

YHTEISÖSOSIAALITYÖN TEHTÄVÄ MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Katri Savolainen
Lisensiaatintutkimus
Sosiaalityö
Yhteisösosiaalityön erikoisala
Kuopion yliopisto
Sosiaalityön ja
sosiaalipedagogiikan laitos
Joulukuu 2008

KUOPION YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaalityö, Yhteisösosiaalityön erikoisala, Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos

SAVOLAINEN, KATRI: Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä

Lisensiaatintutkielma, 128 sivua.

Ohjaajat: VTT Pauli Niemelä, VTT Marianne Nylund

Joulukuu 2008

Avainsanat: Hyvinvointi, hyvinvoinnin edistäminen, mielenterveys, mielenterveyden edistäminen ja yhteisösosiaalityö

Tutkimuksen tehtävänä on ollut selvittää, mikä on yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämisen alalla. Tutkimus on ammatillinen lisensiaatintutkimus ja se liittyy osaksi sosiaalityön yhteisöalan erikoistumiskoulutusta. Mielenterveyden edistämistä tarkastellaan sosiaalitieteellisenä ja sosiaalityöllisenä kysymyksenä. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen teoreettinen tutkimus ja sen tavoitteena on lisätä ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta aihepiiristä, tuottaa siitä teoreettisesti kestäviä näkökulmia ja mielekäs tutkimusaihetta käsittelevä tietokokonaisuus. Samalla sillä on myös käytännöllinen tavoite tiedon tuottamisessa yhteisösosiaalityön toimintakäytäntöjen kehittämistä varten. Tutkimuksen teoreettinen tarkastelutapa pohjautuu kriittisen sosiaalisen teorian ja kriittisen sosiaalityön lähtökohtiin sekä inhimillisen toiminnan teorian perusteisiin, joita tässä tutkimuksessa edustavat Paulo Freiren dialogisen toiminnan teoria sekä Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria. Tutkimusmenetelmänä käytetään Hans-Georg Gadamerin hermeneuttisen dialogin analyysimetodia, jossa metodin suhde aineistoon perustuu ymmärtävään tulkintaan.

Tutkimuksessa on etsitty perusteita yhteisösosiaalityölliselle toiminnalle mielenterveyden edistämisen monialaisella tehtäväkentällä. Yhteisöllistämisen strategian myötä sosiaalityöltä odotetaan entistä aktiivisempaa roolia mielenterveyden edistämisen tehtävässä. Tästä huolimatta yhteisösosiaalityöllä on tällä alueella suhteellisen vähän toimintamahdollisuuksia. Mielenterveyden edistämisen kysymystä tarkastellaan hyvinvoinnin edellytysten turvaamisen lähtökohdista käsin. Tällöin elämänlaadulliset tekijät korostuvat psyykkisen hyvinvoinnin ehtona.

Sosiaalisen pääoman vahvistaminen on keskeinen julkisen politiikan taholta esiin nostettu päämäärä ja yhteisösosiaalityöllinen tehtävä, kun puhutaan mielenterveyden edistämisestä. Yhteisösosiaalityön toiminnalliset tehtävät mielenterveyden edistämisen monialaisella tehtäväkentällä voidaan mallintaa mielenterveyden edellytysten puolustamiseksi, mielenterveyden edellytysten luomiseksi sekä mielenterveyden vahvistamiseksi. Yhteisösosiaalityön toiminnallisia tehtäviä toteuttamalla voidaan vahvistaa sosiaalista pääomaa ja samalla sen vastavuoroista suhdetta mielenterveyteen. Yhteisösosiaalityöllisten tehtävien kokonaisvaltainen toteuttaminen edellyttää muutosta sosiaalityön toimintakulttuurissa ja toimintarakenteissa. Sosiaalityöntekijöillä tulisi olla mahdollisuus liikkua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa joustavasti tehtävien eri tasoilla. Yhteisösosiaalityö on mielenterveyden edistämässä käyttämätön resurssi. Yhteisösosiaalityön tehtävät ja toimintakäytännöt tulisi sisällyttää osaksi suunnitelmallista hyvinvointi- ja mielenterveyspolitiikan käytännön toteutusta.

Abstract

The aim of this study has been to determine the function of community social work in the field of mental health promotion. The study is a professional licentiate thesis and is part of the specialised education programme for professional social workers. Mental health promotion is investigated as a social scientific question. This is a qualitative theoretical study and its aim is to raise awareness about the subject, create theoretically-sustainable viewpoints and a meaningful entity. It also has the practical aim of creating knowledge about the professional practice of community social work. The theoretical analysis of this study is based on critical social theory and critical social work base as well the theory of human action, which in this study are represented by Paulo Freire's theory of critical dialogue as well as Jürgen Habermas' theory of communicative interaction. Hans-Georg Gadamer's theory of hermeneutic interpretation is used as the method of analysis, where the relationship between the material and the theory is based on a hermeneutic interpretation.

The study investigates the value of community social work in mental health promotion in the multisectoral field. Due to the strengthening of communities strategy, a greater contribution is expected from mental health promotion. However, community social work has relatively few practical opportunities to operate in this domain. The place of mental health promotion is examined from the premise of welfare protection. This means that the quality of life factors are emphasised as a prerequisite for mental health.

The strengthening of social capital has come to the forefront as a central objective of policy makers and a function of community social work, when it is a matter of mental health promotion. The practical functions of community social work in mental health promotion can be defined as advocating the prerequisites for mental health, mediating the conditions for mental health as well as improving mental health. Through the implementation of the practical functions of community social work, social capital can be strengthened and at the same time its reciprocal relationship with mental health facilitated. In order for the entirety of the functions to be realised, modifications in the culture and structure of social work are required. Social worker need to have the opportunity to move flexibly within the social health services structure. Community social work is an unused resource in mental health promotion. The tasks and professional practice of community social work must include some systematic implementation of practical mental health policy.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TUTKIMUKSELLISET RAJAUKSET	8
2.1 Tutkimuksen kehys.....	8
2.2 Tutkimustehtävä sekä sen käytännölliset ja teoreettiset lähtökohdat.....	9
2.3 Teoreettinen viitekehys.....	11
2.3.1 Paulo Freiren dialogisen toiminnan teoria.....	12
2.3.2 Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria.....	14
3 TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLISET RAJAUKSET	18
3.1 Hyvinvointi.....	18
3.2 Hyvinvoinnin edistäminen.....	23
3.3 Mielensterveys.....	25
3.4 Mielensterveyden edistäminen.....	27
3.5 Yhteisösosiaalityö.....	31
4 TUTKIMUSMETODOLOGISET RATKAISUT	37
4.1 Tutkimusmetodin perustelu.....	37
4.2 Tutkimusaineisto.....	38
4.3 Analyysimenetelmä ja tulkinta.....	39
4.4 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat.....	40
5 YHTEISÖSOSIAALITYÖN YHTEISKUNNALLINEN TEHTÄVÄ MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	45
5.1 Mielensterveyspolitiikasta nousevat yhteisösosiaalityölliset haasteet.....	45
5.2 Sosiaali- ja terveystalitiikasta nousevat yhteisösosiaalityölliset haasteet.....	48

6 YHTEISÖLLISYYS MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	55
6.1 Osallisuus ja osallistuminen yhteisöllisenä siteenä.....	55
6.2 Sosiaalinen tuki yhteisöllisenä voimavarana.....	57
6.3 Sosiaalinen pääoma ja mielenterveys.....	59
7 YHTEISÖSOSIAALITYÖ MIELENTERVEYDEN EDELLYTYSTEN PUOLUSTAJANA	65
7.1 Mielenterveyden edellytysten puolustaminen.....	65
7.2 Hyvinvointipoliittinen vaikuttaminen.....	71
7.3 Sosiaalisten oikeuksien puolustaminen.....	76
8 YHTEISÖSOSIAALITYÖ MIELENTERVEYDEN EDELLYTYSTEN LUOJANA	81
8.1 Yhteisöjen kehittäminen.....	81
8.2 Vuorovaikutteinen suunnittelu.....	82
8.3 Osallistava kehittäminen.....	87
9 YHTEISÖSOSIAALITYÖ MIELENTERVEYDEN VAHVISTAJANA	93
9.1 Sosiaalisen ulottuvuuden vahvistaminen.....	93
9.2 Kykyjen, voiman ja vallan vahvistaminen.....	97
9.3 Vuorovaikutteisen toiminnan vahvistaminen.....	100
10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	106
LÄHTEET	112

1 JOHDANTO

”Sairastumista seuraa köyhyys ja köyhtymistä sairaus: Siinä ikiliikkuja, joka pyörii jo hurjaa vauhtia. Ihminen on sekä kokonaisuus, joka on enemmän kuin ongelmiensa summa, että myös sosiaalinen olento, joka kuihtuu ilman yhteyttä ja osallisuutta ympäristöönsä ja yhteisöön. Pitkäkestoinen köyhtyminen vaikuttaa siihen, että sosiaaliset suhteet vähenevät ja sosiaalinen epävarmuus tulevaisuudesta ja mahdollisuuksista lisääntyy. Toivo katoaa. Jotta ei sairastu, on kyettävä rakentamaan identiteettinsä uudelleen, selviytymään karuissa olosuhteissa, löytämään kestäviä itsearvostuksen lähteitä ja yhteisvastuullisuutta.” (Virpi Vesterinen 2004, 43.)

Terveys – erityisesti mielenterveys – on yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvoinnin edellytys. Viime vuosina lisääntyneet hyvinvoinnin ongelmat ovat tulleet ilmi lisääntyneinä mielenterveyden häiriöinä. Mielenterveyden ongelmat liittyvät monella tavalla muuhun yhteiskunnalliseen huono-osaisuuteen ja ne yhdessä voivat synnyttää syvenevän kierteen, josta nouseminen niin taloudellisesti kuin henkisesti on vaikeaa. Lukuisin tutkimuksin on osoitettu elinolosuhteiden yhteys terveyteen. On olemassa myös tutkimuksia sosiaalisen tuen ja yhteisöllisyyden mielenterveyttä edistävästä vaikutuksesta. Jostain syystä länsimaissa mielenterveyden häiriöt nähdään pitkälti yksilötason ongelmina, vaikka taustalla olisikin yksilöiden ja yhteisöjen elämään vaikuttavia yhteiskunnan rakenteellisia tekijöitä. Sairauksien hoitoon panostetaan enemmän voimavaroja kuin terveyden edistämiseen. Mielenterveyspalvelujen kasvava tarve on johtanut mielenterveystyön kriisiin, jossa vain osa avun tarvitsijoista saa tukea ongelmissaan. Nykyään ollaan tilanteessa, jossa palvelujen tarve on johtanut niiden jatkuvasti kasvavaan kysyntään. Vastausta mielenterveyskysymykseen tuskin löydetään palvelujen lisäämisestä, vaan sen sijaan ratkaisua täytyy etsiä mielenterveyden edistämisen alueelta.

Mielenterveyspalvelujen hallinnointi on ollut pitkälti lääketieteen aluetta. Näyttää kuitenkin siltä, että lääketieteellinen lähestymistapa ei yksin ratkaise mielenterveyskysymystä, vaan tarvitaan sektorirajat ylittävää yhteistoimintaa. Mielenterveyspoliittisia ohjelmia on alettu laatia entistä enemmän sosiaalista näkökulmaa painottaen. Mielenterveyspolitiikassa korostetaan mielenterveyden edistämisen ja vahvistamisen sekä mielenterveyden häiriöitä ehkäisevien ratkaisujen huomioimista kaikessa julkisessa politiikassa. Ratkaisua mielenterveyden kysymykseen

on alettu hakea myös niin sanotusta yhteisöllistämisen politiikasta ja toiminta-ajatuksista. Yhteisösuuntautuneiden toimintakäytäntöjen kehittäminen tulee nykyisin esille kaikissa Euroopan Unionin ja Suomen hyvinvointi- ja terveystaloudellisissa linjauksissa. Yhteisöllisyys ja yhteisöjen kehittäminen on kirjattu monenlaisiin ohjelmajulistuksiin ja esimerkiksi kuntien hyvinvointistrategioihin. Taustalla on ajatus siitä, että yhteisöjen pirstoutumisesta on tullut niin yksilöiden, yhteisöjen kuin yhteiskuntienkin menestymisen uhkatekijä.

Yhteisöllistämisen strategian myötä sosiaalityöltä on alettu odottaa aktiivisempaa osallistumista muun muassa mielenterveyden edistämisen tehtävään. Vaikka sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on sosiaalityön tehtävä, sosiaalityöllä on ollut suhteellisen vähän toimintamahdollisuuksia terveyssektorilla. Nykyiset haasteet kohdistuvat erityisesti siihen, kuinka yhteisöjä koskevaa tietoa voidaan hyödyntää mielenterveyttä tuottavan sosiaalisen pääoman vahvistamisessa. Koska mielenterveyden edistämisen sisältöä sosiaalityön osalta ei erilaisissa kehittämissuunnitelmissa ole kuvattu sen tarkemmin, on tärkeää osallistua toimintakäytäntöjen kehittämiseen sosiaalityön sisältä päin.

Kiinnostus tätä tutkimusaihetta kohtaan on syntynyt käytännön työstä lähtevistä kysymyksistä ja huolenaiheista. Olen työskennellyt useita vuosia sosiaalityöntekijänä erikoissairaanhoidossa aikuispsykiatrisella vastaanotto-osastolla, missä hoidetaan henkilöitä, joilla on vakava mielenterveyden häiriö tai psyykinen sairaus. Terveysongelmien lisäksi potilaiden sosiaalisissa olosuhteissa on miltei poikkeuksetta vakavia puutteita. Huono psyykinen terveys tarkoittaa usein samanaikaisesti huonoa taloudellista asemaa, puutteellisia elinoloja ja vaikeuksia ihmissuhteissa. Vakaviin psyykkisiin häiriöihin sairastutaan usein jo varhaisaikuisuudessa. Vuorovaikutus vaikeutuu hankalien oireiden ja oudon käyttäytymisen takia. Ihmisen elämänkaareen luonnollisena osana kuuluvat asiat jäävät usein saavuttamatta. Oman perheen perustaminen, ammatillinen kouluttautuminen ja työpaikka ovat monille vain haaveita, joita vaille jääminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä. Taloudellinen toimeentulo saattaa lopun elämän olla pienimmän mahdollisen etuuden varassa. Myöskään sosiaalista tukea ei ole riittävästi saatavilla. Ympäristö jättää psyykkisesti sairaat ihmiset herkästi ulkopuolelle yhteisestä elämänmenosta. Köyhyys, yksinäisyys, turvattomuus ja mielekkään tekemisen puute murentaisi kenen tahansa itsetunnon ja terveyden.

Yhteydenpito toisiin ihmisiin rajoittuu, koska mielenterveyskuntoutujilla on vain vähän mahdollisuuksia työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Monet potilaista palaavat toistuvasti sairaalahoitoon siitä syystä, että resursseja kuntoutumisen tukemiseen ei ole löytynyt. Sairaalaosastosta on muodostunut joillekin ainoa yhteisö, jossa heidät hyväksytään omana itsenään.

Mielenterveystyön toimintaympäristöt ovat Suomessa tänä päivänä pitkälti sairaala- ja laitoskeskeisiä. Koska osastolla hoitoajat nykyisin kestävät vain muutamista päivistä muutamiin viikkoihin, sosiaalisen tilanteen tutkimus ja olosuhteisiin vaikuttaminen jää usein pinnalliseksi ja sattumanvaraiseksi. Sairaalassa sosiaalityöltä odotetaan paljon, mutta sillä on vain vähän mahdollisuuksia vaikuttaa potilaiden arkielämän olosuhteisiin. Sosiaalityön tehtävän tärkeys tunnustetaan, mutta asiantuntijuudelle ei aina tunnu löytävän riittävästi sijaa lääketieteellisessä toimintaympäristössä. Sosiaalityön tehtävä mielenterveystyössä saattaa hämärtyä, kun ammatillista kehittymistä ohjaa enemmän erilaisten terapiasuuntausten, kuin itse sosiaalityön teoreettiset ja ideologiset perusteet. Vaikka sosiaalityöntekijällä pitäisi olla kosketuspinta potilaiden elämässä selviytymiseen, näköalat jäävät helposti sairaalan seinien sisäpuolelle. Työn vaikuttavuuden arviointi jää arvoitukseksi potilaan kotiutuessa sairaalasta. Vaikka vakavia puutteita elinoloissa havaitaan, ei kunnilla ole tarpeeksi resursseja niiden korjaamiseen. Nykyisessä palvelujärjestelmässä sosiaalityöllä ei tällä hetkellä Suomessa ole todellista toimintakontekstia mielenterveyden edistämisen alueella. Mielenterveysosiaalityöhön kaivataan oman teoreettisen ja ideologisen perustan vahvistamista sekä menetelmien kehittämistä.

Suomalaisen sosiaalityön tutkimuksen piirissä yhteisöosiaalityöhön liittyvä tutkimustoiminta on lisääntynyt muun muassa yliopistoverkosto SOSNET:n myötä. Myös mielenterveyskysymyksiä koskeva tiedontuotanto ja julkaisu-toiminta ovat lisääntyneet viime vuosina. Tämä kertoo mielenterveysosiaalityötä koskevasta käytäntöjen kehittämisen tarpeista maassamme. Tähän mennessä ilmestyneet ammatilliset lisensiaatintutkimukset lähestyvät mielenterveyskysymystä erilaisista käytäntölähtöisistä näkökulmista. Tutkimuksen aihepiiriin kuuluvaa tutkimusta on olemassa paljon liittyen sosiaalisen ympäristön ja sosiaalisen tuen vaikutuksista mielenterveyden häiriöiden ilmenemiseen. Viimeisin keskustelu yhteisöosiaalityön

toimintakäytäntöjen soveltamisesta mielenterveyden edistämiseen on alkanut vasta 1990-luvulla (Stromwall & Hurdle 2003, 206-207).

Mielenterveyden edistämisen ajankohtaisuus on lisännyt sosiaalityön piirissä myös tutkimuksellista kiinnostusta. Aihepiiriä tutkitaan esimerkiksi Englannissa Birminghamin yliopiston monitieteisen mielenterveyden huippuyksikössä sosiaalityön professori Ann Davisin johdolla. Myös suomalaisten tutkijoiden kanssa vuoropuhelua harrastanut englantilainen sosiaalityön professori professori Paul Stepney ja yhdysvaltalaiset sosiaalityön professorit Steven Rose ja Harry Specht edustavat kriittisen yhteisösosiaalityön näkökulmaa mielenterveystyön alalla. Suomalaisista yhteisösosiaalityön teoreetikoista emeritusprofessori Simo Koskisen ja YTT, yliopiston opettaja, dosentti Irene Roivaisen sekä professori Aila-Leena Matthiesin tuotannot ovat keskeisellä sijalla tutkimukseni lähtökohtia ajatellen. Mielenterveysosiaalityötä edustava YTM, yliopiston lehtori Anna Metteri on tuonut mielenterveysosiaalityötä koskevaan keskusteluun oman kriittisen näkökulmansa.

Omalla tutkimuksellani on sekä teoreettinen sekä käytännöllinen tavoite. Tutkimus on luonteeltaan teoreettinen tutkimus. Siinä kysytään, mikä on yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä. Tutkimukseni edustaa yhteisösosiaalityötä ja täydentää muita ammatillisia lisensiaatintutkimuksia sosiaalityön alalla. Tutkimuksen teoreettisena tavoitteena on vahvistaa yhteisösosiaalityön tietopohjaa mielenterveystyössä. Tutkimuksen käytännöllisenä tehtävänä on lisätä yhteisösosiaalityön idean soveltamista mielenterveyden edistämisen tehtävässä ja tuoda tutkimus osaksi keskustelua sosiaalityön merkityksestä hyvinvointiyhteiskunnan kehittämisessä.

2 TUTKIMUKSELLISET RAJAUKSET

2.1 Tutkimuksen kehys

Tarkastelen tutkimuksessa mielenterveyttä ja mielenterveyden edistämistä sosiaalitieteellisenä ja sosiaalityöllisenä kysymyksenä. Keskeisenä tutkimustehtävänä on selvittää, mikä on yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämisen alalla. Vastauksen löytämiseksi kohdistan tarkasteluni siihen sosiaalityölliseen tehtävään, joka nousee esiin julkisen yhteiskuntapolitiikan taholta väestön mielenterveyden edistämisen monialaisessa tehtävässä. Toisaalta selvitän, mitä toiminnallisia eli käytännöllisiä tehtäviä toteuttamalla yhteisösosiaalityö selviää sille annetusta yhteiskunnallisesta tehtävästä.

Tutkin mielenterveyskysymystä sosiaalisen tiedon näkökulmasta. Tällä tarkoitan sitä, että tarkastelunäkökulmaa ohjaa tieto ihmisen ja yhteiskunnan välisestä suhteesta sekä tieto toiminnasta, jolla edistetään yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvointia. Sosiaalinen tieto kertoo siitä, mitä tänä päivänä on olla yhteiskunnan jäsen ja mitä se merkitsee mielenterveyden kannalta. Sosiaalinen tieto koskee myös sitä, mitä hyvä mielenterveys edellyttää ja miten sitä voidaan tietoisesti tuottaa tai vahvistaa. Tieto on välttämätöntä sosiaalityön kohdentamisen kannalta. Sosiaalityöntekijän täytyy tuntea ne tekijät yhteiskunnassa, joista aiheutuu riski psyykkiselle hyvinvoinnille. Vasta tämän jälkeen on mahdollista edistää hyvinvointia ja ehkäistä hyvinvoinnin ongelmia.

Tutkimus on luonteeltaan teoreettinen tutkimus, jonka tavoitteena on lisätä ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta aihepiiristä, tuottaa siitä teoreettisesti kestäviä näkökulmia ja mielekäs tutkimusaihetta käsittävä tietokokonaisuus. Samalla tutkimus on laadullinen tutkimus. Tällä tarkoitan sitä, että tutkimus- ja tulkintaprosessi etenevät toisistaan erottamattomana johdonmukaisena kokonaisuutena, ja että tutkimuksen aineistonhankinta, tutkimus- ja analyysimenetelmät sekä tulokset perustuvat laadulliseen, ei-numeraaliseen kuvaukseen ja tulkintaan (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 13-15). Tutkimusaihe ja siihen liittyvät kysymykset ovat teoreettisia, mutta taustalla on myös oma kokemuksellisuus ja sen kautta syntynyt esiymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusongelmaksi on nostettu aihe, joka on haluttu tuoda osaksi julkista keskustelua. Tutkimusaiheen teoreettinen luonne on ohjannut ja rajannut tutkimusprosessin aikana

eteen tulleita käsitteellisiä, aineiston hankintaan ja tutkimusmenetelmään liittyviä valintoja.

Tutkimusaineisto, josta etsitään vastauksia tutkimuskysymykseen, on kriittisesti valikoitua tieteellistä kirjallisuutta ja muuta kirjallista materiaalia, jonka on tarkoitus toimia apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Vrt. Eskola & Suoranta 1998, 62). Tutkimusaineistoa tarkastellaan kriittisen sosiaalisen toiminnanteorian ajatuspohjan kautta. Tutkimusmenetelmän suhde aineistoon perustuu ymmärtävään hermeneuttiseen tulkintaan. Tavoitteena on tulkitsijan ja aineiston välinen vuoropuhelu, refleктоiva pohdinta sekä ymmärrystä lisäävät tulkintaehdotukset. Itselläni on tutkimuksessa subjektin rooli. Osallistun aktiivisesti tiedon hankintaan ja tuottamiseen eli olen itse osa tiedon tuottamisen prosessia. Samalla kun tutkimuksessa tavoitellaan aihetta koskevaa järjestelmällistä tietokokonaisuutta, tutkimuksella on myös käytännöllinen tavoite sovellettavan tiedon tuottamisessa sosiaalityön käytäntöjä varten. Tutkimuksen voidaan katsoa täyttävän ne edellytykset, joita vaaditaan soveltavalta käytäntötutkimukselta. (kts. Satka ym. 2005, 9-19).

Tutkimuksen ongelmanasettelu ja aihe liittyvät sosiaalityön käytäntöihin. Se pyrkii palvelemaan erityisesti yhteisösosiaalityön ammatillista kehittämistä mielenterveystyön alalla. Samalla tutkimuksella on pyrkimys palvella muita yhteiskunnallisia toimijoita erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon alalla, tuottamalla tietoa yhteisösosiaalityöstä ja sen toimintamahdollisuuksista mielenterveyden edistämisen monialaisessa tehtävässä. Yhteiskuntakriittisen tarkastelunäkökulman pyrkimys on myös palvella kansalaisia ja mielenterveyspalvelujen käyttäjiä puolustamalla heidän oikeuttaan osallistua yhteisölliseen elämään.

2.2 Tutkimustehtävä sekä sen käytännölliset ja teoreettiset lähtökohdat

Tutkimuksen tehtävänä on tutkimusaihetta koskevan järjestelmällisen tietokokonaisuuden muodostaminen. Tutkimuksella on sekä tiedolliset että käytännölliset eli toiminnalliset tavoitteet. Teoreettisena eli tiedollisena tavoitteena on tuottaa tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, mikä on yhteisösosiaalityön tehtävä

mielenterveyden edistämisen alalla. Kysymykseen sisältyy yhteisösosiaalityön yhteiskuntapoliittisten perusteluiden, yhteiskunnallisen toimintapaikan, asiantuntijuuden sekä toimintakäytäntöjen tarkastelua, mutta pääasiallinen tutkimustehtävä on nimenomaan yhteisösosiaalityön mielenterveyttä edistävän tehtävän ja sen sisällön määrittämisessä. Tutkimuksen lähtökohdat ovat ymmärtämisen ja vaikuttamisen tutkimusperinteissä. Tiedon tuottamisen tarkoituksena on vahvistaa yhteisösosiaalityön tietoperustaa sekä edistää sen soveltamista mielenterveyden edistämisen toimintakäytäntöihin. Tavoitteena on liittää tutkimus osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevaa tieteellistä ja yhteiskuntapoliittista keskustelua.

Aiheen valinnan perusteluna on omasta ammatillisesta kokemuksesta nouseva huolenaihe, joka koskee sosiaalityön rajattuja toimintamahdollisuuksia mielenterveystyön tehtäväkentällä. Kysymys siitä, miten mielenterveyden edistämisen tehtävässä ja yleensäkin mielenterveystyössä voitaisiin hyödyntää yhteisösosiaalityön erikoisosaamista, on tutkimuksen peruslähtökohta. Johtavana tutkimusintressinä on ollut tahto ymmärtää yhteisösosiaalityön teoreettisia ja käytännöllisiä perusteita nykyistä syvällisemmin. Henkilökohtaisena tavoitteenani on, että tutkimustyö mahdollistaa oppimisprosessin, jossa voin arvioida kriittisesti omaa työtäni ja reflektoida uutta tietoa suhteessa aikaisemmin opittuun tietoon. Haluan liittää yhteisösosiaalityön erikoisalaa käsittävän tietokokonaisuuden osaksi omaa ammatillisuuttani, asiantuntijuuttani ja ammatti-identiteettiäni. Tutkijana asettaudun tiedon tuottamisessa subjektin asemaan. Tarkoitin tällä sitä, että itselläni on henkilökohtainen rooli toimijana, tulkitijana sekä tiedon rakentajana. Vaikka tutkimuksen tekemisen lähtökohtana on henkilökohtainen tavoite kehittää omaa ammatillisuutta, toivon, että tutkimuksen johtopäätöksillä on myös yleisempi merkitys yhteisösosiaalityön ammatillisen toiminnan kehittämistä ajatellen.

Tutkimuksen teoreettinen tarkastelutapa pohjautuu kriittisen sosiaalisen teorian ja kriittisen sosiaalityön lähtökohtiin sekä inhimillisen toiminnanteorian perusteisiin. Haaparannan ja Niiniluodon (1998, 24-26) mukaan teorian tehtävä on toimia tutkimukselle eräänlaisena ajatuspohjana, joka ohjaa uuden tiedon etsintää samalla kun se jäsentää ja auttaa systematisoimaan havaintojamme. Teoria kertoo, millaisia olioita maailmassa on ja miten nämä oliot säännönmukaisesti liittyvät toisiinsa. Teoreettinen

ajattelumalli voi toimia tutkimusfilosofisena ja maailmankuvallisena viitekehysenä, jonka kautta tutkimusaineistosta esiin tulleita havaintoja tarkastellaan. (em.)

Kriittiset sosiaaliset teorit korostavat vallan, tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden kysymyksiä yhteiskunnassa. Kriittisessä perinteessä ymmärretään, että sosiaalinen muutos on mahdollista vuorovaikutteisen toiminnan kautta (Freire 2005, 43-55). Kriittisessä sosiaalityössä ihminen nähdään toimintayhteydessään. Tarkastelu kohdistetaan yksilön ja yhteiskunnan suhteeseen, sosiaalityön toimintaympäristön valtarakenteisiin sekä sosiaalityön omaan asemaan ja toimintaan näissä rakenteissa (Fook 2005, 5). Kriittinen perspektiivi nostaa keskeiselle sijalle sosiaalityön arvot ja eettiset kysymykset. Keskeisesti kiinnitetään huomiota oikeudenmukaisuuden ja vallan kysymyksiin yksilön ja ympäristön suhteessa. (Fook 2004, 20.)

Näen yhteisösosiaalityön yhteiskuntapoliittisena toimintana ja sosiaalityöntekijän kokonaisvaltaista sosiaalista muutosta edistävänä toimijana ja poliittisena vaikuttajana. Sosiaalityön asiakas tulee nähdä aktiivisena subjektina, jolla on mahdollisuus muuttaa ympäröivää todellisuuttaan voidakseen hyvin. Jotta yhteisösosiaalityö voisi toimia sosiaalisen muutoksen välineenä, täytyy hyvinvoinnin edellytykset ja esteet tunnistaa. Työntekijän täytyy tiedostaa myös oma tehtävänsä, asiantuntija-alueensa ja roolinsa yksilön ja yhteiskunnan välisessä suhteessa sekä hallita ne toimintakäytännöt, joilla hyvää elämää ja hyvää terveyttä voidaan edistää.

2.3 Teoreettinen viitekehys

Tutkimusta ohjaava kriittinen tarkastelutapa pohjautuu Paulo Freiren dialogisen toiminnan teorian sekä Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teorian mukaisiin ajattelumalleihin ihmisen ja yhteiskunnan välisestä vuorovaikutteisesta suhteesta. Nämä kriittiset yhteiskuntateoriat luovat tähän tutkimukseen perustan tiedon rakentamiselle eettis-moraalisesta näkökulmasta. Siinä kysytään millainen on oikeudenmukainen yhteiskunta ja miten oikeudenmukainen kohtelu yhteiskunnassa toteutuu. Epäoikeudenmukaisuuden ja eriarvoisuuden perusta on joidenkin ihmisten tai ihmisryhmien kohtelu alempiarvoisina. Sosiaalityön tehtävä on edistää tasa-arvoa ja oikeudenmukaista kohtelua. Teoreettinen kehys luo perustan tutkimuskysymysten

systemaattiselle jäsentämiselle. Perspektiivi auttaa paikantamaan sosiaalityön tehtävää yksilön ja yhteiskunnan välisessä suhteessa.

2.3.1 Paulo Freiren dialogisen toiminnan teoria

Brasilialaisen pedagogi Paulo Freire (1921-1997) kirjoitti teoksensa *Pedagogia do Oprimido* (Sorrettujen pedagogiikka) vuonna 1970. Hänen ajattelulleen perustuu kokonainen kriittinen yhteiskuntafilosofia, johon sisältyy sekä maailmankuvallinen, elämäkatsomuksellinen että ihmiskäsityksellinen näkemys ihmisen ja häntä ympäröivän sosiaalisen todellisuuden välisestä suhteesta. Sorrettujen pedagogiikasta käytetään eri termejä, kuten dialogisen toiminnan teoria, vapautuksen pedagogiikka, tiedostamiskasvatus, kriittinen kasvatus ja radikaali kasvatus. Kriittisyys merkitsee sitä, että Freire nostaa vallitsevat epätasa-arvoisuuden kysymykset käsittelyyn ja tarkastelee maailmaa heikompiensa näkökulmasta. (Tomperi 2005, 9.)

Freiren yhteiskuntafilosofia ja sen nykysuuntaukset vaikuttavat tänä päivänä kriittisinä ja radikaaleina suuntauksina kasvatuksen alalla, mutta myös muissa auttamisammateissa, kuten sosiaalityössä. Suomessa käytäntöjä on sovellettu muun muassa erilaisissa sosiaali- ja terveysalan hankkeissa, joissa pyrkimyksenä on ollut yhteiskunnallisen osallisuuden ja elämäntilanteen lisääminen. Myös monien kansalaisjärjestöjen toiminnassa ja periaatteissa korostetaan freirelaista yhteiskuntakriittisyyttä ja ihmisyyden etiikkaa. (Tomperi & Suoranta 2005, 222). Freiren pedagogiikan ydinsanoma on ihmisten kyvyssä ja mahdollisuudessa toteuttaa täydempää ihmisyyttä keskinäisessä yhteisyydessä ja muuttaa maailman sosiaalista todellisuutta oikeudenmukaisemmaksi ja tasa-arvoisemmaksi aidon kohtaamisen ja keskinäisen dialogin mahdollistaman tiedostamisen kautta. Freire toivoi ajattelunsa herättävän ihmisissä toivon siitä, että muutos maailmassa on mahdollista aikakaudesta ja ongelmista riippumatta. Inhimillisyyttä, ihmisten välistä yhteyttä, myötätuntoa ja ihmisrakkautta korostavaa ajattelua voidaan pitää myös yhteisösosiaalityön eettisenä ja moraalisenä arvolähtökohtana.

Freiren maailmankuvassa ja ihmiskäsityksessä on kysymys ihmisen ja maailman välisestä suhteesta. Kuvamme maailmasta on sisäistetty käsityksemme siitä, miten hahmotamme maailman ja oman yksilöllisen paikkamme ja tulevaisuutemme siinä. Maailmankuvaan sisältyy myös käsitys ihmisryhmien ja koko ihmiskunnan

mahdollisuuksista vaikuttaa maailman tulevaisuuteen. Henkilökohtaisissa elämäkatsomuksissamme ilmenevät enemmän tai vähemmän tiedostetut elämänarvot, asenteet ja uskomukset, jotka antavat motivaation elämälle. Motivaatiota ohjaa ihmisen pyrkimys toteuttaa hyvää elämää, vaikka se saakin vääristyneitä ilmenemismuotoja. Freiren maailmankuvaa ohjaa dialektinen ajattelu, jonka mukaan maailma ja toiminta ovat toisistaan riippuvaisia. Tähän suhteeseen perustuu koko Freiren teorian ydin. Ihmiset ja maailma eivät ole erotettavissa toisistaan, vaan ne ovat jatkuvassa vuorovaikutussuhteessa. Ihmistä ympäröivä todellisuus koostuu ihmisen ja luonnon suhteesta sekä suhteesta sosiaaliseen todellisuuteen. Maailmassa ilmenevä sosiaalinen todellisuus, toisin kuin luonto, on kokonaan ihmisen luoma. Ihmisen tehtävä ja velvollisuus on luoda maailmaa yhdessä toisten kanssa paremmaksi. Ihminen on olemukseltaan kommunikatiivinen olento, joka tarvitsee vuorovaikutuksessa olemista toisten kanssa ollakseen aidosti ihminen. Kyky kommunikaatioon luo ihmisille mahdollisuuden sosiaaliseen muutokseen vuorovaikutteisen yhteistyön ja yhteistoiminnan kautta. (Hannula 2000, 84-87; Freire 2005, 43-55, 142.)

Sosiaalisen muutoksen päämäärä on muuttaa sosiaaliset rakenteet sellaisiksi, että ne mahdollistavat ihmisten itsensä toteuttamisen ja kasvun ihmisenä. Freirelaisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on keskeneräinen ja hänellä on kutsumus saavuttaa täydempi ihmisyyys. Kasvaminen ihmisyyteen voi vääristyä myös epäinhimilliseen suuntaan. Tämä ilmenee epäoikeudenmukaisuutena, riistona, väkivaltana ja sortona. Tällainen tilanne on Freiren mukaan seurausta yhteiskunnan epäoikeudenmukaisista rakenteista. Sekä sorretut että sortajat ovat ihmisyyden kasvun vääristymisen ilmentymiä. (Hannula 2000, 84-86; Freire 2005.) Epäoikeudenmukaisuus kohdistuu ihmisiin, joilla ei ole mahdollisuutta yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Tämän seurauksena ihminen vieraantuu ihmisenä olemisesta. (Hannula 2000, 59-63.) Usko ihmisen kykyyn muuttaa omia elämänolosuhteitaan sisältää ajatuksen toivosta. Ihminen, joka on vieraantunut omasta elämästään, yhteisöistä ja yhteiskunnasta, kokee vaikutusmahdollisuutensa olemattomana. Freiren ajattelun sanoma on, että kaikilla ihmisillä tulee olla yhtäläinen oikeus saada äänensä kuuluviin ja osallistua tulevaisuuden rakentamiseen. (Hannula 2000, 65-69.)

Dialogisen toiminnan teoriassa ihminen käsitetään kulttuurisena olentona ja toimijana. Ihminen on Freiren mukaan puhtaasti toiminnallinen olento, jonka olemassaolo koostuu

toiminnasta ja ajattelusta. Toiminta on tietoista ja sen päämääränä on maailman muuttaminen. Tästä toiminnasta Freire käyttää käsitettä *praksis*. (Freire 2005, 139-140.) Koska ihminen on kommunikoiva, yhteistoiminnallinen olento, ihmisryhmät muodostuvat keskenään kommunikoivista toimijoista. Vasta kommunikaatio, yhteinen ajattelu ja osallistuminen tekevät ihmiselämän merkitykselliseksi. Ihmiset kohtaavat kommunikatiivisessa toiminnassa muuttaakseen maailman inhimillisemmäksi keskinäisessä dialogissa tapahtuvan reflektion ja toiminnan kautta. (Freire 2005, 142-152.) Vaikuttaminen on keskustelua. Dialogi on yhteys ihmisten välillä, joka mahdollistaa sosiaalisen todellisuuden muutoksen. Dialogi on olemassa olemisen ehto ja sen kautta saamme merkityksemme ihmisinä. (Freire 2005, 95-97.)

Freiren ajattelussa sosiaalisen muutoksen mahdollisuus perustuu ihmisen kykyyn muuttaa omia elämänolosuhteitaan ja ympäröivää sosiaalista todellisuutta ihmisten keskinäisessä dialogissa tapahtuvan tiedostamisprosessin kautta. Muutos sosiaalisissa rakenteissa, toimintatavoissa ja käytännöissä johtavat muutokseen myös elämänolosuhteissa. Ihmisten keskinäinen dialoginen yhteys edellyttää kykyä asettua heikompiosaisten asemaan ja kohtaamista tasa-arvoisessa suhteessa. Freire korostaa vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa uskoa ihmisten kykyyn ja mahdollisuuksiin vaikuttaa. Usko ihmiseen luo toivoa siitä, että nekin jotka jäävät helposti vaikuttamisen mahdollisuuksien ulkopuolelle, pääsisivät osalliseksi dialogista. Dialogilla on aina päämäärä ja tavoite yhteisyyden luomisessa, jotta nekin, jotka muuten jäisivät vaille vaikuttamisen ääntä, voisivat osallistua elämänolosuhteidensa muuttamiseen. (Freire 2005, 96, 186-192.)

2.3.2 Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria

Habermasin kriittisen yhteiskuntateorian pohjana on kommunikatiivisen toiminnan teoria. Kyösti Raunio (1993) toteaa, että kommunikatiivisen toiminnan teoria tekee mahdolliseksi analysoida sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön lähtökohtia arkielämän eli elämismaailman näkökulmasta. Teoria auttaa myös ymmärtämään, mikä merkitys vuorovaikutteisella toiminnalla ja toimijoiden välisillä suhteilla on yhteiskunnalliseen muutoksen ja hyvinvoinnin systemaattiseen edistämiseen. Kommunikatiivinen toiminta on yhteisymmärrykseen suuntautuvaa kielellistä toimintaa, jossa toimintaa ei ohjaa

yksilökeskeinen menestymisen tavoittelu, vaan pyrkimys molemminpuoliseen yhteisymmärrykseen. (Raunio 1993, 83, 90-91).

Habermasin teorian keskeinen väite on, että hyvän ja onnellisen yhteiskunnan toteuttaminen on mahdollista ainoastaan ottamalla ihmisten elinolosuhteita koskevat kysymykset järkipäisen käsittelyn kohteiksi (Kangas 1987, 4-5, 107). Teorian mukaan hyvän elämän sisällöllisiä kysymyksiä käsitellään kommunikatiivisessa keskustelussa, johon liitetään tasa-arvoa korostava muutosvaatimus. Ihmisten välinen epäoikeudenmukaisuus ja epätasa-arvo ilmenevät tosiasiallisissa elämänolosuhteissa ja toimintamahdollisuuksissa. Jotta hyvinvoinnin oikeudenmukainen jakautuminen toteutuisi, täytyy kaikilla osapuolilla olla samanlaiset mahdollisuudet osallistua asian ratkaisuun kommunikatiivisessa vuorovaikutuksessa. (Kajanoja 1996, 21-32.)

Demokraattisessa yhteiskunnassa julkisuus toimii valtion ja kansalaisyhteiskunnan välisenä keskustelufoorumina, jossa yhteiskunnallisia normeja ja lakeja muovaavat yleiset mielipiteet muodostuvat. Habermas kritisoi sellaista julkisuutta, jossa demokraattisen päätöksenteon malli korvautuu teknokraattisella mallilla, jossa tiede ja tekniikka määräävät talouden kehitystä, eikä politiikka enää palvele käytännöllisten päämäärien saavuttamista. Poliitiikan tehtäväksi jää talouden aikaansaamien yhteiskunnallisten ongelmien korjaaminen sen sijaan, että politiikan päämääränä pidettäisiin taloudellisen kehityksen mahdollistamia moraalisia päämääriä yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Julkisuus on Habermasin mukaan menettänyt ideaalin tehtävänsä ja tämä näkyy julkisuuden hajoamisena, jolla on vaikutusta myös ihmisten välisiin yhteisöllisiin suhteisiin. (Kangas 1987, 7-10.)

Habermasin käsitys yhteisöllisestä elämänmuodosta perustuu ajatukseen, jonka mukaan yhteisöllisyyden ylläpitäminen ja jatkuminen perustuu työhön, vuorovaikutukseen ja valtaan. Yhteisön on uusinnettava itsensä materiaalisesti, kulttuurisesti ja sosiaalisesti. Todellisuuden hahmottamistapaa, joka perustuu siihen, että yhteisöllistä elämää ylläpidetään työhön perustuvan toiminnan avulla, Habermas kutsuu tekniseksi tiedonintressiksi. Tästä näkökulmasta todellisuus rakentuu tapahtumista ja niiden välisistä syy- ja seuraussuhteista. Sosiaalinen yhteisö on myös tradition ja kulttuurin muodostama kokonaisuus, jonka jatkuvuus edellyttää uusien sukupolvien sosiaalistamista yhteisöön kielelliseen vuorovaikutukseen perustuvan

kommunikatiivisen toiminnan välityksellä. Tällainen sosialisatioon pohjautuva maailmankuva perustuu niin sanottuun praktiseen tiedonintressiin. Praktinen tiedonintressi toimii perustana tieteille, jotka pyrkivät ymmärtämään yksilön ja yhteiskunnan välistä suhdetta ja pitävät päämääränään tämän suhteen edistämistä kommunikatiivisen toiminnan avulla. Kolmas tiedonintressi Habermasin luokittelussa on kriittis-emansipatorinen tiedonintressi, joka liittyy yhteiskunnalliseen vallankäyttöön, jossa inhimillinen toiminta on esineellistynyt. Esineellistyneet yhteiskunnalliset suhteet vääristävät ihmisten välisen tasa-arvoisen kommunikaation. Kriittisen yhteiskuntateorian tehtävänä on reagoida tällaiseen vääristyneeseen yhteisölliseen kehitykseen tuomalla tämä kehitys yhteisön jäsenten tietoisuuteen ja vapauttaa heidät tästä väärästä tietoisuudesta. (Kangas 1987, 10-12.)

