen kehittämisessä on hyödynnetty osallistavien ja toiminnallisten menetelmien, kuten toimintatutkimuksen, osallistavan tutkimuksen tai yhteistoiminnallisen tutkimuksen, avulla (Swantz, 1997, Heron & Reason, 2006, Kivipelto, 2008, 24). Niissä on keskeistä pyrkimys ymmärtää ja tulkita osallistujien kokemuksia mahdollisimman tarkasti sekä antaa heille tiedon tuottajan ja arvioijan tehtäviä (Hyväri & Rissanen, 2014). Toinen lähtökohta kokemusten hyödyntämiseen löytyy vertaistuesta sekä eri ryhmien omaehtoisesta tutkimusperinteestä esimerkiksi naistutkimuksesta, vammaistutkimuksesta, kokemusarvioinnista ja kuntoutujien kokemustutkimuksesta (service user research) (Beresford, 2003; Campbell, 2009, 118; Hyväri & Rissanen, 2014). Lähtökohtana kuntoutujien kokemustutkimuksessa ovat kuntoutujien omakohtaiset kokemukset, niiden analysoiminen ja tulkitseminen (Beresford, 2003) niin, että kuntoutujat itse ovat aktiivisia, eivät vain tutkimuksen kohteita tai tiedon lähteitä (Swneey & Morgan, 2009, 26). Kolmanneksi edellä mainittujen lähtökohtien jatkumona kuntoutujien tai asiakkaiden kokemuksen hyödyntämiselle voidaan nähdä yhteiskehittäminen tai -tutkimus. Esimerkiksi sosiaalityön yhteistutkimuksessa ammattiauttajat, asiakkaat ja tutkijat tuottavat tietoa yhteistyössä. Keskeistä on kaikkien osapuolten aktiivisuus, tasa-arvoisuus, aito dialogi käytännön toimijoiden ja tutkimuksen tekijöiden välillä sekä tiedon tuottaminen käytännöstä nousevan kokemuksen kautta. (Palsanen, 2013.)

Erilaisia kokemustiedon ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisen muotoja ja menetelmiä on lukuisia. Käytännössä asiakkaiden tai kokemusasiantuntijoiden osallistumisen tavat, osallisuuden aste ja vaikutusmahdol-

lisuudet vaihtelevat. Asiakasraati on yksi asiakkaita osallistavista menetelmistä. Siinä pyritään tuottamaan tietoa, mielipiteitä ja kokemuksia, joiden avulla suunnitellaan, kehitetään ja arvioidaan palveluja. Raadin jäsenet ovat palvelujen nykyisiä tai entisiä käyttäjiä, heidän läheisiään ja usein mukana on myös työntekijöitä, jolloin asiakasraati on palvelunkäyttäjien ja työntekijöiden yhteinen kehittämissuhteiden ryhmä. Asiakasraati mahdollistaa suoran, välittömän ja ajantasaisen palautteen ja tiedon antamisen ja sieltä voi nousta esiin asioita, joita ei arjen asiakastilanteissa saada tietää. (esim. Pirhonen, 2016.)

Kehittäjäkumppanuudessa on keskeistä yhdessä toimiminen ja sen mahdollistaminen, jolloin palvelun tuottajat ja käyttäjät tekevät kehittämistyötä yhdessä. Kaikki osapuolet osallistuvat tavoitteiden asettamiseen, tiedon tuottamiseen, aineiston analysoimiseen ja tulosten tulkintaan. Lähtökohtana on vallan ja vastuun jakaminen. (Harra ym. 2017, 162-163.) Kokemusasiantuntijuuden todellinen osallisuus ja osallistuminen edellyttävät palvelun käyttäjien näkökulmien ja kokemusten pitämistä arvokkaina ja pätevinä (Lester ym. 2006). Erityisesti yhteiskehittämisessä ja -tutkimuksessa korostuvat yhteistyösuhteet, joissa asiakas toimii palvelujen kehittäjänä ja palvelujärjestelmään vaikuttajana. (Pohjola, 2010; Niskala ym. 2017, 7-8.)

5.2. Sosiaalinen tuki ja vertaistuki sosiaalisen tuen erityismuotona

5.2.1. Sosiaalisen tuen määrittelyä

Sosiaalisen tuen käsitteen käyttö yhteiskunta- ja terveystieteissä vakiintui 1970-luvulla, minkä jälkeen sitä on tutkittu laajasti (Toivonen, 2009, 7).

Sosiaalisesta tuesta on lukuisia määritelmiä. Useat tutkijat ovat määritelleet käsitettä vuosikymmenten ajan, mutta vieläkin ei ole olemassa yksiselitteistä sosiaalisen tuen määritelmää. Määritelmät eroavat toisistaan sisällöllisesti, painotuksiltaan sekä lähestymistavoiltaan (Kylmänen, 2014, 6).

Klassikkomääritelmänä pidetään Sydney Cobbin vuonna 1976 esittämää määritelmää, missä sosiaalinen tuki nähdään kuulumisena johonkin sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, josta henkilö saa rakkautta ja arvostusta sekä kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta (Toivonen, 2009, 8). Sen jälkeen Cohen ja Syme (1985) ovat korostaneet sosiaalisen tuen materiaalista ja informatiivista puolta. He näkevät sosiaalisen tuen muiden ihmisten tuottamana resurssina, joka vaikuttaa yksilöiden hyvinvointiin.

House jakaa sosiaalisen tuen neljään eri tyyppiin. Emotionaalinen tuki liittyy empatiaan ja myötätuntoon. Informatiivinen tuki sisältää tietojen ja neuvojen jakamisen. Materiaalinen tuki liittyy tavaroiden ja palveluiden maailmaan. Rakentavan palautteen tarkoituksena on antaa yksilölle tietoa ja taitoa pohtia suhdettaan lähiympäristöön (House, 1981, 39.).

Tardy (1985, 188) hyväksyy Housen määrittelemät sosiaalisen tuen tyypit, mutta lisää määritelmään kolme ulottuvuutta eli suunnan, sisällön ja laadun. Suunta kertoo kuka tukee ketäkin. Tuen sisältö ilmaisee minkä tyyppisestä tuesta on kysymys ja tuen laatu liittyy tuen aikaansaamiin vaikutuksiin.

Suomalaisissa tutkimuksissa Petri Kinnunen (1999, 103) määrittelee sosiaalisen tuen toiminnaksi, jonka avulla luodaan edellytyksiä elämänhallinnan autonomisuudelle. Ulla Kinnusen (1993, 72) mukaan sosiaaliseen tukeen liittyy ihmissuhteita, joiden avulla henkilö voi saada konkreettista apua, informaatiota tai huolenpitoa. Vaahtera (1993, 28) pitää sosiaalista tukea sosiaalisiin suhteisiin liittyvänä terveyttä edistävänä tai stressiä ehkäisevänä ominaisuutena. Mikkola (2006, 30) määrittelee sosiaalisen tuen antajan ja saajan väliseksi verbaaliseksi ja nonverbaaliseksi viestinnäksi, joka auttaa hallitsemaan tilanteeseen, omaan itseen, toiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyvää epävarmuutta ja vahvistaa näin käsitystä hyväksytyksi tulemisesta ja elämänhallinnasta.”

