

# KESKIÖSSÄ IHMINEN, EI ONGELMA

Mielenterveyskuntoutajat aikuissosiaalityön  
asiakkaina

Soila Mäkinen

Kandidaatintutkielma

Sosiaalityö

Avoin yliopisto

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2021

Tiivistelmä

*KESKIÖSSÄ IHMINEN, EI ONGELMA –*

*Mielenterveyskuntoutujat aikuissosiaalityön asiakkaina*

Soila Mäkinen

Kandidaatintutkielma

Avoin yliopisto

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2021

37 sivua

Kirjallisuustutkielmassani tarkastelen mielenterveyskuntoutujia aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön asiakkaina. Keskityn siihen, miten mielenterveyskuntoutujien osallisuus näyttäytyy aikuissosiaalityössä ja mitä erityispiirteitä mielenterveyskuntoutujiin asiakkaina liittyy. Tarkastelen myös sitä, mitä erityisen osaamisen tarvetta tämä asettaa työntekijälle ja toteutuvatko nämä osaamistarpeet käytännössä.

Kirjallisuustutkielmassa käytettävä aineisto koostuu kuudesta tutkimuksesta sekä aihetta käsittelevistä artikkeleista ja teoksista. Tarkasteltujen tutkimusten perusteella asiakkaan osallisuus voi kuntoutumisen vaiheesta riippuen näyttäytyä eri tavoin. Mielenterveyskuntoutujilla on halua osallistua ja vaikuttaa, mutta kykyyn toteuttaa tätä halua vaikuttaa sairauden vaihe, vointi ja jaksaminen. Tärkeä osaamisen tarve sosiaalityössä onkin mielen-terveyden ongelmista aiheutuneiden yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen ja sekä tarvittavan tuen mitoittaminen oikein. Mielenterveystyö ja siihen liittyvät osaamisen tarpeet kytkeytyvät tiiviisti aikuisten parissa tehtävään sosiaalityöhön, sillä mielenterveysongelmiin liittyy usein monenlaisia tuen tarpeita.

Osallisuuden ja subjektin aseman vahvistamisen ohella tutkimuksissa esiin nousi asiakkaan kunnioittavan kohtaamisen merkitys, sillä monella mielenterveyskuntoutujalla on kokemuksia syrjinnästä sekä sairauden aiheuttamasta stigmasta. Merkityksellistä on myös toimiva vuorovaikutus sekä työntekijän ja asiakkaan välillä että monialaisten työntekijäryhmien välillä.

Avainsanat: sosiaalityö, mielenterveys, mielenterveysongelma, mielenterveyskuntoutuja ja sosiaaliturva

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KESKEISET KÄSITTEET .....	2
2.1	Mielenterveys.....	3
2.2	Mielenterveystyö .....	4
2.3	Aikuisten parissa tehtävä sosiaalityö .....	4
2.4	Sosiaalityö, kuntoutus ja kuntoutuja .....	5
2.5	Osallisuus.....	6
3	KIRJALLISUUSTUTKIELMAN TOTEUTUS.....	7
3.1	Tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset .....	8
3.2	Kirjallisuustutkimus menetelmänä tässä tutkielmassa.....	8
3.3	Aineisto ja analysointi .....	9
4	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA AIKUISSOSIAALITYÖN ASIAKKAANA..	12
4.1	Mielenterveystyön merkitys aikuissosiaalityössä .....	12
4.2	Monialaisesta yhteistyöstä aikuissosiaalityössä.....	16
4.3	Asiakkaan rooli ja osallistava sosiaalityö .....	19
4.3.1	Asiakkaan näkemys hyvästä mielenterveystyöstä.....	22
4.3.2	Työntekijöiden näkemys hyvästä mielenterveystyöstä .....	24
5	YHTEENVETO .....	28
6	POHDINTA.....	30
	LÄHTEET .....	34

# 1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat haaste monella tapaa. Elämme ympäristössä, joka korostaa jatkuvaa oppimista ja jossa moni kokee kognitiivista kuormitusta ja stressiä. Lähes puolet väestöstä kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä jossakin elämänsä vaiheessa. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuu myös lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä. (Vorma ym. 2020, 11.) Metteri (2012, 105, 160) nostaa esiin huolen siitä, että psykiatrisessa hoidossa ei välttämättä ole riittävää osaamista huolehtia potilaan sosiaaliturvaan liittyvistä asioista ja toisaalta sosiaalitoimessa ei tunneta riittävästi psyykkisen sairauden erityispiirteitä ja sairaudesta aiheutuvaa tuen tarvetta. Metteri myös toteaa, että jossain tapauksissa psyykkisesti sairaat ovat jääneet ilman heille kuuluvia sosiaaliturvaetuksia ja jopa joutuneet syrjityiksi, koska psyykkisten sairauksien aiheuttamaa avun ja huolenpidon tarvetta ei tarkastella samoin kuin fyysisen sairauden tai vamman aiheuttamia tarpeita. Peltomaa (2005, 126) lisää, että palvelujärjestelmän kuormittumiseen on vaikuttanut myös samanaikainen mielenterveyspalveluiden resurssien leikkaaminen ja laitospaikkojen vähentäminen. Tämä muutos kohti avohoidon painotusta on nähtävissä myös Sosiaali- ja terveysalan tilastollisessa vuosikirjassa (2020, 74-75), jonka mukaan vuosien 1997 ja 2019 välillä mielenterveyden häiriöiden laitoshoidon keskimääräinen hoitoaika on laskenut alle puoleen aiemmasta, kun taas avohuollon käynnit ovat nousset 1,6 miljoonasta yli 3 miljoonaan käyntiin vuodessa.

Työskennellessäni aikuissosiaalityössä mielenterveyskuntoutujien parissa olen myös itse havainnut edellä mainitut haasteet mielenterveys- ja sosiaalipalveluissa. Usein mielenterveyskuntoutuja näyttää jäävän näiden kahden järjestelmän väliin. Ongelmia syntyy esimerkiksi silloin, kun hoitosuhde katkeaa. Näin voi käydä esimerkiksi silloin, kun mielenterveyskuntoutuja ei saavu sovittuihin terveydenhuollon tapaamiseen, vaikka nämä poisjäännit johtuisivat nimenomaan asiakkaan huonosta psyykkisestä voinnista. Toinen riskikohta on silloin, kun kuntoutuja siirretään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon, koska katsotaan, ettei hän hyödy erikoissairaanhoidosta. Tällöin hänen lääkehoitonsa ehkä järjestyy, mutta muu kuntouttava tai toimintakykyä ylläpitävä toiminta terveydenhuollon puolelta loppuu. On myös tilanteita, joissa asiakas kieltäytyy hoidosta. Näissä tilanteissa sosiaalityö joutuu

usein ottamaan vahvempaa roolia asiakkaan palvelujen koordinoinnissa. Myös suhtautuminen mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan omaan toimijuuteen näyttää vaihtelevan. Näistä kokemuksista heräsi kiinnostus perehtyä asiaan tarkemmin.

Mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelee laaja joukko sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Heitä löytyy terveydenhuollon palveluista, perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta sekä muun muassa asumispalveluista ja terveyssosealityöstä. Tässä kirjallisuustutkielmassa katse suunnataan kuitenkin sosiaalipalveluihin ja aikuisten parissa tehtävään sosiaalityöhön sekä ennen kaikkea asiakkaaseen. Monin paikoin mielenterveys- ja päihdetyötä käsitellään kokonaisuutena, mutta tässä työssä on keskitytty tarkastelemaan kysymyksiä erityisesti mielenterveyskuntoutujan osallisuuden sekä mielenterveyden, mielen-terveystyön ja sosiaalityön yhtymäkohtien näkökulmasta.

Aloitan läpikäymällä tämän kirjallisuustutkielman teoreettisen viitekehyksen. Keskeisiksi käsitteiksi olen nostanut tarkasteluun mielenterveyden, mielen-terveystyön, kuntoutumisen, aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön sekä osallisuuden. Tämän jälkeen esittelen kirjallisuustutkimuksen toteutusta sekä tutkimuksen tavoitteita ja tutkimuskysymyksiä. Tarkastelen myös kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä sekä käyn läpi aineiston keruun ja keskeiset tutkimukset. Mielen-terveystyö aikuissosiaalityössä -kappaleessa syvennyn valittuihin tutkimuksiin sekä muihin aiheita täydentäviin lähteisiin. Tämän jälkeen vedän yhteen valittujen tutkimusten yhtäläisyyksiä sekä niistä nousseita huomioita. Lopuksi pohdin tutkielman tuloksia suhteessa käytäntöön.

## **2 KESKEISET KÄSITTEET**

Tässä kappaleessa esittelen lyhyesti tutkielman keskeisiä käsitteitä ja sitä, mitä näillä käsitteillä tässä tutkielmassa tarkoitetaan. Aloitan mielenterveyden määrittelyllä, jonka jälkeen määrittelen, mitä aikuisten parissa tehtävällä sosiaalityöllä tarkoitetaan tässä työssä. Näiden jälkeen käyn läpi sosiaalityön, kuntoutuksen ja kuntoutujan määrittelyä ja lopuksi käsittelen osallisuuden käsitettä.

## 2.1 Mielensterveys

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee mielensterveyden kokonaisvaltaiseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, selviää normaalista stressistä, kykenee työskentelemään ja olemaan osa yhteisöä. Mielensterveyden muodostumiseen vaikuttavat monet sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät. Mielensterveysongelmia voivat lisätä esimerkiksi sosioekonomiset paineet, yllättävät muutokset, stressaavat työolot, syrjintä, väkivalta, epästerveelliset elämäntavat sekä fyysiset sairaudet. (WHO 2018.)

Mielensterveys ei siis ole pysyvä ominaisuus, vaan se muovautuu jatkuvasti erilaisten tekijöiden myötä. Kun olosuhteet ovat suotuisat, psyykkiset voimavarat lisääntyvät. Epäsuotuisat olosuhteet taas ovat uhka mielen hyvinvoinnille. Hyvään mielensterveyteen katsotaan kuuluvan esimerkiksi kyky solmia ihmissuhteita ja toimia mielekkäästi, itseluottamus, ongelmanratkaisutaito sekä kyky palautua vastoinkäymisistä. Mielensterveyden heikentyessä voi joillakin näistä osa-alueista ilmetä ongelmia tai esiintyä psyykkisiä oireita. Mielensterveyden heikkeneminen voi olla kestoiltaan lyhyttä ja ohimenevää tai pitkäkestoista. Psyykkiset oireet sinänsä eivät vielä merkitse sairautta, vaan niitä voi ilmetä ohimenevinä reaktioina kuormittavassa elämäntilanteessa. Mielensterveyttä tukevia taitoja voi myös opetella. (Vorma, Rotko, Larivaara & Koslof 2020, 14.)

Mielensterveyden häiriöihin katsotaan lukeutuvan muun muassa psykoosisairaudet, mielialahäiriöt, erilaiset pelko- ja ahdistuneisuushäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, päihdehäiriöt sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt. Tavanomaisia psyykkisiä tiloja tai reaktioita, kuten surua tai muuta normaalin rajoissa tapahtuvaa tunnereaktiota, ei nähdä mielensterveyden häiriönä. Mielensterveyden häiriöihin liittyy usein toimintakyvyn heikkenemistä sekä subjektiivista kärsimystä. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 13.)

## 2.2 Mielensterveystyö

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) 25 § toteaa, että mielensterveystyöllä tulee vahvistaa mielensterveyttä suojaavia tekijöitä sekä karsia mielensterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä yksilöettä yhteisötasolla. Tämä määritetään toteutettavaksi ohjauksella, neuvonnalla, psykososiaalisella tuella sekä yksilön mielensterveyttä tukevilla palveluilla. Sosiaalihuoltolaki velvoittaa suunnittelemaan ja toteuttamaan sosiaalihuollossa tehtävää mielensterveystyötä siten, että siitä muodostuu muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa toimiva kokonaisuus. Myös sosiaali- ja terveysministeriö (2021a) linjaa mielensterveystyön tavoitteeksi vahvistaa mielensterveyttä sekä vähentää uhkia, jotka kohdistuvat mielensterveyteen. Mielensterveystyöhön katsotaan kuuluviksi mielensterveyttä edistävä työ, mielensterveyden häiriöiden ehkäisy sekä mielensterveyspalvelut.

Mielensterveystyötä määrittävät myös mielensterveyslaki (1116/1990) sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010). Mielensterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntatasolla asukkaiden mielensterveyden häiriöiden ehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta sekä asianmukaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta vastaa sosiaali- ja terveydenhuolto. Avo- ja peruspalvelut on määritelty hoidossa ensisijaisiksi suhteessa erikoissairaanhoidon psykiatrisen poliklinikoilla tai sairaalassa. Kunnan sosiaalihuollon tehtäväksi on määritelty erityisesti asumis- ja kotipalvelujen sekä kuntouttavan työtoiminnan järjestäminen mielensterveyskuntoutujille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a.)