Kommunikatiivinen rationaalisuus edellyttää ihmisiltä Habermasin mukaan puhe- ja toimintakykyisyyttä. Mikäli ihmisten toimintavalmiuksia ja kykyjä voidaan lisätä suhteessa ympäröivään sosiaaliseen todellisuuteen, merkitsee se kommunikaation esteiden ja rajoitusten vähittäistä voittamista yhteisössä. Kommunikaation avulla saavutettu ihmisten välinen yhteisymmärrys mahdollistaa hyvän elämän kysymysten käsittelyn yhteisöissä. (Kangas 1987, 18-19.) Yhteisymmärryksen pyrkivän toiminnan perusmuoto ja ainoa väline on rationaalinen argumentaatio eli diskurssi. Diskurssiin osallistujien päämääränä on yhteisymmärryksen saavuttaminen. Yksimielisyys on kuitenkin saavuttamaton ihanne, sillä keskusteluun osallistuvilla on erilainen käsitys maailmasta ja omasta itsestä. Tällainen tilanne keskustelussa johtaa ristiriitaisiin näkemyksiin etujen toteutumisesta. Konflikti voidaan nähdä kuitenkin yhteisymmärryksen edellytyksenä, sillä sen pohjalta keskustelussa voidaan tuottaa päätösehdotus. Tärkeintä on, että asenne keskustelussa on yhteisymmärryksen pyrkivä. Ideaalissa puhetilanteessa jokainen asianosainen osallistuu keskusteluun, ilmaisee ehdotuksensa ja niihin liittyvät perustelut kyseenalaistaen samalla muiden ehdotukset ja perustelut. Osallistumista haittaavat esteet, kuten eriarvoisuus, täytyy sulkea keskustelussa pois. Kommunikatiivisessa toiminnassa yhteisymmärrys ei edellytä yhteistä käsitystä hyvästä elämästä, vaan sitä, miten yhteisöä koskevissa ratkaisuisissa yksilöiden erilaiset käsitykset hyvästä elämästä sovitetaan yhteen. (Kajanoja 1996, 21-24, 64-67.)

Kajanoja kuvaa kommunikatiivista yhteiskuntaa utopiana, jonka toteutumisen edellytyksenä on tasa-arvo, sosiaalisen oikeuden toteutuminen ja etujen oikeudenmukainen jako. Vakavat terveysongelmat vaikuttavat yksilön autonomiaan, aiheuttavat vuorovaikutuksen ongelmia ja rajoittavat osallistumista yhteisölliseen elämänmuotoon. Kommunikatiivisuutta rajoittavat esteet ilmenevät eriarvona muun muassa ravinnon, asumisen, terveydenhuollon, turvallisuuden, koulutuksen, ihmisoikeuksien ja poliittisten oikeuksien suhteen. Yhteiskunnan tulisi mahdollistaa kaikille kansalaisille mahdollisimman hyvän elämän turvaavat elinolot ja toimintamahdollisuudet. Kajanoja näkee kommunikatiivisen suhtautumistavan yhteiskunnassa eettiseksi ja poliittiseksi valinnaksi, eräänlaiseksi demokratian radikaaliksi muodoksi. Tärkein tehtävä on vaikuttaa siihen, että kommunikatiivisuutta häiritsevä eriarvoisuus yhteiskunnasta poistuu. (Kajanoja 1996.)

3 TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLISET RAJAUKSET

Tutkimuksessa kuvataan ja rakennetaan todellisuutta käytettyjen käsitteiden välityksellä. Käsitteiden tarkoitus on auttaa tutkittavan ilmiön ymmärtämistä ja rajaamista. Käsitteet ovat tutkijalle työkaluja, joilla pyritään hahmottamaan ilmiötä teoreettisella tasolla sen lisäksi, että on olemassa myös tutkittavaan ilmiöön liittyviä välittömiä kokemuksia (Hirsjärvi ym. 2000, 144). Käsitteitä avaamalla selvennetään ja paikannetaan tutkimusilmiön kenttää, jolla liikutaan. Valitut käsitteet ovat samalla tutkimuksen kohteita, joista etsitään vastausta tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen teoreettiset peruskäsitteet käsitteet ovat hyvinvointi, hyvinvoinnin edistäminen, mielenterveys, mielenterveyden edistäminen ja yhteisösoseaalityö. Lisäksi tutkimusprosessin edetessä selvitetään muita tarpeellisia käsitteitä lukujen yhteydessä.

3.1 Hyvinvointi

Hyvinvoinnin käsite kuuluu sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön teoreettisiin peruskäsitteisiin. Sosiaalityön tavoite on hyvinvointi ja sen edistäminen. Sosiaalipolitiikan toiminnan tasot ovat hyvinvoinnin turvaamisessa, ongelmien korjaamisessa ja ehkäisemisessä, sekä hyvinvoinnin edistämässä (Simpura 2007). Sosiaalityön toimintakäytäntöjen kehittämisen kannalta on välttämätöntä tarkastella hyvinvointi -käsitettä sekä sen tietoperustan että käytäntöperustan kannalta. Toisin sanoen on tarpeellista problematisoida sitä, miten sosiaalityön tutkimusala ymmärtää hyvinvoinnin käsitteen ja hyvinvointia edistävän toiminnan.

Hyvinvointia kuvataan lukuisilla eri tavoilla ja erilaisia termejä käyttäen. Hyvinvointi -käsitteen sisältö vaihtelee riippuen siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan ja sen painopisteet saattavat vaihdella ajan ja paikallisten arvojen mukaan (Sauli & Simpura 2005, 5). Pauli Niemelä (2006, 67) toteaa, että hyvinvoinnin käsitteen ja sisällön määrittelyssä lähtökohtaisena kysymyksenä on se, ovatko tarkastelun kohteena makroyhteiskunnalliset eli hyvinvointivalttiolliset kysymykset vai mikrososiaaliset eli ihmisen hyvinvointiin liittyvät kysymykset. Koska ihmisten hyvinvoinnin lisääminen on tärkeä lähtökohta sosiaalityölle, käsitteen määrittely liittyy nimenomaan kansalaisten hyvinvointiin.

Hyvinvointiteorioiden ajankohtaisuus liittyy pitkälti EU:n sosiaalipolitiikan hyvinvointikäsitteen uudelleen määrittelyn tarpeeseen globaalissa maailmantaloudessa. EU:n tasolla on käynnistetty lukuisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjelmia, joissa kehitellään uusia ratkaisuja sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin. (Simpura 2007.) Sosiaalisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantaminen saa erityistä painoarvoa tämän päivän yhteiskunnassa. Kun määrittelemme hyvinvoinnin edellytyksiä, tulee meidän määritellä ne hyvinvoinnin osatekijät, jotka tekevät meistä hyvin voivia. Sama pätee mielenterveyskysymyksessä. Siinä keskeistä on määritellä, mitä hyvä mielenterveys edellyttää ja mitkä hyvinvoinnin osatekijät edistävät mielenterveyttä. Tämän tutkimuksen hyvinvointi -käsitteen tulkinnassa haluan korostaa käsitteeseen sisältyvää yhteisöllistä ja toiminnallista luonnetta. Tällä tarkoitan sitä, että hyvinvointi on tulosta mahdollisuudesta osallistua yhteisölliseen toimintaan sekä sen tuomasta osallisuuden kokemuksesta (vrt. Niemelä 2008).

Ei ole olemassa mitään yleispätevää luetteloa hyvinvoinnin edellytyksistä, vaikkakin yleisinhimilliset tarpeet määrittävät sen, mitä hyvä elämä vähimmillään sisältää. Juha Sihvola on esittänyt ”aristotelisen” listan hyvästä elämästä, joka Sihvolan mukaan on lähellä myös suomalaisen hyvinvointivaltion arvoperustaa. Aristoteles tulkitsi hyvinvoinnin onnellisuudeksi. Onnellisuus ei kuitenkaan ole vain tyytyväisyyttä, vaan kokonaisuutena onnistunutta elämää. Siinä ihminen voi toteuttaa kykyjään ja toimia ihmiselle ominaisin tavoin ja siihen sisältyy riittävästi ulkoista hyvää. Hyvä elämä toteutuu, jos ihmisellä on mahdollisuus kokea täysi elämänkaari, saada ravintoa, suojaa ja rakkautta, olla terve ja kehittää ruumiinkykyjä, harjaannuttaa haluja ja tunteita, elää tyydyttävässä suhteessa muun luonnon kanssa, solmia ihmissuhteita ja toimia erilaisissa yhteisöissä, ottaa osaa yhteisten päämäärien ja niiden tavoittamisen keinojen suunnitteluun ja tulla tunnustetuksi itsessään arvokkaana yksilönä ja kulttuurisen taustansa edustajana. (Sihvola 2004, 64)

Mitä paremmin yhteiskunta on pystynyt vastaamaan ihmisten yleisinhimillisiin tarpeisiin, sitä enemmän hyvinvoinnin käsite on saanut elämänlaadullista sisältöä ja painoarvoa. Koska hyvinvointia on ollut vaikea tulkita objektiivisesti erilaisin indikaattorein, sen ymmärtämisessä on alettu kiinnittää huomiota hyvinvoinnin subjektiiviseen kokemiseen. Yleisen aineellisen hyvinvoinnin parantuessa onnellisuus ja elämäntyytyväisyys ovat tulleet hyvinvoinnin kriteereiksi välttämättömien tarpeiden

tyydytyksen ohelle. Jouko Kajanoja toteaa, että kun olemassaolon välttämättömät aineelliset tarpeet on tyydytetty, taloudellinen menestyminen ei välttämättä enää lisää hyvinvointia, vaan saattaa jopa heikentää sitä. Ihmiset kokevat onnellisuuden osatekijöistä tärkeimpinä perhe-elämän ja perhe-elämän ihmissuhteet, hyvän terveyden, hyvät ihmissuhteet yleensä, rakkauden kokemisen ja riittävän toimeentulon. (Kajanoja 2005, 3-8.)

Hyvinvoinnin voidaan katsoa koostuvan niistä tekijöistä tai ulottuvuuksista, joilla on välttämätöntä merkitystä jokapäiväisen elämän ja arjen kannalta. Hyvinvointia voidaan tarkastella teoreettisesti erilaisia painotuksia korostavista näkökulmista, esimerkiksi tarpeista, resursseista, toimintamahdollisuuksista ja sosiaalisista suhteista lähtien (Simpura 2007). Yleinen lähtökohta on tarkastella hyvinvointia tarveteoreettisesti. Esimerkiksi Len Doyal ja Ian Gough korostavat inhimillisinä perustarpeina elämäntähtäystä ja terveyttä, joista johdetaan muut hyvinvoinnin välittävät tarpeet. Näitä ovat ravinto, asuminen, ympäristöolosuhteet, terveydenhuolto, fyysinen, henkinen ja taloudellinen turvallisuus, merkittävät ihmissuhteet ja peruskoulutus. Doyal & Gough kritisoivat käsitystä, jonka mukaan hyvinvointi ymmärretään pelkästään yksilön käytettävissä olevina resursseina henkilökohtaisen hyvinvoinnin tavoittelussa. He pitävät elämäntähtäyksen ja terveyden tärkeimpinä kriteereinä edellytyksiä osallistua yhteisölliseen elämäntähtäykseen ja vuorovaikutusta ihmisten välillä. Doyal ja Gough näkevät ihmisen yhteiskunnallisiin ehtoihin vaikuttavana olentona, jossa hänen asemansa, oikeutensa ja osallistumisensa vaikuttavat hyvinvointiin. (Doyal & Gough 1991, 50-55; Kajanoja 2005, 1-4.)

Resurssilähtöistä hyvinvointiajattelua edustaa muun muassa ruotsalainen Sten Johansson. Hänen näkemyksensä mukaan elintaso ei tule mitata tarpeiden tyydyttämisen asteella, vaan niillä resursseilla, joita henkilöllä kulloinkin on käytettävissä omien elämäntähtäyksiensä kontrolloimiseen ja tietoiseen ohjaamiseen. Hyvinvointi on Johanssonin mukaan yhtä kuin resurssit. (Sauli & Simpura 2005, 10.)

Toimintamahdollisuuksia korostavaa näkökulmaa edustaa muun muassa Amartya Sen. Sen on kehittänyt käsiteparin *functionings* (toiminnot) ja *capabilities* (kyvyt). Senin mukaan elämä koostuu toiminnoista, jotka ovat olemisia (*beings*) ja tekemisiä (*doings*). Tästä syystä hyvinvoinnin kuvauksen tulee perustua niihin. Toiminnot ovat

tapahtumista, mahdollisuuksien käyttöönottoa. Toiminnot muotoutuvat yksilön kykyjen mukaisiksi yhdistelmiksi. Hyvinvointi on kykyä saada aikaan erilaisia toimintojen yhdistelmiä. Toimintamahdollisuudet ovat valikoima yksilön käytettävissä olevia mahdollisuuksia. Toimintamahdollisuuksia ei voida sellaisenaan havaita ja niiden olemassaolo on aina päättelyn varassa. Niihin voidaan lukea vapausoikeudet sekä taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet. (Sen 1993, 30-53; Kajanoja 1996, 54-59.)

Osallisuutta ja sosiaalisia suhteita korostavia hyvinvointiteorioita edustaa Erik Allardt. Allardtin (1993, 88) mukaan hyvinvoinnin käsite viittaa pohjoismaisena hyvinvointivaltiollisena käsitteenä sekä elintasoon että elämänlaatuun. Hän korostaa kuitenkin muita pohjoismaisia hyvinvointitutkijoita, kuten Sten Johanssonia enemmän elämäntyytyväisyyttä kuin resursseja. Allardt tarkastelee hyvinvointia perustarpeiden tyydyttymisenä subjektin tulkitsemana. Inhimillisiä perustarpeita ovat aineelliset perustarpeet eli aineelliset tarpeet ja ei-henkilökohtaiset tarpeet (having). Näihin voidaan lukea terveys, tulot, asuminen, työllisyys ja koulutus. Toisena hyvinvoinnin perustana ovat ihmisten välisiin suhteisiin ja identiteettiin liittyvät tarpeet eli sosiaaliset tarpeet (loving), joihin sisältyy paikallisyhteisyys, perhesuhteet ja ystävyys. Kolmantena Allardin luokittelussa ovat yhteiskuntaan integroitumisen sekä luonnon kanssa sopuoinnussa elämisen tarpeet (being), joihin liitetään arvonanto, korvaamattomuus, poliittiset resurssit ja mielekäs vapaa-aika. Allardt pitää hyvänä hyvinvoinnin subjektiivisten ja objektiivisten komponenttien tarkastelua rinnakkain, vaikkakin hän korostaa hyvinvoinnin subjektiivisen kokemisen merkitystä (Allardt 1993, 88-94; Sauli & Simpura 2005, 13).

Jussi Simpuran (2007) mukaan hyvinvoinnin välttämättömät osatekijät ovat toimeentulo, työ, terveys, turvallisuus, toimintamahdollisuudet ja taidot. Osallisuus näistä hyvinvoinnin osatekijöistä toteutuu sosiaalisten suhteiden ja jäsenyyksien kautta. Jäsenyys toimii ikään kuin kokonaishyvinvointia lujittavana siteenä. Hyvinvointi EU:ssa pyritään määrittelemään mieluummin positiivisten kuin negatiivisten määreiden kautta. Negatiivisesta hyvinvointiajattelusta, jossa globalisaatio nähdään uhkana ihmisten hyvinvoinnille, pyritään tietoisesti pois. Perustana EU:n sosiaalipolitiikalle ovat resurssien riittävyys ja päämääränä elämäntyytyväisyys. Yhtäläiset toimintamahdollisuudet ja riittävät resurssit takaavat ihmiselle mahdollisuuden toteuttaa

henkilökohtaista potentiaalia eli hyvinvointia. Hyvinvointia koskevassa tiedontuotannossa korostetaan subjektiivista tietoa ihmisten elämäntyytyväisyydestä ja sosiaalisesta todellisuudesta. Hyvinvointia voidaan tukea edistämällä olosuhteita ja toimintaa, jotka vaikuttavat ihmisen subjektiivisessa sosiaalisessa todellisuudessa. Ihmisen osallisuus työstä on eurooppalaisen hyvinvointimallin mukaan keskeinen hyvinvoinnin osatekijä. Näin ollen työhön kannustamisesta on tullut hyvinvointipolitiikan kulmakivi. (Simpura 2007.)

Pauli Niemelä näkee, että EU:n käsitteistössä hyvinvointi on yhteisöllinen ja toiminnallinen käsite. Hyvinvoinnin käsitteessä korostuu osallisuus – mahdollisuus toimia ja osallistua yhteisöissä (Niemelä 2008). Niemelä tulkitsee hyvinvointiteoriaa inhimillisen toiminnan teorian näkökulmasta. Hän kritisoi Erik Allardtia siitä, että tämä ei tuo esille riittävästi toiminnan merkitystä hyvinvoinnin osatekijänä. Niemelä itse nostaa toiminnan hyvinvoinnin keskeiseksi edellytykseksi ja ehdoksi.

Niemelän luokituksessa inhimillisen toiminnan ulottuvuudet ovat aineellista, sosiaalista ja henkistä toimintaa ja hyvinvointia. Inhimillisen toiminnan tasolla hyvinvointi on olemista, tekemistä ja omistamista. Oleminen toimintana muodostaa elämisen syvimmän perustan ja tähtää elossa säilymiseen ja terveenä pysymiseen eli hyvään oloon (well-being). Hyvän olon osatekijät liittyvät jokapäiväisen elämisen tarpeisiin, kuten asumiseen, yhdessä olemiseen ja inhimilliseen kasvuun. Niemelä toteaa (2008), että ihmisen olemiseen liittyvällä toiminnalla ja hyvinvoinnilla on ollut aina tärkeä yhteys sosiaalityön tiedollisiin ja käytännöllisiin lähtökohtiin.

Tekeminen hyvinvointia tuottavana toimintana (well-doing) liittyy itsensä toteuttamiseen, tarpeelliseksi kokemiseen, osallisuuteen ja osallistumiseen, liityntään, vaikuttamiseen ja oppimiseen. Tekeminen voi olla luonteeltaan aineellis-fyysistä, sosiaalista tai henkistä. Tekemisen kautta ihminen toteuttaa olemassaolon tarkoitusta, tai on mahdollista, että hän vieraantuu, toisin sanoen syrjäytyy omasta itsestään. Hyvinvointi häiriintyy helposti, mikäli ihmistä estetään toteuttamasta itseään tekemisen kautta. Esimerkiksi työ on hyvinvoinnin toteutumisen kannalta merkittävä tekemisen muoto, sillä sen kautta ihminen luo tarpeita tyydyttäviä resursseja. Oppiminen, kouluttautuminen ja harrastustoiminta ovat myös tärkeitä hyvinvoinnin tekemisen muotoja. Tekeminen yleensä luo hyvinvoinnin resursseja, mutta on mahdollista, että se

myös kuluttaa niitä. Tämä ilmenee esimerkiksi uupumuksena. (Niemelä 2006, 67-79; 2008.)

Hyvää elämää tuottavien resurssien omistaminen (well-having) tarkoittaa aineellisten resurssien omistamista, henkisten resurssien omistamista ja sosiaalista omistamista eli sosiaalisen pääoman tai luottamuksen omistamista. Sosiaalisen pääoman Niemelä (2008) käsittää sosiaalisen omistamisen tuloksena syntyneen luottamuksen tuotteeksi tai resurssiksi, jota pystytään käyttämään vallan ja vaikuttamisen välineenä. Hyvinvointia voidaan Niemelän mukaan kuvata eri laatuina; hyvänä olona, hyvänä toimintana ja elämänä, sekä hyvänä omistuksena eli menestymisenä. Hyvinvointia voidaan tarkastella sekä objektiivisena että subjektiivisena ilmiönä. Subjektiivinen kokemus hyvinvoimisesta (well-feeling) sisältää kokemuksen hyvästä olost, menestymisestä ja riittävästä resursseista. (Niemelä 2006, 67-79; Niemelä 2008.)

3.2 Hyvinvoinnin edistäminen

Koska hyvä elämä koostuu paljon muustakin kuin aineellisista resursseista, joudutaan jatkuvasti kysymään, mitä hyvä elämä on ja miten sitä tuotetaan oikeudenmukaisesti. Hyvinvointia koskeva tiedontuotanto on hyvinvoinnin edistämisen edellytys. Hyvinvoinnin subjektiivinen kokeminen ja elämäntyytyväisyys ovat viimekädessä yksilöllisiä kysymyksiä. Miten hyvinvoinnin edistämistä varten voidaan tuottaa tietoa, joka ottaa huomioon hyvinvoinnin myös yhteisöllisenä kysymyksenä? Keskeisin kansakunnan hyvinvointia ja menestystä kuvaava mittari on perinteisesti ollut raha, henkeä kohti laskettu bruttokansantuote. Talouskasvu on ollut tärkein osoitin, jolla on arvioitu kansakunnan menestystä. Nykyiset mittaamistavat ovat kuitenkin monimuotoisempia.

Jouko Kajanoja toteaa, että bruttokansantuote ei ota huomioon tekijöitä, joita ei voida mitata rahassa. Ne jättävät huomiotta muun muassa monet terveyteen, turvallisuuteen, fyysiseen ympäristöön, tasa-arvoon, demokratiaan, vuorovaikutukseen ja sosiaalisen yhteisön laatuun liittyvät asiat. Jotta talouden vaikutuksia hyvinvoinnin edistämässä voitaisiin arvioida, täytyy hyvinvoinnin käsite ymmärtää laajasti. Hyvinvoinnin mittaamiseen halutaan erityisesti subjektiivisia arviointitapoja, jotka kertovat ihmisten

kokemukseen perustuvasta elämäntyytyväisyydestä. (Kajanoja 2003, 227-228; Kajanoja 2005, 1-3.)

Aristoteles on määritellyt käsitettä hyvä elämä ja jäsentänyt yhteiskunnan tehtäviä hyvän elämän toteuttamisessa eli hyvinvoinnin edistämässä. Aristoteleen käsityksessä otetaan huomioon hyvinvoinnin yhteisöllinen luonne ja yhteisyysuhteiden merkitys hyvän elämän ehtona. Juha Sihvolan (1994, 130-151) tulkitsemana Aristoteleen mielestä hyvä yhteiskunta on sellainen, jossa kansalaisten hyvä elämä ja itsensä toteuttaminen voivat toteutua parhaalla mahdollisella tavalla. Ihmisyyteen kuuluu olennaisesti yhteisöllisyys eli kyky toimia yhdessä yhteisen tavoitteen toteuttamiseksi. Ihminen voi toteuttaa ihmisyytään vain yhteisössä, toisin sanoen ihmisen elämä voi olla onnellista vain, jos ihmisillä on mahdollisuus ottaa osaa yhteisölliseen elämänmuotoon. Yhteiskunnan tehtävä on turvata resurssiensa rajoissa edellytykset sille, että kaikilla yhteisön jäsenillä olisi mahdollisuus elää hyvää ja onnellista elämää. Yhteiskunta vastaa hyvinvoinnin edellytysten saatavuudesta poliittisin järjestelyin. Aristoteleen mukaan varallisuus ei ole hyvän elämän osatekijä, vaan se on vain sen toteuttamisen väline. Aineelliset resurssit ovat kuitenkin välttämättömiä hyvinvoinnin kannalta tärkeiden tarpeiden tyydytyksessä. Aristoteles pitää terveyttä ja turvallisuutta tärkeimpinä hyvinvoinnin edellytyksinä. Terveellisen ja turvallisen elinympäristön luominen on näin ollen yhteiskunnan tärkeimpiä tehtäviä hyvinvoinnin edistämässä. Yhteisöllisyys, yhteiseen elämänmenoon osallistuminen, hyvät ihmissuhteet ja osallistuminen poliittiseen päätöksentekoon ovat itsensä toteuttamisen ja onnellisuuden kannalta välttämättömiä asioita. Hyvä yhteiskunta mahdollistaa ihmisten, niidenkin jotka eivät siihen itse kykene, liittymisen yhteisöön ja mahdollisuuden toteuttaa itseään yhteisöllisessä elämässä. (Sihvola 1994, 130-151.)

Eurooppalaisen terveystalouden alalla on saavutettu paljon hyviä tuloksia, mutta silti maitten väliset ja maitten sisäiset terveyserot ovat kasvaneet. Samaan aikaan, kun terveyteen liittyvät kaupalliset intressit ovat voimistuneet, terveyden edistämisen kokonaisvaltainen kehittäminen on murentunut. (Simpura 2003, 265-267.) Tutkimuksen ja toimenpiteiden vahvistamista tarvitaan monilla hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueilla. Tietoa ei ole riittävästi muun muassa osallistumisen esteitä aiheuttavista mielenterveyden ongelmista. Terveyden osalta tarvittaisiin eriytyneempiä

mittaamistapoja, jotka kertoisivat ihmisten todellisista olosuhteista. (Kajanoja 2003, 233-238.)

3.3 Mielenterveys

Mielenterveyttä on kuvattu monenlaisilla määritelmillä riippuen ajasta ja kulttuurista. Mielenterveyden käsite on monitahoinen ja monimerkityksellinen. Kyseessä olevalla käsitteellä on sen käyttöyhteydestä riippuen joko positiivinen tai negatiivinen merkitys. Vaikka puhutaan mielenterveydestä, saatetaan usein tarkoittaa mielenterveyden häiriöitä. (Sohlman 2004, 19-20.) 1950-luvulta alkaen mielenterveys on alettu mieltää laajaksi kansanterveydelliseksi tekijäksi. Tuolloin virallisissa yhteyksissä alettiin käyttää käsitettä mielenterveys. 1970-luvulla biolääketieteeseen kohdistuneen kritiikin seurauksena lääketieteen ihmiskuvassa tapahtui muutos kokonaisvaltaisempaan suuntaan. Yhteiskuntatieteissä yleistynyt systeemiteoreettinen ajattelutapa nosti biologisten tekijöiden rinnalle myös mielenterveyteen vaikuttavat psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Ihminen on alettu nähdä jakamattomana kokonaisuutena, jolloin mielenterveys käsitetään osaksi kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvää elämää. (Sohlman 2004, 20, 25-26; Noppari ym. 2007, 14-16.)

Terveyden käsite WHO:n määritelmän mukaan (2001) on yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, joka ei ole pelkästään sairauden tai heikkouden puutetta. Samalla tavalla voidaan ajatella mielenterveydestä. Se on enemmän kuin mielisairauden puutetta. Elämänlaadullisen lähestymistavan mukaan mielenterveys määritellään hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö tuntee omat kykynsä, selviää arkielämän stressitilanteissa, kykenee työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä pystyy toiminnallaan myötävaikuttamaan yhteisöönsä. Mielenterveys liittyy erottamattomasti fyysiseen terveyteen ja käyttäytymiseen. Mielenterveyden ongelmat ilmenevät yleisesti myös fyysisenä sairastamisena, sosiaalisen hyvinvoinnin ongelmina ja terveyttä vaarantavana riskikäyttäytymisenä. Yksilön mielenterveyteen vaikuttavia biologisia syitä on korostettu enemmän kuin siihen vaikuttavia jokapäiväisiä elämänkokemuksia, joita määrittävät sosioekonomiset ja muut ympäristölliset tekijät. Yhteiskunnallisella huono-osaisuudella ja köyhyydellä on selkeä yhteys mielenterveyden ongelmiin.

Mielenterveyden edistämistä yhteisöissä ei kuitenkaan ole tutkittu tarpeeksi. (WHO 2004, 1, 11-14.)

1990-luvulta lähtien eurooppalaisessa mielenterveyspolitiikassa on siirrytty enenevässä määrin mielenterveyden edistämisen suuntaan. Siinä on saanut sijaa uudenlainen kansanterveystyön filosofia, jonka mukaan mielenterveyspolitiikkaa halutaan kehittää kokonaisvaltaisesti yhteisvastuuta ja yhteistoimintaa korostaen. Ajattelutavan mukaan positiivisen mielenterveyskäsitteen käyttäminen luo toivoa mielenterveyden suhteen ja se sitouttaa ja voimaannuttaa ihmisiä ottamaan vastuuta mielenterveysasioista. Käsite ohjaa tietoisesti ajattelua pois oirekeskeisestä mielenterveyskäsitteestä. Mielenterveys halutaan nähdä asiana, joka koskee kaikkia ihmisiä kaikilla yhteiskunnan tasoilla ja osaluilla. (WHO 2004, 51-52.)

Mielenterveyden edistämisessä huomio kiinnitetään yhteisöihin, yhteiskuntaan sekä sellaisiin elinoloihin, jotka saattavat horjuttaa mielenterveyttä. Positiivisen mielenterveyden käsite otettiin käyttöön jo 1950-luvulla, kun haluttiin korostaa mielenterveyden positiivista luonnetta eli sitä, että mielenterveys ei ole ainoastaan mielen sairauden puuttumista. Positiivisen mielenterveyden käsitteessä korostuu eron tekeminen mielenterveyden häiriöihin. Ihmisellä on aina jäljellä enemmän tai vähemmän mielenterveyttä, vaikka hänellä olisi myös mielen sairautta. (Sohlman 2004, 20,132.) Käsitteksen mukaan mielenterveys on keskeisin elämänlaatua ja hyvinvointia tuottava osatekijä. Voidaan ajatella jopa niin, että ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä. (WHO 2004, 12-14.)

Mielenterveys syntyy sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa ja se on tärkeä voimavara yksilöille, perheille, yhteisöille ja yhteiskunnalle. Se on ihmisen hyvinvoinnin ja toiminnan perustavaa laatua oleva edellytys. (WHO 2004, 21.) Positiivinen mielenterveys sisältää tunteen hyvin voimisesta. Yksilöllisenä voimavarana siihen sisältyy omanarvontunto, toiveikkuus sekä tunne elämännhallinnasta ja tasapainosta. Mielenterveyteen kuuluu myös kyky pitää yllä tyydyttäviä henkilökohtaisia vuorovaikutussuhteita sekä kyky selvitä elämään kuuluvista vastoinkäymisistä. (Lavikainen ym. 2000, 16.)

Positiivinen mielenterveys nähdään tasapainotilaksi yksilön ja ympäristön välillä. Ihmisen elämään vaikuttavalla sosiaalisella todellisuudella on käsityksen mukaan vahva yhteys mielenterveyteen. Mielenterveys nähdään resurssina, jonka avulla voimme kokea elämän mielekkäänä sekä toimia luovina ja tuottavina yhteisön jäseninä. Mielenterveyteen liittyvät kyvyt ja toiminnot ovat välttämättömiä kaikilla elämän alueilla. Mielenterveys on keskeistä kyvyillemme mieltää, ymmärtää ja tulkita ympäristöämme sekä sopeutua siihen tai tarpeen tullen muuttaa sitä. Se on tarpeen myös kyvyille ajatella, puhua ja kommunikoida toisten kanssa. Mielenterveydellä on keskeinen merkitys muodostettaessa ja ylläpidettäessä sosiaalisia suhteita. Näiden lisäksi mielenterveys vaikuttaa sosiaaliseen intergratioon ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Positiivisen mielenterveyden käsitettä on määritelty käsitteellisten osatekijöiden avulla, joita ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet, yhteiskunnan rakenteet ja resurssit sekä kulttuurissa vallitsevat arvot. (Lavikainen ym. 2004, 32-35 ; Sohlman 2004, 36).

Olen siinä käsityksessä, että mielenterveyden käsitteen ja psyykkisen hyvinvoinnin käsitteen käyttämisessä vallitsee tiede- ja ammattialakohtaisia jännitteitä. Lääketieteessä käytetään yleisesti mielenterveyden käsitettä, vaikkakin positiivisen mielenterveyden käsitettä käytetään yhä yleisemmin ennaltaehkäisevän toimintakulttuurin tehdessä tuloaan. Mielenterveyspoliittisissa strategioissa puhutaan usein miten mielenterveydestä ja sen edistämisestä. Psyykkinen hyvinvointi on yleisemmin käytetty käsite yhteiskuntatieteissä ja kansanterveystyön piirissä. Käsitteenä se ilmaisee psyykkisen terveyden kokemista, psyykkistä olotilaa eli psyykkistä hyvinvointia. Mielestäni psyykkisen hyvinvoinnin käsite voidaan hyvin rinnastaa positiivisen mielenterveyden tai mielenterveyden käsitteeseen. Käytän tässä tutkimuksessa kaikkia kolmea käsitettä rinnakkain toistensa kanssa synonyymeina.

3.4 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistämisen käsitteellinen ymmärtäminen on lähtöisin kansanterveystyön ideologisista lähtökohdista, jossa mielenterveys nähdään hyvinvoinnin osatekijänä. Näin painotetaan vahvemmin sosioekonomisten ja ympäristöllisten olosuhteiden vaikutusta mielenterveyteen. Mielenterveydellä nähdään

olevan erottamaton yhteys myös fyysiseen hyvinvointiin ja käyttäytymiseen. Mielenterveyden edistämisen määritelmä ohjaa ajattelemaan mielenterveyskysymystä elämänlaadullisesta näkökulmasta. Siinä lähtökohtana ei ole huomion kiinnittäminen sairauden oireisiin, vaan voimavaroihin eli jäljellä olevaan positiiviseen mielenterveyteen tai psyykkiseen hyvinvointiin ja sen tukemiseen.

Mielenterveyden edistämisen poliittiset ja käytännölliset tehtävät nähdään laajimmillaan kaikkien yhteiskunnallisten osa-alueiden, ei ainoastaan terveystalouden ja terveydenhuollon tehtäviksi (WHO 2004, 16, 51). Tästä näkökulmasta mielenterveyden edistämisen toimet ovat enimmäkseen yhteiskuntapoliittisia (WHO 2004, 26, 49). Lavikainen ym. toteavat, että mielenterveyden edistämässä korostetaan erityisesti osallistumista, voimaantumista ja sektoreitten välistä yhteistyötä. Siinä voidaan toimia kokonaisten yhteiskuntien, yhteisöjen, sosiaalisten ryhmien tai yksilöiden parissa. (Lavikainen ym. 2004, 35.) Näin ymmärrettynä käsitys mielenterveystyön toimijoista muuttuu tasa-arvoisemmaksi, koska toimijoiksi käsitetään kaikilla yhteiskunnan sektoreilla toimivat tahot.

Julkinen politiikka on kaiken kaikkiaan vastuussa mielenterveyden edistämisestä. Tällöin mielenterveydelliset vaikutukset tulee ottaa huomioon myös työllisyyspolitiikan, koulutuspolitiikan, asuntopolitiikan ja ympäristöpolitiikan tahoilta sekä tasa-arvon toteutumisen näkökulmasta. Keskeiseksi kysymykseksi mielenterveyden edistämässä nostetaan eri yhteiskuntapolitiikan lohkojen yhteistoiminta. Pelkkä sosiaali- ja terveyssektorin koordinoiminen mielenterveyden edistämistä varten ei riitä, vaan tarvitaan kokonaisvaltaista, sektorirajoja ylittävää yhteistoimintaa. (Lavikainen ym. 2004; 21-23; WHO 2004, 50.) Mielenterveyden edistämässä avaintoimijoita ovat useimmiten muut kuin mielenterveystyöntekijät. Mielenterveystyöntekijöiden tärkeänä tehtävä on muistuttaa heitä yhteiskuntapolitiikan mielenterveydellisistä vaikutuksista (WHO 2004, 26).

Mielenterveyden edistäminen nähdään sosiaalisena toimintana, joka edellyttää yhteisöjen tilan ymmärtämistä ja hyvien yhteisöllisten interventioiden tuntemista. Interventioiden tavoitteena on sosiaalisen ja fyysisen ympäristön mielenterveyttä tukeva muutos. WHO:n määritelmän mukaan terveyden edistäminen tähtää terveyden edistämisen lisäksi sairauksien ennaltaehkäisyyn ja ne sisältävät osaksi päällekkäin

menevää toimintaa. Terveyden edistämisen käsite nähdään yläkäsitteenä sairauksien ennaltaehkäisylle. Terveyden, samoin kuin mielenterveyden edistäminenkin on toimintaa, jolla tuetaan ihmisiä omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja ja jonka avulla luodaan terveyttä tukevia elinoloja ja ympäristöolosuhteita. (WHO 2004, 3-5, 19.)

Mielenterveyden edistäminen tapahtuu kolmella tasolla vahvistaen yksilöitä ja yhteisöjä sekä poistaen yhteiskunnasta rakenteellisia, mielenterveyttä horjuttavia esteitä. (WHO 2004, 50). Mielenterveyden edistäminen korostaa erityisesti osallistumista yksilötasolla, yhteisöissä ja yhteiskunnassa sekä voimaantumisen kokemusta (Lavikainen ym. 2004, 35). Voimaantuminen tässä tutkimuksessa ymmärretään ihmisten toimintakyvyn, toimintavoiman, vaikuttamisen sekä vallankäytön vahvistumisena suhteessa ympäröivään sosiaaliseen todellisuuteen.

Suomen mielenterveyslaissa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen kuuluu osaksi mielenterveystyötä. Saman käsitteen alle kuuluvat myös mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Mielenterveystyöhön kuuluvat myös sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen kohdistettavat mielenterveyspalvelut. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 1§.) Laki jättää kuitenkin konkretisoimatta mielenterveystyön sisällön muutoin kuin palveluiden osalta. Näin ollen mielenterveystyön lakisääteinen perusta painottuu mielenterveyspalveluihin ja lääketieteen näkökulmaan (Sohlman ym. 2004, 384).

Mielenterveystyön katsotaan pitävän sisällään mielenterveyden edistämisen, primaari- ja sekundaariprevention, hoidon ja kuntoutuksen sekä kuolleisuuden ehkäisyn. Eri osalualueilla toiminta tapahtuu sekä yhteiskunnan, paikallisyhteisöjen että yksilöiden tasolla. Kun mielenterveyden edistäminen erotetaan käsitteellisesti omaksi toiminta-alueekseen mielenterveystyöstä, se voidaan määritellä poikkitieteelliseksi ja sosiokulttuuriseksi pyrkimykseksi aikaansaada yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Kyse on elinikäisestä prosessista, joka jatkuu läpi koko ihmisen elämän

kaaren aina syntymästä vanhuuteen. Siihen katsotaan liittyvän sellaisten yksilöllisten, sosiaalisten, yhteiskunnallisten ja ympäristöolosuhteiden luominen, jotka mahdollistavat suotuisan henkisen ja fyysisen kasvun ja mielenterveysongelmien vähentämisen. (Lavikainen ym. 2004, 19-20.) Sillä voidaan tarkoittaa kaikkea toimintaa, jolla pyritään tukemaan optimaalisen mielenterveyden toteutumista. Erotuksena ehkäisevän mielenterveystyön käsitteelle, mielenterveyden edistämiseksi on ominaista sen terveyttä hoitava lähestymistapa perinteisen sairaus- ja häiriökeskeisen ajattelun sijaan. Kun käsitteellinen ero tehdään häiriöiden ehkäisemisen ja terveyden edistämisen välillä, pyritään mielenterveyden edistämässä löytämään yleisiä tapoja, joilla edistetään kaikkien ihmisten terveystekijöitä.

Suomalainen mielenterveystyön käytäntö tukeutuu enemmän terveyden hoidollisiin kuin hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisen lähtökohtiin. Käytännöllisesti katsoen mielenterveystyö on tänä päivänä pitkälti psykiatrista hoitoa ja kuntoutusta. Mielenterveystyön määritelmä perustuu palvelulähtöiseen ajattelumalliin, jossa lääketieteellistä valta-asemaa käyttävät tarjoavat erilaisia palveluja mielenterveysongelmien ehkäisyyn, hoitoon, kuntoutukseen ja lievittämiseen. Vaikka määritelmään sisältyy myös mielenterveyden edistämisen alue, ei väestön elinolosuhteiden kehittäminen ole saanut samanlaista painoarvoa kuin mielenterveyden häiriöiden hoito, eikä toimijoita tällä alueella juuri ole.

Koska tutkimuksessa mielenterveys nähdään elämänlaadullisena asiana, mielenterveyden edistämisen määritelmässä korostetaan hyvinvoinnin painoarvoa ja toimintatieteellistä näkökulmaa. Mielenterveyden edistäminen voidaan nähdä osaksi sosiaalipolitiikkaa ja sosiaalityö osana hyvinvointia edistävää toimintaa. Sosiaalipolitiikka ymmärretään tässä yhteydessä laajemman tulkintatavan mukaan koko väestöön kohdentuvaksi sosiaalisesti politiikaksi, joka vastaa sosiaalisen turvan toteutumisesta. Tästä syystä en puhu tutkimuksessani mielenterveystyöstä, vaan käytän mielenterveyden edistämisen käsitettä ja kohdistan tutkimukseni nimenomaan tälle alueelle. Samaistan mielenterveyden edistämisen käsitteen psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen. Käytän sitä usein rinnakkain hyvinvointi –käsitteen kanssa korostaakseni sitä, että hyvinvoinnin edistämässä on kyse aina myös mielenterveyden edistämisestä.

3.5 Yhteisösosiaalityö

EU:n sosiaalipoliittiset linjaukset ovat luoneet sosiaalityölle odotuksia vastata hyvinvoinnin kehittämisen haasteisiin. Yhteisöt ja niihin liittyvä sosiaalisen tuen mahdollisuus on alettu nähdä välineenä sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseen, hyvinvoinnin ja terveyden tuottamiseen, uusien ihmissuhteiden ja sosiaalisten verkostojen rakentamiseen sekä sosiaalisen pääoman kasvattamiseen (Koskinen 2003, 207.) Sosiaalityölle on annettu merkittävä rooli monialaisessa hyvinvoinnin suunnittelun, kehittämisen ja vaikuttamisen tehtävissä.

Globalisaatiokehityksestä huolimatta paikallisyhteisöjen merkitys hyvinvoinnin edistämässä on keskeinen. Alueellisista ja paikallisista yhteisöstrategioista on muodostunut eurooppalaisen hyvinvointipolitiikan toteuttamisen välineitä 1990 –luvulta lähtien. Yhteisöstrategioita toteuttavia toimijoita löytyy kaikilta yhteiskuntapolitiikan aloilta. Erityisesti sosiaalityö alueellisten ja paikallisten elinolojen asiantuntijana on hyvinvoinnin edistämisen monitoimijaisessa yhteistyömallissa avainasemassa. (esim. Koskinen 2003, 207; Turunen 2008, 57.) Sosiaalityön tehtäviin on aina kuulunut tasa-arvoisuuden ja oikeudenmukaisuuden edistäminen silloin, kun valtiossa demokratia toteutuu puutteellisesti. Kansalaisten osallisuutta ja osallistumista pyritään edistämään vahvistamalla olemassa olevia voimavaroja ja mobilisoimalla niitä paikallisen tason elinolosuhteiden parantamiseen erityisesti yhteisösosiaalityön keinoin. (Roivainen 2008, 23.)