Sosiaalinen tuki on keskeinen tekijä yksilön identiteetin muodostumisessa sekä sopeutumisessa elämän mukanaan tuomiin ongelmiin. Sosiaalisen tuen lähteet voivat auttaa yksilöä omien voimavarojensa tehokkaaseen käyttöön ja näin antaa yksilölle mahdollisuuden selvittää vaikeista tilanteista (Gothoni, 1990, 3; Toivonen, 2009, 9).

5.2.2. Sosiaalisen tuen muotoja ja vaikutuksia

Ihmisten voidaan nähdä antavan sosiaalista tukea toisilleen kolmesta eri syystä: 1) koska he välittävät toisesta suhteen osapuolesta, 2) koska heille itselleen on hyötyä auttamisesta tai 3) koska heidän sosiaalinen roolinsa velvoittaa heitä auttamaan (Vahtera ja Uutela, 2004; Mäenpää, 2008).

Sosiaalisen tuen muodoissa voidaan erottaa tuen lähde ja taso sosiaalisten suhteiden läheisyyden perusteella. Primaaritason tukirakenteeseen kuuluvat oma perhe ja läheisimmät uskotut. Sekundaaritason rakenteeseen kuuluvat ystävät, sukulaiset, työtoverit ja naapurit. Tertiaaritason rakenne koostuu viranomaisista ja erilaisista asiantuntijatoimijoista, joilla on merkitystä sosiaalisen tuen antamisessa. Yksilön hyvinvoinnille tärkeimpänä pidetään primaaritason sosiaalista tukea, koska hyvät perhe- ja ystävyysuhteet voivat tarjota hyvinvoinnille luonnollisen emotionaalisen tuen (Antonucci, 1990, Kumpusalo, 1991).

Sosiaalisella tuella on todettu olevan merkitystä sekä fyysisen että psyykkisen terveyden kannalta (Stansfeld, 2006, 148). Sosiaalisen tuen on esitetty vaikuttavan terveyteen ja hyvinvointiin joko suoraan tai epäsuoraan stressin välityksellä (Tenhunen, 2019, 10). Sosiaalinen tuki voi vaikuttaa positiivisesti siihen, miten yksilö toipuu sairaudesta, selviää menetyksestä tai muutoksesta, käsittelee jokapäiväisiä huolia ja häiriöitä, suorittaa tehtävänsä ja minkälaisena kokee elämänlaatunsa (Burlison, Albrecht, Goldsmith & Sarason, 1994).

Sosiaalisen tuen suorat vaikutukset näkyvät terveyteen yhteydessä olevissa käyttäytymistavoissa ja niiden muutoksissa. Esimerkiksi emotionaalinen tuki voi rohkaista tuen saajaa ottamaan elämässään positiivisia riskejä ja kyseenalaistamaan toimintaa rajoittavia uskomuksiaan. Stressin merkitystä korostavassa selityksessä ajatuksena on, että sosiaalinen tuki voi puskuroida stressin haitallisia vaikutuksia tarjoamalla erilaisia resursseja. Tuen saamisen kautta yksilö voi kokea omaavansa paremmat resurssit kohdata tilanteen asettamat vaatimukset (Tenhunen, 2019,10).

Tenhunen (2019, 11–12) mukaan sosiaalisen tuen hyödyllisyyden perustan voi nähdä muodostuvan eri elementeistä. Ensinnäkin yksilön täytyy osata tulkita toisen toiminta sosiaalisen tuen antamiseksi. Tähän tulkintaan vaikuttavat sekä yksilölliset että sosiaaliset tekijät. Yksilöllisistä tekijöistä esimerkiksi itsetunto ja hyväksytyksi tuleminen tunne voivat vaikuttaa siihen, miten herkästi toisen käyttäytyminen tulkitaan tueksi.

Personallisuustekijöiden lisäksi esimerkiksi sukupuolella saattaa olla merkitystä sosiaalisen tuen kannalta. Näiden erojen voidaan nähdä kytkeytyvän sukupuoliin liitettyihin kulttuurisiin odotuksiin. Naisten on kulttuurisesti hyväksytympää vastaanottaa apua, kun taas miehiltä saatetaan odottaa itsenäistä selviytymistä (Barbee ym. 1993, 178–180).

Myös kontekstuaaliset tekijät vaikuttavat sosiaaliseen tukeen liittyviin tulkintoihin (Goldsmith, 2004, 26–27). Jos henkilö on tilanteessa, jossa hän odottaa saavansa sosiaalista tukea, hän myös havainnoi ja arvioi vuorovaikutuksen elementtejä suhteessa odotuksiinsa. Sosiaalisen tuen hyödyllisyys riippuu siten siitä, kokeeko tuen vastaanottaja tarvitsevansa tietynlaista tukea tietyllä hetkellä (Tenhunen, 2019, 12). Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi terapeutit keskustelut tai erilaiset verbaaliset ohjaustilanteet. Neuvojen saaminen voidaan kokea liiallisena ohjaamisena tai määräilynä tai positiivisen tulkinnan kautta sosiaalisena tukena riippuen kontekstuaalisista tekijöistä tai vuorovaikutuksen verbaalisista tai nonverbaalisista piirteistä. Jos sosiaalista tukea tarjoavan henkilön puheen sisältö on ristiriidassa kehon oheisviestinnän kanssa, ei tueksi tarkoitettu sisältö ole uskottava eikä siten tarjoa odotettua sosiaalista tukea.

Salon-Jouppila (2017, 18–20) kuvailee konkreettisesti Mon ja Coulsonin (2008) näkemyksiä mukailien sosiaalisen tuen erilaisia kategorioita.

Tiedollinen tuki sisältää esimerkiksi:

- ehdotuksia ja neuvoja – tarjoaa ideoita tai ehdottaa toimintaa
- tilanteen arviointia – arvioi tilannetta uudestaan tai määrittelee tilannetta
- opettamista – tarjoaa yksityiskohtaista tietoa ja faktoja taidoista, joita tarvitaan tilanteesta selviämässä
- oman kokemuksen jakamista – jakaa omia kokemuksiaan.

Välineellinen tuki sisältää esimerkiksi:

- suoraa apua – tarjoaa apuna olemista vastaanottajan tilanteeseen liittyvän tehtävän suorittamisessa

- epäsuoraa apua – tarjoaa tausta-apua vastaanottajan tilanteeseen liittyvän tehtävän suorittamisessa
- halukkuutta auttaa – tuo esille auttamishalukkuuden tilanteessa.

Arvostuksen osoittamiseen liittyvä tuki sisältää esimerkiksi:

- kohteliaisuutta – sanoo positiivisia asioita saajasta ja painottaa saajan kykyjä
- vahvistusta – ilmaisee samanmielisyyttä saajan oman näkökulman kanssa
- syyllisyyden helpotusta – yrittää vähentää saajan syyllisyyden tunteita liittyen tilanteeseen.

Verkostotukeen liittyä esimerkiksi:

- pääsy kontakteihin – tarjoaa, että voi esitellä tuen saajan uusille ihmisille
- läsnäolo – tarjoaa, että voi viettää aikaa saajan kanssa. Muistuttaa, että saajalla on ympärillä ihmisiä, joilla on samanlaisia kiinnostuksen kohteita tai kokemuksia.