## 2.3 Aikuisten parissa tehtävä sosiaalityö

Jokaisella on perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaalipalvelujen tehtäviä ja toteuttamista määrittää sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston Sosnetin (2003) laatima sosiaalityön määritelmä on seuraava:

*"Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän yliopistokoulutuksen saaneen ammattihenkilön toimintaa, joka perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, ammatillis-tieteelliseen osaamiseen ja sosiaalityön eettisiin periaatteisiin. Sosiaalityöllä vahvistetaan hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta sekä yksilöiden toimintakykyisyyttä. Työ on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointiin ja ratkaisuprosesseihin perustuvaa kokonaisvaltaista muutostyötä, joka tukee ihmisten selviytymistä."*

Aikuisten parissa tehtävästä sosiaalityöstä on vakiintunut käyttöön käsite aikuissosiaalityö. Aikuissosiaalityöllä tarkoitetaan yleensä kunnallisen sosiaalityön kenttää, jossa elämänkaarirajattelen mukaisesti toimitaan työikäisen väestön parissa. Juhila (2008, 15) kuitenkin huomauttaa, että aikuisten parissa tehtävää sosiaalityötä on mahdotonta rajata näin kapeasti, sillä aikuisia kohdataan kunnallisen sosiaalityön lisäksi myös monilla muilla sosiaalityön areenoilla. Tässä työssä on kuitenkin keskitytty tarkastelemaan sosiaalityötä nimenomaan kunnallisen aikuissosiaalityön näkökulmasta.

Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön työkenttään kuuluu ohjaus, neuvonta ja tukeminen, joka liittyy asiakkaiden ongelmallisiin elämäntilanteisiin. Tavallisesti nämä ongelmat liittyvät toimeentuloon, työttömyyteen tai muihin elämänhallinnan haasteisiin, kuten esimerkiksi päihteidenkäyttöön. (Välimaa 2008, 175; Juhila 2008, 18-21.) Aikuissosiaalityön rooli viimesijaisena palveluna on muuttunut suuresti perustoimeentulotuen käsittelyn siirryttyä Kelan hoidettavaksi. Toinen merkittävä sosiaalityön muutos on kehitys pelkästä sosiaalipolitiikan välineestä kohti työllisyys- ja talouspolitiikkaa. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi aktivointityönä. (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 21.)

## **2.4 Sosiaalityö, kuntoutus ja kuntoutuja**

Kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää yksilön toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen sekä osallistumismahdollisuuksien edistämistä. Kuntoutuksella voidaan myös edistää henkilön työ- ja opiskelukykyä, työllistymistä sekä työssä jatkamista. Kuntoutumisen katsotaan aina lähtevän kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista. Kuntoutuksessa kuntoutuja ylläpitää ja



edistää toiminta- ja työkykyään suunnitelmallisesti ammattilaisten tukemana. Keskeisenä pidetään kuntoutujan omaa aktiivisuutta sekä osallisuuden tukemista. Kuntoutus voidaan jakaa ammatilliseen kuntoutukseen, lääkinnälliseen kuntoutukseen, sosiaaliseen kuntoutukseen sekä kuntouttavaan työtoimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b.)

Sosiaalityö ja kuntoutus ovat itsenäisiä aloja, jotka eroavat ammatillisilta sitoumuksiltaan, mutta myös jakavat yhteisiä arvoja ja tavoitteita sekä käytäntöjä. Kuntoutus on sosiaalityön tehtäväaluetta ja toisaalta sosiaalityö on tärkeä yhteistoimija kuntoutuksen laajemmassa merkityksessä. Sosiaalisella kuntouksella onkin merkittävä rooli sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyssä ja sitä voidaan pitää tapana vahvistaa tukea tarvitsevien henkilöiden yhteisöllisyyttä ja osallisuutta. Mielenterveyskuntoutajat kuuluvat sosiaalisen kuntoutuksen keskeiseen kohderyhmään. (Kokko & Veistilä 2016, 220-221.)

Mielenterveyden häiriöihin sairastuneita voidaan kutsua monilla eri nimillä ja käsitteillä, joihin moniin liittyy erilaisia arvolatauksia ja käsitteellisiä merkityksiä. Palveluista riippuen henkilö voi olla esimerkiksi asiakas, potilas tai kuntoutuja. Muita termejä ovat esimerkiksi mielenterveysongelmainen tai ”psykkisesti sairas”. Käytetyt termit voivat paitsi vaikuttaa siihen, miten henkilöä kohdellaan, mutta myös siihen, millaisena hän itsensä näkee. Kokeumusasantuntijat ovat nostaneet esiin käsitteet kuntoutuja ja kroonikko. Siinä missä kroonikko nähdään ihmisenä, joka on jämähtänyt paikoilleen vailla toivoa tai vastuunkantamista omasta elämästään, liittyy kuntoutuja -käsitteeseen toivo ja vastuu omasta elämästä. (Rissanen 2015, 159-160.) Käytän tässä tutkielmassa nimitystä mielenterveyskuntoutuja.

## 2.5 Osallisuus

Osallisuudella tarkoitetaan yleisesti ihmisen sosiaalista, toimintakyvyltistä sekä taloudellista hyvinvointia (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 70). Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke Sokran julkaisussa (Isola ym. 2017, 5) osallisuuden käsitettä avataan seuraavasti:

*”Osallisuus on kuulumista sellaiseen kokonaisuuteen, jossa pystyy liittymään erilaisiin hyvinvoinnin lähteisiin ja elämän merkityksellisyyttä lisääviin vuorovaikutussuhteisiin. Osallisuus on vaikuttamista oman elämänsä kulkuun,*

*mahdollisuuksiin, toimintoihin, palveluihin ja joihinkin yhteisiin asioihin. Hyvinvoinnin lähteet ovat aineellisia mahdollisuuksia, kuten kohtuullinen toimeentulo, asuminen, koulutus ja harrastustarvikkeet. Ne voivat olla aineettomia, kuten luottamus, turva ja luovuus ovat. Hyvinvoinnin lähteet voivat myös olla jotakin aineellisen ja aineettoman väliin sijoittuvaa kuten palvelut.”*

Juhila (2006, 118-119) kuvaa osallistavan sosiaalityön perustuvan kumppanuussuhteeseen, jossa osallistaminen koskee molempia osapuolia. Asiakkaat osallistavat sosiaalityöntekijöitä omaan tietoonsa, kun taas sosiaalityöntekijät pyrkivät tukemaan asiakkaiden ratkaisuja siten, että heidän asemansa täysivaltaisina kansalaisina voisi vahvistua. Juhilan mukaan tämä täysivaltaisen kansalaisuuden rakentaminen perustuu tasavertaisuuteen ja vastakkainasettelun välttämiseen.

Osallisuuden lisäksi toinen käytetty termi on englanninkielinen *empowerment*, joka on suomenmennettu esimerkiksi valtaistaminen tai valtautuminen (Juhila 2006, 120). Valtaistamisessa pyritään kehittämään myös asiakkaan osallisuuden lisäksi myös hänen tietoisuuttaan asioiden välisistä suhteista. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi sosiaalisten ongelmien syyt ja seuraukset sekä niihin liittyvät ratkaisuvaihtoehdot. Ihmisen saadessa lisää ymmärrystä, hän kykenee muodostamaan uusia tavoitteita sekä uusia keinoja tavoitteiden saavuttamiseen. (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 70.)

### **3 KIRJALLISUUSTUTKIELMAN TOTEUTUS**

Tässä kappaleessa esittelen tämän kirjallisuustutkielman toteutusta sekä tutkielman tavoitteita ja tutkimuskysymyksiä. Tarkastelen myös kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä. Tämän jälkeen käsittelen tämän tutkielman aineiston keruuta ja esittelen tarkasteluun valitut keskeiset tutkimukset.

### 3.1 Tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset

Kirjallisuustutkielmassani halusin tarkastella mielenterveyskuntoutujia aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön asiakkaina. Aiheen rajausta pohtiessani halusin keskittyä siihen, miten mielenterveyskuntoutujien osallisuus näyttäytyy aikuissosiaalityössä ja mitä erityispiirteitä mielenterveyskuntoutujiin asiakkaina liittyy. Olin myös kiinnostunut siitä, mitä erityisen osaamisen tarvetta nämä erityispiirteet asettavat työntekijälle ja toteutuvat nämä osaamistarpeet käytännössä. Tutkimuskysymykseksi valikoitui:

*Miten mielenterveyskuntoutujan osallisuus näyttäytyy sosiaalityössä?*

Apukysymyksinä päädyin myös tarkastelemaan:

*Miten mielenterveyden ongelmat ja mielenterveystyö näyttäytyvät aikuisten parissa tehtävässä sosiaalityössä?*

*Millaista osaamista mielenterveyskuntoutujien parissa tehtävä työ vaatii sosiaalityöltä/-työntekijältä?*

*Miksi mielenterveystyön näkökulman huomioiminen on tärkeää sosiaalityössä?*

Kirjallisuuskatsauksen näkökulman rajauksessa pyrin pois ongelmalähtöisestä ajattelutavasta ja halusin korostaa asiakkaan roolia itsenäisenä toimijana. Rajasin tarkastelua koskemaan aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön lisäksi sosiaalityön ja terveydenhuollon yhteistyötä, vaikka yhteistyötä tehdään myös muiden toimijoiden, kuten esimerkiksi työvoimatoimiston kanssa.

### 3.2 Kirjallisuustutkimus menetelmänä tässä tutkielmassa

Kirjallisuuteen perustuva tutkimus tai kirjallisuuskatsaus voidaan määritellä laadulliseksi yhteenvedoksi tai yleiskatsaukseksi valitusta aiheesta. Kirjallisuuskatsauksessa kerätään ja

tulkitaan primaaritutkimuksia käyttäen epämuodollisia tai subjektiivisia menetelmiä. Kysymyksen asettelu voi olla luonteeltaan joko tarkka tai yleinen ja kirjoittajia voi olla yhdestä useampaan. Vaatimuksena onnistuneelle kirjallisuuskatsaukselle on aiheen ymmärrys sekä hakujen toteuttaminen tietokannoista sekä yhteenvedon tuottaminen valitusta tutkimuskirjallisuudesta. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen kesto on yleensä viikoista kuukausiin. (Aaltio 2021.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta luonnehditaan yleiskatsaukseksi, jota eivät sido tarkat säännöt. Metodiset säännöt eivät vaikuta aineiston valintaan ja käytetyt aineistot voivat olla laajoja. Tutkimuksen kohteena oleva ilmiö tulee kuitenkin kyetä kuvaamaan laaja-alaisesti sekä tarvittaessa nostamaan esiin ja luokittelemaan kyseisen ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6-7.)

### 3.3 Aineisto ja analysointi

Aloitin kirjallisuustutkielman helmikuussa 2021 tekemällä työsuunnitelman sekä aloittamalla aineiston keräämisen. Aloitin etsimällä aineistoa tietokannoista, kuten JYKDOK ja Finna sekä kävin läpi Tampereen, Lapin, Helsingin sekä Itä-Suomen yliopistojen julkaisuja. Etsin tietoa myös Google Scholarin sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuarkisto Julkarin kautta. Kävin läpi myös sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Januksen sekä Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden arkistoja, mutta loppuvaiheessa tätä kautta löydettyt artikkelit rajautuivat pois, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Aluksi tutustuin laajemmalla otteella mahdolliseen lähdeaineistoon, josta valikoin lopullisen aineiston. Tekemissäni hauissa käytin hakusanoja: *sosiaalityö*, *mielenterveys*, *mielenterveysongelma*, *mielenterveyskuntoutuja* ja *sosiaaliturva* sekä näiden yhdistelmiä. Laajensin hakua kansainvälisiin aineistoihin hakemalla aineistoa hakusanoilla *mental*, *mental health* sekä *social work*.

Päädyin valitsemaan tarkasteluun ainoastaan 2000-luvulla julkaistua aineistoa, sillä halusin keskittyä melko tuoreisiin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Jo alkuperäisillä hakusanoilla löysin jonkin verran aineistoa, mutta tutustuessani löytyneisiin aineistoihin löysin niistä paljon viit-

tauksia muihin tutkimuksiin, joita seuraamalla sain lisää materiaalia. Aineistoon perehtyessäni selvisi, että mielenterveystyötä sosiaalityön näkökulmasta ei ole juurikaan tutkittu. Tutkimusta ja julkaisuja kyllä löytyy mielenterveyden kysymyksistä, kuntoutumisesta sekä terveysosiaalityön asemasta mielenterveyspalveluissa. Halusin kuitenkin omassa kirjallisuustutkielmassani kääntää tämän näkökulman päinvastoin ja tarkastella nimenomaan mielenterveyskuntoutujan osallisuutta sekä mielenterveystyötä sosiaalipalveluissa, sekä niiden toteutumista. Aineistonkeruuta suoritin lopulta helmikuun 2021 ja toukokuun 2021 välillä.