Yhteisöperustaista sosiaalityötä kuvaava käsitteistö on hyvin moninainen ja se on syntynyt eri kehitysvaiheiden tuloksena. Sille on ollut ominaista jatkuva sopeutuminen ajankohtaiseen yhteiskunnalliseen muutokseen. Työmuotoja voidaan kuvata ja ymmärtää monella tavalla eri aikoina ja eri kulttuureissa. (Koskinen 2003, 206-236; Turunen 2008, 43-59.) Yksi uusimmista yhteisösosiaalityötä koskevista määritelmistä on kuvattu sosiaalityön ammatillista erikoistumiskoulutusta järjestävän valtakunnallisen yliopistoverkosto SOSNET:in opetussuunnitelmassa. Sen mukaan yhteisösosiaalityö on sosiaalityön erikoisala, joka tarkastelee yksilöitä, perheitä ja ryhmiä osana sosiaalisia verkostoja ja yhteisöjä. Yhteisösosiaalityön keskeisiä periaatteita ovat sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy, lähipalvelujen kehittäminen, kansalaisten oma-aloitteisuuden tukeminen ja sosiaalisten verkostojen tunnustaminen. Yksilöiden, perheiden ja ryhmien

hyvinvointia ja selviytymistä edistetään käyttämällä yhteisöllisyyden suomia mahdollisuuksia. Keskeisenä tehtävänä nähdään vaikuttaminen kansalaisten elinolosuhteisiin paikallisella tasolla ja kansalaisten tukeminen osallistumaan erilaisiin arjen verkostoihin sekä kokemuksen vahvistaminen täysivaltaisesta kansalaisuudesta. Yhteisösosiaalityöhön kuuluvat yhdyskuntatyön ohella kiinteästi alueellinen ja rakenteellinen sosiaalityö. (Yhteisösosiaalityö –erikoisalan opetussuunnitelma 2004-2007.)

Sosiaalityön kansainvälisen määritelmään (IFSW) sisältyy yhteisötasoisien vaikuttamisen perusajatus. Määritelmässä sosiaalityön perustehtävä kuvataan kokonaisvaltaisena sosiaalisena muutostyönä. Sosiaalityö on hyvinvoinnin edistämiseen pyrkivää sosiaalista muutostyötä, ongelmanratkaisua ja ihmisten toimintavoiman kasvattamista. Sosiaalityö tekee interventioita ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen ihmisen toimintaa ja sosiaalisia järjestelmiä koskevia teorioita soveltaen. Sosiaalityö rakentuu ihmisoikeuksien ja sosiaalisten oikeuksien periaatteille. (Raunio 2004, 53.) Sosiaalityön ydintehtävää tulisi ajatella aktiivisen hyvinvoinnin muutoksen välineenä, joka huomioi aina paikallisyhteisön toimintansa kontekstina (Mäntysaari 1997, 151-171). Sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan miellä omaa tehtäväänsä yhteiskunnallisina vaikuttajina hyvinvointia koskevissa kysymyksissä (esim. Närhi 2003).

Yhteisösosiaalityön peruslähtökohta on yksilön ongelmien ja yhdyskunnan rakenteen välisen yhteyden ymmärtämisessä. Yhteisösosiaalityössä ollaan samanaikaisesti tekemisissä yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kanssa. Yhteisösosiaalityön tarve perustuu yhteiskunnan muutokseen ja kehitysvaiheeseen, kun siinä ilmenee ihmisten toimintakyvyn ja toimintamahdollisuuksien heikkenemistä. Yhteisösosiaalityön suhdetta sen kohteeseen ja asiakkuuteen määrittelee se, pyritäänkö toiminnalla vaikuttamaan asiakkaan tilanteeseen ja käyttäytymiseen vai yhteisöjen ja ympäristöjen kehittämiseen. Yhteisösosiaalityö on kohdistanut toimintansa erityisesti alioikeutettujen ihmisryhmien auttamiseen. Alioikeutetut ihmiset kärsivät köyhyydestä, pakon kohteena olemisesta, valinnanmahdollisuuksien puutteesta, yksitoikkoisesta elämästä, yksinäisyydestä, kyvyttömyydestä parantaa omia olojaan, riistosta ja hyväksikäytöstä, syrjinnästä, erottelusta ja vallanpuutteesta. (Koskinen 1977, 78-79; 2003, 226; 2005.)

Yhteisösosiaalityö voidaan nähdä yhtä hyvin myös kriittisenä tai radikaalina sosiaalityönä. Kriittisen sosiaalityön määrittely on ajassa ja paikassa muuttuvaa. Se on kuitenkin aina toimintaa, joka muuttaa ympäröivää sosiaalista todellisuutta. Se on poliittista vaikuttamista ja yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttamista, jolloin ensisijaisena tehtävänä on inhimillisen hyvinvoinnin edistäminen kiinnittämällä huomio ihmisten tarpeisiin. Kriittinen sosiaalityö kohdistaa huomionsa erityisesti haavoittuviin, kärsiviin ja huono-osaisiin ihmisryhmiin. Käytännössä on kyse sekä ideologisesta että konkreetista toiminnasta, jossa olemassa olevia yhteisöllisiä mahdollisuuksia hyödynnetään vuorovaikutteisessa toiminnassa sosiaalisen todellisuuden uudelleen luomiseksi. (Fook 2002, 3-5.) Yhteiskuntakriittinen perspektiivi on perustaltaan vahvasti asiakaslähtöistä kollektiivisessa mielessä. Se korostaa sosiaalisten ongelmien johtuvan yhteiskunnallisen järjestelmän kyvyttömyydestä vastata yksilöiden ongelmiin ja tarpeisiin. Tavoitteena on saada aikaan muutos yhteiskunnallisessa järjestelmässä, joka aiheuttaa ei-toivottuja seurauksia yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tasolla. (Raunio 2004, 153-155.)

Suomessa yhteisöperustaisen sosiaalityön keskeisin käsite 1960 – 1990 luvuilla oli yhdyskuntatyö, jota pidettiin yleismaallisen Community Work –käsitteen vastikkeena (Roivainen 2008, 26; Turunen 2008, 43.) Alun perin yhdyskuntatyö oli sosiaalityön suuntaus, joka korosti yhdyskuntatason ongelmien sekä yksilö- ja perhetason sosiaalisten ongelmien välistä yhteyttä. Havaittiin, että yhdyskuntatason ongelmat heijastuvat yksilötasolla erilaisina puute-, sairaus- ja sopeutumistiloina. Myös sairauksien syissä alettiin nähdä yhdyskunnan ja yhteiskunnan sosioekonomisissa rakenteissa ilmeneviä syitä. (Koskinen 1977, 78; Koskinen 2003, 208).

Suomessa 1970 – 1980 -luvuilla yhdyskuntatyötä pidettiin lähinnä yhteistoiminnan, suunnittelun ja vaikuttamisen välineenä. Yhdyskuntatyössä korostui monitoimijaisuus eri hallinnonalojen välisessä yhteistyössä. (Koskinen 2003, 217-221; Turunen 2008, 49). Yhdyskuntatyön tavoitteena oli mahdollisimman hyvä yhdyskunta, jossa jokaiselle asukkaalle turvataan kaikki hyvinvoinnin osatekijät ja mahdollisuus itsensä kehittämiseen huomioiden erityisesti alioikeutetut ihmisryhmät (Koskinen 1977, 79-81). Yhdyskuntatyön kokeilujen kaudella 1970 – luvulla yhdyskuntatyö miellettiin sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmäksi ihmisten elämään ja ympäristöön vaikuttamisessa.

Ennaltaehkäisevää toimintaa korostettiin muun muassa mielenterveystyössä. (Koskinen 1977, 78; Koskinen 2003, 219.)

Yhdyskuntatyö virallistui pikkuhiljaa julkiseksi toiminnaksi uudistetun sosiaalihuoltolain (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710) myötä 1980 -luvulla. Laki asetti sosiaalityön yhdeksi tavoitteeksi ylläpitää ja edistää yhteisöjen toimivuutta. Sosiaalihuoltoasetuksen 7§:ssä (Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607) yhdyskuntatyö nimettiin yhdeksi sosiaalityön menetelmäksi yksilö- ja perhetyön sekä hallinnollisen sosiaalityön rinnalle. Lisäksi asetuksen 1. ja 2.§:n mukaan sosiaalilautakunnan tehtäväksi tuli elinolohdevalvonnan toteuttaminen kunnissa eri viranomaistahojen yhteistyönä. 1990 -luvulla yhdyskuntatyöstä tuli osa viranomaisten yhteistyötä ja yhteisösosiaalityön kokonaisuutta. (Koskinen 2003, 220-221.) Irene Roivaisen mukaan sosiaalityön organisaatioiden hallinnolliset uudistukset eivät kuitenkaan mahdollistaneen yhdyskuntatyön vakiintumista pysyväksi työmuodoksi sosiaalityön kentällä. Yhdyskuntasosiaalityön tehtäviä on enää olemassa vain harvoissa Suomen kunnissa. Yhdyskuntasosiaalityön virat on pikkuhiljaa lakkautettu kuntien sosiaalityön organisaatioista, koska niiden tuloksia ei pidetä tuottavina ja kannattavina. (Roivainen 2008, 32-33.)

1980-luvulla yhdyskuntatyön käsitteistöön omaksuttiin alueellisen ja rakenteellisen sosiaalityön käsitteet. Rakenteellisella sosiaalityöllä Simo Koskinen tarkoittaa kunnallista sosiaalipolitiikkaa, jota hän pitää ensisijaisena sosiaalityön yhteisötasoista toimintaa ajatellen. Sen avulla voidaan poistaa kuntalaisten hyvinvointia vaarantavia tekijöitä ja kehittää heidän sosiaalisia olojaan kunnissa. Alueellisen sosiaalityön tekeminen ja alueellinen perehtyneisyys ihmisten olosuhteisiin on puolestaan tärkeä edellytys rakenteellisen sosiaalityön käytännön toteuttamiselle. Yhdyskuntatyön Koskinen näkee yhtenä alueellisen ja rakenteellisen sosiaalityön menetelmänä. Yhdyskuntatyö on pedagoginen prosessi, jossa sosiaalityöntekijät ja muut ammattilaiset, asukkaat, hallinnon edustajat ja luottamushenkilöt voivat toimia yhteistyössä vaikuttaen yhteiskunnallisiin olosuhteisiin. (Koskinen 2003, 226-227.)

1990 - luvulla erilaisista yhteiskunnalliset olosuhteet huomioivista sosiaalityön lähestymistavoista alettiin käyttää käsitettä yhteisötasoinen sosiaalityö, yhteisöllinen sosiaalityö tai yhdyskuntakohtainen sosiaalityö. 1990-luvulla käsitteet korvautuivat

yhteisösosiaalityö -käsitteellä. Tällöin sosiaalityön menetelmää, jota alun perin kutsuttiin yhdyskuntatyöksi, alettiin nähdä osana yhteisösosiaalityötä. Yhteisösosiaalityön englanninkielisenä vastineena pidetään Community Social Work -käsitettä, joka on yleistymässä makro-orientoituneen sosiaalityön yläkäsitteeksi. Yhteisösosiaalityön keskeisinä käytännöllisinä tehtävinä ovat vaikuttaminen kansalaisten elinoloihin paikallisella tasolla, heidän osallisuutensa tukeminen erilaisissa arjen verkostoissa sekä heidän kokemustensa vahvistaminen täysivaltaisesta kansalaisuudesta. Puhuttaessa yhteisötasoisesta sosiaalityöstä korostetaan sitä, että ammatillinen sosiaalityö muodostaa jatkumon, jonka toisessa päässä ovat mikrotasoiset yksilö- ja perhetyön muodot ja toisessa päässä ympäristön, organisaatioiden ja yhteisöjen kanssa tapahtuva makrotasoinen työ. (Koskinen 2003, 226-229.)

Tarkastelen yhteisösosiaalityö -käsitettä tutkimusaiheen kontekstista käsin. Mielen terveyden edistäminen on osa terveyden edistämistä ja laajemmassa yhteydessä osa hyvinvointia edistävää toimintaa. Mielen terveyden edistäminen on kansanterveystyöllinen, uuteen hyvinvointinäkemykseen liittyvä käsite, jossa korostuu kansalaisuuden näkökulma. Mielen terveyttä edistävän toiminnan kohteena ajatellaan olevan koko väestö eli kaikki kansalaiset riippumatta siitä ovatko he palvelun käyttäjiä vai eivät. Mielen terveyden edistämällä tuetaan kansalaisten positiivista, olemassa olevaa mielen terveyttä ja ennaltaehkäistään mielen terveydellisten häiriöiden syntymistä. Yhteiskunnallinen muutos aiheuttaa sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, jotka luovat uusia tukea tarvitsevia ryhmiä, joiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia sosiaalityön tulee erityisesti tukea ja puolustaa. Sosiaalityöllä on oma tehtävänsä ja roolinsa mielen terveyden edistämisen monialaisen tehtäväkentän kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Tämän tehtävään on olemassa myös juridiset perusteet ja velvoitteet. Työmuodot vaihtelevat yksilökohtaisista työmuodoista yhteisöjen mobilisointiin ja yhteiskunnallisten rakenteiden muuttamiseen.

Etsin tutkimuksessani perusteita yhteisösosiaalityölliselle toiminnalle mielen terveyden edistämisen tehtävässä ja pyrin määrittämään mitä nämä tehtävät ovat käytännön toiminnan tasolla. Tästä lähtökohdasta käsin ymmärrän yhteisösosiaalityön laaja-alaiseksi sosiaaliseksi muutostyöksi, jossa ihmisten elinolojen tunteminen on vaikuttamisen lähtökohta. Yhteisösosiaalityössä huomio kiinnitetään yksilön ja häntä ympäröivän sosiaalisen todellisuuden väliseen suhteeseen. Yhteisösosiaalityön

hyvinvointinäkemys korostaa yhteisöllisten suhteiden merkitystä psyykkiselle hyvinvoinnille. Yhteisösosiaalityön toimintakäytännöillä tuetaan ihmisten kykyä toimia, luodaan toimintamahdollisuuksia ja puolustetaan hyvän elämän välttämättömiä edellytyksiä. Yhteisösosiaalityön idean mukaisesti kokonaisvaltainen sosiaalityö huomioi kaikki yhteiskunnan tasot, vaikka toiminnan kohteena olisikin yksityinen asiakas. Toiminnan tavoitteena on sosiaalinen muutos, joka ilmenee elämäntyytyväisyytenä, elämänlaatuna ja hyvän elämän kannalta riittävinä resursseina.

4 TUTKIMUSMETODOLOGISET RATKAISUT

4.1 Tutkimusmetodin perustelu

Metodilla tarkoitetaan sääntöjen ohjaamaa menettelytapaa, jonka avulla tieteessä tavoitellaan ja etsitään tietoa tai pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmaa. Metodologian käsite voidaan ymmärtää käytetyn tutkimusmetodin taustalla olevien oletusten ja lähtökohtien selvittelynä. Menetelmällistä valintaa ohjaa yleensä se, minkälaista tietoa etsitään ja mistä sitä etsitään. (Hirsjärvi ym. 2000, 183.) Jotta aineistossa olevat havainnot voidaan erottaa tutkimuskysymyksen tuloksista, tarvitaan selkeä tutkimusmetodi. Tutkimuksessa kysymyksenasettelun ohella teoreettinen viitekehys määrittää sen, millainen aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin ja millaista menetelmää sen analyysissä kannattaa käyttää. Metodien tulee olla sopusoinnussa teoreettisen viitekehysten kanssa. (Alasuutari 1999, 82-83.)

Tutkimuksen metodologisia valintoja on tässä tutkimuksessa ohjannut sen tulkintaa ja ymmärtämistä koskeva luonne. Pyrkimyksenä on lisätä ymmärrystä tutkimusaiheesta ja muodostaa sitä käsittävä tietokokonaisuus. Tutkimuksella on sekä käytäntölähtöisiä että teoreettisia tavoitteita. Tutkimusta taustoittaa Paulo Freiren kriittinen sosiaalinen teoria sekä Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria ja näiden kautta syntynyt ymmärrys sosiaalityön funktiosta. Tutkimuskohteesta on olemassa subjektiivinen ja rajallinen ennakkokäsitys. Tutkimusaineiston hankinta perustuu siihen, että aineiston avulla saadaan sellaista tietoa, joka mahdollistaa järjestelmällisen tietokokonaisuuden hahmottamisen.

Tutkimusmetodinä käytän Hans-Georg Gadamerin hermeneuttisen dialogin analyysimetodia eli tulkinnan menetelmää (kts. Gadamer 2005). Tutkimus on luonteeltaan teoreettinen tutkimus ja sillä on sekä tiedollinen että käytännöllinen tehtävä. Tavoitteena on yhteisösosiaalityön teoreettinen vahvistaminen ja käytännöllisten toimintamenetelmien kehittäminen mielenterveyden edistämiseksi. Näin ollen tutkimuksen voidaan katsoa kuuluvan soveltavan käytäntötutkimuksen piiriin (vrt. Satka ym. 2005, 11-13). Tutkimuksessa esiin tulevien tulkinnoilla toivotaan olevan

vaikutusta siihen, että yhteisösozialityö voitaisiin ”valjastaa” mielenterveyden edistämisen palvelukseen.

4.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineiston tehtävä on auttaa muodostamaan aihetta käsittävä kattava tietokokonaisuus ja lisätä teoreettista ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston kautta saadaan näkökulmia myös sosiaalityön käytäntöihin. Tutkimuskysymyksiin vastaa parhaiten kirjallisuus ja muu aihepiiriä käsittelevä oppimateriaali. Olen hankkinut tutkimusaineistoa systemaattisesti sen aihepiiriin liittyen. Tutkimuksen pääteemoja ovat hyvinvointi, mielenterveys ja yhteisösozialityö. Tieteellinen kirjallisuus koostuu teemoihin liittyvästä teoreettisesta aineistosta ja ajankohtaisesta tieteellisestä keskustelusta. Aineiston perusta on yhteisösozialityön erikoisalaan liittyvässä teoreettisessa ja menetelmällisessä opetuksessa. Opetusmateriaali on koostunut luennoista, seminaareista, konferensseista, tieteellisistä julkaisuista, verkko-opetuksesta, sekä opiskelijoiden ja opettajien keskinäisistä keskusteluista. Aineistossa on myös runsaasti hyvinvointi- ja mielenterveyspolitiikkaa koskevia suunnitelmia, selontekoja ja katsauksia. Lisäksi aineistoon on valittu tieteellisiä tutkimusraportteja, tieteellisiä aikakauslehtiä, tilastoja, lehtiartikkeleita sekä elektronisia dokumentteja laajalti yhteisösozialityötä sekä hyvinvoinnin- ja mielenterveyden edistämistä koskien.

Tutkimuksesta suoriutumisen kannalta keskeinen sija on tutkimusmetodologiaa käsittelevällä aineistolla. Teoreettisessa tutkimuksessa käsitteiden perusteellinen määrittely on keskeistä. Tästä syystä aineistolla, joka on muodostunut käsitteiden määrittelyn ympärille, on ollut suuri merkitys. Myös omat ammatilliset havainnot kuuluvat tutkimuksen tiedonlähteisiin. Aineistoa valikoimalla olen pyrkinyt kokoamaan tutkimusmateriaalia mahdollisimman kattavasti, jotta se varmistaisi pätevien tulkintojen tekemisen ja auttaisi kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä luotettavasti. Olen rajannut aineistoa tutkimuksen teoreettisten ja käytännöllisten lähtökohtien perusteella. Rajaamisen tarkoituksena on ollut tarkastella tutkimuskysymystä tietoisesti kriittisen sosiaalisen teorian ja kriittisen sosiaalityön näkökulmasta.

4.3 Analyysimenetelmä ja tulkinta

Tulkinnan välineenä käytän hermeneuttisen dialogin analyysimetodia. Filosofisen hermeneutiikan perinteen edustajan, Hans Georg Gadamerin (2005, 129, 133) ajattelun mukaan hermeneutiikassa ei ole kyse ainoastaan teoreettisesta analyysimetodista, jossa tarkastellaan pelkästään kohdetta, vaan enemmänkin ajattelukokonaisuudesta, jossa ymmärtämisellä on myös käytännöllinen tehtävä eli tässä yhteydessä hyvän elämän ja hyvän mielenterveyden edistäminen. Ymmärtämisen taitoa tarvitaan paitsi tekstejä tulkittaessa, myös ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Kaiken ymmärtämisen päämääränä on yhteisymmärryksen aikaan saaminen. Hermeneutiikan peruskysymys on sen pohtiminen, miten ymmärtäminen ylipäätään on mahdollista ja miten esteet ymmärtämisen tieltä poistetaan. (Gadamer 2005, 30; Oesch 2005, 21.)

Gadamer (2005, 29-30) sanoo ymmärtämisen ja tulkitsemisen syntyvän niin sanotussa hermeneuttisen ymmärtämisen kehässä. Hermeneuttisen filosofian mukaisesti ajatellaan, että kaikessa ymmärtämisessä osien ja kokonaisuuden suhde on kehämäinen. Tulkitsemisen kohteena oleva osa voidaan ymmärtää vain kokonaisuuden osana. Toisin sanoen osat määrittyvät kokonaisuudesta ja samalla ne määrittelevät kokonaisuutta. Kokonaisuus voi rakentua siis vain osien tulkitsemisen myötä. Ymmärtämisen ensimmäisenä edellytyksenä on jotakin asiaa kohtaan herännyt kiinnostus – halu tietää asiasta totuus tai saada siitä mahdollisimman lähellä totuutta oleva käsitys. Ymmärtämisen esteenä on kuitenkin usein kokemuksen synnyttämät ennakkoluulot ja ennakkokäsitykset. Jotta ymmärtäminen olisi mahdollista, tulkitsijan täytyy ensin tunnistaa omat ennakkoluulonsa ja tuoda ne esiin tunnustamalla ne. Tulkitsemisen ainut päämäärä onkin työstää ennakkokäsityksiä ja näin varmistaa aiheen tieteellinen käsittely. (Gadamer 2005, 117-133; Tontti 2005 59-68.)

Tutkimusaineisto on samalla tutkimuksen kohde, jonka kanssa käydään vuoropuhelua analysoimalla sitä hermeneuttisesti. Vuoropuhelu tapahtuu ajattelun ja kielen kautta. Taustaoletukset tunnistaen tutkija käy tutkimusaineiston kanssa dialogia, joka johtaa tulkintaehdotusten muotoutumiseen. Tulkinta on kielen kautta välittyvää tulkitsijan ja tekstin vuoropuhelua, jossa tulkitsijan rooli tulkintatapahtumassa on merkityksellinen. Gadamer ei pidä tärkeänä sitä, että tulkinnan tavoitteena on objektiivinen, subjektista riippumaton tulkintaehdotus, vaan että siinä ollaan kiinnostuneita tutkijan ja

tutkimuskohteen yhteydestä sekä tutkimuskohteen merkityksestä tulkitsijalle. (Haaparanta & Niiniluoto 1998, 65-67.)

Gadamer ajattelee, että teksteillä on merkitystä elämälle ja tästä syystä lukijan tulee asettua niiden eteen avoimena kokemukselle, joka saattaa muuttaa hänen mieltään ennakkokäsitysten suhteen. Onnistunut vuoropuhelu tarkoittaa sitä, ettei tulkitsija asetu tekstien eli keskustelukumppaneiden yläpuolelle, vaan asettaa sellaisia kysymyksiä itselleen, jotka mahdollisesti johtavat uudenlaisiin tulkintoihin. Gadamerin mielestä tutkijan ennako-oletuksilla on silti tärkeä positiivinen merkitys tutkimuskohteen aukkokohtien löytämisessä. Tämä edellyttää sitä, että tutkija löytää uusia vastauksia kysymysten kautta. Ymmärtääkseen tekstiä tutkijan täytyy olla osa tutkimusta eli olla samalla sekä tutkimuksen subjekti että objekti. Koska tutkija on itse erottamattomasti osa tutkimaansa todellisuutta, hänen tulee ottaa huomioon myös omat elämäkokemuksensa. Tutkijan ei pidä asettaa omia ennakkokäsityksiään tekstin tulkittamisen lähtökohdaksi, vaan hänen on annettava tekstin puhutella itseään ja oltava vastaanottavainen sille, mitä aineistolla on kerrottavana. (Gothóni 2005, 66-70.)

4.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkijan ammattietiikkaan kuuluu eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulee noudattaa harjoittaessaan tutkimusta. Tutkijoiden piirissä vallitsee kohtuullinen yksimielisyys siitä, millainen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää. Tutkimusetiikan vaatimuksia voidaan rinnastaa tieteellisen tiedon vaatimuksiin. Hyvän tutkimuksen tulee täyttää tieteen olennaiset tunnusmerkit, sillä hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen takaa tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden. (Kuula 2006, 23-24, 34.)

Tiede on järjestelmällistä ja järkipäistä uuden tiedon hankintaa. Tiede ymmärretään toiminnaksi, jossa tavoitellaan ja hankitaan tietoa. Tiede eroaa muista tiedon hankkimisen tavoista siinä, että se on nimenomaan järjestelmällistä ja järkipäistä. Tiedon perustelun on tapahduttava tiedeyhteisön hyväksymän tutkimusmenetelmän avulla. Tiede viittaa myös tulosten muodostamaan kokonaisuuteen, tietämisen tilaan tai saavutettuihin totuuksiin. Aktiivisen tieteenkäsityksen mukaan tiedon hankintaan

liittyvässä toiminnassa pidetään arvokkaana koko tutkimusprosessia, jolla totuutta tavoitellaan (Haaparanta & Niiniluoto 1998, 7-11.)

Tutkimusetiikan tulisi läpäistä koko tutkimusprosessi aina alusta loppuun saakka. Jokainen valinta tutkimuksen teon aikana on tärkeä ja tutkija on vastuussa tekemistään ratkaisuista ja valinnoista. (Kuula 2006, 21.) Juhani Pietarinen on eritellyt kahdeksan yleistä eettistä vaatimusta, jotka tulisi asettaa kaikille tutkijoille. Hänen mukaansa tutkijoita velvoittavat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, rehellisyyden vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Näiden vaatimusten ottaminen huomioon muodostaa Pietarisen mukaan tutkijan hyve-etiikan. (Pietarinen 1999; Kuula 2006, 30.) Arja Kuula (2006, 28) toteaa, että eettiset kysymykset tutkimuksessa eivät kuitenkaan ole ainoastaan tieteen sisäisiä asioita, vaan niillä on myös muita, kuten yhteiskunnallisia ulottuvuuksia. Kuulan mielestä eettisten normien noudattamista, erityisesti rehellisyyttä ja tunnollisuutta, edellytetään varsinkin omaan oppialaan perehtymisessä (em., 30).

Hermeneuttisen filosofian käyttämiseen tekstin tulkinnan menetelmänä ja tutkimuksellisenä ajattelukokonaisuutena liittyy monia edellä mainittuihin tieteellisen tiedon ehtoihin liittyvää kysymystä. Ensinnäkin, tutkimukseni pyrkimys on olla dialoginen puheenvuoro, jonka kautta osallistun keskusteluun yhteisösosiaalityön tehtävästä mielenterveyden edistämisessä. Tontti (2005, 64) toteaa, että Gadamerin hermeneutiikassa dialogia voidaan pitää ideaalina keskustelutilanteena, jossa keskinäinen ymmärtäminen etenee oikein esitettyjen kysymysten ja niihin saatujen vastausten kautta ja että dialogi on jotain joka tapahtuu, pikemmin kuin jotain mitä tietoisesti teemme. Oesch (2005, 31) on sitä mieltä, että hermeneutiikan kysymykset ovat eettisiä kysymyksiä ja että etiikka edellyttää vastausta ymmärtämistä koskevaan kysymykseen. Tutkimuksen kysymykset ovat eettisiä kysymyksiä siinä mielessä, että ne koskevat sitä, miten hyvää elämää tulisi rakentaa, jotta se olisi oikeudenmukaista. Eettisten kysymysten esittäminen ja niihin vastausten hakeminen tavoittelee tietoa, joka mahdollistaa uudenlaisen suhteen eettisesti hyvään käytäntöön. Eettisesti pätevän tieteen tulee edistää hyvää ihmiselämässä (Gadamer 2005, 133).

Kriittisellä tarkastelunäkökulmalla on tärkeä osuus hermeneuttisessa tutkimusmenetelmässä, koska se vahvistaa tutkimuksen eettistä päämäärää (Oesch 2005, 32). Eettisen pohdiskelun tulisi kohdistua tutkimusprosessissa kaikkiin vaiheisiin, koska kyse on tutkijan ja tutkimuksen välisestä vuorovaikutuksellisesta suhteesta, johon tutkija asettuu henkilökohtaisella tasolla. Koko tutkimusprosessin tulee ohjautua tutkijan omista henkilökohtaisista ja perustelluista valinnoista. Tiedonhankinnan lähtökohtana on subjektiivinen käytännön kokemustieto, jonka perustalle tieteellinen tieto rakennetaan. Hermeneuttisen filosofian mukaan itsekritiikki kohdistetaan erityisesti siihen kysymykseen, miten tutkijana voin ymmärtää tekstin merkityksen objektiivisesti, vaikka tulkitsemisessä on mukana vahvasti oma elämismaailma ja ennakkokäsitys tutkimuskohteen kokonaisuudesta. Kun tutkimuksen kohteesta yritetään muodostaa kokonaiskäsitys, tulkinnessa on aina väärin ymmärtämisen mahdollisuus. Kriittisyys totuuden vaatimusten suhteen on Gadamerin mielestä väärin ymmärtämisen mahdollisuuden tiedostamista (vrt. Gadamer 2005, 3-11).

Tontti (2005, 64) toteaa, että Gadamerin hermeneuttisen tulkinnan mukaan tutkija on tutkimusprosessissaan väistämättä aina itse osa tutkimusobjektia. Kaikki tulkitseminen perustuu johonkin, josta meillä on jo olemassa jonkinlainen, vaikkakin rajallinen ennakkonäkymä. Tutkimuksessa tavoiteltava tietokokonaisuus ei ole tulkitsevalle subjektille valmiina annettu, vaan se voi rakentua vain osien tulkitsemisen myötä. Tämä osien ja kokonaisuuden vastavuoroinen ja jatkuva liike on kaiken tulkitsemisen ja ymmärtämisen peruslähtökohta. Tutkija astuu subjektina tutkimusprosessissaan tulkinnan kehään. Tämä edellyttää omien ennako-oletusten tiedostamista ja tunnustamista. Nämä ennakkoluulot ovat ymmärtämisen ja tulkitsemisen välttämättömiä ehtoja. Näkemyksen mukaan refleктоimalla omia ennakkokäsityksiä voidaan esittää perusteltuja kannanottoja muiden ennakkoluuloista. Hermeneuttisen filosofian mukaan ajatellaan, että objektiivisuuden vaatimukset tulisi etäännyttää tutkimuksesta, vaikka objektiivisuutta tulee tutkimuksessa toki aina tavoitella. (Tontti 2005, 59-65.)

Tutkimusta ohjaavat tietyt motiivit eli ne tiedonintressit, jota varten tutkimus on tehty ja mihin tutkimuksen halutaan tähtäävän. Tutkijalta edellytetään aitoa kiinnostusta tutkimukseen ja näin ollen uuden tiedon hankkiminen tutkimuskohteesta katsotaan tutkimuseettisesti perustelluksi motivaation lähteeksi (Kuula 2006, 30). Marja Holmila (2005, 18) kutsuu tiedonintresseiksi niitä tiedollisia strategioita, jotka ohjaavat erilaisia

tutkimustapoja. Ne kuuluvat kaikkeen tiedonhankintaan, koska tietoa tarvitaan aina johonkin tarkoitukseen. Jotta tutkija voi toimia tutkimuksen eri vaiheissa eettisesti oikein, hänellä täytyy olla selkeä käsitys omista tiedonintresseistään. (em., 2005, 18.)

Tutkimuksessani tutkimusta ohjaava motiivi liittyy uuden tiedon oppimisen ja oman työn kehittämisen yhteensovittamiseen. Erikoisalaa koskevan tiedon omaksuminen ja liittäminen koulutusprosessissa osaksi ammatillisuutta ja ammatti-identiteettiä on perimmäinen tutkimusaiheen valintaa ohjaava tutkimusintressi. Kysymys siitä, miten mielenterveyskysymystä voitaisiin lähestyä yhteisösosiaalityön teoreettisten ajatuspohjien kautta ja miten yhteisösosiaalityön ideaa voitaisiin soveltaa mielenterveystyön käytäntöön, sai minut tutkijana havaitsemaan, että vastausta kysymykseen ei ole olemassa valmiina, vaan juuri tätä asiaa on lähdettävä hahmottamaan tutkimustyön kautta.

Tavoitteeksi muodostui tutkimusaihetta käsittävän tietokokonaisuuden hahmottaminen ja ymmärtäminen. Tutkimuksella on syllogistinen luonne. Aristoteleen filosofiassa syllogismi tarkoittaa käytännöllisen päättelyn mallia, jolla ihmisen toimintaa voidaan selittää hänen pyrkimyksistään käsin. Tutkimuksen suhteen tiedonintressi on tutkimusprosessin aikana kehittynyt itseymmärryksen lisäämisen tavoitteesta myös laajempaan, yhteiskunnallista hyötyä tavoittelevaan suuntaan. Toivon tutkimuksen päätelmien kertovan siitä, miten yhteisösosiaalityö voi lisätä positiivista mielenterveyttä yhteiskunnassamme.

Koen, että sosiaalinen vastuu tutkimuksen johtopäätöksistä ulottuu oman tiedealan lisäksi omaan sosiaalitieteiden tutkijayhteisöön ja sosiaalityöntekijäyhteisöön. Se miten tutkijana onnistun tai epäonnistun tehtävässäni, saattaa vaikuttaa siihen, millaisena yhteisösosiaalityön erikoisalan asiantuntijuus mielenterveyden edistämisen tehtäväkentällä näyttäytyy. Laadullisessa sosiaalitutkimuksessa tavallisesti joudutaan vastuukysymyksiä pohtimaan tarkkaan tutkittavien kohtelun ja tutkimusaineiston käsittelyn kannalta. Vaikka kyseessä on laadullinen teoreettinen tutkimus, jossa tutkimusaineisto on kirjallista tekstiaineistoa, hyvän tieteellisen käytännön toteutumista koskevilta kysymyksiltä ei silti vältytä tässäkään tutkimuksessa. Olen joutunut pohtimaan hyvän eettisen käytännön toteutumista seurausetiikan kannalta,

huomioimalla, että tulkintojen tekemistä saattaa vääristää subjektiivinen maailmankuva sekä omat arvot ja asenteet.

5 YHTEISÖSOSIAALITYÖLLISET HAASTEET MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

5.1 *Mielenterveyspolitiikasta nousevat yhteisösosiaalityölliset haasteet*

Mielenterveyspolitiikka on joukko arvoja, periaatteita ja tavoitteita, joiden päämääränä on väestön mielenterveyden parantaminen ja mielenterveyden oirehdinnan vähentäminen. Mielenterveyttä edistävän toiminnan perusta on yhteiskunnan arvokulttuurissa ja sen ihmisoikeuksia kunnioittavassa ilmapiirissä (WHO 2004, 23.) Eurooppalainen mielenterveyspolitiikka perustuu lähtökohdiltaan niihin WHO:n kansanterveyspoliittisiin linjauksiin, jotka julistettiin Ottawassa 1986. Kansanterveydelliseksi tavoitteeksi muodostui fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja taloudellisen elämänlaadun saavuttaminen. Sosiaalisten verkostojen vahvistaminen ja terveyttä tukevien ympäristöjen suunnittelu alettiin nähdä keinona yksilöiden mahdollisimman hyvän terveyden toteutumisessa. (Kaplun 1992, 1-6.)

Mielenterveyspolitiikan tehostamisen taustalla on valtioiden huoli paitsi huono-osaisuuden aiheuttamien mielenterveysongelmien kasvusta, myös mielenterveystyön kustannus- ja tehokkuuskriisistä (Esim. Valtioneuvosto 2007). Nykyisin terveydenhuollon resursseja ei kohdenneta oikein, vaan suurin osa terveydenhuollon voimavaroista kuluu sairauksien hoitoon. Mielenterveyttä edistäviin toimenpiteisiin ei ole ollut tarpeeksi poliittista tahtoa muun muassa siitä syystä, että mielenterveyden biologiset syyt saavat enemmän huomiota kuin yhteisölliset ja yhteiskunnalliset terveysvaikutukset. Päätöksentekijöiden olisi oikeus saada tietoa siitä, miten yhteisöjä ja niiden kehittämistä koskeva tieto saataisiin mielenterveyden edistämisen palvelukseen. (McDaid 2006, 1-2; WHO 2004, 1-14.)

Koska terveyttä määrittävät tekijät löytyvät enimmäkseen terveyssektorin ulkopuolelta, toimenpiteet mielenterveyden edistämiseksi nähdään eurooppalaisessa mielenterveyspolitiikassa enimmäkseen yhteiskuntapoliittisina (alkup. käsite Social Policy). Perusteena on käsitys siitä, että kun mielenterveyspolitiikkaa kehitetään ja toteutetaan osana yhteiskuntapoliitiikkaa, sen painoarvo on todennäköisempi suurempi, kuin jos se kuuluisi osaksi yleistä terveyspolitiikkaa. (WHO 2004, 49.) Näin ollen

mielenterveyden edistämisen kannalta tärkeiksi yhteiskuntapolitiikan lohkoiksi muodostuvat muun muassa työllisyys-, koulutus-, asunto-, ympäristö- ja tasa-arvopolitiikka (STM 2004b, 21). Myös talous-, kulttuuri- sekä turvallisuussektorit sosiaalipolitiikan ohella ovat yhteiskuntapolitiikan keskeisiä toiminta-alueita (Helne 2003b,46). Sosiaalipolitiikka voidaan laajasti ymmärrettynä samaistaa yhteiskuntapolitiikkaan, eikä käsitteellistä eroa niiden välillä välttämättä tehdä. Käytännössä kaikki yhteiskuntapolitiikan sektorit sosiaalipolitiikka mukaan lukien tähtäävät hyvinvoinnin edistymiseen. (Simpura 2007.)

Terveyden edistämiseen kuuluu viisi toimintastrategiaa. Kansanterveyspolitiikkaa pyritään rakentamaan siten, että kaikki julkisen politiikan edustajat ovat vastuussa siitä. Terveyspalveluja orientoidaan kokonaisvaltaiseen ajatteluun ihmisten tarpeista lähtien. Tämä edellyttää terveyttä tukevan ympäristön suunnittelua ja rakentamista. Yhteisöllistä toimintaa vahvistetaan ja ihmisiä kannustetaan osallistumaan yhteistoimintaan. Ymmärretään, että ihmisten tiedollisilla ja elämäntaidollisilla kyvyillä on huomattava merkitys suhteessa omaan terveyteen ja elinympäristöön. Näin ollen ihmisiä kannustetaan kehittämään taitojaan ja kykyjään sekä tekemään terveyttä tukevia valintoja. Yhtäläiset resurssit, yhtäläiset mahdollisuudet, terveyttä tukeva ympäristö, informaation jakaminen sekä elämäntaitojen ja elämänvalintojen tukeminen ovat kaikki keinoja terveystopotiaalin toteutumisessa. Tästä syystä kaikessa julkisessa politiikassa täytyy ottaa huomioon terveyttä edistävä näkökulma. Vastuu terveyden edistämisestä kuuluu kaikille yhteiskunnan tasoille yli sektorirajojen, mutta ammattihenkilöillä on vastuu vaikuttamisesta ja terveyttä edistävien toimien kohdentamisesta paikallisiin tarpeisiin. (Kaplun 1992, 1-6; WHO 2004, 17, 52.)

Suomella on ollut alusta lähtien tärkeä ja aktiivinen rooli EU:n mielenterveyspolitiikan luomisessa. Vuonna 2005 Helsingissä pidettiin WHO:n ministeritasoinen konferenssi, jonka tuloksena julkistettiin Mielenterveyttä kaikille –ohjelmajulistus ja toimintasuunnitelma (Mental Health Declaration for Europe), jonka tarkoitus oli ohjata Euroopan mielenterveyspolitiikan tulevaisuutta entistä vahvemmin mielenterveyden edistämisen suuntaan. Käytännön toimenpiteinä tuotiin esille yhteisötasoisien interventioiden kehittäminen, joissa keskeistä on kansalaisten osallistumisen ja voimaantumisen tukeminen. Mielenterveyspolitiikan painopistettä on muutettu tietoisesti pois mielenterveyden häiriöistä kohdistamalla huomio positiivisen

mielenterveyden tukemiseen. Erityisen huomion kohteena on näin ollen kansalaisten selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Tähän tavoitteeseen pyritään kehittämällä sosiaalista tukea tarjoavia ympäristöjä ja yhteisöjä. (STM 2004b, 28-38; WHO 2005a; WHO 2005b.)

Mielenterveyslaki määrittelee vastuun mielenterveyden edistämisestä osaksi kunnan järjestämää mielenterveystyötä. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveystyö on mielenterveyttä edistävien olosuhteiden luomista ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu lääketieteellisin perustein annettavien palveluiden järjestäminen. Mielenterveyslaki ei erikseen määrittele mielenterveyden edistämisen sisältöjä. Mielenterveyden edistämisen kohteena ovat kaikki kunnan asukkaat, kun palvelut puolestaan suunnataan niille kuntalaisille, joilla on lääketieteellisesti todettu mielisairaus tai mielenterveyden häiriö. Tällä hetkellä Suomen kunnissa on käynnissä mielenterveyspalvelujärjestelmän rakennemuutos, joka tarkoittaa painopisteen siirtämistä lääketiede- ja palvelukeskeisyydestä mielenterveyttä edistävien ja häiriöitä ehkäisevien toimintojen suuntaan. (Sohlman ym. 2004, 379-385.)

Kunnallishallinnon näkökulmasta kaikkia asukkaiden elämään liittyviä poliittisia ratkaisuja tulisi harkita myös niiden mielenterveydellisten vaikutusten kannalta. Kuntien hyvinvointipoliittisen ohjelman osaksi tulee laatia mielenterveystyön kokonaisuohjelma, joka toimii kunnassa johtamisen työvälineenä. (Poikajärvi & Perttilä 2006, 18.) Hyvinvointia ja mielenterveyttä koskevien suunnitelmien on perustuttava tietoon väestön mielenterveyspalveluiden tarpeista ja olemassa olevista resursseista. Kokonaissuunnitelman on tarkoitus koskea koko mielenterveystyön kenttää ja se valmistellaan yhteistyössä kaikkien suunnitelmaa koskevien tahojen kanssa asukkaat mukaan lukien. Kuntalaisilla tulee olla mahdollisuus osallistua mielenterveystyön kokonaissuunnitelman laatimiseen. Kuntalaisia on myös tiedotettava kokonaissuunnitelman pääkohdista palveluiden helpottamiseksi. Tämän lisäksi kuntien eri hallintokunnilla, eri alojen ammattihenkilöillä ja kunnissa toimivilla järjestöillä tulee olla mahdollisuus osallistua kokonaissuunnitelman laadintaan. (STM 2001a, 42.)

Kunnilta odotetaan kykyä ja tahtoa laajaan monialaiseen yhteistoimintaan mielenterveystyön tehostamiseksi. Parempaa yhteistyötä edellytetään erityisesti

terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Eri hallinnonalojen, kolmannen sektorin ja kunnan asukkaiden välinen yhteistoiminta on edellytys mielenterveyden edistämisen käytännön toteutuksessa. Varhainen puuttuminen ja kokonaisvaltainen työote tulisi sisäistää ensisijaiseksi toiminnan periaatteiksi. Valtion ohjaus painottaa uusien, terveyttä edistävien ja syrjäytymistä ehkäisevien toimintakäytäntöjen suunnittelun ja kehittämisen tarvetta. Tässä yhteydessä korostetaan erityisesti kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämistä erilaisin voimaannuttavin menetelmin. Samanaikaisesti valtion ohjauksessa korostetaan kansalaisten vastuuta omasta terveydestä ja yhteisestä hyvinvoinnista. Suunnitelmallinen mielenterveyspolitiikka kunnissa tarkoittaa sitä, että vastuun ja yhteistyön kysymykset mielenterveystyön osalta organisoidaan ja koordinoidaan ja että mielenterveystyön toimivuus nähdään niin tärkeänä asiana, että se halutaan turvata myös poliittisen päätöksenteon tasolla. (Sohlman ym. 2004, 379-385.)