Emotionaaliseen tukeen liittyä esimerkiksi:

- välittämisen ilmaisu – ilmaisee välittämistä
- suhde – korostaa läheisyyden tärkeyttä suhteessa saajan kanssa
- fyysinen affektio – tarjoaa fyysisistä kontakteja, kuten kättelyä tai olalle taputusta
- luottamuksellisuus – lupaa pitää saajan ongelman luottamuksellisena
- sympatia – ilmaisee surua tai pahoittelua liittyen saajan tilanteeseen tai huoleen
- ymmärrys ja empatia – tuo esiin tilanteen ymmärtämistä tai tuo esiin ymmärrystä omien kokemusten kautta
- rohkaisu – tarjoaa saajalle toivoa ja luottamusta.

5.2.3. Vertaistuki

Vertaistuki on tärkeä sosiaalisen tuen muoto. Sen merkitys korostuu psyykkisesti sairastuneilla, koska sairastumisesta seuraa usein vuorovaikutuksesta ja ihmissuhteista vetäytymistä, eristäytymistä, yksinäisyyttä, häpeän ja syyllisyyden tunteita sekä ympäristön kielteisiä asenteita ja suhtautumista (Hietala-Paalasmaa & Vuorela, 2004, 30; Savukoski, 2008). Mikäli yksilö leimautuu poikkeavaksi tai sairaaksi arkielämässä, hän voi joutua luopumaan keskinäiseen tunnistetuksi tulemiseen ja tunnustamiseen perustuvasta sosiaalisesta pääomasta. Vertaistuki voi vastata juuri näihin sosiaalisiin menetyksiin. (Bourdieu, 1986, 249; Hietala-Paalasmaa & Vuorela, 2004, 30; Hokkanen, 2014, 26; Rissanen, 2015). Toisten samaa kokeneiden kohtaamisen sanotaan usein vaikuttaneen merkittävästi kuntoutumiseen, ja joskus vertaistukea pidetään jopa tärkeimpänä tuen muotona (Kangas 2003, 90). Vertaisryhmissä keskustellaan usein esimerkiksi sairauden tai ongelmien kanssa selviämisestä, erilaisista ratkaisuyrityksistä, -mahdollisuuksista ja -keinoista (Rissanen, 2015), mikä voi vahvistaa yksilön kykyä selvitä vaikeista tilanteista (Nylund 1996, 194, 204), tuoda toivoa ja lisätä uskoa toipumiseen (Koskisuu & Narumo 2004, 19; Muurinaho 2001, 16).

Vertaisryhmään kuulumisen merkitystä voi tarkastella sosiologian käsitteiden jäsen- ja viiteryhmä, sosiaalinen ryhmä ja järjestelmä sekä yhteenkuuluvuuden tunne avulla. Kaikki jäsenryhmät, joihin yksilö elämänsä aikana kuuluu, eivät ole samanarvoisia. Viiteryhmiksi kutsutaan ryhmiä, joihin halutaan samaistua ja joissa halutaan tulla hyväksytyksi. Viiteryhmät ovat tärkeitä sosiaaliselle identiteetille, koska ne vaikuttavat itsensä arvioimiseen ja normien noudattamiseen. (Allardt, 1985, 67–69.) Sosiaalisella identiteetillä tarkoitetaan ryhmään kuulumisen merkitystä minäkäsitykselle (Pulkkinen, 1998, 244; Vilko-Riihelä, 1999, 746) sekä yhteisöllistä identiteettiä, jolloin voidaan puhua esimerkiksi potilasidentiteetistä, toipujaidentiteetistä tai kokemusasiantuntijaidentiteetistä (Rissanen, 2015). Sosiaalisen identiteetin rakentuminen ja muuttuminen liittyy konstruktiiviseen identiteetikäsitykseen. Sen mukaan identiteetti ja käsitys itsestä muokkautuu jatkuvasti tilanteissa, joissa peilaamme itseämme toisiin (Heikkinen, 2007, 145; Shotter, 1993, 158–159) esimerkiksi vertaisryhmissä tai palvelujärjestelmissä.

Yksilön toiminta, yhteiskunnan rakentuminen ja sosiaalisuus ovat yhteydessä toisiinsa. Anthony Giddensin (1997, 23) mukaan kaikilla kulttuureilla on omat ainutlaatuiset piirteensä ja käyttäytymisrakenteensa, joita vain kyseistä kulttuurista tulevat ymmärtävät. Esimerkiksi vertaisryhmän jäsenet voivat ymmärtää toisiaan tavalla, jota toisenlaisista lähtökohdista tulevat eivät tavoita. Joskus kokemusten samankaltaisuutta pidetään jopa ym-

märtämisen edellytyksenä (Arminen, 1998, 11; Hietala, 2013, 294) ja vertaistuen tarve liitetään tilanteisiin, jossa ystävien, sukulaisten tai ammattiauttajien antama tuki ja apu eivät riitä, koska heiltä puuttuu omakohtainen kokemus (Nylund, 1999, 116). Vertaisuudessa keskeinen ymmärtämisen ja ymmärretyksi tulemisen kokemus (Koskisuus & Narumo, 2004, 19; Muurinaho 2001, 16) voi tarkoittaa myös kokemusta siitä, että on ”normaali ja tavallinen”, eikä ole kokemuksineen eikä tunteineen yksin, koska myös toiset ovat kokeneet ja tunteneet jotain samankaltaista (Rissanen, 2015). Mahdollisuus jakaa kokemuksia, koska ne eivät ole vain yksilöllisiä ja niillä on yleistä merkitystä, yhdistetään esimerkiksi AA-liikkeen periaatteissa toipujan identiteetin kehittymiseen (Arminen, 1998, 203).

Identiteetti rakentuu yhteisöllisissä suhteissa ja vuorovaikutuksessa, sillä ihmiset eivät ole täysin irrallisia eivätkä erillisiä yksilöitä. Susanna Hyväri näkee yhteisöjen merkityksen identiteetin kehittymiselle niin tärkeäksi, ettei identiteettipolitiikkaa hänen mukaansa voi rakentaa ilman yhteyttä toisiin. Hyväri kuvaa identiteetti- tai sosialisointitapana tapana, jolla ryhmät ja ryhmän jäsenet joko ottavat vastaan tai torjuvat yhteisön kantamia symboleja. Identiteettiin siis voidaan liittää institutionaalisen vallan käsite. Valtasuhteiden muuttuminen voi vastaavasti purkaa toimintakykyä lamauttavia hierarkkisia suhteita. (Hyväri 2001, 83, 87–89; Valkonen, 2007, 256–258.) Vertaisuuden ja kokemusasiatuntijuuden merkitystä yksilöille, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle sekä sen kehittämiseksi voidaan tarkastella myös tästä näkökulmasta.

