

Asiakkaan voimaantuminen mielenterveyspalveluissa

Tarkastelussa WHO:n voimaantumisen indikaattorit

MAARIT LASSANDER & PIA SOLIN & NINA TAMMINEN & EIJA STENGÅRD

Johdanto

Voimaantuminen ei ole matkan päätepiste, vaan itse matka.

WHO, 2010

Käsite *empowerment* on käännetty suomeksi usealla eri tavalla viime vuosien aikana. Sitä on kutsuttu esimerkiksi valtaistumiseksi, valtautumiseksi ja voimavaraistumiseksi (Kivipelto 2008). Termi *voimaantuminen* tuntuu kuitenkin jääneen muita käsitteitä enemmän käyttöön raporteissa ja poliittisissa ohjelmissa, ja sitä käytetään myös tässä artikkelissa.

Yksiötasolla voimaantuminen koetaan synonyymina sisäiselle hallinnan tunteelle. Sen katsotaan pitävän sisällään mm. vapauden, vastuun, itseluottamuksen ja myönteisen asennoitumisen kategorioita. Voimaantuminen on siis hyvin inhimillinen ja yksilöllinen prosessi (Siitonen 1999), mutta sitä voidaan tarkastella myös yhteisöllisestä näkökulmasta. Voimaantumisen yhteisöllisen mallin perusajatuksena on, että ihmisillä on yhteisiä tarpeita, joihin voidaan vastata erilaisilla toimilla. Tavoitteena voi olla rakenteellisia muutoksia yhteiskunnan sosiaalisiin ja taloudellisiin voimasuhteisiin yhteiskunnan kaikilla tasoilla (Masterson & Owen 2006). Olipa kyse sitten yksilön, yhteisön, yhteiskunnan tai globaalin yhteisön toiminnasta, voimaantumiseen tähtäävillä toimilla pyritään edistämään kestävää kehitystä ja hyvinvointia, uudistavia työtapoja ja sitoutumista. Nämä lähtökohdat soveltuvat hyvin kehittämistyöhön, mutta yhtäläillä edistävään, ennakoivaan ja kuntouttavaan työhön terveydenhuollossa (Siitonen 1999).

Voimaantumisen ja asiakaslähtöisen toiminnan taustalla on samoja keskeisiä periaatteita (Virtanen & al. 2011):

- Toiminnan arvoperustana on ihmisarvo.
- Toiminta organisoidaan palvelujen käyttäjän, ei pelkästään palvelutuottajan, tarpeista käsin.
- Palvelujen käyttäjä on palveluihin osallistuva aktiivinen toimija, ei passiivinen palveluiden kohde.
- Palvelujen käyttäjän oman elämän asiantuntemus tekee hänestä palveluprosessissa työntekijän kanssa yhdenvertaisen toimijan ja tasavertaisen kumppanin.

Voimaantuminen on jatkuva prosessi, jonka edellä mainitut periaatteet voivat toteutua eri tavoin toiminnan sisällä. Kokonaisvaltaisen voimaantumisen aikaansaamiseksi olisi kuitenkin ensiarvoisen tärkeää integroida voimaantumisen yleiseksi toimintaperiaateeksi kaikkiin toiminnan tai käytännön vaiheisiin (Masterson & Owen 2006).

Voidaanko toista ihmistä voimaannuttaa vai onko tietyillä toimintatavoilla itsessään voimaantumisen mahdollistava vaikutus? Juha Siitonen (1999) esittää voimaantumisteoriassaan, että voimaantuminen on henkilökohtainen ja yhteisöllinen prosessi; voimaa ei voida antaa toiselle. Kyseessä on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, jota jäsentävät yksilön päämäärät, uskomukset, emootiot sekä näiden sisäiset suhteet. Yhteisön tasolla voitaisiin ajatella, että toimintatavat, jotka antavat tilaa ja sallivat sitoutuneen toiminnan eri tasoilla, ovat luonteeltaan voimaantumisen mahdollistavia ja tarjoavat yksilöille mahdollisuuden käyttää voimavarojaan rakentavasti. Voimaantumista ei voida taata, ottaen huomioon sen yksilöllisen luonteen, mutta se voidaan pyrkiä mahdollistamaan hyvillä käytännöillä.