Päädyin valitsemaan tutkielmaan tarkasteluun mukaan seuraavat tutkimukset:

*Marjo Romakkaniemen (2011) väitöskirjan Masennus: Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta.* Kyseessä on yhteiskuntatieteellinen tutkimus, jossa käsitellään masennuksesta kuntoutumista narratiivisin menetelmin. Tutkimukseen on haastateltu 14 miestä ja 5 naista, jotka ovat saaneet masennusdiagnoosin.

*Kaarina Mönkkösen (2002) väitöskirjan Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaimisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa.* Kyseessä on yhteiskuntatieteellinen tutkimus, joka käsittelee sosiaalialan asiakastyöhön liittyviä vuorovaikutuskysymyksiä dialogisuuden näkökulmasta. Tutkimus koostuu johdantoartikkelista ja viidestä osa-artikkelista, joissa käsitellään dialogiseen vuorovaikutukseen liittyviä esteitä sekä edellytyksiä asiakastyön vuorovaikutuksessa sosiaalialalla.

*Marjo Peltomaan (2005) kuntouttavan sosiaalityön erikoisalan lisensiaatintutkimuksen Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana,* jossa tarkastellaan kuntoutumisvalmiutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä sosiaalityön näkökulmasta. Tutkimus on osin kvalitatiivinen ja osin kvantitatiivinen. Tutkimuksen kyselylomake tehtiin yhteistyössä mielenterveyskuntoutujien kanssa ja siihen vastasi 93 kuntoutujaa.

*Päivi Rissasen (2015) yhteiskuntapolitiikan väitöskirjan Toivoton tapaus? : Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta,* jossa sosiaalityöntekijänä itse työskennellyt Rissanen tarkastelee tutkijana omia kokemuksiaan sairastumisesta sekä sairaalasta ja kuntoutumisesta. Rissasen tavoitteena on tarkastella monitasoisesti psyykkisen sairastumisen ja kuntoutumisen ilmiöitä yksittäistä kokemusta tutkimalla. Tutkimuksessaan hän käsittelee erityisesti asiakassuhteita, niissä tapahtuvaa kohtaamista sekä kuntoutujan vaikuttamisen mahdollisuuksia.

Otin mukaan tarkasteluun soveltuvien osien lisäksi kaksi hoitotieteenalan väitöskirjaa: ensimmäisenä *Seija Kokon (2004) hoitotieteen ja terveyshallinnon alan väitöskirjan Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä: Arvo-teoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön*. Tutkimuksessa oli tavoitteena tuottaa kriteerit hyvälle mielenterveystyölle. Tutkimuksessa mukana oli 27 mielenterveystoimiston asiakasta ja 14 työntekijää eri ammattiryhmistä. Tutkimuksessa mukana olleita haastateltiin yksitellen 1-3 kertaa fenomenografista lähestymistapaa soveltaen.

Toisena hoitotieteenalan tutkimuksena tarkasteluun valikoitui *Minna Laitilan (2010) hoitotieteen väitöskirja Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä - Fenomenografinen lähestymistapa*, jossa kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta asiakkaan osallisuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. Tutkimukseen haastateltiin 27 asiakasta ja 11 työntekijää. Aineisto analysoitiin fenomenografista lähestymistapaa soveltaen. Tutkimus tuotti tietoa asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä sekä niiden toteutumisesta mielenterveys- ja päihdetyössä.

Kaksi viimeistä tutkimusta edustavat siis hoitotieteellistä näkökulmaa. Valitsin ne mukaan tarkasteluun, sillä näissä tutkimuksissa oli paljon yhtymäkohtia tarkastelemani aiheen kanssa, vaikka näkökulma ja painopisteet paikoin näyttäytyivät erilaisina. Tarkastelin näitä tutkimuksia soveltuvien osien lisäksi, sillä olin myös kiinnostunut selvittämään miten näissä väitöskirjoissa esiinnousseet teemat näyttäytyvät sosiaalityössä. Oli kiinnostavaa huomata, miten mielenterveystyötä käsittelevissä väitöskirjoissa hoito- ja terveystiede sekä yhteiskuntatiede ja sosiaalityö limittyvät monin paikoin toisiinsa. Jotkin tutkimukset, jotka kuuluvat esimerkiksi kuntoutussosiaalityön alueeseen, näyttävät sisällöltään olevan varsin lähellä hoitotiedettä ja samoin hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan monin paikoin todella lähellä yhteiskuntatieteellistä näkökulmaa ja sosiaalityötä. Tätä on ollut myös kiinnostavaa tarkastella. Näissä valituissa tutkimuksissa on varsinkin asiakkaan osallisuuden ja kohtaamisen näkökulmista erittäin paljon yhtymäkohtia sosiaalityöhön. Hoitotieteen näkökulman ottaminen mukaan mahdollisti myös sen tarkastelemisen, miten näkemys asiakkaan asemasta ja osallisuudesta vaihtelee hoitotieteen ja sosiaalityön välillä. Etukäteen voisi olettaa, että sosiaalityössä ihminen ja hänen tilanteensa nähdään kokonaisvaltaisemmin, kun taas hoitotieteen näkökulmasta painopiste saattaisi painottua enemmän diagnoosilähtöisesti.

## **4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA AIKUISSOSIAALITYÖN ASIAKKAANA**

Tässä kappaleessa tarkastelen valittujen tutkimusten sekä täydentävien lähteiden valossa sitä, miten mielenterveystyö ja sen merkitys sekä mielenterveyskuntoutujan osallisuus näyttyvät aikuisten parissa tehtävässä sosiaalityössä. Käsittelen myös sitä, miten monialainen yhteistyö aikuissosiaalityössä näyttyy, kun sitä tarkastellaan mielenterveyskuntoutujan ja hänen osallisuutensa näkökulmasta. Tämän jälkeen käyn läpi asiakkaan roolia ja osallistavaa sosiaalityötä sekä asiakkaan ja työntekijän näkemyksiä hyvästä asiakastyöstä.

### **4.1 Mielenterveystyön merkitys aikuissosiaalityössä**

Mielenterveystyötä voidaan tarkastella eri näkökulmista ja eri organisaatioista käsin. Kokko (2004, 45) vertaa eri näkökulmia mielenterveystyöhön toteamalla, että siinä missä lääketieteen ja psykologian viitekehyksessä katsottaessa hoitoa toteutetaan erilaisten sairausmallien mukaan, sosiaalityössä puolestaan kiinnitetään huomiota tilanteeseen yksilötasolla huomioiden sekä psyykkiset oireet että materiaaliset olosuhteet. Pohjola lisää, että sosiaalityössä lähtökohtana on usko muutoksen mahdollisuuteen sekä siihen, että pienetkin positiiviset muutokset voivat muodostua kokonaisuuden kannalta merkityksellisiksi ja askel kerrallaan tehdyt pienet parannukset voivat mahdollisesti edesauttaa koetun elämänlaadun parantamista. Mikäli myönteiset muutokset eivät ole mahdollisia, ei myöskään pidä väheksyä saavutetun tason ylläpitämisen merkitystä. (Pohjola 2010, 35.)

Mielenterveyden häiriöihin ja päihteiden käyttöön liittyy voimakas syrjäytymisen ja syrjinnän riski. Mielenterveyteen ovat yhteydessä myös sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus, ammatti ja tulotaso. Psykkistä kuormittuneisuutta on lähes kaksi kertaa enemmän alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla kuin ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla. (Vorma ym. 2020, 12-13.) Mielenterveyden ongelmiin liittyy usein monenlaisia tuen tarpeita, kuten jak-

samattomuutta sekä aloitekyvyn vaikeuksia, joiden myötä ihminen ei välttämättä selviä yksin sosiaaliturvan vaatimasta byrokraatiaosaamisesta. Näissä tilanteissa hyvissäkin yhteiskunnallisissa asemissa olevat voivat joutua väliinputoajiksi ja jäädä ilman sosiaaliturvaa (Metteri 2012, 111, 234.)

Selvittämättömät sosiaaliset huolet sekä hoitamaton sosiaaliturva voivat johtaa ongelmien kasautumiseen, josta syntyvän kierteen myötä sairastunut kuormittuu entisestään ja tervehdyminen vaikeutuu (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 55). Toisaalta siis mielenterveyden ongelmat altistavat monille sosiaalisille ongelmille ja toisaalta monet sosiaaliset ongelmat altistavat mielenterveysongelmille. Joskus nämä ovat kietoutuneet toisiinsa niin, että syiden ja seurausten erottaminen toisistaan on vaikeaa. (Peltomaa 2005, 5-6.)

Juhila liittääkin mielenterveyden ongelmat aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön vahvasti läsnäolevaksi osaksi. Hän toteaa, että vaikka asiantuntijuus mielenterveyden tilan arvioimisessa onkin ensisijaisesti lääkäreille ja terveydenhoidolla, on mielenterveysongelmiin ja hoitoonohjaukseen syytä paneutua myös sosiaalityössä. Näin ollen kunnallisen aikuissosiaalityön tehtäviin voidaan katsoa mielenterveystyön osalta kuuluvan mahdollisen palvelutarpeen havaitsemisen, palvelujen kokonaissuunnittelun sekä itse kuntoutukseen osallistumisen. Tästä näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö eri tahojen välillä on erittäin tärkeää. (Juhila 2008, 34-35.) Myös kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 nostaa esiin yhteistyön merkityksen toisaalta terveydenhuollon eri sektoreiden välillä, mutta myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. (Vorma ym. 2020, 13-14.)

Mielenterveyspalvelujen puutteet ja palveluista syrjäytyminen ovat tunnistettuja ongelmia, joiden kanssa kamppaillessa sosiaalityön rooli on merkittävä. Aikuissosiaalityön asiakkuudessa on paljon sellaisia mielenterveyskuntoutujia, joiden terveydentila estää osallistumisen koulutukseen tai työelämään ja jotka ovat toimintakyvyltään heikossa asemassa. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on näiden henkilöiden palvelukokonaisuuden koordinointi, verkostotyö sekä huolehtiminen mielenterveys- ja päihdepalveluiden saavutettavuudesta ja jatkuvuuden turvaamisesta. Sosiaalityön kautta järjestetään myös muun muassa ryhmämuotoista sosiaalista kuntoutusta sekä toimitaan rinnallakulkijoina. Tukea annetaan monipuolisesti syr-



jäytymisen ehkäisyyn sekä hoidon ja palvelujen saamiseen sekä niissä etenemiseen. Asiakkaan omaa pystyvyyttä tuetaan läpi toipumis- ja kuntoutumisprosessin. (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 58).

Sosiaalityön roolina on katsoa kokonaisvaltaisesti sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksiä. Kohteena ei ole itse sairaus, vaan ihminen elämäkokemuksineen ja vuorovaikutussuhteineen. Näkökulmassa painottuu vuorovaikutuksellisuus sekä ymmärrys yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutuksesta mielenterveyteen. Työskentelyä tehdään sosiaalisten suhteiden ja yhteiskuntaan osallistumisen kanssa ja tuetaan niissä haasteissa, joita mielenterveysongelma on arkeen tuonut. (Peltomaa 2005, 23.)

Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi nostettiin esiin ehdotus perus- ja avopalvelujen tehostamisesta. Ehdotuksessa mainitaan, että peruspalveluissa kuten sosiaali- ja terveyskeskuksissa ”*tulee tunnistaa mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat, antaa varhaista tukea ja hoitaa pääosa masennus- ja ahdistushäiriöistä sekä päihdeongelmista, huolehtia peruskatkaisuhoidosta ja pitkäaikaisesta päihdeongelmaisten jatkohoidosta kuten opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta.*” Ehdotuksessa korostetaan, että koska mainitut mielenterveyden häiriöt ovat niin yleisiä on välttämätöntä, että ”*jokainen terveyskeskuslääkäri ja -hoitaja sekä sosiaalityöntekijä tunnistaa ja hoitaa näitä häiriöitä*”. Tueksi tähän esitetään jalkautuvaa konsultaatio-, koulutus- ja työohjaustukea psykiatrisessa erikoissairaanhoidon sekä päihdehuollon erityispalveluiden kentältä. Sosiaalityölähtöisen työotteen vahvistamista korostetaan. (Partanen ym. 2009, 31.) Tässä ehdotuksessa sosiaalityöntekijä siis rinnastetaan perusterveydenhuollon lääkäreihin ja hoitajiin. Sosiaalityöntekijältä vaaditaan osaamista mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen ja vastuunottoa asiakkaan kokonaistilanteen koordinoinnissa.