Sosiaalisen identiteetin merkitys yksilölle konkretisoituu siinä, että se yhdistetään elämän tärkeisiin asioihin, kuten elämäntapaan, arvostuksen kohteisiin, persoonalliseen identiteettiin, ihmisyyteen, käyttäytymiseen, sosiaalisuuteen, yhteenkuuluvuuden tunteeseen, elämänkatsomukseen, arvoihin ja tavoitteisiin. Näin ollen se myös ohjaa ja suuntaa elämää. Vahvan sosiaalisen identiteetin omaksunut tietää, mistä hän on tullut, mihin on menossa, kykenee tekemään mielekkäitä valintoja ja ratkaisuja nykyhetkessä sekä tulevaisuuden suhteen. (Salo & Tuunainen, 1996, 138, 141, 147; Vilkkonen-Riihelä, 1999, 223). Kokemusasiatuntijuuden ja vertaisuuden tuoma identiteetin muutos voi siis olla todella merkittävä elämän kannalta (Rissanen, 2015).

Potilas- ja vammaisjärjestöissä määritellyt vertaistuen arvot, joita ovat tasavertaisuus, tasa-arvoisuus, molempipuolisuus, omaehtoisuus, aktiivisuus ja vapaaehtoisuus, konkretisoituvat vertaistuen voimauttavana vaikutuksena sekä itsetuntoon ja identiteettiin vaikuttavina tekijöinä (Nylund, 1996, 193–194; Siitonen, 1999, 138–139, 162; Kulmala, 2004, 237–238; Hokkanen, 2014, 25). Arvot ovat yhteydessä vertaistoiminnan lähtökohtiin. Ensinnäkin ajatukseen siitä, että jokaisella on jotain annettavaa. Vertaistukeen kuuluu tuen samanaikainen antaminen ja saaminen, jolloin vertaiset auttavat yhtä aikaa itseään ja toisia. Tämä voi tuoda kokemuksen ihmisarvosta ja merkityksellisyydestä. Toinen vertaistuen lähtökohdista liittyy omaehtoisuuteen: ainoastaan yksilö voi valita ja muuttaa elämänsä suuntaa ja ajattelutapoja. (Mikkonen, 1996, 225; Nylund, 1996, 193–194, 204; Arminen, 1998, 203–205; Kangas, 2003; Koskisuus & Narumo, 2004, 21; Rissanen 2015.)

5.2.4. Sosiaalinen tuki mielenterveystyötä ja sosiaalityötä integroivana käsitteenä toipumisorientaatiossa

Mielenterveystyön perinteinen malli keskittyy diagnosointiin, hoitomyöntyvyyden saavuttamiseen, oireiden lievittämiseen ja riskien vähentämiseen. Toipumisorientaatiossa keskitytään ihmisen elämäkokemuksiin, valintoihin ja autonomiaan, toiveiden ja unelmien saavuttamiseen ja kannustetaan positiiviseen riskinottoon (Cavanaugh, 2014).

Sosiaalityön tavoitteena on edistää yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia laaja-alaista osaamista ja vaikuttavia menetelmiä hyödyntäen. Sosiaalityö ja sosiaalinen tuki eivät näyttäyty pelkästään konkreettisten toimenpiteiden, vaan kokonaisvaltaisen asiakkaan tukemisen areenana (Suonio, Linderborg & Lassila, 2014,13).

Goldsmithin ja Albrechtin (2011, 335) mukaan sosiaalinen tuki voidaan ymmärtää eräänlaiseksi sateenvarjo-käsitteeksi. Sen alla on monia eri teorioita ja asiakokonaisuuksia, joille on yhteistä sosiaalisten suhteiden linkittäminen ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tämän raportin sisällöstä voidaan päätellä mielenterveystyön toipumisorientaation mukaisen viitekehyksen ja sosiaalityön sisältävän monia yhteisiä sosiaalisen tuen muotoja. Lisäksi näiden palveluiden tulee edistää asiakkaan mahdollisuuksia saada sellaista sosiaalista tukea, mikä luo perustaa itsenäiselle elämiselle vähentäen mielenterveys- ja sosiaalipalveluista tarvittavaa tukea.

Lähteet

- Allardt E. (1985) *Sosiologia I*. Juva: WSOY
- Andresen R, Oades LG, Caputi P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 37:586–594.
- Anthony WA. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 16:11–23.
- Antonovsky A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11:11–18.
- Antonucci TC. (1990) Social Supports and Social Relationships. Teoksessa: Binstock RH, George LK. (Editors). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Third Edition. San Diego: Academic Press, Inc.
- Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, Nordling E, Solin P. (2016) Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka siten mitataan? *Suomen Lääkärilehti*. 71:29–35.
- Arminen I. (1998) *Therapeutic Interaction: A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 45. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Arnkil T, Seikkula J. (2009) *Dialoginen verkostotyö. 2. painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki: Esa Print Oy
- Arnstein S R. (1969) A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35: 4, 216–224.
- Baard P, Deci E, Ryan R. (2004) Intrinsic Need Satisfaction: A Motivational Basis of Performance and Well-Being in Two Work Settings. *Journal of Applied Psychology*. 34:2045–2068.
- Bandura A. (2001) Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews Psychology* 52, 1–26.
- Barbee AP, Cunningham MR, Winstead BA, Derlega VJ, Gulley MR, Yankeelov PA, Druen PB. (1993) Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues* 49:3, 175–190.
- Beresford P. (2003) *It's Our Lives: A short Theory of Knowledge, Distance and Experience*. London: OSP for Citizen Press in association with Shaping Our Lives.
- Berger PL, Luckmann T. (1994) *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma*. Helsinki: Gaudeamus.
- Bernler G, Johnsson L. (1988) *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Blom B, Morén S. (2003) Explaining human change. On generative mechanisms in social work practice. *Journal of Critical Realism* 2(1), 37–60.
- Blom B, Morén S. (2003a) *Insatser och resultat. Om utvärdering i socialt arbete*. Nr 48. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Blom B, Morén S. (2007) *Insatser och resultat i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Blom B, Morén S. (2010) Exploring Social Work Practices. *Journal of Social Work* 10(1), 98–119.
- Blom B, Morén S. (2015) *Teori för socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Bourdieu P. (1986) The Form of Capital. Teoksessa Richardson J (toim.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press, 241–258.
- Burleson BR, Albrecht TL, Goldsmith DJ, Sarason IG. (1994) Introduction: The Communication of Social Support. Teoksessa Burleson BR, Albrecht TL, Sarason IG. (toim.) *Communication of Social Support*. Thousands Oaks: SAGE.
- Burr V. (1995) *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Cameron D. (2011) Have no doubt, the big society is on its way <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2011/feb/12/david-cameron-big-society-good>. Haettu 30.1.2020.
- Campbell J. (2009) *Methods*. Teoksessa Wallcraft J, Schrank B, Amering M. (toim.) *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*. World Psychiatric Association. Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, N.J.: Wiley-Blackwell, 113–137.
- Cavanaugh S. (2014) Recovery-oriented practice. *Canadian Nurse* 10: 28–30.
- Cohen S, Syme SL. (1985) *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- Dalum HS, Pedersen IK, Cunningham H, ym. (2015) From recovery programs to recovery oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Arch Psychiatr Nurs*. 29:419–425.
- De Jong P, Berg IK. (2008) *Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja*. Lyhytterapiainstituutti Oy: Livionia Print.
- Deci E, Ryan R. (1985) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*. New York: Plenum Press.
- Deci E, Ryan R. (2000) The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behaviour. *Psychological Inquiry* 11:227–268.
- Deci E, Ryan R. (2002) *Handbook of Self-Determination Research*. New York: The University of Rochester Press.
- Deci E, Ryan R. (2014) *The Importance of Universal Psychological Needs for Understanding Motivation in the Workplace*. Teoksessa Gagne M. (toim.) *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory*. USA: Oxford University Press.
- Drake RE, Deegan PE (2009) Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatric Services* 60:1007.
- Edwards A. (2007) Relational agency in professional practice: A CHAT analysis. *Int J Hum Act* 1:1–17.
- Edwards A. (2008) Activity theory and small-scale interventions in schools. *Journal of Educational Change*, 9(4), 375–378.
- Eskelinen I. (2016) *Ratkaisukeskeisyyttä oppimassa. Kehittämistyö ratkaisukeskeisten menetelmien ja neuropsykiatrisen osaamisen lisäämiseksi aikuispsykiatrian osastolla*. Opinnäytetyö. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Savonia-ammattikorkeakoulu.