Voimaantumisen mahdollistavia käytäntöjä on monenlaisia, ja niitä on jo käytössä myös julkisessa terveydenhuollossa. Usein kuitenkin pyritään käyttäjälähtöiseen työskentelyyn yksipuolisesti ja sen vaikuttavuutta huomioimatta. Pelkkä käyttäjiltä kysyminen ei riitä asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen. Jos palveluissa käytetään vain konsultatiivisia menetelmiä, asiakasta voidaan kuulla, mutta hän ei kykene vaikuttamaan lopullisen palvelun toteutumiseen tai toimintatapoihin. Usein palveluiden käyttäjä ei myöskään pääse kertomaan, mitä palveluita hän todellisuudessa tarvitsee, vaan lähinnä kommentoi jo olemassa olevia palveluita mielipide- ja laatumittausten kautta. Tämä estää myös innovointia palvelukehittämisessä (Virtanen & al. 2011). Voimaantumisen toteutuminen vaatii siis kokonaisvaltaisen ja laajemman näkökulman palveluihin ja niiden tuottamiseen tarvittaviin kumppanuuksiin. Mikään yksittäinen menetelmä ei tee palvelusta tai hoidosta voimaantumista vahvistavaa, vaan tarvitaan niiden tarkoituksenmukainen yhdistäminen ja integrointi koko palvelujärjestelmään (Tritter & Callum 2006).

Voimaantumisen vahvistamisessa voidaan hyödyntää esimerkiksi seuraavia menetelmiä (Sweeney & Wallcraft 2010):

- palaute- ja survey-kyselyt
- osallistuminen palveluiden arviointiin yhtenä ryhmän jäsenenä
- ”mystery shopping” eli nimetön palaute palveluista niiden käyttäjänä
- palvelujen käyttäjien suunnittelemat ja toteuttamat seurantakeinot (esim. survey-kyseilyt, fokus-ryhmät, haastattelut)
- lainsäädännölliset keinot, ohjeet ja suosituksset, joilla voidaan vaikuttaa voimaantumisen toteutumiseen kansallisella tasolla
- laaduntarkkailun ja seurannan säännölliset syklit
- hyvät käytännöt ja ydinperiaatteet voimaantumisen mahdollistavien työtapojen toteutuksen tukena
- palveluiden käyttäjien tukena olevat verkostot kansallisella ja kansainvälisellä tasolla
- yleisen mielipiteen hyödyntäminen
- voimaantumisen toteutumisen seuranta ja mittaaminen.

Yksi esimerkki jo pitkään sovelletuista hyvistä käytännöistä on voimaannuttava arviointi, joka tarkoittaa voimaantumisen mahdollistavia käytäntöjä hyödyntävää arviointiprosessia (vrt.

voimaantumisen käytäntöjen arviointi, miten ne toteutuvat tarkastelun kohteena olevalla sektorilla). Arvioinnin tekijät ovat kumppaneita, jotka osallistuvat päätöksentekoon. Arviointi on yhteistyöhön perustuvaa, ja sen aikana kaikki oppivat toinen toisiltaan. Tavoitteena on vahvistaa osaamista, edistää muutoksiin sopeutumista, tukea uudistumista sekä vahvistaa yhteisöllistä hyvinvointia (Fetterman 1996).