Kun sosiaalityötä tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja hänen rinnallaan kulkiessa, se omalta osaltaan auttaa ongelmien ennaltaehkäisyssä. Kaikilla sosiaalityön osa-alueilla on kuitenkin tarvetta lisätä osaamista tunnistaa ihmisten arkeen vaikuttavien terveysongelmia, kuten mielenterveysongelmia. Organisaatioiden välisiä konsultointi- ja yhteistyökäytäntöjä on olemassa, mutta ne eivät ole kattavia. Kollektiivisen asiantuntijuuden tiivistäminen on tarpeen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, sillä sairaus ei ole ainoastaan lääketieteellinen ongelma, vaan vaikuttaa ihmisen arjessa myös sosiaalisesti ja psyykkisesti. (Metteri, Valokivi & Ylinen 2014, 330-331.)

Sosiaalityön asiakkaat, kuten eivät mielenterveyskuntoutujatkaan, ole homogeeninen ihmisryhmä. Asiakkaiden tuentarpeet, elämäntilanteet ja omien voimavarojen tilanne vaihtelevat. Myös asiakkuussuhteisiin tullaan eri syistä ja eripituisiksi ajoiksi. Joillakin tuen tarve voi olla lyhytkestoista, kun toisilla tilanne ja asiakkuus voi kestää useita vuosia. Khoury ja Rodriguez del Barrio (2015, 35) nostavat esiin huomion, että koska asiakkaat eivät ”mahdu samaan muottiin”, eivätkä heidän tarpeensa ole samanlaisia, ei myöskään sosiaalityön työkalujen tulisi olla samanlaisia. Tästä näkökulmasta voidaan pohtia, että työntekijän on siis tärkeää kuulla ja tunnistaa asiakkaan tarpeet ja kyvyt sekä valikoida oikeat työvälineet niiden mukaan.

Osa asiakkaista määritellään niin sanotusti ”paljon palveluja tarvitseviksi”. Paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, mutta yleensä sen ajatellaan tarkoittavan sellaisia asiakkaita, jotka käyttävät keskimääräistä tiheämmin sosiaali- ja terveystalveta järejstelmää kuormittavalla tavalla. Runsaan palvelutarpeen taustalla voi olla esimerkiksi muistisairauksia ja kroonisia sairauksia, mutta usein myös erilaisia mielenterveysongelmia tai päihteidenkäyttöä. Diagnoseina esiin nousevat esimerkiksi skitsofrenia, psykoosi ja persoonallisuushäiriöt. Taustalta voi löytyä myös yksinäisyyttä ja eristäytynisyyttä sekä taloudelliseen tilanteeseen liittyviä ongelmia ja työttömyyttä. (Ylitalo-Katajisto 2020, 86-87.) Esimerkiksi Peltomaa (2005, 6) huomauttaa, että vaikka mielenterveys-syistä johtuvan vajaakuntoisuuden ymmärretään tuovan yksilöllisiä rajoituksia, ei vajaakun-toisuuden sosiaalisia syitä ja seurauksia aina huomioida riittävästi.

Vahva, ja ehkä myös osin vanhakantainen, psykiatrinen näkökanta voi osaltaan vaikuttaa myös sosiaalityöntekijöiden näkemyksiin mielenterveysongelmista. Tällöin suhtautuminen asiakkaaseen voi olla asiantuntijakeskeistä ja holhoavaa. Kuitenkin kun kyse on vakavista kroonistuneista mielenterveysongelmista, joissa voinnissa on erilaisia syklejä, ei työskente-lyllä tavoitellakaan täydellistä paranemista, vaan keskitytään elämänlaatuun. Näkökulma voi siitä huolimatta keskittyä ihmiseen kokonaisuutena, hänen voimavaroihinsa ja oikeuteensa osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. (Khoury ja Rodriguez del Barrio 2015, 36) Myös Peltomaa (2005, 42) toteaa, että mielenterveyskuntoutujalle tulee antaa riittävästi tie-toa, sillä ilman tietoa ei voi tehdä valintoja. Pelkkä tieto valinnanmahdollisuuksista ei kui-tenkaan yksinomaan riitä, vaan olemassa on oltava myös todellinen mahdollisuus tehdä va-lintoja ja osallistua.

Omat haasteensa työskentelyyn tuo se, että mielenterveyskuntoutujilla on usein sairauteensa liittyen haasteita vuorovaikutussuhteissa sekä suhteissa ympäristöön. Nämä haasteet voivat näyttäytyä esimerkiksi minäkuvan negatiivisuutena sekä kokemuksena ympäristöstä negatiivisena. Ongelmia voi ilmetä aktiivisuudessa olla omassa elämässään toimijana, pitkäjänteisyydessä, tavoitteiden asettamisessa ja niihin sitoutumisessa sekä työskentelyssä niiden mukaisesti. Eli juuri ne persoonallisuuden alueet, jotka ovat kuntoutumisen ja toimintakyvyn kannalta oleellisia aiheuttavat haasteita. Jos ihmisellä on vaikeuksia nähdä oman toimintansa vaikuttavuutta tai mahdollisuutta positiiviseen muutokseen, voi hänen olla vaikeaa sitoutua pitkää työtä vaativaan prosessiin. (Peltomaa 255, 25.)

Liiallinen keskittyminen oireisiin ja ongelmiin luo mielenterveyskuntoutujalle helposti negatiivisen kuvan omista kyvyistään ja mahdollisuuksistaan. Peltomaa (2005, 32-33) viittaa Deeganiin (1992, 12), joka puhuu toivottomuuden kehästä. Toivottomuuden kehä syntyy, jos ajatellaan, että mielenterveysongelma vaikuttaa ajatustoimintoihin, eikä mielenterveysongelmaista tällöin pidetä kykenevänä määräämään itsestään. Järjestelmä ottaa vastuuta ihmisestä, koska hänet nähdään irrationalisena ja hänen valintansa ja ilmaisunsa adekvaatteina. Tästä seuraa se, että mielenterveyskuntoutuja oppii avuttomuutta ja järjestelmän luoma ennuste toteutuu. Koettu avuttomuus ja kyvyttömyys määrätä itsestään vaikuttavat motivaatioon, tunteisiin sekä ajatustoimintaan ja seurauksena voi olla apatiaa, vetäytymistä, masennusta, vihaa ja ahdistusta. Pohjola (2010, 34) näkee palveluissa mahdollisen itseään toteuttavan ennusteen myös siinä, että mikäli asiakkaan kuntoutumiseen ei uskota riittävästi, ei häneen myös panosteta riittävästi, jolloin ei voida odottaakaan edistymistä.

## **4.2 Monialaisesta yhteistyöstä aikuissosiaalityössä**

Monialaisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammattialojen välillä tapahtuvaa yhteistyötä. Sosiaalityössä perinteisin monialaisuuden malli on ollut yhteistyö terveydenhuollon kanssa. Melko pitkät perinteet yhteistyössä on myös Kansaneläkelaitoksen, opetusalan, työhallinnon, poliisin, nuorisotoimen sekä kirkon kanssa. Yhteistyötä voidaan tehdä monella tasolla niin rakenteellisesti, hankkeissa kuin yksilöidenkin parissa. (Kokko & Veistilä 2016, 225-226.) Myös sosiaalihuoltolain (1301/2014) 41 § vaatii monialaista yhteistoimijuutta silloin,

kun asiakkaan etu sitä vaatii. Monialainen yhteistyö aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön näkökulmasta, kun keskiössä on mielenterveyskuntoutuja, liittyy useimmiten terveydenhuoltoon. Esimerkiksi Frankehaeuser (2014, 65) näkee sosiaalityön olevan merkittävä ja keskeinen osa moniammatillista työtä, sillä se pyrkii näkemään ihmisen ongelmiseen, mahdollisuuksiin ja voimavaroineen kokonaisvaltaisesti.

Palvelujärjestelmämme on pitkään ollut sektoroitunut siten, että eri ongelmille on oma asiantuntijansa ja oma organisaationsa. Esimerkiksi mielenterveysongelmien ollessa kyseessä ohjataan ihminen mielenterveyspalveluihin. Tämänkaltaisen ohjaamisen taustalla on professionaalinen ajattelu ja toimintamallit, joita organisaatioilla on. Mikäli jokin organisaatio ei kykene vastaamaan asiakkaan palvelutarpeeseen, ohjataan hänet etsimään ratkaisua muista organisaatioista. (Romakkaniemi 2011, 130.) Toisaalta, kuten Mönkkönen mainitsee eri instituutiot ovat muuttuneet ja siten myös vuorovaikutuskulttuuri on muuttunut. Ihmissuhdealojen asiakastyössä tämä muutos näyttäytyy siirtymisenä asiantuntijakeskeisyydestä kohti asiakkaan tarpeet paremmin huomioivaa katsantotapaa. (Mönkkönen 2002, 11.)

Edelleen kuitenkin palvelujärjestelmän sektoroituneisuus linkittyy vahvasti ongelmakeskeiseen lähestymistapaan. Eri organisaatioille on myös kehittynyt omat ammatilliset käytäntönsä, oma ammatillinen kielensä sekä omasta näkökulmastaan asiaa tarkastelevat asiantuntijat (vrt. Pohjola 2010, 40-41). Mielenterveystyössä tämä on tarkoittanut myös ongelmien medikalisoitumista. Mielenterveyskuntoutuja voi tarvita laajaa palvelukokonaisuutta, jonka järjestäjät toimivat eri organisaatioissa. Asiakkuus voi olla terveydenhuollon, sosiaalipalveluiden, Kelan ja työvoimahallinnon palveluissa. Tähän sisältyy riski putoamisesta palveluiden väliin tai palveluiden muodostumisesta liian sirpaleiseksi kokonaisuudeksi. Tilanteen kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen ja riittävän kattavan palvelukokonaisuuden luomiseen kuitenkin tarvitaan monialaista osaamista ja yhteistyötä. Parhaimmillaan moniammatillisuus onkin silloin, kun palveluista muodostuu hyvin koordinoitu ja toimiva kokonaisuus, jossa mielenterveyskuntoutujan subjektiivisuus ja dialogisuus eri ammattiryhmien välillä toteutuvat. (Peltomaa 2005, 122-123.) Khoury ja Rodriguez del Barrio (2015, 37) pitävät sosiaalityön vahvuutena sitä, että työntekijät tapaavat palvelujen käyttäjien ja omaisten lisäksi laajasti myös muiden ammattikuntien edustajia. Näin he saavat laajaa kokemusta, näkemystä ja osaamista myös itselleen.

Mikäli sosiaalityön asiakas on psykiatrisen hoidon piirissä, liittyy monialaiseen yhteistyöhön usein osallistuminen hoitoneuvotteluihin. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on esimerkiksi arvioida, onko asiakkaalla haettuna sosiaalietuudet, joihin hänellä on oikeus sekä arvioida tukipalveluiden tarve ja arjessa selviytyminen kotiutumisen jälkeen. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen järjestetään tarpeelliset palvelut esimerkiksi asumiseen liittyen. Mikäli asiakkaalla on takana osastohoitojakso, on sairaalan sosiaalityöntekijä monesti jo aloittanut selvitystyön, jonka kokonaiskoordinointi siirtyy asiakkaan kotiutuessa hänen kotikuntansa vastuulle.

Erilaiset moniammatilliset ja monialaiset tiimit ovat sosiaalityössä arkipäivää. On kuitenkin tärkeää ymmärtää, että asiakkaan näkökulmasta tällainen työskentely voidaan kokea myös hankalana. Esimerkiksi Peltomaa (2005, 58) nostaa esiin mielenterveyskuntoutujien kokemukset, joissa moniasiakkuudessa tuli esiin kokonaiskoordinoinnin puute, joka aiheutti hämmennystä. Monialaisen yhteistyön ongelmakohdat näyttävätkin kohdentuvan nimenomaan palvelujen nivelkohtiin. Toimintaperiaatteet, palvelujärjestelmät ja rakenteet voivat toimia yleisellä tasolla, mutta yksittäisten ihmisten kohdalla ne eivät ole aukottomia. Kasvokkain tapahtuvissa kohtaamisissa näitä haasteita voidaan kuitenkin lähestyä monin tavoin. (Peltomaa 2005, 117-118)

Tiekartta 2030 - Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys nostaa kumppanuuteen ja monialaiseen osaamiseen liittyen esiin huolen, että mahdollisia yhteistyökumppaneita ei välttämättä tunneta eikä asiakkaita siten aina osata ohjata oikeiden palveluiden pariin. Syiksi mainitaan muun muassa palvelujen moninaistuminen, jonka myötä on tapahtunut myös erkaantumista. Julkisten palvelujen lisäksi on paljon myös muita toimijoita, hankkeita ja palveluntuottajia, jotka vaihtuvat aina kilpailutusten myötä. Tällöin palvelujärjestelmän kokonaisuuden hahmottaminen voi olla haastavaa. Työntekijöiden tiheä vaihtuvuus sekä organisaatiomuutokset ja palvelujen keskittäminen ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, että työntekijöiden alueellinen paikallistuntemus voi olla heikentynyt. (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 21.) Viime kädessä näistä muutoksista ja puutteista palvelujärjestelmässä kärsii asiakas.