- Eteläpelto A, Hökkä P, Paloniemi S, Vähäsantanen K. (2013) Ammatillisen toimijuuden ja työssä oppimisen vahvistaminen: Hankkeen taustaa ja lähtökohtia. Teoksessa: Hökkä P, Paloniemi S, Vähäsantanen K, Herranen S, Manninen M, Eteläpelto A (toim.) Ammatillisen toimijuuden ja työssä oppimisen vahvistaminen – Luovia voimavaroja työhön! Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 17-31.
- EU (2005) Euroopan Komissio Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen: Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fi/com/2005/com2005_0484fi01.pdf. Haettu 18.10.2013.
- EU (2007) Euroopan komissio Valkoinen kirja: Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fi.pdf. Haettu 18.10.2013.
- Evans K. (2011) 'Big Society' in the UK: A Policy Review. *Children, Society* 25, 164-171.
- Flannery RB Jr, Flannery GJ. (1990) Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*. 46:415-420.
- Frankl V. (1978) *Ihmisyuden rajalla*. Helsinki: Otava.
- Furman B. (2018) Ratkaisukeskeinen terapia: Teoreettinen viitekehys ja indikaatiot. www.benfurman.com > blog > 2018/01/09.
- Gagne M. (2003) The Role of Autonomy Support and Autonomy Orientation in the Engagement of Prosocial Behavior. *Motivation and Emotion*. 27:199-223.
- Gagne M, Deci E. (2005) Self-Determination Theory and Work Motivation. *Journal of Organizational Behavior*. 26: 331–362.
- Giddens A. (1997) *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Goldsmith DJ. (2004) *Communicating Social Support*. New York: Cambridge University Press.
- Goldsmith DJ, Albrecht TL. (2011) Social Support, Social networks, and Health. Teoksessa Thompson TL, Parrot R, Nussbaum JF. (toim.) *The Routledge Handbook of Health Communication*. Second Edition. New York: Routledge.
- Gothini R. (1990) Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Granfelt R. (1990) Sosiaalityön terapeuttinen ulottuvuus. Teoksessa Takala, P, Helminen I, Massa I, Hellsten, K, Karisto, A (toim.) *Hyvinvointi ja muutokset Suomessa*. Helsinki: Huoltajäsäätiö, 139–147.
- Granfelt R. (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt R, Jokiranta H, Karvinen S, Matthies A-L, Pohjola A. (toim.): *Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto*. Helsinki, 175–227.
- Haapala A. (1998) *Heidegger: Ristiriitojen filosofi*. Helsinki: Gaudeamus.
- Haarakangas K. (2002) Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Haley J. (2014) *Lyhytterapian lähteillä*. Millton H. Ericksonin terapeuttiset menetelmät. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hamilton G. (1962) *Theory and Practice of Social Case Work*. New York: Columbia University Press.
- Harra T, Sipari S, Mäkinen E. (2017) Hyvää tahtova hyvinvointipalvelujen kehittäjäkumppanuus. Teoksessa: Pohjola A, Kairala M, Niskala A, Lyly H. (toim.): *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaan osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki, Vastapaino, 147-164.
- Heikkinen H.L.T. (2007) Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) *Ikkunoi-ta tutkimusmetodeihin II – näkökulma aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–158.
- Hesse S. (1985) *Riktlinjer för psykosocialt arbete*. Stockholm: Almqvist, Wiksell.
- Hietala O. (2013) A-klinikan asiakaskahvilassa: etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. *Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A. Tutkimuksia* 37. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hietala O, Rissanen P. (2015) Kokemusasiantuntija hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi: opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Mielenterveyden keskusliitto
- Hietala O, Rissanen P. (2017): Yhteiskehittäminen uudenlaisen vastavuoroisuuden virittäjänä. Teoksessa: Pohjola A, Kairala M, Niskala A, Lyly H. (toim.): *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaan osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki, Vastapaino: 167-180.
- Hietala-Paalamäki O, Vuorela M. (2004) Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta. *Kuntoutus* 27: 3, 29–41.
- Hitlin S, Elder G. (2006) "Agency: An Empirical Model of an Abstract Concept." *Advances in Life Course Research* 11.C 33–67.
- Hokkanen L. (2013) Asiakaskansalaisen toimijuus ja sosiaalityöllinen asianajo. Teoksessa: Laitinen M, Niskala A. (toim.): *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere, Vastapaino: 55-86.
- Hokkanen L. (2014) Kysely Mielenterveyden keskusliiton jäsenyhdistysten aktiivitoimijoille. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 65. Rovaniemi.
- House JS. (1981) *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.
- Hyttinen L. (2001) Yhteisellä matkalla: Palveluohjauksen toimintamallia hakemassa. Kuntoutussäätiön työselosteita 24. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hyväri S (2001) Vallattomuudesta vastuuseen: Kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Hyväri S, Rissanen P. (2014) Kuntoutujien kokemustutkimuksen menetelmät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54: 289-300.
- Hänninen K. (2007) *Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*. Stakesin raportteja 20. Helsinki: Stakes.
- Hänninen V, Valkonen J. (2000) *Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen*. Teoksessa Hänninen V: *Sisäinen tarina, elämä ja*