Suomessakin ollaan vähitellen siirtymässä kumppanuusajatteluun, jossa asiakkailla ja palvelujen käyttäjillä on entistä merkityksellisempi rooli. Tavanomaisen sektorijaottelun (julkinen, yksityinen, kolmas sektori) lisäksi ovat toimijoina mukaan tulleet palvelujen käyttäjät, jotka yksityisinä henkilöinä tai järjestöjen kautta. Voimaantuminen edellyttää palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten tasa-arvoista kumppanuutta sekä tietoa asiakkaan voimaantumisen mahdollistavista tekijöistä palveluissa. Tarvitaan myös uudenlaisia kehittämisen rakenteita, toimintamalleja sekä seurantaindikaattoreita. Mielenterveyspalveluissa voimaantumisen edistäminen tarkoittaa mm. asiakkaan aseman vahvistamista, jonka katsotaan toteutuvan esimerkiksi yhdenvertaisuutena palveluiden saamisessa sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumisena palveluiden kehittämiseen (Partanen & al. 2010; WHO 2010).

Tässä artikkelissa tarkastelemme, missä määrin voimaantuminen toteutuu suomalaisissa mielenterveyspalveluissa. Kriteerinä käytämme WHO:n voimaantumisen indikaattoreita (WHO 2010).

Voimaantumisen indikaattorit

WHO:n Euroopan aluetoimiston ja Euroopan komission yhteisessä voimaantumiprojektissa (Sweeney & Wallcraft 2010) määriteltiin voimaantumisen käsitettä sekä laadittiin ehdotus mielenterveyspalveluiden käyttäjien voimaantumista kuvaavista indikaattoreista (taulukko 1).

Indikaattoreiden osa-alueina ovat ihmisoikeuksien suojeleminen, päätöksentekoon osallistaminen, laadukas hoito ja palveluntarjoajien vastuullisuus sekä tiedon ja tuen saanti (WHO 2010). Voimaantumisen indikaattoreiden avulla voidaan seurata voimaantumisen ja osallisuuden toteutumista mielenterveyspalveluissa niin alueellisella, kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Tähän on Euroopan maissa todellista

Taulukko 1. Voimaantumisen indikaattorit mielenterveyspalveluissa (WHO 2010).

IHMISOIKEUDET
Mielenterveyspalvelujen käyttäjillä on
1. oikeus äänestää
2. oikeus olla julkisessa virassa.
Työelämän lainsäädäntö
3. kieltää syrjinnän aikaisempien mielenterveysongelmien takia työhönottotilanteessa
4. huomioi omaisten tarpeet.
OSALLISUUS PÄÄTÖKSENTEKOON
Mielenterveyspalvelujen käyttäjät ja heidän perheensä
5. osallistuvat mielenterveyspolitiikan kehittämiseen ja lainsäädäntöön
6. omaavat päätösvaltaa mielenterveyspalvelujen kehittämisessä, suunnittelussa ja toimeenpanossa.
PALVELUJEN LAATU JA VASTUULLISUUS
Mielenterveyskuntoutujilla ja heidän perheillään on
7. pääsy tarvittaviin mielenterveyspalveluihin
8. pääsy samoihin terveyspalveluihin kuin muilla kansalaisilla
9. mahdollisuus olla osallisena mielenterveys-työntekijöiden koulutuksessa
10. mahdollisuus osallistua palvelujen seurantaan ja arviointiin.
TIEDON JA TUEN SAATAVUUS
11. Mielenterveyspalvelujen käyttäjillä on pääsy omiin potilaskertomuksiinsa.
Mielenterveyskuntoutujilla
12. on oikeus kohtuuhintaiseen oikeusapuun ("uskottu mies" käytäntö) tarvittaessa
13. on tarjolla tietoa ja koulutusta palveluihin ja hoitoon liittyen.
14. Mielenterveysongelmien johtaessa toimintakyvyn puutteisiin, kuntoutujilla sekä heidän perheillään on yhtäläinen oikeus sosiaalsiin etuihin.
15. Mielenterveyspalvelujen käyttäjillä ja heidän perheillään on yhtäläinen oikeus sosiaalsiin etuihin.
16. Etujärjestöt voivat saada tukea valtiolta.
17. Omaishoitajien taloudellinen asema on turvattu, ja tarvittavaa tietoa ja koulutusta on tarjolla.

tarvetta. WHO kartoitti voimaannuttavien toimintakäytäntöjen olemassaoloa 42 maassa Euroopassa (Sweeney & Wallcraft 2010) ja totesi, että vain harvoin mielenterveyspalvelujen käyttäjillä ja heidän perheillään oli mahdollisuus vaikuttaa palveluihin.

Tie mahdollisuuksista käytäntöön indikaattoreiden valossa

Suomessa ja muutamissa muissakin Euroopan maissa (mm. Iso-Britannia, Alankomaat) osa mielenterveyspalvelujen käyttäjien voimaantumista tukevia käytäntöjä on turvattu lainsäädännössä. Terveyspalvelujen käyttäjien juridinen asema Suomessa on vähintään kohtuullisen hyvällä tasolla mitä tulee laissa määriteltyihin asiakkaan oikeuksiin (Virtanen & al. 2011). Suurin osa näistä lakiin kirjatusta periaatteista onkin ihmisoikeuksien toteutumiseen liittyviä (indikaattorit 1–4), ja niiden toteutuminen on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä mielenterveyslaissa (1116/1990). Osallisuus päätöksentekoon sekä tiedon ja tuen saatavuus (indikaattorit 5–6; 11–17) on määritelty edellisten lakitekstien lisäksi myös terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Osa WHO:n voimaantumisen indikaattoreista toteutuu osittain erilaisten hankkeiden toiminnassa ja ohjelmissa, vaikka niitä ei ole lakeihin kirjattu.

Seuraavassa tarkastelemme, miten voimaantuminen toteutuu Suomessa valikoiduilla WHO:n indikaattoreilla mitattuna. Arvioimme kolmea keskeistä voimaantumisen indikaattoria, jotka mittaavat *osallistumista päätöksentekoon* (indikaattorit 5 ja 6) sekä *palvelujen laatua ja vastuullisuutta* (indikaattori 10). Nämä indikaattorit on valittu tarkasteltaviksi, sillä niiden osittainen toteutuminen antaa rohkaisevan esimerkin siitä, mitä on mahdollista toteuttaa tulevaisuudessa myös laajemmin suomalaisessa yhteiskunnassa.

Mielenterveyspalvelujen käyttäjät ja heidän perheensä osallistuvat mielenterveyspolitiikan kehittämiseen ja lainsäädäntöön (indikaattori 5) Laajan ohjelasuunnittelun osalta Suomen Mielenterveysseura osallistui kansallisen mielenterveys- ja päihdeohjelman (Mieli 2009) kehittämiseen (STM 2009). Suunnitelman valmistelussa käytettiin kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmää. Tämä tarkoitti käytännössä sitä,

että työryhmätyöskentelyn lisäksi suunnitelmaa valmisteltaessa järjestettiin alueellisia ja järjestöjen kuulemistilaisuuksia. Näin toivottiin herään laajempaa mielenterveys- ja päihdetyötä koskevaa keskustelua suunnitelman valmistelun tueksi. Toimijakenttä (kuntatyöntekijät, järjestöjen työntekijät ja järjestöjen jäsenet) pyrittiin pitämään informoituna suunnitelman kehitysvaiheista ja edistymisestä. Pääosin Mieli 2009 saikin positiivista palautetta siitä, että kentän toiveita ja tarpeita oli huomioitu. Kritiikkiä esitettiin mm. siitä, että mukana valmisteluissa ei ollut potilais- ja omaisjärjestöjen edustusta. Myös muutamat muut yksittäiset järjestöt ja toimijat kokivat, etteivät he tulleet riittävässä määrin kuulluiksi (Paranen & al. 2010).

Mielenterveyspalvelujen käyttäjät ja heidän perheensä omaavat päätösvaltaa mielenterveyspalvelujen kehittämisessä, suunnittelussa ja toimeenpanossa (indikaattori 6)

Suomessakin toimiva kansainvälinen Fountain House klubitalo -konsepti on hyvä esimerkki yhteisöstä, jossa myös päätösvalta on tasapuolisesti jaettu palveluiden käyttäjille. Klubitalo on mielenterveyskuntoutujien ja palkatun henkilökunnan muodostama jäsenyhteisö, joka tarjoaa kuntoutujille heidän omista tarpeistaan lähtevää työpainotteista toimintaa ja vertaistukea. Suomessa on tällä hetkellä 20 Klubitaloa, joissa on 3 000 jäsentä. Klubitalojen toimintaperiaatteet korostavat kuntoutumista, opintomahdollisuuksia ja työelämään integroitumista. Klubitalojen yhteisöissä jäsenet ja työntekijät osallistuvat tasavertaisina ohjelmien ja aktiviteettien suunnitteluun, kehittämiseen ja päätöksentekoon. Suomi kuuluu yhdessä muiden Pohjoismaiden kanssa johtaviin Klubitaloja tukeviin maihin, joissa ne ovat saaneet hyvän käytännön statuksen ja ovat osa mielenterveyslainsäädännössä mainittuja kolmannen sektorin palveluja (Hänninen 2012).

Mikä on Klubitaloissa erilaista verrattuna muihin psykososiaalisen kuntoutuksen muotoihin? Ja mikä tekee siitä ainakin osittain toimivampaa? Tutkimusten mukaan Klubitalojen jäsenet raportoivat parempaa elämän laatua ja kuntoutumista kuin muunlaiseen tuettuun työtoimintaan osallistuvat, sairaalahoidon tarve on heillä vähäisempi ja työllistyminen helpompaa (Hänninen 2012). Yksi vastaus voi löytyä voimaantumisen hyvien käytäntöjen soveltamisesta kaikkien toimintaan. Klubitalojen toiminta perus-

tuu WHO:n yhteisöllisen kuntoutuksen ohjeisiin. Tavoitteena on, että mielenterveyskuntoutajat saavat tarvitsemansa tuen osallistuakseen oman yhteisönsä toimintaan sen täysivaltaisina jäseninä. Vaikuttavuuden taustalla eivät ole perinteiset ammattilaisten konsultaatiot ja tapaamiset, vaan sellaisten tukirakenteiden ja verkostojen tarjoaminen, joiden avulla tapahtuu pitkän tähtäimen muutosta, yksilöllistä oppimista ja kehitystä. Aktiviteettien kautta jäsenet voivat oppia uusia taitoja, mutta myös tuntea olevansa omana itsenään odotettuja, tarpeellisia ja haluttuja työntekijöitä. (Hänninen 2012.)

Toinen esimerkki palveluista, joiden suunnittelussa käyttäjät ovat aktiivisesti mukana on MIRAKLE – mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville -hanke. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa ikääntyvien mielen hyvinvointia sekä parantaa ikääntyneiden vapaaehtoistoimijoiden mielenterveysosaamista. Projektissa tehdään yhteistyötä eläkeläis- ja vanhusjärjestöjen kanssa, jolloin ikäihmiset saavat tietoa ja välineitä, joilla tuetaan mielen hyvinvointia. Samalla kerätään konkreettista tietoa ikääntymisestä ja siihen liittyvistä erityispiirteistä, jolloin erityisesti vapaaehtoistoiminnassa osataan ottaa huomioon ikääntyneiden toimijoiden tarpeet. Hankkeen tavoitteena on mm. se, että vapaaehtoisille ja ammattilaisille saadaan käyttöön mielenterveyden edistämisen toimintamalleja, joita on kehitetty yhdessä ikäihmisten kanssa (MIRAKLE-projekti).

Mielenterveyskuntoutajat ja heidän perheensä osallistuvat palvelujen seurantaan ja arviointiin (indikaattori 10)

Muutamat kunnat ovat pyrkineet toteuttamaan tätä asiakaslähtöistä periaatetta palveluiden arvioinnissa. Vuonna 2005 julkaistussa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisussa (Kilku 2005) on raportoitu mielenterveyspalvelujen käyttäjien arvioita palveluista.

Tavoitteena oli tiedon saaminen kunnan tai seutukunnan mielenterveystyön kehittämishelmien varten mielenterveyspalveluja käyttävien asiakkaiden kokonaistilanteesta.

Uudenlaista laajempaa lähestymistapaa edusti CUES-haastattelu, joka käännettiin suomeksi (ARVO) ja testattiin soveltuvaksi suomalaisiin oloihin (Tampereen yliopisto). Mittarin käytössä todettiin, että se vaatii lyhyttä koulutusta ja perehdytystä taustalla olevaan ajatteluun. ARVO-haastattelujen avulla voitiin tarkastella yh-

den potilaan hoidon aikana mahdollisesti tapahtuvaa muutosta, toimipisteiden kohdalta asiakkaiden kokemuksia ja yhteenvetotietoja koko aluetta koskien.

ARVO-lomakkeen vahvuutena on mm. sen kokonaisvaltainen lähtökohta asiakkaan elämään. Usein psykiatristen potilaiden ongelmiksi nähdään vain psyykkiset oireet, jolloin hoidon tavoitteeksi muodostuu oireiden lievittäminen tai vähentäminen. Potilaille hoito on kuitenkin osa elämää, eivätkä he välttämättä koe tärkeimmiksi ongelmikseen psyykkisen sairauden oireita. Taloudellinen tilanne, asuinolot ja ihmissuhteiden ylläpitäminen ovat useassakin tutkimuksessa nousseet tärkeämmiksi avun tarpeen kohteiksi. ARVO-haastattelussa käsitellään myös mielenterveys- tai päihdeasiakkaan elämäntilannetta asiakkaan itsensä näkökulmasta ja asiakkaalle merkityksellisiä ilmaisuja käyttäen (Fröjd & al. 2003). Asiakkaiden osallistaminen palveluiden arviointiin vaatii osaksi myös erilaisia välineitä, jotta voidaan tavoittaa juuri heille tärkeät kokemukset.

Kuten näistä kokemuksista havaitaan, mikään indikaattori ei toteudu kokonaisuudessaan, mutta niiden haasteisiin on viime vuosina pyritty vastaamaan sekä julkisella että järjestösektorilla. Jotta voimaantuminen toteutuisi kokonaisvaltaisemmin, olisi tärkeää tarkastella voimaantumisen käytäntöjä strategisena ja sektorien rajat ylittävänä toimintamallina, johon tarvitaan indikaattorien lisäksi laajempaa näkemystä hyvinvoinnin, vaikuttamisen ja sitoutumisen välisistä yhteyksistä. Eri sektoreilta oppeja ammentavat menetelmät, kuten palvelumuotoilu (palvelujen innovointia, kehittämistä ja suunnittelua muotoilun menetelmin, lähtökohtana käyttäjäkokemukset) (Miettinen 2011), tarjoavat laajemmat mahdollisuudet voimaantumiseen käytännön tasolla.

Tarvitaanko mielenterveyspalveluissa voimaantumista?

”Terve järkikin sanoo, että kun asiakas otetaan mukaan tuotteen suunnitteluun, tuloksena on parempi tuote.”

Dr Richard Bentall, New York Times 30.11.2009.
(Sweeney & Wallcraft, 2010)

Kyse ei ole kuitenkaan pelkästään paremman tuotteen tai palvelun luomisesta. Yhteiskunnallisessa keskustelussa on useimmiten todettu hy-

väksi, että yksilöillä on oikeus tehdä omaa elämänsä koskevia valintoja ja vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin ja olosuhteisiin (osallisuuden käsite). Millä tavoin, missä yhteydessä ja miten laajasti näitä periaatteita toteutetaan, on paljolti kiinni siitä, miten paljon osallisuuden eri muotoihin ja voimaantumisen merkitykseen on perehdytty. Mikäli tarkastelemme voimaantumista WHO:n indikaattorien kautta yhteisöllisenä toiminnan mallina, tulee selväksi, että voimaantuminen on monitahoinen prosessi, ja osallisuus yksi sen avainalueita. Voimaantumista ei voida rajata pelkästään osallisuutta vahvistavien keinojen alle, joten molemmille käsitteille on tarvetta, ja niiden käyttöä tulisikin tarkentaa, kun luodaan toimintasuunnitelmia ja tavoitteita.

Miksi voimaantumisen kartoittaminen palvelujen tasolla on tärkeää? Kyse ei ole kevyestä sanahelinästä, sillä voimaantumisen sisällyttäminen palveluihin kertoo tutkimusten mukaan myös niiden laadusta ja vaikuttavuudesta. Terveystieteiden vaikuttavuutta tutkittaessa on todettu, että asiakkaiden voimaantumisen merkittävä vaikutus palvelujen toimivuuteen. Tähän taas on osaksi syynä se, että kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottaminen mielen-terveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tuottaa varsin käytännönläheistä tietoa palveluiden käyttäjien ja omaisten näkökulmasta (Davidson & al. 2009), mikä palveluissa toimii ja miten niitä tulisi kehittää heidän tarpeitaan paremmin vastaaviksi. Tältä pohjalta myös Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli) painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallisuuden lisäämistä (STM 2009). Prosessit ovat voimaantumista vahvistavia, jos ne tukevat osallistujia kehittämään taitoja, joilla ratkaista ongelmia ja tehdä päätöksiä omassa elämässään. Kyse on siis myös ennaltaehkäisevästä työstä, mielenterveyden edistämisestä ja varhaisesta vaikuttavuudesta (Hänninen 2012). Voimaantuminen on yhteydessä hyvinvointiin palvelujen eri tasoilla (Siitonen 1999).

Julkisella sektorilla pyritään voimaantumista vahvistaviin työtapoihin ja asiakaslähtöisyys on noussut kattavan keskustelun kohteeksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja uudistetaan ja ohjelmallisia kehittämistoimenpiteitä toteutetaan STM:n johdolla. Vaikka lainsäädännöllä onkin merkittävä rooli asiakkaan oikeuksien tur-

vana, se ei yleensä velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmällä tavalla (tästäkin on toki muutamia poikkeuksia, kuten hoitotakuu kansanterveyslaissa). Vaikka voimaantumisen ja osallisuuden käsitteet ovat tulleet voimakkaasti mukaan terveyspalveluihin, niiden soveltaminen käytäntöön on vielä aluillaan. Käytännön soveltamisen edellytyksenä on myös se, että voimaantumisen mahdollistavilla käytännöillä on aidosti vaikutusta palvelun toteuttamiseen, oli kyse sitten suunnittelusta, päätöksenteosta tai arvioinnista. Olisikin hyvä seurata systemaattisesti, miten voimaantumisen mahdollistavia käytäntöjä vahvistavat hankkeet siirtyvät laajempaan käyttöön julkisessa terveydenhuollossa ja miten niiden vaikuttavuutta voidaan myös tulevaisuudessa arvioida.

Demokraattiset mekanismit voivat edistää osallisuutta, mutta ne eivät takaa voimaantumisen toteutumista. Mielenterveyspalvelujen käyttäjillä voi olla mahdollisuus osallistua erilaisten päättävien hallinnollisten elinten toimintaan, jäsenenä tai asiantuntijan roolissa, mutta usein säännöllisen osallistumisen tai aktiivisen pyrkimisen esteenä voi olla asiakkaan vointi tai resursien rajallisuus (Tritter & McCallum, 2006). Tarvitaan siis erilaisia ja tehokkaampia keinoja, jotta voimaantumiseen on tilaisuus myös haastavissa olosuhteissa. Paras mahdollinen tulos saavutetaan, jos näiden keinojen suunnittelussa käytetään osallistavaa prosessia. Mielenterveyskun-

toutujan kyky osallistua esimerkiksi hoidon kehittämiseen voi vaihdella, mutta se ei muuta voimaantumisen mahdollistavan työtavan merkitystä hoidossa. Asiakkaan ihmisarvoa kunnioittavassa työotteessa hänen äänelleen ja valinnoilleen tulisi antaa tilaa siinä määrin, missä hän kykenee niitä ilmaisemaan (Virtanen & al. 2011).

Voimaantuminen yhteisöllisenä käsitteenä pitää sisällään ihmisoikeuksien toteutumisen ja ihmisarvoisen toiminnan, joka tukee elämännhalintaa ja yksilöllistä, fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia myös palveluiden ulkopuolella (Kotecha et al. 2007; Masterson & Owen 2006). Voimaantumista ei voida siis mitata pelkästään sen palvelulle tuomalla hyödyllä vaan myös muilla, yhteisöllisillä ja yksilöllisillä indikaattoreilla. Kaikkia näitä on haasteellista huomioida yhtä aikaa, mutta lisääntyvä tutkimus ja kiinnostus voimaantumiseen käytännössä antaa meille myös mahdollisuuden tarkastella sen kokonaisvaltaista yhteiskunnallista merkitystä (Hänninen 2012).

Vaikka Suomessa monet indikaattorit toteutuvat jo osittain, on tärkeää varmistaa, että voimaantuminen ei jää yksittäisten hankkeiden varaan, vaan se leviää osaksi palvelujärjestelmää strategisen suunnittelun ja johtamisen keinoin. Tämä vaatii olemassa olevien rakenteiden kriittistä arviointia ja systemaattista tiedon keräämistä, mutta ennen kaikkea näkemystä siitä, mitä voimaantuminen hyvinvoinnin strategiana voi antaa yksilöille, palveluille ja koko yhteisölle.

KIRJALLISUUS

Davidson, Larry & Ridgway, Priscilla & Schmutte Timothy & O'Connell Maria: Purposes and goals. P. 87–98. In Wallcraft J., Amering M. and Schrank B.: Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research. Wiley-Blackwell, 1999.

Fetterman, David: Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Practice. P. 3–46. In D. Fetterman, S. Kaftarian & A. Wandersman (eds.): Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-assessment & Accountability. London: Sage Publications, 1996.

Fröjd, Sari & Laurila, Anne-Mari & Kilkku, Nina & Kaltiala-Heino, Riittakerttu: Arvo mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2003:19. Tampere, 2003.

Hänninen, Esko: Choices for recovery: communi-

ty-based rehabilitation and the Clubhouse model as means to mental health reforms. Raportti 50/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.

Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri: Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva: WS Bookwell Oy, 2008.

Kilkku, Nina: Mielenterveystyön alueellinen kehittäminen Pirkanmaalla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2005. Tampere, 2005.

Kivipelto, Minna: Osallistava ja valtaistava arviointi. Työpapereita 2008/17. Helsinki: Stakes, 2008.

Kotecha, Nutan & Fowler, Chandra & Donskoy, Anne-Laure & Johnson, Peter & Shaw, Torsten & Doherty, Karen: A guide to user-focussed monitoring. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

- Kujala, Eila: Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 914. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 2003.
- Masterson, Steve & Owen, Sara: Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health* 15 (2006): 19–34.
- MIRAKLE-projekti: www.mielenterveysseura.fi/kehittaminen/ikaihmiset
- Miettinen, Satu: Palvelumuotoilu – yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. S. 21–41. Teoksessa Miettinen, Satu (toim.): Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiateollisuus ry, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopion Muotoiluakatemia, 2011.
- Partanen, Airi & Moring, Juha, Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2010.
- Siitonen, Juha: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, 1999. <http://urn:isbn:951425340X>
- Sisäasiainministeriö: Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä. Helsinki, 2002.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki, 2009.
- Sweeney, Angela & Wallcraft, Janet: Quality assurance/monitoring of mental health services by service users and carers. Leuven. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
- Tritter, Jonathan & McCallum, Alison: The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76 (2006):156–168.
- Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen, Päivi & Suokas, Markku: Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 28/2011. Helsinki, 2011.
- WHO Empowerment in Mental Health – A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission. Fact sheet for the EU Thematic Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.