### 4.3 Asiakkaan rooli ja osallistava sosiaalityö

Sosiaalityön asiakkuutta voi lähestyä monella eri tavalla ja erilaisista näkökulmista. Oleellista on tiedostaa sen monimuotoisuus. Sosiaalityön ammatillisuuteen kuuluu asiakkaan osallisuuden mahdollistaminen koko yhteisen työskentelyn ajan, myös silloin kun valinnanvapaus on rajattua. (Laitinen & Pohjola 2010, 8, 11.) Pohjolan mukaan historiallisesti tarkasteluna asiakasnäkökulma on suomalaisessa järjestelmäkeskeisyydessä jäänyt varsin näkymättömäksi. Keskiössä ovat olleet enemmänkin järjestelmän rakenne, työntekijät, etuudet, säädökset sekä palvelut. Asiakkuuden käsite on kehittynyt vasta vähitellen ja ottanut suunnan kohti asiakaskeskeisyyttä. (Pohjola 2010, 19.)

Usein sosiaalityön asiakkuutta kategorisoidaan asiakkaan ongelmakentän kautta. Tällöin on olemassa riski, että ongelmakenttä määrittää myös suhtautumista asiakkaaseen, vaikka muut hänen elämänalueensa saattaisivat olla työskentelyn kannalta olennaisempia. Jos asiakas nähdään vain mielenterveyskuntoutujana, voi yksilöllisyys jäädä huomioimatta. (Pohjola 2010, 34.) Myös psykiatrisessa työssä mielenterveyttä on perinteisesti tarkasteltu etupäässä ongelma- ja häiriönäkökulmasta (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 23).

Eräänä mallina mielenterveyspalvelujen uudistamisessa on nostettu esiin ajatus toipumisorientaation nostamisesta keskeiseksi viitekehyykseksi (Nordling & Rissanen 2020, 3). Toipumisorientaatiolla tarkoitetaan näkemystä, jossa toipuminen (*recovery*) nähdään prosessina, jossa toipuja on aktiivinen toimija, joka pystyy elämään sairaudestaan huolimatta omasta näkökulmastaan hyvää ja tyydyttävää elämää. Perinteisestä ongelmakeskeisestä ajattelusta tämä eroaa siinä, että toipumisorientaatioissa keskitytään ihmisen yksilöllisiin kasvun mahdollisuuksiin. Toipumisella ei siis tarkoiteta kliinistä ”tervettä” tilaa, vaan kyse on prosessista, jossa korostuu voimavara- ja ratkaisukeskeisyys sekä toipujan yksilöllinen rooli. (Raivio & Raivio 2020, 21-23.) Samoin jo edellisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi nostettiin esiin asiakkaan aseman vahvistaminen mielenterveyspalveluissa sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden käytön lisääminen palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Partanen ym. 2009, 17, 20). Nämä näkökulmat ja suuntaukset on tärkeää huomioida myös sosiaalityön kentällä.

Esimerkiksi Kokko (2004, 137-139) toteaa tutkimuksessaan, että hyvän mielenterveystyön arvona pidetään sekä asiakkaiden että työntekijöiden mielestä itsemääräämisoikeutta. Tutkimuksessa asiakkaat määrittivät hyvän mielenterveystyön vaatimukseksi ihmisarvoa säilyttävän asennoitumisen työntekijöiltä ja työntekijät puolestaan pitivät potilaan kunnioittamista ja yksilöllisyyden huomioimista tärkeänä. Nämä näkökannat ovat sellaisinaan sovellettavissa myös sosiaalityön kenttään. Tiekartta 2030 - Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys mainitseekin asiakasosallisuuden yhdeksi sosiaalityön kantavaksi periaatteeksi. Sen lisäksi, että asiakkaita kuullaan on tarvetta aidolle yhteiselle kehittämiselle sekä osallistaville ja valtaistaville työmenetelmille. (Karjalainen, Metteri & Strömberg-Jakka 2019, 22.) Sosiaalityössä luottamuksen rakentaminen on edellytys asiakassuhteen kehittymiselle riippumatta asiakasryhmästä, jonka kanssa työskennellään (Metteri 2012, 228).

Osallisuus on keskeinen ja laajasti tunnustettu arvo asiakastyössä, mutta myös mielenterveyskuntoutujan identiteetin rakentumisessa. Käytännössä kuitenkin käsitys mielenterveyskuntoutujasta hoidettavana ”potilaana” istuu tiukassa myös mielenterveystyössä. (Rissanen 2015, 153, 156.) Hänninen ja Valkonen toteavat, että mielenterveyskuntoutujan tulee olla toiminnan subjekti, ei passiivinen kohde. Työskentelyn tulee vahvistaa kuntoutujan itsemääräämisoikeutta sekä kokemusta, että hän toimii päähenkilönä paitsi omassa elämässään myös kuntoutumisprosessissaan. Vaikka tämä perusoletus kuulostaa yksinkertaiselta ja mahdolliselta toteuttaa, se ei aina käytännössä näyttäydy helppona. Haasteena voi olla myös se, että kuntoutuja itse omaksuu passiivisen roolin. (Hänninen & Valkonen 2000, 150.) Pohjola tosin mainitsee, että osallisuus voidaan nähdä myös positiiviseen muotoon käännettynä vaateena aktiivisuuteen. Hän myös määrittää subjektin aseman oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuudeksi, jossa kuitenkin asiakkaan voimavarat määrittelevät asetettavia velvollisuuksia. (Pohjola 2010, 57, 68.)

Romakkaniemi osoittaa tutkimuksessaan, että esimerkiksi masennus on ilmiönä vahvasti vuorovaikutuksellinen. Täten myös palveluissa syntyvällä vuorovaikutuksella on masennuksesta kuntoutuessa keskeinen rooli. Jos vuorovaikutus ei toimi, voi asiakas pahimmillaan jättäytyä kokonaan pois palveluista, kun taas toimiva asiakkuussuhde voi toimia voimauttavana kokemuksena. Vuorovaikutussuhteet vaikuttavat masennukseen monin tavoin ja välillä syiden ja seurauksien erottaminen on vaikeaa. Taustalla on usein ihmissuhdeongelmia, jotka vaikeutuvat ihmisen eristäytyessä masennuksen seurauksena. Toisaalta läheisten tuki voisi

olla apuna kuntoutumisessa. Samoin erilaiset sosiaaliset roolit ja -tilanteet voidaan kokea joko kuormittavina tai tukevinä. (Romakkaniemi 2011, 242.)

Mönkkönen pohtii asiantuntijoiden valtaa tulkita asiakkaan toimintaa ja ongelmia. Tällöin on riski, että ongelmat vuorovaikutuksessa määritellään herkästi vain asiakkaan ongelmaksi. Hän nostaa myös esiin huomion, että asiakas- tai potilastyöstä puhuttaessa ei useinkaan oteta tarkasteluun työntekijää, vaan ainoastaan asiakkaan toimintaa määritellään. Näin näkymättömiin jää kaikki se mitä työntekijä ei asiakkaan toiminnasta ymmärrä tai mikä on ollut hänelle hankalaa. Mönkkönen toivoo, että juuri tämä ymmärtämättömyys voitaisiin nähdä asiakassuhteen resurssina. (Mönkkönen 2002, 21, 23.) Rissanen jakaa vastuuta myös kuntoutujalle kuvaamalla, että vaikka työntekijöiden rooli on toimia mahdollistajina ja tukijoina, jää vastuu lopputuloksesta asiakkaalle itselleen. Rissanen kuvaa työntekijän tehtäväksi auttaa ja haastaa asiakasta tarkastelemaan elämäänsä ja ongelmiaan realistisesti sekä pohtimaan eri vaihtoehtoja, omia vahvuuksia ja mahdollisuuksia sekä tukea työskentelemään näitä tavoitteita kohti. Ydinhavainto on, että ammattilaiset yksin eivät voi tuntea asiakkaan kokemusmaailmaa ja kykyjä tai kuntoutua hänen puolestaan, vaan tarvitaan yhteistyötä. Aina näitä ei välttämättä tiedä kuntoutuja itsekään, mutta yhteiseen työskentelyyn suostuminen riittää siihen, että työskentely kohti tavoitetta voidaan aloittaa. (Rissanen 2015, 155.)

Jos työskentelyssä keskitytään liikaa asiakkaan ongelmiin, puutteisiin ja vajavaisuuksiin, jäävät hänen resurssinsa ja voimavaransa helposti sivuosaan. Tietenkään ei voida sivuuttaa sitä tosiasiaa, että asiakkuus on yleensä syntynyt jonkin ongelman tai puutteen takia, mutta on merkittävää, alkaako tuo puute määrittää koko keskustelua ja olemusta. Joihinkin mielenterveyden ongelmiin liittyy enemmän pessimististä ajattelutapaa suhteessa tulevaisuuteen ja keskustelu ohjautuu helposti puutteisiin ja ongelmiin. Tällöin työntekijän on tärkeää uskoa muutokseen, jolloin myös asiakkaan on helpompi uskoa omiin mahdollisuuksiinsa ja löytää toivoa. (Peltomaa 2005, 96.)

Mönkkönen (2002, 49-50) tarkastelee sitä, miten asiakkaat ja autettavat asemoidaan keskustelussa. Esimerkkinä hän mainitsee sen, miten sosiaalialan työntekijät saattavat palaverissa puhua asiakkaasta kolmannessa persoonassa, kutsuen häntä etunimeltä, vaikka asiakas on itse palaverissa paikalla. Myös Peltomaa (2005, 101) pohtii kielenkäytön merkitystä toteamalla, että sanavalinnoilla, äänensävyillä, korostuksilla ja eleillä voidaan osoittaa valta-asemaa tai ylivertaista tietämystä.



### 4.3.1 Asiakkaan näkemys hyvästä mielenterveystyöstä

Laitila on tutkinut asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Vaikka tutkimuksen näkökulma on mielenterveys- ja päihdetyössä, ovat asiakkuuteen liittyvät kokemukset rinnastettavissa myös sosiaalityön kenttään. Haastatteluissa selvisi, että monilla palvelujen käyttäjillä oli halua saada mielipiteensä ja ehdotuksensa kuuluviin, mutta he kokivat sen vaikeaksi. Palvelujen käyttäjien käsitys oli, että heidän kykyinsä osallistua liittyy kielteisiä asenteita, puutteellista tietoa sekä ennakkoluuloja. Kaikkiaan tutkimukseen osallistuneet asiakkaat pitivät tärkeänä, että palvelujen käyttäjät olivat mukana suunnittelemassa toimintaa. Heidän näkemyksessään korostui näkökulma, että palvelujen käyttäjillä oli palvelujen sisällöstä paras asiantuntijuus. (Laitila 2010, 86-87.)

Rissanen tarkastelee autoetnografisessa tutkimuksessaan tutkijana omaa sairastumis- ja kuntoutumisprosessiaan. Hän pohtii kokemustaan psykiatrisen diagnoosin saamisesta sekä kritisoi sitä, että diagnoosit pohjautuvat oireiden tai puutteiden luokitteluun, vaikka hänen kokemuksensa mukaan hedelmällisempää olisi ollut arvioida hänen voimavarojaan ja vahvuuksiaan sekä rakentaa kuntoutumista niiden, ei heikkouksien varaan. (Rissanen 2015, 72-73.) Tämä on osuva huomio. Myös sosiaalityössä asiakkaan diagnoosi ja hänen ongelmansa voivat määrittää liikaa työskentelyä. Pahimmillaan tämä voi viedä huomiota liikaa pois asiakkaan voimavaroista ja omasta pystyvyydestä sekä jopa vaikuttaa niihin.