- muutos. *Acta Universitatis Tamperensis* 696. Tampere: Tampereen yliopisto, 141–154.
- Häyhtiö T. (2017) Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla. Kunnallisanalyyttämässäätiön julkaisu 4. KAKS – Kunnallisanalyyttämässäätiö.
- Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Keto-Tokoi A. (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. THL. TYÖPAPERI 33. Helsinki: THL.
- Jacobson N, Curtis L. (2000) Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the States. *Psychosoc Rehabil J.* 23:333-341.
- Jacobson N, Greenley D. (2001) What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services.* 52:482-485.
- Jokinen, M & Räsänen, K (2000) Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Välimäki, Maritta; Holopainen, Arja & Jokinen, Maija: Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Porvoo: WSOY, 41–67.
- Juhila K. (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila K. (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa Jokinen A, Juhila K. (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 48–81.
- Juhila K. (2009) Objektivointi ja subjektivointi sosiaalityön käytännöissä: Michel Foucault'n perintöä tulkitsemassa. Teoksessa Mäntysaari M, Pohjola A, Pösö T. (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus, 47–66.
- Järvikoski A. (1994) Vajaakuntoisuudesta elämännhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 46. Helsinki.
- Järvikoski A, Härköpää K. (2000) Mielenterveyskuntoutujien palveluohjaus. *Kuntoutus* 23: 3, 3–13.
- Kanabro M. (2016) Eksistentiaalisen kuvataidekasvatuksen mahdollisuudet sairaalakoulussa. Pro gradu –tutkielma. Kuvataidekasvatus. Lapin yliopisto.
- Kananoja A (2017) Sosiaalityö ammattina. Teoksessa: Kananoja A, Lähteinen M, Marjamäki P. (toim.) Sosiaalityön käsikirja (4. uudistettu laitos). Helsinki: Tietosanoma, 27-32.
- Kananoja A (2017) Asiakastyön yleiset lähtökohdat sosiaalialalla. Teoksessa: Kananoja A, Lähteinen M, Marjamäki P. (toim.) Sosiaalityön käsikirja (4. uudistettu laitos). Helsinki: Tietosanoma, 173-192.
- Kangas I. (2003) Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U. (toim.) Sairas, potilas, omainen: Näkökulmia sairauden kokemiseen. Tietolipas 189. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 73–95.
- Karvinen S. (1993) Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. Teoksessa Granfelt R, Jokiranta H, Karvinen S, Matthies A-L, Pohjola A (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus, 131-173.
- Kaskela T, Pitkänen T, Valkonen J, Härkönen J, Suvisaari J, Wahlbeck K, Kaikkonen R. (2014) Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat. Teoksessa: Jalava J ym. (2014): ATH-tutkimuksen tuloksia – järjestötoiminnan tutkimusohjelma. THL:n työpaperi 37/2014: 21-28.
- Kaukorinne M, Vartiainen T. (2017) Avoimen dialogin hoitomalli psykiatrisessa hoitotyössä. Opetuskokonaisuuden suunnittelu, pilotointi ja arviointi Savonia-ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyö. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Savonia-ammattikorkeakoulu.
- Kinnunen P. (1999) Sosiaalinen tuki ja kolmas sektori. Teoksessa Hokkanen L, Kinnunen P, Siisiäinen M. (toim.) Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Kinnunen U. (1993) Stressi ja sen hallinta. Teoksessa Kuusinen K. (toim.) Terveystieteiden tutkimuskeskus. Juva: WSOY.
- Kisby B. (2010) The Big Society: Power to the People? *The Political Quarterly.* 81 (4), 484-491.
- Kobasa S, Maddi S, Kahn S. (1982) Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology.* 42:168-177.
- Koikkalainen M, Sjöblom SM. (2014) Edistämmekö kuntoutuksella osallisuutta? Teoksessa Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.), Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 73-82.
- Koivuniemi K, Simonen K. (2011) Kohti asiakkuutta: Ihmistä arvostava terveydenhuolto. PerSona. Helsinki: Duodecim.
- Kokko S. (2004) Mielenterveystoimistojen asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä: Arvototeoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. *Acta Universitatis Ouluensis D* 785. Oulu: Oulu University Press.
- Kokkonen K-M. (2016) Motivaation johtaminen julkisen hallinnon virtuaalisessa organisaatiossa. Pro gradu –tutkielma. Hallintotieteen johtamiskorkeakoulu. Tampereen yliopisto.
- Korhonen, O. (2020) Sähköposti-keskustelun kommentit 30.3.2020. Mielenterveyden keskusliiton lakimiehen kanssa.
- Korkeila J. (2016) Miten toipumisorientaatio muuttaa psykiatriaa? Seminaariesitys Tampereella 31.8.2016.
- Koskinen S. (2003) Suomalaisen yhteisösosiaalityön kehitys ja nykysuuntaukset. Teoksessa Laitinen, M., Pohjola, A. (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus: Jyväskylä, 206–236.
- Koskisuus J, Narumo R (2004) Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa. *Kuntoutus* 27: 3, 17–23.
- Kumpusalo E. (1991) Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallinnon raportteja 28. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kuosmanen L. (2009) Personal liberty in psychiatric care – towards service user involvement. Turun yliopiston julkaisu Annales universitatis turkuensis sarja – ser. d osa – tom. 841 medica – odontologica. Turku: Painosalama Oy – Turku.
- Kuusela P. (2002) Sosiaalipsykologian maailmanhypoteesit. Tietealan historia ja sosiaalisen konstruktionismin muodot. OyUNIPress Ab.
- Kuusinen K-L. (2001) Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa Kähkönen S, Karila I, Holmberg N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmänen A. (2014) Sosiaalisen tuen tarpeet ja elementit aikuis-sosiaalityössä. Mixed methods -tutkielma sosiaalityönteki-

- jöiden näkökulmasta. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto.
- Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J. (1999) Framework for promoting mental health in Europe. Helsinki: Stakes.
- Laitila, M (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihde-työssä: Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences 31. Hoitotieteen laitos Terveystieteiden tiedekunta Itä-Suomen yliopisto Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Laitinen M, Nurmi, K. E. (2003). Aktiiviseksi kansalaiseksi kasvaminen suomalaisten elämäkertojen valossa. Aikuiskasvatus 2, 122-132.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812
- Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence W, ym. (2015) Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implement Sci.* 10:87. DOI 10.1186/s13012-015-0275-4.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, ym. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 199:445-452.
- Lehmuskoski K. (2008) Sosiaalinen konstruktionismi realismin puntarissa. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopion yliopisto.
- Lenner-Axelsson B, Thylefors I. (1982) Psykososialt behandlingsarbete. Malmö: Natur och Kultur.
- Lester H, Tait L, England E, Tritter J. (2006) Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice*, June, 415-422.
- Lindström B, Eriksson M. (2009) The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Glob Health Promot.* 16:17-28.
- Lindström B, Eriksson M. (2010) Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa Pietilä A-M. Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Martela F. (2014) Itseohjautuvuusteoria – Eli onnellisen elämän kolme keskeistä tekijää. <<http://frankmartela.fi/2014/04/itseohjautuvuusteoria-eli-kolme-vastausta-siihen-mika-tekee-ihmisen-onnelliseksi/>>
- Matthies A-L. (2017) Osallistumisen lupaus ja petos hyvinvointipalveluissa. *Sosiologia* 2, 149-165.
- Matthies A.-L. ym. (2019) Aikuissosiaalityön tietopohja ja teoreettinen perusta. Luennot PROSOS – uusia avauksia aikuissosiaalityöhön 26.3.2019 ja Aikuissosiaalityön päivillä 24.1.2019. <http://www.prosos.fi/tapahtumat/> Aikuissosiaalityön tietopohja ja teoreettinen perusta.
- Mattila-Aalto M. (2009) Kuntoutusosallisuuden diagnoosi: Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Mielenterveyslaki 1116/1990
- Mikkola L. (2006) Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylä studies in Humanities* 66. Jyväskylän yliopisto.
- Mikkonen I. (1996) Sairastuneiden vertaisryhmät ja terveydenhuollon ammattilaiset. Teoksessa Matthies A-L, Kotakari U, Nylund M (toim.) Välittävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 217-225.
- Mo PKH, Coulson NS. (2008) Exploring the Communication of Social Support within Virtual Communities: A Content Analysis of Messages Posted to an On-line HIV/AIDS Support Group. *Cyber Psychology & Behavior* 11: 371-374.
- Muurinaho J. (2001) Mielenterveyskuntoutujien oma-apuryhmät. *Kuntoutus* 24: 2, 8-17.
- Mäenpää M. (2008) ”Laajempi ystäväpiiri-keveämpi mieli?” Yliopisto-opiskelijoiden sosiaalinen tuki ja positiivinen mielenterveys. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Männistö P. (2012) Kun ei ole tervetullut minnekään: Poiskäynnittämisen ja poissulkemisen ilmiöitä katuperspektiivistä tarkasteltuna. Teoksessa Strömberg-Jakka M, Karttunen T. (toim.) Sosiaalityön haasteet: Tukea ammattilaisten arkeen. Jyväskylä: PS -kustannus, 125-139.
- Niiniluoto I. (1999) *Critical Scientific Realism*. Oxford: Oxford University Press.
- Nikkonen M. (1994) Changes in psychiatric caring values in Finland. *Journal of Transcultural Nursing* 6:1. SAGE, 12-17.
- Niskala, A, Kairala M, Pohjola A. (2017) Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa: Pohjola A, Kairala M, Niskala A, Lyly H. (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaan osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsinki, Vastapaino, 7-12.
- Nordling E. (2007) Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tampensis* 1245. Tampere: Tampere University Press.
- Nordling E. (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielen-terveystyössä? *Duodecim.* 134:1476-1483.
- Nordling E, Järvinen M, Lähteenlahti Y. (2015) Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoksessa Partanen A, Moring J, Bergman V, ym., toim. Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Miten tästä eteenpäin? Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 20/2015, 133-41.
- Nordling E, Ojanen M. (1990) Henkilökunnan ja johtoryhmien käsitykset psykiatriasta erikoissairaanhoidon osana. Vertaileva tutkimus sairaanhoitopiireissä ja mielisairaanhuoltopiireissä. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Nouko-Juvonen S. (2001) Turva-asumisprojektin tavoite: Kuntoutusohjaus osaksi mielenterveyskuntoutusta. *Kuntoutus* 24:1, 43-48.
- Nylund M. (1996) Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Matthies A-L, Kotakari U, Nylund M. (toim.) Välittävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 193-205.
- Nylund M. (1999) Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Hokkanen L, Kinnunen P, Siisiäinen M. (toim.) Haastava kolmas sektori: Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan mo-

- ninaisuudesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 116–134.
- Ojanen M. (2019) Aito onnellisuus. Kirja-arvostelu. www.markkuojanen.com.
- Palsanen K. (2013) Yhteistutkiminen: Opas sosiaalityöhön. Versio 2.0. Soccan työpapereita 2013:3. Helsinki. Luettavissa: http://issuu.com/socca/docs/yhteistutkiminen-opas_sosiaality_h?e=1640330/7227826. Haettu 11.6.2015.
- Pasanen S. (2015) Salutogeneesi terveyden edistämässä: haastattelu asiantuntijoille. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Peterson C, Seligman MEP. (2004) Character strengths and virtues: a handbook and classification. New York: Oxford University Press and Washington, DC: American Psychological Association, 2004. www.viacharacter.org
- Pilgrim D, McCranie A. (2013) Recovery from mental disorder: a critical sociological account. Lontoo: Palgrave Macmillan UK.
- Pirhonen M. (2016) Kohti asiakasraatia. Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry.
- Pohjola A. (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen M, Pohjola A. (toim.) A. Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 19-74.
- Pohjola A. (2015) Rakenteellisen sosiaalityön paikanuksia. Teoksessa Pohjola A, Laitinen M, Seppänen M. (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Kuopio: Unipress, 16–36.
- Psykiatrinen hoitotahto (2012) [verkkójulkaisu] <https://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/Dokumenttikirjasto/Psykiatrinen%20hoitotahto.pdf> myös:[https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrinen_hoitotahto_tuo_potilain_toi\(37816\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrinen_hoitotahto_tuo_potilain_toi(37816)) Haettu 30.1.2020.
- Pulkkinen T. (1988) Naisyhteisö: subjektius, identiteetti ja toimijuus. Teoksessa Kotkavirta J, Laitinen A. (toim.) Yhteisö: Filosofian näkökulmia yhteisöllisyyteen. SoPhi, Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisu 16. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 239–251.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41
- Raivio H, Karjalainen J. (2013): Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat. Teoksessa: Era T. (toim.): Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 156/2013, Jyväskylän ammattikorkeakoulu: 12-34.
- Richmond M. (1917) Social Diagnosis. New York: Russel Sage Foundation.
- Rissanen P. (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Rissanen P, Jurvansuu S. (2018) ”Haaveistani tehdä hyvää en ole luopunut”. Vapaaehtoistoimintaan liittyvät merkitykset päihde- ja mielenterveysjärjestöissä. Tietopuu: Tutkimuksia 2/2018: 1-16.
- Roivainen I. (2004) Yhteisöt ja yhteisösosiaalityön lähtökohdat. Tampere: Tampere University Press.
- Roivainen I. (2008) Yhteisöt ja yhteisösosiaalityön lähtökohdat. Tampere: University Press.
- Romakkaniemi M, Väyrynen S. (2011) Kuntoutus muutoksessa. Teoksessa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A. (toim.). Rovaniemi: Lapland University Press, 135-151.
- Ronnby A. (1986) Sosiaalityön perustelut. Alkuperäinen teos Socialarbetets förklaringsmodeller (suom. Eräsaari L). Helsinki: Otava.
- Rose S.M, Black B.L (1985) Advocacy and Empowerment: mental health care in community. Boston: Routledge, Kegan Paul.
- Rostila I. (2001) Tavoitelähtöinen sosiaalityö: Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. SoPhi 61. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Ryan R, Deci E. (2001) On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 52:141-166.
- Räsänen M. (2005) Transformationaalinen johtaminen persoonallisuusteoreettisesta näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Maanpuolustuskorkeakoulu.
- Saleebey D. (2007) The strengths perspective in social work practice. Boston: Allyn & Bacon.
- Salo-Jouppila S. (2017) Sosiaalinen tuki verkkonuorisotyössä. Viestinnän maisteritutkielma. Jyväskylän yliopiston kieli- ja viestintätieteiden laitos.
- Salo O, Tuunainen K. (1996) Da-Capo – alusta uudelleen. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Savukoski M. (2008) Vapaaksi anoreksian kahleista: Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. *Acta Universitatis Lapponiensis* 142. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Schein EH. (1987) Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Espoo: Weilin & Göös.
- Shotter J. (1993) Conversational Realities – Constructing Life through Language. London: Sage Publication.
- Sitonen J. (1999) Voimaantumisteorian perusteiden hahmotte-
luu. *Acta Universitatis Ouluensis* E 37, Oulu: Oulun yliopisto.
- Simpson E L, House A O. (2003) User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *British Journal of Psychiatry* 183, 89–91.
- Sipilä J. (1989) Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Tammi.
- Slade M, Amering M, Oades L. (2008) Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 17:128-37.
- Sohlman B, Immonen T, Kiikkala I. (2005) Ongelmallinen mielenterveys. *Yhteiskuntapolitiikka.* 70:210-213.
- Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet (2012) Arki, arvot, elämä, etiikka: Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeasti koulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. ammattieettiset ohjeet. Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301
- Spaulding WD, Montague E, Avila A, Sullivan ME. (2016) The idea of recovery. Teoksessa Singh N, Barber JW, Van Sant S. (toim). Handbook of recovery in inpatient psychiatry. Springer International Publishing Switzerland.
- Stansfeld SA. (2006) Social support and social cohesion. Teoksessa Marmot M, Wilkinson RG. (toim.) Social Determinants of Health. New York: Oxford University Press, 148–171.
- Stepney P, Popple K. (2008) Social Work and the Community A Critical Context for Practice. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Stepney P, Evans D. (2000) Community social work: Towards an Integrative Model of Practice. Teoksessa Stepney P, Ford