5.2 Sosiaali- ja terveystieteistä nousevat yhteisö- ja sosiaalityölliset haasteet

Suomalainen sosiaalipolitiikka on kytkeytynyt osaksi eurooppalaista hyvinvoinnin edistämisen politiikkaa, jossa terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä syrjäytymisen ehkäisy ovat keskeisiä toiminnallisia linjauksia. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen politiikka on ollut Suomen valtiollisen hyvinvointipolitiikan strategisena painotuksena 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Taustalla ovat 1990-luvun laman seurauksena syntyneet korkeat sosiaalimenot ja pysyväksi jäänyt korkea työttömyysaste. Sosiaaliturvan kehittämisessä on painotettu ennaltaehkäisevän politiikan ensisijaisuutta. Strategiaan sisältyy laaja hyvinvointinäkemys, jolla tarkoitetaan sitä, että vastuu sosiaalisesta hyvinvoinnista kuuluu yhteiskunnassa kaikille toimijatahoille ja sektoreille. (STM 2001b, 4-9.)

Terveet ja hyvinvoivat ihmiset nähdään taloudellisen menestyksen ja kilpailukyvyn perustana. Taustalla on kommunitaristinen ajatus, joka korostaa perheen, erilaisten yhteisöjen ja kolmannen sektorin osuutta hyvinvoinnin ja sitä tuottavan sosiaalisen pääoman kasvattamisessa. Ohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveystieteiden tehtävänä on edistää terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien

välisiä terveyseroja. Tulevaisuudessa perusterveydenhuollon asemaa tullaan vahvistamaan. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön toimivuuden lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta. Palvelurakenneuudistuksen toteuttamisessa sosiaalityö ja mielenterveystyö ovat eräitä kehittämisen painopistealueita. (Valtioneuvosto 2007, 52.)

Nykyaikaisessa hyvinvointikäsitteessä korostuu sen yhteisöllinen luonne, mikä velvoittaa myös terveyspolitiikkaa ottamaan huomioon ihmisten ja elinympäristön välisen vuorovaikutussuhteen, elinolosuhteet sekä näissä ilmenevät riskit ja resurssit. Perustarpeiden tyydytys, turvallisuus, hyvät ihmissuhteet, työn ja vapaa-ajan tasapaino sekä asuminen ja terveellinen ympäristö muodostuvat tällöin hyvinvoinnin edellytyksiksi ja terveyden peruspilareiksi (Perttilä 1999,81.) Koska hyvinvointi- ja terveyseroista on alkanut tulla kansakuntia koskettava kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen tulevaisuuden uhka, tilannetta ei voida ratkaista ainoastaan terveydenhuollollisilla toimenpiteillä, vaan tarvitaan myös tietoa sosiaalisesta eli yhteiskunnan rakennetekijöistä ja yhteisöllisistä elinolosuhdetekijöistä. (esim. Prättälä ym. 2007, 15-20.)

Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus ovat demokratiassa hyvinvointipolitiikan keskeisiä arvoja ja tavoitteita. Terveys on hyvinvoinnin osa-alue, jossa ilmenee väestöryhmien välillä merkittävää eriarvoisuutta. Tästä on osoituksena terveyden epätasa-arvo, joka ilmenee sosiaaliryhmittäin. (Melkas 1995, 1.) Terveyspolitiikan yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut väestöryhmien välinen terveydellinen tasa-arvo sekä hyvinvoinnin ja terveyserojen vähentäminen jo 1960-luvulta lähtien. Tähän on pyritty erityisesti vähentämällä sosiaalista eriarvoisuutta. (Sihto ym. 2007, 198.)

Jouko Kajanoja (2005, 79) on esittänyt ajatuksen, jonka mukaan yhteiskunnallinen huono-osaisuus osoittaa pätevästi hyvinvoinnin tilan yhteiskunnassa. Hän perustelee näkemystään sillä, että mitä harvempi on huono-osainen, sitä parempi on yleinen hyvinvointi. Samoin terveyden vähäinenkin kohentuminen suuressa terveydeltään huono-osaisessa ryhmässä ilmenee väestön kokonaisterveydentilan paranemisena (Lahelma ym. 2007, 28). Monissa terveyden riskitekijöitä koskevissa tutkimuksissa todetaan, että parantamalla huono-osaisen väestöryhmien sosiaalisia resursseja, sosiaalisen aseman noustessa myös näiden ryhmien terveydentila koheni. Parhaimmassa

ja huonoimmassa asemassa olevien ryhmien välillä on kuitenkin havaittavissa edelleen suuria terveyskuiluja. (Sihto ym. 2007, 204.)

Väestön terveyteen ovat vaikuttamassa yhteiskunnassa vaikuttavat eriarvoistavat rakenteet ja prosessit. Kyse on pohjimmiltaan epätasa-arvoisesta vallan ja muiden resurssien käytöstä, joka johtaa eriarvoisuuteen hyvinvoinnin ja terveyden osalta. Terveydellisen epätasa-arvon kysymyksiä ei tulisikaan käsittää ensisijaisesti terveysongelmina, vaan sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmina. (Sihto ym. 2007, 201.) Terveiden tasa-arvoista jakautumista koskevissa tutkimuksissa on useimmiten tarkasteltu sitä miten sosioekonominen asema vaikuttaa terveyteen, mutta vähemmän niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat itse sosioekonomiseen asemaan ja sitä kautta terveyteen. Väestön terveyden taustaan vaikuttavia yhteiskunnallisia mekanismeja tunnetaan aivan liian vähän. (Lahelma ym. 2007, 197.)

Tilastojen mukaan suomalaisten tämän hetkisen hyvinvoinnin kokonaistilanne on pysynyt suurin piirtein ennallaan edellisiin vuosiin nähden, mutta tulonjaon kehitys on ollut kaksisuuntaista. Eniten ansaitsevat ovat vaurastuneet entisestään, mutta osalla väestöä elinolojen parantuminen on ollut selvästi muita heikompaa. Toisin sanoen hyvinvoinnin kasvattamisessa on onnistuttu hyvin, mutta suhteellinen köyhyys ja syrjäytyminen ovat lisääntyneet. Kehityksen seurauksena huono-osaisuus on kasautunut väestölle, joka on työtöntä ja elää vähimmäistulon varassa. Toimeentulon vaikeudet liittyvät pääasiassa työttömyyteen ja muihin hyvinvoinnin vajeisiin, kuten heikkoon terveyteen. (Kautto ym. 2006, 236-259.)

Hyvinvointia ei kuitenkaan voida mitata pelkästään tuloilla, vaan huono-osaisuudella on myös elämänlaadullisia ja kokemuksellisia ulottuvuuksia. (Kautto ym., 2006, 247-257). Monet muutkin sosiaalista asemaa kuvaavat indikaattorit, kuten ammatti, koulutus, asuinolot, tulotaso, perhesuhteet ja työllisyys ovat moniselitteisessä yhteydessä terveyteen. Erityisesti vuorovaikutussuhteiden ja sosiaalisen tuen merkitystä terveyden taustatekijöinä on viime vuosina tutkittu paljon. (Huttunen 1995, 2.) Aineellisen hyvinvoinnin lisääntyessä yhteiskunnallinen huono-osaisuus mielletään entistä enemmän syrjäytymiseksi sosiaalisista suhteista ja yhteisöllisestä toiminnasta.

Syitä väestöryhmien välisiin terveyseroihin etsitään jatkuvasti. Vaikka alueiden ja sukupuolten välisiä terveyseroja on pystytty kaventamaan, sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat jopa suurentuneet. Hyvin koulutetut, hyvätuloiset tai hyvässä ammatillisessa asemassa elävät keskimäärin pitempään ja terveempinä kuin muut. Nykyisessä terveyden edistämisen politiikassa pidetään erityisen tärkeänä tavoitteena yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentämistä ja kaikkein heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman parantamista. (Prättälä ym. 2007, 19-23.) Väestön terveyden paraneminen ja terveydellinen tasa-arvoisuus edellyttää yhteiskunnallista eriarvoisuutta vähentävää yhteiskuntapolitiikkaa. Kohtuullisen toimeentuloturvan takaaminen, työkyvyn tukeminen ja toimivat palvelut vähentävät myös huonosta terveydestä johtuvaa sosiaalista eriarvoisuutta. (Sihto ym. 2007, 198.)

Hyvinvoinnin polarisaatio koskee erityisesti lapsiperheitä. Lapsiperheet ovat siirtyneet tulonjaossa alaspäin samalla kun pienituloisten osuus on kasvanut. Lapsiperheköyhyyden kasvu koskee erityisesti yksinhuoltajia, suuria lapsiperheitä ja perheitä, joissa on alle 3-vuotiaita lapsia. (Moisio 2006, 36-53.) Myös nuorten osalta hyvinvointi on pysynyt suurin piirtein ennallaan, mutta kehitys myös sen osalta on ollut kaksijakoista. Enemmistö nuorista voi paremmin, mutta pahoinvointi kasautuu tietyissä osaryhmissä. Tämä ilmenee muun muassa vaikea-asteisen masentuneisuuden yleistymisenä. Lapsiperheiden hyvinvoinnin epäsuotuisa kehitys on lisännyt mielenterveyspalvelujen, erityisopetuksen ja lastensuojelun kysyntää. (Rimpelä ym. 2006, 57-75.) Lapsuuskodin huono-osaisuus ennustaa huono-osaisuutta myös aikuisuudessa (Moisio 2006, 36-53). Puutteelliset elinolot lapsuudessa luovat pohjaa huonolle terveydelle ja heikentävät mahdollisuuksia saavuttaa aikuisena elämässä hyvä sosiaalinen asema (Lahelma ym. 2007, 31, 34).

Vaikka terveydellä ja sosiaalisella asemalla on keskinäinen yhteys, tutkijat ovat sitä mieltä, että sosiaalisella asemalla ei ole suoraa vaikutusta terveyteen, vaan terveyseroja tuottavat elinolot, elintavat ja muut terveyteen liittyvät taustatekijät. Tärkeimpinä sosiaalista asemaa määrittävinä tekijöinä pidetään koulutusta, työtä, ammatillista asemaa sekä tuloja ja varallisuutta. Kullakin sosiaalisen aseman ulottuvuudella on oma erillinen yhteytensä terveyteen. Päähuomio on kuitenkin siinä, että terveys on sitä heikompi, mitä alempi on yhteiskunnallinen asema. Terveys voi myös valikoitua

yhteisötasoisesti. Tämän käsityksen mukaan ne joilla on hyvä terveys, päätyvät todennäköisemmin ylempään sosiaaliseen asemaan. Ne henkilöt joilla on huono terveys, jäävät helpommin alemmaksi sosiaalisessa asteikossa. Alhaisessa sosiaalisessa asemassa eläminen aiheuttaa jo sinänsä stressiä ja tätä kautta uhkaa terveydelle. (Lahelma ym. 2007, 31-34.)

Köyhyys, tasa-arvo ja ihmisoikeudet ovat läheisessä yhteydessä terveystieteisiin. Yhteiskunnallinen huono-osaisuus ja terveys ovat toisiinsa nähden vastavuoroisessa ja itseään kehämäisesti toistavassa yhteydessä. Huonot olosuhteet johtavat huonoon terveyteen ja päinvastoin. Näiden tekijöiden tiedostaminen tekee sekä sosiaalisen hyvinvoinnin että terveyden edistämisen tehtävästä laajan, koko yhteiskuntaa käsittävän tehtävän. (Braveman & Gruskin 2003, 539-545.)

Huono-osaisuudella ja köyhyydellä on todettu olevan selvä yhteys erityisesti psyykkiseen hyvinvointiin. WHO:n raportissa (WHO 2004, 11-13) todetaan, että globalisaation ei-toivotut seuraukset hyvinvoinnissa ilmenevät ihmisten arkielämässä monenlaisina sosiaalisina, terveydellisinä ja käyttäytymisen tason ongelmina. Nämä elämänolosuhteisiin vaikuttavat sosioekonomiset ja ympäristölliset tekijät määrittävät pitkälti hyvinvointia ja mielenterveyttä. Jokapäiväiset kokemukset elämän sosiaalisesta todellisuudesta ilmenevät mielenterveydessä yksilötasolla, mutta niiden seuraukset ovat nähtävillä myös yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Nämä tulevat esiin muun muassa turvattomuutena, toivottomuutena ja lisääntyneenä väkivallanuhkana. (em.)

Mielenterveyden osalta väestön terveydentila on pysynyt kutakuinkin samanlaisena viimeisen kahdenkymmenen vuoden ajan, kun sitä tarkastellaan diagnosoitavien häiriöiden osalta. On kuitenkin ollut havaittavissa, että väestö on 1980-luvulta lähtien jakautumassa yhä selvemmin psyykkisesti hyvinvoiviin ja huonosti selviytyviin. (Ostamo ym. 2007, 87, 92.) Mielenterveydellisten häiriöiden kansanterveydellinen merkitys on huomattava, sillä niiden aiheuttamat kansantaloudelliset kustannukset kasvavat jatkuvasti. Tavallisimpia ja kansanterveydellisesti huolestuttavimpia mielenterveydenhäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt. (Pirkola & Sohlman 2005, 4-6.) Huolimatta siitä, että mielenterveyden häiriöt eivät ole lisääntyneet määrällisesti, koetut mielenterveyden ongelmat ovat sitä vastoin lisääntyneet (Sohlman ym. 2004, 379).

Samoin mielenterveyden häiriöiden haitat työkyvylle ovat kasvaneet koko 2000-luvun. Suomessa yleisin ja jatkuvasti kasvava työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syy on masennus. (Raitasalo & Maaniemi 2007, 14-16.) Myös päihteisiin liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleistyneet Suomessa viime vuosina (Ostamo ym. 2007, 93).

Huonon mielenterveyden ja heikon sosioekonomisen aseman yhteys mielenterveyteen on tunnustettu, vaikka tutkimustietoa on olemassa vain vähän ja tulosten osalta ne ovat osittain ristiriitaisia. Mielenterveyteen liittyvistä sosioekonomisista riskitekijöistä osa on todennettu, mutta tutkijoiden mukaan ne saattavat ilmentää yhtä hyvin mielenterveyden häiriöiden seurauksia kuin niiden syitä. Tutkimustulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia siltä osin, että psyykkisten oireiden esiintyvyys ja vakavuus kasvavat hyvinvoinnin vajeiden ja yhteiskunnallisen syrjäytymisen kasvaessa. Erityisesti tämä tulos on nähtävissä työttömyyden, heikon tulotason ja alhaisen koulutustason osalta. Toisaalta tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla olisi enemmän lieviä mielenterveyden ongelmia. (Ostamo ym. 2007, 87-99.)

Mielenterveyden osalta terveyseroja voidaan selittää toisilleen vastakkaisista näkemyksistä lähtien. Sosiaalisia syitä koskevan selitysmallin mukaan erot mielenterveydessä ymmärretään tämän mallin mukaan johtuvan siitä, että alemmassa sosiaalisessa asemassa olevat joutuvat kokemaan keskimääräistä enemmän stressitekijöitä, jotka horjuttavat psyykkistä toimintakykyä ja mielenterveyttä. Tällaiset tekijät liittyvät erityisesti aineellisiin resursseihin, sosiaalisiin suhteisiin, kotiympäristöön, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja yksilöllisiin elämäntapoihin. Terveydellisen valikoitumisen selitysmallin mukaan mielenterveys ei ole seuraus sosiaalisesta asemasta, vaan päinvastoin sosiaalinen asema on seurausta mielenterveydestä. Tämä selittäisi sen, miksi mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset valikoituvat heikompaan yhteiskunnalliseen asemaan ja vastaavasti sen, miksi hyvä mielenterveys auttaa nousemaan hyvään sosiaaliseen asemaan. Vaikka tutkimuksellista yksimielisyyttä ei ole siitä, ovatko mielenterveysongelmat huono-osaisuuden syy vai seuraus, tunnustetaan kuitenkin, että sosiaalinen syrjäytyminen on suuri riski mielenterveydelle. (Ostamo ym. 2007, 87-98.)

Vaikka mielenterveyden häiriöiden ja sosioekonomisen aseman välinen yhteys on monitahoinen ja vaikeasti tutkittava, tutkimukset osoittavat, että mielenterveydenhäiriöiden esiintyvyyden ja sosioekonomisen aseman välillä oleva yhteys on käänteinen. Mielenterveyden häiriöt, etenkin psykoosit, kasautuvat alimpiin sosiaaliryhmiin. Psykkisten oireiden esiintyvyyteen vaikuttavat erityisesti alhainen tulo- ja koulutustaso. Tätä yhteyttä on selitetty monesta eri lähtökohdista, joista toistaiseksi mitään ei ole todettu ehdottomasti oikeaksi tai vääräksi. Voidaan selittää, että sosiaalinen huono-osaisuus aiheuttaa mielenterveyden häiriöitä ja edesauttaa niiden puhkeamista. Toiseksi yhteyttä selittäisi se, että mielenterveyden häiriöihin sairastuvat eivät pysty hankkimaan yhtä hyvää sosiaalista asemaa kuin psyykkisesti vahvemmat. Kolmanneksi, todettu yhteys olisi yksinomaan mielenterveyden häiriön seurausta, toisin sanoen sairaudesta aiheutuvaa sosiaalista vajoamista. Neljäntenä selityksenä tarjotaan mallia, jonka mukaan alimpaan sosiaaliryhmään kuuluvien mielenterveyshäiriöt paranevat huonommin ja kroonistuvat helpommin kuin paremmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien mielenterveyshäiriöt. (Lehtinen 1995, 5-6.)

Monet psyykkiset häiriöt alkavat jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Taustalla ovat vaikuttamassa perheen sosioekonominen asema sekä vanhempien tarjoama malli elämäntyylistä ja terveystottumuksista. Nuorilla esiintyy mielenterveyshäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla ja suurin piirtein saman verran kuin aikuisilla. Nuorten elinolosuhteiden ja elämäntapojen on todettu vaikuttavan mielenterveyteen. Erityisesti koulutuksesta syrjäytyminen on yhteydessä psyykkisiin ongelmiin nuoruudessa ja myöhemmin aikuisuudessa. Vakavat mielisairaudet, kuten skitsofrenia alkavat yleensä nuorella aikuisiällä itsenäistymisen kynnyksellä. Sairaus haittaa usein ammatillisen koulutuksen hankkimista, perheen perustamista ja työllistymistä. Tästä on seurauksena suurempi todennäköisyys joutua pysyvästi huonoon sosiaaliseen asemaan. Mielenterveyden edistämisen toimintapolitiikan tulisi ulottua läpi ihmisen elämänkaaren, mutta erityisesti psyykkisesti sairastuneiden lapset, nuoruusiässä sairastuneet, koulutuksesta syrjäytyneet ja työttömät tarvitsisivat kaikista eniten yhteisöllistä tukea selvittääkseen toimintakykyisiksi yhteiskunnan jäseniksi. (Ostamo ym. 2007, 91-99.)

6 YHTEISÖLLISYYS MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

6.1 Osallisuus ja osallistuminen yhteisöllisenä siteenä

Osallisuus on eräs keskeisistä eurooppalaisen mielenterveyspolitiikan käsitteistä. Osallisuuden käsite liittyy edustuksellisen demokratian kehittämiseen ja sen ajatellaan lisäävän kansalaisten poliittisen vaikuttamisen mahdollisuuksia. Sen lisäksi sillä tarkoitetaan myös laissa sääntelemätöntä omaehtoista kansalaistoimintaa, kansalaisaktivismia tai järjestöosallisuutta (Valtioneuvosto 2002, 4-5). Osallisuuden käsite viittaa yhteisöllisyyteen. Siitä on olemassa lukuisia määritelmiä. Osallisuus voidaan nähdä osallistumista laaja-alaisempana käsitteenä. Sillä voidaan tarkoittaa yhteenkuulumisen ja osallisuuden tunnetta omassa yhteisössä tai yhteiskunnassa työn, harrastuksen tai vaikuttamisen kautta. Osallisuus voidaan määritellä myös mahdollisuudeksi vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen sekä päätöksentekoon. (Siltaniemi & Perälähti & Eronen & Londén & Peltosalmi 2008, 43.)

Osallisuuden vastakohta on syrjäytyminen. Syrjäytyminen on kasautuvaa huono-osaisuutta. Syrjäytyneeltä ihmiseltä puuttuu hyvinvoinnin kannalta merkittävää resursseja ja osallisuuksia. (Juhila 2006, 52-55.) Jussi Simpura on todennut, että osallisuutta toteutetaan erilaisten yhteisöllisten jäsenyyksien kautta. Osallisuus toimii ihmisiä yhdistävänä siteenä vaikuttaen hyvinvoinnin kokemiseen ja elämäntyytyväisyyteen. (Simpura 2007.) Ihminen voi syrjäytyä myös omasta elämästään, mikäli hän ei pääse käyttämään omia eikä yhteisön voimavaroja elämänsä rakentamiseksi (Niemi 2002, 80-81).

Osallisuudessa on pohjimmiltaan kyse siitä, kuinka valta jakautuu kansalaisten kesken ja miten sitä käytetään. Osallistuminen on toimintaa, jonka päämääränä on osalliseksi tuleminen ja vaikuttaminen eli vallankäyttö. (Pehkonen 2004, 53.) Aini Pehkonen (2004) muistuttaa, että englanninkielellä osallistumista kuvataan kolmella eri käsitteellä, *participation*, *empowerment* ja *engagement*. *Participation* tarkoittaa perinteistä kansalaisten yhteiskunnallista vaikuttamista. Aloite osallistumiseen tulee yleensä osallistujan ulkopuolelta. Tämän kaltainen toiminta suuntautuu ylhäältä alaspäin. *Empowerment* tarkoittaa joidenkin kansalaisryhmien

osallistumismahdollisuuksien tukemista ja kannustamista oma-aloitteiseen osallistumiseen. Social engagement on omaehtoista osallistumista, jossa toiminta suunnataan alhaalta ylöspäin. (Ristock & Pennel 1996, 2; Pehkonen 2004, 52-52.)

Kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia turvaava lainsäädäntö on varsin laaja ja kattava. Osallistumisen ja vaikuttamisen lähtökohdat on kirjattu perustuslakiin. Osallistumista kunnalliseen päätöksentekoon koskevat yleiset säännökset on koottu kuntalakiin. Lisäksi osallistumista edistetään muun muassa ympäristölainsäädännön, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen lainsäädännön erityissäännöksillä. (Valtioneuvosto 2002, 4-5.) Perinteinen kuntakäsitys korostaa kansalaisten poliittista osallistumista. Kansalaiset halutaan nähdä aktiivisina subjekteina, jotka tahtovat, osaavat ja saavat toimia vaikuttajina itselleen tärkeissä yhteiskunnallisissa asioissa. (Möttönen 2002, 122.)

Osallisuus ja osallistumisen mahdollisuudet ovat tärkeitä paitsi edustuksellisen demokratian toteutumisen, myös ihmisten hyvinvoinnin ja mielenterveyden kannalta. Pohjois-Savossa toteutettiin hyvinvointia ja osallisuutta koskeva kansalaiskysely vuonna 2007. Kyselyssä haluttiin muun muassa tietoa siitä, minkälaisista asioista ihmiset kokivat hyvinvointinsa muodostuvan. Tulosten mukaan voimakkaimmin omaan hyvinvoinnin kokemukseen on yhteydessä terveydentila, joka sisältää fyysisen ja psyykkisen terveydentilan sekä toimintakyvyn. Psyykkiseen hyvinvointiin liittyy luottamus omiin mahdollisuuksiin, usko tulevaisuuteen, tavoitteellisuus, mahdollisuus kehittyä ja itsestä huolehtiminen. Tutkijat katsoivat, että kyseiset hyvinvoinnin osatekijät liittyvät laajemmin ihmisten elämänhallintaan. Elämänhallintaa ja elämänhallinnan tunnetta tutkijat pitivät terveyden jälkeen tärkeimpänä hyvinvoinnin osa-alueena. Hyvinvoinnin edistämiseksi on kyse siitä, miten yhteisöiden ja yhteiskunnan tasolla kyetään vahvistamaan ihmisten terveyttä ja elämänhallintaa, ja minkälaiset mahdollisuudet ihmisillä on toimia ja toteuttaa itseään yhteisöissä. Tärkeimpinä yksittäisinä hyvinvointia lisäävinä asioina itäsuomalaiset kokivat vastuun omasta hyvinvoinnista, mahdollisuuden nauttia elämästä ja luonnosta, mahdollisuuden ylläpitää sosiaalisia suhteita ja seurata ajankohtaisia asioita. Lisäksi hyvinvoinnin kokemukseen vaikuttivat yhteiskunnassa vallitseva tasa-arvo, sosiaaliturva ja kunnan palvelut. (Siltaniemi ym. 2008, 37, 40.)

Yksittäisten kansalaisten kyky osallistua vaihtelee suuresti. Kun osallisuutta tarkastellaan sosiaalityön tehtävästä käsin, huomio tulisi kiinnittää niihin ihmisiin ja ryhmiin, joilla on toimintakyvyn esteitä tai puutteita toimintamahdollisuuksissa. Edellä mainitussa tutkimuksessa joka seitsemäs Itä-Suomen asukas piti tämän hetkistä hyvinvointinsa kokonaistilannetta huonona tai melko huonona. Kansalaisten hyvinvointikokemukset näyttivät polarisoituvan. Hyvinvoinnin puutteet kasautuivat eri tavoin erilaisessa elämäntilanteessa oleville ihmisille. Työssä käyvien ja perheellisten kokemukset hyvinvoinnistaan olivat parempia kuin työttömien, yksinasuvien, yksinhuoltajien ja vanhempien henkilöiden kokemukset. Heikoimmaksi hyvinvointinsa arvioi ikääntynyt väestö. Työ ja koulutus olivat tutkimuksen perusteella merkittäviä hyvinvointia tuottavia tekijöitä. Samoin kokemus kuulumisesta sosiaaliseen yhteisöön tuki voimakkaasti ihmisten hyvinvointia ja elämänhallintaa. (Siltaniemi ym. 2008, 184-185.) Osallisuuden kannalta tärkeä viesti on se, että ihmiset pitävät omassa elämässään tärkeimpänä hyvinvointia tuottavana asiana mahdollisuutta vaikuttaa päivittäisen arjen hyvinvoinnin kannalta merkityksellisiin tekijöihin, joista sosiaaliset suhteet ovat ensisijalla (em., 184-185).

6.2 Sosiaalinen tuki yhteisöllisenä voimavarana

Sosiaalinen tuki on paljon tutkittu ja käytetty käsite. Sosiaalisen tuen käsite on läheinen sosiaalisen pääoman käsitteelle ja sitä käytettiin jo ennen kuin sosiaalisen pääoman käsite yleistyi 1990-luvun lopulla. Sosiaalinen tuki on yksilötason käsite, joka kuvaa sitä tukea, jota yksilö saa niiltä sosiaalisilta verkostoilta, joihin hän on liittynyt. (Mckenzie & Harpman 2006, 13.) Sosiaalinen tuki ilmentää tärkeiden olemassa olevien ihmissuhteiden ja sosiaalisten suhteiden olemassaoloa tai niiden puutetta (Ganster & Victor 1988, 17-18; Berkman 1985). Sitä mitataan muun muassa puolison olemassaololla, sukulaisten ja ystävien määrällä, järjestöihin ja yhdistyksiin kuulumisella sekä läheisten ihmisten tapaamistaajuudella. Lääketieteessä sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaalisiin suhteisiin liittyvää terveyttä edistävää tai stressiä ehkäisevää tekijää. Se on määriteltävissä sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi. Sosiaalinen tuki on avun antajan ja avun vastaanottajan välistä vuorovaikutusta koskettava asia, johon vaikuttavat yksilöiden persoonallisuus, sosiaalisen verkoston rakenne ja toiminnallinen tilanne. Sosiaalista tukea tulisikin tarkastella sosiaalisen

liittymän, sekä tuen rakenteen ja sisällön kannalta. Liittymistä sosiaalisiin verkostoihin kuvaa esimerkiksi verkoston koko sekä kuuluminen erilaisiin sosiaalisiin organisaatioihin ja osallistuminen niiden toimintaan. (Cohen & Syme 1985; Vahtera & Uutela 1994, 1054-1055.)

Sosiaalisissa verkostoissa oleva tuki palvelee erilaisia inhimillisiä tarpeita. Vuorovaikutuksen kautta ihminen saa muun muassa arvostusta, läheisyyttä sekä käytännöllistä, henkistä että tiedollista apua. Eristäytyminen on puolestaan seurausta sosiaalisen tuen puutteesta. (Cohen & Syme 1985; Ganster & Victor 1988, 18-19.) Tutkimus on tuottanut tietoa sosiaalisten suhteiden laadusta ja määrästä, etäisyydestä ja läheisyydestä, saatavuudesta, ajoituksesta sekä sosiaalisen tuen funktioista. Sosiaalista tukea koskevassa tutkimuksessa ollaan tänä päivänä erityisen kiinnostuneita sen yhteydestä terveyteen ja erityisesti mielenterveyteen, sillä tutkimusten (Broadhead ym. 1983) mukaan tämä yhteys on kaikkein voimakkainta. Sosiaalisella tuella tai sen puutteella on yhteys mielenterveysongelmista johtuviin kuolemantapauksiin, itsemurhiin, masennukseen ja ahdistuksen kokemiseen. (Ganster & Victor 1988, 19.) Näitä syy-yhteyksiä ei kuitenkaan ole tutkittu riittävästi, jotta voitaisiin sanoa tarkemmin, miten sosiaaliset suhteet ovat vaikuttamassa terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen tai kuntoutumiseen (Vahtera & Uutela 1994, 1055).

Sosiaalisella tuella on sairauksia ennaltaehkäisevä ja sairauksista toipumista edistävä vaikutus. Sosiaalisissa verkostoissa ilmenevän sosiaalisen tuen on todettu suojaavan ihmisiä elämänkriiseiltä ja pitkäaikaiselta stressiltä. Ihmisten väliset sosiaaliset siteet suojaavat eristäytymiseltä ja yhteinen toiminta mahdollistaa konfliktien käsittelyn sekä itsensä kehittämisen. Hyvät sosiaaliset suhteet toimivat turvaverkkona, joka suojaa riskeiltä ja antaa tukea erilaisten elämäntapahtumien aikana. Sosiaalinen tuki voi estää stressin etenemisen sairastumiseksi toimiessaan puskurina psyykkisiä oireita vastaan. Ihmisten väliset positiiviset suhteet helpottavat tiedon kulkua ja kommunikaatiota. Myös sosiaalisiin suhteisiin liittyvä kontrolli saattaa vaikuttaa yksilöiden käyttäytymiseen terveyttä edistävästi. Sairastamisen seuraukset ovat lievempiä yhteisöissä, joissa on tarjolla sosiaalista tukea. Ihmisten välisillä suhteilla ei kuitenkaan ole ainoastaan myönteisiä vaikutuksia mielenterveyteen. (McKenzie 2006, 24-38.) Hyvät suhteet edistävät terveyttä ja huonoilla ihmissuhteilla on päinvastainen vaikutus (Ganster & Victor 1988, 27; Wilkinson 2006, 7). Sosiaalisen tuen ja terveyden väliseen

suhteeseen vaikuttavat erot ovat jossain määrin yksilöllisiä ja sukupuolesta johtuvia eroja. On todettu, että jotkut ihmiset kykenevät käyttämään paremmin sosiaalisia resursseja, ja että naispuoliset hyötyvät jossain määrin enemmän yhteisöllisestä tuesta kuin miehet. (Ganster & Victor 1988, 30, 34.)

Psyykinen sairastaminen vaikuttaa yleensä vuorovaikutussuhteiden ylläpitoon. Sairauteen liittyvä alentunut itsetunto ja toivottomuuden tunne esimerkiksi masennuksessa voi saada vetäytymään pois jopa perheen sisäisistä positiivisista ja läheisistä ihmissuhteista (Birtchnell 1994, 139; Vahtera & Uutela 1994, 1057). Tuen saaja voi tulla riippuvaiseksi yksipuolisessa suhteessa ja auttaja saattaa joutua omaishoitajan asemaan. Sairastuneella henkilöllä sosiaalinen verkosto supistuu senkin vuoksi, että kontakteja ei synny työn, harrastusten tai järjestöjäsenyyksien kautta. Työpaikan sosiaalisiin suhteisiin liittyy monitahoisia tuen saamisen mahdollisuuksia ja terveysvaikutuksia (Johnson 1989; Vahtera & Uutela 1994, 1058). Näin ollen sairaalla henkilöllä sosiaalisen tuen tarve saattaa olla suurempi kuin terveellä. Sosiaaliseen tukeen vaikuttaa myös persoonallisuuden piirteet ja kokemukset tuen vastaanottamisesta. Huonot kokemukset sosiaalisesta tuesta liittyvät osittain ihmisten kyvyttömyyteen luoda ja ylläpitää tukea antavia positiivisia suhteita. (Birtchnell 1994, 133-139; Vahtera & Uutela 1994, 1058.)

6.3 Sosiaalinen pääoma ja mielenterveys

Ihmisten välistä vuorovaikutusta ja kommunikaatiota korostava kokonaisvaltainen lähestymistapa on kiinnostunut sosiaalisen ympäristön ja sosiaalisten suhteiden vaikutuksesta ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaaliseen ympäristöön viittaava sosiaalisen pääoman käsite on ollut mukana eurooppalaista hyvinvointipoliittikkaa, talouskehitystä ja hallinnon rakenneuudistusta koskevissa keskusteluissa 1980-1990 – luvulta lähtien. (esim. Kaplun 1992, 333.) Sosiaalisen pääoman tuottaminen ja kasvattaminen nähdään hyvinvointiyhteiskunnan keskeiseksi tehtäväksi. Sosiaalinen ympäristö ja siihen kuuluvat ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet ovat yhteisösosiaalityön toiminnan ympäristö ja toiminnan kohde. Sosiaalisen pääoman odotetaan lisäävän resursseja ja tätä kautta tehostavan poliittisten tavoitteiden toteutumista ja yhteisön hyvinvointia (Ruuskanen 2002, 5).

Sosiaalisen pääoman käsite on monitahoinen ja monimerkityksellinen. Käsitteen määrittely tarjoaa erilaisia tapoja ymmärtää sosiaalisen ympäristön ja hyvinvoinnin yhteys (Ruuskanen 2002, 19). Sosiaalisen pääoman käsite on jo kauan ollut monitieteisen tutkimuksen kohteena. Ensimmäisen kerran käsite esiintyi 1920-luvulla, jolloin Lyda J. Hanifan havaitsi asuinalueiden sosiaalisten verkostojen tuottavan kaupungeissa ihmisten hyvinvoinnin kannalta korvaamatonta sosiaalista pääomaa. (McKenzie & Harpman 2006, 11.) Yhteistä kaikille sosiaalista pääomaa käsitteleville tutkimuksille on, että käsitteestä puhuttaessa määritellään ihmisten välisiä institutionaalisia suhteita. Käsite ei kuitenkaan ole täysin kenenkään hallussa ja erilaisten määritelmien kesken voi ilmaantua jännitteisyyttä. (Pehkonen 2004, 17, 35.) Eniten kiistaa on tuottanut se, onko sosiaalinen pääoma yksilöitä vai yhteisöjä koskeva ominaisuus (McKenzie & Harpman 2006, 13.)

Useimmat sosiaalista pääomaa käsitteellistäneet tutkijat lähestyvät käsitettä kommunitaristisesta näkökulmasta. Tällöin sosiaalinen pääoma viittaa yhteisölliseen ominaisuuteen. Sosiaalinen pääoma samaistetaan alueellisen tason yhdistysten, kansalaisryhmien ja epävirallisten verkostojen toimintaan. Postmoderni elämäntyyli tarjoaa mahdollisuuksia liittyä myös alueista ja paikoista riippumattomiin (non-spatial) yhteisöihin (McKenzie & Harpman 2006, 17). Yhteisen toiminnan nähdään synnyttävän ihmisten välille luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteisöllisyyttä. Mitä enemmän vuorovaikutteista toimintaa on, sitä enemmän yhteisöissä on sosiaalista pääomaa ja sitä paremmin yhteisöllä on edellytyksiä menestyä. Sosiaalisen pääoman keskeisiä ominaisuuksia ovat yhteisöissä ilmenevä vastavuoroisuus, luottamus ja hyvin toimivat sosiaaliset verkostot. Lisäksi siihen kuuluvat yhteisön toimintakykyä edistävät käyttäytymisnormit ja instituutiot. Yhteisöissä on sosiaalista pääomaa, mikäli ihmisten välisissä suhteissa päämääränä pidetään yhteistä etua ja sitä tavoitellaan rakentavalla yhteistoiminnalla. Sosiaalinen pääoma, erityisesti sen laatu, on yhteydessä yksilön hyvinvointiin liittyviin tekijöihin samalla kun sillä on vahva yhteys ja tärkeä merkitys myös taloudelliselle menestymiselle. Talouden näkökulmasta sosiaalinen pääoma sisältää kaikki sosiaaliset ilmiöt, jotka edistävät talouden menestymistä ja tehokkuutta. (Kajanoja 2000, 21-24; 2003b, 190-193.)

Sosiaalisen pääoman tutkimus kertoo väestössä ilmenevästä kansalaisosallistumisesta, yhteiskunnallisen osallisuuden kokemisesta, sosiaalisista verkostoista, sosiaalisesta

vuorovaikutuksesta ja kansalaisten keskinäisestä luottamuksesta. Tutkimuksellinen kiinnostus kohdistuu etenkin näiden yhteisöllisten tekijöiden määrään ja laatuun. (McKenzie & Harpman 2006, 11.) Luottamus ja kommunikaatio muodostuvat sosiaalisen pääoman keskeisiksi osatekijöiksi. Luottamuksen merkitys yksilöllisenä ja kollektiivisena merkityksenä liittyy siihen, että kokemus luottamuksesta lisää osallistumista ja resursseja, helpottaa tiedon kulkua yhteisön jäsenten välillä ja kiinnittää yksilön yhteisöihin. Luottamus luo ja ylläpitää myös turvallisuudentunnetta ja elämää helpottavia rutiineja. (Pehkonen 2004, 45.) Luottamus ja kommunikaatio ovat niitä tekijöitä, joiden määrä ja laatu ratkaisevat onko sosiaalisella pääomalla yksilön tai yhteisön menestymiselle positiivisia vai negatiivisia seurauksia. Koska yhteiskuntapoliittinen toiminta aiheuttaa sosiaalisen pääoman kannalta myös ei-aiottuja seurauksia, on yhteiskunnan tehtävä lisätä luottamusta ja vuorovaikutusta edistävää yhteisöllistä toimintaa. (Ruuskanen 2002,19-22.)

Sosiaalisella pääomalla on erilaisia ulottuvuuksia. Se voi olla luonteeltaan rakenteellista ja kognitiivista, yhdistävää ja sitovaa tai horisontaalista ja vertikaalista. Rakenteellinen (structural) sosiaalinen pääoma kuvaa sellaisia suhteita, verkostoja, yhdistyksiä ja instituutioita, jotka yhdistävät ihmisiä ja ryhmiä. Rakenteellisen pääoman ilmenemistä lähestytään määrällisellä tutkimuksella. Kognitiivinen (kognitive) sosiaalinen pääoma käsittää yhteisössä ilmenevät arvot, normit, vastavuoroisuuden, sosiaalisen tuen ja kansalaisvastuun. Tätä sosiaalisen pääoman ulottuvuutta kutsutaan joskus myös yhteisöjen moraaliseksi resurssiksi. Se tulee esiin tutkittaessa muun muassa asuinalueilla ilmenevää ryhmäidentiteettiä ja jäsenten välistä keskinäistä luottamusta. Yhdistävä (bonding) sosiaalinen pääoma syntyy puolestaan ominaisuuksista, jotka kääntävät yhteisöjä sisäänpäin. Sosiaalista pääomaa voidaan kuvata tasalaatuisuuden, normien vahvuuden, uskollisuuden ja yksityisyyden asteilla. Tyypillinen sisäänpäin keskittynyt yhteisö on perhe. Yhdistävä sosiaalinen pääoma saattaa ilmetä yhteiskunnassa myös negatiivisina ilmiöinä, esimerkiksi rikollisuutta harjoittavina alayhteisöinä. Sitova (bridging) sosiaalinen pääoma suuntautuu ulospäin. Siinä ihmisten väliset siteet ovat heikommat ja yhteisöllisyys hauraampaa, mutta myönteistä siinä on se, että se yhdistää erilaiset ryhmät yhteiskuntaan ja lisää yhteisöllistä toimintaa. Horisontaalinen sosiaalinen pääoma kuvaa ihmisten samankaltaisuutta yhteisöissä ja vertikaalinen puolestaan sosiaalista pääomaa, joka edistää erityyppisten ihmisten vuorovaikutusta yhteisöissä. (McKenzie & Harpman 2006, 15-16.)

Elämänlaadullinen lähestymistapa mielenterveyden edistämiseen tunnustaa mielenterveyden ja sosiaalisen pääoman vastavuoroisen suhteen. Mielenterveyden edistäminen nähdään sosiaalisena toimintana, jonka lähtökohtana on mielenterveyden ja sosiaalisen ympäristön välisen suhteen hyvä ymmärtäminen. Mielenterveys on yhteydessä hyvinvointiin, ihmisten välisiin suhteisiin ja yhteiskunnan tuottavuuteen. Hyvä mielenterveys tuottaa sosiaalista pääomaa, joka nähdään resurssina yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja koko yhteiskunnan toiminnalle. Korkea sosiaalinen pääoma voi muun muassa suojata yksilöä eristäytymiseltä. Se luo sosiaalista turvallisuutta, alentaa rikollisuutta, edistää kouluttautumista, parantaa yhteisöllisen elämän laatua ja edistää tuottavuutta. (WHO 2004, 19-22.) Kun keskustellaan sosiaalisen pääoman ja mielenterveyden yhteydestä ollaan kiinnostuneita lähinnä kolmesta kysymyksestä: Voiko sosiaalinen pääoma ehkäistä mielenterveysongelmia, voiko sosiaalisen pääoman puute aiheuttaa psyykkistä sairastamista, ja minkälainen vaikutus sosiaalisella pääomalla on psyykkisen sairastavuuden alueelliseen ilmenemiseen (Mc Kenzie 2006, 24).

Mielenterveyttä edistävien käytäntöjen toteuttamiseksi ja oikein kohdentamiseksi tarvittaisiin paljon nykyistä enemmän tietoa mielenterveyden ja sosiaalisen ympäristön suhteesta. Koska tämä yhteys on riippuvainen kontekstista, tarvitaan tietoa erityisesti siitä, minkälainen yhteisöllisyys tukee mielenterveyttä ja mikä heikentää sitä. Tähän mennessä tehdyt tutkimukset sosiaalisesta pääomasta kertovat enemmän sen yhteydestä psyykkiseen sairastavuuteen kuin mielenterveyteen (McKenzie 2006, 26). Erilaisissa ympäristöissä on useita mielenterveyteen vaikuttavia muuttujia. Mikä tahansa sosiaalinen vuorovaikutus ei tuota sosiaalista pääomaa, koska ihmisten välisiin suhteisiin sisältyy usein myös ristiriitoja ja jännitteitä. Yleisesti tiedetään, että hyvät sosiaaliset suhteet tukevat yksilön terveyttä ja että huonoilla suhteilla on terveyteen negatiivinen vaikutus. Asia toimii samoin myös yhteisöjen ja yhteiskunnan tasoilla. Tutkittaessa sosiaalisen pääoman erilaisia ulottuvuuksia, voidaan havaita eroja yhteiskuntien sosiaalisessa kudoksessa eli niissä olomuodoissa, joihin sosiaaliset yhteisöt ovat muovautuneet ja joissa ihmiset elävät. Esimerkiksi yhteiskunnissa, joissa vallitsee epätasa-arvoisuutta, hyvinvoinnin eroja ja luokkajakoa, esiintyy vähemmän sosiaalista luottamusta ja yhteiskunnallista osallistumista. Aineellisen hyvinvoinnin ohella sosiaalisten suhteiden laatu on keskeinen elämänlaatua tuottava osatekijä. (Wilkinson 2006, 7-8.)

Sosiaalisen ympäristön vaikutuksia mielenterveyteen on tutkittu jo 1800 –luvun lopulta ja 1900 –luvun alkupuolelta lähtien. Esimerkiksi Robert Farish ja Warren Dunham (1939) totesivat tutkimuksissaan, että mielenterveyden oireet jakautuivat epätasaisesti Chicagon suurkaupungin alueella. Asuinalueen järjestäytymättömyys (disorganisation) selitti mielenterveysoireita, erityisesti skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien suurempaa ilmenemistä (emt., 1939). Tämän päivän tutkimuksen tarve kohdistuu siihen, miten yhteisöllisiä interventioita voitaisiin toteuttaa käytännössä. Koska sosiaalinen ympäristö nähdään yhä useammin mielenterveysongelmien syynä, on sosiaalisten tekijöiden ymmärtäminen välttämätöntä ennaltaehkäisevien toimintakäytäntöjen kehittämisen kannalta.

Sosiaalisen pääoman ja mielenterveyden yhteyden tutkiminen on vaikeaa, sillä erilaiset mielenterveysongelmat liittyvät monin eri tavoin erilaisiin sosiaalisen pääoman ulottuvuuksiin. On ilmeistä, että alueilla, joissa esiintyy korkea sosiaalinen pääoma, esiintyy vähemmän sairastavuutta. Tutkimusten tulokset kertovat, että tällaisilla alueilla on matalampi kuolleisuusaste, pidempi elinikä ja siellä tehdään vähemmän itsemurhia. Mielenterveysongelmat aiheuttavat työkyvyttömyyttä, ja huono psyykinen terveys heikentää myös fyysistä terveyttä. Tästä syystä hyvinvointipoliittiset intressit kohdistetaan mielenterveyden ja sosiaalisen pääoman yhteyden tutkimukseen. Sosiaalisen pääoman uskotaan paitsi parantavan väestön kokonaishyvinvointia, vähentävän myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. (McKenzie & Harpman 2006, 11-12.)

Sosiaalinen luottamus nousi keskeiseksi huono-osaisuuden ja huonon terveyden yhteyttä selittäväksi ilmiöksi Matti Kortteisen ja Hannu Tuomikosken 1988 tekemässä tutkimuksessa, joka koski työttömien selviytymistä. Yhteys on monisyinen ja se johtaa usein itseään ruokkivaan ja huononevaan kierteeseen. Tutkimuksessa työttömyydellä oli selvä yhteys sekä psyykkiseen että somaattiseen sairastamiseen. Huono-osaisuus keskittyy ja kasautuu usein samoille ihmisille. Jotkut näistä ihmisistä joutuvat pitkäaikaiseen huono-osaisuuden kierteeseen. Tutkijat totesivat, että sairaus syrjäyttää ihmisen kaikista vakavimmin ja pysyvimmin. Tietty osa työttömistä päätyy tilanteeseen, jossa huono-osaisuus syvenee jatkuvasti. Mitä vähemmän työtön luottaa toisiin ihmisiin ja mitä yksinäisemmäksi hän kokee itsensä, sitä todennäköisemmin hän sairastuu ja syrjäytyy. Sosiaalinen epäluottamus on siis keskeisesti huono-osaisuuden rakentumisen

ja syvenemisen syy. Tutkijat näkevät sosiaalisen epäluottamuksen yksilöllisenä tilana, joka kertoo siitä, että ihminen ei voi luottaa siihen, että toiset ihmiset toimivat yhteiskunnassa vallitsevan odotetun moraalien mukaisesti. Sosiaalisen luottamuksen puute vaikuttaa selvästi työttömyyden keston pitenemiseen ja sairastavuuteen. Sosiaalinen luottamus sen sijaan suojaa työtöntä sairastumista vastaan. Luottamuksen tunne vaihtelee yksilöllisesti elämäkokemuksista riippuen. Epäluottamuksen kokemukset synnyttävät tarvetta tukea yhteisöllisesti niitä ihmisiä, jotka ovat elämänsä aikana heikkoja ja hauraita. (Kortteinen & Tuomikoski 1998; Kortteinen 1999, 343-367; Kortteinen & Elovainio 2006, 329-347.)

7 YHTEISÖSOSIAALITYÖ MIELENTERVEYDEN EDELLYTYSTEN PUOLUSTAJANA

Sosiaalisen pääoman tuottaminen ja kasvattaminen nousee keskeisimmäksi haasteeksi ja tehtäväksi, joka on esitetty yhteisösosiaalityölle suunnitelmallisen julkisen politiikan taholta mielenterveyden edistämistä koskien. Yhteisöllisyydestä ja ihmisten osallistumisesta kertyvä sosiaalinen pääoma halutaan saada väestön mielenterveyden edistämisen palvelukseen. Mielenterveyden edistämisen tehtävää ei osoiteta suoraan sosiaalityölle, vaan sen on itse vastattava tehtävänsä ja toimintakäytäntöjensä määrittelystä. Olen päätenyt määrittämään sosiaalisen pääoman vahvistamisen yhteisösosiaalityön tärkeimmäksi päämääräksi ja yhteiskunnalliseksi tehtäväksi mielenterveyden edistämässä.

WHO:n ensimmäisessä terveyden edistämisen kansainvälisessä konferenssissa Ottawassa vuonna 1986 määriteltiin terveyden edistämisen tehtävää kuvaavaa käsitteistöä. Terveyden edistämisen tehtäviksi muotoutuivat terveyden edellytysten puolustaminen (advocate), terveyden edellytysten luominen (mediate) ja terveyden vahvistaminen (enable). Terveyden edellytysten puolustamisen tehtävässä tavoitellaan väestön terveyden kannalta tärkeiden hyvinvoinnin osatekijöiden turvaamista ottamalla samalla huomioon sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon kysymykset. Terveyden edellytysten luominen nähdään välillisenä toimintana ja eri sektoreiden välisenä yhteistyönä, jossa toiminta kohdistetaan paikallisiin tarpeisiin ja paikalliseen tietoon. Terveyden vahvistamisen tavoitteena on terveyden tasa-arvon saavuttaminen lisäämällä muun muassa ihmisten elämäntaidollisia valmiuksia, kykyjä ja mahdollisuuksia. (Kaplun 2002, 1-4.) Seuraavissa luvuissa jäsenen yhteisösosiaalityön toiminnallisia tehtäviä mielenterveyden edistämässä edellä mainitun terveyden edistämisen tehtäväluokittelun periaatteen mukaisesti.

7.1 Mielenterveyden edellytysten puolustaminen

Yhteisösosiaalityön yhteiskunnallisena tehtävänä voidaan pitää sosiaalisen pääoman kasvattamista, jota toteutetaan kansalaisten yhteisöllisiä siteitä ja osallisuutta vahvistamalla. Sosiaalinen pääoma on mielenterveydellinen resurssi. Sosiaaliseen

pääomaan liittyy odotus siitä, että se voisi suojata yksilöitä, perheitä, yhteisöitä ja koko yhteiskuntaa mielenterveydellisiltä riskeiltä.

Sosiaalityössä sen yhteiskunnallinen tehtävä, asiantuntijuus, tietokäsitys ja toimintakäytännöt ovat jatkuvan muutoksen ja kehityksen alaisia. Mielenterveyden edistämisen alalla yhteisösosiaalityön toiminnallinen perusta on niissä haasteissa, jotka on tuotu esiin sosiaali- ja terveystieteissä linjauksissa. Niissä nousee esiin tavoite kansalaisten psyykkisen oirehdinnan vähentämisestä ja mahdollisimman hyvän mielenterveyden saavuttamisesta kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Kun pyrkimyksenä on mielenterveyden tasa-arvo, nousee sosiaalinen oikeudenmukaisuus, elämänlaadulliset tekijät ja selviytymiskyky merkittäviksi terveystekijöiksi. Ihmisten tarpeiden tunteminen on mielenterveyden edistämisen lähtökohta. Poliittisiin päättäjiin vaikuttaminen, tasa-arvon puolustaminen, terveyttä tukevien sosiaalisten ympäristöjen suunnittelu sekä sosiaalisen tuen hyödyntäminen muodostuvat mielenterveyden edistämisen tärkeimmiksi tehtäviksi. Väestön hyvä mielenterveys parantaa kansantaloutta, joka välillisesti mahdollistaa myös resurssien tuottamisen hyvinvointia varten.

Tarkoitan mielenterveyden edellytysten puolustamisella psyykkisen hyvinvoinnin kannalta välttämättömien resurssien puolustamista. Resurssit liittyvät toimeentuloon, terveyteen, turvallisuuteen, kykyjen kehittämiseen, toimintamahdollisuuksiin ja elinoloihin. Psyykinen hyvinvointi ilmenee selviytymisenä, elämäntyytyväisyytenä ja elämänlaatuna. Resurssien oikeudenmukainen jakaminen vaikuttaa yksilön kokemaan luottamuksen tunteeseen. Koska sosiaalisen pääoman vahvistaminen ei toteudu ilman tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden pyrkimystä, mielenterveyden edellytysten puolustamista voidaan pitää yhteisösosiaalityön tärkeimpänä toiminnallisena tehtävänä mielenterveyden edistämisessä.

Mielenterveyden edellytysten puolustamisessa on kyse yhteiskunnallisesta makrotason vaikuttamisesta. Yhteiskunnan tulee tarjota kansalaisilleen riittävät resurssit psyykkisen hyvinvoinnin potentiaalille toteutumiseksi. Päättäjät tarvitsevat tietoa siitä, mitä resursseja psyykinen hyvinvointi edellyttää ja miten resurssit kohdennetaan nimenomaan mielenterveyden edistämiseen. Mielenterveyteen vaikuttavat yhteiskunnalliset mekanismit täytyy tuntea, jotta resurssit osataan suunnata oikein.

Tässä tehtävässä tarvitaan tietoa ihmisten tarpeista ja elinoloista sekä psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista yhteiskunnan rakennetekijöistä.

Yhteisösosiaalityöllisellä toiminnalla pyritään turvaamaan kansalaisille tasapuoliset mahdollisuudet subjektiivisen hyvinvoinnin kokemiseen. Mielenterveyden edellytysten puolustamisessa on kyse ennen kaikkea kansalaisten sosiaalisten oikeuksien ja ihmisarvon turvaamisesta. Sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus ilmenee epätasa-arvona ihmisryhmien välillä. Eriarvoisuus muodostuu osallistumisen ja vaikuttamisen esteeksi omien olosuhteiden parantamisessa. Puolustamalla mielenterveyden edellytyksiä yhteisösosiaalityö kohdentaa toimintansa koko väestöön. Sosiaalista vastuuta kannetaan kaikkien kansalaisten oikeudesta hyvinvointiin, mutta erityisesti toiminnan kohteena ovat huonosti psyykkisesti ja sosiaalisesti selviävät yksilöt, perheet ja ihmisryhmät tai alueet, joissa ilmenee keskimääräistä enemmän huono-osaisuutta.

Sosiaalityö tunnustaa länsimaiden yleisesti omaksumat arvot ihmisten tasa-arvoisesta ja oikeudenmukaisesta kohtelusta. Sosiaalityö on kuitenkin osa maailmaa ja sen muuttuvia normeja ja arvoja. Myös työntekijän henkilökohtaiset arvostukset muuttuvat ja heijastuvat käytännön toimintaan. Yhteisösosiaalityössä keskeistä on sen sosiaalista todellisuutta koskeva kokemuksellinen ja teoreettinen tietoperusta. Yhteisösosiaalityön arvopohja on viimekädessä hyvinvointia koskevissa teorioissa. Näkemys siitä, minkälaiset hyvinvoinnin osatekijät kuuluvat välttämättöminä hyvinvoinnin kokemiseen ja minkälaiset teot johtavat hyvinvointiin, heijastavat sosiaalityön kunkin aikakauden mukaista arvopohjaa.

Hyvinvointiyhteiskuntia on monenlaisia. Positiivinen hyvinvointiyhteiskunta mahdollistaa kansalaisilleen paljon sosiaalista tukea, negatiivinen paljon kontrollia. Tästä syystä sosiaalityöntekijän täytyy tuntea yhteiskunnallinen tilanne ja sen historialliset kehitysvaiheet. (Rose 2006.) Suomalaisen sosiaalityön kannalta keskeinen toimintaympäristö on ollut hyvinvointivaltio ja sen sosiaalipoliittinen järjestelmä, jossa köyhyyden sekä huono-osaisuuden tunnistaminen ja lievittäminen ovat sen ydintehtäviä. Hyvinvointivaltiossa korostui laaja yhteisvastuun ajatus, jonka mukaan kansallisvaltion ajateltiin takaavan kansalaisille sosiaaliset oikeudet ja osallisuus yhteiskuntaan. (Helne 2003a, 20, 30.) Hyvinvointivaltion rakentaminen 1950-luvulta 1980-luvulle perustui kollektiivisille arvoille ja näkemykseen siitä, että sosiaaliset ongelmat ovat

yhteiskunnallisesti tuotettuja. Hyvinvointivaltiossa aktiivinen sosiaalipolitiikka ymmärrettiin siten, että taloudellisen kasvun kautta voitiin yhteiskuntaan tuottaa sosiaalista hyvinvointia ja tasa-arvoa. (Helne 2003b, 53-58.)

Hyvinvoinnin edistämistä korostava politiikka on korvannut hyvinvointivaltio -käsitteen hyvinvointiyhteiskunnan käsitteellä 1990-luvulta lähtien. Käsitteen sisällössä halutaan korostaa voimakkaasti monitoimijaisuutta sekä yhteisvastuullisuutta hyvinvointia edistävässä toiminnassa. Julkisen järjestelmän rinnalla hyvinvointia ovat alkaneet tuottaa erilaiset järjestöt, yritykset ja yhteisöt. Myös perheet ja yksittäiset kansalaiset halutaan nähdä aktiivisessa roolissa hyvinvoinnin tuottajina. Hyvinvointiyhteiskunta perustuu siis kansalaisyhteiskunnan ja julkisen järjestelmän voimavarojen hyödyntämiseen hyvän elämän edistämiseksi. Yhteisöllisten siteiden lujittaminen nähdään strategiana, jonka avulla kansalaisten omaehtoisessa toiminnassa syntyneitä yhteisöllistä voimavaraa voitaisiin hyödyntää hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen. Aktiivista kansalaisyhteiskuntaa ja kansalaisten osallistumista pidetään avaimena kansakunnan taloudelliselle menestymiselle, palvelurakennemuutokselle ja hyvinvoinnin tuottamiselle. (Koskinen 2003, 206-208; Juhila 2006, 124-126.)

Sosiaalista pääomaa koskeva keskustelu on nostanut esiin kysymyksen sosiaalisen ja taloudellisen hyvinvoinnin keskinäisestä suhteesta. Sosiaalipolitiikan ja sitä toteuttavien toimijoiden, kuten sosiaalityön tehtäviä on ryhdytty määrittämään yhä enemmän talouskasvun näkökulmasta. Sosiaalisen osallisuuden politiikka eli ”inklusiopolitiikka” on tullut EU:n myötä sosiaalipolitiikan keskeiseksi linjaukseksi. Sosiaalipolitiikka pyrkii täystyöllisyyteen ja sen aktiiviset toimenpiteet halutaan kohdistaa erityisesti syrjäytymisen ehkäisyyn ja työllistymisen tukemiseen. Talouden tuottamien yhteiskunnallisten ongelmien lieventäminen näyttää tulleen tärkeämmäksi kysymykseksi kuin kaikkein huono-osaisimpien elämäntilanteen korjaaminen. Vaikka kärsimyksen poistaminen, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus sekä hyvinvoinnin turvaaminen ovat myös eurooppalaisen sosiaalipolitiikan eettisiä tavoitteita, näiden kysymysten käsittely on jäänyt taka-alalle yhteiskunnan hyvinvoinnin edistämistä ja ongelmien ratkaisua koskevilla keskusteluilla. (Helne 2003a, 17-31, 60.)

Suomalaisessa hyvinvointivaltion politiikassa on vähitellen siirrytty kaikille yhteisen sosiaalisen hyvinvoinnin tuottamisesta rajoittamisen ja sopeuttamisen politiikkaan.

Tällöin tavoitteena on vetää syrjäytyneitä takaisin yhteiskunnan tuottaviksi jäseniksi. Näin ollen sosiaalisen osallisuuden politiikka näyttää kohdistuvan enemmän huono-osaisen väestöosan aktivointiin kuin koko väestön hyvinvoinnin edistämiseen. Sosiaalipolitiikasta on tullut osa syrjäytymisen hallintaa. Näyttää siltä, että yhteisvastuun ja solidaarisuuden periaatteet eivät ole arvostettuja niin sanotussa inklusion politiikassa. Yhteisöllisyyden liikkeelle paneva voima on enemmän taloudellinen kilpailukyky kuin kansalaisten yhteenkuuluvuus. Sitä vastoin ihmisten elämänlaadulliset ulottuvuuksien huomioon ottaminen sekä sosiaalisen tuen ja hoivan tarpeeseen vastaaminen on ollut vähäistä viimeaikaisessa sosiaalipoliittisessa keskustelussa. (Helne 2003a, 35; 2003b, 65-89.)

Sosiaalipolitiikan tehtävät ja toteuttaminen ovat aina aikaan ja paikkaan sidottuja. Samoin sosiaalinen ongelma määritellään eri tavoin eri aikoina ja eri paikoissa. Sosiaalipolitiikkaa haastetaan jatkuvasti vastaamaan kunkin aikakauden vaatimuksiin. Sitä uudistetaan neuvottelujen ja kamppailujen kautta. Usein sosiaalipolitiikkaa määritellään sen arvojen ja ihanteiden kautta, vaikka käytännön todellisuudessa sen taustalla on monenlaisia vaikuttimia. (Helne 2003b, 41-42.) Sosiaalipolitiikka voidaan nähdä myös tasojen ja erojen politiikkana, jolloin sen tehtävänä on ihmisten hyvinvoinnin turvaaminen erilaisten uhkien varalta sekä hyvinvointierojen sääntely. Sosiaalipolitiikan toiminta-alue voidaan sijoittaa näin ymmärrettynä sosiaalisen ja taloudellisen alueen välimaastoon, jolloin toiminnan kohteena on samanaikaisesti sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus että taloudellinen kasvu ja kannattavuus. (Simpura 2003, 127-128.)

Paul Stepney arvostelee sosiaalityötä siitä, että se on myös itse osallisena ylläpitämässä yhteiskunnallista epäoikeudenmukaisuutta, sillä se ei tuo riittävästi esiin omia arvolähtökohtiaan hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisessa. Niin sanotussa ”kolmannen tien” hyvinvointipolitiikassa tasa-arvoisilla mahdollisuuksilla, yksilöllisellä vastuulla sekä kansalaisten ja yhteisöjen aktivoinnilla on keskeinen merkitys. Vaikka yhteisöllisyyden periaate on ollut näkyvästi esillä, tästä huolimatta käytännön toiminnan tasolla yksilöllisyydellä on ollut kasvava painoarvo. Oikeudenmukaisesta hyvinvoinnin jaosta tai sosiaalisesta muutoksesta puhutaan vähemmän. Sosiaalityön tehtäväksi on muodostunut köyhyyden ja syrjäytymisen lievittäminen, jolloin kansalaisten aktivointi on keskeinen toimenpide. Yhteisösosiaalityöstä on tullut kaksijakoinen kysymys.

Ristiriitaa aiheuttaa se, kumpi on poliittisesti vakuuttavaa sosiaalityötä, riskien hallinnointi (protection) vai ongelmien ennaltaehkäisy yhteisöissä (prevention). Näyttää siltä, että sosiaalityön edustamat arvot eivät ole saaneet riittävästi sijaa hyvinvointipolitiikan toteuttamisessa. (Stepney 2006a, 1289-1307, 2006b, 293-305; 2007.)

Stephen Rose (2006) toteaa, että yhteiskunnallinen epätasa-arvoisuus, joka johtuu yhteiskunnan poliittisista rakenteista (inequity) on tahallaan aiheutettua, mutta asia olisi ratkaistavissa poliittisesti. Kapeat tuloerot ilmenevät terveyden tasa-arvona (equity) ja päinvastoin. Rose haluaisi sijoittaa sosiaalityön toimintakentän huono-osaisten ja hyväosaisten ihmisten välissä sijaitseviin vallanrakenteisiin. Hän näkee sosiaalityön harjoittaman sosiaalisen kontrollin suhteessa yhteiskuntaan tärkeänä tehtävänä ja välttämättömänä sosiaalisen tasapuolisuuden (equity) ja tasa-arvoisuuden (equality) toteutumiselle. Kun yksilön elämänpiirissä ilmenevät ongelmat nähdään yhteiskunnassa ilmenevien epätasa-arvoistavien rakenteiden seurauksina, sosiaalityön tehtäväksi muodostuu huonommassa sosioekonomisessa tilanteessa elävien ihmisten olosuhteiden kohentaminen. (em.)

Hyvinvoinnin tasot ja erot määritellään poliittisissa prosesseissa, joissa on mukana monenlaisia toimijoita. Hyvinvoinnin uudelleenjakoon liittyy huoli siitä, että kansalaisyhteiskunnan rooli yhteiskunnallisena toimijana ja vaikuttajina kapenee. Silti sosiaalisen pääoman vahvistamiseksi samanaikaisesti peräänkuulutetaan alhaalta ylöspäin suuntautuvaa kansalaisvaikuttamista ja yhteisöllisyyttä. Jouko Kajanoja tuo esiin Melissa S. Williamsin esittämän käsityksen diskursiivisesta oikeudenmukaisuudesta hyvinvoinnin jakamisessa. Käsityksen mukaan yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden edellytys on keskusteleva vuorovaikutus, diskurssi. Hyvän elämän kysymykset otetaan yhteisessä keskustelussa kommunikatiiviseen käsittelyyn. Keskustelu koskee elinolosuhteita ja toimintamahdollisuuksia. Mahdollisimman hyvin toimiva vuorovaikutus yhteiskunnallisten toimijoiden kesken on oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen hyvinvoinnin edellytys. Diskursiivinen oikeudenmukaisuus korostaa marginaalissa elävien ryhmien äänen aitoa kuulemista ja osallistumista vuorovaikutteiseen sosiaaliseen muutosta koskevaan keskusteluun. (Williams 1995, 80-82; Kajanoja 2003, 215-218.)

Myös Stanley Witkin puhuu toimijoiden keskinäisen arvokeskustelun merkityksestä hyvän elämän edellytysten jakamisessa. Hän tarjoaa kommunikatiivista etiikkaa malliksi kysymyksiin, jotka koskevat yhteiskuntavastuuta. Hyvinvointiyhteiskunnan rakentamiseen liittyy postmodernille aikakaudelle tyypillisiä arvoihin ja etiikkaan liittyviä jännitteitä. Sosiaalityön on Witkinin mielestä osallistuttava kommunikatiiviseen keskusteluun siitä, kuinka ihmisiä tulisi kohdella ja mikä on yhteiskunnan vastuu kansalaisistaan. Witkin korostaa, että näinä aikoina sosiaalityön tärkeä rooli on oikeudenmukaisuuden määrittelyssä. Sosiaalityötä tarvitaan kyseenalaistamaan ihmisten kategorisointi ja edistämään erilaisuuden hyväksymistä yhteiskunnassa. (Witkin 2003, 237-253.)

Koska hyvinvoinnin jakamisessa on kyse arvovalinnoista, mielenterveyden edellytysten puolustaminen velvoittaa yhteisösosiaalityötä keskustelemaan siitä, minkälaiset ratkaisut johtavat hyvään psyykkiseen hyvinvointiin. On myös tärkeää kertoa poliittisille päättäjille, millaisia mielenterveydellisiä vaikutuksia yhteiskuntapoliittisilla toimenpiteillä on. Kommunikatiivinen lähestymistapa antaa sosiaalityölle moraalisen oikeutuksen puolustaa sosiaalisesti ja psyykkisesti huonommin selviytyviä ihmisiä ja osallistua heidän puolestaan tai heidän tukenaan hyvinvointiyhteiskunnan rakentamiseen. Mielenterveyden edellytysten puolustamisen tehtävä laajasti ymmärrettyinä voidaan nähdä tasapuolisen kommunikaation mahdollistamisena. Keskustelussa syntyvä vuorovaikutus lisää kokemusta vaikuttamisesta ja luottamusta siihen, että omia elinoloja koskeva muutos on mahdollista.

7.2 Hyvinvointipoliittinen vaikuttaminen

Hyvinvoinnin toteutuminen turvataan poliittisella päätöksenteolla ja vastuu tästä tehtävästä on kunnilla. Sosiaalihuollon lainsäädännön on tarkoitus turvata kaikille kuntalaisille edellytykset sellaisiin elinoloihin, jotka edistävät hyvinvointia ja terveyttä, ehkäisevät ongelmia ja lievittävät niitä. Samansuuntaiset tavoitteet on myös mielenterveyslaille (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 1§). Sosiaalihuoltolaissa yhteisösosiaalityö on mainittu sosiaalihuoltolaissa menetelmänä, jolla kuntalaisten elinoloihin pyritään vaikuttamaan. Sosiaalihuoltolaissa (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710) ja asetuksessa (Sosiaalihuolto asetus 29.6.1983/607) sosiaalityön

tehtäväksi on määritelty yksilöiden ja perheiden selviytymisen tukemisen rinnalla myös yhteisöjen toimivuuden edistäminen. Sosiaalitoimelta vaaditaan elinolojen seuraamista, valvontaa ja tiedonkulkua kunnissa. Tehtävä edellyttää vaikuttamista kunnalliseen sosiaalipoliittiseen järjestelmään ja etenkin ehkäisevään sosiaalipoliittikkaan. Hyvinvointia edistävät järkevät ja pitkäjänteiset ratkaisut kunnallispolitiikassa eivät ole mahdollisia ilman, että tieto sosiaalisesta tuodaan osaksi päätöksentekoa. (Koskinen 2003, 206-207, 215; 2005.)

Suomalaisen hyvinvointivaltion rakentamisen alussa 1960-luvulla sosiaalityö nähtiin yhteiskunnallisena muutosvoimana, jonka toimintaa ohjasi rakenteellisen vaikuttamisen näkökulma. Sosiaalihuoltolain peräänkuuluttamaa sosiaalityön menetelmää alettiin 1980-luvulla kutsua rakenteelliseksi sosiaalityöksi. Toiminnassa haluttiin korostaa enemmän hyvinvointia edistävää ja ennaltaehkäisevää näkökulmaa kuin aikaisemmin yhdyskuntatyössä 1970-luvulla. Rakenteellinen sosiaalityö voidaan samaistaa kunnalliseen sosiaalipoliittikkaan, joka pyrkii vaikuttamaan sosiaalista hyvinvointia kuormittaviin tekijöihin yhteistoiminnassa muiden tahojen kanssa sekä viemään käytäntöön sosiaalisia ongelmia ehkäisevää toimintaa. (Koskinen 2003, 223, 227; 2005.)

Rakenteellisessa sosiaalityössä on kyse muutoksen aikaansaamisesta yhteisöjen ja yhteiskunnan tasolla vallitsevista rakenteista ja prosesseista. Siinä ollaan tekemisissä samanaikaisesti yksilön, yhteisöjen ja yhteiskunnan kanssa. On tarkoitus, että tieto asukkaiden olosuhteista ja tuen tarpeista ohjaa kunnallista päätöksentekoa. Vaikuttamisessa on kyse asianajamisesta niiden ihmisten ja ihmisryhmien puolesta, jotka ovat vajaavaltaisia vaikuttamisen suhteen. Rakenteellisen sosiaalityön tavoitteena on edistää ihmisten sosiaalista toimintakykyä ja suoriutumista. Rakenteellinen sosiaalityö on prosessi, jossa tiedon tuottaminen on keskeinen poliittisen vaikuttamisen väline. Asiakastyöstä koostunut tieto tuodaan päätöksentekijöiden tietoisuuteen, jotta hyvinvointia voitaisiin edistää yhteisön tarpeista lähtien. (Rakenteellisen sosiaalityön työryhmän muistio 1985, 9-11.)

1970-luvulla sosiaalipoliittikalla ja sosiaalityöllä oli merkittävä rooli hyvinvointiyhteiskunnan suunnittelussa ja palvelujen kehittämisessä. 1980-luvulla elettiin sosiaalivaltion kritiikin aikaa, mutta rakenteellinen sosiaalityö ei saanut

sosiaalipoliittisessa järjestelmässämme edelleenkin jalansijaa. Tulokset yhteisösosiaalityön juurruttamisen osalta jäivät vaatimattomiksi eikä työmuoto soveltunut hyvinvointivaltion sen hetkiseen kehitysvaiheeseen. Sosiaalityön oli vaikeuksia jäsentää omaa paikkaansa eri sektoreiden välisessä yhteistoiminnassa. Yhteisösosiaalityön kokeilut jäivät lyhytaikaisiksi, ja vain harvoissa kunnissa yhteisösosiaalityön työmuodot jäivät pysyviksi käytännöiksi. Vielä 1990-luvulla sosiaalityön painopiste suomalaisessa sosiaalityössä oli edelleen yksityisessä asiakkaassa, ei yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa. (Pohjola 2004b; Raunio 2004, 66-70.)

Sosiaalityöntekijöitä on kritisoitu siitä, että he eivät miellä omaa tehtäväänsä hyvinvointipoliittisen vaikuttajan roolissa ja että he suhtautuvat passiivisesti yhteiskunnallisten kysymysten käsittelyyn (esim. Närhi 2003, 57-73). Sosiaalityötä hyvinvoinnin kehittämisen välineenä pohtineen työryhmän mukaan hyvinvoinnin edistämisen toiminta-ajatusta ja sosiaalityön vallitsevia toimintakäytäntöjä ei nykyisissä toimintarakenteissa voida helposti sovittaa yhteen. Tutkijat ovat sitä mieltä, että sosiaalityön suhde hyvinvointipoliittikkaan on hämärtynyt ja että sosiaalityö on kaventunut lähes yksinomaan yksilökeskeiseksi asiakastyöksi (STM 2004a, 13-14). Kritiikki koskee etenkin sosiaalityön järjestelmä- ja ongelmakeskeisiä toimintakäytäntöjä, joissa yksityisiä asiakkaita yritetään sopeuttaa yhteiskuntaan sen sijaan, että yhteiskunnallisen vaikuttamisen keinoin puututtaisiin hyvinvoinnin epäkohtiin ja epäoikeudenmukaisuuden kysymyksiin (Raunio 2004, 21).

Kyösti Raunio näkee yhteiskunnallisen vaikuttamisen esteinä ongelmat sosiaalityön toiminnallisissa ja kulttuurisissa rakenteissa, joissa painottuvat enemmän lain ja hallinnollisten ohjeiden noudattaminen kuin hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävä sosiaalinen muutostyö. Vaikka kriittinen yhteisösuuntautunut sosiaalityö on perustaltaan vahvasti tarvelähtöistä sosiaaliseen muutokseen tähtäävää toimintaa, sitä ei edelleenkin pidetä sosiaalityön keskeisenä sisältönä. (Raunio 2004, 153-155.) Raunio toteaa, että sosiaalityön tavoite on viimekädessä aina yksittäisen ihmisen sosiaalinen muutos. Hänen mielestään ihmisten elämänpiirissä ilmeneviä ongelmia ei tule yksilöllistää, mutta ei myöskään politisoida yksinomaan yhteiskunnallisiksi kysymyksiksi. (em., 65.)

Risto Eräsaari (2006) pitää suurena ongelmana sitä, että asiantuntijuudella on sosiaalityössä yhä enemmän valtaa, mutta sitä ei käytetä. Hän on huolissaan siitä, mitä tapahtuu sosiaaliselle tiedolle ja mitä tarkoituksia varten sitä käytetään. Eräsaari on havainnut, että sosiaalityöntekijät eivät tuo esiin mielipiteitään ja että sosiaalityötä toteutetaan sen perusarvojen kustannuksella. Sosiaalinen tieto kertoo, mitä merkitsee olla kansalainen tämän päivän yhteiskunnassa. Tämän tiedon hyödyntäminen edellyttää Eräsaaren mukaan sosiaalityöltä joustavuutta ja monipuolisuutta, sekä keskustelua siitä miten yhteiskuntaa pitäisi rakentaa. Sosiaalityöntekijöillä on paljon käytäntöön linkittyntä tietoa, joka tulee esille suoraan sosiaalisesta todellisuudesta. Syynä kommunikaation puutteeseen Eräsaari näkee sen, ettei sosiaalityö tiedä mikä sen yleisö on. Sosiaalityössä pelkkä tiedon kerääminen ei riitä, vaan tietoa pitää problematisoida ja tehdä se ymmärrettäväksi. Tiedon problematisointi voi tapahtua entistä laajemmissa kommunikatiivisissa toimintaympäristöissä, joissa erilaisten näkökantojen esille tuominen mahdollistuu. (em.)

Hyvinvointipoliittinen vaikuttaminen edellyttää, että ihmisten elämäntodellisuus tehdään näkyväksi. Siinä työntekijät tutkivat asiakastyötään ja asukkaiden arkielämää alueella. Tieto yhdistetään aikaisempaan ammatilliseen tietoon sekä teoreettisiin lähtökohtiin ja se saatetaan päättäjien tietoisuuteen päätöksentekoa varten. (Koskinen 2005.) Viime aikoina sosiaalityössä on keskusteltu paljon niin sanotusta hiljaisesta tiedosta (esim. Yliruka 2000, 77) tai toisesta tiedosta (vrt. Hänninen ym. 2005, 3-9). Hiljainen tieto on tietoa, johon liittyy kokemusperäistä käytännön tietoa, arvoja, arvostuksia, uskomuksia, näkemyksiä, ajatusrakennelmia ja tunteita. Sitä voidaan pitää tiedon esiasteena, joka on arvokasta sosiaalityön kehittämisen kannalta. Sosiaalityöntekijä hiljaisen tiedon tuottajana tekee kuntalaisten elämäntodellisuuksia näkyväksi. Samalla työntekijä antaa mahdollisuuden kansalaisille tuoda esiin tarpeitaan ja arvioida palveluiden laatua. (emt.)

Toisella tiedolla viitataan tietoon, joka kuvaa sosiaalista todellisuutta mahdollisimman läheltä katsottuna, yksityiskohtaisesti ja kokemuksiin perustuen. Se täydentää virallisen tiedon antamaa kuvaa huono-osaisuudesta. (Hänninen ym. 2005, 3-9.) Mirja Satka pitää tärkeänä sitä, että kokemuksellisen tiedon tuottamista pidetään samanarvoisena muun tutkimuksellisen tiedon kanssa. Sosiaalityöntekijä perustaa toimintansa ruohonjuuritason tietoon ja tunnistaa sen merkityksen vaikuttamisen tehtävässä.

Kriittinen sosiaalityö pyrkii tiedontuottajana kokonaisvaltaiseen näkemykseen ja varoo kapea-alaista ammatillista erikoistumista ja hallinnoivaa työtapaa, joka jää kauas asiakkaiden sosiaalisesta todellisuudesta. (Satka 2004.)

Poliittinen järjestelmä edellyttää, että sosiaalityö tuottaa tietoa ja arvioi toimintansa vaikuttavuutta tieteellisen tutkimuksen kautta. Asiantuntijatieto, joka ei ole tieteellisesti vakuuttavaa ei ole myöskään poliittisesti vakuuttavaa. Kunnissa sosiaalityö halutaan nähdä sosiaalisesti ja taloudellisesti tuottavana toimintana. Tätä varten yhteisösosiaalityössä tarvitaan erilaisia hallittuja tutkimusmenetelmiä sekä tiedon tuottamisen tapoja ja rakenteita. Kustannustehokkuus edellyttää toimintaa, joka on samalla poliittisesti perusteltua, vakuuttavaa ja vaikuttavaa. Mielenterveyden edellytysten puolustamisessa tarvitaan järjestelmällistä tietoa niistä tekijöistä, mitkä sosiaalisen ympäristön olosuhteissa tukevat psyykkistä hyvinvointia ja mitkä kuormittavat sitä.

Sosiaaliseen todellisuuteen kohdistuva tutkimus on usein laadullista tutkimusta. Lars Uggerhøj (2006) korostaa, että myös laadullista tutkimusta on pidettävä tieteellisesti pätevänä. Laadullisen tutkimuksen ansio on siinä, että se tuottaa pätevämpää tietoa monimutkaisesta sosiaalisesta todellisuudesta kuin määrällinen tutkimus. Tutkimukselliset haasteet liittyvät pätevien indikaattorien kehittämiseen sekä käytännöstä nousevan kokemuksen syvempään tulkintaan. Toiminnan tuloksellisuuden osoittaminen on hyvinvoinnin resurssien saamisen edellytys. Tutkimus tulee nähdä käytännöstä nousevien havaintojen systemaattisena organisoimisena. Sosiaalityössä täytyy osata perustella, mikä sosiaalityössä toimii ja mikä ei. Hyvinvointipoliittiset toimijat uskovat, että alhaalta ylöspäin tuotettu tieto lisää kansalaisten kokemusta osallistumisesta ja voimaantumisesta. Hyvä sosiaalinen tutkimus on Uggerhøjn mukaan sellaista, joka kertoo päättäjille, mitä sosiaalisesta ei vielä ennestään tiedetä. (Uggerhøj 2006.)

7.3 Sosiaalisten oikeuksien puolustaminen

Osallisuuden yhteyttä hyvinvointiin ja terveyteen voidaan tarkastella myös sosiaalisten oikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Terveys on tekijä, joka yhdistää ihmisen

biologisen olemassaolon poliittiseen kansalaisuuteen. Kansalaisuus niin kuin terveyskin katsotaan sosiaalisesti oikeudeksi. Jokaisella kansalaisella on oikeus nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. (Valtiosopimuksen asetus 6/1976, 12 artikla). Terveys voidaan nähdä sosiaalisen kansalaisuuden yhtenä ulottuvuutena. Kansalaiset ovat kuitenkin jääneet terveyttä koskevissa asioissa vaikuttajina pitkälti palveluiden kuluttajan asemaan. (Helén 2008, 146-152.)

Ihmisarvon ja oikeudenmukaisuuden puolustaminen on sosiaalityön eettisten periaatteiden mukaista toimintaa (Talentia 2005). Länsimaisen demokratian arvopohja on ilmaistu YK:n yleismaailmallisessa ihmisoikeuksien julistuksessa. Ihmisoikeussopimus koostuu taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevasta yleissopimuksesta sekä kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskevasta yleissopimuksesta (YK:n yleismaallinen ihmisoikeuksien julistus 10.12.1948; Valtiosopimuksen asetus 6/1976; Valtion säädöskokoelma 108A/1976). Taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet eli TSS-oikeudet kuuluvat kansalaisten perusoikeuksiin ja ne heijastavat kansakuntien yhteisesti jaettuja arvoja. TSS-oikeudet viittaavat hyvinvoinnin kannalta välttämättömiin tarpeisiin, kuten asuntoon, terveydenhoitoon, toimeentuloon, työhön, koulutukseen sekä oikeuteen päästä osalliseksi tiedosta ja kulttuurista.

Hyvinvointia toteutetaan sosiaalisten oikeuksien turvaamisen kautta. Oikeuksien tehtävä on ohjata hyvinvointia koskevaa poliittista päätöksentekoa. Hyvinvointilupaus perusoikeuksien turvaamisesta ja riittävästä sosiaaliturvasta on kirjoitettu ilmi perustuslain 19:ssä ja 22 §:ssä (Suomen perustuslaki 731/1999). Siinä, miten kunnat painottavat sosiaalisia tarpeita toisiinsa nähden, on kyse arvovalinnoista. Tarpeiden priorisointi on mahdollista lukuun ottamatta subjektiivisia perusoikeuksia. Subjektiivisia eli ehdottomia oikeuksia palveluihin tai etuuksiin on säädetty sellaisille väestöryhmille, joiden mahdollisuudet puolustaa asemaansa kunnallisessa päätöksenteossa ovat heikot. (Jääskinen 2006, 16-18.)

Sosiaalisen oikeusvaltion ihanteen mukaisesti sosiaalisten oikeuksien tulisi turvata kansalaisille ihmisarvoinen huolenpito ja turva sekä yhdenvertainen osallistuminen yhteiskunnan eri toimintoihin. Sosiaaliset oikeuden velvoittavat kuntia ottamaan

päätöksenteossa huomioon ihmisarvon loukkaamattomuuden, oikeudenmukaisuuden sekä yksilön oikeudet ja velvollisuudet. (Jääskinen 2006, 16-17.) Sosiaalisten oikeuksien tavoite on edistää yksilöiden tosiasiallisen vapauden toteutumista. Niiden pitäisi muun muassa turvata jokaisen ihmisen oikeus työhön, sosiaaliturvaan, tyydyttävään elintasoon, terveyteen, opetukseen ja kulttuuriin. (Eriksson 1993, 188.)

Valtion ohjauksen kautta on tietoisesti korostettu kuntien vastuuta suunnitelmallisen mielenterveyspolitiikan luomisessa. Mielenterveystyön palvelurakenteessa tapahtui 1980-luvulla suuria muutoksia, kun palvelujen painopistettä siirrettiin voimakkaasti psykiatrisesta laitoshoidosta avohoitoon huomioimatta avohoidon resurssien tarvetta. Palvelut kärsivät edelleen jatkuvasta resurssien puutteesta. (Sohlman ym. 2004, 379.) Kunnista puuttuu yleensä myös organisaatio, joka on vastuussa mielenterveyden edistämisen organisoinnista, suunnittelemisesta ja kehittämisestä. Koska koko julkisen politiikan merkitys on tärkeää mielenterveyden edistämisen kannalta, tulevaisuuden mielenterveyspoliittiseksi haasteeksi on tullut mielenterveystyön liittäminen osaksi kuntien yleistä hyvinvointipolitiikkaa. (Lavikainen & Kiikkala 2006, 63-66; Poikajärvi & Perttilä 2006, 3-8.)

Kansallisesti yhtenäisen mielenterveyspolitiikan puuttuminen on johtanut siihen, että kuntien palveluissa on selkeitä eroja, ja että kuntien asukkaat ovat toisiinsa nähden eriarvoisessa asemassa. On todettu, että kaikkein heikoimmassa asemassa olevat eivät saa palveluja yhtä hyvin kuin paremmassa asemassa olevat henkilöt. (Poikajärvi & Perttilä 2006, 7.) Monet mielenterveyskuntoutujista ovat epätasa-arvoisessa asemassa TSS-oikeuksien suhteen. Niilo Jääskinen tuo esimerkin siitä, miten heikosti asiaansa ajamaan kykenevät mielenterveyspotilaat ovat joutuneet epätasa-arvoiseen asemaan ilman palvelujen normiohjausta ja selkeitä hoitoon pääsyä koskevia oikeuksia. (Jääskinen 2006, 16-18.) Ainoastaan ne mielenterveyspotilaat, jotka todetaan oireidensa perusteella vaikeavammaisiksi, ovat subjektiivisten oikeuksien piirissä vammaisuuden perusteella järjestettävien palveluiden ja tukitoimien suhteen (Vammaispalvelulaki 3.4. 1987/380). Toistaiseksi vaikeavammaisille mielenterveyskuntoutujille mahdollisten palveluiden käyttö on ollut suhteellisen vähäistä (Paara 2005, 42; Kärkkäinen 2005, 298).

Yhtenäisen mielenterveyspolitiikan toteutumista tukemaan julkistettiin vuonna 2001 mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Siinä eroteltiin kuntalaisten ja potilaiden tarpeet ja ylipäättään ne toimintatavat, joilla ihmiset saisivat parhaan avun. Lisäksi suosituksessa mainittiin ne edellytykset, joita toiminta vaatii päättäjiltä ja hallinnolta. Laatusuosituksen on tarkoitus toimia kuntien strategisen suunnittelun, kehittämistyön, toiminnan seurannan ja vertaisarvioinnin välineenä. Suosituksen rakenne noudattaa ajatusta mielenterveysongelmien kehittymisestä prosessina, jonka etenemiseen voidaan vaikuttaa ehkäisevästi. Näin ollen mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi suunnata voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen, mielenterveyden häiriöiden varhaiseen tunnistamiseen sekä tehokkaaseen hoitoon ja monipuoliseen kuntoutukseen. (STM 2001a, 2-4.)

Viime aikoina valtio on kiinnittänyt erityistä huomiota vakaviin puutteisiin, joita ilmenee mielenterveyskuntoutujien elinoloissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on muun muassa antanut mielenterveystyön asumispalveluja ja kuntoutusta koskevan kehittämissuosituksen (STM 2007c). Psykkinen toimintakyvyttömyys merkitsee tavallisesti sitä, että selviytyäkseen omassa asunnossa ja asuinympäristössä ihminen tarvitsee riittävästi henkistä ja käytännöllistä tukea sekä ohjausta. Vaikeudet asumisen arjessa eivät edesauta kuntoutumista, vaan tuen puute johtaa usein psykkinen tilan huononemiseen ja sairaalahoitoon. Sairaalassa ollessaan potilas on tilanteessa, jossa asumisen tukipalveluita, palveluasuntoa tai uutta asuntoa yritetään järjestää menetetyin tilalle. Sairaalahoido pitkittyy aivan liian usein asunnottomuuden tai riittämättömien asumispalveluiden takia. Ilkka Taipale (1998) on tuonut esiin, että psykiatristen potilaiden asumistilanne on huonompi kuin muiden vammaisten ihmisten. Erityisesti tämä tulee esiin tuettujen asumismuotojen laadun ja määrän riittämättömyytenä. Palvelujen saamista vaikeuttaa vielä entisestään, mikäli mielenterveyskuntoutujalla on lisäksi päihdeongelma. (em., 8-9; Kärkkäinen 2005, 299.)

Toinen merkittävä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä ongelma on toimintamahdollisuuksien puute. Monessa pienessä kunnassa mielenterveyskuntoutujille ei ole luotu mahdollisuuksia kykyjensä mukaiseen työtoimintaan, kouluttautumiseen eikä mielekkääseen yhteisölliseen osallistumiseen. Psykkisistä syistä työelämän ulkopuolelle jääneet mielenterveyskuntoutajat joutuvat

samalla ulkopuolisiksi vastavuoroisista ihmissuhteista ja työn kautta syntyvistä merkityksistä elämälle. Psykkiset oireet vaikeuttavat vuorovaikutussuhteiden ylläpitoa. Osallistuminen vähenee, koska uusia osallistumisen muotoja työn tilalle on vaikea löytää. Toimeentulo on riittämätön pitämään yllä elämäntapaa, johon kuuluu aktiivinen osallistuminen harrastus- ja kulttuuritoimintaan. Toimeentulon ongelmat yhdessä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vajeiden kanssa heikentävät monessa suhteessa elämänlaatua. Seurauksena on yksinäisyyttä, turvattomuutta ja erilaisia pelkoja ympärillä olevaa elämää kohtaan.

Mielenterveyspotilaiden ongelmaan jäädä työelämän ulkopuolelle kiinnitetään edelleen liian vähän huomiota. Terveystieteiden ammattilaiset aliarvioivat mielenterveyspotilaiden kykyä osallistua, ja näin ollen työllistymistä ei nähdä tärkeänä hyvinvointia tuottavana tekijänä. (Mc Daid 2005, 1-12.) Monet kuntoutustuella tai eläkkeellä olevat mielenterveyskuntoutujat halusivat osallistua työelämään, mikäli siihen löytyisi kykyihin mukautuvat olosuhteet ja resurssit. Valtio panostaa voimakkaasti vuodesta 2008 lähtien mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksiin palata työelämään työvoimatoimiston palveluiden välityksellä. Tähän mennessä mielenterveyskuntoutujat ovat kiinnostuneet työelämästä lähinnä mielenterveysjärjestöjen kannustamina. Potilas- ja vammaisjärjestöjen asiantuntijat ovat olleet aktiivisia siinä, että ne ovat tuoneet esille huolensa kuntoutujien vaikeuksista työllistymisen suhteen. (Työministeriö 2007.)

Työvoimatoimistot ja niiden yksittäiset virkailijat saattavat tulkita puutteellisesti työllistämisen ohjeistuksia ja tuntea liian vähän työhön palaamisen mahdollisuuksia. Työministeriö esittää, että mielenterveyskuntoutujien työllistämisedellytyksiä aletaan arvioida. Palveluun sisältyisi myös työkyvyn arviointia, urasuunnittelua ja työkokeilua. Työllistymistä tullaan tukemaan myös taloudellisesti ja muulla asiakaslähtöisellä tuella. Mielenterveyskuntoutujien työhön aktivointi vaatii asenteellista muutosta myös mielenterveystyöntekijöiltä, jotka ovat olleet passiivisia työhön kannustamisen suhteen. Pitkittyvä sairausloma johtaa helposti sairastamisen uralle ja uskon menettämiseen omiin kykyihin työelämään palaamisen suhteen. (Työministeriö 2007.)

Harry Spechtin näkemyksen mukaan palveluiden puolustaminen on sosiaalityön tärkeimpiä tehtäviä. Palveluiden saamisen puolustaminen avaa asiakkaille

yhteiskunnallisia mahdollisuuksia vaikeissa elämäntilanteissa. (Specht 1992; 1995; Mäntysaari 2006, 128-129.) Suomessa mielenterveysalan järjestöillä ja yhdistyksillä on ollut merkittävä rooli jäsentensä oikeuksien puolustamisen tehtävässä. Leena Eräsaari (2006) on huolestunut siitä, että järjestöt ja sektorit ovat joutuneet pitkälti luopumaan omista arvolähtökohdistaan jäsentensä edunvalvontatehtävässä, koska niiden voimavarat menevät palveluiden tuotteistamiseen ja myymiseen. Eräsaari on sitä mieltä, että varsinkin nykyisen palvelurakenteen murrosvaiheessa palveluiden puolustaminen on nimenomaan ammatillisen sosiaalityön tehtävä, ja että kuntien tulisi itse ottaa vastuu kaikista hyvinvoinnin kannalta välttämättömistä palveluiden järjestämisestä.(Eräsaari 2006, 98-99.)

8 YHTEISÖSOSIAALITYÖ MIELENTERVEYDEN EDELLYTYSTEN LUOJANA

8.1 Yhteisöjen kehittäminen

Yhteisöllisyys on hyvinvointistrategioissa paljon käytetty teoreettinen ja poliittinen käsite. Yhteisöllisyys on ihmisten välistä yhteenkuuluvuuden tunnetta - yhteisyyttä, joka syntyy yhteisen toiminnan kautta. Yhteisöllisyyden tuloksena syntyvää sosiaalista pääomaa halutaan hyödyntää psyykkisen hyvinvoinnin resurssina. WHO:n raportin (2004) mukaan yhteisöllisten toimenpiteiden tavoitteena on, että sosiaaliset ongelmat pystyttäisiin ratkaisemaan paikallisyhteisöjä koskevaa alueellista tietoa hyväksi käyttäen. Toiminnassa tulisi huomioida erityisesti yhteiskunnasta syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat ihmiset (WHO 2004, 34-37).

Mielenterveyden edistämisen toimintasuunnitelmat korostavat erityisen painokkaasti yhteisöjen kehittämisen tarvetta (esim. WHO 2004). Päivi Turunen (2008, 55) toteaa, että yhteisöihin liittyvät käsitteet ovat usein epämääräisiä ja niistä puhutaan monia eri ilmaisuja käyttäen. Käsitteet ovat avoimia ja ne mahdollistavat useita merkityksiä eri kulttuureissa ja eri aikakausina (em.). Vaikka yhteisöjen kehittäminen on mainittu yhteisöllisten strategioiden tavoitteena ja tehtävänä, käytännön toiminnan tasolla näistä on kuitenkin vaikea löytää esimerkkejä. Yhteisöjen kehittämisestä puhutaan tietämättä mitä sen sisältö on.

Mielenterveyden edellytysten luomisessa painottuu yhteisötason vaikuttaminen. Yhteisöjen kehittäminen liittyy yhteisöllisten siteiden ja osallisuuden vahvistamiseen. Toiminta tapahtuu alueellisella tasolla yhteistyössä paikallisten toimijoiden kanssa ja se vaatii yhteisöä koskevan tiedon ymmärtämistä ja hyvien yhteisöllisten interventioiden tuntemista. Yhteisösosiaalityön tavoitteena mielenterveyden edistämisessä on luoda yhteistoiminnassa muiden yhteiskunnallisten toimijoiden kanssa mielenterveyttä tukeva sosiaalinen ympäristö, jossa ihminen kykenee osallistumaan vuorovaikutteiseen toimintaan, selviytyy elämänsä haasteista ja kokee elämäntyytyväisyyttä.

Yhteisölliset tekijät ovat määrääviä sosiaalisen pääoman muodostumisen kannalta. Yhteisösosiaalityöntekijän täytyy tunnistaa ne riskit, joita liittyy yhteisöistä

syryntymiseen ja hyödyntää yhteisöllisyyteen sisältyvät mahdollisuudet ongelmien ennaltaehkäisemisessä. Työntekijällä täytyy olla myös kyky suunnitella ja toteuttaa mielenterveyttä edistäviä yhteisöllisiä interventioita. Hänen on myös osattava toimia osana sosiaalipoliittista järjestelmää, voidakseen hyödyntää sen inhimillisiä ja taloudellisia resursseja. Yhteisöjen kehittämisessä on kyse resurssien oikeanlaisesta käytöstä ja kohdentamisesta nimenomaan mielenterveyden edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisemiseen.

Päivi Turunen (2008, 45) on tutkimuksessaan etsinyt yhteyttä yhteisösosiaalityötä koskevien uusien ja perinteisten puhetapojen välille. Turunen on havainnut, että huolimatta yhteisöllisten strategioiden tuomista uusista ajatusmalleista, yhteisösosiaalityön työmenetelmät ovat pysyneet hämmästyttävän samanlaisina ammatillisen sosiaalityön alkuajoista lähtien. 1970-luvulla yhteisösosiaalityö käsitettiin lähinnä paikallisyhdyskuntien ja paikallisyhteisöjen sosiaalisena kehitys- ja muutostyönä, jonka tehtävänä oli analysoida sosiaalisia epäkohtia ja muuttaa yhteiskunnallisia systeemejä ja valtarakenteita. (em. 2008, 45-49).

Yhteisöjen kehittämistä koskevat odotukset liittyvät sosiaalisen pääoman vahvistamisen pyrkimykseen kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Sosiaalisen ympäristön ja sosiaalisten suhteiden merkitystä mielenterveystekijänä pidetään tärkeänä ja siksi yhteisöjen kehittämiseen halutaan investoida. Yhteisösosiaalityön tehtävä on tuoda julkiseen keskusteluun yhteisöihin liittyvät mahdollisuudet sosiaalisen ympäristön suunnittelussa ja mielenterveyden edistämiseen liittyvässä kehittämistyössä. Yhteisöjen kehittämisen tavoitteena voidaan pitää parempaa sosiaalista, terveydellistä, taloudellista ja kulttuurista hyvinvointia.

8.2 Vuorovaikutteinen suunnittelu

Yhteisöjen kehittämisen tarve mielenterveyden edistämässä on nostanut sosiaalisen ympäristön suunnittelun uudelleen ajankohtaiseksi sosiaalityölliseksi haasteeksi. Kunta ja sen asuinalueet ovat sosiaalityön pääasiallisia toimintaympäristöjä. Kunta muodostaa yhteisön, johon liitytään asumisen, palveluiden ja erilaisten toimintojen kautta. Mielenterveyden ongelmat ilmenevät niin ikään yhteisöissä sosiaalisina, terveydellisinä ja käyttäytymisen tason ongelmina. Entistä enemmän mielenterveydellisiä riskejä

halutaan ehkäistä ennakoita. Mielenterveyttä tukevien ympäristöjen suunnittelu on monialaista toimintaa, jossa on huomioitava myös fyysiset ja luonnon ympäristöön liittyvät olosuhteet. Sosiaalisella ympäristöllä tarkoitan niitä olosuhdetekijöitä, jotka ovat välttämättömiä ihmisten sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta ja jotka liittyvät ihmisten vuorovaikutuksen, toiminnan ja turvallisuuden tarpeisiin omassa asuinympäristössä.

Yhdyskuntien sosiaalinen suunnittelu perustuu erilaisiin suunnittelun teorioihin. Kriittiseen sosiaaliseen teoriaan pohjautuvat suunnittelun teorit käsittelevät myös suunnittelun eettisiä ja poliittisia kysymyksiä. Eräs kiinnostavimmista kommunikatiivisen yhdyskuntasuunnittelun edustajista on yhdysvaltalainen John Forester. Hän näkee kommunikatiivisen suunnittelun poliittisena vaikuttamisena ja se on samalla myös suunnittelun käytännön menetelmä. Paulo Freiren dialogisen toiminnan teoria ja Jürgen Habermasin kommunikatiivinen teoria ovat tarjonneen Foresterin ajatuksille teoreettisen viitekehyksen. Kommunikatiivinen suunnittelu ottaa huomioon suunnittelun sosiaaliset vaikutukset erityisesti huono-osaisten näkökulmasta. Suunnittelulla pyritään edistämään yhteiskunnallista tasa-arvoa ja demokratiaa. Kriittisen teorian lähtökohtainen ajatus on käsitellä työssä huono-osaisuuden, oikeudenmukaisuuden ja epätasa-arvon kysymyksiä. (Krumholz & Forester 1990; Ilmonen & Peltonen 2004, 106-107.)

Foresterin mukaan suunnittelussa on kysymys tiedon ja vallan käyttämisestä. Kysymysten esittäminen auttaa konstruoimaan sosiaalista todellisuutta. Ne avaavat mahdollisuuden dialogiin, joka voi johtaa parempaan hyvinvointiin. Kysymysten esittäminen on samalla poliittista vaikuttamista. Kysymyksillä tai vaikenemisella voimme suunnata huomion niihin asioihin, jotka ovat meille keskeisiä. Suunnittelussa on kyse paitsi vallankäytöstä, hyvin paljon myös siitä, miten voimme vastustaa valtaa. Suunnittelulla pyritään parempaan elämään ottamalla huomioon myös sosiaaliset vaikutukset. Suunnittelijoiden tehtävänä on kertoa, miten voimme mennä kohti parempaa elämää. (Ilmonen & Peltonen 2005, 108-113, 123.) Aila-Leena Matthies (2002, 241-244) toteaa, että yhteisösosiaalityön haaste on toimia yhteisöjen suunnittelussa liiketaloudellisia päämääriä ajavan kaupunkipolitiikan vastavoimana ja edistää aidosti kansalaislähtöistä, valtaistavaa ja osallistavaa sosiaalityötä.

Forester kokee, että suunnittelu on ensisijaisesti toivon luomista. Toivon herättäminen on sisäänrakennettu myös Freiren dialogisen toiminnan teoriaan. Samalla kun tiedostamme elämänolosuhteisiin liittyviä tekijöitä, tietoisuus epäkohdista tuo esiin mahdollisuuden paremmasta elämästä. Tähän mahdollisuuteen sisältyvä toivo on ihmisten osallistumisen ja osallisuuden peruslähtökohta. (Freire 2005, 90-93.) Suunnittelijan tehtävä on huolehtia hyvinvoinnin jakamisen kysymyksistä. Suunnittelutyöhön osallistuvat voivat edustaa erilaisia arvolähtökohtia. Kommunikatiivisessa suunnittelussa suunnittelijan omien eettisten ja normatiivisten argumenttien esiin tuominen on keskeinen osa ammattitaitoa. Suunnittelemisen ei edellytä niinkään erityisen tiedon hallitsemista, vaan taitoa käsitellä toisistaan riippuvaisten osapuolten ristiriitaisia suhteita ja keskusteluun osallistumisen tukemista. Asiantuntijuus on sitä, että suunnittelija kykenee ilmaisemaan, miten voimme mennä kohti hyvää elämää. (Ilmonen & Peltonen 2005, 117-118.)

Suunnittelemisen edellyttää vuorovaikutuksen mahdollisuuksien hyödyntämistä erilaisissa vaikuttamisen verkostoissa. Poliittinen vaikuttaminen on osa suunnittelua. Omien työprosessien ja toimintamahdollisuuksien tutkiminen ja muokkaaminen on oman organisaation sisäistä mikropolitikkaa. Tämän lisäksi tarvitaan vaikuttamismahdollisuuksia ulospäin ja erilaisia vaikuttamisen keinoja. Suunnittelijat voivat olla yhteydessä mediaan tai paikallisiin valtuutettuihin ja virkamiehiin informoidakseen paikallisista elinoloista ja niiden ongelmista. Suunnittelijat voivat vaikuttaa myös lainsäädännöllisiin ratkaisuihin. Suunnittelijat voivat olla tukemassa tai vastustamassa paikallisia hankkeita tai olla rohkaisemassa kansalaisyhteisöjä ja asukkaita toimintaan hyvän asian puolesta. Suunnittelussa ei pitäisi välttää poliittista väittelyä, koska suunnittelutyö itsessään on poliittista. Erilaiset mielipiteet ovat pikemminkin toivottuja ja niitä pitää kuunnella ja kunnioittaa. (Krumholz & Forester 1990, 209-218, 222-226.)

Yhdyskuntien suunnittelijat joutuvat toimimaan usein sosiaalisen ja taloudellisen ristipaineessa. Demokratian ihannetta on vaikea toteuttaa, koska liikemaa ja keskiluokkainen väestö luovat paineita omilla tarpeillaan. On tärkeää, että suunnittelutyö ymmärretään pitkäjänteisenä jatkuvasti etenevänä prosessina, jossa korostuvat eettiset periaatteet. Suunnittelijat toimivat yhteisön edustajina ja tekevät hyvinvointiin vaikuttavia valintoja. Suunnittelutyö tulisi tuoda näkyväksi ja sitä pitäisi

osata arvostaa. On kuitenkin vaikea osoittaa todeksi niitä säästöjä, joita hyvällä suunnittelulla saadaan tai olisi saatu aikaan julkisella sektorilla. Suunnittelutyö sekoitetaan usein ongelmien ehkäisemiseen ja torjumiseen tai suunnittelun projektit ovat muuten huonosti toteutettuja. Kommunikatiivisen suunnittelun periaatteeseen kuuluu, että suunnittelun prosessi kuvataan auki laadullisena kertomuksena. Siinä arvioidaan suunnittelun seurauksia ja ongelmanratkaisukeinoja. Tämän lisäksi täytyisi kuvata toiminnan laatua ja toiminnan oikeutusta. Forester pitää tärkeänä myös sitä, että suunnittelija kuvaa omaa suunnitteluprosessiin liittyvää kokemustaan toimijana. (Krumholz & Forester 1990, 241-245.)

Sosiaalityöntekijät kohtaavat paljon monessa eri suhteessa huono-osaisia asiakkaita. Toimeentulotuen asiakkaista lähes puolella on jonkinasteinen mielenterveysongelma, joka usein kytkeytyy yhteen taloudellisten ja lastensuojelullisten ongelmien sekä päihdeongelmien kanssa. Tästä syystä sosiaalityön ydintehtävää tulisi ajatella aktiivisen hyvinvoinnin muutoksen välineenä, joka huomioi aina paikallisyhteisön merkityksen toiminnassaan. (Mäntysaari 1997, 151-171.) Sosiaalityöntekijät tuntevat hyvin toimintaympäristönsä ja asiakkaansa, mutta heillä on vain harvoin mahdollisuutta vaikuttaa sosiaalisen ympäristön suunnitteluun. Yhdyskuntatyötä toteutetaan Suomessa suurissa kaupungeissa eri toimialoilla, mutta monilla paikkakunnilla yhdyskuntatyö työmuotona on lakkautettu tai sen asema on muuten heikentynyt. (Roivainen 2008, 32-34.)

Mielenterveysongelmat ja mielenterveyspalveluiden puute heijastuu ihmisten elämään yksilöllisenä tai yhteisöllisenä turvattomuutena. Jo 1970-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollossa havahduttiin siihen, että yksilötason työmenetelmät eivät riitä yksilöiden ongelmien ratkaisemiseksi, vaan on puututtava niitä aiheuttaviin yhdyskunnan rakenteellisiin tekijöihin. Yhdyskuntatyön lähtökohta on yksilön ongelmien ja yhdyskunnan rakenteen välisen yhteyden ymmärtämisessä. Sosiaalisten ongelmien ja sairauksien syyt voidaan nähdä yhteiskunnan ja yhdyskunnan sosioekonomisessa rakenteessa. Yhdyskuntatyön tavoite on elämänlaadullinen. Tavoitteena on sellainen yhdyskunta, joka turvaisi kaikille jäsenilleen hyvinvoinnin välttämättömät osatekijät. Yhdyskuntatyössä on kyse yhdyskunnan järjestelmän mukauttamisesta ihmisten tarpeita vastaavaksi. Toiminta suuntautuu alhaalta ylöspäin. Alueen asukkaat, järjestöt ja virkamiehet yhteistyössä kehittävät alueen sosiaalista

toimintaa ja sosiaalisia verkostoja sekä parantavat asuin- ja elinympäristöään. Tällöin asukkaiden toimintaedellytysten luominen, omaehtoiseen toimintaan aktivointi, yhteisöllisen toiminnan suunnittelu ja edistäminen ovat yhteisösosiaalityön keskeisiä sisältöjä. (Koskinen 1977, 78-85.)

Sosiaalisen ympäristön suunnittelussa on keskeistä luoda tiloja yhteiselle kokoontumiselle. Yhteisö muodostuu ihmisistä, jotka liittyvät yhteen yhteisen pyrkimyksen ja päämäärän takia. Yhteen liittyminen edellyttää, että kohtaamista varten on olemassa tila. Kaupungeissa, niin kuin maaseudullakin kohtaamisen tilat ovat muuttuneet tiloiksi, joissa toisen voi vaivatta ohittaa. Ostoskeskukset, supermarketit ja suuret koulukompleksit eivät tue vuorovaikutuksen syntymistä ihmisten välille, vaan mahdollistavat yksilöiden eristäytymisen toisistaan. Kuntien säästötoimenpiteet ovat lyhytnäköisiä ja ne kohdistuvat usein koulujen toimintaan. Lakkautettujen koulujen joukossa on kouluja, jotka ovat saaneet kansainvälisiä kunniamainintoja hyvistä oppimistuloksista ja yhteisöllisen toiminnan kehittämisestä. Lukuisat maaseudun kyläkoulut on lakkautettu ja myyty yksityisille, vaikka ne ovat toimineet kylien kansansivistystoiminnan keskuksina. Sosiaalista pääomaa tuhlaataan tarkoituksella kylistä ja kaupungeista markkinatalouden tarpeista johtuen.

Mikäli halutaan lisätä ihmisten osallistumista, vaikuttamista ja osallisuuden kokemista, on suunniteltava taloja ja tiloja, jotka virittävät asukkaita omaehtoiseen toimintaan ja kiinnostukseen oman elinympäristön asioista. Yhteisen asian äärelle kokoontuminen harrastuksen tai muun toiminnan kautta lisää vuorovaikutusta ja yhteenkuulumisen tunnetta. Yhteisöihin liittyminen erilaisten jäsenyyksien kautta lisää osallisuuden tunnetta. Osallisuuden kokemuksen kautta ihmiset kiinnostuvat myös mahdollisuudesta osallistua yhteiseen päätöksentekoon. Suunnittelu tapahtuu alhaalta ylöspäin asukkaiden mielipiteitä ja hyviä hankkeita tukien. Ajatuksena on, että asukkaat ovat oman asuinyhteisönsä parhaita asiantuntijoita ja kehittäjiä. Suunnittelulla voidaan myös vastustaa sellaisia hankkeita, jotka vahingoittavat ihmisen ja ympäristön välistä suhdetta. Valitettavan usein asukkaat lähtevät oma-aloitteisesti vastustamaan myös hankkeita, joilla on tasa-arvoa lisääviä pyrkimyksiä.

Aila-Leena Matthies (2008) ja Irene Roivainen (mm. 2004a) puhuvat tiloista tai taloista, jotka toimivat asuinalueilla erilaisten kansalaisjärjestöjen ylläpitäminä avoimina ja

kommunikatiivisina kohtaamispaikkoina. Näistä tiloista voidaan käyttää monenlaisia nimityksiä, kuten toimintakeskus, kansalaistalo tai lähiötupa (Matthies 2008, 61). Varhaisimmat yhteisösosiaalityön kohtaamispaikat ovat kristillisen sosiaalityön arvopohjalta nousseita settlementtejä, eräänlaisia sosiokulttuurisia kohtaamispaikkoja, joissa on toteutettu kokonaisvaltaista sosiaalityötä (Roivainen 2004a, 149-157). Yhteisötalojen toimintaideologiaan on alun perin kuulunut huono-osaisten kansalaisten kannustaminen toimintaan oman arjen ja asuinympäristön asioissa. Sosiaalityön tehtävä on ollut rakentaa kommunikaatiota ihmisten välille ja edistää arkielämää helpottavien verkostojen toimintaa. Niissä on myös mahdollisuus omien kykyjen ja taitojen kehittämiseen sekä kulttuuriseen vuorovaikutukseen. (Roivainen 2004a, 155, 161.) Valitettavasti tämän kaltaisten yhteisöllisten hankkeiden toimintaedellytykset ovat epävakaat niiden rahoitusrakenteen vuoksi. Kansalaisjärjestöt joutuvat antamaan periksi alkuperäisistä eettisistä lähtökohdistaan ja ne joutuvat tuotteistamaan ja markkinoimaan erilaisia palveluita ratkaistakseen yhä monimutkaisempia ja vaikeampia sosiaalisia ongelmia. (Matthies 2008, 62, 72.)

Sosiaalisen ympäristön suunnittelu liittyy kaikkien kunnan asukkaiden hyvinvointiin, mutta erityisen huomion kohteena ovat ne ihmiset, joilla on riski jäädä yhteisöjen ulkopuolelle. Liittyminen sosiaaliseen ympäristöön yhteisöjäsenyyksien kautta mahdollistaa kykyjen kehittämisen, sosiaalisen tuen antamisen ja saamisen sekä sosiaalisten verkostojen syntymisen. Luottamus kertyy vastavuoroisessa kohtaamisessa ja yhteisessä toiminnassa ihmisten välillä. Pelkästään toiminta ei ole tärkeää, vaan myös yhteinen pyrkimys toiminnan takana. Yhteisöjen suunnitteluun panostaminen on sijoitus sosiaalisen pääoman vahvistamiseen.

8.3 Osallistava kehittäminen

Sosiaalihuoltolaki (17.9.1982/710) ja sosiaalihuoltoasetus (29.6.1983/607) velvoittavat kunnan toimijoita yhteistoimintaan hyvinvoinnin edistämiseen liittyvässä kehittämistyössä. Myös mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) velvoittaa kehittämään väestön elinolosuhteita siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Lainsäädäntö korostaa kansalaisnäkökulmaa ja kansalaisten oman

toiminnan tukemista. Tämä tarkoittaa, että kehittämistyössä mukana olevien virkamiesten on oltava tukemassa asukkaiden ja kansalaisjärjestöjen omaehtoisia hyvinvointia edistäviä hankkeita.

Osallistava kehittäminen viittaa tapaan työskennellä tavoitteellisesti, tarkoituksena sellaisen toiminnan kehittäminen, jolla on yhteinen päämäärä. Jos kehittämisen päämääränä pidetään väestön tai kunnan asukkaiden mielenterveyden paranemista, kehittämistoimien on oltava tavoitteen mukaisia. Mielenterveyspolitiikassa pidetään tärkeänä ja tavoiteltavana asiana sitä, että kaikki toimijat asukkaista lähtien voivat osallistua kehittämistyöhön yhteistoiminnassa. Yhteistoiminta tai yhteistyö viittaa siihen, että kaikilla toimijoilla oletetaan olevan tuntemusta mielenterveyskysymyksistä ja että heidän asiantuntijuutensa otetaan osaksi työprosessia. (vrt. Immonen 2005, 7.)

Paikallisen kehittämistoiminnan käynnistyminen vaatii aina paikallisen identiteetin olemassaoloa ja tuntemista (Hyyryläinen & Rannikko 2002, 178). Kehittäminen liittyy aina elinympäristöön ja se voidaan nähdä alueellisena tai paikallisena toimintana. Kunta muodostaa sosiaalisen yhteisön, jonka puitteissa yksilöillä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Kehittämistyön tulisi suuntautua pääasiassa alhaalta ylöspäin. Kehittämistyö käynnistyy yleensä silloin, kun olemassa olevan järjestelmän katsotaan toimivan huonosti. Kehittäminen merkitsee muutoksen aikaansaamista totutuissa toimintatavoissa. Kehittämistyön perustana on sen kohdealueen kaikinpuolinen tunteminen ja ruohonjuuritasolta nousevat tarpeet. Kehittämistavoitteet ja toteuttamistapa muokataan toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä. Toteutettavat interventiot suunnitellaan todellisia työtilanteita varten ja kehittämistyön tulokset pyritään integroimaan työkäytäntöihin. (Immonen 2005, 7-16.)

Kehittämistyössä painotetaan voimakkaasti kansalaislähtöisyyttä, osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä ainakin puheen tasolla. Käytännössä kehittäminen ei yleensä ole kunnan organisaation vakiintunutta pitkäjänteistä toimintaa, vaan kehittäminen hajoaa projektityöskentelyksi. Kristiina Poikajärvi ja Kerttu Perttilä ovat huolissaan siitä, että tänä päivänä kunnista löytyy harvoin taho, joka on vastuussa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvästä kehittämistyöstä. Terveysnäkökohtien huomioonottaminen poliittisissa ratkaisuissa tarvitsee kipeästi vaikuttajia ja asiantuntijoita, joilla on tietoa

asukkaiden sosiaalisesta todellisuudesta ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Poliittisen tahdon puute terveyden edistämisen kysymyksissä johtuu paljolti siitä, että tietoa sen kustannustehokkuudesta ei ole. Tästäkin syystä asiantuntijoiden roolia terveystieteiden esille tuojana pidetään erityisen tärkeänä. (Poikajärvi & Perttilä 2006, 3-30.) Kuntapäätäjät tai projektirahoittajat ovat kiinnostuneita kehittämisestä sen vaikuttavuuden ja tehokkuuden näkökulmasta. Toimijoiden lähtökohdista kehittämisen tuloksissa kiinnostaa olivatko toimintatavat käyttökelpoisia ja toimivia. Asukkaiden kannalta kehittämistyön merkitys ilmenee siinä, edistykö kehittämistoiminta asukkaiden hyvinvointia ja sosiaalista tasa-arvoisuutta. (Tedre 2002, 120.)

Sosiaalisen pääoman lisääminen voidaan ymmärtää inhimillisessä toiminnassa syntyväksi hyvinvoinnin resurssiksi, jota kehittämistyöllä tavoitellaan. Sosiaalinen pääoma kehittämistyössä on ihmisten välisen vuorovaikutuksen hallintaan liittyvää osaamista, kykyä työskennellä käytännössä yhteisten päämäärien hyväksi ryhmissä, organisaatioissa ja verkostoissa. Sosiaalisen pääoman kannalta on oleellista, että yhteisölliset ja alueelliset voimavarat tunnustetaan ja hyödynnetään. Sosiaalisen pääoman kehittäminen edellyttää nykyisten hierarkkisten rakenteiden muuttamista toimijoiden kumppanuussuhteiksi. Voimavarojen käyttöön saaminen tarkoittaa huomion kiinnittämistä sosiaalista pääomaa rakentaviin prosesseihin ja verkostoihin. Paikallisilta toimijoilta edellytetään uudenlaista kehittämisen toimintakulttuuria, tietoa ja osaamista. Erityisesti kehittämistyön johtajalta vaaditaan alueellista tuntemusta, sosiaalisia vuorovaikutustaitoja sekä kehittämisen alaan liittyvää asiantuntemusta. (Hyyryläinen & Rannikko 2002, 169-190.)

Paul Stepney (2007) on esitellyt yhteisösosiaalityön kehittämisprosessin mallin, joka mahdollistaa osallistavan kehittämistoiminnan kunnissa ja asuinalueilla. Kehittämisen lähtökohdiana on ongelman tiedostaminen alueella. Ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan tilanteeseen, johon halutaan parannusta ja hankitaan sitä koskevaa tietoa. Tämän jälkeen tehtäväksi tulee tarpeiden ja resurssien kokonaisvaltainen arviointi. Tässä vaiheessa on tärkeää, että kehittämistä arvioidaan huono-osaisten asukkaiden tarpeista lähtien. Yhteisöä tarkastellaan sosiaalisesta näkökulmasta ja tietoa hankitaan paitsi yhteisön tarpeista, myös olemassa olevista voimavaroista. Yhteisösosiaalityöntekijät järjestävät tapaamisia avainhenkilöiden, kuten kunnallisten päättäjien kanssa ja arvioivat yhdessä alueen tilannetta ja keskustelevat päämääristä. Yhteistyösuhteet perustuvat

kumppanuuteen. Ideointi toimijoiden kesken johtaa yhteisen toimintasuunnitelman luomiseen ja suunniteltu interventio toteutetaan yhteistoiminnassa. Keskeistä on käsitellä interventioon liittyviä oikeudenmukaisuuden, erilaisuuden ja tasa-arvon kysymyksiä. Kehittämistyön loppuvaiheessa toimintaa tutkitaan ja arvioidaan. Tuloksista viritetään yhteiskunnallista keskustelua ja annetaan palautetta toiminnassa mukana olleille. Lopuksi tehdään päätöksiä kehittämistoiminnan jatkoa ajatellen. (Stepney 2007, 24-25.)

Mielenterveyden edistämässä kehittämisen välineenä voidaan käyttää esimerkiksi mielenterveyspalveluiden laatusuositusta, joka ohjaa kuntien palvelujen kehittämistä mielenterveystyön määrittelemässä merkityksessä. Kuntia neuvotaan laatimaan mielenterveystyön kokonaisuohjelma osana hyvinvointipoliittista ohjelmaa. Kaikkia asukkaiden elämänolosuhteita koskevassa päätöksenteossa ratkaisuja tulisi harkita myös mielenterveysvaikutusten kannalta. Asuinalueilla luodaan olosuhteita, jotka tukevat psyykkistä hyvinvointia ja vältetään ratkaisuja, jotka saavat aikaan riskejä mielenterveydelle. Kunnan tehtävänä on myös lisätä kuntalaisten työn ja toiminnan mahdollisuuksia. Lisäksi kansalaisten omaehtoiselle toiminnalle, vertaistukitoiminnalle sekä vapaaehtoistoiminnalle on luotava mahdollisuuksia. Kehittämistavoitteiden saavuttaminen edellyttää hallinnolta ja asiantuntijatoimijoilta sitä, että toimintaa toteutetaan yhteistyössä asukkaiden kanssa. Mielenterveyspalveluista tiedotetaan kuntalaisia ja heille järjestetään tilaisuuksia mielenterveysfoorumeissa. (STM 2001a, 10-11.) Foorumityöskentelyn tarkoituksena on löytää keskusteluyhteyksiä teorian ja käytännön, paikallisen toiminnan ja mielenterveystyön poliittisten linjausten, palvelun käyttäjien ja niiden tarjoajien sekä päättäjien, toimijoiden ja kansalaisten välille. Vuoropuhelu mahdollistaa asukkaiden tarpeista lähtevän kehittämistyön. (Stakes 2000.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n ja Euroopan Unionin linjausten mukaista kehittämistyötä lähdettiin toteuttamaan Suomen kunnissa muun muassa Mielekäs elämä -ohjelman kautta vuosina 1998-2002. Ohjelman keskeisenä tavoitteena oli turvata jokaisen ihmisen mahdollisuus pärjätä yhteisössään ja elää mielekästä elämää. Osana ohjelmaa selvitettiin mielenterveyspalveluiden tilaa Suomen kunnissa. Tuloksena havaittiin vakavia puutteita avohoitojärjestelmässä. Suurimmat epäkohdat liittyivät resurssien niukkuuteen. Puutteelliset ja hajanaiset palvelut ovat johtaneet siihen, että kuntalaiset jäävät helposti ilman tarpeenmukaisia palveluja. (STM 2000, 1.) Palveluiden

organisoinnin heikkoudet koskettavat erityisesti pitkäaikaisten psykiatristen potilaiden hoito- ja kuntoutusjärjestelmää. Yhdeksi kiireellisimmäksi tehtäväksi vuosituhannen vaihteessa todettiin yhteisöllisten kuntoutusmuotojen lisääminen pitkäaikaissairaille mielenterveyskuntoutujille. Tällaisten kuntoutusmuotojen tulisi sisältää mielekästä työ- ja päivätoimintaa sekä sosiaalisesti tuettua asumista. (STM 2000, 6.)

Kansanterveystyöllisten yhteisöllisten interventioiden ajatellaan kehittävän voimaannuttavia prosesseja, jotka vahvistavat sosiaalisia verkostoja. Ne rakentavat myös tunnetta osallisuudesta ja sosiaalisesta vastuusta yhteisöjen jäsenten kesken. Yhteisöllisen kehittämisen projektit tuottavat yleensä hyvää mielenterveyttä, vaikka niillä ei varsinaisesti tavoiteltaisi mielenterveyden edistämistä. Tällaisia ohjelmahankkeita toteutetaan paljon muun muassa lastensuojelullisessa työssä. Ongelmallista näissä ohjelmahankkeissa mielenterveyden edistämisen kannalta on, että mielenterveydellisiä vaikutuksia ei ole otettu huomioon tuloksia arvioitaessa. (WHO 2004, 35-36; 52-56.)

Interventiot voidaan jakaa makro-, meso- ja mikrinterventioihin. Makrinterventioita tehdään yhteiskunnan tasolla ja ne perustuvat suunnitelmalliseen julkiseen politiikkaan. Meso- ja mikrinterventioita toteutetaan yhteisötasolla. Tieteellisiin tuloksiin pohjautuvat ohjelmat suunnataan tiettyihin väestö- ja ikäryhmiin. Interventiot nähdään sijoituksena kansanterveyteen ja niiden katsotaan tukevan paitsi terveyttä, myös sosioekonomista kehitystä. Erityisen tärkeinä on pidetty ohjelmia, jotka suunnataan elämänsä alkuvaiheeseen, perheisiin, kouluympäristöön ja tiettyihin riskiryhmiin. Huomion kiinnittäminen työ- ja opiskeluympäristön olosuhteisiin sekä työttömien elinoloihin ehkäisee tulevia mielenterveydellisiä ongelmia väestössä. Väestön ikääntyessä myös vanhusten mielenterveysongelmien ehkäisy on entistä ajankohtaisempi mielenterveyspoliittinen kysymys. (WHO 2004, 34-37; STM 2004b, 55-60.) Erityisen hyviä kokemuksia meso- ja mikrotason interventioista on saatu alhaisen tulotason maissa, joissa on olemassa vähän terveydenhuollon resursseja (WHO 2004, 37).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on käynnistämässä laajan kansallisen Sosiaali- ja terveydenhuollon KASTE **-kehittämishjelman** vuosina 2008-2011. Toiminnan välineinä pidetään paikallista kehittämistyötä, alueellisia toimenpidesuunnitelmia ja

laajoja ohjelmaan sisältyviä kehittämishankkeita. Ohjelman tavoitteena on osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen, hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, hyvinvointierojen kaventaminen, palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen sekä alueellisten hyvinvointierojen kaventaminen. Ohjelma mahdollistaa EU:n harjoittaman hyvinvointipoliittisen filosofian läpiviennin myös suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa. Ohjelmaan kuuluu myös mielenterveyden osa-alueen kehittäminen erityisesti lasten, nuorten ja perheiden osalta. Käytännössä ohjelman läpivieminen tarkoittaisi yli sektorirajojen ylittävää yhteistoimintaa terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn käytännön toteuttamisessa. Keinoina tavoitteiden saavuttamiseen pidetään ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista, henkilöstön osaamista ja riittävyyttä, sosiaali- ja terveydenhuollon ymmärtämistä toiminnallisena kokonaisuutena ja vaikuttavien toimintamallien käyttöön ottamista. (Valtioneuvosto 2007, 54-56; STM 2008.)

Eräs kansainvälinen hyvinvoinnin edistämisen interventio on The Communities That Care –ohjelma (CTC), jota on toteutettu maailmanlaajuisesti 1990-luvulta lähtien. Ohjelmassa aktivoidaan kuntia käyttämään yhteisöllisiä ennaltaehkäiseviä menetelmiä erilaisten sosiaalisten, terveydellisten ja käyttäytymisen tason ongelmien torjumiseen. Ohjelman lähtökohtana käytetään paikallista tietoa, jota kerätään alueella ilmenevistä riskitekijöistä sekä riskeiltä suojaavista tekijöistä. Toimenpiteet kohdistetaan alueille, joissa riskit ovat korkeat ja joissa riskeiltä suojaavia tekijöitä on vähän. (Hawkins ym. 2002, 951-968.) Kunnissa käynnissä oleva palvelurakenteiden muutos saattaisi merkitä mielenterveyden edistämiseen uudenlaisten vaihtoehtojen toteuttamisen mahdollisuutta. Kehittämisen painottaminen mielenterveyden edistämisen suuntaan mahdollistaisi yhteisöpohjaisen tuen rakentamisen (Community-Based Services) mielenterveyspalveluiden ohelle osaksi mielenterveystyön kokonaisuutta. (McDaid 2005, 1-12.)

9 YHTEISÖSOSIAALITYÖ MIELENTERVEYDEN VAHVISTAJANA

9.1 Sosiaalisen ulottuvuuden vahvistaminen

Sosiaalityön ydintehtävä mielenterveystyössä herättää keskustelua. Monien mielestä sosiaalityö painottuu liaksi yksilökohtaiseen työskentelytapaan ja psykoterapeuttisten menetelmien käyttöön. Sosiaalityöltä on alettu odottaa entistä kokonaisvaltaisempaa lähestymistä yksittäisen asiakkaan kohtaamisessa. Kunnallisessa sosiaalityössä puolestaan ei aina osata vastata niiden ihmisten tarpeisiin, joilla on mielenterveyden ongelmia. Sosiaalityöntekijöillä on Anna Metterin (2004, 59) mukaan yleisesti ottaen vain vähän kokemusta mielenterveysasioista. Sosiaalityöntekijät eivät myöskään aina ole selvillä palvelujen kokonaiskuvasta, eivätkä he näin ollen osaa ohjata asiakkaitaan yhteisöllisen toiminnan ja kuntouttavien palvelujen piiriin, joita muun muassa kansalaisjärjestöt tarjoavat. (em.,145.)

Ihmiset ovat tottuneita hakemaan apua terveyssektorilta, vaikka asiakkaan elämäntilannetta vaikeuttavat ongelmat olisivat sosiaalisessa selviytymisessä (Sobel 1995). Selviytymisen vaikeudet arkielämässä ovat usein puhtaasti sosiaalisia. Seija Talo ja Anneli Hämäläinen (1997, 3-17) toteavat, että yksilön toimintakyvyn kannalta sosiaalinen konteksti on yhtä tärkeä, kuin fyysiset ja psyykkiset tekijät. Perimmäinen tehtävä sosiaalisen selviytymisen tukemisessa liittyy elämänolosuhteiden ja niissä olevien puutteiden tuntemiseen ja resurssien etsimiseen. Tähän tehtävään liittyy myös sosiaalisten verkostojen tunnistaminen ja niissä olevien voimavarojen hyödyntäminen. Tavoitteena on mahdollisimman hyvän terveyden ja elämänhallinnan toteutuminen. (em.)

Sosiaalisen tuen puute ja kyvyttömyys selviytyä arkielämän haasteista heikentää elämänlaatua ja nostaa sairauden uusiutumisen riskiä (Sobel 1995, 234; Lambie & Bullen 1997, 52). Tästä syystä terveyspolitiikka on alkanut etsiä kustannustehokkaita asiakastyön menetelmiä, joissa hyödynnetään osallistavia ja voimaannuttavia menetelmiä. Palvelujen kehittämisessä kiinnitetään huomiota sellaisen yhteisöllisyyden vahvistamiseen, joissa ihmisillä on mahdollisuus saada sosiaalista tukea ja merkitystä elämälle. Kansanterveystyön tavoitteena on vastata asiakkaiden psykososiaalisiin

tarpeisiin tarjoamalla heille myös tiedollista, taidollista ja henkistä tukea. (Sobel 1995, 234-244.)

Yhteisöllisyyden ja osallistamisen idea sosiaalityön piirissä ei sinänsä ole uusi. Jo 1800-luvulla esim. kristillissosiaalinen liike ja setlementtiliike perustivat toimintansa kansalaisten aktiivisuuteen ja osallistumiseen. Ongelmien syyt nähtiin ympäröivässä sosiaalisessa todellisuudessa, huonoissa elinoloissa ja heikoissa yhteisöllisissä siteissä. Sosiaalityössä vallitsi kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Ihanteena oli osallistuva ja aktiivinen autettava, jonka rinnalla sosiaalityöntekijä kulki tasavertaisena kumppanina. Sosiaalityöllä tavoiteltiin yhteisöllisyyden vahvistamista, joka tapahtui yhteisen toiminnan ja vuorovaikutuksen kautta. (Toikko 2005, 73-105.)

Toinen, erityisesti terveydenhuollon sosiaalityöhön vahvasti vaikuttanut vuorovaikutuksen perinne pohjautuu Mary Richmondin sosiaaliseen diagnosointiin perustuvaan systemaattiseen sosiaalityöhön. Social Case Work (suom. tapauskohtainen tai yksilökohtainen sosiaalityö) perustuu asiakkaan elinolosuhteista kertovaan sosiaaliseen tietoon. Richmond korosti menetelmässään sosiaalisten verkostojen tärkeyttä. Auttaminen eteni jatkuvana henkilökohtaisen tuen prosessina, joka perustui sosiaalisten ongelmien diagnosoimiseen ja systemaattiseen sosiaaliseen muutostyöhön. Sosiaalinen diagnoosi kohdistettiin sekä yksilöön että ympäristöön ja sen tuli perustua monipuoliseen asiakkaan tilannetta kuvaavaan tietoon. Case Work –menetelmässä sosiaalisella tarkoitettiin huomion kiinnittämistä paitsi asiakkaan sosiaaliseen ympäristöön, erityisesti myös sosiaalisten suhteiden tarjoamiin mahdollisuuksiin ongelman ratkaisussa. Sosiaaliset suhteet nähtiin voimavarana, jonka varaan auttamistyö voitiin organisoida. Vaikka sosiaalityö perustui henkilökohtaiseen kohtaamiseen, se kohdistettiin asiakkaan sosiaalisiin olosuhteisiin. Myöhemmin Richmondin ajatusta kokonaisvaltaisesta sosiaalityöstä ei täysin ymmärretty ja sosiaalityön asiantuntemus alkoi kohdistua enemmän yksilöllisiin psykologisiin tekijöihin. (Raunio 2004, 11-16; Toikko 2005, 158-170.) Case Workin kritisoijat ymmärtävät Case Work -menetelmän tänä päivänä pelkästään yksilökohtaisena sosiaalityönä, jossa sosiaalisten ongelmien syiden nähdään pohjimmiltaan olevan yksilöissä.

Jotta sosiaalityön tehtävä positiivisen mielenterveyden edistämässä muodostuisi selkeämmäksi, sosiaalityön käytäntöjen tulisi erottautua psykoterapioista. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien joukossa on paljon asiakkaita, jotka kärsivät modernin elämäntavan seurauksista, kuten yksinäisyydestä ja elämän tarkoituksettomuudesta. Yhteisöistä vieraantuminen ja yksinäisyys voidaan nähdä myös henkisen tai hengellisen yhteyden puutteesta johtuvana. Harry Spechtin mielestä yhteisyyden tarve, mikä aikaisemmin toteutui esimerkiksi seurakuntaelämän kautta, toteutuu nyt psykoterapeuttisissa suhteissa. (Specht 1994, 146.)

Kriittistä yhteiskuntanäkemystä edustavan Markku Salo ajattelee, että mielenterveystyön kriisi pohjautuu elämän yleiseen tarkoituksettomuuteen. Kriisi ei ole lääketieteellinen eikä psykiatrinen, vaan elämänskatsomuksellinen ongelma, joka johtuu yksilöllisyyttä korostavasta kulttuuristamme. Yhteisöllisyyden rapautuminen ilmenee henkisenä ja hengellisenä pahana olona. (Salo 1996, 255-256.) Lauri Rauhala (2006) puolestaan haluaa tarkastella psyykkisiä ongelmia elämäntaidollisina ongelmina sen sijaan, että ihmisten kokemuspiiriin kuuluvat psykososiaaliset ilmiöt luokitellaan psykiatrisiksi sairauksiksi. Hoidollisilla toimenpiteillä voidaan vaikuttaa sairauden ulkoisiin ehtoihin, mutta elämänlaatu ja motivaatio elämään koostuvat hyvinvoinnin kannalta tärkeiden tarpeiden tyydytyksestä.

Ihmisten psykososiaaliset ongelmat ilmenevät arjessa selviytymisen vaikeuksina ja käyttäytymisen ongelmina. Monille potilaille psykiatrinen sairaala on paikka, joka tarjoaa turvallisen ympäristön, mielekkyyttä elämään ja hyväksyviä sosiaalisia suhteita. Spechtin mukaan sosiaalityöllä olisi selvä tehtävä auttaa tällaisia asiakkaita toimimaan yhteisöllisissä suhteissaan. Näin saataisiin enemmän sosiaalista ulottuvuutta mielenterveystyön monialaiseen työskentelyyn. Psykoterapeuttisten menetelmien käyttö sulkee pois muiden vaihtoehtoisten yhteisöllisten menetelmien käyttämisen ja toimimisen erilaisissa toimintaympäristöissä. Kuitenkaan Specht ei torju psykoterapeuttisten menetelmien käyttämistä sosiaalityössä, vaan hän toteaa, että toimintakäytännöissä tulisi huomioida sekä psykologinen että sosiaalinen ulottuvuus. (Specht 1992, 152-159; 1994, 145-153.)

Mielenterveyden vahvistamisen tehtävässä yhteisösosiaalityöllä on yhteinen toimintakonteksti mielenterveyskuntoutuksen kanssa, vaikka se on vasta hahmottamassa

asiantuntijapaikkaansa tällä alueella (Stromwall & Hurdle 2003, 206-213). Pelkkä lääketieteellinen lähtökohta kuntoutukselle on liian kapea-alaista. Koska vaikeat elämäntilanteet myötävaikuttavat psyykkisten häiriöiden syntymiseen, täytyy positiivisen mielenterveyden edistämässä ottaa huomioon kunkin ihmisen kokemus elämäntilanteestaan ja muutoksen tarpeesta. Anna Metteri ja Tuula Haukka-Waclin toteavat, että sosiaalista tietoa saatetaan pitää psykiatrisessa kuntoutustoiminnassa toisarvoisessa asemassa lääketieteelliseen tietoon nähden, vaikka se saattaa olla kuntoutumisen ja selviytymisen lähtökohdista katsottuna ensisijaista. (em. 2004, 59.)

Mielenterveyskuntoutuksessa huomiota kiinnitetään siihen, kuinka sosiaalisen toimintakyvyn vajeista kärsivät ihmiset voisivat elää täysipainoista ja itsenäistä elämää ja toteuttaa itseään erilaisissa rooleissaan (Stromwall & Hurdle 2003, 206). Vakava psyykinen sairastaminen vaikeuttaa rooleissa suoriutumista. Yhteiskunnassa roolit voidaan nähdä vallan tuotteina. Selviytyäkseen tehtävistään vanhempana, työntekijänä tai yhteisön jäsenenä sairastuneen on vallattava roolinsa takaisin. (Hyväri 2001.) Sosiaalityön tehtävä mielenterveyden vahvistajana on auttaa ihmisiä toimimaan sosiaalisissa rooleissaan tukemalla heidän tiedollisia ja taidollisia toimintavalmiuksiaan. Tullakseen toimeen psyykkisen sairauden kanssa, sosiaalityö voi auttaa asiakasta antamalla informaatiota, hyödyntämällä sosiaalista tukea ja harjoittamalla sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Nykyiset palvelujärjestelmät eivät huomioi tarpeeksi vuorovaikutussuhteiden vahvistamisen merkitystä psyykkisissä ongelmassa. Sellaisen yhteisöllisyyden mahdollistaminen, jossa on tilaisuus rakentaa vastavuoroisia ihmissuhteita, on Spechtin mukaan sosiaalityön tärkein ideologinen tehtävä mielenterveystyössä. (Specht 1992, 157; 1994, 151-152.)

9.2 Kykyjen, voiman ja vallan vahvistaminen

Mielenterveystoimijat etsivät voimaannuttavia ja valtaistavia (empowerment) toimintakäytäntöjä, joilla yhteisöllisyys saadaan positiivisen mielenterveyden edistämisen käyttöön. Yhteisösosiaalityön menetelmät hyödyntävät sosiaalisen tuen mahdollisuuksia, joita sisältyy sosiaalisiin verkostoihin ja yhteisöihin. Empowerment – käsite voidaan määrittää monella eri tavalla ja sitä on vaikea käsitteellistää suomenkielistä vastaavaa termiä käyttäen. Valtaistumisen näkökulmasta kaikilla ihmisillä on kykyjä ja vahvuuksia, joita voidaan kehittää ja vahvistaa (Rose 2003, 201).

Tässä yhteydessä tarkoitan voimaannuttamisella ja valtaistamisella yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten kykyjen ja taitojen sekä voiman ja vallan vahvistamista. Voimaantuminen on kykyä toimia tavoitteiden mukaisesti ja se vaikuttaa ihmisen positiivisen minäkuvan ja identiteetin vahvistumiseen. Kykyjen ja taitojen kehittyminen tukee ihmisen persoonallista kasvua ja potentiaalin toteutumista. (Paasio 2006.) Voiman ja vallan vahvistuminen tukee ihmisen käsitystä itsestään osallistuvana täysivaltaisena kansalaisena. Vahvistamalla yhteisöllistä toimijuutta vahvistetaan samalla myös ihmisten positiivista mielenterveyttä. Kaiken kaikkiaan sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen lisää elämänlaatua ja tekee ihmiselämästä merkityksellistä. Riitta-Liisa Heikkisen mukaan sosiaalinen toimintakyky käsittää ihmisen vuorovaikutussuhteissaan sekä ihmisen aktiivisena toimijana ja osallistujana yhteisössään ja yhteiskunnassa. Yksilötasolla on kyse siitä, että ihminen oppii tuntemaan omat mahdollisuutensa ja hahmottamaan itsensä suhteessa ympäristöön. (Heikkinen 1987, 32-36.)

Hyvinvoinnin kokemisen kannalta on merkittävää, kuinka ihminen kykenee suoriutumaan tehtävistään erilaisten roolien kautta. Kyky toimia yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä on edellytys sille, että hyvinvoinnin kannalta välttämättömät tarpeet tulevat tyydytetyiksi. Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen on positiivisen mielenterveyden vahvistamista kohtaavassa vuorovaikutuksessa. Kohtaavalla vuorovaikutuksella tarkoitetaan ihmisten välisen suhteen luomista, joka mahdollistaa keskinäisen ymmärryksen ja dialogin (Metteri & Haukka Wacklin 2004, 62). Kohtaavassa työssä inhimillistä kasvua tukeva dialogi ja yhteinen toiminta on kunkin osallistujan henkilökohtainen kokemus, joka vahvistaa persoonaa ja identiteettiä (Kurki 2002, 67).

Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamisella tavoitellaan erityisesti psyykkisesti ja sosiaalisesti huono-osaisten parempaa kykyä selviytyä arkielämässä sekä yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä. Yhteisösosiaalityön toiminnallinen tehtävä mielenterveyden vahvistamisessa on osallistaminen. Yhtä hyvin voidaan puhua myös aktivoinnista, kannustamisesta ja innostamisesta. Ihmistä tuetaan kasvussa ihmisyyteen ja oman itsensä toteuttamiseen. Häntä kannustetaan vuorovaikutukseen ja kommunikatiiviseen yhteiseen toimintaan. Vajaakykyisten toimintavalmiuksia vahvistetaan, jotta toimintakyvyn vajeet eivät olisi kommunikaation ja osallistumisen esteenä. Tavoitteena on kokemus siitä, että vaikuttaminen ympäröivään sosiaaliseen todellisuuteen on

mahdollista. Kykyjen, voiman ja vallan vahvistuminen lisää tunnetta täysivaltaisesta kansalaisuudesta ja itsemääräämisoikeuden vahvistumista.

Osallistuminen rakentaa yksilöiden identiteettiä. Identiteetillä on siten keskeinen rooli sosiaalisen pääoman muotoutumisessa. (Hyyryläinen & Rannikko 2002, 178.) Sosiaalinen pääoma ja yksilön identiteetti ovat vastavuoroisessa yhteydessä toisiinsa. Sosiaalinen identiteetti korostaa sitä puolta minuudesta, joka ilmenee erilaisissa yhteisöllisissä suhteissa ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Jos sairaus vaikuttaa yksilön identiteettiin siten, että henkilö ei pysty luottamuksellisiin vuorovaikutussuhteisiin, myös inhimillisen pääoman käyttö estyy. Yhteisön sosiaalinen pääoma jää vaille yksilön inhimillisen pääoman panosta, eikä ihminen kykene käyttämään elämänsä rakentamisessa yhteisön pääomaa. Yksilön suhde ympäristöön häiriintyy ja on mahdollista, että ihminen syrjäytyy myös omasta elämästään. Mitä paremmin pystytään rakentamaan ja vahvistamaan yhteisöllisiä vuorovaikutussuhteita, sitä paremmat edellytykset yksilöllä on selviytyä elämässään ja säilyttää toimintakyky. (Niemelä 2002, 76-93.)

Kulttuurilla on keskeinen merkitys identiteetin vahvistumisessa. Ihminen paitsi luo kulttuuria, hän tulee ihmiseksi kulttuurin ehdoilla ja sen muovaamana. Yhdessä ihminen ja kulttuuri muodostavat kokonaisuuden, joka on jatkuvan muutoksen tilassa. Kulttuurisin keinoin voidaan vaikuttaa yhteiskunnassa ilmeneviin sosiaalisiin häiriötiloihin. (Rauhala 2005). Kulttuuri toimii sosiaalisen muutoksen välineenä. Esimerkiksi erilaisten ihmisryhmien ennakkoluuloisia käsityksiä toisistaan voidaan hälventää kulttuurin kautta tapahtuvan vuorovaikutuksen kautta. Sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden yhteinen kulttuurinen toiminta kannustaa asiakkaita osallistumaan elinolojensa muutokseen. Kokoontuminen taiteen äärelle luo yhteisöllisyyttä, joka vahvistaa yksilön identiteettiä ja tuottaa sosiaalista pääomaa yhteisön käyttöön. (Jämsén 2002, 209; Harle 2004.)

Sosiaalityössä kaikki toiminta tapahtuu kommunikaatiossa. Voimaannuttaminen toimintana on suhteen luomista työntekijän ja asiakkaiden välille, jossa kaikki osapuolet ovat subjekteja. Empowerment on määrätietoinen työskentelytapa, jolla autetaan subjektiksi tulemistä. Yhteisösosiaalityö sijoittuu yksilön ja yhteiskunnan väliseen tilaan, jossa jokainen kohdattava asiakas on jossain suhteessa yhteiskuntaan ja omaan

yksilölliseen historiaansa. Sosiaalityön paikka on maailman ja ihmisen välissä ja se työskentelee tästä näkökulmasta. Stephen Rose korostaa, että valtaistavassa sosiaalityössä ensimmäinen edellytys on kunnioitus asiakasta kohtaan. Työtä tulee tehdä kunnioituksen perspektiivistä. Jokaisella ihmisellä on arvo ihmisenä ja hänen kykyinsä omiin olosuhteisiinsa vaikuttamisessa täytyy uskoa. Ihminen tulee kohdata elämäntilanteessaan, ei diagnoosina. Rosen mielestä asiakkaiden kategorisointi on turhaa sosiaalityön näkökulmasta. Kategorisointiin liittyy asiantuntijavallan käyttämistä ja sen tavoitteena on ihmisten normalisointi ja sopeuttaminen yhteiskuntaan ilman että sosiaalisissa olosuhteissa tapahtuu muutosta. Kun ollaan tekemisissä ihmisten monimutkaisten elämäntilanteiden kanssa, kategorisointi voi johtaa väärään tulkintaan ja arvioon sosiaalityön tarpeesta. Asiakas ei ole ongelma, vaan hänen elämäntilanteessaan on ongelmia, joihin he ovat tahtomattaan joutuneet. (Rose 1990, 41-51, 2000, 403-412; 2003, 193-205; 2006.)

Sosiaalityön lähtökohtana tulisi olla asiakkaan elämäntilanteeseen liittävä dialogi siitä, mitä sellaista asiakkaan elämässä on tapahtunut, että hän on lähtenyt hakemaan esimerkiksi psykiatrista apua. Kun ongelma on romahduttanut asiakkaan sosiaalisen todellisuuden, ei ole sama millaisin kysymyksin kohtaamme asiakkaan. Steven Rosen mielestä tärkeintä on synnyttää dialogi, jossa kiinnitetään huomio siihen, mitä on tapahtunut. Dialogi tapahtuu luottamuksessa ja ongelma nimetään dialogissa. Dialogissa ongelma ulkoistetaan asiakkaasta hänen elämänolosuhteisiinsa. Vaikka terveydenhoidollinen järjestelmä organisoituu sairauden ja oireiden ympärille, sosiaalityön pitäisi organisoitua asiakkaan ja potilaan ympärille. Olla ongelmallinen asiakas on eri asia kuin asiakas, jolla on elämässään ongelmia. Asiakas elää elämäänsä omassa kontekstissaan, ei palvelujärjestelmässä. Sosiaalityöntekijä tapaa asiakkaan tilanteessa, jossa jokin hänen elämässään ei toimi, toisin sanoen hänen elämän kontekstissaan on jokin häiriö. Oiretta ei voi erottaa ihmisen elämäkokemuksesta eikä kontekstista, jossa hän elää. Kun työntekijä ja asiakas kohtaavat mielenterveyspalveluissa, diagnoosilla on merkitystä sosiaalityölle vain sen vuoksi, että se on alku vuorovaikutteiselle yhteistyölle. Yhteisen työskentelyn kohteena yhteisötason sosiaalityössä tulisi olla elämänolosuhteet, ei psyykkiset oireet. Sosiaalityöntekijän tulee selvittää, minkälaisia rajoituksia elämäntilanne ja sairaus asettaa ihmisen toimijuudelle ja muutokselle. (Rose 1990, 41-51; 2000, 403-412; 2003, 193-205; 2006.)

Tasa-arvoisessa yhteiskunnassa halutaan kiinnittää huomiota yhteisöllisyyden rakentumista tukevien olosuhteiden luomiseen. Yhteisösosiaalityöllä luodaan oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoisen vaikuttamisen mahdollisuuksia. Toiminta tulee kohdentaa yhteiskunnassa ilmenevän vallan ja epätasa-arvoisuuden vastustamiseen. Sosiaalityöntekijä voi osoittaa asiakkaille, kuinka vallanrakenteet vaikuttavat yhteiskunnassa. Sosiaalityöntekijät voivat vastustaa hierarkiaa ja pyrkiä sellaiseen hyvin organisoituun byrokraatiaan, joka edistää yksilöiden kykyjä ja taipumuksia. Sosiaalityössä ollaan tukemassa niitä ihmisiä, joilla on puutteelliset resurssit. Vuorovaikutuksen ja kommunikaation vahvistaminen yhteisöissä voimaannuttaa vajaavaltaisia ihmisiä. Näin heikossa asemassa elävät tulevat tietoisiksi omista kyvyistään ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa muutokseen. Yhteinen kokemus ihmisarvosta auttaa näkemään maailmassa olevat mahdollisuudet toisenlaisina. (Rose 1990, 41-51; 2000, 403-412; 2003, 193-205; 2006.)

9.3 Vuorovaikutteisen toiminnan vahvistaminen

Pitkäaikainen sairaus vaikuttaa aina jollakin tavalla myös ihmisen kykyyn toimia vuorovaikutussuhteissaan. Lääkehoidon ja muun psykiatrisen hoidon kehittyminen on parantanut mielenterveyspotilaiden elämänlaatua, mutta sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen vaatii elämäntaitojen harjoittelua vuorovaikutteisissa suhteissa. Sosiaaliset kontaktit ja toimintamahdollisuudet ovat hyvän elämän välttämättömiä edellytyksiä. Ihmisten välinen yhteisyys on perustavaa laatua oleva inhimillisen motivaation lähde. Sosiaaliset kontaktit lisäävät tunnetta osallisuudesta ja vähentävät kokemusta eristäytymisestä ja yksinäisyydestä. Vieraantuminen yhteisöistä on jäämistä vuorovaikutuksen ulkopuolelle. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen edellyttää ihmisen tukemista hänen kaikilla elämänalueillaan.

Sosiaalisten taitojen kehittäminen yhteisöllisessä kontekstissa alkoi Yhdysvalloissa jo 1940-luvulla niin sanotuissa yhteisökeskuksissa (urban community centers). Sosiaalisen ryhmätyön muodot auttoivat vakavasti psyykkisesti sairaita sopeutumaan uuteen itsenäiseen elämään sairaalahoidon jälkeen. Kuntoutuksen päämääränä oli vahvistaa potilaiden itsetuntoa ja tukea rooleissa selviytymistä. Toiminnan perustalta organisoitui muun muassa kansainvälisestikin organisoitunut Klubitalo –toiminta (Fountain House

clubhouse model), joka perustuu vahvaan sosiaalityön organisoimaan sosiaaliseen tukeen, mutta samalla asiakaslähtöiseen toiminnan valvontaan. (Stromwall & Hurdle 2003, 207.) Yhteisöllisessä toiminnassa jäsenten välinen vertaistuki mahdollistaa sellaisen sosiaalisen tuen antamisen ja saamisen, jota ammattihenkilöt eivät pysty tarjoamaan. Yhteinen toiminta lisää vuorovaikutusta ja jäsenten välistä keskinäistä luottamusta. (esim. Segal ym. 1993, 705.)

1970-luvulla vammais- ja potilasjärjestöt tulivat tietoisiksi sosiaalisista oikeuksistaan. Syntyi poliittisen vaikuttamisen liikkeitä, kuten esimerkiksi Independent Living Movement, jotka alkoivat vaatia sosiaalista tukea ja parempia palveluita jäsenilleen sosiaalityön organisoimana. Mielenterveyspotilaat halusivat passiivisesta potilaan roolista aktiivisiksi osallistujiksi. He osallistuivat yhteiskunnalliseen keskusteluun hyvinvoinnin jakamisesta ja sosiaalisten oikeuksien turvaamisesta. (Stromwall & Hurdle 2003, 207-208.) Suomessa muun muassa Suomen mielenterveysseura, Mielenterveyden keskusliitto ja Omaiset mielenterveystyön tukena toimivat kansalaisjärjestöinä mielenterveyden edistämisen tehtäväkentällä. Järjestöt toimivat kaikilla yhteiskunnan tasoilla vaikuttaen mielenterveyskuntoutujien sekä heidän omaistensa sosiaalisten oikeuksien toteutumiseen.

Mielenterveysalan kansalaisjärjestöt kritisoivat sitä, että psykiatrinen kuntoutusjärjestelmä toimii yksilöiden sopeuttamiseksi yhteiskuntaan käyttäen asiantuntijavaltaa suhteessa potilaisiin ja asiakkaisiin. Mielenterveysalan järjestöjen, kuten Independent Living -liikkeen toiminta perustuu siihen ajatukseen, että päätöksenteko on tasavertaista ja ettei toimijoiden välisiä hierarkioita ole olemassa. Toiminnassa on keskeistä mahdollisuus vertaistukeen, osallistumiseen ja taitojen harjoittamiseen. Sosiaalisten taitojen opettelu tähtää siihen, että myös ne ihmiset, joilla on ongelmia sosiaalisessa toimintakyvyssä voisivat elää täysipainoista elämää sairaalan ulkopuolella. Mielenterveysongelmat nähdään sosiaalisen toimintakyvyn vajeina, ei sairauksina. Tavoitteena on saada aikaan muutoksia ympäristöllisissä olosuhteissa. Paremmat mielenterveyspalvelut, ”kynnyksetön” ympäristö, informaation saaminen ja taitojen kehittäminen auttavat yksilöiden sopeutumista yhteiskuntaan. (Segal ym. 1993, 705-712; Beaulaurier 2002, 86; Liberty Resources 2008.)

Independent Living –liike paikantaa ongelman ympäristöön ja itse kuntoutusprosessiin. Ongelman ratkaisu on vertaistuesssa, oma-apuryhmissä, neuvonnassa, asianajossa ja ympäristöllisten rajoitteiden poistamisessa. Kuntoutujan sosiaalinen rooli on olla palvelujen käyttäjä, joka myös kontrolloi palvelujen tuottamista. Voimaantuminen ilmenee kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Yksilöllisellä tasolla hyvinvointi lisääntyy, organisaatioiden tasolla asiakkaat tulevat kumppaneiksi poliittisessa vaikuttamisessa ja yhteiskunnan tasolla voimaantuminen ilmenee väestön parempana mielenterveytenä. Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamisen tuloksena on itsenäisempi elämä ja parempi selviytyminen. (Segal ym. 1993, 705-712; Beaulaurier 2002, 86.)

Nykyisin kansalaisjärjestöjen mahdollisuudet ovat alikäytetty ja aliarvostettu resurssi terveydenhuollossa (Von Korff ym. 1997, 1101). Muun muassa Aila Matthies on huolissaan siitä, että kansalaisten omaehtoisen yhteisöllisen toiminnan merkitystä ei huomioida tarpeeksi hyvinvoinnin edistämässä. Kansalaisjärjestöihin liittyvät odotukset kohdistuvat lähinnä niiden palveluiden tuottamiseen, joita julkinen järjestelmä ei itse tuota. Matthioksen mukaan kansalaisosallistuminen, yhteisöllisyys ja demokratia ovat vaarassa kadota kansalaisten ja palvelujärjestelmän suhteesta, vaikka osallistumista palvelujärjestelmän uudelleen organisoinnissa toivotaankin. (Matthies 2008, 12-13.)

Mielenterveyttä edistävää yhteisöllistä toimintaa on toteutettu erilaisten yhteisöllisten ohjelmien puitteissa. Ne perustuvat voimaantumisen, kykyjen kehittämisen ja selviytymisen tukemisen periaatteille. Elämässä tarvittavia taitoja harjoitellaan yhteisessä toiminnassa. Elämäntaitoja tarvitaan kattavasti kaikilla elämänalueilla, mutta erityisesti työssä, perheessä ja muussa yhteisöllisessä elämässä. (Stromwall & Hurdle 2003, 208-209.) Toiminnan kannalta oleellinen merkitys on sillä ympäristöllä, missä toimitaan. Toimintatilan tulee mahdollistaa vuorovaikutus sekä itse toiminta. Yhteisölliset tilat luovat tunteen yhteisyydestä ja yhteisöön kuulumisesta. Vuorovaikutus synnyttää eritasoisia sosiaalisia kontakteja, joista vähitellen muodostuu selviytymistä tukeva sosiaalinen verkosto. Joillekin ihmisille yksinäisyys on elinikäinen ongelma ja tällöin he tarvitsevat kannustusta aloitteen tekemiseen ja sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen. Ihmisten välinen yhteisyys luo toivoa tulevaisuuteen. (Beal ym. 2005, 199-211.)

Käytännön toiminnan tasolla on vaikea löytää esimerkkejä aidosta yhteisöllisyyttä ja osallisuutta lisäävästä toiminnasta. Monissa maissa yhteisösosiaalityötä toteutetaan niin sanotun uuden julkisjohtamisen NPM:n (New Public Management) kautta. Yhteisölliset hankkeet on vedetty mukaan hyvinvointia tuottaviin markkinamekanismeihin. Aikaisemmin yhteisösosiaalityö poikkesi olennaisesti dynamiikaltaan markkinoista; Se suojasi kansalaisia markkinoiden ei-toivotuilta seurauksilta. Managerialistinen ajattelu jättää huomiotta elinolosuhteet ja ihmisen elämän monimuotoisuuden. Koska palveluiden tuotteistamiseksi ihmisten elämäntilanteet täytyy kategorisoida erilaisiksi ongelmiksi, ei asiakkaiden tarpeiden tulkitseminen voi olla vaikuttamatta asiakkaan ja työntekijän väliseen kohtaamiseen ja sen laatuun. Sosiaalityöntekijät nähdään enemmän palveluohjaajina kuin sosiaalityön ammattilaisina. Perinteisiä ammatillisia vuorovaikutuksen taitoja ei arvosteta, vaan budjetinhallinta ja hallinnointi ovat suuremmissa arvossa. Sosiaalityö on erotettu laajemmista tasa-arvoon ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen liittyvistä kysymyksistä ja se on vaarassa pelkistyä erilaisten toimenpiteiden sarjaksi. (Harris 2005.)

Suomessa esimerkki yhteisöllisen mielenterveyskuntoutuksen projektista on vuosina 2000-2004 Hyvän mielen talo ry:n toteuttama kotikuntoutusprojekti, jossa haluttiin kehittää kotoa käsin tapahtuvaa, selviytymistä tukevaa kuntoutustoimintaa pitkäaikaissairaille mielenterveyskuntoutujille. Projektissa etsittiin kokonaisvaltaista työtapa, joka vastaisi kuntoutujien arjen tarpeisiin. Tavoitteena oli asiakkaiden elämänlaadun ja elämäntyytyväisyyden parantuminen sekä voimaantuminen kommunikatiivisessa vuorovaikutteisessa toiminnassa. Sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen käytettiin erilaisia yhteisöllisen toiminnan ja kulttuurin muotoja. Asiakkaille tarjottiin myös neuvontaa ja ohjausta oman elämäntilanteen jäsentämisessä ja siihen liittyviä muutostarpeita arvioitiin yhdessä muiden kanssa. Elämäntilannetta jäsennettiin omien kokemusten perusteella liittyen omaan identiteettiin, ihmissuhteisiin, tietoihin ja taitoihin, tunne-elämään, elämänsisältöön ja fyysiseen hyvinvointiin. Tavoitteena oli henkilön ymmärryksen laajeneminen omasta elämäntilanteesta. Projektin työntekijät arvostivat projektin myötä kehittyneitä kokonaisvaltaista työtettä, jonka perustana oli asiakasta arvostava kiireetön kohtaaminen. (Vallo 2004.)

Mielenterveyskuntoutujien yhteiskuntaan sopeutumisessa on kyse pitkälti siitä, kuinka terveet voivat elää yhdessä sairaiden kanssa. Psykkisiä sairauksia kohtaan on historian

saatossa koettu voimakkaita ennakkoluuloja. Psykkisesti sairaat eristettiin omiin saarekkeisiinsa vielä 1980-luvulla. Markku Salo (1996) on tutkinut mielisairaaloiden muuttuvaa funktiota modernissa yhteiskunnassa. Hänen toteamuksensa mukaan psyykkistä poikkeavuutta organisoitiin sosiaalisesti suurissa mielisairaaloissa. Laitosten tehtävä oli paitsi hoitaa potilaita, myös kontrolloida mielisairaita ja mielisairautta. Sairas ihminen koettiin uhkana sosiaaliselle järjestykselle, jonka takia hänet oli parempi eristää omasta yhteisöstään ja samalla koko yhteiskunnasta. (Salo 1996, 29, 165.)

Yhdessä eläminen ja toimiminen vaativat erilaisuuden sietämistä. Mielenterveysalan kansalaisjärjestöjen keskeisimpiä tavoitteita on mielenterveyden häiriöihin liittyvien pelkojen hälventäminen ja leimautumisen ehkäiseminen. Yhteisöllisen ajattelutavan edistämässä etsitään asennetta tai olemassaolon tapaa, jossa voidaan asettaa heikomman rinnalle (Ojakangas 2002, 9). Ihmisyhteisöjen luonne on kuitenkin sellainen, että erilaisuuden hyväksyminen on vaikeaa. Ei ole olemassa sellaista inhimillistä yhteisöä, joka ei sulkisi ulos joitakin ihmisiä erilaisuutensa takia. (Ojakangas 2002.)

Richard Sennett (2004) etsii ratkaisua yhteisölliseen elämään erilaisuuden hyväksymisestä ja kunnioittamisesta. Kunnioitus on olennainen osa sosiaalisia suhteita ja yksilöiden persoonallista identiteettiä (em., 59). Maailmassa, jossa jatkuvasti erilaiset ja eriarvoiset ryhmät kohtaavat toisiaan, vallitsee Sennettin mukaan kunnioitusvaje. Moniarvoisessa yhteiskunnassa moninaisuus ja ihmisten erilaiset kyvyt ovat kuitenkin tärkeitä yhteisöllisen elämän kannalta. (em., 102.) Sennett haluaa tehdä eron sosiaalisen ja henkilökohtaisen kunnioituksen välille. Sisäinen itsekunnioitus syntyy omien kykyjen luovasta käyttämisestä ja taitojen kehittämisestä. Oman arvontunto vaatii lisäksi kunnioitetuksi tulemistä toisten ihmisten taholta. Alemmuudentunne ja itsekunnioituksen puute johtaa epätasa-arvoisissa ihmissuhteissa riippuvaisuuteen. (em., 27.) Sennettin mielestä sosiaalityön tulisi havaita ihmisten erilaisuus ja samalla rohkaista ihmisiä kehittämään kykyjään ja toteuttamaan omaa elämäntehtäväänsä (em., 102).

Mielenterveystyön reformi edellyttää Markku Salon mielestä mielenterveystyön toimijoilta solidaarisuutta ja arvotietoisuutta. Potilaiden kunnioittaminen ja vuorovaikutuksen rakentaminen moniäänisen keskustelun varaan on Salon mielestä

ratkaisu mielenterveystyön kriisiin. Erilaisuuden hyväksyminen yhteiskunnassa koituisi hänen mukaansa kaikkien eduksi. Solidaarinen suhtautuminen ei kuitenkaan tahdo edetä. Salon mielestä mielenterveystyössä ei keskustella arvoista, vaan laitospäinen hoitokulttuuri on siirtynyt sairaalasta potilaiden kotiin. Hän toteaa, että avohoidossa elää entisen mielisairaalakulttuurin mielentila. Tällaisen kulttuurin sijasta mielenterveystyöntekijän tehtävä Salon mielestä olisi apua tarvitsevien ihmisten toimintamahdollisuuksien vahvistaminen. Mielenterveystyön tulisi pitää päämääränään ihmisten kykyä rakastaa ja tehdä työtä. (Salo 1996, 303-320.)

10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Mielenterveys ja hyvinvointi ovat toisiinsa nähden vastavuoroisessa suhteessa. Hyvinvoinnin ongelmat tulevat ilmi lisääntyneinä mielenterveyden häiriöinä ja vastaavasti mielenterveyden häiriöt heijastuvat hyvinvoinnin kokemiseen. Mielenterveyden ongelmat liittyneinä muihin hyvinvoinnin vajeisiin voivat synnyttää jatkuvasti syvenevä huono-osaisuuden kierteen. Mielenterveyden häiriöt nähdään yhteiskunnassamme edelleen pitkälti yksilötason ongelmina. Mielenterveyspalvelujen jatkuvasti kasvava kysyntä on johtanut mielenterveystyön kustannus- ja tehokkuuskriisiin. Mielenterveyspolitiikkaa on ryhdytty kehittämään ja toteuttamaan positiivisen mielenterveyden vahvistamisen ideologiasta lähtien. Siinä korostetaan olemassa olevan positiivisen mielenterveyden edistämistä sekä mielenterveyden häiriöitä ehkäisevien ratkaisujen huomioimista kaikessa yhteiskuntapolitiikassa. Mielenterveyspoliittisissa strategioissa korostetaan yhteisöjen kehittämistä ja yhteisöllisten interventioiden käytäntöön viemistä.

Yhteisöllistämisen strategia haastaa sosiaalityön ja erityisesti yhteisösosiaalityön erikoisalan määrittämään tehtävänsä mielenterveyden edistämisen monialaisella kentällä. Koska tätä tehtävää ei osoiteta suoraan sosiaalityölle, täytyy sen itse vastata tehtävän haltuunotosta. Tässä tutkimuksessa mielenterveyttä ja mielenterveyden edistämistä on tarkasteltu sosiaalitieteellisenä ja sosiaalityöllisenä kysymyksenä. Keskeisenä tutkimustehtävänä on ollut selvittää, mikä on yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämisen alalla. Mielenterveyskysymystä on tarkasteltu sosiaalisen tiedon näkökulmasta. Tämä tieto on välttämätöntä sosiaalityön kohdentamisen kannalta. Sosiaalityöntekijän täytyy tuntea ne yhteiskunnalliset tekijät, jotka tukevat mielenterveyttä ja ne ilmiöt, joista aiheutuu riski psyykkiselle hyvinvoinnille. Vasta tämän jälkeen on mahdollista vaikuttaa mielenterveyttä edistäviin ratkaisuihin.

Tutkimus on sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen kuuluva ammatillinen lisensiaatintutkimus, jonka tarkoitus on palvella sosiaalityön ammatillista kehittämistä erityisesti yhteisösosiaalityön erikoisalalla. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen teoreettinen tutkimus, jossa ongelmanasettelu ja aihe liittyvät sosiaalityön käytäntöihin. Tarkastelutapa pohjautuu kriittiseen sosiaaliseen teorian sekä inhimillisen toiminnan

teorian perusteisiin. Tavoitteena on ollut ymmärryksen lisääminen tutkimuksen kohteena olleesta aihepiiristä ja tuottaa siitä teoreettisesti kestäviä näkökulmia sekä mielekäs tutkimusaihetta käsittävä tietokokonaisuus. Tiedon tuottamisen tarkoituksena on vahvistaa yhteisösosiaalityön tietoperustaa sekä edistää sen soveltamista mielenterveyden edistämisen toimintakäytäntöihin.

Mielenterveys on osa ihmisen hyvinvointia ja hyvinvoinnin edistäminen on sosiaalityön perustehtävä. Tutkimusaiheen lähtökohtana on ollut huoli siitä, että sosiaalityöllä ei ole ollut tähän mennessä riittäviä toimintamahdollisuuksia mielenterveyden edistämisen monialaisessa tehtävässä. Suomalainen mielenterveystyön käytäntö tukeutuu enemmän sairaanhoidollisiin kuin mielenterveyden edistämisen lähtökohtiin. Tässä tutkimuksessa mielenterveys nähdään elämänlaadullisena asiana. Mielenterveyden edistämisen tarkastelussa korostuu hyvinvoinnin painoarvo ja toimintatieteellinen näkökulma. Mielenterveyden edistäminen nähdään osana hyvinvointipolitiikkaa ja sosiaalityö osana hyvinvointia edistävää sosiaalipoliittista toimintaa.

Voidaan katsoa, että yhteisösosiaalityölle on annettu merkittävä rooli mielenterveyden edistämistä koskevan suunnittelun, kehittämisen ja vaikuttamisen tehtävissä. Yhteisöt ja niihin liittyvä sosiaalisen tuen mahdollisuus ovat välineitä hyvinvoinnin tuottamisessa ja sosiaalisen pääoman kasvattamisessa. Kansalaisten osallistumista ja osallisuutta halutaan edistää yhteisösosiaalityön keinoin. Yhteisösosiaalityö voidaan nähdä kokonaisvaltaisena sosiaalisena muutostyönä, joka tähtää väestön parempaan elämänlaatuun, elämäntyytyväisyyteen ja selviytymiseen. Yhteisösosiaalityö voidaan ymmärtää yhtä hyvin kriittisenä tai radikaalina sosiaalityönä, jossa huomio kiinnitetään erityisesti huono-osaisten ihmisryhmien tarpeisiin ja hyvinvoinnin oikeudenmukaiseen jakamiseen.

Olen etsinyt tutkimuksessani perusteita yhteisösosiaalityölliselle toiminnalle mielenterveyden edistämisen alalla. Yhteisösosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät nousevat esiin eurooppalaisen ja kansallisen hyvinvointi- ja mielenterveystyön strategisista painotuksista, jotka korostavat elämänlaadun ja selviytymiskyvyn saavuttamista osallisuutta ja voimaantumista vahvistavilla menetelmillä. Käytännössä tämä tarkoittaa sellaisten yhteisötasoisten toimien kehittämistä, joissa painopiste

siirretään mielenterveyden häiriöistä positiivisen mielenterveyden ja selviytymisen tukemiseen.

Ihmisten välistä vuorovaikutusta ja kommunikaatiota korostava kokonaisvaltainen lähestymistapa on kiinnostunut sosiaalisen ympäristön ja sosiaalisten suhteiden vaikutuksesta ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaalisella tuella on merkittävä yhteys mielenterveyteen ja vastaavasti sosiaalisen tuen puutteella mielenterveysongelmiin. Liittyminen sosiaalisiin verkostoihin mahdollistaa sosiaalisen tuen saamisen. Sosiaalisella tuella on sairauksia ennaltaehkäisevä ja sairauksista toipumista edistävä vaikutus. Sosiaalisissa verkostoissa tapahtuvan yhteisen toiminnan nähdään synnyttävän ihmisten välille luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteisöllisyyttä, jotka ovat sosiaalisen pääoman ominaisuuksia.

Elämänlaadullinen lähestymistapa tunnustaa mielenterveyden ja sosiaalisen pääoman vastavuoroisen suhteen. Mielenterveys on yhteydessä hyvinvointiin, ihmisten välisiin suhteisiin ja yhteiskunnan tuottavuuteen. Sosiaalisen pääoman tuottaminen ja kasvattaminen on hyvinvointiyhteiskunnan keskeinen tehtävä. Sosiaalisen pääoman vahvistaminen nousee keskeisimmäksi haasteeksi ja tehtäväksi, joka on esitetty yhteisösosiaalityölle suunnitelmallisen julkisen politiikan taholta mielenterveyden edistämistä koskien. Yhteisöllisyydestä ja ihmisten osallistumisesta kertyvä sosiaalinen pääoma halutaan saada mielenterveyden edistämisen palvelukseen.

Yhteisölliset tekijät ovat määrääviä sosiaalisen pääoman muodostumisen kannalta. Olen mallintanut yhteisösosiaalityön toiminnallisia tehtäviä mielenterveyden edistämässä WHO:n määrittämien terveyden edistämisen tehtäviä mukailen. Näin yhteisösosiaalityön toiminnallisiksi tehtäviksi muotoutuvat mielenterveyden edistämisen puolustaminen, mielenterveyden edellytysten luominen ja mielenterveyden vahvistaminen.

Mielenterveyden edellytysten puolustamisessa on kyse yhteiskunnallisesta makrotason vaikuttamisesta. Sillä pyritään psyykkisen hyvinvoinnin kannalta välttämättömien resurssien puolustamiseen. Sosiaalityön toiminnalliset osatehtävät mielenterveyden edellytysten puolustamisessa ovat hyvinvointipoliittinen vaikuttaminen ja sosiaalisten oikeuksien puolustaminen. Hyvinvointipoliittinen vaikuttaminen edellyttää

yhteisösosiaalityöltä vaikuttamista kunnalliseen sosiaalipoliittiseen järjestelmään. Kunnallista päätöksentekoa on tarkoitus ohjata tuottamalla tietoa asukkaiden olosuhteista ja tuen tarpeista. Hyvinvointipoliittisessa vaikuttamisessa sosiaalisen tiedon tuotanto on keskeinen vaikuttamisen väline, jolla asukkaiden sosiaalinen todellisuus tehdään näkyväksi. Hyvinvointia toteutetaan sosiaalisten oikeuksien turvaamisen kautta. Sosiaalisten oikeuksien tehtävä on ohjata hyvinvointia koskevaa poliittista päätöksentekoa kunnissa. Sosiaalityön tehtävä sosiaalisten oikeuksien puolustajana on turvata kaikille kansalaisille ihmisarvoinen huolenpito ja turva sekä yhdenvertainen osallistuminen yhteiskunnan eri toimintoihin.

Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edellytysten luoja viittaa psyykkistä hyvinvointia tukevien elinolojen kehittämiseen. Mielenterveyden edellytysten luomisessa painottuu yhteisö- eli mesotason vaikuttaminen. Yhteisöjen kehittämistä koskevat odotukset liittyvät sosiaalisen pääoman vahvistamisen pyrkimyksiin. Yhteisöjen kehittämisen tavoitteena voidaan pitää parempaa sosiaalista, terveydellistä, taloudellista ja kulttuurista hyvinvointia. Psyykkistä hyvinvointia tukevat sosiaaliset olosuhteet ja palvelut voivat toteutua vuorovaikutteisen suunnittelun ja osallistavan kehittämisen tuloksena. Suunnittelu kohdistuu sosiaaliseen ympäristöön ja siinä ilmeneviin olosuhdetekijöihin, jotka ovat välttämättömiä ihmisten sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Osallistava kehittäminen viittaa tapaan työskennellä tavoitteellisesti tarkoituksena kehittää yhteistyössä mielenterveyttä edistäviä toimintatapoja ja palveluita.

Mielenterveyden vahvistamisen tehtävässä tavoitellaan elämänlaadun ja elämäntyytyväisyyden toteutumista osallistavia ja voimaannuttavia menetelmiä hyväksi käyttäen. Osallistamisen käsite viittaa yhteisöllisten siteiden vahvistamiseen ja sen vastakohta on omasta elämästä, yhteisöistä ja yhteiskunnasta syrjäytyminen. Osallisuutta toteutetaan erilaisten yhteisöllisten jäsenyyksien kautta. Osallisuus toimii ihmisiä yhdistävänä siteenä, joka vaikuttaa hyvinvoinnin kokemiseen ja elämäntyytyväisyyteen. Positiivista mielenterveyttä vahvistava toiminta tapahtuu yhteiskunnan mikrotasolla kohtaavassa vuorovaikutuksessa yksilöiden ja ryhmien kanssa. Yhteisöllisiä siteitä lujittamalla tuotetaan osallisuutta, joka synnyttää kansalaisten keskinäistä luottamusta eli sosiaalista pääomaa. Mielenterveyden vahvistaminen voidaan nähdä henkilökohtaisen tuen prosessina, jossa asiakkaan kykyjä

ja vuorovaikutussuhteita vahvistetaan osallistavassa vuorovaikutteisessa toiminnassa. Mielen terveyden vahvistamisen tehtävässä yhteisösozialityöllä on yhteinen toimintakonteksti mielen terveyskuntoutuksen kanssa. Tällä alueella huomio kiinnitetään siihen, kuinka mielen terveysongelmista kärsivät ihmiset voisivat elää täysipainoista ja itsenäistä elämää sosiaalisen toimintakyvyn vajeista huolimatta. Mielen terveyden vahvistaminen on yksilöiden identiteetin vahvistamista. Yksilön parempi psyykinen hyvinvointi ilmenee parempana selviytymisenä, elämäntyytyväisyytenä ja elämänlaatuna.

Sairaalan sosiaalityöstä käsin on vaikea ulottaa sosiaalista näkökulmaa potilaan arkielämään. Sairaalahoito ovat tänä päivänä lyhyitä, eikä aikaa potilaan elämäntilanteen selvittämiseen ole tarpeeksi. Sosiaalityön tehtävät tuntuvat tyypistyvän usein yksittäisiksi toimenpiteiksi ja suoritteiksi. Ohjaus, neuvonta ja elämänhallintaa vahvistava psykososiaalinen keskustelu saattaa käynnistää asiakkaan elämässä positiivisen muutosprosessin, mutta työn vaikuttavuus ja tulokset jäävät usein näkemättä kontaktin katketessa potilaaseen hänen kotiutuessaan sairaalasta. Osastolla etsitään vastausta vaikeaan sosioekonomiseen elämäntilanteeseen, mutta taloudellisia eikä inhimillisiä resursseja ongelmien ratkaisemiseen ei kotikunnasta tahdo löytyä. Valitettavasti kunnat näkevät usein kalliin erikoissairaanhoidon edullisempaan vaihtoehtona vastata asukkaiden tarpeisiin, kuin mielen terveyttä edistävien ja ennaltaehkäisevien peruspalvelujen vahvistamisen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvassa palvelurakenteessa tulisi ottaa huomioon, millä tavoin sosiaalityö voisi toteuttaa kokonaisvaltaista tehtäväänsä mielen terveyden edistämässä. Sosiaalityön nykyiset toimintarakenteet ja toimintakulttuurit eivät huomioi tarpeeksi elinolosuhteiden, yhteisöllisen vuorovaikutuksen ja yhteisöllisten toimintamahdollisuuksien merkitystä psykososiaaliselle hyvinvoinnille. Jotta sosiaalityö voisi säilyttää asiantuntijapaikkansa yksilön ja yhteiskunnan välisessä suhteessa, toimintarakenteiden tulisi sallia sosiaalityön joustava liikkuminen mielen terveyden edistämisen tehtävissä yhteiskunnan eri tasoilla. Samoin liikkuminen asiakastyön, tutkimuksen ja opetuksen tehtävien välillä tulisi sisällyttää perustyönkuvaan sosiaalityössä.

Mielenterveyden edistämisen monialaista tehtävää ei voida toteuttaa ilman, että palvelurakenteen uudistaminen käsittää myös yhteistoiminnan mahdollistavien rakenteiden uudistamisen. Suomalainen mielenterveystieteeseen nojautuu edelleen enemmän lääketieteeseen kuin mielenterveyden edistämisen lähtökohtiin. Jos mielenterveystieteeseen kytkettäisiin osaksi hyvinvointipolitiikkaa, se todennäköisesti vahvistaisi sosiaalityön, sosiaalialan ammattien ja muiden hyvinvointipoliittisten toimijoiden asemaa ja asiantuntijuutta mielenterveyden edistämisen alueella. Painopiste mielenterveystieteessä tulee siirtää selviytymisen tukemiseen, elämänlaadun ja psykososiaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta vaatii myös uusien yhteisten käsitteiden luomista ja niiden sisältöjen avaamista. Yhteistoiminnassa tarvitaan sellaisia käsitteitä, joiden avulla voidaan kommunikoida ilman tieteiden tai eri palvelusektoreiden välisiä näkemyseroja.

Pelkkä toimintarakenteiden uudistaminen ei riitä muuttamaan sosiaalityön toimintakäytäntöjä. Sosiaalityön sisällä tarvitaan sosiaalisen näkökulman vahvistamista sekä mahdollisuuksia toimia vaihtoehtoisissa toimintaympäristöissä byrokratian ja hierarkian ulkopuolella. Mielenterveyden edistämisen filosofian sisäistäminen edellyttää sosiaalityöltä kouluttautumista ja asenteellista muutosta kohti kokonaisvaltaisempaa ajattelua. Yhteisösosiaalityössä on mielestäni yksinkertaisesti kyse painopisteen siirtämisestä byrokraattisesta hallintokulttuurista sen ammatillisille alkulähteille, jolloin sosiaalityössä vallitsi kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ja korkeat eettiset arvot. Asiakkaiden ongelmien syyt nähtiin ympäröivässä sosiaalisessa todellisuudessa, huonoissa elinoloissa ja heikoissa yhteisöllisissä siteissä. Sosiaalityöllä tavoiteltiin yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistamista, joka toteutui yhteistoiminnassa ja vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Yhteisösosiaalityö on mielenterveyden edistämässä käyttämätön resurssi, jota tulisi edelleen kehittää. Yhteisösosiaalityön tehtävät ja toimintakäytännöt tulisi sisällyttää osaksi suunnitelmallista hyvinvointi- ja mielenterveystieteiden käytännön toteutusta.

LÄHTEET

Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Jyväskylä.

Allardt, Erik 1993. Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. Teoksessa Martha C Nussbaum and Amartya Sen (toim.) The Quality of Life. Oxford University Press, Great Britain. ss. 88-94.

Anderson, Joan M. 1996. Empowering Patients: Issues and Strategies. Social Science & Medicine 43 (5), 697-705.

Banks, Sarah 2004. Ethics, Accountability and the Social Professions. Palgrave Macmillan, Great Britain, Bristol.

Beal, Georgiana & Veldhous, Georgina & McGrath, Judy-Lynn & Guruge, Sepali & Grewal, Parveen & DiNunzio, Rosanna & Trimmell, Jean 2005. Constituting Community: Creating a Place for Oneself. Psychiatry 68 (3), 199-211.

Beaulaurier, Richard L. 2002. Health Services Social Workers' Activities with People with Disabilities: Predictors of Community Practice. Journal of Sociology and Social Welfare XXIX (4), 83-98.

Berkman, Lisa 1985. The Relationship of Social Networks and Social Support to Morbidity and Mortality. Teoksessa Cohen, Sheldon & Syme, Leonard (eds.) Social Support and Health. Academic Press, New York, 241-259.

Birtchnell, John 1994. Mental Health as Positive Relating. Teoksessa Trent, Dennis R. & Reed, Colin A. (toim.) 1994. Promotion of Mental Health. Vol. 4. Avenbury, Wiltshire, 133-139.

Braveman, Paula & Gruskin, Sofia 2003. Policy and Practice. Poverty, Equity, Human Rights and Health. Bulletin of the World Health Organization 81 (7), 539-545.

Broadhead, W.E. & Kaplan, B.H. & Shermann, S.A. & Wagner, E.H. & Schoenebach, V.J. & Grimson, R & Heyden, S. & Tibblin & Gehlbach, S.H. (1983) The Epidemiological Evidence for a Relationship between Social Support and Health. American Journal of Epidemiology, 117 (5), 521-537.

Cohen, Sheldon & Syme, Leonard (eds.) 1985. Social Support and Health. Academic Press, New York.

Doyal, Len & Gough, Ian 1991. A Theory of Human Need. Macmillan, London.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Jyväskylä.

Eriksson, Lars D. 1993. Sosiaaliset oikeudet. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Näkemyksiä suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Sitra:n julkaisusarja n:o 123. Juva, 183-197.

Eräsaari, Leena 2006. New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääryyskirja. Kelan tutkimusosasto, Vammala.

Eräsaari, Risto 2006. Expert Cultures and Modeling Society. Luento FORSA 2006 Pohjoismaisen sosiaalityön tutkimuksen konferenssissa 9.-11.2.2006, Helsingin yliopisto.

Farish, Robert E.L. & Dunham, H. Warren 1939. Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses. The University of Chicago Press, Chicago.

Fook, Jan 2002. Social Work. Critical Theory and Practice. Sage Publications Ltd, Gateshead.

Fook, Jan 2003. Social Work. Critical Theory and Practice. SAGE Publications Ltd, Gateshead.

Fook, Jan 2004. Critical Reflection and Transformative Possibilities. Teoksessa Davies, Linda & Leonard, Peter (toim.) Social Work in a Corporate Era. Practices of Power and Resistance. Ashgate, 16-30.

Fook, Jan 2005. Kriittisen reflektion perusteoriaa. FinSoc 1/2005. Stakes, 4-10.

Freire, Paulo 2005. Sorrettujen pedagogiikka. Vastapaino, Jyväskylä.

Gadamer, Hans-Georg 2005. Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Vastapaino, Tampere.

Ganster, Daniel, C. & Bart, Victor 1988. The Impaact of Social Support on Mental and Physical Health. British Journal of Medical Psychology 61, 17-36.

Gothóni, René 2005. Vuoropuhelun ylläpitäminen ja toiseuden ymmärtäminen globalisaation suurimpia haasteita. Tieteessä tapahtuu 1/2005, 66-70.

Habermas, Jürgen 1994. Järki ja kommunikaatio. Tekstejä 1981-1989. Gaudeamus, Tampere.

Haaparanta, Leila & Niiniluoto, Ilkka 1998. Johdatus tieteelliseen ajatteluun. Helsingin yliopiston Filosofian laitos, Helsinki.

Hallitusohjelma 19.4.2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Valtioneuvosto. (Viitattu 30.11.2007). Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma> .

Hannula, Aino 2000. Tiedostaminen ja muutos Paulo Freiren ajattelussa. Systemaattinen analyysi Sorrettujen pedagogiikasta. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 167. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Harle, Ritva 2004. Unelmagalleria lähiössä. Luento SOSNET –yhteisöalan erikoistumiskoulutuksen lähiopetusjaksolla 24.9.2004, Jyväskylän Kiponniemi.

Harris, John 2005. Modernised Social Services in the UK: Franchised Social Work in the McMunicipality. Sosiaalityön tutkimuksen päivät 3.-4.2.2005. Sosiaalityön tutkimuksen seura ry, Tampere.

Hawkins, David J. & Catalano, Richard F. & Arthur, Michael W. 2002. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 27/2002, 951-976.

Heikkinen, Riitta-Liisa 1987. Sosiaalinen toimintakyky. *Gerontologia* 2/1987, 32-36.

Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) 2005. *Social Work in Health and Mental Health. Issues, Developments, and Actions.* Canadian Scholars' Press Inc., Toronto, Ontario.

Helén, Ilpo 2008. Terveyskansalaisuuden kohtalot. Huomioita uudesta terveyspolitiikasta ja huipputeknologisesta lääketieteestä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2/2008, 146-154.

Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi 2003. *Sosiaalinen politiikka.* WSOY, Juva.

Helne, Tuula 2003a. Sosiaalipolitiikka epävarmassa maailmassa. Teoksessa Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi *Sosiaalinen politiikka.* WSOY, Juva, 17-37.

Helne, Tuula 2003b. Sosiaalipolitiikan perusteet. Teoksessa Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi *Sosiaalinen politiikka.* WSOY, Juva, 41-68.

Helne, Tuula & Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (toim.) 2004. *Seis yhteiskunta – tahdon sisään!* SoPhi, Jyväskylä.

Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) 2006. *Vääryyskirja.* Kelan tutkimusosasto, Vammala.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere.

Huttunen, Jussi 1995. Sosiaaliryhmittäiset terveyserot – haaste tutkimukselle ja terveyspolitiikalle Euroopassa. *Kansanterveys. Kansanterveyden tiedotuslehti*, marraskuu 9/1995, 2.

Hyväri, Susanna 2001. *Vallattomuudesta vastuuseen.* Vankeinhoidon koulutuskeskus, Vammala.

Hyyryläinen, Torsti & Rannikko, Pertti 2002. Sosiaalinen pääoma ja paikallinen kehittäminen. Teoksessa Sivonen, Seppo (toim.) *Yhteisö kehittämisen kentällä.*

Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja Sarja B, n:o 20. Joensuun yliopisto, Joensuu, 169-190.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) 2005. Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Saarijärvi.

Ilmonen, Mervi & Peltonen, Lasse 2004. Suunnittelu on toivon järjestämistä – John Forester haastattelussa. Yhdyskuntasuunnittelu 42 (3-4), 106-125.

Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha (toim.) 2003. Mielekäs Elämä! – ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Immonen, Tuula 2005. Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Aiheita 15/2005. STAKES, Helsinki.

Isola, Anna-Maija & Larivaara, Meri & Mikkonen, Juha (toim.) 2007. Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä. Kustannusosakeyhtiö Avain, Anna-Maija Isola, Meri Larivaara, Juha Mikkonen sekä kukin kirjoittaja oman tekstinsä osalta, Keuruu.

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. 2005. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe. Radboud University Nijmegen, Nijmegen. (Viitattu 19.9.2007). Saatavissa: <http://www.impha.net>.

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (toim.) 2006. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across European Members States: a Collection of Country Stories. European Communities, Luxembourg. (Viitattu 19.9.2007). Saatavissa: <http://www.impha.net>.

Johnson, Jeffrey V. 1989. Collective Control: Strategies for Survival in the Workplace. International Journal of Health Service 19/1989, 469-480.

Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) 2002. Marginaalit ja sosiaalityö. SoPhi 65. Kopijyvä Oy, Jyväskylä.

Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino, Jyväskylä.

Jämsén, Arja 2002. Kaukaa näkee lähelle – sosiaaliala rakentaa osallisuutta. Teoksessa Sivonen, Seppo (toim.) Yhteisö kehittämisen kentällä. Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja Sarja B, n:o 20. Joensuun yliopisto, Joensuu, 203-212.

Jääskinen, Niilo 2006. Kunnallinen itsehallinto vs. kuntalaisten sosiaaliset oikeudet. Luento Huoltaja-säätiön II Bruno Sarlin –seminaarissa Helsingissä 6.10.2006. Saatavissa: <http://www.huoltaja-säätiö.fi> ja Sosiaaliturva 17, 16-18.

Kajanoja, Jouko 1996. Kommunikatiivinen yhteiskunta. Puheenvuoro hyvinvointivaltiosta. Hanki ja jää. Tammi, Jyväskylä.

Kajanoja, Jouko 2000. Sosiaalinen pääoma ja kolmas sektori. Hyvinvointikatsaus 1, 21-24.

Kajanoja, Jouko 2003a. Globalisaatio ja sosiaalipolitiikka. Teoksessa Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi Sosiaalinen politiikka. WSOY, Juva, 243-267.

Kajanoja Jouko 2003b. Sosiaalipolitiikka ja talousteoria. Teoksessa Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi Sosiaalinen politiikka. WSOY, Juva, 183-213.

Kajanoja, Jouko 2005. Mitä on hyvinvointi? Kuntapuntari 3/2005, 3-8.

Kangas, Risto 1987. Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria. Tutkijaliiton julkaisusarja 45. Kuvaohjelmat oy:n kirjapaino, Helsinki.

Kaplun, Annette (toim.) 1992. Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health. WHO Regional Publications, European Series, No. 44, Switzerland.

Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Saarijärvi.

Karvinen, Synnöve & Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.) 2000. Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnistuksia. SoPhi 48. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Kautto, Mikko (toim.) 2006. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Kautto, Mikko & Parpo, Antti & Sallila, Seppo 2006. Huono-osaisuus eriarvoistuvan tulokehityksen Suomessa. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 236-259.

Kokkola, Anita & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Sorsa, Minna 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen kuntaliitto ja STAKES, Helsinki.

Korkiamäki, Riikka & Nylund, Marianne & Raitakari, Suvi & Roivainen, Irene 2008. Yhteisösosiaalityö kansalaisyhteiskunnan ja asiakastyön rajapinnassa. Teoksessa Korkiamäki ym. (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? PS-kustannus, Juva, 9-20.

Korkiamäki, Riikka & Nylund, Marianne & Raitakari, Suvi & Roivainen, Irene (toim.) 2008. Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? PS-kustannus, Juva.

Kortteinen, Matti 1982. Sosiaalityö ja yhteisöstrategia. Yhteiskuntasuunnittelu 1/1982, 1-8.

Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu 1998. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Hanki ja jää, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Hämeenlinna.

Kortteinen, Matti 1999. Sosiaalinen luottamus työttömien selviytymisessä – keskustelua Anthony Giddensin kanssa. Teoksessa Näre, Sari (toim.) Tunteiden sosiologiaa. II Historiaa ja säätelyä. Tietolipas 157, Suomalaisen kirjallisuuden seura, Hämeenlinna, 343-367.

Kortteinen, Matti & Elovainio, Marko 2006. Miten auttaa huono-osaisia? Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 329-343.

Koskiaho, Briitta 1986. Yhteiskunnan muutos ja sosiaalipolitiikka. Tammi, Helsinki.

Koskinen, Simo 1977. Yhdyskuntatyö sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmänä vaikuttaa ihmisen elämään ja ympäristöön. Teoksessa Yhdyskuntatyö yhteistoiminnan, suunnittelun ja vaikuttamisen välineenä. Mannerheimin Lastensuojeluliiton julkaisu. Lapsiraportti A24. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Valkeakoski, 78-86.

Koskinen, Simo 2003. Suomalaisen yhteisösosiaalityön kehitys ja nykysuuntaukset. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Sosiaalityön vaihtuvat vastuut. PS-kustannus, Juva, 206-236.

Koskinen, Simo 2005. Yhdyskuntatyö sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmänä. Luento SOSNET –yhteisöalan erikoistumiskoulutuksen lähiopetusjaksolla 9.-10.9.2005, Oulun yliopisto.

Kouvo, Antti & Räsänen, Pekka 2005. Sosiaalinen pääoma, elämäntilanne ja sosiodemokratiset tekijät – käyttökelpoisia elämänlaadun ja hyvinvoinnin jäsenysperusteita. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus 1/2005 (13), 21-37.

Krumholz, Norman & Forester, John 1990. Making Equity Planning Work. Leadership in the Public Sector. Temple University Press, Philadelphia.

Kurki, Leena 2002. Sosiaalipedagoginen lähestymistapa yhteistyöhön ja kansalaisuuteen kasvamiseen. Teoksessa Sivonen, Seppo (toim.) Yhteisö kehittämisen kentällä. Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja Sarja B, n:o 20. Joensuun yliopisto, Joensuu, 67-82.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Vastapaino, Jyväskylä.

Kärkkäinen, Sirkka-Liisa 2005. Minne häviää asunoton mielenterveysongelmainen? Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 293-318.

Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 25-37.

Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) 2003. Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus, Juva.

Lambie, Ian & Bullen, David 1997. Psychiatric Rehabilitation: Development of Group Programs in Hospital and Community Settings. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21 (1), 51-58.

Lavikainen, Juha & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville (toim.) 2000 Public Health Approach on Mental Health in Europe. STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Saarijärvi.

Lavikainen, Juha & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville (toim.) 2001. Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Ministry of Social Affairs and Health. Edita Ltd, Helsinki.

Lavikainen, Juha & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville (toim.) Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Lavikainen, Juha & Kiikkala, Irma 2006. Mental Health Promotion and Mental Disorder prevention in Finland. Teoksessa Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds.) Mental Health Promotion and mental Disorder Prevention Across European Member State: a Collection of Country Stories. European Communities, Luxembourg. (Viitattu 19.9.2007). Saatavissa: <http://www.impha.net>.

Lehtinen, Ville 1995. Sosioekonomiset tekijät ja mielenterveyden ongelmat. *Kansanterveys*. Kansanterveyden tiedotuslehti, marraskuu 9/1995, 5-6.

Lehtonen, Mikko & Löytty, Olli (toim.) 2003. Erilaisuus. Vastapaino, Jyväskylä.

Liberty Resources 2008.(Viitattu 28.6.2008). Saatavissa <http://www.libertyresources.org>.

Matthies, Aila-Leena 2002. Paikallisstrategiat syrjäytymistä vastaan. Eurooppalaisen vertailututkimuksen johtopäätöksiä. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Kopijyvä, Jyväskylä.

Matthies, Aila 2008a. Suomi tulee kansalaisvaikuttamisen jälkijunassa. *Sosiaaliturva* 4/2008, 12-13.

Matthies, Aila 2008b. Kansalaisosallistuminen ja yhteisöllisyys eurooppalaisen hyvinvointipolitiikan murroksessa. Teoksessa Roivainen Irene & Korkiamäki, Riikka & Raitakari, Suvi (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla. PS-kustannus, Juva, 61-79.

McDaid, David 2005. Mental Health 1. Key Issues in the Development of Policy and Practice Across Europe. Policy Brief. European Observatory on Health Systems and Policies on Behalf of WHO. (Viitattu 18.9.2007). Saatavissa: <http://observatory.nk>.

McKenzie, Kwame 2006. Social risk, mental health and social capital teoksessa McKenzie, Kwame & Harpman, Trudy (ed.) Social Capital and Mental Health. Jessica Kingsley Publishers, London, 24-38.

McKenzie, Kwame & Harpman, Trudy 2006. Social Capital and Mental Health. Jessica Kingsley Publishers, London.

Melin, Harri & Nikula, Jouko (2003) Yhteiskunnallinen muutos. Vastapaino, Jyväskylä.

Melkas, Tapani 1995. Tavoitteena terveyden tasa-arvo. Kansanterveys. Kansanterveyden tiedotuslehti, marraskuu 9/1995, 1.

Metteri, Anna 2004. Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita Prima Oy, Helsinki.

Metteri, Anna & Haukka-Wacklin, Tuula 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus STAKES, Saarijärvi, 53-70.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. FINLEX. Ajantasainen lainsäädäntö.14.12.1990/1116. (Viitattu 22.11.2005). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi>.

Moisio, Pasi 2006. Kasvanut polarisaatio lapsiperheiden parissa. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 36-53.

Mäntysaari, Mikko 1997. Sosiaalityön ydintehtävät muutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:5. Toimeentulotukikokeilu 1995-1996. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 151-171.

Mäntysaari, Mikko 2006. Syrjiikö sosiaalityö? Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääryyskirja. Kelan tutkimusosasto, Vammala, 115-132.

Möttönen, Sakari 2002. Kunnat, järjestöt ja paikalliset verkostot. Teoksessa Ruuskanen, Petri (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. PS-kustannus, Keuruu, 112-135.

Niemelä, Jorma 2002. Identiteettityö, sosiaalinen pääoma ja marginaalista murtautuminen. Teoksessa Ruuskanen, Petri (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. PS-Kustannus, Keuruu, 76-93.

Niemelä, Pauli 2000. Turvallisuuden käsite ja tarkastelukehikko. Teoksessa Niemelä, Pauli & Lahikainen, Anja-Riitta (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Vastapaino, Jyväskylä, 21-37.

Niemelä, Pauli 2003. Etiikka ja hyvinvointivaltion palvelut. Julkaisussa Etiikka palvelujärjestelmän ja perusoikeuksien välisessä suhteessa. Kutsuseminaari 11.12.2003. STAKES. Aiheita 6. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 37-43.

Niemelä, Pauli 2004. Theory of Human Action – Basis to Analyse Social Work Theoretically. Teoksessa Erath, Peter & Littlechild, Brian & Vornanen, Riitta (toim.) Social Work in Europe – Descriptions, Analysis and Theories. Institut für vergleichende Sozialarbeitswissenschaft und interkulturelle/internationale Sozialarbeit, Eichstätt, 161-175.

Niemelä, Pauli & Pursiainen, Terho (toim.) 2006. Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena: Juhlakirja professori Juhani Laurinkarin täyttäessä 60 vuotta 8.10.2006. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia: nro 62. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Niemelä, Pauli 2006. Hyvinvoinnin käsite toiminnan teorian valossa. Teoksessa Niemelä, Pauli & Pursiainen Terho (toim.) Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena: Juhlakirja professori Juhani Laurinkarin täyttäessä 60 vuotta 8.10.2006. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia: nro 62. Kuopion yliopisto, Kuopio, 67-79.

Niemelä, Pauli 2008. Sosiaalityön toimintatieteellinen ja hyvinvointiteoreettinen perusta. Luento Kuopion yliopistossa Sosiaalityön tutkimuksen päivillä 14.2.2008.

Noppari, Eija & Kiilltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammala.

Nussbaum, Martha C. & Sen, Amartya (toim.) (1993) The Quality of Life. Oxford University Press Inc., Great Britain.

Närhi, Kati 2003. Sosiaalityöntekijät paikallisen tason vaikuttajina. Teoksessa Satka, Mirja & Pohjola, Anneli & Rajavaara, Marketta (toim.) Sosiaalityö ja vaikuttaminen. SoPhi, Jyväskylä, 57-73.

Oesch, Erna 2005. Hermeneutiikka tiedonalueiden järjestelmässä – ”Sydämen sanasta” ymmärtämisen kehälle. Teoksessa Tontti, Jarkko (toim.) Tulkinnasta toiseen. Esseitä hermeneutiikasta. Vastapaino, Tampere, 13-34.

Ojakangas, Mika 2002. Kenen tahansa politiikka. Kohti ulossulkematonta demokraattista yhteisöä. Tutkijaliiton julkaisuja 103. Tutkijaliitto, Helsinki.

Ostamo, Aini & Huurre, Taina & Talala, Kirsi & Aro, Hillevi & Lönnqvist, Jouko 2007. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden muutokset. Mielenterveys. Teoksessa Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 87-99.

Paara, Erkki 2005. Vammaispalvelujen järjestäminen ja osaaminen. Selvitys vammaislakien yhdistämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Paasio, Petteri 2006. Knowledge production in empowering social Work. Luento Pohjoismaisen sosiaalityön tutkimuksen konferenssissa 9.-11.2.2006, Helsingin yliopisto. Luento FORSA

Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007) (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Pehkonen, Aini 2004. Kylä kutsuu. Tutkimus tulomuuttoprosessista maaseudulle. Siirtolaisuustutkimuksia A 26. Siirtolaisuusinstituutti, Turku.

Perttilä, Kerttu 1999. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Tutkimuksia 103, Jyväskylä.

Pietarinen, Juhani 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa Lötjönen, Salla (toim.) Tutkijan ammattietiikan perusta. Koulu- ja tiedepoliittisen osaston julkaisusarja no 69. Opetusministeriö, Helsinki.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (toim.) 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Saarijärvi.

Poikajärvi, Kristiina & Perttilä, Kerttu 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöiden kyselystä 2004. Työpapereita 4/2006. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

Pohjola, Anneli 2004a. Sosiaalityön kehittämisen myyttejä ja mahdollisuuksia. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä –artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2004:15. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 64-73.

Pohjola, Anneli 2004b. Sosiaalityöntekijä vaikuttajana. Luento Itä-Suomen sosiaalityöntekijäpäivillä ja Kuopion yliopiston 20-vuotisjuhlassa 18.-19.11.2004, Kuopion yliopisto.

Prättälä, Ritva & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Lahelma, Eero & Sihto, Marita & Palosuo, Hannele 2007. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 15-23.

Raitasalo & Maaniemi 2007. Mielenterveyden häiriöt haittaavat yhä useampia. Sosiaalivakuutus 6/2007, 14-17.

Rakenteellisen sosiaalityön työryhmän muistio 1985. Työryhmämuistio 34/1985. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Rauhala, Lauri 2006. Miten suhtautua psyyken ongelmiin? Mieli-pide, Helsingin Sanomat 27.4.2006.

Raunio, Kyösti 1993. Yhteiskunta, sosiaalipolitiikka ja sosiaalityö. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 93. Turun yliopisto, Turku.

Raunio, Kyösti 2004. Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus, Tampere.

Rimpelä, Matti & Luopa, Pauliina & Räsänen, Minna & Jokela Jukka 2006. Nuorten hyvinvointi 1996-2005. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 57-75.

Ristock, Janice & Pennel, Joan 1996. Community Research as Empowerment. Feminist Links, Postmodern Interruption. Oxford University Press, Ontario.

Roivainen, Irene (toim.) 2001. Setlementti sosiaalisen työn toteuttajana. Teoksessa yhteisöt hyvinvoinnin tuottajina. Uusi yhteistyö –projektin loppuraportti. Kolmen setlementin kokemuksia. Setlementtiliiton julkaisuja 10, Helsinki.

Roivainen, Irene 2004a. Setlementti välissä olemisen tilana. Teoksessa Helne, Tuula & Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (toim.) Seis yhteiskunta – tahdon sisään! SoPhi 80. Kopijyvä Oy, Jyväskylä, 149-165.

Roivainen, Irene 2004b. Local Communities as a Field of Community Social Work. Nordic Community Work from the Perspective of Finnish Community-Based Social Work. Nordisk Sosialt Arbeid 24 (3), 194-207.

Roivainen, Irene 2008. Onko yhdyskuntatyö katoamassa suomalaisesta sosiaalityöstä? Teoksessa Roivainen, Irene & Nylund, Marianne & Raitakari, Suvi (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla. PS-kustannus, Juva, 25-42.

Rose, Stephen M. & Black, Bruce L. 1984. Advocacy and Empowerment. Mental Health Care in the Community. Routledge, London.

Rose, Stephen M. 1990. Advocacy/Empowerment: An Approach to Clinical Practice for Social Work. Journal of Sociology & Social Welfare 17 (2), 41-51.

Rose, Stephen M. (toim.) 1992. Case Managementi and Social Work Practice. Longman, New York.

Rose, Stephen M. 2000. Reflections on Empowerment-Based Practice. Social Work 45 (5), 403-412.

Rose, Stephen 2003. Sosiaalityön missio. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus, Juva, 193-205.

Rose, Stephen 2006. Advocacy and Empowerment in Health and Mentalhealth. SOSNET –verkko-opetus 16.1 – 28.2.2006.

Ruuskanen, Petri (toim.) 2002. Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. PS-kustannus, Keuruu.

Ruuskanen, Petri 2002. Sosiaalinen pääoma hyvinvointipoliittisessa keskustelussa. Teoksessa Ruuskanen, Petri (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. PS-Kustannus, Keuruu, 5-27.

Salo, Markku 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino, Tampere.

Satka, Mirja & Pohjola, Anneli & Rajavaara, Marketta (toim.) 2003. Sosiaalityö ja vaikuttaminen. SoPhi 76. Minervakustannus Oy, Jyväskylä.

Satka, Mirja 2004. Sosiaalityön tieto- ja ammattikäsitteiden muutos. Luento SOSNET – yhteisöalan erikoistumiskoulutuksen lähiovetusjaksolla 11.-13.11.2004, Helsingin yliopisto.

Satka, Mirja & Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (2005) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Palmeniakustannus, Helsinki.

Satka, Mirja 2005. Mitä on sosiaalityön käytäntötutkimus on? Teoksessa Satka, Mirja & Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna Sosiaalityön käytäntötutkimus. Palmeniakustannus, Helsinki, 9-19.

Sauli, Hannele & Simpura, Jussi 2005. Hyvinvoinnin käsite pohjoismaisen tilastollisen elinolotutkimuksen historiassa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus 1/2005 (13), 5-20.

Segal, Steven P. & Silverman, Carol & Temkin, Tanya 1993. Social Work 38 (6), 705-712.

Sen, Amartya 1993. Capability and Well-Being. Teoksessa Martha Nussbaum (toim.) The Quality of Life. Oxford University Press, Great Britain, ss. 30-53.

Sennett, Richard 2004. Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa. Vastapaino, Jyväskylä.

Sihvola, Juha 1994. Hyvän elämän politiikka. Tutkijaliiton julkaisusarja 76. Tutkijaliitto, Helsinki.

Sihvola, Juha 2004b. Maailmankansalaisen etiikka. Otava, Keuruu.

Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Linnanmäki, Eila 2007. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 197-212.

Siltaniemi, Aki & Perälähti, Anne & Eronen, Anne & Londén, Pia & Peltosalmi, Juha 2008. Hyvinvointi ja osallisuus Itä-Suomessa. Kansalaiskyselyn tuloksia. STKL, Helsinki.

Simpura, Jussi 2003. Hyvinvoinnin tasojen ja erojen politiikat. Teoksessa Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi Sosiaalinen politiikka. WSOY, Juva, 123-160.

Simpura, Jussi 2007. Mitä on hyvinvointi? Luento Kuopion yliopistossa 7.11.2007.

Sipilä, Jorma 1988. Habermasin huomautukset sosiaalipolitiikasta. Teoksessa Sosiaalipolitiikka 1988. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja 13. Sosiaalipoliittinen yhdistys, Vammala, 83-104.

Sivonen, Seppo (toim.) 2002. Yhteisö kehittämisen kentällä. Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu Sarja B, n:o 20. Joensuun yliopisto, Joensuu.

Sobel, Davis S. 1995. Rethinking Medicine: Improving Health Outcomes with Cost-Effective Psychosocial Interventions. *Psychosomatic Medicine* 57 (3), 234-244.

Sohlman, Britta 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. STAKES. Tutkimuksia 137. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Saarijärvi.

Sohlman, Britta & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Ahonen, Juha & Saalasti-Koskinen, Ulla 2004. Mielenterveystyö kunnissa. *Stakes, Yhteiskuntapolitiikka* 4/2004, 379-385.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. FINLEX. Ajantasainen lainsäädäntö.14.12.1990/1116. (Viitattu 23.6.2008). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi>.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. FINLEX. Ajantasainen lainsäädäntö.14.12.1990/1116. (Viitattu 23.6.2008). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi>.

Specht, Harry 1992. A Less Complex Statement of Social Work's Mission. *Social Service Review* 1992 66 (1), 152-159.

Specht, Harry 1994. Social Work and the Popular Psychoterapies. Teoksessa Compton Beulah ym. 1994. *Social work Processes*. Cole Publishing, Brooks, 145-153.

Specht, Harry & Courtney, Mike 1995. *Unfaithful Angels: How Social Work has abandoned its Mission*. Free Press, New York.

Stakes 2000. Tienviittoa kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. *Mielekäs Elämä!* –ohjelma, Vantaa.

Stepney, Paul 2006a. Mission Impossible? Critical Practice in Social Work. *British Journal of Social Work* 30, 1289-1307.

Stepney, Paul 2006b. The Paradox of reshaping Social Work as 'tough love' in the Nordic Welfare States. *Nordisk Socialt Arbeid* 25 (4), 293-305.

Stepney, Paul 2007. Community Work, Empowerment and Critical Practice – modernising policy, contested theory and enhancing possibilities for empowering practice. A short SOSNET course for social work practitioners 26.-27.4.2007, University of Tampere.

STM 2000. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositus. Mielekäs elämä –hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2001a. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2001b. Sosiaali- ja terveystalouden Strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2004a. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä –artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2004:15. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2004b. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2007a. Terveys kaikkiin politiikkoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 261/2007 (7.9.2007). (Viitattu 30.11.2007) Saatavissa: <http://www.stm.fi>.

STM 2007b. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Ohjelmajohtaja Perho politiikkaohjelman tavoitteista 7.9.2007. (Viitattu 30.11.2007). Saatavissa: <http://www.stm.fi>, 1-14.

STM 2007c. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2007d. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuositus. KASTE-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Stromwall, Layne K. & Hurdle, Donna 2003. Psychiatric Rehabilitation: An Empowerment-Based Approach to Mental Health Services. Health & Social Work 28 (3), 206-213.

Suomen mielenterveysseura 2004. Mielenterveys tarvitsee päättäjiä. Mielenterveysseuran tiedotussarja 1/2004. Suomen mielenterveysseura, Helsinki.

Suomen mielenterveysseura 2006. Hyvä elämä – hyvä mieli. Mielenterveystyön puutteita ja parannusehdotuksia. Mielenterveysseuran valtakunnallinen suunnittelutyöryhmä. Suomen mielenterveysseura, Lieto.

Suomen perustuslaki 731/1999. (Viitattu 21.7.2008). Saatavissa: <http://www.finlex.fi>.

Suoranta, Juha 2005. Radikaali kasvatus. Gaudeamus, Tampere.

Swedner, Harald (toim.) 1970. Socialvård och Samhällsförändring. Almqvist & Wiksell Förlag AB, Falköping.

Taipale, Ilkka 1998. Mielen sairaut ja palveluasunnot. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:32. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Takala, Anu & Karppi, Ilari 2003. Ajankohtaista alueellisessa kehittämisessä. Katsaus alueellisesta kehittämisestä käytävään keskusteluun. Tampereen yliopisto. Aluetieteen ja ympäristöpolitiikan laitos. Aluetieteen verkkojulkaisut. Tampere Regional Net Series 3/2003.

Talentia 2005. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry, Helsinki.

Talo, Seija & Hämäläinen, Anneli 1997. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. Kuntoutus 4/1997, 3-17.

Tedre, Silva 2002. Tutkimus ja tutkija kehittämistoiminnan kentällä. Teoksessa Sivonen, Seppo (toim.) Yhteisö kehittämisen kentällä. Joensuun yliopiston täydennyskeskuksen julkaisuja Sarja B, n:o 20. Joensuun yliopisto, Joensuu, 117-134.

Toikko, Timo 2005. Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Vastapaino, Jyväskylä.

Tomperi, Tuukka 2005. Johdanto Teoksessa Freire, Paulo Sorrettujen pedagogiikka. Vastapaino, Jyväskylä, 9-31.

Tomperi, Tuukka & Suoranta, Juha 2005. Sorrettujen jälkeen. Freiren kritiikistä, suomalaisesta vastaanotosta ja sovelluksista. Teoksessa Freire Paulo Sorrettujen pedagogiikka. Vastapaino, Jyväskylä, 211-237.

Tontti, Jarkko 2005. Olemisen haaste – 1900-luvun hermeneutiikan päälinjat. Teoksessa Tontti, Jarkko (toim.) 2005. Tulkinnasta toiseen. Esseitä hermeneutiikasta. Vastapaino, Tampere, 50-81.

Turunen, Päivi 2008. Muuttuva yhdyskuntatyö osana Pohjoismaiden sosiaalityötä. Teoksessa Roivainen, Irene & Nylund, Marianne & Korkiamäki, Riikka & Raitakari, Suvi (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. PS-Kustannus, Juva, 43-59.

Työministeriö 2007. Työministeriön tiedote 26.10.2007. Selvityshenkilö esittää: Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työvoimapalveluja kehitettävä. (Viitattu 12.2.2008). Saatavissa: <http://www.vn.fi/ajankohtaista/tiedotteet>.

Uggerhøj, Lars 2006. Creativity, Fantasy, Roleplay and Theatre in Social Work – a Voice from the Past or Steps to the Future. Luento FORSA 2006 Pohjoismaisen sosiaalityön konferenssissa 9.-11.2.2006, Helsingin yliopisto.

Valtion säädöskokoelma 108A/1976. Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus. (Viitattu 21.7.2008). Saatavissa <http://www.finlex.fi>.

Valtiosopimuksen asetus 6/1976. Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta. (Viitattu 21.7.2008). Saatavissa: <http://www.finlex.fi>.

Vahtera, Jussi & Uutela, Antti 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. Duodecim 110, 1054-1060.

Vallo, Pirjo 2004. Välittämisen aika. Hyvän mielen talo ry:n Kotikuntoutus –projekti 2000-2004. Loppuraportti. Hyvän mielen talo ry. Gummerus Oy. (Viitattu 1.7.2008). Saatavissa: <http://www.hyvanmielentalo.fi>.

Valtioneuvosto 2002. Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittämisestä 4.4.2002. (Viitattu 12.2.2008) Saatavissa: <http://www.intermin.fi>.

Valtioneuvosto 2007. Hallitusohjelma. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. (Viitattu 29.5.2007). Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma>.

Vammaispalvelulaki 4.3.1987/380. FINLEX. Ajantasainen lainsäädäntö.14.12.1990/1116. (Viitattu 16.6.2008). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi>.

Vesterinen, Virpi 2003. Palvelujärjestelmän käyttäjän eettiset kysymykset. Julkaisussa Etiikka palvelujärjestelmän ja perusoikeuksien välisessä suhteessa. Kutsuseminaari 11.12.2003. STAKES. Aiheita 6 Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 22-24.

Von Korff, Michael & Gruman, Jessie & Schaefer, Judith & Curry, Susan & Wagner, Edward 1997. Collaborative Management of Chronic Illness. Annals of Internal Medicine 127 (129), 1097-1102.

WHO 2001. Strengthening Mental Health Promotion. Fact Sheet No. 220. WHO, Geneva.

WHO 2004. Promoting Mental Health. Concepts – Emerging Evidence – Practise. Summary Report. WHO, France.

WHO 2005a. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. (Viitattu 18.9.2007). Saatavissa: [http:// www.who.int](http://www.who.int).

WHO 2005b. Mental Health Action Plan for Europe. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. (Viitattu 18.9.2007). Saatavissa: <http://www.who.int>.

Wilkinson, Richard 2006. Johdanto teoksessa McKenzie, Kwame & Harpman, Trudy (ed.) Social Capital and Mental Health. Jessica Kingsley Publishers, London, 7-8.

Williams, Melissa 1995. Justice Towards Groups. Political Not Juridical. Political Theory 23 (1), 67-91.

Witkin, Stanley 2003. Päämääränä hyvän tekeminen. Pohdintoja ihmisoikeuksista ja etiikasta sosiaalityössä. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus, Juva, 237-253.

Yhteisösosiaalityö –erikoisalan opetussuunnitelma 2004-2007. Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet. (Viitattu 25.9.2007). Saatavissa: <http://www.sosnet.fi/yhteisösosiaalityö>.

YK:n yleismaailmallinen ihmisoikeuksien julistus 10.12.1948. (Viitattu 21.7.2008). Saatavissa <http://www.un.org>.

Yliruka, Laura 2000. Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto. FinSoc työpapereita 2/2000. Stakes, Helsinki.