Kokko tuo tutkimuksessaan esiin, että asiakkaiden kuvauksissa nousee toivomus ihmisarvon säilyttämisestä ja kunnioittamisesta. Kriittisenä kohtana hänen haastattelemansa asiakkaat pitivät psykoottisuutta. Haastatteluissa nousi esiin näkemys, että psykoottista ihmistä saateen pitää ihmisarvoltaan vähäisempänä, jopa suhteessa muihin mielenterveyskuntoutujiin. Loukkaavaksi koettiin esimerkiksi aistiharhoille nauraminen tai leikinlaskeminen niistä. Ihmisarvoa kunnioittavaksi käytökseksi mainittiin se, että kaikkia asiakkaita kunnioitetaan ja heille puhutaan asiallisesti kuten aikuisille ihmisille, eikä heidän ongelmiaan vähätellä. (Kokko 2004, 86-87.) Rissanen (2015, 95) luonnehtii, että toimintatavat vaikuttavat kuntoutujan käsitykseen itsestään ja omasta osaamisestaan. Tämä taas vaikuttaa identiteetin muodostumiseen ja lopulta myös kuntoutumiseen.

Laitila (2010, 97) nostaa tutkimuksessaan esiin, että vaikka rakenteet näennäisesti mahdollistavat asiakkaan mahdollisuuden tulla kuulluksi, eivät ne aina kuitenkaan toimi, vaan esimerkiksi päätöksiä tehdään myös ilman asiakasta. Laitilan tutkimuksessa ilmeni myös, että asiakkailla ei välttämättä ollut aina selkeää kuvaa siitä, mitä tavoitteita ja merkityksiä eri palavereilla oli. Haastatellut asiakkaat toivat esiin myös käsityksensä, että aina mielenterveys- ja päihdeasiakasta ei haluta kuulla tai ottaa huomioon. Esiin nousi, että heidän kokemuksensa mukaan sekä mielenterveys- ja päihdekysymyksiin että -asiakkaisiin liittyy yhä runsaasti niin ennakkoluuloja kuin kielteisiä asenteita. (Laitila 2010, 140, 151.) Laitila esittää kysymyksen hoitotyön kontekstiin liittyen, mutta kysymystä on hyvä pohtia myös sosiaaliryönnön näkökulmasta. Peltomaan (2005, 116) haastattelemissa mielenterveyskuntoutujista lähes 40 % koki, että viranomaiset eivät huomioineet riittävästi yksilöllisiä tarpeita.

Asiakkaiden haluun ja kykyyn osallistua toiminnan suunnitteluun vaikuttavat esimerkiksi voimien, jaksamisen ja kuntoutumisen vaihtelut. Osittain osallistumishalukkuuteen voivat vaikuttaa myös mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä häpeä ja stigma tai arkuus kertoa omia mielipiteitä. (Laitila 2010, 88.) Rissanen kuvaa, että hänen kuntoutumisprosessissaan motivaatio, tarpeet, valmiudet sekä halu vaihtelivat eikä aina edes avun vastaanottaminen ollut mahdollista. Hän kuvaa, että oikeanlaisen avun oikea-aikaisuus on ensiarvoisen tärkeää, mutta on suuri haaste tietää milloin nämä kohtaavat. (Rissanen 2015, 85.)

Laitilan tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden toiveissa asiakaslähtöiselle työlle nousi esiin mahdollisuus mielekkääseen toimintaan, tuttujen työntekijöiden pysyvyys, perustelut päätöksille sekä kokemus että asiakasta ei jätetä ”tyhjän päälle”. Erityisen tärkeään rooliin nousi riittävä ja ymmärrettävä tiedonsaanti. Haastatellut palvelujen käyttäjät pitivät hyvinä myös motivointia, kannattelua ja rakenteita, joita on mahdollista käyttää joustavasti asiakkaan tarpeiden ja voimien mukaisesti. (Laitila 2010, 99-102, 165.) Myös Peltomaan (2005, 117) haastattelemat mielenterveyskuntoutajat nostivat esiin henkilökunnan vaihtuvuudesta aiheutuvat haasteet vuorovaikutussuhteiden jatkuvuudelle. Samoin Kokon (2004, 83) haastatteluissa tuli esiin asiakkaiden toive saman työntekijän pysyvyydestä.

Laitilan tutkimuksessaan haastattelemissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden käsitysten perusteella edellytys asiakaslähtöiselle yhteistyösuhteelle on asiakkaan ja työntekijän asettuminen tasa-arvoiseen asemaan ja kohtelemaan toisiaan aikuisina ihmisinä. Hyvää yhteistyötä

kuvattiin joustavaksi ja yksilölliseksi. Tärkeänä pidettiin sitä, että asiakas huomioitiin kokonaisuutena. Tällä tarkoitettiin esimerkiksi perheen ja muun sosiaalisen ympäristön huomioimista ja mukaan ottamista. Ammattilaiselta toivottiin paitsi ammattitaitoa työnsä hoitamiseen myös välittämistä ja kiinnostusta asiakasta kohtaan. Haastateltujen asiakkaiden mukaan tällainen empaattinen asennoituminen välittyy siinä, miten asiakasta kohdellaan, miten hänelle puhutaan sekä siinä ollaanko tilanteessa läsnä. Tämä nousi esiin erityisesti voimien ollessa huonompi, jolloin pienetkin asiat korostuvat. (Laitila 2010, 104-108.) Kokko (2004, 87) mainitsee asiakkaiden tuovan edellä mainittujen lisäksi myös työntekijöiden asenteen esiin, jopa kaikkein tärkeimpänä seikkana. Arvostavan ja ihmisläheisen asenteen kuvataan myös helpottavan palveluihin hakeutumista.

Romakkaniemen (2011, 238) tutkimuksessa masennuksesta toipuvat nostivat esiin kuulluksi tulemisen kokemuksen merkityksen. Erityisen merkityksellisiksi mainittiin auttamissuhteet, joissa asiakkaalle syntyi kokemus, että työntekijä on ymmärtänyt hänen kokemustaan ja myös välittää siitä, millä tavoin tilanne etenee. Rissanen (2015, 84-85) kuitenkin huomauttaa, että mahdolliset ongelmat eivät välttämättä johdu ainoastaan työntekijän kykenemättömyydestä muodostaa toimivaa dialogia. Syitä asiakassuhteen toimivuuteen tai sen ongelmiin voidaan paikantaa myös siihen, että asiakassuhde on myös ihmissuhde ja paljon on kyse myös henkilökemioiden kohtaamisesta.

Vertaistuen ja kokemusasiantuntijoiden merkitys korostuu monessa tutkimuksessa. Vertaistukea pidetään tärkeänä ja tarpeellisena. (vrt. Romakkaniemi 2011, 170; Laitila 2010, 99-102.) Myös Kokko (2004, 83-84) kuvaa haastatteluissaan ”toisilta sairastuneilta” saatua apua merkitykselliseksi ja toivoa tuovaksi. Rissanen (2015, 112-113) korostaa vertaistuen arvoa kuvaamalla sen tuottamaa kokemusta siitä, ettei ole yksin tunteidensa ja kokemustensa kanssa, vaan jollain muullakin on samankaltaisia kokemuksia ja siten myös ymmärrystä. Rissanen kuvaa, että hänelle tämä tarkoitti kokemusta normaaliudesta.

#### **4.3.2 Työntekijöiden näkemys hyvästä mielenterveystyöstä**

Kokko (2004, 94) nostaa hyvää mielenterveystyötä ohjaaviksi eettisiksi periaatteiksi asiakkaiden kunnioittamisen, heidän yksilöllisyytensä ja tasavertaisuutensa sekä asiakaslähtöisyyden. Laitilan (2010, 122-123) haastatteleminen mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden

mukaan työskentelyn perustana tulee olla asiakas ja hänen käsityksensä avun tarpeestaan, ongelmistaan ja tavoitteistaan. Asiakaslähtöisyytenä haastateltavat pitivät myös yhteistä pohtimista ja neuvottelua sekä yhteisten ratkaisujen etsimistä, jossa asiakas on aktiivisena vaikuttajana.

Kokon (2004, 94) haastattelemat työntekijät kuvaavat asiakkaan kunnioittamisen ilmenevän esimerkiksi asiakkaan odotusten huomioimisena, työntekijän pyrkimyksenä tehdä parhaansa jokaisen asiakkaan kohdalla sekä työntekijän näkemyksistä eroavin näkemyksien pitämistä totena. Peltomaa (2005, 101) korostaa, että vuorovaikutustilanteissa on oleellista, kokeeko mielenterveyskuntoutuja, että häntä kohdellaan kunnioittavasti ja onko hänen puheellaan ja tilanteellaan merkitystä. Oleellista on, tukeeko vuorovaikutus pystyvyyden tunnetta vai heikentääkö se sitä. Asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen nousi esiin myös Laitilan tutkimuksessa, jossa mielenterveys- ja päihdetyöntekijät korostivat, että asiakassuhteet ovat yksilöllisiä, eivätkä noudata ennalta määriteltyä kaavaa. Yksilöllisessä kohtaamisessa huomion keskipisteeksi ei nosteta ongelmaa, vaan ihminen, jolla ongelma on. Asiakkaan tilanne tulee siis huomioida kokonaisuutena, jonka yhden osan muodostaa mielenterveysongelma. Kokonaisvaltaisessa työssä hyvinä menetelminä pidettiin esimerkiksi verkostotyötä ja kotikäyn- tejä. Esiin nousi myös näkökulma, että toiminnan ollessa asiakaslähtöistä myös asiakas sitoutuu ja motivoituu paremmin. (Laitila 2010, 124, 134.)

Asiakaskeskeisyys ei tarkoita sitä, etteikö myös työntekijä olisi aktiivinen suhteessa. Mönkönen (2002, 56-57) nostaa esiin muutoksen kohti dialogista orientaatiota. Tavoitteena tulisi olla keskusteluyhteyksien ja tasavertaisen suhteen luomisen korostaminen. Työskentelyssä tulisi pyrkiä pois siitä, että hallitsevassa asemassa ovat ongelmien analysointi tai pelkkä asiakkaan näkökulma ja asemaan asettuminen. Laitilan tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käsitysten mukaan asiakkaan osallisuudella on monta tasoa. Esiin nousi näkemys, että mahdollisuuksia olla osallisena ja osallistua tulisi olla enemmän. Syiksi puutteisiin nähtiin ajan ja osaamisen puute, vaikka toimintaa sinänsä pidettiin tärkeänä. Työntekijät pitivät osallisuutta ratkaisevana tekijänä sille, että asiakas kokee tulevansa kuulluksi ja olevansa arvostettu. Työtä tehdään asiakkaan ehdoilla ja mikäli hän ei halua olla osallinen tai osallistua, ovat auttamisen lähtökohdat huonot. Täten yhdeksi asiakkaan osallisuuden elementiksi nousee myös hänen oma vastuunsa. Toisaalta haastatellut työntekijät toivat esiin myös näkemyksen, että mahdollisuuksia osallistua ei tarjota erikseen, vaan asiakkaan tulee

olla täysivaltaisena, tasa-arvoisena osallistujana kaikissa itseään koskevissa asioissa. (Laitila 2010, 110-115.)

Työntekijän on kuitenkin ymmärrettävä mielenterveysongelmien mahdolliset vaikutukset asiakkaan kykyyn toimia osallisena. Romakkaniemi (2014, 166) huomauttaa, että esimerkiksi masennuksen myötä tunne omasta pystyvyydestä ja hallinnasta kapenee tai katoaa, jolloin ihminen ei enää välttämättä näe valinnanmahdollisuuksiaan. Hän jatkaa, että sosiaalityön näkökulmasta tämä tarkoittaa tukemista valinnoissa ja valinnan mahdollisuuksien avartamista. Toisaalta valintojen tekeminen ja sen vaade voi myös lisätä ahdistusta. Työntekijältä vaaditaan siis tarkkaavaisuutta ja osaamista sen suhteen, milloin tuottaa tietoa valinnanmahdollisuuksia. Taitoa tarvitaan myös sen havaitsemiseen, minkä verran tukea asiakas päätöksenteossa milloinkin tarvitsee. Laitilan tutkimuksessa työntekijän roolina nähtiin osallisuuden mahdollistaminen ja siihen kannustaminen. Asiakkaan vointi sekä sairauden ja sen oireiden riittävän hyvä hallinta ovat kuitenkin motivaation ja uskalluksen lisäksi edellytyksenä osallisuudelle. (Laitila 2010, 118-120.) Sairauden ja voimien ollessa huonommassa tilassa muodostuu sosiaalityöntekijän rooli enemmänkin asianajaksi. Tämän ei kuitenkaan tule poistaa asiakkaan oman pystyvyyden tukemista. Kokon (2004, 97) haastattelemat työntekijät painottavatkin, että jokaisella on oma vaatimustasonsa, eikä täysin itsenäinen selviytyminen ole aina realistinen tavoite. Tällöin tavoitteena on selviytyminen erilaisten tukitoimien avulla.

Laitilan tutkimuksessa haastatellut työntekijät mainitsivat, että asiakkaan sosiaalisilla taidoilla, koulutuksella ja ammatilla on vaikutusta siihen, miten hyvin hänen äänensä tulee kuulluksi. Riskinä on, että mikäli asiakas ei puhu ”samaa kieltä” työntekijöiden kanssa, jää hän sivurooliin neuvotteluissa. (Laitila 2010, 148, 152.) Kaikki asiakkaat eivät myöskään ole tottuneita kielellisesti jäsentämään henkilökohtaisia asioitaan, joilla vaatimus vuorovaikutuksesta voi jättää asiakkaan kyvyttömäksi osallistumaan ja sitä kautta avun ulkopuolelle (Pohjola 2010, 44). Mönkkönen (2002, 60-63) erottelee asiantuntijakeskeisyyden, asiakaskeskeisyyden ja dialogisen orientaation toisistaan. Hänen mukaansa asiantuntijaposition on liikkumaton, hallitseva ja määrittävä, kun taas asiakaskeskeisyydessä asiakas nähdään oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Asiakaskeskeisyyttä kuitenkin kritisoidaan kommunikation vastavuoroisuuden puutteesta sekä ristiriitojen välttelystä. Dialogisessa orientaatioissa

vuorovaikutus tapahtuu molempien ehdoilla ja erilaisia näkemyksiä ja argumentteja kutsutaan esiin. Riskinä tässäkin tosin voi olla vaikeus saavuttaa yhteysymmärrys tai sen jääminen näennäiseksi. (Mönkkönen 2002, 60-63)

Asiakkuussuhteeseen liittyy aina kysymys vallankäytöstä. Laitilan haastattelemat mielenterveys- ja päihdetyöntekijät toivat esiin näkemyksen, että osallisuuteen liittyy ajatus vallan jakamisesta asiakkaan kanssa. Asiantuntijuuden mukanaan tuomasta arvovallasta ei ole välttämättä helppoa luopua. Vaatimus asiakkaiden osallisuuden lisäämisestä voidaan nähdä myös ongelmana, sillä silloin oma ja organisaation toiminta asettuu alttiiksi arvioinnille, eikä palaute ole välttämättä pelkästään positiivista. Työntekijät nostivat esiin huolen vallan tasapainon säilymisestä ja siitä, ettei ”vaaka kallistu liikaa toiseen suuntaan”, jolloin työntekijöillä ei ole enää lainkaan valtaa. (Laitila 2010, 121.) Pohjala kuitenkin puhuu myös sosiaalityössä käytettävästä ”mahdollistavasta palvelukulttuurista”, johon liittyy ajatus siitä, että asiakastyöhön sisältyvä valta otetaankin työvälineeksi ja käännetään se asiakkaan eduksi. Valta voidaan siis nähdä paitsi järjestelmän ja työntekijän valtana asiakasta kohtaan, myös positiivisena ja mahdollistavana valtana, joka toimii asiakasprosessin tukena. (Pohjala 2010, 55.)

Ongelmia asiakaslähtöiselle työtavalle voivat muodostaa puutteelliset resurssit, kuten henkilöstövaje sekä kiire, joka vaikeuttaa riittävää valmistautumista ja kiireetöntä kohtaamista. Haasteita on myös organisaatioiden joustamattomissa käytännöissä ja hierarkioissa. Suuri merkitys on myös johdon, lähiesimiehen ja koko työyhteisön asenteella ja toiminnalla. (Laitila 2010, 127-128.) Myös Kokon haastattelemat mielenterveystyöntekijät nostavat esiin, että yksittäisiin työntekijöihin liittyvien vaatimusten lisäksi myös organisaation tulee luoda edellytykset, jotka mahdollistavat työn tekemisen hyvin. Tämä edellyttää myös riittävää resurssointia. (Kokko 2004, 108.) Tieto ja käytännöt voivat myös poiketa toisistaan. Khoury ja Rodriguez del Barrio (2015, 33-34) nostavat esiin huomion, että toipuminen ei ole lineaarisesti etenevää. Toipumisprosessissa hyvinvointi ja elämänlaatu voivat parantua, vaikka mitattavia määreitä ei tulisikaan näkyviin. He toteavat, että paradoksi muodostuu, kun järjestelmä kuitenkin tarkastelee usein nimenomaan mitattavia määreitä kuten sitä, että palvelun käyttäjä on ”parantunut”, eikä enää tarvitse tukea. Hyvänä työntekijänä siis pidetään helposti sitä, joka pystyy eniten päättämään asiakkuuksia eikä sitä, joka onnistuu vaikuttamaan myönteisesti asiakkaidensa elämänlaatuun. Toisaalta on ymmärrettävää, että tämän arviointi olisi haastavaa.

Laitilan (2010, 118-120) haastatteleminen mielen- ja päihdetyöntekijöiden käsitysten mukaan vertaistukea pidettiin tärkeänä asiakkaan kuntoutumisen kannalta. Vertaistukea kuvattiin asiakkaan kannalta voimaannuttavaksi. Sen myös nähtiin mahdollistavan kokemusten ja onnistumisten jakamisen sekä oppimisen muilta.

## 5 YHTEENVETO

Kirjallisuustutkimani tavoitteena oli tarkastella mielen- ja päihdetyöntekijöiden aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön asiakkaina. Halusin etsiä vastausta kysymykseen, miten mielen- ja päihdetyöntekijöiden osallisuus näyttäytyy aikuissosiaalityön asiakkuudessa. Halusin myös tarkastella sitä, miten mielen- ja päihdetyöntekijöiden ongelmat ja mielen- ja päihdetyöntekijöiden näyttäytyvät aikuisten parissa tehtävässä sosiaalityössä sekä millaista osaamista mielen- ja päihdetyöntekijöiden parissa tehtävä työ vaatii sosiaalityöltä/-työntekijältä. Halusin käsitellä myös sitä, miksi mielen- ja päihdetyöntekijöiden näkökulman huomioiminen on tärkeää sosiaalityössä.

Keräsin tietoa viidestä väitöskirjasta sekä yhdestä lisensoitustyöstä sekä aihetta käsittelevistä artikkeleista ja teoksista. Yhteenvetona voidaan tiivistää, että asiakkaan osallisuus voi kuntoutumisen vaiheesta riippuen näyttäytyä monenlaisena. Se on kuitenkin olemassa olevaa, huomioitavaa ja tunnistamista vaativaa. Tätä voidaan pitää myös sosiaalityöntekijän osaamistarpeiden kannalta merkittävänä seikkana. Osallisuuden ja subjektin aseman vahvistamisen ohella tutkimuksissa esiin nousi asiakkaan kunnioittavan kohtaamisen merkitys asiakastyössä (vrt. Rissanen 2015, 153,156; Hänninen & Valkonen 2000, 150; Pohjola 2010, 57, 68; Laitila 2010, 86-87; Peltomaa 2005, 122-123). On myös tärkeää ymmärtää osallisuuden vahvistamisen viitekehys. Esimerkiksi Laitilan tutkimuksessa haastatellut asiakkaat sekä mielen- ja päihdetyöntekijät toivat myös esiin huomion, että osallisuus sinänsä ei ole itseisarvo, vaan sen tulisi olla väline, jolla voidaan edistää asiakkaan kuntoutumista ja hyvinvointia. Osallistumista voidaan kuvata kahdella eri tavalla; joko mahdollisuutena osallistua tai aktiivisena osallistumisena. Asiakkaan rooli voi myös vaihdella, välillä hän voi olla

mukana aktiivisena toimijana ja välillä ottaa passiivisemmän roolin, mutta olla kuitenkin mukana. (Laitila 2010, 139, 141.)

Yhteenvedona voidaan myös todeta mielenterveystyön ja sen osaamisen tarpeiden liittyvän olennaisena osana aikuisten parissa tehtävään sosiaalityöhön, sillä mielenterveyden häiriöihin ovat yhteydessä niin sosioekonomiset tekijät kuin syrjäytymisen riski. Sosiaalityön asiakkuuteen mielenterveyskuntoutujat voivat tulla esimerkiksi asumiseen tai toimeentuloon liittyvien tuen tarpeiden vuoksi. Asiakkuuksien kestossa ja tuen tarpeissa voi olla suurta yksilöllistä vaihtelua sen mukaan millaiset kuntoutujan voimavarat missäkin sairauden vaiheessa ovat. Tärkeä osaamisen tarve sosiaalityöntekijälle on siten niiden yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen, joita mielenterveyden ongelmista voi aiheutua.

Tarkasteltujen tutkimusten perusteella esiin nousee huomio, että mielenterveyskuntoutujilla on halua kyllä osallistua ja vaikuttaa, mutta kykyyn toteuttaa tätä halua vaikuttaa sairauden vaihe, vointi ja jaksaminen (vrt. esim. Laitila 2010, 88; Rissanen 2015, 85; Romakkaniemi 2014, 166). On siis tärkeää huomata ja ymmärtää, että vaikka mielenterveyskuntoutuja ei vointinsa ollessa huonompi kykenisikään välttämättä aktiiviseen osallisuuteen, ei tämä tarkoita sitä, etteikö hän vointinsa ollessa parempi taas kykenisi ottamaan isompaa roolia. Asiakkaiden osallisuuteen vaikuttaa moni tekijä. Esimerkiksi Laitila toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaiden osallisuuteen mielenterveys- ja päihdetyössä vaikuttaa asiakkaan fyysinen ja psyykkinen vointi, sairauteen liittyvä stigma, asiakkaan arkuus, mahdollinen lääkitys sekä kuntoutumisen vaihe. Laitilan haastatteluissa sekä asiakkaat että työntekijät nostivat esiin käsityksen, että kaikki asiakkaat eivät joko halua tai kykene toteuttamaan osallisuutta. (Laitila 2010, 141, 152). Tämä ei kuitenkaan poissulje sitä, että jokaiselle asiakkaalle omassa asiassaan osallisena olemisen tulisi olla mahdollista ja sitä tulisi tukea. Tarvittava tuen määrä ja muoto riippuu siis asiakkaan voinnista ja tarpeista.

Osallisuuden ohella esiin nousee toimivan vuorovaikutuksen merkitys sekä työntekijän ja asiakkaan välillä että monialaisten työntekijäryhmien välillä (vrt. Rissanen 2015, 84-85; Mönkkönen 2002, 56-57; Peltomaa 2005, 23, 122-123; Romakkaniemi 2011, 242; Laitila 2010, 143). Laitilan tutkimuksessa sekä asiakkaat että työntekijät luonnehtivat asiakasläh- töisen yhteistyön tunnusmerkeiksi hyvän vuorovaikutuksen asiakkaan ja työntekijän välillä, tasa-arvoisuuden ja yksilöllisen, ihmisarvoa kunnioittavan kohtaamisen. Tärkeänä nähtiin



asiakkaan kohtaaminen aikuisena ihmisenä. Hyvän yhteistyön merkkeinä pidettiin joustavuutta sekä kokonaisvaltaisuutta, jonka katsottiin toteutuvan siinä, ettei huomiota kiinnitetty ainoastaan ongelmaan, vaan huomioon otettiin myös muu kokonaistilanne kuten perhe. Jotta vaikeita asioita voidaan käsitellä, pidettiin luottamusta ja turvallisuutta tärkeänä. Voimavaroalähtöisessä ja vastavuoroisessa suhteessa työntekijän tehtäväksi nähtiin mahdollisuuksien luominen, motivointi ja tukeminen. Asiakkaan voimavarat, motivaatio, tavoitteet ja vastuu kuitenkin olivat ratkaisevia. (Laitila 2010, 143.)

Esiin nousi myös käytetyn kielen merkitys osallisuuden toteutumiseksi. Pohjola (2010, 44) luonnehtii yhteisen kielen löytämistä ja kielen merkityksen ymmärtämistä asiakaslähtöisen työn edellytykseksi. Esimerkiksi Mönkkönen (2002, 85, 88) summaa, ettei ole samantekevää, millä tavalla asiakkaasta puhutaan tai millainen positio hänelle tuotetaan, kuten ei sekään, millaisen position hän itse vuorovaikutustilanteessa ottaa. Molemmat osapuolet vaikuttavat vuorovaikutustilanteen syntymiseen. Hän myös mainitsee, että liiallinen ennakointi ja tulkinta voivat johtaa vääriin päätelmiin ja estää ymmärtämistä toista.

## 6 POHDINTA

Käsiteltyjen tutkimusten perusteella voidaan todeta, että sosiaalityön hyvän asiakastyön määritelmät, kuten asiakkaan kokonaistilanteen huomioiminen sekä ymmärtävä, avoin kuunteleminen, selkeä kielenkäyttö ja asiakkaan oman aktiivisuuden tukeminen (vrt. Pohjola 2010, 53) pätevät myös asiakastyössä mielenterveyskuntoutujien kanssa. Mielenterveyskuntoutujien kanssa tehtävässä työssä kuitenkin korostuvat erityisesti asiakkaan arvostamisen merkitys, sillä monella mielenterveyskuntoutujalla on kokemuksia syrjinnästä sekä sairauden aiheuttamasta stigmasta. Muihin asiakkaisiin verraten on myös oleellista ymmärtää mielenterveysongelman mahdolliset vaikutukset toimintakykyyn ja sen vaihtelut. Näistä syistä asiakkaan osallisuuden tukeminen yksilöllisen ja tilannekohtaisen tarpeen mukaisesti on erityisen tärkeää. Tämä vaatii työntekijältä jatkuvaa tilanteen arviointia.

Pohdin valitessani tarkasteltavia tutkimuksia, nähdäänkö sosiaalityössä ihminen ja hänen tilanteensa kokonaisvaltaisemmin kuin hoitotyössä, jossa painopiste voi painottua diagnoosi- ja ongelmalähtöisesti. Tarkastelussa mukana olleista hoitotieteen tutkimuksista Kokko (2004, 45) vastaa tähän toteamalla, että lääketieteen ja psykologian viitekehyksessä näkökulma lähtee sairausmalleista, kun taas sosiaalityössä huomio on yksilötasolla kuitenkin sekä psyykkiset oireet että materiaaliset olosuhteet huomioiden. Laitila (2010, 97) taas pohtii toisessa tarkastellussa hoitotieteenalan tutkimuksessa, onko asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä enemmänkin retoriikkaa kuin todellista mahdollisuutta vaikuttaa. Myös Rissasen (2015, 153,156) kokemuksen mukaan käsitys mielenterveyskuntoutujasta hoidettavana ”potilaana” istuu tiukassa mielenterveystyössä. Peltomaa (2005, 23) tiivistää, että toisin kuin hoitotyössä sosiaalityössä kohteena ei ole itse sairaus vaan ihminen. Sosiaalityössä painottuu myös ymmärrys yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutuksista mielenterveyteen. Työskentelyä tehdään niiden asioiden kanssa, joita mielenterveysongelma on arkeen tuonut ei itse mielenterveysongelman kanssa. Voidaan siis todeta, että sosiaalityön ja hoitotyön näkökulmat ja lähtökohdat mielenterveystyöhön ja työskentelyyn mielenterveyskuntoutujien kanssa ovat erilaiset. Siinä missä hoitotyössä tarkastelu lähtee sairaudesta ja sen hoidosta, on sosiaalityössä lähtökohta kokonaisvaltaisempi. Molemmissa on kuitenkin havaittavissa pyrkimys vahvistaa asiakkaan osallisuutta. Tämän pyrkimyksen toteutumiseen kuitenkin vaikuttavat myös resurssit, ei ainoastaan työntekijöiden halu.

Sosiaalityön rikkautena pidetään sen mahdollisuuksia nähdä ihminen kokonaisvaltaisesti omassa elämäntilanteessaan ja ottaa huomioon hänen yksilölliset tarpeensa ja voimavaransa. Voidaan kuitenkin kriittisesti pohtia, toteutuuko tämä kaikilta osin mielenterveyskuntoutujien osalta ja onko sosiaalityössä riittävä osaaminen ja ymmärrys mielenterveyden ongelmista sekä mielenterveyskuntoutujien toiveista ja tarpeista. Jos mielenterveyden ongelmat ja niihin liittyvät oireet ovat kovin vieraita, voi sosiaalityöntekijän olla vaikea esimerkiksi käsitellä asiakkaan kokemia harhoja, ääniä tai pakkoajatuksia. Tämän osaamisen tulisi lähteä jo sosiaalityön koulutuksesta. Esimerkiksi Carpenterin mukaan sosiaalityön koulutus vaikuttaa suoraan siihen, miten tulevat sosiaalityön ammattilaiset saavat tietoa ja osaamista mielenterveysongelmista. Merkittävää on ymmärtää, että mielenterveysongelmat eivät ole ikuisia, vaan toipumista tapahtuu ja kuntoutujat ovat toimijoita omassa kuntoutumisessaan. Carpenter kehottaa sosiaalityön opiskelijoita haastamaan omaa ajatteluaan mielenterveysongelmista. (Carpenter 2002, 91-92.) Yhtenä välineenä tässä voisi olla kuntoutujien näkökulman ja kokemusasiantuntijoiden vahvempi esiin nostaminen sosiaalityön koulutuksessa.

Tämä ei koske ainoastaan aikuissosiaalityötä. Peltomaa (2005, 72) nostaa esiin huomion, että tutkimukseen vastanneista mielenterveyskuntoutujista sellaiset, jotka olivat toimeentulotuen, kotipalvelun tai vammaispalvelun asiakkaita, eivät kokeneet saaneensa kovinkaan paljon tukea kyseisistä palveluista. Osaamisen kehittämistä tarvitaan siis laajemmin sosiaalityössä.

Tarkastelluissa tutkimuksissa nostettiin esiin asiakkaan osallisuuden merkitystä sekä osallisuuden mahdollistamista ja vahvistamista. Osallisuuden tärkeydestä oltiin varsin yksimielisiä, mutta jään pohtimaan, miten tämä käytännön työssä näyttäytyy ja kuka osallisuuden lopulta määrittelee. Myös Pohjola mainitsee, että puhe osallisuudesta on jäänyt varsin yleiselle tasolle. Osallisuuden toteutumisenä on pidetty sitä, että asiakas on voinut kertoa oman mielipiteensä ja olla mukana itseään koskevissa prosesseissa. Tällöin kuitenkin järjestelmä on määrittänyt osallistumiset muodot ja huonoimmillaan asiakas jää seuraajan asemaan. (Pohjola 2010, 58.) Oman kokemukseni mukaan tämä näyttäytyy niin käytännön työssä kuin tarkastelluissa tutkimuksissa: osallisuutta kyllä pidetään hyvänä ja tärkeänä asiana, mutta sen käytännön toteutukset ovat jääneet melko ohuiksi. Esimerkiksi asiakasraateja käytetään jonkin verran, mutta käyttö voisi olla monipuolisempaa ja raadit voisivat vahvemmin osallistua jo toiminnan suunnitteluun. Myös vertaistuen ja kokemusasiantuntijoiden merkitys korostui tarkastelluissa tutkimuksissa (vrt. Romakkaniemi 2011, 170; Kokko 2004, 83-84; Rissanen 2015, 112-113; Laitila 2010, 118-120). Vertaistuen käyttämistä sosiaalityön työvälineenä ei ole välttämättä täysimääräisesti hyödynnetty, vaikka sen arvo myönnetäänkin. Asiakkaita kyllä ohjataan esimerkiksi järjestöjen vertaistoiminnan piiriin ja sosiaalisen kuntoutuksen ryhmiin, mutta esimerkiksi asumisen tukemisessa ja arjen hallinnassa vertaistoiminnalla ja kokemusasiantuntijoiden käytöllä voisi olla moninkertainen hyöty.

Kokko (2004, 142) nostaa esiin myös kysymyksen, miksi yhteiskuntapoliittisessa keskustelussa rakenteellinen mielenterveystyö on jäänyt niin vähäiselle huomiolle, eikä esimerkiksi yhteiskunnallisille päättäjille tiedoteta riittävästi mielenterveyttä uhkaavista seikoista. Hänen mielestään tällainen rakenteellinen käsitys ja näkemys hyvästä mielenterveystyöstä puuttuu suurelta osin kokonaan. Jään pohtimaan sosiaalityön roolia suhteessa tähän näkemukseen; onnistuuko sosiaalihuoltolain (1301/2014) 7 § määrittelemä rakenteellinen sosiaalityö tuomaan mielenterveyskuntoutujia koskevaa tietoa riittävästi esiin ja kehittämään palveluja ja osaamista näitä tarpeita vastaaviksi. Pohdin myös, ovatko kuntoutujat riittävästi

osallisia itseään koskevien palvelujen kehittämisessä ja kuka määrittää raamit, joiden puitteissa osallistuminen on mahdollista. Samat haasteet, jotka koskevat yksilön osallistumisen mahdollisuuksia näkyvät siis myös rakenteellisessa työssä.

Loppupäätelmänä huomaan, että tarkastelemani aihe on todella mielenkiintoinen ja tärkeä. Haasteeksi tässä tutkielmassa muodostuikin osittain se, että aihetta olisi ollut kiinnostavaa käsitellä syvemmin ja monipuolisemmin sekä tutustua aiheeseen vielä laajemmin, kuin mitä tämän tutkielman puitteissa oli mahdollista. Pidän myös onnistuneena rajausta valita tarkasteluun kaksi väitöskirjaa hoito- ja terveystieteiden alalta, sillä kyseiset tutkimukset käsittelivät asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä sekä asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä. Nämä aineistot toivat arvokkaan lisäulottuvuuden käsiteltyyn aiheeseen ja toivat myös asiakkaiden ääntä kuuluviin, sillä yhteiskuntatieteistä en löytynyt vastaavaa tutkimusta samalla kohderyhmällä.

## LÄHTEET

Aaltio, E. 2021. Kirjallisuuskatsaus suomennos. Alkup. Kysh, L. (2013) Difference between a systematic review and a literature review. Viitattu 14.4.2021.

<http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.766364>

Carpenter, J. (2002) Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work. *Health & Social Work*. Volume 27, number 2, 86-94.

Deegan, P. (1992) The Independent Living Movement and People with Psychiatric Disabilities: Taking Back Control over Our Own Lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15 (3), 3-19.

Frankenhaeuser, B. (2014) Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 64-72.

Hänninen, V. & Valkonen, J. (2000) Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa V. Hänninen: *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Tampereen yliopisto, 141–154.

Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpaperi 33/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.5.2021.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN\\_ISBN\\_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1)

Juhila, K. (2008) Aikuisten parissa tehtävän soseaalityön areenat. Teoksessa A. Jokinen & K. Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 14-47.

Karjalainen, P., Metteri, A. & Strömberg-Jakka, M. (2019) TIEKARTTA 2030 - Aikuisten parissa tehtävän soseaalityön tulevaisuus selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Khoury, E. & Rodriguez del Barrio, L. (2015) Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *British Journal of Social Work* 2015: 45, Supplement 1, 27-44.

Kokko, R-L. & Veistilä, M. (2016) Sosiaalityö ja sosiaalinen kuntoutus yhteistyönä. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttinmäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus, 220-230.

Kokko, S. (2004) Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä: Arvoteoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Laitila, M. (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä - Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laitinen, M. & Pohjola, A. (2010) Asiakkuus – sosiaalityön ydinteema. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 7-18.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. (2011) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Metteri, A. (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Väitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (2014) Lopuksi: Kohti monialaista keskustelua terveydestä ja sosiaalityöstä. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 329-331.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Mönkkönen, K. (2002) Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena : vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Nordling, E. & Rissanen, P. 2020. Mielenterveystyö uudistuu : toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. THL: Työpaperi : 2020\_040. Viitattu 15.3.2021.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140792/URN\\_ISBN\\_978-952-343-591-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140792/URN_ISBN_978-952-343-591-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Partanen, M-L., Paaso, K., Haavisto, K., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Korhonen, J., Voipio-Pulkki, L-M., Ylikoski, M., Vuorilehto, M., Lassila, A., Posio, J., Murto, L., Ruohonen, M., Tuori, T. & Partanen, A. (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009–työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Peltomaa, M. (2005) Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutujien suunnittelun perustana. Lisensiaatintutkimus. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.

Perustuslaki 731/1999.

Pohjola, A. (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 19-74.

Raivio, M. & Raivio, J. Toipuva mieli – Opas toipumisorientaatioon. Jyväskylä: PS-kustannus.

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Romakkaniemi, M. (2014) Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 142-173.

Romakkaniemi, M. (2011) Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Salminen, A. (2011) Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveystieteen tilastollinen vuosikirja 2020. SVT Sosiaaliturva 2020. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.5.2021

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140983/URN\\_ISBN\\_978-952-343-615-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140983/URN_ISBN_978-952-343-615-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021a) Mielenterveyspalvelut. Viitattu 8.3.2021.

<https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021b) Kuntoutus. Viitattu 15.4.2021.

Kuntoutus - Sosia [https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutusali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutusali- ja terveysministeriö (stm.fi))

Sosnet (2003) Sosnetin sosiaalityön määritelmä. Viitattu 8.3.2021.

<https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Sosnetin-maaritelma>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Koslof, A. (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Välimaa, O. (2008) Kunnallisen aikuissosiaalityön rajat ja ammattietiikka pitkäaikaistyöttömien kohtaamisissa. Teoksessa A. Jokinen & K. Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 175-195.

WHO World Health Organization (2018) Mental health: strengthening our response. Viitattu 8.3.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Ylitalo-Katajisto, K. (2020) Miksi tietoperustaisuus on tärkeää sosiaali- ja terveystieteen palvelujen johtamisessa? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2020: 57: 86-89.