- D (toim.) *Social Work Models, Methods and Theories. A framework for practice.* Dorset: Russell House Publishing.
- STM (2009) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.* Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sullivan WP, Floyd DF. (2013) Spirit lifting: hope and recovery in case management practice. *Fam Soc: J Contemporary Soc Serv.* 94:38–44.
- Sundholm L. (2000) *Itseohjautuvuus organisaatiomuutoksessa.* Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.
- Suonio M, Linderborg H, Lassila T. (2014) *Johdanto.* Teoksessa Linderborg H, Suonio M, Lassila T. (toim.) *Sosiaalityö ja sosiaalinen tuki rikosseuraamusalalla. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2014.* Suomen yliopistopaino - Juvenes Print.
- Svenlin A-R. (2020) *Kannatteleva ja jännitteinen tukiperhetoiminta: lastensuojelun tukiperhetoiminnan käyttöteoria ja tukisuhteet.* JYU dissertations.
- Swantz M-L. (1997) *Tutkittavat tutkijoiksi.* Teoksessa Viljanen, A M, Lahti, M (toim.) *Kaukaa haettua: Kirjoituksia antropologisesta kenttätyöstä.* Helsinki: Suomen antropologinen seura, 268–281.
- Särkelä M. (2009) *Huono-osaisuus, osallisuus ja aktiivinen kansalaisuus – Johdatus teoriataustaan.* Teoksessa: Särkelä M, Viander R, Häkkinen K, Blomqvist J: *Jokainen on kansalainen: Huono-osaisten osallisuus ja aktiivinen kansalaisuus.* Jyväskylän Yliopisto. Artikkelikokoelma. *Kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma.* Haettu 5.3.2020 <https://docplayer.fi/13712447-Jokainen-on-kansalainen.html>
- Tapola-Tuohikumpu S. (2005) *Positiivisella diskriminaatiolla varhaista tukea.* SOCCA ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 3/2005. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris -instituutti.
- Tardy CH. (1985) *Social support measurement.* *American Journal of Community Psychology* 13:187-202.
- Tenhunen H. (2019) *Etätyöntekijöiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta työyhteisössä.* *Sosiaalipsykologian pro gradu - tutkielma.* Yhteiskuntatieteiden laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Toiviainen H. (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina.* Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus tutkimuksia 160. Helsinki: Stakes.
- Toivio T, Nordling E. (2013) *Mielenterveyden psykologia.* Helsinki: Edita.
- Toivonen E. (2009) *Sosiaalinen tuki: Vertaileva tutkimus suomalaisten ja yhdysvaltalaisien nuorten saaman sosiaalisen tuen määrästä ja merkityksestä.* *Kasvatustieteen pro gradu - tutkielma.* Hämeenlinnan opettajankoulutuslaitos. Tampereen yliopisto.
- Tritter J Q, McCallum A. (2006) *The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein.* *Health Policy* 76, 156–168.
- Tuori K, Kotkas T. (2016) *Sosiaalioikeus. 5., uudistettu painos.* Helsinki: Talentum Pro.
- Unkila K. (2015) *Voimaantumisen ammatillisessa kuntoutuksessa: Vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien kuntoutujien kertomuksia ammatilliselta kuntoutuskursuilta.* Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön lisensiaatintutkimus.
- Uutela A, Härköpää K. (1993) *Terveyskäyttäytymisen kognitiiviset teoriat ja mallit.* Teoksessa Kuusinen K-L. (toim.) *Terveyspsykologia.* Porvoo: WSOY.
- Vahtera J. (1993) *Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki.* *Ryhmätyö* 3, 28–37.
- Vahtera J, Uutela A. (1994) *Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina.* *Duodecim* 110:1054–1060.
- Vaillant G. (2012) *Positive mental health: is there cross-cultural definition?* *World Psychiatry.* 11:93-999.
- Valkonen J. (2007) *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina.* *Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77.* Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Vastamäki J. (2010) *Koherenssin tunne ja työttömyys.* *Väitöskirjatutkimuksen keskeisiä tuloksia.* Erlangen-Nürnbergin yliopisto ja Kuopion yliopisto.
- Vilkko-Riihelä A. (1999) *Psykye: Psykologian käsikirja.* Porvoo; Helsinki; Juva: WSOY.
- Vorma H, Rotko, T, Larivaara, M, Kosloff, A. (2020) *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2020.
- Vuorila H. (2007) *Logoterapia eksistenssianalyysinä – Tarkoituksen ja arvojen etsintää.* *Niin & Näin* 4/2007.
- Wolf AC, Ratner PA. (1999) *Stress, social support, and sense of coherence.* *Western Journal of Nursing Research.* 21:182-197.

Esa Nordling
Päivi Rissanen

Mielenterveystyö uudistuu Toipumisorientaation teorettiset lähtökohdat



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020

Toipumisorientaatiosta on tullut keskeinen viitekehys mielenterveyspalveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen monissa maissa. Myös Suomessa on esitetty ajatuksia mielenterveyspalveluiden uudistamiseksi toipumisorientaation mukaisiksi. Uudistamistarpeen taustalla on perinteisiin mielenterveyspalveluihin kohdistettu kritiikki. Ongelmia on nähty palvelurakenteissa, toiminatavoissa ja hoitokulttuurissa, perustason ammattilaisten osaamisessa sekä palveluiden kehittämistyön pirstaleisuudessa. Toipumisorientaatiolähtöisen ajattelutavan ydinasioita ovat asiakaslähtöisyys, osallisuus ja kokemuksellisuuden merkitys.

Lapin yliopiston johtamassa kolmivuotisessa Recovery – toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa kehitetään toipumisorientaation perustuvia ratkaisuja mielenterveyspalveluihin. Tavoitteena on toipumisorientaation käsitteellistäminen ja soveltaminen suomalaisiin mielenterveyspalveluihin.

Tämä raportti vastaa hankkeessa toipumisorientaation käsitteellistämisen tavoitteeseen. Julkaisussa tarkastellaan toipumisorientaation käsitettä ja siihen liittyviä prosesseja ja arvoja, kuvataan taustateorioita ja käydään läpi lainsäädäntöä. Lopuksi kuvataan kokemusasiantuntijuutta ja sosiaalisen tuen käsitteitä yhteisinä nimittäjinä raportin teorioille.



**Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos**



ISBN 978-952-343-590-2

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166), 00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi