

# **KÄSITEANALYYSI OSALLISUUDESTA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA**

Heidi Leppänen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen

laitos

Helmikuu 2021

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta  
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaali- ja terveyshallintotiede

LEPPÄNEN HEIDI: Käsiteanalyysi osallisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa

Pro gradu -tutkielma, 81 sivua, 1 liite (3 sivua)

Tutkielman ohjaajat: FT Tuula Kivinen, FT Johanna Lammintakanen

Helmikuu 2021

---

Avainsanat: osallisuus, terveyspalvelut, sosiaalipalvelut

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan osallisuudella on keskeinen merkitys. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tunnistaa osallisuus-käsitteen ominaisuuksia, käyttöyhteyksiä ja käsitteen käytön muuttumista 2000-luvulla. Tavoitteena oli selkeyttää käsitettä ja rakentaa teoreettista ymmärrystä osallisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Tutkielma toteutettiin Rodgersin evolutionaarista käsiteanalyysia soveltaen. Aineisto koottiin Pub-Med, Scopus, SOC Index ja Web of Science tietokannoista. Aineistoksi valittiin 30 kansainvälistä artikkelia vuosilta 2000–2019, jotka analysoitiin deduktiivis-induktiivisesti sisällön analyysillä.

Osallisuus osoittautui ajassa muuttuvaksi käsitteeksi ja monitasoiseksi ilmiöksi. Käsitteen ominaisuuksiksi tunnistettiin vuorovaikutuksellisuus, informatiivisuus, mahdollistaminen, itsemääräämisoikeus, kokemuksellisuus ja tilannesidonnaisuus. Ominaisuudet olivat osin päällekkäisiä ja keskenään vuorovaikutteisia. Tulosten mukaan asiakkaan yksilölliset ominaisuudet, organisaatiotason tekijät ja yhteiskunnallinen tilanne olivat osallisuuden edeltäviä tekijöitä. Osallisuuden seurauksia olivat asiakkaan voimaantuminen, asiakastyytyväisyyden ja ammattilaisten tiedollisen osaamisen kasvu sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja tuottavuuden parantuminen. Osallisuuden edeltävät tekijät ja käsitteen ominaisuudet heijastavat viime vuosikymmenten yhteiskunnallisia ja sosiaali- ja terveyspalveluissa tapahtuneita muutoksia.

Osallisuuden toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa edellyttää inhimillisten arvojen tunnustamista ja asiakkaalta saatavan kokonaisvaltaisen tiedon hyödyntämistä palveluprosessissa. Tutkielma selkeyttää osallisuus-käsitettä ja vahvistaa osallisuuden teoreettista pohjaa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tutkielma tuottaa tietoa osallisuuden tilanteesta, siihen vaikuttavista tekijöistä ja keskeisistä kehittämiskohteista sekä tutkijoille että sosiaali- ja terveyspalveluiden johtajille, päättäjille, kehittäjille ja työntekijöille.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies  
Department of Health and Social Management, health and social management sciences

LEPPÄNEN, HEIDI: A Concept Analysis of Involvement in Social and Health Services

Master's thesis, 81 pages, 1 appendice (3 pages)

Thesis Supervisors: PhD Tuula Kivinen, PhD Johanna Lammintakanen

February 2021

---

Keywords: involvement, health services, social services

Client involvement plays a significant role in social and health services. The purpose of this Master's thesis was to identify the attributes of the concept of involvement and its context of use, as well as to recognize changes in the concept's usage in the 21st century. The aim was to clarify the concept and to build a theoretical understanding about client involvement in social and health services.

The thesis was carried out using Rodger's evolutionary concept analysis method. The material was collected from PubMed, Scopus, SocINDEX and Web of Science databases. Thirty international articles were selected from the years 2000–2019, which were then analyzed using theory-driven and inductive content analysis.

As a concept, involvement proved to be a multilevel phenomenon that was subject to change with time. Interactivity, informativeness, self-determination, experientiality, situation-specificness and enabling were identified as the concept's attributes. These attributes were partially overlapping and interactive with each other. According to the results, a client's individual attributes, organizational factors, and social circumstances were factors that preceded involvement. Consequences of involvement were client empowerment, increased client satisfaction and increased theoretical knowledge of professionals, as well as improved quality and productivity of social and health care services. The preceding factors of involvement and its attributes reflect societal shifts and changes that occurred in social and health care in the past decades.

The realization of involvement in social and health services requires recognition of humane values and comprehensive utilization of the information provided by the client in the service process. The thesis clarifies the concept of involvement and solidifies the theoretical background of involvement in social and health services. The thesis also produces information about the current situation of involvement and the factors affecting it, as well as information about central areas of development for researchers, directors of social and health services, decision-makers, developers and employees alike.

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
1.1 Tutkielman tausta .....	3
1.2 Tutkielman tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	6
<b>2 OSALLISUUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ .....</b>	<b>8</b>
2.1 Osallisuus asiakkaan näkökulmasta.....	8
2.2 Asiakkaan osallisuus asiantuntijaorganisaatioissa .....	10
2.3 Osallisuuden toiminnalliset rakenteet sosiaali- ja terveyspalveluissa.....	12
2.3.1 Osallisuus suomalaisissa politiikkaohjelmissa .....	13
2.3.2 Osallisuus lainsäädännössä.....	15
<b>3 OSALLISUUDEN JÄSENTÄMINEN TEOREETTISISSA MALLEISSA .....</b>	<b>18</b>
3.1 Osallisuus hierarkkisissa malleissa.....	18
3.2 Osallisuuden ulottuvuusmalleja.....	20
3.3 Yhteenveto osallisuuden teoreettisesta tarkastelusta.....	24
<b>4 TUTKIELMAN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....</b>	<b>28</b>
4.1 Käsiteanalyysi.....	28
4.2 Rodgersin evolutionaarinen käsiteanalyysimalli.....	29
4.2.1 Aineiston hankinta.....	30
4.2.2 Käsiteanalyysin toteutus tässä tutkielmassa .....	34
<b>5 OSALLISUUS-KÄSITE SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA .....</b>	<b>36</b>
5.1 Osallisuuden ominaispiirteet.....	36
5.2 Osallisuuden edeltävät tekijät.....	44
5.2.1 Yksilölliset ominaisuudet osallisuuden edellytyksenä .....	45
5.2.2 Sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatio osallisuuden rakentajana.....	46
5.2.3 Yhteiskunnalliset tekijät osallisuuden edellytyksenä .....	48
5.3 Osallisuuden seuraukset .....	50
5.4 Osallisuuden käyttöyhteydet .....	51
5.5 Osallisuuden lähikäsitteet.....	53
5.6 Yhteenvetoa tuloksista .....	53
<b>6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>56</b>
6.1 Tutkielman eettisyys ja luotettavuus.....	56
6.2 Tulosten tarkastelua .....	60

<b>LÄHTEET</b> .....	<b>71</b>
----------------------	-----------

## **LIITTEET**

### **LIITE 1. Tutkimusaineisto**

## **KUVIOT**

KUVIO 1. Osallisuuden tikapuut .....	18
KUVIO 2. Osallisuuden ulottuvuudet mahdollisuuksina .....	20
KUVIO 3. Osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumo palvelujärjestelmässä .....	21
KUVIO 4. Osallisuuden ominaispiirteet .....	36

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1. Osallisuus suomalaisissa politiikkaohjelmissä .....	14
TAULUKKO 2. Osallisuus sosiaali- ja terveystalveluiden sääntelyssä .....	16
TAULUKKO 3. Participation ja involvement -käsitteiden esiintyvyys tietokannoissa .....	31
TAULUKKO 4. Hyväksymiskriteerit ja poissulkukriteerit .....	32
TAULUKKO 5. Aineistonvalinnan kriteerit ja valittujen artikkeleiden määrä .....	33
TAULUKKO 6. Osallisuus -käsitteen ominaisuudet, edeltävät tekijät ja seuraukset .....	54

## 1 JOHDANTO

### 1.1 Tutkielman tausta

Kansalaisten ja asiakkaiden osallisuus on globaali, yhteiskunnallinen ilmiö. Osallisuus-käsitteen käyttö on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana yhteiskunnallisessa keskustelussa eri muodoissa ja tilanteissa. (Leemann & Hämäläinen 2016; Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020, 267.) Suomessa, kuten monissa muissa länsimaissa, osallisuus on yhteiskunnassa vallitseva periaate, arvo ja tavoite. Osallisuus on myös sosiaali- ja terveyspalveluiden keskeinen palveluperiaate ja kehittämiskohde kansallisesti ja kansainvälisesti (OECD 2004; STM 2011; WHO 2013; STM 2016; WHO 2016; Kivinen ym. 2020, 267) ja se näkyy käsitteenä lainsäädännössä ja politiikkaohjelmissa (esim. Suomen perustuslaki 731/1999; VNS 2002; Kuntalaki 410/2015; STM 2016, 15).

Osallisuus-käsitteen käyttöön ja tulkintaan vaikuttavat eri kielet, kulttuurit ja yhteiskunnallinen ympäristö. Osallisuus ilmenee eri tavoin yksilöstä yhteiskuntaan virallisten ja epävirallisten sosiaalisten verkostojen kautta ja välillä. (Kivinen ym. 2020, 267.) 1990-luvulla alkanut globalisaatio, nopeasti edennyt teknologinen kehitys edelleen jatkuvana ja 2000-luvun internetin ja sosiaalisen median leviäminen ovat muuttaneet osallisuuden mahdollisuuksia nopeuttamalla tiedon kulkua ja yhteydenpitoa.

Globaalissa maailmassa kansallisen päätöksenteon on huomioitava ja ulotuttava myös kansainvälisiin haasteisiin. Alueellisiin ja kansallisiin kriiseihin liittyvä epätasa-arvo ja pakolaisuus ovat vaikuttaneet yhteiskuntaan muovaten osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja ja vaikuttaen sen toteutumiseen. Maantieteelliset poikkeusolot, alueelliset luonnonkatastrofit, luonnonvarojen vähäisyys tai terveydelliset kriisit, kuten globaalina Covid-19, jakavat herkästi maailman ihmisiä hyvä- ja huono-osaisiin. Kriisit lisäävät eriarvoisuutta ja vähentävät osallisuuden mahdollisuuksia ihmisten kamppaillessa elämän kanssa. (Kiiski Kataja 2017, 10.) Kansallisella tasolla sosioekonomisen eriarvoisuuden kasvu on ollut kasvavana huolena 2000-luvun Suomessa. Sosioekonominen eriarvoisuus aiheuttaa riippuvuutta toisista ihmisistä ja palvelujärjestelmistä ja voi vaikuttaa osallisuutta heikentävästi. Siksi yhteiskunnan rakenteilla ja palveluilla, kuten sosiaali- ja terveyspalveluilla, on tärkeä rooli osallisuuden edistämisessä. Myös muut yhteiskunnalliset

toimijat, kuten koulut, työpaikat, järjestöt ja yhdistykset, ovat tärkeässä roolissa osallisuuden edistämisessä. (Leemann & Hämäläinen 2016, 589–590.)

Osallisuus on varsin abstrakti käsite, joka vaikeuttaa käsitteen määrittelyä, tulkintaa ja käyttöä yhteiskunnallisessa keskustelussa, sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnassa ja myös tutkimuksessa (Lammintakanen, Kivinen, Kylmä & Kinnunen 2008). Käsitteen määrittelemättömyyttä kuvaa muiden käsitteiden käyttö osallisuuden synonyymeina (Kohonen & Tiala 2002, 6; Beresford 2012; Leemann & Hämäläinen 2016). Kansainvälistä tutkimusta asiakkaan osallisuudesta on tehty mikrotasolla sosiaali- ja terveyspalveluissa eri potilasryhmien keskuudessa (esim. Leung, Tam, Lee, Leung, Kun & Li 2009), ikään-tyneiden keskuudessa (esim. Bastiaens, Van Royen, Pavlic, Raposo & Baker 2007), mielenterveyspalveluissa ja sosiaalityössä (esim. Rutter, Manley, Weaver, Crawford & Fulop 2004; Tse, Tang & Kan 2015). Asiakkaan osallisuutta on tutkittu myös muun muassa ammattilaisten näkemysten ja kokemusten kuvaamana, asiakkaiden ja ammattilaisten yhteiskehittämisen näkökulmasta sekä asiakkaiden osallisuuden lisäämisen vaikutuksista asiakasturvallisuuteen (esim. Renedo, Marston, Spyridonidis & Barlow 2015; Arnetz, Zhdanova & Arnetz 2016; Ocloo, Garfield, Dawson & Franklin 2017).

Makrotasolla osallisuutta on tutkittu muun muassa sukupuolten väliseen tasa-arvoon liittyvänä työ- ja perhe-elämän rooleja kuvaavana (esim. Matteazzi & Scherer 2020) sekä yhteiskunnan kapeassa marginaalissa ja syrjäytymisriskissä elävien, kuten naisvankien, keskuudessa (esim. Plugge, Douglas & Fitzpatrick 2008). Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuus-käsitteen käyttöalana on tutkimusten perusteella painottunut näkökulma asiakkaan osallisuudesta oman hoidon tai palvelun suunnittelussa (esim. Valkama 2012; Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessam & Hamzehgardeshi 2014).

Tämä pro gradu -tutkielmani on käsiteanalyttinen tutkimus osallisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Mielenkiintoni osallisuus-käsitettä kohtaan syntyi sen värikkästä mutta myös ristiriitaisesta käytöstä ja tulkinnasta palveluiden käyttökontekstissa. Katson, että osallisuuden ymmärtäminen edellyttää sitä määrittävien ja siihen vaikuttavien tekijöiden tarkastelua pintaa syvemmältä (ks. myös Niiranen 2002; Häikiö, Van Arscht & Anttonen 2011; Beresford 2012). Tutkielman lähtökohtana on intressi ymmärtää, millaiset piirteet kuvaavat osallisuutta käsitteenä. Siksi tutkielman kohteena on osallisuuden

ominaisuudet, käyttöyhteydet ja käsitteen käytön ajallinen muutos sosiaali- ja terveystal-  
veluissa 2000-luvulla.

Tekstien tutkiminen auttaa selvittämään osallisuus-käsitteen piirteitä. Osallisuuden käsitteellisen analyysin kautta tavoitteeni on selkeyttää käytännön, tutkimuksen ja yhteiskunnan keskinäistä vuorovaikutusta, sillä käytettävä kieli on muutoksen väline. Käsitteet vaikuttavat mielikuviin ja voivat näkyä myös käytännön toiminnassa. (Rodgers 1993a, 73–74.) Metodologisenä valintana tutkielmassa käytän Rodgersin (1993) evolutionaarista käsiteanalyysimallia. Käsiteanalyysin käyttö tutkimusmenetelmänä on perusteltua, kun tarkoituksena on tuottaa soveltavaa tietoa käytännön sosiaali- ja terveystalveluihin, vahvistaa tieteenalan itsenäisyyttä sekä alalle ominaisia tutkimuskohteita (Walker & Avant 1992; Rodgers 1993a, 74; Puusa 2008, 37; Kakkuri-Knuutila 2013, 343). Tehtyjen hakujen perusteella käsiteanalyysistä tutkimusta osallisuudesta ei ole tehty sosiaali- ja terveyshallintotieteen kansallisessa tai kansainvälisessä tutkimuksessa. Menetelmänä Rodgersin (1993) käsiteanalyysitutkimusta terveyshallintotieteessä ovat käyttäneet väitöskirjatutkimuksissaan Johanna Lammintakanen (2005) terveydenhuollon priorisointi -käsitteen tarkastelussa ja Tuula Kivinen (2008) tarkastellessaan tiedon ja osaamisen johtamista.

Tutkielmani lukemisen selkeyttämiseksi käytän asiakas-käsitettä synonyymina niille sanoille, joilla sosiaali- ja terveystalveluita käyttäviä henkilöitä kutsutaan. Sosiaali- ja terveystalveluiden luonteelle ominaisena olen huomioinut, että asiakas voi tarkoittaa myös perheen asiakkuutta ja läheisiä. (Kivinen ym. 2020, 279.) Kansalaisina asiakkaat ovat sosiaali- ja terveystalveluiden potentiaalisia asiakkaita (esim. Niiranen 2002; McLaughlin 2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista käytän käsitettä sosiaali- ja terveystalvelut. Tutkielmassa palvelut ovat läsnä yhtenäisenä toimintaympäristönä. Kuvaamani valinnat edustavat näkemystäni holistisesta ihmiskuvasta ja asiakkaiden ja ammattilaisten yhdenvertaisuudesta. Holistisella ihmiskuvalla tarkoitan asiakkaan ymmärtämistä yksilönä omassa elämäntilanteessaan: kuka tahansa kansalainen voi jossain elämänvaiheessa olla sekä sosiaali- että terveystalveluiden asiakas, eivätkä toiminnot sulje toisiaan pois (ks. myös Niiranen 2002, 63).



## 1.2 Tutkielman tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkielmassa analysoin osallisuus-käsitteen ominaisuuksia ja käyttöä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tarkoituksena on selkeyttää osallisuus-käsitettä, tunnistaa sen ominaisuuksia (intensio), käyttöyhteyksiä (käsitteen ala, ekstensio) ja käsitteen muuttumista 2000-luvulla. Tavoitteena on rakentaa teoreettista ymmärrystä osallisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Tutkielman tarkoitus muotoutuu kahdeksi tutkimuskysymykseksi seuraavalla tavalla:

1. Millaiset ominaisuudet kuvaavat osallisuus käsitettä?
  - 1.1 Mitkä ovat osallisuus-käsitteen ominaispiirteet?
  - 1.2 Mitkä ovat osallisuus-käsitteen ennakkoehdot?
  - 1.3 Mitkä ovat osallisuus-käsitteen seuraukset?
  - 1.4 Mitkä ovat osallisuus-käsitteen käyttöyhteydet?
  - 1.5 Mitkä ovat osallisuus-käsitteen korvaavat termit ja lähikäsitteet?
  
2. Miten osallisuus-käsitteen käyttö on muuttunut tutkimusaineiston edustamalla ajanjaksolla 2000–2019?

Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteiskunnallinen perustehtävä rakentuu monikerroksisena. Siihen vaikuttavat muuttuva yhteiskunta, poliittinen ohjaus, palvelujärjestelmät ja alojen asiantuntijuuteen perustuva työ. Asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja odotukset tuovat erityispiirteitä käytännön asiakastyöhön ja alojen tutkimukseen. (Lammintakanen ym. 2008, 2.) Sosiaali- ja terveystieteiden oma erityispiirre on poliittishallinnollinen ohjaus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Alan kehittymiseen ja tutkimuskohteeseen on vaikuttanut sosiaali- ja terveystieteiden julkisen roolin vahvistuminen 1970-luvulta 1990-luvulle. Asiakkaan asema on ollut mukana yhtenä keskeisenä tutkimuskohteena. (Niiranen & Lammintakanen 2011, 115.)

Sijoitan tutkielmani sosiaali- ja terveystieteiden ja yhteiskuntatieteiden rajapintaan. Sosiaali- ja terveystieteissä yhdistyvät sosiaali-, terveys- ja hallintotieteelliset näkökulmat. Yhteisten tutkimuskohteiden vuoksi ne ovat lähellä myös muita sosiaali- ja terveystieteitä. (Lammintakanen ym. 2008, 2.) Osallisuuden tarkasteleminen sosiaali- ja

terveyspalveluiden kontekstissa yhdistää alojen substanssia ja eri tieteenaloja käsitteen yhteisen käytön vuoksi (Rodgers 1993; Niiranen 2002; Kivinen ym. 2020). Käsitteen soveltaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä tutkimuksen yhteiskunnallinen ja tieteellinen hyödynnettävyys edellyttävät käsitteen selkeyttämistä (Rodgers 1993b, 8; Kivinen 2008, 27; Niiranen & Lammintakanen 2011, 115–119).

## 2 OSALLISUUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ

### 2.1 Osallisuus asiakkaan näkökulmasta

Osallisuus on käsitteenä laaja ja sitä voidaan tarkastella ja jaotella sosiaali- ja terveyspalveluissa eri tavoin (Kohonen & Tiala 2002; Nivala & Rynänen 2013, 10; Kivinen ym. 2020, 271). Marion Clark (2008) kollegoineen esittää osallisuuden kolmitasoisena ilmiönä, jolloin sitä voidaan tarkastella 1) asiakastasolla 2) palvelujärjestelmätasolla (sote-palvelut/organisaatiot) ja 3) yhteiskuntatasolla (politiikka) (Clark, Davis, Fisher, Glynn & Jefferies 2008). Vuokko Niiranen (2002) esittää osallisuus-keskustelun taustalla olevan kaksi erilaista ajattelutapaa. Demokraattinen malli korostaa palveluita käyttävien äänen kuulemistä, tasavertaisuutta ja osallisuutta kansalaisoikeutena, jossa kuntalaisen ja kansalaisen käsitteet ilmentävät oikeudellista näkökulmaa sosiaali- ja terveyspalveluihin (Niiranen 2002 68–70; Valkama 2009, 41). Toisessa ajattelutavassa osallisuuden taustalla nähdään vaikuttavan konsumerismi ja markkina-ajattelu, joissa palveluita tarvitsevat ja käyttävät ihmiset nähdään asiakkaina, kuluttajina ja toimijoina (Leemann & Hämäläinen 2015, 3).

Riippuen lähestymistavasta sosiaali- ja terveyspalveluissa on monenlaista asiakkuutta, johon liitetään myös erilaisia ominaisuuksia, odotuksia ja velvollisuuksia. Nykyiseen asiakas-käsitteeseen sisältyy osallisuuden näkökulmasta asiakkaan oikeudellinen ja vaikutusvaltaisempi ja toiminnallisempi rooli. (Valkama 2012, 1; Kivinen ym. 2020, 268.) Tätä roolia Niiranen (2002, 68–70) kuvaa edellä mainitusti demokratian arvoihin perustuvana. Asiakas ymmärretään kansalaisena, joka tarvitsee tai jossain kohtaa elämäänsä voi tarvita sosiaali- ja terveyspalveluita. Asiakkaan ja kansalaisen roolit eivät ole pysyviä, vaan eri elämäntilanteissa vaihtelevia. Siksi sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaan näkökulma osallisuuteen voi olla erilainen kuin kansalaisen, jolla ei ole henkilökohtaista palvelutarvetta.

Kivistön (2014, 255) mukaan osallisuus pitää sisällään positiivisen arvolautauksen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuuteen liittyy asiakkaalle kuitenkin myös velvollisuuden vaade, esimerkiksi sitoutumisessa päihdepalveluiden asiakkaaksi, tai ei-vapaaehtoisuus, kuten voi olla lastensuojelussa tai vammaispalveluiden asiakkuudessa (esim. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1997; Kivinen ym. 2020). Perinteisesti sosiaali- ja

terveyspalveluissa käytetty potilas-käsite kuvaa ajatusta hoidon kohteena olemisesta ja ammattilaisten vahvasta roolista asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä (McLaughlin 2009). *Kohdeasiakkaana* asiakas on palveluiden ja ammattilaisten toiminnan kohde. Asiakkaalla ei oleteta olevan tahtoa omien palveluiden suhteen tai kykyä arvioida palvelun sisältöä, vaan hänen oletetaan toimivan annettujen ohjeiden mukaisesti. Asiakkuutta määrittävät pääasiassa ongelmat, jonka perusteella asiakkuus syntyy. (Niiranen 2002, 67–68; McLaughlin 2009; ks. myös Julkunen & Heikkilä 2007.)

Kansalaisasiakkuus voidaan ymmärtää myös *kuluttajanäkökulmasta*. Tällöin asiakkaalta odotetaan kykyä vertailla olemassa olevia palveluita, tehdä valintoja niiden kesken ja maksuvalmiutta. Asiakkaan nähdään hyötyvän palveluntarjoajien keskinäisestä kilpailusta, sillä valintojen uskotaan parantavan palveluiden laatua. Kuluttajanäkökulma ei välttämättä huomioi sitä, millaisia valintoja asiakkailla oikeasti on mahdollisuus tehdä. (Niiranen 2002, 67–68.) Osallisuuden lisäämisen myötä sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävällä ja tarvitsevalla asiakkaalla tulisi olla valinnanmahdollisuuksia siten, etteivät valinnat ole sidoksissa ainoastaan palveluntuottajien määrittämiin vaihtoehtoihin (Närhi, Kokkonen ja Matthies 2014, 227). *Palveluasiakkuus* korostaa asiakkaan omaa aktiivisuutta palveluiden käyttäjänä, mutta samalla myös asiakkaan asema kansalaisena ja yhteisön jäsenenä ymmärretään. Asiakkaalla on oikeus tietää, miten palveluja suunnitellaan, kenelle ne ovat suunnattuja ja miten niihin voi vaikuttaa. (Niiranen 2002, 68–70.)

Osallisuudessa on kyse omaan elämään vaikuttamisesta, ja sen on mahdollista toteutua vastavuoroisessa suhteessa ihmisen ja ympäristön välillä. Osallisuus ilmenee yksilön toimintakykyisyytenä, mutta myös ympäristön luomina toimintamahdollisuuksina, kuten paikallisena osallisuutena ja vaikuttamisprosesseina elinympäristössä ja yhteiskunnassa. (Niiranen 2002.) Osallisena ihminen pystyy liittymään itselle merkityksellisiin hyvinvoinnin lähteisiin, vuorovaikutussuhteisiin sekä vaikuttamaan oman elämänsä kulkuun ja yhteisiin asioihin. Hyvinvointia lisäävät aineelliset toimintamahdollisuudet, kuten toimeentulo, asuminen ja koulutus. Aineettomia toimintamahdollisuuksia ovat yksilöllisenä koetut ilmiöt ja ominaisuudet, kuten luottamus tai luovuus. (Isola, Kaarinen, Leemann, Lääperi, Schneider, Valtari & Keto-Tokoi 2017, 10.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuudessa on kyse palveluita käyttävän asiakkaan mahdollisuuksista olla osallisena oman palvelun ja hoidon eri vaiheissa. Minna Laitilan (2010, 146–150) mukaan asiakkaan osallisuus voi toteutua kolmella eri tasolla: *omassa hoidossa, palveluiden kehittämisessä sekä palveluiden järjestämisessä*. Osallisuus omaan hoitoon ja palveluun voi olla esimerkiksi mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa hoidon tai palvelun suunnitelman sisältöön. Osallisuus voi olla myös aktiivista osallistumista ja mukana oloa päätöksenteossa. Nämä osallisuuden muodot edellyttävät, että palvelujärjestelmässä on tilaa asiakkaan osallisuudelle, kuten omien näkemysten esittämiselle ja oman vastuun ottamiselle voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan. Edellytykset osallisuudelle luodaan asiakkaan ja ammattilaisten keskinäisen vuorovaikutuksen kautta, jossa asiakas otetaan mukaan päätöksentekoon ja häntä kannustetaan ilmaisemaan mielipiteitään (Kettunen & Kivinen 2012, 41). Asiakkaan osallisuuden muotoihin liittyy näin myös organisaation osallisuutta lisäävät toimintatavat asiakkaan palvelutarpeen eri vaiheissa.

## **2.2 Asiakkaan osallisuus asiantuntijaorganisaatioissa**

Sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita. Asiantuntijaorganisaationa ne ovat riippuvaisia asiantuntijoista eli henkilöstöstä, joiden toiminta perustuu koulutuksen ja osaamisen erikoistumiseen. (Laitila 2010, 150.) Toimintaympäristönä sosiaali- ja terveyspalvelut ovat edustaneet kautta aikain itsenäistä ja suhteellisen vakaata toimintaa verrattuna esimerkiksi uusia tuotteita innovoiviin yrityksiin (Ikola-Norrbacka & Lähdesmäki 2011, 254). Nämä ominaisuudet ovat vahvistaneet aloilla toimivien ammattilaisten ja instituution asemaa suhteessa asiakkaisiin. Siksi asiakkaan osallisuuden merkityksen vahvistaminen voi näyttäytyä haasteellisena ja kipuultavana asiana ammattilaisten keskuudessa. (Laitila 2010, 150.)

Clarkin ja kumppaneiden (2008) mukaan palvelutasolla osallisuudessa on kysymys mahdollisuudesta vaikuttaa niiden palveluiden kehittämiseen, joissa asiakkaat ovat mukana. Asiakkaat voivat olla osallisia toiminnan suunnittelussa ja toteuttamisessa eri tavoin, kuten äänestäjinä, luottamushenkilöinä, järjestötoiminnassa tai vertaistuen kautta (Laitila 2010). Palvelujärjestelmätasolla on pyritty 2000-luvulla kehittämään erilaisia asiakkaan toiminnallisia osallisuusmahdollisuuksia, kuten asiakasraateja, kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä sekä asiakkaiden ja ammattilaisten yhteiskehittämistä (esim. McLaughlin 2009).

Asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan tarkastella ammattilaisten toimintaa ohjaavien periaatteiden kautta (Valkama 2012, 77–79). Osallisuutta kuvataan usein asiakaslähtöisenä toimintatapana ja sitä pidetään myös toiminnan arvoperustana. Asiakasosallisuuden tulisi näkyä käytännössä asiakkaalla olevan tiedon hyödyntämisenä palveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa, kehittämisessä ja arvioinnissa (Leemann & Hämäläinen 2015, 1). Asiakaslähtöinen toimintatapa on kuitenkin perimältään organisatiolähtöistä ajattelua (Laitila 2010, 153). Näkökulma arvottaa keskenään ammatilliseen osaamiseen perustuvan asiakkaiden tarpeiden mukaisen toiminnan suhteessa asiakkaiden itsensä ilmaisemiin tarpeisiin.

Asiakassuhteeseen liittyvä valta ei jakaudu välttämättä tasapuolisesti asiakkaan, ammattilaisten ja palvelujärjestelmän kesken. Perinteinen asiakkaan rooli sosiaali- ja terveyspalveluissa on ollut olla kuuntelija ja ohjeita ja päätöksiä vastaanottava taho, ammattilaisten määrittäessä mahdolliset osallisuuden muodot sekä riittävän tiedon sisällön. Työntekijöillä voi olla totuttu tapa perustella omaa toimintaansa asiakaslähtöisyydellä huomamatta toiminnassa ilmenevää ja asiakkaaseen kohdistuvaa valtaa. Asiakkaiden esittämät näkemykset osallisuutensa lisäämiseksi ja toiminnan kehittämisessä jäävät herkästi takalalle, ja asiakkaaseen ja asiakkuuteen liittyvä päätöksenteko tapahtuu instituutio- ja organisaatiotasolla. (Valkama 2012, 77–79.) Ammattilaisten asenteet vaikuttavat asiakkaan osallisuuden toteutumiseen. Asteet asiakkaan osallisuutta kohtaan voivat olla negatiivisia, eikä kaikkia asiakkaita välttämättä pidetä oikeutettuina osallisuuteen. Asiakkaat eivät koe osallisuudellaan olevan merkitystä, jos heidän esittämät näkemykset eivät saa aikaiseksi muutosta. (Laitila 2010, 156; myös Beresford 2012.)

Osallisuutta lisäävien toimintakeinojen toimimattomuus voi johtua esimerkiksi siitä, että keinot määrittyvät organisaation lähtökohdista. Julkunen ja Heikkilä (2007) jaottelevat asiakkaan osallisuuden palveluissa kahden eri näkökulman avulla: *1) ovatko palvelut ongelmalähtöisiä vai tarveperusteisia ja 2) onko palveluiden saatavuus harkinnanvaraista vai kriteeriperusteista*. Osallisuuden toteutumisen näkökulmasta jako tarkoittaa sitä, että mitä enemmän on ammatillista tarveharkintaa palveluiden saatavuudessa, sen heikommat ovat asiakkaiden osallisuuden mahdollisuudet ja oikeudet vaikuttaa itseään koskevaan palveluun ja päätöksentekoon. Tarveperustaisen palvelun saamisen perusteena on asiakkaan tarve. Tästä esimerkkinä on ikääntyvien henkilöiden palvelut. Ongelmalähtöisessä

palvelumallissa puututaan yksilön tai esimerkiksi perheen tilanteeseen, joka on yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän kriteereillä määritelty ongelmalliseksi. Tästä on esimerkkinä lastensuojeluperheiden palvelut. Kriteeriperusteinen palvelusaanti perustuu ennalta asetettuihin kriteereihin, joiden täytyminen on edellytyksenä palvelun saamiselle. Harkinnanvaraisen palvelun saamisen perusteena on ammattilaisen tekemä palvelutarpeenarviointi. Palveluiden saatavuuteen voivat vaikuttaa kuitenkin myös toimintaa ohjaavat taloudelliset resurssit, jonka vuoksi palveluiden myöntämistä ja hyötyä arvioidaan kustannustehokkuuden näkökulmasta. (Julkunen & Heikkilä 2007.)

### **2.3 Osallisuuden toiminnalliset rakenteet sosiaali- ja terveystalvueluissa**

Suomessa sosiaali- ja terveystalvuelut jakautuvat toiminnan tasoilla julkisesti tuotettuihin ja yksityisiin palveluihin. Yksityistalvetoimijoiden määrä ja merkitys talvueluiden järjestäjänä on lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Julkiset sosiaali- ja terveystalvueluorganisaatiot ovat poliittishallinnollisesti ohjattuja. Siksi osallisuuden tarkasteluun sosiaali- ja terveystalvueluissa liittyy sekä hallinnollinen että poliittinen tulokulma. Julkinen talvohoitaa, ohjaa ja linjaa talvueluita yhteiskunta- ja terveystalvueluista kansallisella ja EU-tasolla. Talvueluita ohjataan lainsäädännöllisin keinoin normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksen avulla, valtionavustuksilla ja kehittämishankkeiden erityisrahoituksella. Myös valvonta, ohjelma- ja hankejohtaminen sekä asiakasohjaus ovat ohjauksen keinoja. (STM 2021.)

Kuntatasolla osallisuustyö perustuu valtiotason linjauksiin ja hallinnollisiin toimintaperiaatteisiin (Kohonen & Tiala 2002). Paikallistasolla kunnilla on vastuu riittävien sosiaali- ja terveystalvueluiden järjestämisestä. Nykyisellään talvuelut järjestetään kuntien, kuntayhtymien ja yhteistalvetoiminta-alueiden toimesta. Valtion taloudellinen ohjaus, verotus ja kunnille osoitettu rahoitus vaikuttavat sosiaali- ja terveystalvueluiden alueellisiin järjestämismahdollisuuksiin. Yhteiskunnallisen tasapainon etsiminen julkisesti järjestettävien ja markkinaperustaiseen ajatteluun pohjaavan talvuelujärjestelmän kesken on ajankohtaisena esillä Suomessa rakennettaessa jälleen uutta sote-mallia. 2010-luvun poliittisissa strategioissa ja erilaisissa tuottavuusohjelmissa on painotettu kumppanuuteen perustuvan yhteistyön lisäämistä julkisen ja yksityisen talvueluntuottajien kesken ja sopimuksellisuutta kilpailuttamisen sijaan. Tuottavuuden lisäämiseen on pyritty parantamalla asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveystalvueluissa asiakkaan rooliin liittyvien vastuiden ja

tehtävien kautta, kuten lisäämällä asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia palveluiden suhteen ja osallisuutta palveluiden suunnittelussa. (Ikola-Norrbacka & Lähdesmäki 2011, 244–246; Valkama 2012, 1.) Organisaatiossa asiakkaan osallisuutta lisäävät keinot ovat kohdistuneet käytössä oleviin käsitteisiin korostamalla asiakasnäkökulmaa toimintaa ohjaavana ja vähentämällä tuottajajohtoista puhetta ja toimintaa (Beresford 2012, 21). Kuitenkin asiakkaan konkreettisen osallisuuden toteutumiseksi olisi palvelujärjestelmässä tärkeää seurata asiakkaiden kokemusta siitä, miten he kokevat oman osallisuutensa ja mahdollisuutensa vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja tarjolla olevien palveluiden sisältöön.

Muutosnäkökulmat perustuvat Suomessa 1990-luvulla vakiintuneeseen yhteiskunnallisen ja julkishallinnan muutokseen vaikuttaneeseen johtamisteoriaan; uuteen julkisjohtamiseen (New Public Management, NPM). Tämä johtamisen näkökulma toi länsimaiseen ajatteluun ideologisen muutoksen, jossa korostuvat taloudellinen tehokkuus, toiminnan vaikuttavuus ja laatu sekä asiakaslähtöiset ajattelu- ja toimintatavat. Julkisjohtaminen on tarjonnut julkisen hallinnon reformeille yhteisen arvopohjan asiakkaan osallisuuden kautta. (Seeck 2012, 311.) Osallisuuden lisääminen on nähty mahdollisuutena lisätä sosiaali- ja terveystalouden tehokkuutta hallinnollisia rakenteita ja toimintakäytänteitä muuttamalla. Organisaatioita koskevat päätökset ja toiminnantavoitteet määrittävät kuitenkin talouden ja tehokkuuden lisäksi useiden muiden tekijöiden, kuten puoluepoliittisten, alue- ja kuntapoliittisten intressien ja palveluiden järjestämisen oikeudenmukaisuuden perusteella. (Kinnunen & Vuori 2005, 198.)

### **2.3.1 Osallisuus suomalaisissa politiikkaohjelmissä**

Demokraattisessa yhteiskunnassa osallisuus on arvo. Tällöin osallisuudessa on kyse vallan ja demokratian jakamisesta, joka painottaa kansalaisten äänen kuulemistä ja sen vaikutusta. Tuomo Kokkosen ja kumppaneiden mukaan (2013, 38–39) osallistumispolitiikka on muuttunut Suomessa 1990-luvulta alkaen kohti konkreettisempia osallistumisen muotoja (Kokkonen, Närhi & Matthies 2013, 38–39). Kuitenkin esimerkiksi Taina Eran (2013, 142) mukaan osallisuus on edelleenkin enemmän ideaali kuin konkreettinen käytäntö esimerkiksi sosiaalipalveluissa. Palveluiden epämääräisyys, pirstaleisuus ja asiakkaiden kokema vaikeus päästä oikea-aikaisesti palveluihin estävät osallisuuden toteutumista.



Osallisuuspolitiikka on osa hyvinvointipolitiikkaa, joka kohdistuu kaikkiin kansalaisiin. Osallisuuden kautta yksilön tavoitteena on saada aikaan muutoksia. Poliittishallinnollisessa päätöksenteossa osallisuus on toimenpiteitä, joiden avulla vahvistetaan ihmisten osallisuutta yhteiskunnassa. Lainsäädännön lisäksi hallintorakenteiden tehtävä on tukea kansalaisten oikeutta ja mahdollisuuksia osallisuuteen. (Niiranen 2002; Beresford 2012.) Alla olevassa taulukossa olen esittänyt osallisuuteen liittyviä politiikkaohjelmia, joissa olen tarkastellut ohjelmien tavoitteita siitä, miten osallisuus on ohjelmissa ilmaistu.

TAULUKKO 1. Osallisuus suomalaisissa politiikkaohjelmissa

<b>Strategian nimi ja vastuu-taho</b>	<b>Keskeiset tavoitteet ja osallisuus näkökulma</b>
STM strategia vuoteen 2020. ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020.” (STM 2011)	Kansalaisten osallisuuden tukeminen lisää hyvinvointia. Kehittää palveluiden saavutettavuutta, yhdenvertaisuutta, vaikuttavuutta ja asiakaskeskeisyyttä. Asiakkaat ovat mukana kehittämässä palveluita.
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma ”Kaste 2012–2015”. (STM 2012)	Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kansalaisten eriarvoisuuden vähentäminen. Palveluiden ja rakenteiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti. Kansalaisten osallisuuden muotojen lisääminen.
STM tulevaisuuskauppa. ”Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta.” (STM 2014)	Yhteiskunnan rakenteet kannustavat osallisuuteen ja osallistumaan yhteiseen päätöksentekoon. Keskeisenä periaatteena asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden edistäminen. Asiakkaat ovat mukana palveluiden kehittämisessä.
Hallitusohjelma 2011. (Pääministeri Jyrki Kataisen hallitus) Hallitusohjelma 2014. (Pääministeri Alexander Stubbien hallitus)	Sosiaali- ja terveyspalvelut uudistetaan asiakaslähtöisiksi. Osallisuuden edellytyksenä on ammattilaisten asiakkaita osallistavat toimintatavat. Osallisuus kasvaa yhdenvertaisuuden kautta. Tavoitteena taloudellisen ja sosiaalisen eriarvoisuuden vähentäminen.
”Palvelut asiakaslähtöisiksi.” Hallituksen kärkihanke. (STM 2017) Hallitusohjelma 2015. (Pääministeri Juha Sipilän hallitus)	Valtakunnallinen asiakkaiden osallistumisen toimintamalli, joka huomioi asiakkaat kumppaneina. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen, hallintorajat ylittävä toimintakulttuuri ja prosessit. Työnhaun aktivointipolitiikassa kansalaisosallisuutta korostava merkitys kansantalouden kilpailukykyyn ja tuottavuuden parantamiseksi.
Hallitusohjelma 2019. (Pääministeri Sanna Marinin hallitus)	Sosiaalisen osallisuuden lisääminen ja osallisuuden turvaaminen. Eri ikäisten kansalaisten osallisuuden ja käyttäjädemokratian vahvistaminen.

Osallisuuspolitiikan tavoitteena on tuoda esiin osallisuuden erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia, lisätä kansalaisten osallisuutta tukevia toimintatapoja sekä tuottaa tietoa yhteiskunnalliselle päätöksenteolle ja toiminnalle (STM 2014). Hallitusohjelmissa, hallituksen strategisissa linjauksissa sekä sote-palveluiden uudistamisessa (Taulukko 1) osallisuus on nostettu esiin erilaisten toimintalinjausten ja mallien kautta Suomessa 2000-luvun

toisella vuosikymmenellä. Osallisuus-käsite toimii lainsäädännöllisen ja poliittisen ohjauksen välineenä, ja osallisuudenvaade esiintyy osana hyvinvointipoliittisia linjauksia.

Strategioissa kansalaisten osallisuus nähdään hyvinvoinnin perustana. Osallisuuden toteutumisen näkökulmasta on kuitenkin oleellista, ettei osallisuuden toteutuminen tarkoita ainoastaan yhden toimijan tavoitteiden toteutumista. Osallisuuteen liittyvät yksilöllisten vaikutusmahdollisuuksien edistäminen yhteiskunnallisten palveluiden kehittämisessä ja itseään koskevassa päätöksenteossa (STM 2011; STM 2012, 20). Hallitusohjelmissa 2011–2019 osallisuus on ollut keskeisenä kehittämisen periaatteena. Sipilän hallituksen kärkihankkeen (STM 2017) ”Palvelut asiakaslähtöisiksi” tavoitteena oli sote-palveluiden asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Tätä tavoiteltiin hallintorajat ylittävän toimintakulttuurin ja asiakkuusprosessien kehittämisellä. Valtakunnallisen asiakkaiden osallistumisen toimintamallin tarkoituksena oli huomioida asiakkaat kumppaneina. Kärkihankkeessa nostettiin esiin asiakkaiden kokemustiedon hyödyntäminen organisaatiossa ja politiikassa. Osallisuuden lisäämisellä on tavoiteltu myös kansalaisten ymmärryksen lisäämistä sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnasta. Hankkeen tavoitteena oli saavuttaa palveluiden oikea-aikaisuus asiakkaan näkökulmasta. (Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelma 2015, 20–21.)

Pääministeri Juha Sipilän (2015) hallituksen ohjelmassa toteutettiin kansalaisosallisuutta korostava merkitys työnhaun aktivointipolitiikassa kansantalouden kilpailukyvyyn ja tuotavuuden parantamiseksi. Pääministeri Sanna Marinin (2019) hallituksen ohjelmassa osallisuus on kuvattu dynaamisena hyvinvoinnin sosiaalisena tekijänä, joka vähentää eriarvoisuutta ja syrjäytymistä. Hallituksen ohjelmassa tavoitteena on eri ikäisten kansalaisten sosiaalisen osallisuuden lisääminen, osallisuuden turvaaminen ja käyttäjädemokratian vahvistaminen. Marinin (2019) hallituksen ohjelma ottaa myös kantaa sanktioita korostavaan toimintatapaan, joka voi aiheuttaa arvottomuuden ja turvattomuuden kokemusta ja heikentää osallisuushalukkuutta. (vrt. Juha Sipilän hallituksen ohjelma 2015.)

### **2.3.2 Osallisuus lainsäädännössä**

Nykyisellään asiakkaiden ja kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia turvaava lainsäädäntö on laaja. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan osallisuutta, oi-

keuksia ja asemaa käsitellään useissa eri laeissa. (Taulukko 2.) Olen tarkastellut osallisuuden liittyvää lainsäädäntöä sen mukaan, mikä on lain tarkoitus ja miten se osallisuutta ohjaa.

TAULUKKO 2. Osallisuus sosiaali- ja terveystalveluiden sääntelyssä

Laki	Osallisuuden näkökulma laissa
Suomen perustuslaki (731/1999)	Julkisen vallan tehtävänä on yksilön osallisuusmahdollisuuksien edistäminen yhteiskunnallisessa toiminnassa.
Kuntalaki (410/2015)	Oikeus osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan. Osallistumisen menetelmät ja mahdollisuudet tulee olla monipuolisia sekä eri ikäisiä ja toimintakyvyiltään erilaisia ihmisiä huomioivia.
Hallintolaki (434/2003)	Asiakkaalla on oikeus neuvontaan ja ohjaukseen asioinnissa sekä osallisuuteen ja tietoon päätöksenteossa.
Terveystalveluolaki (1326/2010)	Asiakaskeskeisyys, mutta ei suoraan mainintaa osallisuudesta.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)	Oikeus suunnittelu- ja päätöksenteko-osallisuuteen sekä tietoon omaa hoitoa koskevissa asioissa.
Sosiaaliuololaki (1301/2014).	Vahvistaa sosiaalipalveluiden asiakaslähtöisyyttä ja asiakasosallisuutta. Mahdollisuus osallistua palveluiden kehittämiseen ja palveluprosessiin.
Laki sosiaaliuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)	Vahvistaa sosiaaliuollon asiakaslähtöisyyttä ja asiakasosallisuutta. Asiakkailla on oikeus suunnittelu- ja päätöksenteko-osallisuuteen sekä tietoon omaa hoitoa koskevissa asioissa.

Lainsäädäntö luo puitteet sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmälle ja velvoittaa niin työntekijöitä kuin organisaatioita osallisuuden edistämiseen. Asiakkaan osallisuudelle ei ole olemassa vakiintunutta oikeudellista määritelmää, vaan se saa erilaisia merkityksiä eri sääntelyissä. Yleisesti osallisuudella tarkoitetaan yksilön vaikutusmahdollisuuksia oman asiansa hoitamiseksi. (Kivinen ym. 2020, 275, 277.)

Perustuslaki korostaa kansalaisten osallistumisoikeuksia demokratiaan keinoihin liittyvänä. Perustuslain mukaan (731/1999) lainsäädäntö sitoo julkisen vallan käyttöä varmis-

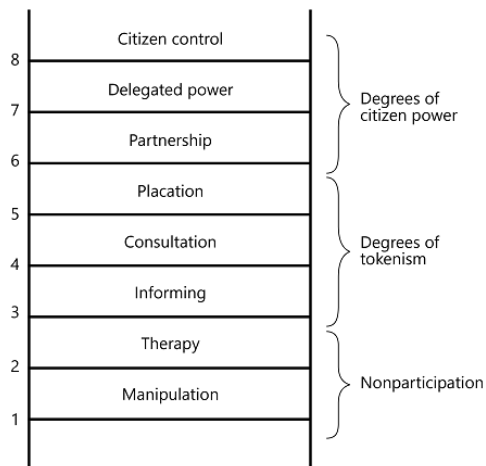
tamaan, että kansalaisten osallistumisen mahdollisuuksia luodaan ja ylläpidetään yksilöitä huomioiden. Perustuslain 14§ pykälän neljäs momentti laajentaa osallistumisoikeuksien soveltamisalaa velvoittamalla julkista valtaa rakentamaan osallistumisjärjestelmiä muun muassa julkisten palveluiden käyttäjille ja laitoksiin (kts. myös Kivinen ym. 2020, 274). Oikeuttaan kansalaiset toteuttavat kansalaisoikeuksina. Palveluiden käyttäjät voivat olla osallisia poliittisessa päätöksenteossa, kuten lainsäädännön valmistelussa, sosiaali- ja terveystalouden muotoilussa tai hoitosuositusten laadinnassa. Osallisuus tapahtuu yhteiskunnallisella tasolla pääosin edustuksellisen demokratian keinoin ja sosiaali- ja terveyspalveluissa esimerkiksi erilaisten asiakasjärjestöjen kautta. (Clark ym. 2008, 11.)

Kansalaisten ja sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävien asiakkaiden osallisuus on osa olemassa olevaa lainsäädäntöä ja demokratiaan perustuvaa kansalaislähtöisyyttä. Sosiaali- ja terveyspalveluita ohjaavissa laeissa, kuten Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014), asiakkaan asema määrittyy palvelumuotojen ja asiakkaaseen liittyvien tekijöiden mukaan. On huomattavaa, että terveydenhuoltolaissa ei ole varsinaista mainintaa asiakkaan osallisuudesta erikseen, vaan laissa ohjataan vahvistamaan asiakaslähtöisiä menetelmiä. Lainsäädännössä asiakaslähtöisyys kytkeytyy läheisesti osallisuuden toteuttamiseen myös arvoperustaisena toimintana ja pitää sisällään asiakkaan konkreettisen osallisuuden muodot (vrt. Laitila 2010, 153). Hallintolaissa (434/2003) säädetään, että asiakkaalla on oikeus neuvontaan ja ohjaukseen asioinnissa ja riittävään informaatioon päätöksenteossa. Valinnanvapautta lisäävän ja laajenevan yksityisen palvelutarjonnan on pelätty heikentävän kansalaisten tasa-arvoa palveluissa, julkisen toiminnan vaikuttavuutta sekä virkamiesten toiminnan eettisyyttä. Osallisuuden toteutumisen näkökulmasta on tärkeää myös, että viranhaltijoiden toiminta ja verorahojen käyttö julkisissa palveluissa ja hallinnossa on oikeudenmukaista mutta myös tehokasta. (Ikola-Norrbacka & Lähdesmäki 2011, 245–247.)

### 3 OSALLISUUDEN JÄSENTÄMINEN TEOREETTISISSA MALLEISSA

#### 3.1 Osallisuus hierarkkisissa malleissa

Osallisuutta on jäsennetty erilaisten mallien avulla. Hierarkkiset mallit kuvaavat osallisuuteen liittyvää vallan jakautumista yhteiskunnassa. Osallisuusteorioiden klassikkona on pidetty Sherry R. Arnsteinin (1969) Osallisuuden tikapuut -teoriaa. Teoria määrittelee kansalaisen ja julkisen organisaation välistä valtasuhdetta ja sitä, millaisia mahdollisuuksia kansalaisella on osallistua päätöksentekoon. Tikapuiden askelmat kuvaavat valtaa, joka yksilöllä on olemassa suhteessa tehtäviin päätöksiin. Mitä ylemmäs tikapuilla mennään, sen enemmän asiakkaalla on valtaa osallistua päätöksentekoon. Mallia on käytetty pohjana useissa eri osallisuuden malleissa.



KUVIO 1. Osallisuuden tikapuut (Arnstein 1969, 217)

Sosiaali- ja terveystalveluiden toiminnassa Arnsteinin (1969) mallia voi hyödyntää tarkastelemalla asiakkaan asemaa sekä mahdollisuutta osallisuuteen hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa sekä palveluiden kehittämisessä. Kahdella ensimmäisellä askelmalla (manipulaatio ja terapia) osallisuus jää näennäisen vaikuttamisen tasolle. Tämä osallisuuden muoto on havaittu myös kansallisessa ja kansainvälisessä osallisuuden tutkimuksessa sosiaali- ja terveystalveluissa (ks. myös Beresford 2012; Valkama 2012). Kolme seuraava askelmaa osallisuuden portailta (tiedonsaanti, konsultaatio ja yhteissuunnittelu) kuvaavat neuvoo antavaa osallisuutta, jossa asiakkaalla ei ole varsinaista päätösvaltaa. Kol-

mella ylimmällä portaalla osallisuus näyttäytyy kansalaisen itsenäisenä toimivaltana päätöksenteossa. Näitä portaita Arnstein kuvaa kumppanuutena, delegeoituna päätösvaltana ja kansalaisvaltana. (Arnstein 1967, 217.)

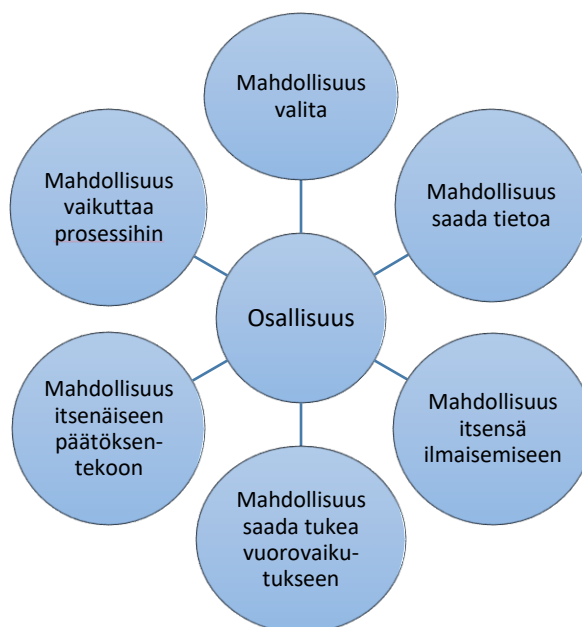
Myös Marion Clarkin kollegoineen (2008, 10–11) esittämä osallisuuden malli kuvaa osallisuutta hierarkkisenä rakenteena asiakkaan ja ammattilaisten kesken. Ensimmäisellä tasolla palveluita käyttävät ja tarvitsevat asiakkaat eivät ole osallisena palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Eli *osallisuutta ei ole*. Toisella tasolla palveluiden käyttäjien *osallisuus ja tieto rajoittuu* asiakkaan omaan hoitoon tai palveluun liittyvänä. Osallisuus ilmenee esimerkiksi oman hoitosuunnitelman tekemisenä ja seurantana. Asiakkaan rajatussa osallisuudessa organisaation toiminta ei tue osallisuutta, ja esimerkiksi palautteen kerääminen toiminnasta ei ole säännöllistä vaan satunnaista. Clarkin ja kumppaneiden mallin kolmannella tasolla asiakkaan *osallisuus kasvaa*, kun heidän mielipiteitään kuunnellaan ja saatua palautetta käytetään toiminnan kehittämisessä. Neljännellä tasolla asiakkaat osallistuvat *yhteistoiminnallisesti* palveluiden kehittämiseen ja päätöksentekoon, ja osallisuuden muotojen kehittäminen on organisaatiossa tietoista. Viidennellä eli korkeimmalla tasolla osallisuus ilmenee *kumppanuutena*. Tällöin asiakkaat ja ammattilaiset työskentelevät yhdessä palvelun eri vaiheissa. Asiakkaat osallistuvat palveluiden sisällön ja toimintatapojen arviointiin ja heitä koulutetaan myös organisaation tehtäviin, kuten kokemusasiantuntijuuteen. Tällä tasolla myös palvelun tarjoajalla on resursseja tukea asiakkaiden osallisuutta kehittämällä aktiivisesti osallisuutta edistäviä toimintatapoja. (Clark ym. 2008, 10–11.)

Lars Leeman ja Riitta-Maija Hämäläinen (2015, 3) kuvaavat osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa neljäntasoisena mallina asiakkaan osallisuusasteen mukaan. *Asiakas informanttina* -tasoon liittyy mahdollisuus antaa asiakaspalautetta. Tämä taso ei sisällä osallisuutta, vaan ainoastaan asiakkaan osallistumisen. Taso kuvaa asiakkaan näennäisosallisuutta, johon myös Arnsteinin (1969) malli ja Beresford (2012) viittaavat. Asiakasosallisuuden perusasteella (toinen taso) *asiakas osallisena* on enemmän kuin palautteen antajana. *Asiakas vaikuttajana* (kolmas taso) on korkeampi aste asiakasosallisuudesta. Se kuvaa asiakkaan mahdollisuutta osallistua sekä oman hoidon että laajemmin palveluiden kehittämiseen. *Asiakas johtajana* (neljäs taso) on korkein aste asiakasosalli-

suudesta. Tällä toiminnan tasolla asiakas määrittelee palvelun raamit. Osallisuuden hierarkkisia malleja ovat esittäneet myös muun muassa Roger Hart (2007), Harry Shier (2001) ja Suomessa Liisa Horelli (1994). Näitä malleja on hyödynnetty lasten osallisuuden tarkastelussa. Mielestäni niitä voidaan soveltaa myös sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden osallisuuden tarkasteluun, sillä palveluita tarvitsevia ja käyttäviä asiakkaita yhdistää samanlainen haavoittuvuus kuin lapsia.

### 3.2 Osallisuuden ulottuvuusmalleja

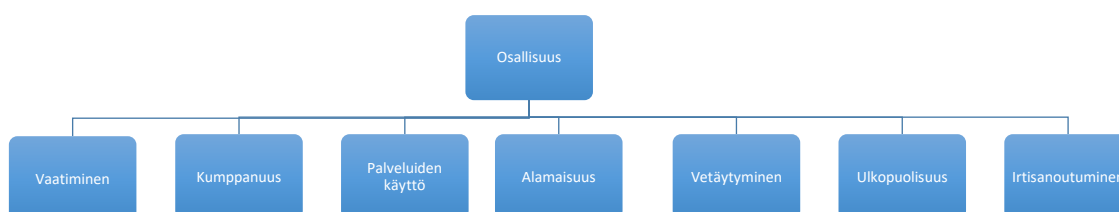
Hierarkkisten mallien lisäksi osallisuutta on lähestytty ulottuvuusmallien avulla. Thomasin mallissa (2002, 174–176) osallisuus mahdollistuu ja rakentuu asiakkaan ja ammatti-laisten välisessä keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Thomasin tulkinnan keskiössä on asiakas palveluiden käyttäjänä (Kuvio 2), jonka subjektiivinen kokemus osallisuudesta rakentuu kuuden mahdollisuus–ulottuvuuden kautta. Mallin tarkastelussa on keskeistä ulottuvuuksien keskinäinen vaihtelevuus asiakkaan tilanteen mukaan sekä tilanteen ymmärtäminen asiakkaalle subjektiivisena kokemuksena.



KUVIO 2. Osallisuuden ulottuvuudet mahdollisuuksina (Thomas 2002)

Thomasin (2002) mallin ensimmäinen ulottuvuus tarkastelee asiakkaan *mahdollisuuksia käyttää itsemääräämisoikeuttaan* ja tehdä päätös omasta osallistumisestaan. Tällöin kieltäytyminen voidaan tulkita yhdeksi osallisuuden muodoksi. Toinen ulottuvuus kuvaa *riittävää tiedon saantia* omasta tilanteesta ja omista oikeuksista. Kolmas ulottuvuus kuvaa asiakkaan *mahdollisuutta vaikuttaa prosessiin*. Neljäs ulottuvuus kuvaa asiakkaan mahdollisuuksia *ilmaista itseään* ja esittää mielipiteitään. Viidennen ulottuvuuteen liittyy arviointi siitä, onko asiakkaalla *mahdollisuus saada apua ja tukea* itsensä ilmaisemiseen, ja kuudennen ulottuvuuden avulla voidaan tarkastella asiakkaan *mahdollisuuksia tehdä päätöksiä*. (Thomas 2002, 174–176.)

Heli Valokivi (2008, 63) esittää osallisuuden jananamallina (Kuvio 3). Tässä mallissa osallisuus ilmenee asiakkaan oman tai palvelujärjestelmässä hänelle annetun roolin ja aktiivisuuden mukaan. Asiakkaan osallisuus vähenee siirryttäessä janalla oikealle. Janan vasemmassa päässä on itsenäinen, aktiivinen asiakas ja oikeassa päässä palveluiden ulkopuolelle ajautunut tai niistä irtisanoutunut asiakas. Valokiven (2008) mukaan asiakas voi olla palveluita käyttäessään vaihtelevasti jatkumon eri kohdilla, sillä osallisuuteen vaikuttavat niin yksilön henkilökohtaiset voimavarat ja elämäntilanne kuin ulkoisetkin tekijät.



KUVIO 3. Osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumo palvelujärjestelmässä (Valokivi 2008, 63)

*Vaatimisen toimintatavassa* asiakas on vahva toimija, joka tuntee oikeutensa ja esittää ehtoja, jotta hänen tarpeensa tulisivat huomioiduksi. Organisaation toiminnassa ja ammattilaisten näkökulmasta tällainen toiminta voidaan kokea vaikeana, eikä asiakkaan vaatimukseen välttämättä olla halukkaita vastaamaan (ks. esim. Laitila 2010, 156). *Kumppa-*



*nuudessa* asiakas toimii yhdessä ammattilaisten ja palveluiden järjestäjien kanssa. Yhteistyö perustuu luottamukseen, keskinäiseen vuorovaikutukseen ja arvostukseen. Tässä roolissa asiakkaalla on mahdollisuus ja oikeus esittää kehitysehdotuksia palvelun parantamiseksi. *Palveluiden käytössä* asiakkaan osallisuus on vähäisempää kuin kumppanuudessa: asiakas voi tuoda esille omia parannusehdotuksiaan, mutta tyytyy saamiinsa palveluihin, eikä ole osallinen palveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä. (Valokivi 2008, 62–68.)

*Alamaisuudessa* asiakas on ammattilaisten toiminnan kohde ja palveluiden vastaanottaja. Tällöin ammattilainen toimii aktiivisessa roolissa asiakkaan elämäntilanteen järjestämiseksi. Tähän asiakkuuteen liittyy passiivisuus, joka voi johtua esimerkiksi tiedon puutteesta tai toimintakyvyn heikkenemisestä. (Valokivi 2008, 62–68.) Toisaalta tähän roolin liittyy myös sosiaali- ja terveystalveluiden toiminta ammattilaisten asiantuntijuuteen perustuvana (ks. esim. Laitila 2010, 156). *Vetäytymisessä* asiakas jää palveluiden ulkopuolelle, joko omasta tahdostaan tai siksi, ettei hänellä ole kykyä ja tietoa oman osallisuutensa mahdollisuuksista ja oikeuksista. *Ulkopuolisuudessa* asiakkaan osallisuus on esitetyn mallin mukaisesti vähäisintä. Asiakasta ei kuulla palveluiden käyttäjänä ja tarvitsijana. *Irtisanoutumisessa* on kyse asiakkaan omasta aktiivisesta toiminnasta, joka voi johtua esimerkiksi huonosta palvelukokemuksesta tai halusta itse vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen ja etsiä itselle paremmin sopivia palveluita. (Valokivi 2008, 62–68.)

Kirsi Kohonen ja Joni Tiala (2002) ovat määritelleet osallisuutta palveluiden käytössä ja kunnallisessa päätöksenteossa kuntalaisten toimintamahdollisuuksien mukaan. Kohosen ja Tialan (2002, 6) mukaan osallisuus ilmenee mahdollisuuksina osallistua tai konkreettisenä osallistumisena lainsäädännössä viitattavaan päätöksentekoon ja kansalaistoimintaan. *Tieto-osallisuuteen* kuuluvat menetelmät, jotka edistävät tiedonantoa, asiakkaan kuulemista sekä asiakkaan mahdollisuuksia osallistua vastaamalla kyselyihin (Kohonen & Tiala 2002, 6). Sosiaali- ja terveystalveluissa tieto-osallisuuteen kuuluu asiakkaan oikeus saada tietoa palveluista ja niiden saatavuudesta. Tiedon tulee olla esteettömässä ja sellaisessa muodossa, että asiakas voi sen ymmärtää. Leemannin ja Hämäläisen (2015, 4–5) mukaan tieto-osallisuutta voidaan pitää osallisuuden toteutumisen perusedellytyksenä.

*Suunnitteluosallisuus* kuvaa tieto-osallisuutta syvempää osallisuutta. Siinä osallisuus rakentuu vuorovaikutuksessa kuntalaisten ja kuntaorganisaation välillä ja toteutuu muun muassa erilaisten yhteissuunnittelujen tai kaupunkifoorumien kautta. (Kohonen & Tiala 2002, 6.) Suunnitteluosallisuuden edellytys on osallisuuden mahdollistavat toimintatavat ja kanavat sekä asiakkaalla oleva riittävä tieto omasta palveluprosessista, palveluista ja niiden suunnittelusta (Leemann & Hämäläinen 2015, 5).

*Päätösosallisuudessa* asiakas on osallisena palveluiden tuottamista koskevassa päätöksenteossa (Kohonen & Tiala 2002, 6; Leemann & Hämäläinen 2015, 5). Organisaation toiminnassa tämä edellyttää vallan ja vastuun jakamista asiakkaiden kanssa, asiakkaan osallisuuden mahdollistavia päätöksentekorakenteita sekä asiakkaan tukemista päätöksenteossa. *Toimintaosallisuus* on Kohosen ja Tialan (2002, 6) mukaan kuntalaisten toimintaa, jossa he kehittävät asuinympäristönsä palveluja ja toimintaa. Toimintaosallisuudessa kuntalaiset jakavat osallisuuden yhteisöllisyyden. Asiakasosallisuudessa toimintaosallisuus ilmenee asiakkaan mahdollisuuksina toimia omassa elin- ja asuinympäristössä henkilökohtaisesta toimintakyvystä riippumatta. Siksi toimintaosallisuus edellyttää todellisia toimintamahdollisuuksia. (Leemann & Hämäläinen 2015, 5.)

Poliittishallinnollinen päätöksenteko ja yhteiskunnallinen keskustelu vaikuttavat osallisuuden liittyviin käsitteisiin sosiaali- ja terveystalouden toimintaympäristössä. Leemann ja Hämäläinen (2015) viittaavat Eversin (2003) jaotteluun tarkastella asiakkaan osallisuutta suhteessa palvelujärjestelmän kehitykseen ja hyvinvointivaltioon liittyvien näkökulmien kautta. Siksi esittelen Eversin jaottelun tässä. (Leemann & Hämäläinen 2015.)

*Hyvinvointivaltiollinen malli* kuvaa palveluiden järjestämisen velvoitetta oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti. Tässä mallissa osallisuus toteutuu demokratian kautta. *Professionalismi* korostaa sosiaali- ja terveystaloudessa ammatilliseen osaamiseen, ohjeisiin, tietoon ja valtaan perustuvaa suhdetta, jossa asiakas on toiminnan kohde ja ammatillaiset työskentelevät hänen puolestaan, ei hänen kanssaan. *Konsumerismissa* korostuu asiakkaan valinnan mahdollisuudet ja palveluntuottajien keskinäinen kilpailu, jotka tukevat asiakaskeskeistä toimintaa ja palvelun kehittämistä. Osallisuutta lisätään esimerkiksi lain-

säädäntöä muuttamalla ja poistamalla esteitä, jotka ovat asiakkaan valinnanmahdollisuuksien teillä. *Managerialismin* mukaan julkisesti tuotetut palvelut ovat markkina-alueita, joiden toimintaa tulee tehostaa esimerkiksi kilpailua lisäämällä. Managerialismi eroaa konsumerismista siinä, että huomio on asiakkaan sijaan palveluntuottajassa ja toimintaa ohjaavassa poliittisessa päätöksenteossa. Tällöin yksilön osallisuutta kuvaa kansalaistoiminta äänestäjänä ja veronmaksajana. *Osallistumisen mallissa* palveluita käytävällä ja tarvitsevalla asiakkaalla on mahdollisuus osallistua henkilökohtaisesti palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Lisäksi malli korostaa yhteisöllisyyttä ja erilaisista paikallisista tarpeista lähteviä toimintatapoja. Malli korostaa mahdollisuutta vaikuttaa, mutta samalla myös edellyttää yksilöllistä halua ja kykyä osallisuuteen. (Leemann & Hämmäläinen 2015.)

Erityisesti Isossa-Britanniassa on tehty arviointia yhteiskunnallisten muutosten merkityksestä asiakkaan osallisuuden toteutumiseen ja osallisuus-käsitteen merkityksen rakentamiseen. Osallisuutta on tutkittu asiakkaan näkökulmasta, mutta myös siitä, millaisia mahdollisia jännitteitä asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluissa voi aiheuttaa. (Beresford 2012.) Osallisuuden ja palvelujärjestelmän välisen suhteen tarkastelussa on käytetty muun muassa taloustieteestä mukaeltua kehystä ”*Exit, choice and voice*”. Malli kuvastaa tavoitetta parantaa asiakkaiden osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa lisäämällä heidän valinnanmahdollisuuksiaan. Valintojen uskotaan tehostavan erityisesti julkisen sektorin toimintaa (Haarmann, Klenkin & Weyrauchin 2009, 2).

### **3.3 Yhteenveto osallisuuden teoreettisesta tarkastelusta**

Osallisuuskeskustelun taustalla on useita erilaisia näkökulmia ja asiayhteyksiä. Osallisuudesta esitetyjen mallien avulla on mahdollista pyrkiä ymmärtämään ja jäsentämään osallisuuden eri muotoja. Esittelemieni näkökulmien lisäksi kirjallisuudessa esitetään muitakin osallisuutta kuvaavia jaotteluja, joiden kautta osallisuutta on mahdollista ymmärtää, tulkita, tutkia tai kehittää.

Suomessa asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa ohjaavat lait, ohjeet, suositukset, hallituksen linjaukset sekä sosiaali- ja terveysministeriön strategia. Myös Maailman terveysjärjestö, WHO, antaa hyvinvointipoliittisia suosituksia, joiden avulla on

mahdollista vaikuttaa asiakkaiden osallisuuteen, terveyteen ja hyvinvointiin ja sosiaaliin tekijöihin maailmanlaajuisesti, mutta myös kansallisella ja paikallisella tasolla (WHO 2016).

Asiakkaan osallisuuden lisäämiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa on pyritty lainsäädäntöä (Taulukko 1, s. 17), toimintaohjeita sekä käytössä olevia käsitteitä muuttamalla (STM 2008; STM 2013). Muutosta on haettu myös professio- ja organisaatorajat ylittävillä toimintarakenne- ja palveluprosessimuutoksilla ja julkisesti tuotettujen palveluiden rahoitus- ja järjestämisperusteita muuttamalla (VNS 2002, 3; Heikkilä & Julkunen 2003, 3; Niiranen & Lammintakanen 2011, 116; Leemann & Hämäläinen 2016, 587; Piipponen & Pekola-Sjöblom 2019; Suomen Kuntaliitto 2019). Toteutetuista muutoksista huolimatta toimintatavat, palvelurakenteet ja instituutiot vaikuttavat osallisuuden toteutumiseen ja asiakkaan ja ammattilaisten tai organisaation välinen vuorovaikutus on vähäistä (Valkama 2012, 77–79). On myös huomioitava, että asiakkaan osallisuutta lisäävillä muutoksilla sosiaali- ja terveyspalveluissa voi olla vaikutusta tehtävän työn organisointiin (STM 2014, 11–13; Kallio & Bäcklund 2012, 246). Jos ammattilaisten aikaa kuluu monimutkaisuuden selvittämiseen ja toimirajojen ylittämiseen, osallisuuden tukemiselle ei jää aikaa (Närhi, Kokkonen, Matthies 2014, 236–242).

Poliittishallinnollisessa päätöksenteossa tulisi kiinnittää huomio siihen, millaisia seurauksia tehtävillä päätöksillä voi olla. Osallisuus voidaan nähdä yhteiskunnallisesti positiivisena ilmiönä. Siihen kuitenkin sisältyy julkisen vallan hallinnan elementti vallan käytöstä, jolloin julkisten palveluiden voidaan nähdä olevan myös poliittinen tapa vastata yhteiskunnallisiin ongelmiin (Kivinen ym. 2020, 277). Sosiaali- ja terveyspalveluissa tähän liittyy myös yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, silloin kun sillä katsotaan edistettävän tarpeelliseksi katsottua päämäärää (ks. myös Julkunen & Heikkilä 2007). Osallistamisen kautta asiakkaalle asetetaan vaatimuksia ja sitä kautta ohjataan olemaan osa hallinnan tavoittelemaa tavoitetta (Kivinen ym. 2020, 277).

Tämän päivän sosiaali- ja terveystalitiikassa ja lainsäädännössä painotetaan erityisesti yksilön vastuuta oman osallisuuden mahdollistajana. Asiakasnäkökulma korostaa osallisuutta yksilön mahdollisuuksina ja oikeutena tehdä valintoja oman hoidon ja palvelun

suhteen. Vetoamalla yksilön vastuuseen ja aktiivisuuden merkitykseen ei kuitenkaan huomioida niitä ihmisiä, jotka ovat lähtökohdistaan erilaisissa elämäntilanteissa. Instituution hallinnollisten elementtien seurauksena voi aiheutua syrjäytymistä ja osattomuutta, johon liittyy yksinäisyyttä ja turvattomuutta. (Valokivi 2008, 63; Isola ym. 2017.)

Asiakkaiden ja kansalaisten osallisuuden lisäämiseksi on perusteltua arvioida nykyisiä toimintatapoja ja etsiä uusia malleja ja käytäntöjä, jotka mahdollistavat osallisuuden lisäämisen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt osallisuusindikaattorimittarin, Experiences of Social Inclusion Scale (ESIS), jonka avulla asiakkaan osallisuuden kokemusta voidaan mitata organisaatiotasolla (THL 2021). Nykyajan yhteiskunta on muuttuva ja kompleksinen. Siksi osallisuuden edistämässä tulisi huomioida monimuotoinen verkosto, jossa asiakkaat, yhteisöt ja eri toimintasektorit kohtaavat ja vuorovaikuttavat. Käytäessä yhteiskunnallista keskustelua osallisuudesta, tulisi kansalaisten arvioida, millaiset palvelurakenne- ja toimintamuutokset edistävät osallisuutta yksilötasolla. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistyössä tulisi kokeilla ja arvioida, miten esimerkiksi johtamisrakenteita ja tapoja muuttamalla vaikutetaan toimintakulttuuriin asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi. Myös erilaisten toimintamallien kokeileminen, joissa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimintaa yhdistämällä laajennettaisiin asiakkaan osallisuuden muotoja sosiaali- ja terveyspalveluissa, olisi tärkeää osallisuuden edistämiseksi.

Osallisuuden malleja voidaan jaotella sen mukaan, miten osallisuus niissä jäsentyy tai millaisena se ilmenee. Malleille yhtenäistä on niiden perustuminen näkemykseen, että osallisuuteen liittyy eri tavoin toteutuva kohtaaminen yksilön, palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan kesken sekä kohtaamiseen liittyvä tiedon välittäminen. Hierarkiamallien avulla on mahdollista ymmärtää osallisuutta asiakkaan ja ammattilaisten tai organisaation tai kansalaisen ja yhteiskunnan välisen vallan jaon ja käytön näkökulmasta. Osallisuuden kuvaamista hierarkkisesti voidaan kuitenkin kritisoida sen yksiulotteisuudesta. Mallit eivät huomioi osallisuuden vuorovaikutukseen perustuvaa prosessia ja ne voivat vahvistaa sosiaali- ja terveyspalveluissa vaikuttavia valtasuhteita vallan säilyessä ammattilaisilla ja organisaatioilla. (Beresford 2012.) Mallit voivat myös johtaa virheelliseen ajatukseen siitä, että tavoitteena tulisi olla aina korkein osallisuuden taso.

Thomasin (2002) malli kuvaa osallisuutta kuuden samanarvoisen vuorovaikutussuhteen kautta asiakkaan ja ammattilaisen sekä organisaation välillä (ks. myös Valokivi 2008). Thomasin malli eroaa hierarkkisista malleista (vrt. Arnstein 1969) siinä, että asiakas on mallin keskiössä. Thomasin tulkinnassa (2002) osallisuuden toteutuminen huomioidaan asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen mukaisena. Vaikka tarkastelunäkökulma osallisuudesta perustuu lainsäädännön ja lasten osallistumismahdollisuuksien tarkasteluun, tulkintaa voi hyödyntää myös sosiaali- ja terveystalvveluita tarvitsevien aikuisten asiakkaiden kohdalla. Palveluita tarvitsevia voi yhdistää haavoittuvuus tai sairaudesta johtuva kyvyttömyys ilmaista itseään, kuten eri ikäisten lasten kohdallakin.

## 4 TUTKIELMAN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Käsiteanalyysi

Käsitteet ovat vuorovaikutuksen peruselementtejä. Diskursiivisesti, eli sanallisesti, tai ei-diskursiivisesti ilmaistuna, ne jäsentävät ajattelua ja yhdistävät sen todellisuuteen. Käsitteet ovat todellisuuden abstraktioita, joita käytetään ihmisten välisen vuorovaikutuksen tukemisessa. Käsitteet auttavat kuvaamaan ilmiöitä ja tunnistamaan samankaltaisia kokemuksia yhteisten piirteiden mukaan. (Walker & Avant 1992, 26; Rodgers 1993a, 75; Lammintakanen ym. 2008, 2.) Wilsonin (1969, 6) mukaan sanojen tarkoitus on auttaa ihmisiä saavuttamaan tahtomansa, jolloin niiden käyttäminen edellyttää yhteistä ymmärrystä.

Käsitteillä on kaksi merkitystekijää ja ne eroavat toisistaan erityispiirteidensä kautta. Ekstensio muodostaa käsitteen alan. Sillä tarkoitetaan asioita ja olioita, joihin käsitteellä viitataan. Intensiolla tarkoitetaan käsitteiden sisältöä, eli ominaisuuksia, joiden avulla käsitteen merkitys annetaan. Koska intensio on osittain sopimuksenvarainen ja muuttuva, voi muutos johtaa myös käsitteen alan muuttumiseen. Toisaalta on huomioitava, että käsitteen alan laajeneminen voi vähentää käsitteen yhteisten ominaisuuksien määrää. (Rodgers 1993b, 9, 11; Kakkuri-Knuutila 2002, 335.)

Tutkimuksessa käsitteitä voi lähestyä eri tavoin ja käsitteiden merkitykset vaihtelevat tieteenalan ja koulukuntien mukaan. Tieteessä käsitteet voivat olla tutkimuksen välineitä sekä tuloksia. (Niiniluoto 2002, 13.) Tässä tutkielmassa lähtökohta on käsitteen analysointi ja määrittely, jolloin tutkielmaa voidaan kutsua käsiteanalyttiseksi tutkimukseksi (Rodgers 1993b, 8–9). Tutkijat kommunikoivat käsitteiden kautta, ja käsitteet suuntaavat tieteen ja käytännön välistä vuorovaikutusta (Kakkuri-Knuutila 2002, 357). Lammintakanen ja kumppanit (2008, 1–2) viittaavat Sorppaseen (2005), jonka mukaan tutkimuksen tulos synnyttää tietoperustaa. Teorian kautta tiede muovaa käytännön työtä ja koulutusta, joista puolestaan nousee tieteelle uusia tutkimusaiheita ja käsitteitä. Tutkimuksessa ja arkikielessä käytetyt käsitteet eroavat toisistaan, vaikka ovat myös keskinäisessä muuttuvassa vuorovaikutuksessa. Arkikieli rikastuu omaksuessaan tutkimuskäsitteitä, ja toisaalta tutkimuskäsitteistön ymmärtäminen perustuu arkikieleen. (Rodgers 1993a, 76–77.)

Käsiteanalyttinen tutkimus edellyttää, että käsite on tunnettu ja siitä on saatavilla tietoa. Käsitteen taustan ymmärtäminen on ehto käsiteanalyysin käytölle (Rodgers 1993a, 77). Lisäksi metodologisena valintana on osattava myös analyysin teko. Hoitotieteessä käsiteanalyttistä tutkimusta on tehty paljon. Alalla käytettyjä käsiteanalyysimenetelmiä ovat Rodgersin (1993) lisäksi muun muassa Schwartz-Barcottin ja Kimin (1986) sekä Walke-  
rin ja Avantin (1983) mallit. Käsitteen tarkastelussa tulee huomioida eri tasot, joilla käsite ilmenee. Tällöin näkökulmasta muodostuu riittävän kattava (Bereford 2012). Rodgers (1993, 28) viittaa Laudan (1977) kuvaamaan kahteen ongelmaan, jotka tulee tunnistaa käsiteanalyttisessä tutkimuksessa. Käsitteen sisäisenä ongelmana on riittävän selkeät peruskäsitteiden puutteet. Myös epäselvyys käsitteiden ja teorian välillä voi olla ongelmallinen.

#### **4.2 Rodgersin evolutionaarinen käsiteanalyysimalli**

Käsiteanalyysi on tieteen teoreettista perustutkimusta. Teoreettisen tutkimuksen tarkoitus voi olla uuden teorian rakentaminen tai olemassa olevan vahvistaminen. (Rodgers 1993; Kakkuri-Knuutila 2002, 329.) Tutkielmani tavoitteena on rakentaa teoreettista ymmärrystä osallisuudesta sosiaali- ja terveystieteissä. Metodologisena valintana on Beth L. Rodgersin (1993) evolutionaarinen käsiteanalyysimalli.

Rodgersin (1993a, 85) menetelmä perustuu käsitteen systemaattiseen tutkimiseen ja sen ominaispiirteiden, ennakkoehtojen, seurausten, korvaavien termien ja lähikäsitteiden sekä ajallisen kehityksen tunnistamiseen. (Rodgers 1993.) Lammintakanen ja kumppanit (2008) ovat kuvanneet Rodgersin (1993) käsiteanalyysistä mallin, joka etenee viiden vaiheen kautta:

1. Käsitteen tunnistaminen.
2. Tutkimusaineiston hankinta.
3. Käsitteen ominaisuuksien, edeltävien tekijöiden, seurausten, lähikäsitteiden ja käyttöyhteyksien tunnistaminen aineistosta.
4. Aineiston analyysi.
5. (Mallitapauksen tunnistaminen.)



Käsitteanalyysin tarkoituksena on kertoa käsitteen käyttöyhteydestä ja sitä kuvaavista piirteistä. Käsitteanalyttisen tutkimuksen tavoitteena ei tarvitse olla se, että kaikki ymmärtävät käsitteen samalla tavalla, vaan analyysin avulla esitettävät käsitettä kuvaavat piirteet ovat ehdotus käsitteen keskeiselle merkitykselle. (Rodgers 1993a, 90.) Perehtyessä analysoitavaan aineistoon käsitteiden tarkastelussa tulee huomioida tutkimuksen konteksti sekä tutkimuksen taustalla vaikuttavat tieteenfilosofiset tekijät. Käsitteen analyysi kertoo todellisuutta koskevat väitteet, eli tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaolelut. Pelkästään saman ilmiön kuvaaminen eri käsitteillä tai ”samankaltainen tapaus” ei tee käsitteestä esimerkiksi rinnakkaiskäsitettä. (Rodgers 1993a, 83; myös Wilson 1969)

Rodgersin (1993, 73) evolutionaarinen käsitteanalyysimalli perustuu kritiikkiin käsitteanalyttisten menetelmien filosofisten lähtökohtien tarkastelun puutteesta. Käsitteiden filosofisessa tarkastelussa on kaksi koulukuntaa. Käsitteen olemusta, eli entiteettiä korostava, ja käsitteen ominaisuutta, eli dispositiota korostava, koulukunta. Dispositionaalinen lähestymistapa on kiinnostunut käsitteen käytöstä ja käyttöyhteydestä. Se on vastakkainen essentialismille ja absolutismille, jotka edustavat käsitteiden pysyvyyttä ja riippumattomuutta ympäristöstä. (Rodgers 1993a&b, 20, 73–74, 90; Niiniluoto 2002, 156–157.)

#### **4.2.1 Aineiston hankinta**

Rodgersin (1993a, 80) evolutionaarinen menetelmä ohjaa käsitteanalyttisen tutkimuksen aineiston hankintaa niin, että aineistona voidaan käyttää tutkimusartikkeleiden lisäksi myös esimerkiksi käsitteen huomioivaa kirjallisuutta tai ei-tieteellistä yhteiskunnallista keskustelua. Tämä mahdollistaa laajan ymmärryksen tutkittavasta aiheesta, ja käsitteestä on mahdollista löytää yhteiskunnassa käytössä olevia lähikäsitteitä osallisuuteen liittyen. Tieteenalat, joilta tutkimuksen sisältöä haetaan, voidaan valita sen perusteella, millä aloilla käsitettä käytetään tai tutkitaan.

Tavoitteeni oli löytää mahdollisimman monipuolinen aineisto osallisuuden tutkimuksesta. Perehdyin aiheeseeni tutustumalla kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen osallisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä käsitteen käyttöön yhteiskunnallisessa keskustelussa. Kansallisella tasolla tutustuin Suomen lainsäädäntöön, hallitusohjelmiin, sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksiin ja julkaisuihin, sekä THL:n ja WHO:n

julkaisuihin. Tein koehakuja ja etsin tutkimuksia ja artikkeleita, jotka käsittelivät osallisuutta ja siihen verrattavia käsitteitä. Kartoitin tiedonhaussa suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia elektronisista tietokannoista Boolean-sanayhdistelmillä. Löytääkseni kattavan aineiston kansainvälisissä tietokannoissa hyödynsin suomalaista sanastopalvelu Finto:a, yleistä suomalaista asiasanasto YSA:ta, metadatajärjestelmä MeSH-asiasanastoa sekä sanojen synonyymejä ja rinnakkaiskäsitteitä (Hovi, Saranto, Korhonen, Korhonen & Holopainen 2011, 28–37). Kansallinen osallisuustutkimus sosiaali- ja terveystieteissä painottui asiakkaiden kokemuksiin osallisuudesta hoidon ja palvelun suunnittelussa. Kansainvälinen tutkimus tarjosi kansallista tutkimusta laajemman näkökulman osallisuuden sosiaali- ja terveystieteiden toimintaympäristössä.

Kansainvälisessä tutkimuksessa tuli esille enemmän osallisuus ja osallistuminen -käsitteiden käyttö- ja näkökulmaeroja. Osallisuutta (involvement) ja osallistumista (participation) käytetään usein rinnakkain tai samaa tarkoittavina käsitteinä (Beresford 2012). Tutkimusaiheeni ja hakustrategian tarkentamiseksi vertasin tietokannoissa (Taulukko 3) käsitteiden participation (osallistuminen) ja involvement (osallisuus) esiintymistä sosiaali- ja terveystieteisiin liittyvissä artikkeleissa. Hakutulosten perusteella osallisuus (involvement) käsitteen määrällinen kasvu ja muutos suhteessa osallistumisen käsitteeseen 2000-luvun alussa puolsi käsitteen valintaa tutkimuskohteeksi.

TAULUKKO 3. Participation ja involvement -käsitteiden esiintyvyys tietokannoissa

Tietokanta	1990-1999 Participation	2000-2019 Participation	1990-1999 Involvement	2000-2019 Involvement
Scopus	19 293	238 306	16 240	193 104
PubMed	10 627	52 356	3 530	24 270
SocINDEX	1 364	8 507	1 189	5 139
Web of Science	702	12291	575	8 775
<b>Yhteensä</b>	<b>31 986</b>	<b>311 460</b>	<b>21 534</b>	<b>231 288</b>

Haasteena hakustrategian rakentumiselle oli sekä osallisuuden että sosiaali- ja terveystieteisiin liittyvä runsas englanninkielinen käsitteistö ja määrällisesti monimuotoinen

aineisto. Keskustelu ohjaajieni ja yliopiston tietoasiantuntijan kanssa auttoi aiheen jäsentämisessä ja hakustrategian rakentamisessa. Jäsentämäni ja käyttämäni hakustrategia on kuvattu alla:

*(involvement) AND (“social care” OR “social service\*” OR “welfare service\*” OR “social work” OR “healthcare” OR “health care” OR “health service\*” OR “health sector” OR “social sector”)*

Aineiston hankinta perustui teoreettiseen ja järjestelmälliseen aineiston hakuun neljästä elektronisesta tietokannasta: Scopus, PubMed, socINDEX ja Web of Science. Tietokannat edustivat terveys-, hallinto-, yhteiskunta- ja sosiaalitieteiden tutkimusaloja. Eri alat ovat edustettuina käsitteen yhteisen käytön vuoksi (Rodgers 1993a, 80). Rodgersin (1993, 75) mukaan käsitteille on ominaista niiden muuttuminen ajan kuluessa. Käsitteen ajallisen muutoksen tarkasteleminen edellytti riittävän laajaa aikaväliä. Perustan artikkeleiden aikarajauksen esitettyyn havaintoon (Taulukko 3) osallisuus (involvement) -käsitteen käytön kasvusta tutkimusaiheena 2000-luvulla, sekä tehtyyn havaintoon käsitteen käytön lisääntymisestä eri käyttöyhteyksissä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja päätöksenteossa, josta esimerkkinä on muun muassa lainsäädännön muutokset Suomessa (Taulukko 2).

TAULUKKO 4. Hyväksymiskriteerit ja poissulkukriteerit

Hyväksymiskriteerit	Poissulkukriteerit
Hakustrategian sanat löytyvät tutkimusartikkelin otsikosta.	Hakustrategian sanat eivät löydy tutkimusartikkelin otsikosta.
Alkuperäistutkimus tai artikkeli on alkupe- räistutkimuksesta.	Alkuperäistutkimusta ei ole saatavilla. Artik- keli ei ole alkuperäistutkimuksesta.
Aineistomuoto on tutkimusartikkeli tai leh- den pääkirjoitus.	Muu aineistomuoto.
Julkaisukielenä on englanti.	Muut kielet kuin englanti.
Julkaisuajankohta on vuosilta 2000–2019.	Muu julkaisuajankohta kuin 2000–2019.
Artikkeli on vertaisarvioitu.	Artikkelia ei ole vertaisarvioitu.
Artikkeli on saatavilla sähköisesti ja on mak- suton.	Artikkeli ei ole saatavilla sähköisesti tai on maksullinen.
Osallisuutta käsitellään asiakkaiden näkökul- masta sosiaali- ja terveyspalveluissa tai kan- salaisten näkökulmasta yhteiskunnassa.	Osallisuutta käsitellään muiden kuin asiak- kaiden näkökulmasta sosiaali- ja terveyspal- veluissa tai kansalaisten näkökulmasta yh- teiskunnassa.

Aineiston valintaa ohjasivat tutkimuksen tarkoitusta ohjaavat hyväksymis- ja poissulkukriteerit (Taulukko 4). Aineiston rajaaminen englanninkieliseksi sekä artikkelit, joissa ha-  
kustrategian sanat olivat artikkelin otsikoissa, auttoivat rajaamaan määrällisesti isoa aineistoa. Lisäksi artikkelin saatavuus sähköisenä ja ilmaiseksi olivat rajauskriteereinä. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta on perusteltua, että aineistona on käytetty vertaisarvioituja artikkeleita. Vertaisarvioinnin tarkoitus on tutkimuksen tieteellisen tason objektiivinen arviointi, johon liittyy myös tutkimuksen uutuusarvo. (TSV 2021.)

Aineistoon valikoituneiden artikkeleiden valinta jatkui tutustumalla artikkeleihin otsikkotasolla. Siirsin otsikkotasolla hyväksymiskriteerien mukaisesti hyväksymäni artikkelit web-selaimella käytettävään kirjallisuusviitteiden hallintaohjelmaan RefWorks:iin. (UEF Avoin tiede 2019.) Otsikon perusteella valittuja artikkeleita oli 880. Tämän jälkeen luin artikkeleiden tiivistelmän ja johdannon. Etsin aineistooni artikkeleita, joissa kuvattiin osallisuutta sosiaali- ja terveystaloudissa asiakkaan itsensä kuvaamana tai artikkeleita, jotka huomioivat asiakkaan subjektiivisen näkökulman osallisuuteen. Kävin hakutulokset läpi yksitellen ja hylkäsin artikkelit (Taulukko 5), jotka eivät käsitelleet osallisuutta asiakkaan näkökulmasta. Taulukossa 5 olen kuvannut tutkielmaan valikoituneiden artikkeleiden määrän eri valintavaiheiden jälkeen.

TAULUKKO 5. Aineistonvalinnan kriteerit ja valittujen artikkeleiden määrä

Tietokanta	Artikkeleiden määrä hakustrategian perusteella	Otsikon perusteella valitut artikkelit	Tiivistelmän ja johdannon perusteella valitut artikkelit	Päällekkäisyyksien poiston jälkeen valitut artikkelit	Sisällön lukemisen perusteella valitut artikkelit
Scopus	519	331	80	40	5
Pub-Med	306	250	45	45	16
socINDEX	101	101	27	20	1
Web of Science	456	198	43	29	8
Yhteensä	1383	880	195	134	30

Tiivistelmän ja johdannon perusteella valittuja artikkeleita oli 195. Tämän valintavaiheen jälkeen poistin artikkeleiden päällekkäisyydet RefWorks-ohjelmalla. Rodgers (1993, 81)

suosittaa päällekkäisyyksien poistoa siten, että ensin syötetään pienin hakutulos ja sen jälkeen edetään pienimmästä suurimpaan. Menettelyni noudatti käyttämäni RefWorks-ohjelman tarjoamaa päällekkäisyyksien poistoa. Päällekkäisyyksiä oli 61, jonka jälkeen aineistona oli 134 artikkelia.

Päällekkäisyyksien poiston jälkeen aineiston valinta jatkui artikkeleiden sisällön lukemisella. Englanninkielisen aineiston vuoksi lukeminen vei aikaa ja vaati useampaan kertaan myös eri kohtiin palaamista, jotta artikkeleiden tarkoitus selkeni minulle. Sisällön lukemisen kautta poistin aineistosta artikkelit, joissa tiedon antaja ei ollut asiakas, ja artikkelit, joissa ei käsitelty asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintaympäristössä.

Tutkielmani aineistoksi valikoitui 30 artikkelia, jotka kuvasivat osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan näkökulmasta 2000-luvulla. Artikkelit jakautuivat lopullisessa aineistossa (Taulukko 5) ajallisesti niin, että 11 artikkelia oli julkaistu vuosina 2000–2009 ja 19 artikkelia vuosina 2010–2019. Aineistoksi valikoituneet artikkelit olen esittänyt liitteessä 1 tutkielman lopussa. Rodgers (1993, 81) suosittaa otoksen kooksi vähintään 30 artikkelia tai 20 % populaatiosta. Aineiston valinnassa on kuitenkin keskeistä, että aineisto on tutkimuksen ja sen edustavuuden kannalta sisällöllisesti ja määrällisesti sopiva (Rodgers 1993a, 80; ks. myös Tuomi & Sarajarvi 2002, 88–89).

#### **4.2.2 Käsiteanalyysin toteutus tässä tutkielmassa**

Analyysin tavoitteena on tutkielmani informaatioarvo ja sitä ohjasivat tutkielman tarkoitus ja tutkimuskysymykset (Rodgers 1993; Alasuutari 1999, 40). Analyysini perustui Rodgersin (1993a, 78) menetelmän mukaisesti dispositionaaliseen lähestymistapaan, jossa tutkielmani kohteena on osallisuus-käsitteen piirteet ja käyttöyhteydet. Analysoinnissa pyrin mahdollisimman tarkkaan järjestelmällisyyteen ja prosessin dokumentointiin, sillä tutkimusasetelman pysyvyys on tutkimusta ohjaava ja tutkielmani luotettavuutta lisäävä tekijä. Työskentelyni oli kuitenkin syklisesti etenevää. (Rodgers 1993a, 88.)

Analysointi edellytti tekstimateriaalin järjestämistä ja sisällön erittelyä, jäsentämistä ja pohtimista siitä, mistä aineistossa kerrotaan, mitä se sisältää, millä tavoin ja missä määrin.

Luin artikkelit useaan kertaan. Ensimmäisten kertojen tavoitteena oli hahmottaa kokonaiskuva artikkelin aiheesta ja ymmärtää mistä artikkelissa puhutaan. Jälkimmäisillä lukukerroilla järjestelin osallisuutta kuvaavia ilmaisuja työskentelytaulukon tutkielman tehtävän mukaisesti vastaten kysymykseen osallisuuden piirteistä. Poimintaani ohjasivat aineiston kullekin tunnusmerkille esittämäni kysymykset: mikä osallisuudelle on tyypillistä, mitä osallisuus edellyttää ja mitä osallisuudesta seuraa. Osa piirteistä ilmaistiin selkeästi. Aineistossa on mukana myös tulkintaani piilossa olevista viesteistä, joka Rodgersin (1993, 83) mukaan on mahdollista suorien määritelmien puuttuessa. Tulkintaani on mukana myös siltä osin, miten olen englanninkielisen aineiston ymmärtänyt ja suomentanut ja mitkä ilmaisut olen ottanut mukaan analyysiin.

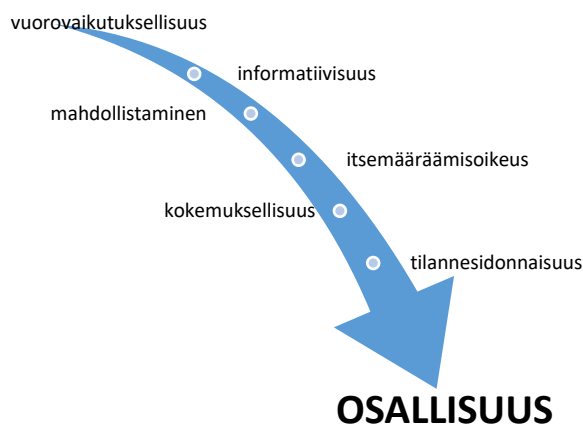
Analysoinnin toteutin aineistolähtöisesti deduktiivis-induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysi eteni deduktiivisen analyysin kautta induktiiviseen. Käsitteen osa-alueet – ominaispiirteet, edellytykset, seuraukset ja lähi- ja rinnakkaiskäsitteet – muodostivat deduktiivisen luokittelurungon, jonka sisässä luokittelu oli induktiivista. (kts. Rodgers 1993a, 83–85.) Pelkistin artikkeleista poimimani alkuperäisen sisällön ensin ilmaisuiksi ja sitten sanoiksi. Sen jälkeen ryhmittelin ne sisältönsä mukaan yhteenkuuluviksi ryhmiksi eli alakategorioiksi. Alakategorioita työstin abstrahoimalla ilmaisuja yläkategorioiksi ja yläkäsitteiksi. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla muodostin osallisuus-käsitteestä alustavan työmääritelmän, joka kytkee sen laajempaan kontekstiin sosiaali- ja terveystalveissa. (Rodgers 1993a, 85, 90.) Määritelmän olen esitellyt alaluvussa 6.2 Tulosten tarkastelua.

Koska tutkielmani tarkoituksena oli kuvata osallisuuden piirteiden lisäksi käsitteen muuttamista 2000-luvulla, järjestin tulokset ajallisesti omiin ryhmiin 2000–2009 ja 2010–2019 ja etsin tarkasteluajanjaksojen keskinäisiä eroja. Aineiston ajallinen tarkastelu käynnistyi aiheeseen perehtymisvaiheessa ja tarkastellessani hakustrategian rakentamisessa osallisuus ja osallistuminen -käsitteiden esiintyvyyttä 1990-luvulta alkaen. Käsitteen ajalliseen tarkasteluun liittyy myös osallisuus-käsitteen käytön tarkastelu yhteiskunnallisessa keskustelussa ja osallisuusteorioissa, joita olen kuvannut pääluvuissa 2 ja 3.

## 5 OSALLISUUS-KÄSITE SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

### 5.1 Osallisuuden ominaispiirteet

Käsitteen ominaispiirteet tarkoittavat käsitettä kuvaavia ilmaisuja (Rodgers 1993a, 83). Ominaispiirteiden kautta olen kuvannut tutkielman analyysin kohteena olevaa osallisuus-käsitettä. Kirjoittajat kuvasivat osallisuutta aineiston artikkeleissa eri tavoin riippuen asiayhteydestä. Täsmällistä osallisuuden määritelmää ei artikkeleista löytynyt, mutta käsitteelle tunnusomaisten piirteiden tunnistaminen oli aineiston perusteella mahdollista. Kuviossa 5 olen esittänyt osallisuuden ominaispiirteet tiivistetysti. Kuvio kuvaa osallisuuden määrittymistä keskenään vuorovaikutuksessa olevien ominaispiirteiden kautta.



KUVIO 4. Osallisuuden ominaispiirteet

Osallisuus-käsitteen ominaisuuksiksi muodostuivat *vuorovaikutuksellisuus*, *informatiivisuus*, *mahdollistaminen*, *itsemääräämisoikeus*, *kokemuksellisuus* ja *tilannesidonaisuus*. Ominaispiirteissä oli tunnistettavissa asiakasta, yhteiskunta- ja organisaatiotasoa (sosiaali- ja terveyspalvelut) kuvaavia tekijöitä. Ominaispiirteet olivat samat molemmilla ajanjaksoilla lukuun ottamatta tilannesidonaisuutta. Lisäksi jälkimmäisellä tarkastelujaksolla sisällöllinen painotus asiakkuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa muuttui yksilön osallisuuden näkökulmaksi osana koko yhteiskuntaa. Tämä muutos toi selkeämmin esiin myös osallisuuden muuttuvaa luonnetta ja tilannesidonaisuutta sen ominaispiirteenä.

*Vuorovaikutuksellisuus* osallisuuden ominaispiirteenä kuvaa yksilön suhdetta muihin ihmisiin, palvelujärjestelmään (ihmisten ja rakenteiden muodostamaan) sekä ympäröivään yhteiskuntaan. Ihminen ilmaisee itseään sekä yksilöllisesti että kollektiivisesti roolista, tilanteesta ja asiayhteyksistä riippuen. Vuorovaikutuksellisuus voi ilmetä aktiivisena tai passiivisena asiakas- ja kansalaistoimintaa, jolloin yksilö käyttää lainsäädännön edellyttämiä osallisuuden muotoja ja mahdollisuuksia näin halutessaan. Sosiaali- ja terveystalveluiden toimintaympäristössä vuorovaikutus ei ole ainoastaan asiakkaan itsensä määrittämä. Palvelujärjestelmän ja lainsäädännön asettamat ehdot sekä toimintaa ohjaavat säännöt ja toimintatavat vaikuttavat asiakkaan osallisuuteen vuorovaikutusta lisäten tai rajoiten. Tällöin osallisuuden vuorovaikutuksellisuuteen vaikuttavat rakenteiden ohjaamat toimintamahdollisuudet.

Asiakkaan valitsema tai hänelle ohjattu aktiivinen tai passiivinen rooli, ammattilaisten toiminta sekä asiakkaan ja ammattilaisten eleet, ilmeet sekä käytettävä kieli ilmaisevat osallisuuden vuorovaikutuksellisuutta ja tilanteessa vallitsevia asenteita ja oletuksia.

*“... on the crucial role of a good doctor–patient relationship and clear and open communication/information... This variation implies that if we want to enable patients to be more involved, we should use flexible methods. We should be able to elicit individual preferences at different times.”* (Bastiaens ym. 2006, 40.)

Kansalaisen vuorovaikutussuhdetta yhteiskunnalliseen toimintaan ja päätöksentekoon voi kutsua osallisuuden kollektiiviseksi muodoksi, joka ilmenee sosiaalisena, lainsäädännöllisenä ja myös poliittisena osallisuutena, jolloin ihminen voi käyttää äänioikeuttaan, olla mukana esimerkiksi tärkeäksi kokemansa asian puolesta tai olla mukana kokemus-asiiantuntijana. Aktiivinen yksilö rakentaa näkemystensä ja kokemustensa kautta toimintasuuntautunutta identiteettiä, joka palvelee myös yhteisöidentiteetin kehittymistä. Passiivisuus voi kuvata yksilöllistä toimintatapaa, mutta sen voi tulkita ilmaisevan myös tyytymättömyyttä tai epäluottamusta vallitsevaan tilanteeseen.

*“Public involvement is a response to the democratic deficit, voter apathy and declining trust in public institutions. Perhaps more accurately than seeing patients and the public as separate groups, patients and the public have different roles in health care decision-making.”* (Fredriksson & Tritter 2017, 98, 100.)



Jälkimmäisellä ajanjaksolla vuorovaikutuksellisuutta osallisuuden ominaispiirteenä kuvasi ymmärrys osallisuudesta myös kulttuurisidonnaisena ilmiönä.

*“... influence of cultural ideologies and beliefs, which can have an enormous impact on patient involvement.”* (Tse, Tang & Kan 2015, 4).

Sekä työperäinen että pakolaisuuteen liittyvä maahanmuutto muovaavat olemassa olevaa yhteiskuntaa ja tuovat osallisuuteen lisää eri kulttuurien piirteitä globalisaation myötä. Demokraattisissa maissa kansalaisten osallisuutta kuvasi kumppanuus-käsite, kun taas maissa, joissa valtio toimii erilaisin hallintoperiaattein kuten yksipuoluejärjestelmässä, vuorovaikutuksellisuuteen osallisuuden piirteenä liittyi kysymys auktoriteetin kunnioittamisesta ja informatiivisen vallan hyväksyttävästä käytöstä päätöksenteon toimintona. Sosiaali- ja terveystaloudissa tämä näyttäytyi puheena asiakkaan ja ammattilaisen välisestä roolista. Ammattilaisten vahva rooli asiantuntijoina ja suhteessa asiakkaaseen on säilyttänyt asemansa. 2000-luvun toisella vuosikymmenellä muutospyrkimys on ollut ammattilaisten auktoriteetin vähentämiseen ja asiakkaan ja ammattilaisen keskinäisen kumppanuuden edistämiseen.

*“...a caring relationship characterised by trust, support, communication, taking an interest and a person-centred attitude is always important independently of the desire or ability to be involved in decision making. Nevertheless, these elements form the basis for facilitating the involvement of older people...”* (Bastiaens ym. 2006, 40.)

*Informatiivisuus* osallisuuden ominaisuutena tarkoittaa tietoa, sen laatua ja riittävyyttä, jakamista ja saamista sekä keräämisen tarkoitettuja menetelmiä. Informaation riittävyyttä vahvistaa yksilön saama tarvitsemansa yhteiskunnallinen, organisaatiotason ja päätöksenteon tuki.

*“Easy availability of such information will demonstrate that patients and the public are being treated as responsible adults. The availability of this information should also assist patient and public involvement in commissioning and planning of services as well as demonstrating accountability.”* (Wilkie 2015, 108–109.)

*Informatiivisuus* liittyy vuorovaikutuksellisuuteen ja rakentuu sen kautta. *Informatiivisuuteen* liittyy tieto osallisuuden muodoista ja mahdollisuuksista. Tämä tarkoittaa asiakkaiden oikeutta itseään ja omia toimintamahdollisuuksiaan koskevaan tietoon, kuten tie-

toa oikeudesta palveluihin ja niiden saatavuuteen sekä erilaisista hoidollisista vaihtoehdoista. Kansalaiselle informatiivisuus on tietoa kansalaisoikeuksista ja toiminnan muodoista. Tieto auttaa itseään koskevassa päätöksenteossa niin sosiaali- ja terveystalvveluiden asiakkaana kuin kansalaisena. Toimintamahdollisuuksiensa tunteminen auttaa asiakasta käyttämään oikeuksiaan ja mahdollisuuksiaan näin halutessaan.

*“Public and patients want real opportunities for significant involvement in healthcare decision making in the consulting room and at an organisational level.” (Wilkie 2015, 109.)*

Sosiaali- ja terveystalvveluissa informatiivisuuteen vaikuttavat asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde ja roolit. Länsimaissa informatiivisuudessa tavoitellaan yhdenvertaisuutta asiakkaan ja ammattilaisen välillä, jolloin dialogin eli vuoropuhelun avulla saavutettu tieto on päätöksenteon perusteena. Dialogiin perustuvassa vuoropuhelussa ammattilainen huomioi asiakkaan kertoman tiedon osana hoidon suunnittelua ja päätöksentekoa. Asiakas ja ammattilainen ovat kumppaneita ja molempien tietoa käytetään hyödyksi. Jaettu tieto auttaa asiakasta osallistumaan hoidolliseen päätöksentekoon ja tekemään itseään koskevia valintoja. Tieto auttaa myös ammattilaisia vastaamaan asiakkaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen.

*“... effective relationship of healthcare provider with patients is an important contributing factor of patient involvement in decision making. In addition, a literature review confirms that patients, in their journey through the healthcare system have the right to be treated respectfully and honestly, and where possible, be involved in their own healthcare decisions. For patients’ participation, mutual communication between treatment team and the patient is necessary, so that information and knowledge could be shared between them, giving the patient a sense of control and responsibility, and thus involving the patient in care activities (mental or physical), to benefit and rehabilitate from this involvement.” (Vahdat ym. 2013, 3.)*

Ohjaavassa vuorovaikutuksessa ammattilaisen neuvonta ohjaa ja konsultoi asiakasta, mutta jos se ei huomioi asiakkaan kysymyksiä tai näkemyksiä, asiakas ei välttämättä tule huomioiduksi. Kontrollioivassa suhteessa ammattilainen määrittää hoidontarpeen ja tekee päätökset yksisuuntaisesti kuulematta asiakasta. Informaation sisältöön, laatuun ja riittävyteen vaikuttavat myös ammattilaisen käyttämät ilmaisut. Jos ammattisanasto on asiakkaalle vierasta, keskustelun sisältö voi jäädä epäselväksi. Ammattilaiset voivat antaa

myös yksilön kannalta epäoleellista tietoa. Lisäksi, jos ammattilainen voimakkaasti kontrolloi keskustelua, asiakas ei välttämättä uskalla kysyä ja varmistaa saamaansa tietoa. Pahimmillaan asiakas voi jäädä ulkopuoliseksi itseään koskevassa keskustelussa. Ulkopuolisuutta korostaa myös tilanne, jossa ammattilaiset keskustelevat keskenään, eikä asiakas ole osallinen, vaikka on tilanteessa läsnä.

Informatiivisuuden yksisuuntaisuus sosiaali- ja terveystalveissa on perustunut oletukseen ammattilaisten tiedon jakamisen vastuusta. Tämä ammattilaisten tietoon perustuva valtasuhde voi kuitenkin myös heikentää asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksia. Informatiivisuuden esteenä voivat olla myös yhteiskunnan ja organisaatioiden hallinnolliset rakenteet ja siellä ammattilaisten käyttämä kieli ja ilmaisut.

*“... the healthcare professionals, who work hard on giving the patients the best possible treatment and care during hospital stay, are subjected to procedures and theoretical tools that can actually hinder successful treatment giving a positive influence to the patients’ everyday lives, because the patients’ knowledge of their everyday lives is not included in practice.” (Aagaard 2017, 8).*

Jälkimmäisellä ajanjaksolla informatiivisuutta osallisuuden piirteinä kuvasi asiakkaan yksilönä tuottaman tiedon merkitys, ja asiakkaan ja ammattilaisten välinen kumppanuus.

*“... patients largely prefer a shared decisionmaking approach, while individual patient preferences for involvement can vary between persons and between decision types...” (Zizzo, Bell, Lafontaine & Racine ym. 2017, 662).*

Ammattilaisen ilmaisut ja vuorovaikutustaidot rakentavat ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja tarpeista sekä mahdollisista auttamisenvoivoista. Informatiivisuuteen ja kumppanuusajatteluun liittyvät sosiaali- ja terveystalveiden toiminta- ja johtamisperiaatteiden näkyvyys sekä kehittämistyö yhdessä asiakkaiden kanssa asiakkailta kerätyn palautteen perusteella. Informatiivisuus ei kuitenkaan ole ainoastaan tiedon antamista tai etsimistä, vaan vuorovaikutuksessa tulee varmistaa molemminpuoleinen tiedon ymmärtäminen. Asiakkaat tarvitsevat puolueetonta tietoa ja päätöksenteon apuvälineitä osallistuakseen päätöksentekoon omassa hoidossaan. Näiden avulla ammattilaisten on mahdollista luoda luottamukseen perustuva asiakassuhde. Informatiivisuuteen osallisuuden ominaispiirteinä liittyy myös läheisten osallisuus silloin, kun yksilö ei sairauden vuoksi pysty ilmaisemaan itseään tai omia tarpeitaan.

*“... the use of advocates such as relatives was seen as a major help to overcome practical barriers and to support active involvement...”* (Bastiaens 2006, 38).

*Mahdollistaminen* osallisuuden ominaispiirteenä kuvaa toimintatapoja ja rakenteita, jotka edistävät asiakkaiden ja kansalaisten osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa ja yhteiskunnassa. Mahdollistaminen tarkoittaa asiakkaan vahvuuksien ja voimavarojen tunnistamista ja käyttämistä sekä edellyttää asiakkaalla olevan tiedon hyödyntämistä (vuorovaikutuksellisuus, informatiivisuus) yksilöllisestä elämäntilanteesta ja tarpeista. Mahdollistaminen on ammattilaisten ja palvelujärjestelmän sekä läheisten tarjoamaa apua yksilön terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin.

*“... organizational cultures can become enabling resources for active and meaningful patient participation in healthcare improvement.”* (Renedo ym. 2015, 31).

Toisaalta ammattilaisten toiminnassa asiakkaan vähäinen osallisuuden tukeminen voi myös passivoida ihmistä. Lisäksi jotkut asiakkaat oppivat hyödyntämään organisaation toimintatapoja osallisuutensa mahdollistamiseksi, vaikka hallinnolliset ja toiminnalliset rakenteet saattavat rajata osallisuuden toteutumista. Jälkimmäisellä ajanjaksolla mahdollistamista osallisuuden ominaispiirteenä kuvasi asiakkaan yksilöllisyyden ja itsenäisen päätöksenteon (itsemääräämisoikeus) korostuminen yhteiskunnallisessa keskustelussa ja palvelujärjestelmässä.

*Itsemääräämisoikeutta* osallisuuden ominaispiirteenä kuvaa yksilön kyvykkyyden tunne ja omien kykyjen käyttö, itsenäisyys, oikeus saada itseään koskevaa tietoa tilanteen ja tarpeensa mukaan sekä kyky tehdä päätöksiä ja saattaa ne käytäntöön.

*“High level of perceived knowledge of disease and good physical functioning were positively associated with involvement.”* (Leung ym. 2009, 5).

Kansalaisten itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja toteuttaminen on perustuslaillinen oikeus. Toisaalta lain tulkinnalla ja sosiaali- ja terveyspalveluissa organisaatioiden toimintatavoilla voi olla ohjaava ja rajaava vaikutus asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen ja sitä kautta osallisuuden toteutumiseen. Itsemääräämisoikeus määrittyy suhteessa muihin

osallisuuden ominaispiirteisiin, mutta myös sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaaviin arvioihin kuten oikeudenmukaisuuteen, pyrkimykseen hyvän toteuttamisesta ja vahingon välttämiseen. Koska omaan hyvinvointiin liittyvät päätökset eivät välttämättä aina ole tietoisesti tehtyjä tai edistä ihmisen hyvinvointia, kuten voi olla pitkälle edenneen muistisairauden tai vaikeasti vammaisen ihmisen kohdalla, asiakkaan valinnat ja tilanne vaikuttavat suoraan sosiaali- ja terveyspalveluissa päätöksentekoon ja ammattilaisten toimintaan. Yksilölliset ominaisuudet ovat myös yhteydessä osallisuuden toteutumiseen. Itsemääräämisoikeutta kuvaa henkilön, hänen läheistensä tai instituution päätös rinnakkaisosallisuudesta eli päätösvallan siirtämisestä toiselle henkilölle itseä koskevissa asioissa, silloin kun ihminen itse ei pysty päätöksiä tekemään.

Jälkimmäisellä ajanjaksolla itsemääräämisoikeutta osallisuuden ominaispiirteenä kuvasi yhteiskunnallinen näkemys osallisuuden vapaaehtoisuudesta, valinnanvapauden käyttämisestä kansalaisena ja sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaana, sekä näkemys paternalismista eli yhteiskunnan oikeudesta holhota kansalaisiaan. Itsemääräämisoikeuteen liittyy yksilön päätös siitä, millaista tietoa hän itsestään antaa, pystyykö hän ottamaan tai miten hän ottaa vastuun terveytensä edistämisestä tai päättääkö hän kieltäytyä tarjotuista hoitovaihtoehdoista. Sosiaali- ja terveyspalveluille on tunnusomaista, että itsemääräämisoikeuteen liittyvät äkillisesti muuttuvat ja reagointia vaativat asiakastilanteet. Sosiaalityössä asiakkuus ei välttämättä perustu vapaaehtoisuuteen, vaikka yhteiskunta määritteli palvelun yksilön oikeutena. Terveyspalveluissa asiakkaan henkeä uhkaavassa tilanteessa henkilön oman näkemyksen selvittämiseen ei välttämättä ole aikaa, jos pyritään elämän turvaamiseen. Viranhaltijat sekä ammattilaiset ovat veloitettuja toteuttamaan lakisääteistä tehtäväänsä elämän turvaamiseksi ja lisäkärsimyksen välttämiseksi. Itsemääräämisoikeuteen vaikuttaen he tekevät päätöksiä, kontrolloivat ja arvioivat hoidon ja palvelun tarkoituksenmukaisuutta tilannekohtaisesti ja vaikuttaen itsemääräämisoikeuden kautta osallisuuden toteutumiseen.

*Kokemuksellisuus* osallisuuden ominaispiirteenä kuvaa asiakkaan tunnetta osallisuudesta. Osallisuus voi näyttäytyä aktiivisena ulospäin suuntautuneena toimintana, mutta myös näkymättömänä kokemuksellisena tunteena, että on osallinen. Osallisuus voi olla kokemus osallisuudesta yksittäisessä tapahtumassa tai kokemus yhteisöön kuulumisesta.

*“Others cited practical reasons for preferring care at home describing difficulties travelling to hospitals, long waiting times and accessibility issues, especially in the rural area.”* (Kielmann, Powell, Sheikh, Price, Williams & Pinnock 2010, 325).

Ihminen voi kokea olevansa osallinen, vaikka konkreettinen ilmenemismuoto puuttuisi. Kokemuksellisuutta kuvaavia osallisuuden ilmenemismuotoja ovat osallistujien tilanteessa keskenään jakama arvostus ja luottamus. Osallisuuden kokemuksessa yksilö kokee omaavansa vaikuttamismahdollisuuksia ja hän pystyy ottamaan vastuun päätöstensä seurauksista.

*“If these individuals had the opportunity to become involved, their reality might be constructed differently. Positive experiences of feeling respected and having their fears and or concerns validated may have led these individuals to a different conclusion.”* (Heffernan 2009, 381.)

Asiakkaiden ja kansalaisten heterogeenisyys ja erilainen tapa ilmaista itseään tai sairautaan tekevät osallisuudesta subjektiivisen ja kokemuksellisesti heterogeenisen. Itsemääräämisoikeuden käyttämisen mahdollisuudet, itseään koskevat valinnat ympäröivässä yhteiskunnassa tai sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaana, kokemus yhdenvertaisuudesta ja kokemus palveluiden sujuvuudesta ja riittävydestä vaikuttavat myös osallisuuden kokemuksellisuuteen.

Kokemuksilla on vaikutusta yksilön toimintaan sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaana ja kansalaisena. Sekä koettu luottamus että epäluottamus palvelujärjestelmää, ammattilaisia tai instituutiota kohtaan voivat lisätä tai heikentää osallisuushalukkuutta ja aktiivista toimintaa. Kun luottamus terveyspalveluiden ammattilaisiin on suuri, yksilöt noudattavat ammattilaisten ohjeita ja osallisuus voi jäädä vähäisempään rooliin. Toisaalta luottamuksessa voi olla myös kyse toivosta oman paranemisen suhteen. Koettu luottamus voi myös vähentää aktiivisuutta, jolloin asiakas antaa sosiaali- ja terveyspalveluiden ammattilaisten toimia puolestaan. Koettu epäluottamus voi lisätä asiakkaan halukkuutta osallisuuteen tai joskus vähentää osallisuutta entisestään.

*Tilannesidonnaisuus* osallisuuden ominaispiirteenä tarkoittaa osallisuuden asiayhteydestä riippuvaa ja ajanjaksoissa vaihtelevaa luonnetta. Tilannesidonnaisuus kuvaa myös osallisuuden merkitystä globaalin maailman jatkuvasti läsnä olevassa ja nopeassa muutoksessa, jonka yhteiskuntaelämässä korostuvat toimintojen tehokkuus ja dynaamisuus.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuuden tilannesidonnaisuutta kuvaa se, millaisilla asioilla on asiakkaalle merkitystä riippuen elämäntilanteesta ja miten ne hänen elämäänsään vaikuttavat.

*“The same patient may wish to be involved at different levels in relation to different circumstances and it may change over time for the same person in the same context’.”* (Thompson 2007, 1308).

Henkilökohtainen elämäntilanne, tieto, kokemukset, kyvyt, tarpeet sekä persoonalliset piirteet ohjaavat valintoja ja osallisuushalukkuutta tilannesidonnaisesti. Voinnin vakaavuus, sairauden kroonisuus ja korkea ikä voivat vaikuttaa osallisuutta vähentävästi. Kansalaisaktiivinen henkilö osallistuu julkisiin keskusteluihin, joissa on mahdollista ilmaista yhteiskunnallisia mielipiteitä. Tässä roolissa ihminen kantaa yhteiskunnallista vastuuta ja toimii samalla yksilöllisessä ja kollektiivisessa roolissa edustamansa näkemyksen tai esimerkiksi ihmisryhmän edustajana. Persoonallisiin piirteisiin liittyvänä, mutta myös tietoisesti tehtynä valintana, aktiivinen henkilö haluaa ja lisää osallisuuttaan, passiivinen puolestaan vähentää osallisuuttaan.

*“... many patients support greater involvement in service delivery, but they want professionals to recognise that this needs to be optional and varies according to the context and probably over time too.”* (Thompson 2007, 1309).

Hoitoon liittyvässä päätöksenteossa osallisuuden tilannesidonnaisuuteen voi vaikuttaa päätöksen sisältö. Jos oma näkemys tuo positiivisia terveysvaikutuksia, ammattilaisen ohjeilla voi olla pienempi merkitys yksilön elämässä. Epävarmuuden lisääntyessä asiakas sen sijaan voi siirtää vastuun mieluummin ammattilaisille. Lisäksi osallisuuden tilannesidonnaisuuteen vaikuttavat organisaatiokeskeinen sekä ammattilaisten päätöksentekoon ja osaamiseen perustuva toiminta. Osallisuus ei toteudu tasalaatuisena vaan tilannesidonnaisena organisaatioiden toimintamalleista ja ammattilaisten osaamisesta riippuen.

## **5.2 Osallisuuden edeltävät tekijät**

Käsitteen edeltävillä tekijöillä Rodgers (1993a, 83) tarkoittaa tapahtumia, ilmiöitä ja tilanteita, jotka ilmenevät ennen käsitteen esiintymistä ja joita tarvitaan, jotta ilmiö toteu-

tuisi. Käsitteen edeltävät tekijät auttavat myös ymmärtämään käsitteeseen liittyviä taustaoletuksia. Asiakkaan osallisuuden edeltävät tekijät jakautuivat molemmilla ajanjaksoilla kolmeen pääluokkaan, jotka olivat *yksilölliset ominaisuudet*, *organisaatiotason tekijät* sekä *yhteiskunnallinen tilanne*. Pääluokkien keskinäinen painotus muuttui jälkimmäisellä ajanjaksolla yksilön ominaisuuksia korostavaksi.

### 5.2.1 Yksilölliset ominaisuudet osallisuuden edellytyksenä

Osallisuus edellyttää, että asiakkaalla tulee olla *tietoa* osallisuudesta, *tahtoa* olla osallinen ja sitoutua itselle merkityksellisiin osallisuuden arvoihin, *toimintakykyä* tiedostaa osallisuuden merkitys ja tehdä itsenäisiä valintoja sekä kykyä käyttää omia *voimavaroja* osallisuudessa ja osallistumalla. Asiakkaat tarvitsevat tietoa osallisuuden mahdollisuuksista; siitä miten he voivat osallistua hoidon ja palvelun suunnitteluun sekä tehdä siihen liittyviä päätöksiä sosiaali- ja terveystaloudessa. Yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja sosiaaliset normit ja uskomukset, kulttuurinen ideologia ja etnisyys vaikuttavat ennakkokäsityksiin ja omaksuttuun tietoon osallisuuden merkityksestä ja vaikutuksesta. Mielenkiinto yhteiskunnan toimintakäytänteitä kohtaan on yhteiskunnassa vaikuttava sosiaalinen normi, joka voi olla yhteisö- ja yksilötasolla osallisuutta lisäävä tai vähentävä tekijä.

” ... *ethnicity or disability, which have been reported as barriers to involvement along with gender, culture, belief, sexuality, age and class...* ” (Fredriksson, Eriksson & Tritter 2018, 476).

Kognitiiviset taidot, eli kyky ilmaista itseään sekä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, ovat osallisuuden edellytys. Heikko ymmärrys omasta tilanteesta voi vähentää osallisuutta ja heikentää osallisuusmahdollisuuksia. Halu ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä voivat kuitenkin vaihdella tilanne- tai asiakohtaisesti. Myös voimavarat vaikuttavat yksilön osallisuuskykyyn ja halukkuuteen. Korkea ikä, huonoksi koettu terveydentila, matala koulutustausta, heikko taloudellinen tilanne ja huono luottamus omiin kykyihin ovat osallisuutta vähentäviä tekijöitä.

Jälkimmäisellä tarkastelujaksolla, 2010–2019, yksilöön liittyvänä oli havaittavissa edellytysten muuttuminen ensin osallisuuden mahdollisuudesta kansalaisyhteisöksi ja edel-



leen kansalaisvelvollisuudeksi. Asiakkaiden osallisuutta lisäävän retoriikan myötä osallisuus edellyttää omaa aktiivista roolia päätöksentekijänä, toimintansa määrittäjänä ja merkityksen antajana.

### 5.2.2 Sosiaali- ja terveystalvueluorganisaatio osallisuuden rakentajana

Osallisuuden edellytyksiä organisaatiossalla kuvasi sosiaali- ja terveystalvueluiden toimintakulttuurin ja palvelurakenteen muutostarve. Jälkimmäisellä ajanjaksolla toimintakulttuurista käytettiin myös käsitettä organisaatioilmasto.

Sosiaali- ja terveystalvuelut ovat instituutio, jossa vaikuttavat niin kirjoitetut kuin kirjoittamattomat rakenteet, säännöt ja normit, jotka vaikuttavat osallisuuden toteutumiseen. Toimintatavat heijastavat myös organisaatiossa ilmaistavia arvoja ja asenteita. Asiakkaan osallisuuden esteenä voivat olla ammattiroolit, toimintatavat ja osallisuuteen liittyvät ennakkokäsitykset.

*“It can be impeded, however, by overly bureaucratic and managerial practice cultures and by a lack of time available to build relationships.”* (Gallagher, Smith, Hardy & Wilkinson 2012, 83).

Organisaatiossa osallisuutta voi ohjata organisaatorakenteisiin ja päätöksentekoon sitottu palvelu ja ammattilaisten roolia korostavat toimintatavat, jolloin asiakkaan osallisuudelle ei välttämättä ole tilaa toiminnan rakenteissa, ja siksi osallisuus sosiaali- ja terveystalvueluissa näyttäytyy myös valtakysymyksenä.

Vaikka vallan käytön voisi ajatella olevan vain symbolinen, se kuvastuu ammattilaisten toiminnassa heidän ohjatussa esimerkiksi asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelua. Valtaa kuvastaa organisaatioiden toimintakulttuuri ja -tavat, jotka julkisesti tuotetuissa palveluissa heijastavat poliittisia arvoja ja suuntaa ja ohjaavat ammattilaisten toimintaa.

Osallisuuden edellytyksenä on vastuullinen organisaation toimintakulttuuri, jossa toiminta organisoidaan palvelun käyttäjän, ei pelkästään palvelun tuottajan tarpeista käsin.

*“... changing services so that the patient can deal directly with certain services.”* (Wilkie 2015, 108).

Hallintokieli, johtamispuhe ja johtamisen tavat vaikuttavat toimintaa ohjaaviin arvoihin sekä ammattilaisten toimintaan ja asenteisiin. Johtamisella edistetään asiakaskeskeisen ajattelun priorisointia ja vahvistetaan ammattilaisten asenteita ja osaamista osallistavien toimintatapojen lisäämiseksi ja osallisuuden merkityksellisyyden löytämiseksi. Organisaatioissa tulisikin kiinnittää huomio siihen, millaisia ilmaisuja organisaation johtamisrakenteessa eri tasoilla käytetään ja millaisia käytänteitä ihmisten ja asioiden johtamisessa on. Osallistava henkilöstöjohtaminen on askel kohti osallisuuden mahdollistavia asenteita ja toimintatapoja. Hierarkkinen henkilöstöjohtaminen ohjaa asiakastyössä toimivia ammattilaisia hierarkkiseen asiakaskohtamiseen, jossa ammattilainen käyttää asemaansa ja tietoon perustuvaa valtaa suhteessa asiakkaaseen.

Osallisuuden edistämiseksi tarvitaan ammattilaisten osaamisalueiden ja koulutustarpeiden tunnistamista sekä käytettävien toimintatapojen arviointia ja kehittämistä.

*“... professionals have changed their language, but not their behaviour, in line with social policy changes.” (Heffernan 2009, 382).*

Ammattilaisten asenne ja osaaminen eli tieto osallisuudesta, osallisuutta edistävät toimintatavat sekä osallisuutta tukeva johtaminen luovat edellytyksen osallisuuden toteutumiselle. Asiakkaan osallisuus edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta hoidollisen erityisosaamisen lisäksi kohtaamis- ja vuorovaikutustaitoja, kumppanuutta asiakkaan kanssa. Osallisuus ei perustu kaikkien asiakkaiden kohdalla samoihin valmiuksiin, eivätkä asiakkaat tee valintojaan samoin tiedoin ja perustein. Siksi yksilöllinen kohtaaminen, myötätuntoinen vuorovaikutussuhde ja taito rohkaista asiakasta osallisuuteen ja keskusteluun ovat ammatissa tarvittavaa osaamista. Tiedonkulun varmistamiseksi osallisuus edellyttää, että ammattilainen osaa ilmaista asioita sellaisessa muodossa, että asiakkaan on mahdollista ymmärtää kerrottua.

Palvelurakenteen rajat eivät saisi olla este asiakkaan osallisuudelle sosiaali- ja terveyspalveluissa. Osallisuuden mahdollistuminen, myös lainsäädännön edellyttämällä tavalla, edellyttää palvelurakenteen muutosta ja toiminnan uudistamista. Uudistamisessa tulisi luoda asiakkaan tarpeiden mukaan joustava palvelurakenne yhtenäistämällä sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintakenttää ja professio- ja organisaatorajat ylittäviä toimintamalleja organisaatiopainotteisen toiminnan sijaan.

*“Improving organizational cultures is essential for effective patient participation: improvements should aim to ensure equitable patient access to positions of influence, to create the best possible collaborative relationships between patients and healthcare professionals, and ultimately to ensure all patients can get involved in a meaningful way”.* (Renedo ym. 2015, 32).

Palveluissa asiakas tulee ymmärtää yksilönä omassa elämäntilanteessaan, ei pelkästään sairauden tai instituution kontekstissa, vaikka palvelua ohjaavatkin terveydelliset ja hyvinvoinnin tarpeet. Asiakkuuteen liittyvän päätöksenteon tulee olla saumatonta ja ohjata organisaation käytössä olevien taloudellisten ja henkilöstövoimavarojen tarpeenmukaista kohdentamista asiakkaan joustavan palvelun ja osallisuuden mahdollistumiseksi. Matala-hierarkkisessa organisaatiossa päätöksenteko on sujuvaa ja oikea-aikaisten palveluiden saavutettavuus parempi, kun tieto asiakkaan elämäntilanteesta ja tarpeista kulkee nopeammin ammattilaisten kesken. Palvelurakenteen kehittäminen osallisuuden mahdollistavaksi edellyttää tiedon keräämistä ja asiakaspalautteen saamista asiakkailta palvelurakenteen toimivuudesta ja ongelmakohtista.

### **5.2.3 Yhteiskunnalliset tekijät osallisuuden edellytyksenä**

Yhteiskunnallisella tasolla osallisuuden edellytyksenä on *demokratiaan* perustuva hallintojärjestelmä, joka luo edellytykset kansalaisten osallisuudelle niin periaatteena kuin käytännön toimintamahdollisuuksina. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ohjaavat yhteiskunnan suuntaa ja yhteisesti hyväksytyjä toiminta- ja käyttäytymistapoja eli kulttuurisia normeja. Poliittishallinnollinen päätöksenteko ja lainsäädäntö ohjaa yhteiskunnan kehityksen suuntaa ja painopisteitä ja suuntaa konkreettisesti yhteiskunnallisten *voimavarojen jakamista*.

Ensimmäisellä tarkastelujaksolla osallisuuden edellytyksiä kuvasi yhteiskunnallisia ja hallinnollisia rakenteita ohjaavat osallisuuden mahdollistavat tekijät, kuten lainsäädäntöön liittyvät muutokset. Osallisuuden edellytyksiä kuvasi kansalaisten demokraattisten oikeuksien toteutuminen ja mahdollisuus vaikuttaa yhteisiin asioihin edustuksellisen ja suoran demokratian keinoin. Osallisuus yhteiskunnallisella tasolla kertoo siitä, miten kansanvalta näyttäytyy päätöksenteossa. Siksi on huomioitava, että osallisuudessa kyse voi

olla potentiaalisesta osallistumisesta eikä välttämättä toteutuneista vaikuttamismahdollisuuksista.

*“...already complex structure is the ethnic culture within which an individual lives and with which he or she interacts.”* (Tse ym. 2015, 4).

Osallisuus oikeutena velvoittaa myös hallinnollista toimintaa ja julkisia palveluja kuulemaan ja osalistamaan kansalaisia toiminnan kehittämiseen. Osallisuuden kuvaaminen ihmisoikeutena huomioi heikommassa asemassa olevien kansalaisten mahdollisuuden osallisuuteen. Maissa, joissa kansalaisilla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnan asioihin, ei voida puhua osallisuuden yhteiskunnallisesta toteutumisesta.

Poliittisen ja kulttuurisen ilmaston arvottaessa osallisuuden, voi vaikutukset rajoittaa kansalaisten osallisuus- ja päätöksentekomahdollisuuksia, halukkuutta ja valintoja. Toisaalta muuttuvassa yhteiskunnassa ihmiset asettavat uudenlaisia tavoitteita palveluiden saatavuudelle ja asiakkuudelle myös sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarkoitus on pyrkiä turvaamaan kansalaisten hyvinvointi ja terveys, sillä samaan aikaan lisääntyvät hyvinvointierot sosioekonomisten ryhmien, sukupuolten, vähemmistöjen sekä maantieteellisten alueiden välillä. Siksi kansalaisten heterogeenisyyden tunnistaminen on edellytys osallisuuden oikeudenmukaiselle toteutumiselle.

Osallisuus edellyttää *eettisesti kestävä* päätöksentekoa ja yhteistyötä yhteiskunnan eri toimijoiden ja hallinnonalojen välillä osallisuuden esteiden poistamiseksi ja yhteiskunnan kehittämistä niin, että se kannustaa osallistumaan mukaan toimintaan ja huomioi erilaisessa asemassa olevien ihmisten oikeuden osallisuuteen. Jotta osallisuus voi toteutua tasavertaisesti, se edellyttää yhteiskunnassa osallisuuteen vaikuttavien tekijöiden huomiointia, erityisesti niiden ihmisten kohdalla, joilla on rajoitettu kyky tehdä päätöksiä.

*“Put differently, government actions will nearly always be viewed as unfair by some.”* (Rice 2001, 244).

### 5.3 Osallisuuden seuraukset

Rodgersin (1993a, 83) mukaan käsitteen seuraukset ovat käsitteen vaikutuksia tai käsitteen seurauksena tapahtuvia ilmiöitä ja tapahtumia. Analyysin perusteella osallisuuden seuraukset olivat *asiakkaan saama hyöty ja organisaation suorituskyvyn parantuminen*.

Ensimmäisellä ajanjaksolla osallisuuden seurauksia kuvasi organisaatiolähtöinen ajattelu, jossa ilmeni asiakkaan osallisuuden merkityksen tarkastelu organisaation toimintaan vaikuttavana tekijänä, ei niinkään asiakkaalle merkityksellisenä. Osallisuudessa asiakkaan rooli näyttäytyi informaation antajana. Informaatiota hyödyntämällä organisaatiossa on mahdollisuus kehittää palvelurakenteen ongelmakohtia ja ohjata taloudellisia ja henkilöstövoimavaroja toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisesti. Tämän seurauksena sosiaali- ja terveystalouden tuottavuus voi parantua ja kustannuksia voi olla mahdollista vähentää.

Jälkimmäisellä ajanjaksolla osallisuuden seurauksena painottui *asiakkaan saama hyöty* voimaantumisenä (empowerment) organisaatiolähtöisen hyötyajattelun sijaan. Osallisuus voi lisätä yksilön sisäisiä voimavaroja, itseluottamusta ja hallinnan tunnetta omasta elämästä. Osallisuuden kautta asiakas voi tunnistaa mahdollisuutensa parantua ja nähdä itsensä eheämpänä osana yhteiskuntaa, ei sairauden määrittelemänä tai potilaana.

*“...to see themselves as persons with dignity and with plans of their own for further developing themselves...”* (Lloyd & Carson 2011, 61).

Tämä voi edistää paranemista ja vähentää eriarvoisuuden kokemusta ja yksinäisyyttä. Nämä kokemukset voivat voimaannuttaa. Voimaantunut ihminen voi kokea kyvykkyyttä tehdä päätöksiä ja suunnitella paremmin tulevaisuuttaan. Voimaantuminen voi auttaa sitoutumaan hoitoon, kasvattaa vastuuta oman terveyden edistämisessä ja parantaa näin kokemusta elämänlaadusta.

*“...empowerment, however, appears to have been fostered by her actions or participation and her development of a collective identity as a service user, which in part has to do with the fact that someone listened to what she had to say.”* (Heffernan 2009, 381).

Vaikka painotus osallisuuden seurauksista muuttui jälkimmäisellä tarkastelujaksolla asiakasta hyödyttäväksi näkökulmaksi, myös organisaation saama hyöty oli esillä. Asiakkaan

osallisuuden avulla on mahdollista kasvattaa organisaation tiedollista osaamista ja tehostaa toimintaa ottamalla asiakkaat mukaan kehittämistyöhön. Käyttöön saatava tieto voi vahvistaa ammattilaisten osaamista ja ymmärrystä asiakkaan päivittäisistä tarpeista sairaudessa. Tieto auttaa suunnittelemaan hoitoa asiakkaan tarpeiden ohjaamana ja yhdistämään ammatillisen osaamisensa ja asiakkaan voimavarat. Asiakkaan voimavarojen ja itsenäisen toiminnan tukeminen niiltä osin kuin se on tilannekohtaisesti mahdollista, voi vapauttaa kohdentamaan organisaation toiminnallisia voimavaroja toiseen kohtaan.

Osallisuus voi lisätä sosiaalista pääomaa yksilö- ja yhteisötasolla ja sillä voi olla vaikutusta myös kansanterveyteen, kun yksilö pyrkii vaikuttamaan valinnoillaan ja teoillaan oman ja yhteisen hyvinvoinnin edistämiseen. Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan ihmisten keskinäisiä sosiaalisia verkostoja ja niissä syntyvää luottamusta ja vastavuoroisuutta. Mahdollisuus jakaa asioita ammattilaisten tai muiden asiakkaiden kanssa voi lisätä sosiaalista yhteenkuuluvuudentunnetta ja yksilön hyvinvointia, joka kannustaa tukemaan myös muiden osallisuusmahdollisuuksia. Parhaimmillaan osallisuus voi lisätä kansalaisten integroitumista yhteiskuntaan ja vähentää eriarvoisuutta.

#### **5.4 Osallisuuden käyttöyhteydet**

Käsitteen käyttöyhteys tarkoittaa Rodgersin (1993, 82–83) mukaan tilanteita, joissa käsitettä sovelletaan. Osassa osallisuuden piirteitä, edellytyksiä ja seurauksia olen kuvannut sitä, missä yhteyksissä osallisuus näyttäytyy. Siksi käyttöyhteyksissä voi esiintyä osin keskinäistä päällekkäisyyttä. Osallisuus-käsitteen käyttöalueita olivat *hoitoon ja palveluun liittyvä päätöksenteko, kansalaistoiminta sekä toiminnan ja laadun kehittäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*.

Eniten osallisuuden käyttöyhteyttä molemmilla ajanjaksoilla kuvasi asiakkaan *osallisuus hoitoon ja palveluun liittyvänä päätöksentekona*. Osallisuutta päätöksenteossa kuvasi osallisuus koko asiakkuuden ajan: hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

*“It has also highlighted the fact that the complexity and dynamic nature of social action and the formation of a collective identity can provide significant challenges to the service user involvement initiative.”* (Heffernan 2009, 382).

Osallisuuden esteitä hoidollisessa päätöksenteossa voivat olla sattumanvarainen yhteistyö asiakkaan ja ammattilaisen välillä, asiakkaan puolesta toimiminen ilman sopimusta tai toimintatapojen ja lainsäädännön rajoittama itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus.

Toiseksi eniten osallisuuden käyttöaluetta kuvasi yhteiskuntatasolla ilmenevä *yhteiskunnallinen osallisuus* ja *kansalaistoiminta*. Demokraattisissa valtioissa yhteiskunnallinen osallisuus voi olla muun muassa osallistumista julkiseen keskusteluun, vaikuttamista paikallisdemokratian keinoin oman asuinalueen palveluiden, kuten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehitykseen tai yhteistoimintaan kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

*“Voting in regional elections was the activity most respondents believed could lead to improvements...”* (Fredriksson ym. 2018, 474).

Jälkimmäisellä ajanjaksolla yhteiskunnallisen osallisuuden käyttöyhteytenä painottui kansalaisten vastuu vaikuttaa valinnoillaan omaan ja myös muiden kansalaisten hyvinvointiin, asuinalueen ja palveluiden kehitykseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa eri asiakasryhmillä on yhteisönä mahdollisuus erottua ja pyrkiä vaikuttamaan suurempana joukkona, jolloin heidän erityistarpeidensa huomioimisen on mahdollista nousta paremmin esille yhteiskunnassa. Jos osallisuus ei mahdollistu tai toteudu asiakkaan tavoittelemalla tavalla, voi yksinäisyyden ja eriarvoisuuden kokemus kasvaa ja aiheuttaa terveyshaittoja.

*“Our findings demonstrate that when patients find ways to use elements of organizational culture as symbolic resources to support their involvement, they can influence healthcare in unexpected ways beyond simply providing their views as receivers of care.”* (Renedo ym. 2015, 32).

Kolmantena osallisuuden käyttöyhteytenä oli sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun kehittäminen. Asiakaspalautteiden, asiakasraatien sekä kokemusasiakkuuden avulla on mahdollista kerätä tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiskohteista. Tulosten perusteella kansalaiset ja asiakkaat halusivat olla osallisia palveluiden, oman alueensa ja laajemminkin yhteiskunnan palveluiden suunnittelussa. Heidän ilmaisemat mielipiteet jäivät kuitenkin vähemmälle huomiolle, sillä laadun kehittäminen tapahtuu rakenteiden ehdoilla.

*“The aim is to systematically include patient knowledge, needs and preferences in the treatment through re-organization of work practices and implementation of systematic methods and knowledge about patient involvement.”* (Vrangbaek 2015, 615).

Tarkastelin osallisuus-käsitteen käyttöalaa myös aineistoon valikoituneiden tieteellisten artikkeleiden aineistonkeruun perusteella. Suurimmassa osassa tutkimuksia aineisto oli kerätty empiirisesti kyselyillä, haastatteluilla ja havainnoilla. Nämä aineistonkeruumenetelmät vahvistavat asiakkaiden näkökulman esittämistä, joka oli myös tutkielmani aineiston valintakriteerinä. Muutamassa artikkelissa osallisuutta lähestyttiin kirjallisuuskatsauksena. Minulle osallisuus-käsitteen yhteiskunnallista käyttöalaa kuvasi artikkeleiden julkaisumaat. Suurin osa artikkeleista oli julkaistu Euroopassa, Englannissa. Toiseksi eniten Yhdysvalloissa, ja yksittäisiä artikkeleita oli julkaistu myös Irlannissa, Norjassa ja Alankomaissa osallisuus-keskustelun painottuessa demokraattisiin länsimaihin.

### 5.5 Osallisuuden lähikäsitteet

Molemmilla ajanjaksoilla osallisuudelle yhteinen lähikäsite oli *osallistuminen* (participation). Jälkimmäisellä jaksolla *sitoutuminen* (engagement) käsitteen käyttö lisääntyi osallisuutta kuvaavana käsitteenä. Lisäksi osallisuutta kuvasi asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde, kuten *kumppanuus* (partnership), *ammattilaisen määrittämä osallisuus* (professional-determined involvement), *asiakkaan määrittämä osallisuus* (patient-determined involvement), sekä ammattilaisten toimintatapa, kuten *potilaskeskeinen lähestyminen tai hoito* (patient centred approach or care). Lähikäsitteitä käytettiin mielestäni myös osallisuutta tarkoittavina käsitteinä. Koska en tehnyt lähikäsitteistä erillisiä käsiteanalyyskejä, en osaa kuitenkaan sanoa jakavatko ne samat ominaisuudet, jolloin ne olisivat myös osallisuuden korvaavia käsitteitä (Rodgers 1993a, 86–87).

### 5.6 Yhteenvetoa tuloksista

Taulukossa 6 olen kuvannut tiivistetysti osallisuuden piirteitä tarkastelujaksoilla 2000–2009 ja 2010–2019. Osallisuuden piirteet on esitetty taulukossa sen mukaisesti, miten ne aineistossa ajallisesti painottuivat. Osallisuuden edeltävät tekijät pysyivät samoina tarkastelujaksojen aikana, mutta niiden keskinäinen painotus muuttui. Ensimmäisellä ajanjaksolla edeltävissä tekijöissä painottui osallisuuden yhteiskunnallisesti ja organisaatio-



tasolla mahdollistavat tekijät, kuten toimintatavat ja palvelurakenteet. Jälkimmäisellä tarkastelujaksolla 2010–2019 edellytysten painotusjärjestys muuttui yksilöllisiä ominaisuuksia, kuten asiakkaan aktiivisuutta, korostavaksi. Yhteiskunnallinen painotus muuttui lainsäädännössä mahdollisuudesta yksilön oikeutta ja velvollisuuksia kuvaavaksi.

TAULUKKO 6. Osallisuus-käsitteen ominaisuudet, edeltävät tekijät ja seuraukset

<i>Ajanjakso</i>	<i>Edeltävät tekijät</i>	<i>Ominaisuudet</i>	<i>Seuraukset</i>
2000–2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yhteiskunnalliset tekijät</li> <li>• organisaatiotason tekijät</li> <li>• yksilölliset ominaisuudet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vuorovaikutuksellisuus</li> <li>• informatiivisuus</li> <li>• mahdollistaminen</li> <li>• itsemääräämisoikeus</li> <li>• kokemuksellisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakkaan saama hyöty palvelun laadun parantumisena</li> <li>• organisaation suorituskyvyn parantuminen (teho, laatu)</li> </ul>
2010–2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yksilölliset ominaisuudet</li> <li>• organisaatiotason tekijät</li> <li>• yhteiskunnalliset tekijät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vuorovaikutuksellisuus</li> <li>• informatiivisuus</li> <li>• mahdollistaminen</li> <li>• itsemääräämisoikeus</li> <li>• kokemuksellisuus</li> <li>• tilannesidonnaisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakkaan saama hyöty voimaantumisenä</li> <li>• organisaation suorituskyvyn paraneminen (teho, laatu, tieto, tarkoituksenmukaisuus asiakkaalle)</li> </ul>

Myös osallisuuden ominaispiirteissä oli havaittavissa yksilöön painottuva näkökulma jälkimmäisellä ajanjaksolla, kuten itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden mahdollistuminen. Lisäksi jälkimmäisellä tarkastelujaksolla osallisuuden ominaispiirteissä muodostui ymmärrys käsitteen tilannesidonnaisesta luonteesta. Tilannesidonnaisuutta kuvasi tulosten perusteella osallisuuden toteutumiseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten asiakkaan yksilölliset ominaisuudet ja halu, organisaation ja ammattilaisten toimintatavat sekä yhteiskunnassa vaikuttavat arvot.

Ensimmäisellä tarkastelujaksolla asiakkaan osallisuuden seuraukset kuvasivat organisaatiolähtöistä ajattelua toiminnan kehittymisenä ja palvelun laadun parantumisena. Osallisuuden seurauksissa painottui jälkimmäisellä ajanjaksolla merkityksellisenä yksilöön

kohdistuvat tekijät, kuten asiakkaan voimaantuminen. Voimaantuminen osallisuuden seurauksena kertoo siitä, että osallisuutta lisäämällä voi olla mahdollista parantaa asiakaskokemusta. Asiakkaan palvelukokemus vahvistaa tunnetta omaa tarvetta vastaavista palveluista. Kokemus hoidon tai palvelun tarkoituksenmukaisuudesta voi johtaa yksilön kohdalla palvelutarpeen vähenemiseen ja toisaalta lisätä uusien asiakkaiden määrää, joka näkyy toiminnan tehokkuutena organisaatiotasolla.

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Tutkielman eettisyys ja luotettavuus

Käsiteanalyysini kokonaisuus on teoreettinen analyysi, jonka olen sitonut osallisuuden aikaisempaan tutkimukseen, yhteiskunnalliseen keskusteluun ja kehitykseen sekä tutkijana omaan ajatustyöskentelyyni. Tutkielman metodologisena lähtökohtana olen käyttänyt Rodgersin (1993) evolutionaarista käsiteanalyysimallia, joka on sekä käsitteen ja sen käytön erittelyä että strategia käsitteen ominaisuuksien tunnistamiseksi. Tutkielmassa analyysin tavoitteena oli selkeyttää osallisuus-käsitettä sitä kuvaavien piirteiden ja käyttöyhteyksien avulla ja kuvata käsitteen ajallista muuttumista 2000-luvulla.

Tieteellisen tutkimuksen laatu ja tulosten uskottavuus perustuvat tutkimuksen eettisesti oikeaan toteuttamiseen ja sisäiseen johdonmukaiseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 124). Tieteellisen tutkimuksen ja etiikan yhteys on myös kahtalainen. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin valintoihin ja toisaalta eettisellä toiminnalla on vaikutusta tutkijan ratkaisuihin tutkimuksessa. Oman toimintani avoimuudella, järjestelmällisellä raportoinnilla ja tutkijana tekemiäni valintojen perusteluilla olen halunnut vahvistaa tämän tutkielman eettisyyttä ja luotettavuutta ja edistää osaltani hyvää tieteellistä käytäntöä. (Rodgers 1993; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 117-118.)

Käsiteanalyysi metodologisena valintana haastaa tutkijan eettisyyden tutkimuksen etenemisen ja valintojen kuvaamisessa. Teoreettisena tutkimuksena käsiteanalyysi jaotellaan laadulliseksi tutkimukseksi, vaikka Rodgers (1993, 85) korostaa määrällisen tutkimuksen orientaatiota, kuten systemaattista ja tarkkaa kuvausta tutkimuksen etenemisestä, aineiston hankinnasta ja otannasta. Menetelmänä käsiteanalyysi muistuttaa systemaattista kirjallisuuskatsausta aineiston hankintatavan vuoksi, mutta eroaa siinä analyysivaiheessa. Rodgersin (1993, 85) näkemys poikkeaa laadullisen tutkimuksen käytänteistä, joissa yleensä analysointi ohjaa tutkimuksen etenemistä, kysymyksen asettelua ja jatkokysymyksiä. (vrt. Hirsjärvi ym. 1997, 15, 219). Määrällisen tutkimuksen orientaatioon olen pyrkinyt vastaamaan kuvaamalla tutkielmani etenemisen ja aineiston hankintaan liittyvän prosessin mahdollisimman tarkasti pääluvussa 4.

Aiheeseen perehtyminen osoitti osallisuuden olevan laajasti sosiaali- ja terveystalve-luissa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa käytössä oleva käsite. Syventyessäni aiheeseen havaitsin osallisuuden käytössä muutoksen 2000-luvulle siirryttäessä. Osallisuus erottui osallistumisesta, vaikka käsitteitä käytetään edelleenkin herkästi rinnakkain ja synonyymeina. Havaintoni vahvistamiseksi tein tietokannoissa vertailua osallisuus (involvement) ja osallistumis (participation) -käsitteiden esiintyvyydestä.

Aineiston hankintaa ohjasi tutkielmani tarkoitus. Laajan aineistomäärän hallitsemiseksi rajasin aineistoksi vertaisarvioidut, englanninkieliset tutkimusartikkelit ja tieteellisten lehtien pääkirjoitukset. Tunnistan tekemässäni ratkaisussa sen, että muun aineiston, kuten populaariaineiston (muut kuin tutkimusartikkelit), mukaan ottaminen olisi voinut tarjota sisällön ja käyttöalueiden osalta monipuolisemman tuloksen. (Rodgers 1993a, 80.) Osallisuus-käsitteen piirteiden ja käyttöyhteyksien löytämiseksi käytin aineistonhankinnassa neljää eri tietokantaa, jotka tarjosivat näkökulmia osallisuuteen sosiaali- ja terveystalve-luissa. Tutkielmassa en kuitenkaan eritellyt käsitteen käyttöä eri tieteenaloilla (kts. Rodgers 1993a, 80), koska se ei ollut tutkielman tavoitteena. Aihe olisi kuitenkin mielenkiin-toinen jatkotutkimusaiheena.

Rodgersin (1993a, 83–86) suosituksen mukaisesti tutkielmani aineiston valinta perustui harkinnanvaraisuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen. Tutkielmassa käytetty dispositio-naalinen lähestymistapa ohjasi kiinnittämään huomion osallisuus-käsitteen piirteisiin, käyttöyhteyksiin ja ajalliseen kehitykseen sosiaali- ja terveystalveluiden toimintaympä-ristössä. (Rodgers 1993a, 73; ks. myös Kivinen 2008, 21). Hakustrategiaa noudattaen ai-neistosta muodostui moniulotteinen, mutta kuitenkin hallittavissa oleva. Harkinnanvarai-suutta ja tarkoituksenmukaisuutta korostavat käyttämieni tietokantojen ja hakusanojen valinnat, aineiston valintakriteerit sekä analysoitavien artikkeleiden määrä. Katson aineis-toni olevan riittävä laadultaan ja määrältään, sillä se mahdollisti tutkimuskysymyksiin vastaamisen. Ymmärrän osallisuuden yhteiskunnallisesta muutoksesta ja muutoksessa elävänä käsitteenä, johon olen pyrkinyt tarjoamaan näkökulmia pääluvussa 2 ja 3.

Sisällön analyysin luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi kolmen eri näkökulman avulla: analyysin pysyvyyden, toistettavuuden ja virheettömyyden avulla. Analyysin py-syvyydellä tarkoitetaan sitä, pysyykö analyysi samanlaisena, jos se tehdään useamman

kerran. Tutkijan ajattelun kehittyminen ja muuttuminen voivat heikentää analyysin pysyvyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tutkielmani pysyvyyttä olen pyrkinyt vahvistamaan arvioimalla ja kuvaamalla oman toimintani vaikutusta koko tutkimusprosessiin. Näin jälkikäteen voin todeta laadullisen sisällönanalyysin toteuttamisen olevan menetelmää opettelevalle ja kokemattomalle henkilölle vaativa ja aikaa vievä prosessi. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi vaati itsekuria aineistossa pysymisessä ja ennakkokäsitysten poissulke-  
miseksi. Kirjasin ajatuksiani muistiin tutkimusprosessin aikana, luin aineistoksi valikoituneet artikkelit useaan kertaan läpi ja aloitin analysoinnin vasta aineiston keräämisen jälkeen. Tämä mahdollisti käsitteen monipuolisuuden esiin tulon ja vähensi tutkijana tekemiäni ennenaikaisia päätelmiä, jotka voivat vaikuttaa tutkielmani luotettavuuteen. (Rodgers 1993a, 73, 85; Kivinen 2008, 21.) Tunnistan, että analyysini lopputulokseen on kuitenkin voinut vaikuttaa se, että tutkielman tekeminen ja työelämän yhteensovittaminen aiheuttivat aikatauluhaasteita ja jouduin välillä pitämään analyysissä useamman päivän taukoja.

Analyysini toistettavuutta olen pyrkinyt vahvistamaan kuvaamalla aineistonhankinta- ja analyysiprosessin mahdollisimman tarkasti (Tuomi & Sarajärvi 2002). Haasteellisenä koin käsitteiden luokittelun yhdenmukaisesti. Jäsentely, erittely ja pohtiminen vaativat etsimään itselle sopivia työskentelytapoja, joita hain yritysten ja erehdysten kautta. Useampi taulukko ja piirros osallisuudesta ohjasivat ja jäsensivät ajattelua. Huomasin kuitenkin aina palaavani takaisin alkuperäiseen tietokoneella työstämäni taulukkoon, jolla olin aineistoa alun alkaen jäsentänyt. Erilaisten värikoodien hyödyntäminen taulukossa tutkielman edetessä auttoi työskentelyä askel kerrallaan eteenpäin. Abstrahoinnissa vaikeutena oli se, että tulosten kirjoittamisen jälkeen oma ymmärrys osallisuutta kuvaavista piirteistä lisääntyi, jolloin koin tarpeellisen kirjoittaa tulokset uudelleen. Abstrahoinnissa pyrin kuitenkin huomioimaan sen, että liian ylätasolle vietyinä osallisuus-käsitteen piirteet voisivat kuvata mitä tahansa käsitettä. Lopputulos on kolme kertaa uudelleen kirjoitettu.

Kolmas tutkielmani luotettavuuteen vaikuttava tekijä on virheettömyys (Tuomi & Sarajärvi 2002). Käsiteanalyysiin liittyy ymmärrys siitä, että käsitteet voivat pitää sisällään erilaisia merkityksiä. Käytettyjen sanojen merkitys voi olla muuttuva, jolloin käsitettä kuvaavat piirteet voivat esiintyä muuttuvina sekä osin myös päällekkäisinä. (Rodgers

1993a, 89.) Korvaavat- ja lähikäsitteet olen kuvannut yhtenä joukkona. Rodgersin mukaan (1993, 86) käsiteanalyysissä korvaavien- ja lähikäsitteiden määrittäminen ei välttämättä edellytä järjestelmällistä tarkastelua. Aineistossa esiintyneillä lähikäsitteillä olen ymmärtänyt viitattavan osallisuuden eri tapoihin ja muotoihin sosiaali- ja terveystalveidien toimintaympäristössä. Korvaavien ja lähikäsitteiden tulkitseminen olisi vaatinut erillisen aineiston hankinnan ja oman käsiteanalyysin, jota tässä tutkielmassa en ole toteuttanut tutkielmani pituus ja ajallinen rajallisuus huomioiden (Rodgers 1993a, 83–86). Lisäksi olen esittänyt luotettavuuden lisäämiseksi aineistosta suoria, englanninkielisiä lainauksia. En ole kääntänyt lainauksia suomeksi, sillä asiayhteydestä irrotettuna lainausten kääntäminen olisi voinut muuttaa niiden sisältöä ja heikentää tutkielmani luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 1997, 220-221.)

Tutkielmani luotettavuuden arviointi perustuu myös lähdeaineiston käyttöön. Lähdeaineiston tulee olla aiheen kannalta keskeistä ja lähdeviitteiden relevantteja. Oleellista lähdeaineiston käytössä on se, miten tutkielman tulokset ja käytetty lähdeaineisto keskustelvat tutkijan tulkinnassa ja millaisia johtopäätöksiä tutkijana näiden perusteella teen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 20–21.) Tutkielman tarkoitus huomioiden tutkimusaineistossa on artikkeleita 20 vuoden ajalta. Tämä aikajänne mahdollisti osallisuus-käsitteen muutoksen ajallisen tarkastelemisen. Muun lähdeaineiston osalta olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman uutta lähdeaineistoa. Tutkimusartikkeleiden lisäksi lähteinä on käytetty poliittishallinnollisia asiakirjoja, lainsäädäntöä sekä WHO:n, Sosiaali- ja terveystalveidien ja THL:n sähköistä materiaalia. Käyttämäni muu lähdeaineisto sekä niissä käytetyt käsitteet edustavat tässä tutkielmassa osallisuutta kuvaavaa yhteiskunnallista keskustelua, johon Rodgers (1993a, 82, 85) ohjaa laajan ymmärryksen rakentamiseksi analysoitavasta käsitteestä. Ymmärrän, että poliittiseen päätökseen perustuvien näkökulmien huomiointi ja päätöksenteon taustalla vaikuttava motivaatio voivat erota tieteellisen tutkimuksen tarkoituksesta. Perustelen valintani kuitenkin sillä, että poliittishallinnollisen päätöksenteon taustalla on eri alojen asiantuntijoiden kuuleminen ja lausunnot, jotka osaltaan edustavat aiheen tieteellistä lähestymistä teoreettisen tiedon ja tutkimusten lisäksi.

Tutkielmani luotettavuuden tarkastelemisessa keskeinen asia analyysin kaikissa vaiheissa on tutkijana tulkintaani ja tekemiini ratkaisuihin liittyvän. Ratkaisuja ja valintoja on oh-

jannut koko ajan tutkielmani tavoite selkeyttää osallisuus-käsitettä sosiaali- ja terveystalveluissa. Tutkijana tehtäväni oli koetella aineistoa vertaillen sen sisältöä ja käydä vuoropuhelua teorian, empirian ja oman ajatteluni kanssa. Analyysissäni olen ymmärtänyt sen, että puhdas induktiivinen päättely ja absoluuttinen aineistolähtöinen tutkimuksen toteuttaminen on vaikeaa, jos ei mahdotonta. (Rodgers 1993a, 87.) Minulle pyrkimys absoluuttisuuteen tarkoittaa sitä, että olen pyrkinyt kuvaamaan tekemäni havainnot ja löydöt siten, etteivät ne ole ristiriidassa tulkintani kanssa.

Analyysini rakentuu tässä ajassa asettamallani hakustrategialla ja perustelemillani valinnoilla samalla, kun tunnistan oman osaamiseni rajallisuuden. Käyttämäni käsitteet, tutkimusmatkan varrella tekemäni valinnat ja tulkinnat ovat omiani ja vaikuttavat tutkielmani tuloksiin (Rodgers 1993a, 90; Tuomi & Sarajärvi 2002, 98). Käsiteanalyysissä ja tulosten tulkinnassa olen pyrkinyt huomioimaan, että kielen avulla ilmastaviin asioihin liittyy aina jokin näkökulma, jonka taustalla on arvojen ja myös uskomusten muodostama kokonaisuus, joka vaikuttaa tulkintaan (Rodgers 1993a, 87; Niiranen 2002, 65–66). Ymmärrän käsitteet sekä ajallisesti että ympäristössä muuttuvina. Siksi analyysini ei voi antaa täydellistä, universaalista, määritelmää osallisuudesta, eikä käsiteanalyysi laadullisena tutkimusmenetelmänä siihen myöskään täysin sovellu (myös Rodgers 1993a, 90).

## 6.2 Tulosten tarkastelua

Tutkielmani tavoitteena oli selkeyttää osallisuus-käsitettä tunnistamalla osallisuuden piirteitä ja käsitteen käyttöä sosiaali- ja terveystalveluissa 2000-luvulla. Katson saavuttaneeni tavoitteen metodologisen valintani avulla. Tutkielmani tuloksena on osallisuuden piirteiden tunnistaminen sekä käsitteen ajallinen ja käyttöyhteyksien kuvaaminen.

Rodgersin (1993) evolutionaarisen käsiteanalyysin viimeiseen vaiheeseen kuuluu muodostaa mahdollinen malliesimerkki käsitteen käytöstä (Rodgers 1993a, 86–87; myös Lammintakanen ym. 2008). Malliesimerkillä Rodgers (1993, 86–87) tarkoittaa käsitteen käytön esimerkkitilannetta, jossa on mukana analysoitavan käsitteen ominaispiirteet mutta ei muiden käsitteiden piirteitä. Malliesimerkki pitäisi mieluummin tunnistaa aineistosta kuin rakentaa se itse. Analyysini perusteella kuvaan osallisuutta seuraavasti:

*Osallisuus rakentuu aktiivisessa vuorovaikutuksellisessa prosessissa ihmisten, ympäristön ja organisaatioiden kesken. Vuorovaikutuksen kautta siihen liittyy tiedon jakaminen eri toimijoiden välillä. Yksilölle osallisuus voi olla inhimillisesti merkityksellinen, subjektiivinen kokemus, tarve tai voimavara, johon liittyy itsemääräämisoikeuden käyttäminen, oma tahto ja valinnat. Osallisuus ilmenee oikeutena ja mahdollisuuksina vaikuttaa omassa elinympäristössä omiin ja yhteisiin asioihin toimintakyvyn mukaan, mutta sosiaali- ja terveystalveissa siihen voi sisältyä myös velvollisuuden vaade. Osallisuuden ominaisuudet ja ulottuvuudet tekevät siitä tilannesidonnaisen.*

Analyysini perusteella tulkitseen osallisuuden olevan laaja, monimuotoinen ja myös monitasoinen käsite. Käsitteen tulkinnan taustalla on erilaisia teorioita ja motiiveja, jotka vaikuttavat käsitteen ymmärtämiseen. Käsitteen laajuutta kuvaa analyysini perusteella esimerkiksi se, että osallisuutta voidaan lähestyä ja ymmärtää yksilön, organisaation ja yhteiskunnan näkökulmat huomioiden. Tähän kolmitasoiseen jaotteluun myös Clark (2008) kollegoineen perustaa osallisuuden tarkastelun. Osallisuuden vaikeasti määriteltävyyttä kuvastaa analyysini perusteella se, että osallisuus voi näyttäytyä yksilön konkreettisenä toimintana tai toimintakykyisyytenä samalla, kun se voi olla myös subjektiivinen tunne (ks. myös Isola ym. 2017).

Analyysini perusteella osallisuuden ominaispiirteet sosiaali- ja terveystalveissa olivat tulosten perusteella osin päällekkäisiä ja toisistaan riippuvaisia. Piirteiden päällekkäisyyden ja keskinäisen riippuvuuden tulkitseen kuvaavan osallisuuden monimuotoisuutta käsitteenä, mutta myös sosiaali- ja terveystalveluiden toimintaympäristön monimuotoisuutta.

*Osallisuuden ydin on vuorovaikutuksellisuus.*

Lainsäädännön ja sosiaali- ja terveystalveluiden toimintaa ohjaavien suositusten mukaan asiakkaalla on oikeus olla mukana häntä itseään koskevissa asioissa ja päätöksenteossa. Lainsäädäntö velvoittaa asiakkaan mielipiteiden kuulemiseen. Samalla velvoite sisältää oletuksen asiakkaan oikeudesta häntä itseään koskevaan tietoon. Jotta asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveystalveissa voi toteutua, siihen tarvitaan yksilön ja ympäristön



välistä vuorovaikutusta. Pelkkä laki tai toimintaa ohjaavat suositukset eivät riitä varmistamaan osallisuuden toteutumista. Siksi vuorovaikutus on keskeinen edellytys informaatiivisuudelle. Kohtaamisen kautta rakentuva vuorovaikutus luo pohjan tiedon jakamiselle asiakkaan ja ammattilaisen kesken hoidon ja palvelun suunnittelussa. Tämä edellyttää ajattelua, jossa asiakkaan ymmärretään olevan toiminnan päähenkilö ja hänellä olevaa subjektiivista tietoa pidetään merkityksellisenä osana hoidon ja palvelun suunnittelua. Näkökulma vastaa Thomasin (2002) esittämää mallia, jossa asiakas on toiminnan keskiössä, hänen subjektiiviset näkemyksensä huomioidaan ja itsenäinen päätöksenteko mahdollistetaan merkityksellisenä osana hoitoa ja palvelua (ks. myös Kohonen & Tiala 2002).

Sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät ja tarvitsevat asiakkaat ovat heterogeeninen ryhmä. Jokaisella asiakkaalla on henkilökohtaisia tarpeita ja yksilöllinen elämäntilanne suhteessa tarvitsemaansa hoitoon tai apuun. Aineistosta nousee esiin asiakkaiden toive, että heidän elämäntilanteensa huomioitaisiin paremmin ja heillä olevaa tietoa hyödynnettäisiin hoidon ja palvelun suunnittelussa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa. Asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden, mielipiteiden ja elämäntilanteen huomioiminen ei ole yleistä, vaan asiakas määrittää hoidon ja palveluntarpeensa kautta. Tapa ylläpitää asiakkaiden näennäisosallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja tulos on yhtenevä Beresfordin (2012) ja Niirasen (2002) kanssa. Ammattilaisten toiminta näyttäytyy ammatillista asemaa vahvistavana vallan käyttönä, kuten Arnstein (1969) on esittänyt tapahtuvan Osallisuuden tikapuut -mallin ensiaskelmilla.

Jos asiakas huomioitaisiin omassa elämäntilanteessaan olevana ihmisenä, jolla on voimavaroja, tarpeita ja toiveita, jotka osin liittyvät avuntarpeeseen, mutta vaikuttavat myös elämänhallintaan, osallisuuden muoto tavoittaisi Arnsteinin portaiden ylimpiä askelmia. Näillä askelmilla osallisuus näyttäytyy yksilön tunnistavana kohtaamisena ja mahdollisuutena osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallisuus kuvaisi myös Kohosen ja Tialan (2002) esittämän osallisuuden mallin *toimintaosallisuutta*, jossa osallisuus ilmenee mahdollisuuksina toimia omassa elin- ja asuinympäristössä henkilökohtaisesta toimintakyvystä riippumatta.

Tulkintani perusteella sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävillä ja tarvitsevilla asiakkailla on paljon tietoa ja omia voimavaroja, joiden avulla heidän osallisuuttaan on mahdollista

parantaa. Tämän vahvuuden hyödyntäminen edellyttää kuitenkin organisaatioiden toimintakäytänteiden ja sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevien ammattilaisten toiminnan muuttamista niin, että se vahvistaa asiakkaan osallisuutta. (ks. myös Thomas 2002.) Aineistossa tämä näkyy niin, ettei aktiivisen asiakkuuden ole mahdollista toteutua käytännön toimintatavoista johtuen. Käyttämällä, mahdollistamalla ja kehittämällä erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä- ja välineitä ihmisten kohtaamisesta sähköisiin viestintä- ja apuvälineisiin on mahdollista löytää erilaisille asiakkaille sopivia tapoja osallisuuden tukemiseen.

*Asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluissa mahdollistuu ymmärtämällä osallisuuden tilannesidonnainen luonne.*

Sosiaali- ja terveyspalveluissa toiminnalle on ominaista, että osallisuus rakentuu tilannesidonnaisesti asiakkaan ja tilanteessa vaikuttavien sidosryhmien kanssa. On tilanteita, joissa asiakas voi olla tai voi olla olematta osallinen sairaudestaan, tilanteestaan tai halustaan johtuen. (ks. myös Niiranen 2002.) Siksi tulkitsen itsemääräämisoikeuden osallisuuden ominaispiirteenä kuvastavan myös osaltaan osallisuuden tilannesidonnaista luonnetta, sillä osallisuuteen liittyy mahdollisuus kieltäytyä osallisuudesta. Jos ihminen itse ymmärtää tilanteessaan tekemän kielteisen päätöksen merkityksen, osallisuus säilyy. Heli Valokiven (2008) esittämän osallisuuden janamallin mukaan tiedostetussa kieltäytymisessä on kyse asiakkaan omasta aktiivisesta toiminnasta, *irtisanoutumisesta*, joka voi syntyä halusta itse vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen. (Valokivi 2008, 62–68.)

Aineiston perusteella osallisuuden tilannesidonnaisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa kuvaa piirre, jossa asiakkaan osallisuus voi toteutua eri tasoisena yhtäaikaaisesti ja siirtyä tasolta toiselle asiakkaan tilanteen tai tarpeen mukaan (ks. myös Thomas 2002; Niiranen 2002). Analyysin perusteella osallisuus ei ole siksi riippuvainen ainoastaan yhden tekijän vaikutteista. Osallisuuden toteutumiseen vaikuttavat yksilön lisäksi myös organisaatioiden toiminta ja yhteiskunnalliset tekijät. Katson, että osallisuuden monikerroksisen ja tilannesidonnaisen luonteen tunnistaminen on tärkeä osa osallisuuden toteutumisessa.

Tutkielmassani en erotellut tietoisesti julkisesti ja yksityisesti tuotettuja sosiaali- ja terveyspalveluita. Tutkielmani tulokset tuottivat kuitenkin kuvauksen osallisuudesta julkisissa palveluissa, johon liittyy yhteiskunnallinen vastuu palveluiden oikeudenmukaisesta ja tasapuolisesta toteuttamisesta kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Siksi osallisuuden ymmärtämiseksi on tärkeä huomioida, ettei asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluissa ja siihen liittyvä päätöksenteko ole irrallaan muusta yhteiskunnallisesta kehityksestä ja päätöksenteosta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden luonteelle on ominaista, että erilaiset yhteiskunnalliset ilmiöt ja poliittishallinnollisen päätöksenteon aiheuttamat muutosvaateet ovat läsnä toiminnassa samaan aikaan, kun autetaan palveluita tarvitsevia ihmisiä. Aineiston perusteella poliittishallinnollisen päätöksenteon mukana olo sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnassa edellyttää demokraattisia päätöksentekoprosesseja ja myös kompromisseja osallisuuteen liittyvien tavoitteiden saavuttamiseksi.

Osallisuuden muutokset ja vaateet voivat aiheuttaa ristiriitaa sosiaali- ja terveyspalveluissa johtuen työn inhimillisestä luonteesta. Viitataan tällä Leemannin ja Hämäläisen (2015) esittämään Eversin (2003) malliin, jossa on kuvattu asiakkaan osallisuuden erilaisia ilmenemismuotoja osallisuuden toteutumisen mukaan. Analyysini perusteella sosiaali- ja terveyspalveluissa on havaittavissa 2000-luvulla markkinaperusteisen ja managerialistisen ajattelun haastavan osin hyvinvointivalttiollista mallia, jossa korostuu palvelujen yhdenmukaisuus, mutta myös professionalisimille tyypilliset piirteet, kuten ammattilaisten vahva asiantuntijuus ja asiakaslähtöisyyden korostuminen. (ks. myös Leemann & Hämäläinen 2015; myös Niiranen 2002.) Kysymys palveluiden järjestämisperusteista omakustanteisuutta lisäämällä markkinamallin mukaan voi luoda terveyseroja kansalaisten kesken ja aiheuttaa epätasa-arvoa palveluiden saatavuudessa, jolloin erot hyvinvointien ja vähäosaisten välillä kasvavat. Siksi päätöksenteossa ja palvelujärjestelmätasolla tulisi miettiä voidaanko toimintatapoja kehittämällä lisätä asiakkaiden osallisuutta ja vähentää eriarvoisuutta.

*Aktiivinen asiakas – osallisuuden edellytys?*

Yhteiskunnallisella tasolla osallisuuden edellytyksenä on kansalaisten osallisuuden oikeuttava hallintojärjestelmä ja lainsäädäntö, joka myös velvoittaa instituutioiden toimintaa. Aineiston analyysissä tämä näyttäytyi niin, että ensimmäisellä tarkastelujaksolla osallisuus oli asiakkaalle tarjoutuva mahdollisuus osallistua itseään koskevan hoidon ja palvelun suunnitteluun. Jälkimmäisellä ajanjaksolla osallisuutta kuvasi enemmän oikeus osallisuuteen. Samalla, kun osallisuuden voi aineiston perusteella havaita muuttuneen mahdollisuudesta oikeudeksi, on siihen liittynyt 2020-luvulle tultaessa myös asiakkuuteen liittyviä velvoitteita. Aineiston analyysin ja tarkastelemieni lainsäädännön ja politiikkaohjelmien perusteella aktiivisen asiakkaan ja kansalaisen roolia pidetään yhteiskunnallisesti tavoiteltavana osallisuuden muotona. Asiakkaiden oletetaan olevan aktiivisia ja edistävänsä omaa asiaansa (ks. myös Valokivi 2008), ja osallisuuden toivotaan jopa ratkaisevan yhteiskunnassa esiintyviä moninaisia ongelmia. Yhteiskunnallisesti ja myös yksilön näkökulmasta on merkityksellistä, ettei asiakkaalle aseteta liikaa aktiivisen asiakkuuden ja osallisuuden velvoitteita, sillä tämä voi johtaa myönteisenä koetun toimintatavan muuttumisen velvoittavaksi ja vähentää osallisuushalukkuutta.

Tulkintani perusteella sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäviltä asiakkailta edellytetään aktiivista asennetta ja halua tehdä itseään koskevia päätöksiä. Kuitenkin aktiivisen asiakkuuden vaade asettaa ristiriidan asiakkaiden heterogeenisyyden tunnustamiselle, jota osallisuuden toteutuminen yksilötasolla edellyttää. Myös lainsäädännössä ja hallinnollisessa puheessa käytettävät käsitteet tarjoavat mielestäni ristiriitaisen viestin asiakkaan osallisuuden merkityksestä, sillä asiakkaan ja ammattilaisten välistä suhdetta kuvaavissa ilmaisuissa ammattilaiset ovat toimijoita ja asiakkaat toimintaan ”osallistettavia ja sitoutettavia” toiminnan kohteita. Ilmaisut kuvaavat ammattilaisille annettua valta-asemaa suhteessa asiakkaan asemaan ja toimintaan. On myös tärkeä muistaa, että niin sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden kuin laajemmin kansalaistenkin yksilölliset ominaisuudet voivat vaikuttaa siihen, ettei aktiivinen ja itsenäinen osallisuus ole mahdollista.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa asiakkaan osallisuuteen on liitetty 2010-luvun jälkimmäisellä puolella yksilön valinnanvapauden korostuminen. Valinnanvapaus liittyy aktiivisen asiakkuuden ideaan, jolloin valinnanvapauteen liittyy kysymys aidosta mahdollisuudesta tehdä valintoja sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaana. Tulkintani perusteella asiakkaan osallisuuden toteutumisessa on kuitenkin erilaisia esteitä johtuen

sosiaali- ja terveystalveluiden palveluprosesseista, rakenteellisista toimintamalleista sekä ammattilaisten konkreettisesta toiminnasta ja osaamisesta. Aineistoni perusteella palvelujärjestelmän todellisuudessa voi olla mahdollista, ettei asiakkaalla välttämättä ole mahdollisuutta käyttää valinnanvapauttaan: voi olla, että muita palveluntuottajia ei ole tarjolla tai asiakas ei tilanteestaan johtuen pysty valintaa tekemään (ks. myös Niiranen 2002). Tällaisessa tilanteessa osallisuus jää enemmän ideaaliksi ja järjestelmän määrittämäksi mahdollisuudeksi kuin konkreettiseksi käytännön oikeudeksi, ja toisaalta se myös osoittaa osallisuuden tilannesidonnaisen piirteen palvelurakenteesta johtuvana.

Sosiaali- ja terveystalveluiden luonne huomioiden on ymmärrettävä, että asiakkaan toimintakykyyn voi liittyä erilaisia toiminnallisia vajeita, jotka voivat vaikuttaa osallisuuskkykyyn hetkellisesti tai pysyvästi. Kaikki eivät myöskään halua toimia edellytysten ja odotusten mukaisesti (ks. myös Valokivi 2008). Tutkielmani tulosten perusteella asiakkaan osallisuutta korostavat toimintatavat lisäävät parhaimmillaan asiakkaan aktiivisuutta ja vahvistavat itsemääräämisoikeuden toteutumista. Toisaalta vaade voi johtaa myös palveluiden ulkopuolelle jäämiseen, jos asiakas kokee, etteivät hänen voimavaransa riitä. Oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden periaatteiden mukaisesti palveluita ei voida kuitenkaan rakentaa ainoastaan aktiivisten asiakkaiden tarpeille. On huomioitava myös ne asiakkaat, jotka eivät itse pysty ilmaisemaan omia toiveitaan ja tarpeitaan, ovat toimintakyvyltään heikompia tai eivät pysty noudattamaan sovittuja asioita. (ks. myös Niiranen 2002; Valokivi 2008).

Edellä kuvattujen osallisuudesta tekemiäni tulkintojen sekä aikaisempaan tietoon perustuen haluan nostaa esiin sosiaali- ja terveystalveluita käyttävien asiakkaiden voimavarojen riittävyyden suhteessa yhteiskunnallisessa keskustelussa ja lainsäädännössä esitettyyn vaateeseen asiakkaan aktiivisuuden merkityksestä. Yhtenä ratkaisuna yksilöstä johtuvaan vähäiseen osallisuuteen on esitetty asiakkaan läheisten roolia osallisuuden muotona (ks. myös Niiranen 2002). Entä kenelle kuuluu vastuu asiakkaan osallisuudesta silloin, kun hän ei pysty sitä itse osoittamaan tai ilmaisemaan, eikä hänellä ole läheisiä, jotka auttavat osallisuuden toteutumisessa? Esitän, ettei osallisuuden toteutuminen voi olla ainoastaan asiakkaan tai hänen läheistensä varassa. Vastuu asiakkaan osallisuuden toteutumisesta

tulee olla yhteiskunnallisesti määritelty ja osa sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintakulttuuria. Tällöin osallisuuden toteuttamista voidaan edellyttää myös ammattihenkilöiltä.

*Johtamisella ohjataan asiakkaan osallisuuden mahdollistavaa toimintakulttuuria.*

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan osallisuuden toteutuminen edellyttää yhtenäistä toimintakulttuuria. Tulkintani perusteella haasteen asiakkaan osallisuuden toteutumiselle luo se, että ammattilaisten ymmärrys osallisuudesta, osallisuutta lisäävät mahdollisuudet ja käytännössä näkyvät toimintamuodot voivat vaihdella organisaatioiden välillä sekä organisaatioiden sisällä eri toimijoiden kesken. Asiakkaan osallisuudelle tilan antava toiminta edellyttää ammattilaisilta oman ammatillisen roolin muuttamista: asiakkaan ilmaisemien näkemysten hyväksymistä ja sisällyttämistä osaksi hoitoa ja palvelua, vaikka asiakkaan määrittämä paras ei välttämättä ole se, mitä ammattilaiset tai palvelujärjestelmä tarjoavat tai pitävät parhaana vaihtoehtona. Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö ammattilaisten asiantuntijuus olisi merkityksellinen hoidon ja palvelun suunnittelussa. Aineistoni perusteella asiakkaat voivat eri tilanteissa antaa ammattilaisille erilaisen vastuuroolin osallistua hoidon ja palvelun suunnitteluun tai tehdä päätöksiä heidän puolestaan. Tällöin osallisuus toteutuu vuorovaikutuksellisesti, asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen, Arnsteinin (1969, 217) tikapuiden kumppanuus-askelmalla.

Osallisuutta lisäävien toimintatapojen muutokseen liittyy arvojen muuttuminen, jonka sosiaali- ja terveyspalveluissa on tunnistettu olevan hidasta (Ikola-Norrbacka & Lähdesmäki 2011, 254). Siksi osallisuuden toteutuminen edellyttää organisaatiossa tiedollisen pääoman lisäämistä ja asiakkaan osallisuuden merkityksen tunnistamista toimintarakenteissa ja toiminnan johtamisessa (ks. myös Kohonen & Tiala 2002). Johtamista tulee arvioida ja kehittää. Johtamisen avulla on mahdollista tukea henkilöstön sitoutumista yhteisiin arvoihin. Johtamisen on kuitenkin tärkeää perustua vuoropuheluun ja avoimuuuteen, sillä perinteinen hierarkkiseen rakenteeseen ja määräysvaltaan perustuva johtami-

nen sosiaali- ja terveystalvveluissa heikentää henkilöstön työn mielekkyyttä ja voi vähentää asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksia. Jos henkilöstöllä ei ole mahdollisuutta osallistua työnsä kehittämiseen, ei asiakkaan osallisuudellakaan haluta nähdä olevan merkitystä. Lähijohtajan tehtävä on ohjata toimintatapojen ja asenteiden muutosta osallisuutta toteuttavaksi yhdessä henkilöstön kanssa. Siksi henkilöstöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa tehtävään työhön ja osaamisensa kehittämiseen tiedollisen osaamisen lisäämiseksi, ja johtajan tulee osoittaa luottamusta henkilöstönsä ammatillista osaamista ja näkemyksiä kohtaan.

Tiedon ja kokemuksen kautta on mahdollista vaikuttaa ammattilaisten ja asiakkaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Lisäämällä tiedollista ymmärrystä osallisuudesta, on mahdollista parantaa asiakkaan ja ammattilaisten välistä vuorovaikutusta ja saavuttaa Arnsteinin (1969, 217) tikapuiden ylempiä askelia, joissa osallisuus näyttäytyy asiakkaan itsenäisempänä päätöksentekona. Arnsteinin (1969, 217) porrasmalliin tukeutuen ja tulkintaani käyttäen asiakkaan itsenäinen päätöksenteko ja usko omiin kykyihin ovat seurausta osallisuuden kasvusta ja sen seurauksena voimaantumisesta, joka nousi esiin tuloksissa jälkimmäisellä tarkastelujaksolla.

Analyysini perusteella teoreettinen tieto osallisuuden merkityksestä on lisääntynyt yhteiskunnan ja sosiaali- ja terveystalvveluiden laajassa käyttökontekstissa, ja asiakkaiden osallisuuden parantamiseen on pyritty organisaatioiden toimintakäytänteitä muuttamalla, kuten palautekanavia lisäämällä. Osallisuus-käsitteen soveltamisalan painotus sosiaali- ja terveystalvveluissa on säilynyt kuitenkin hoidon ja palvelun suunnitteluun liittyvänä (ks. myös Laitila 2010), mutta käsitteen painotus on muuttunut jälkimmäisellä ajanjaksolla yksilöä korostavaan suuntaan. Asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet rajautuvat omaan palveluun ja hoitoon liittyvinä, ja niissäkin ammattilaisten tekemät päätökset voivat vaikuttaa käytäntöä ohjaavina edelleen enemmän kuin asiakkaan esittämät.

Yksilöön kohdistuva ajattelu on havaittavissa myös poliittisten ja hallinnollisten tavoitteiden asettelussa. Hallinnollinen kiinnostus suhteessa muihin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin, kuten taloudellisuuteen, vaikuttaa siihen, millaisia tavoitteita asiakkaiden osallisuudelle myös sosiaali- ja terveystalvveluissa asetetaan. Tulkintaani perustuen osallisuutta

lisäävä toiminta voi olla yhteydessä hoidon laadun tuloksiin asiakastyytyväisyyden kasvuna ja kokemuksena palvelun hyödyistä. Tehokkuutta ja taloudellisuutta painottavassa ajassa tulisi kuitenkin muistaa, että inhimillisen kärsimyksen vähentäminen on ammattilaisten keskeinen tehtävä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kun tiedollinen ymmärrys asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksista on saavutettu ja osallisuus toteutuu konkreettisenä sosiaali- ja terveyspalveluissa, osallisuuden toteuttaminen ei edellytä taloudellisia voimavaroja. Osallisuus rakentuu kokemuksellisenä vuorovaikutuksen ja kohdatuksi tulemisen kautta.

Tarkastelemassani aineistossa osallisuuteen liittyi erilaisia käsitteitä, joiden tulkitsen tarkoittavan asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Käsitteiden määrittämisen eri toimijoiden näkökulmasta tulkitsen kuvaavan osallisuuden monimuotoista rakentumista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lähikäsitteiden tunnistaminen osoitti osallisuuden olevan yhteisessä käsitteverkostossa osallistumisen ja sitoutumisen kanssa. Sitoutumisen liittyminen osallisuuteen jälkimmäisellä tarkastelujaksolla kuvastaa tämän hetken tapaa korostaa yksilön merkitystä ja asiakkaan aktiivisuutta oman toimintansa edistäjänä. Aktiiviseen toimintaan voi retorisesti ajatella liittyvän myös sitoutuminen toimintaan.

Tämän käsiteanalyysin tiedolla olen pyrkinyt vahvistamaan tavoitteeni mukaisesti teoreettista ymmärrystä osallisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tarkastelemani tiedon perusteella olen osoittanut tutkielmani aiheen yhteiskunnallisesti ajankohtaisena, sosiaali- ja terveyspalveluissa hyödynnettävänä sekä merkityksellisenä sosiaali- ja terveyshallintotieteen alan tutkimukselle. Analyysi selkeyttää osallisuus-käsitettä ja tuottaa tietoa osallisuuden piirteistä sekä ajallisesta muuttumisesta 2000-luvulla. Suomenkielisen osallisuus-käsitteen selkeyttäminen parantaa tutkielmani hyödynnettävyyttä käytännön kehittämistyössä (Lammintakanen ym. 2008).

Tutkielmasta saadun tiedon avulla on mahdollista parantaa asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Analyysi tarjoaa esimerkiksi mahdollisuuden kyselylomakkeen kehittämiseen osallisuus-käsitteen operationalisoimiseksi. Laajemman ja monipuolisemman ymmärryksen saamiseksi osallisuus-käsitteestä, pidän tärkeänä, että osallisuuden jatkotutkimuksissa aineiston keräämisen menetelmänä voitaisiin käyttää asiakkaiden haastattelun tai kyselytutkimusten lisäksi myös asiakastilanteiden havainnointia. Myös



tulosten perusteella esitettyjen osallisuuden lähikäsitteiden käsiteanalyttinen tutkimus syventäisi tässä tutkielmassa esitettyä ja tulkittua tietoa osallisuudesta (Rodgers 1993a, 90). Tutkielmani jatkotutkimusaiheet liittyvät lisäksi jo aikaisemmin esitettyihin pohdintoihin osallisuuteen liittyvästä aktiivisen asiakkuuden velvoitteesta ja osallisuudesta eettisenä kysymyksenä ja vastuuna silloin, kun ihminen ei itse pysty olemaan osallinen. Näihin näkökulmiin kytkeytyy myös erilaisia johtamiseen ja sosiaali- ja terveystalouden poliittishallinnolliseen luonteeseen liittyviä jatkotutkimusaiheita.

Osallisuuden moninaisuus tutkimusaiheena, yhteiskunnallinen merkitys ja oma mielenkiinto aihetta kohtaan ohjasivat minut tutkimaan käsitettä. Ymmärrykseni osallisuudesta tutkittavana ilmiönä on kasvanut tutkimusprosessin aikana. Samalla on herännyt myös uusia pohdintoja käsitteen monimuotoisuuteen liittyen. Tulkitsen osallisuuden saavan piirteensä inhimillisten näkökulmien kuten vuorovaikutuksen, ihmisten itsemääräämiskeuden ja valinnan mahdollisuuksien kautta. Osallisuuden ymmärtäminen tilannesidonnaisesti ajassa ja paikassa elävänä käsitteenä kuvaa osallisuuden monimuotoisuutta, ulottuvuuksia ja ilmenemisestä eri tasoilla yksilöstä yhteiskuntaan. Katson, että osallisuuden määrittäminen yksiselitteisesti tai käsitteen alistaminen säännönmukaisuuksille olisi pelkistänyt merkittävässä määrin todellisuuden, joka osallisuuden kokonaisuuteen vaikuttaa.

## LÄHTEET

Aagaard Tine 2017. Patient Involvement in Healthcare Professional Practice - a Question about Knowledge. *International Journal of Circumpolar Health* 76 (1). DOI: [10.1080/22423982.2017.1403258](https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1403258) (Luettu 15.5.2020)

Alasuutari, Pertti 1999. *Laadullinen tutkimus*. Gummerus Jyväskylä, 3. painos.

Arnetz Judith E., Zhdanova Ludmila, Arnetz Bengt B 2016. Patient Involvement: A New Source of Stress in Health Care Work? *Health communication* 31 (12), 1566– 1572. DOI: [10.1080/10410236.2015.1052872](https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1052872) (Luettu 15.5.2020)

Arnstein Sherry R. 1969. A ladder of citizen participation. *Journal of American Institute of planners* (35)4, 216–224.

Bastiaens Hilde, Van Royen Paul, Rotar Pavlic Danica, Raposo Victor & Baker Richard 2007. Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient education and counseling* 68 (1), 33–42. DOI: [10.1016/j.pec.2007.03.025](https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.025) (Luettu 20.6.2020)

Beresford Peter 2012. *The theory and philosophy behind user involvement*. Teoksessa Beresford Peter & Carr Sarah 2012. *Social care, service users and user involvement. Research highlights in social work* 55. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 21–36.

Clark Marion, Davis Ann, Fisher Adrian, Glynn Tony & Jefferies Jean 2008. *Transforming services: Changing lives. A guide for action. Working for user involvement in mental health services paper 3*. The University of Birmingham.

Era Taina 2013. *Osallisuus -oikeutta vai pakkoa?* Teoksessa Era Taina (toim.) *Osallisuus - oikeutta vai pakkoa?* Suomen yliopistopaino, Juvenes Print, Tampere, 141–146.

Fredriksson Mio & Tritter Jonathan Q 2017. Disentangling Patient and Public Involvement in Healthcare Decisions: Why the Difference Matters. *Sociology of Health & Illness* 39 (1), 95–111. DOI: [10.1111/1467-9566.12483](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12483) (Luettu 13.6.2020)

Gallagher Michael, Mark Smith, Mark Hardy & Heather Wilkinson. 2012. Children and Families' Involvement in Social Work Decision Making. *Children & Society* 26 (1), 74–85. DOI: [10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x) (Luettu 20.5.2020)

Haarmann Alexander, Klenkin Tanja & Weyrachin Philine 2009. *Exit, Choice – and what about Voice? Public Involvement in Health Insurance Funds in Corporatist Welfare States*. Paper prepared for workshop 15 ‘Voice and Choice in Health Politics’ ECPR Joint Sessions of Workshops, Lisbon. Saatavissa: <https://ecpr.eu/Filestore/PaperProposal/48d12a32-5914-45ab-8104-e7f65d6037f8.pdf> (Luettu 11.10.2020)

Hallintolaki 434/2003.

Hart Roger 2007. *Children’s participation. The Theory and Practise of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care*. Earthscan, New York.

Heffernan Kristin 2009. Responding to Global Shifts in Social Work through the Language of Service User and Service User Involvement. *International Journal of Social Welfare* 18 (4), 375–384. DOI: <https://10.1111/j.1468-2397.2008.00614.x> (Luettu 18.6.2020)

Heikkilä Matti & Julkunen Ilse 2003. Obstacles to an increased user involvement in social services. A commissioned background document. Council of Europe. Group of Specialists in Social Services (CS-US). Saatavissa: [http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/socservices\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/socservices_en.asp) (Luettu 20.4.2020)

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Horelli Liisa 1994. Lasten näköinen elinympäristö. Kokemuksia yhdyskuntasuunnittelun, ympäristökasvatuksen ja ehkäisevän sosiaalipolitiikan välisestä yhteistyöstä Kiteen Rantalan ala-asteella. Tutkimusraportteja 3, Ympäristöministeriö, Helsinki.

Hovi Sirpa-Liisa & Saranto Kaija & Korhonen Teija & Korhonen Anne & Holopainen Arja 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhakua. *Tutkiva hoitotyö* 2, 28–37.

Häikiö Liisa, van Aerschot Lina & Anttonen Anneli 2011. Vastuullinen ja valitseva kansalainen: vanhushoivapolitiikan uusi suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(3), 239–250. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117832> (Luettu 9.8.2019)

Ikola-Norrbacka Rinna & Lähdesmäki Kirsi 2011. New public management. Näkökulmia julkisjohtamiseen ja hyvään hallintoon. Teoksessa Virtanen Turo, Ahonen Pertti, Syväjärvi Antti, Vartiainen Pirkko, Vartola Juha & Vuori Jari (toim.) *Suomalainen Hallinnon tutkimus. Mistä, mitä, minne?* Tampere University Press, Tampere, 244–273.

Isola Anna-Maria, Kaarinen Heidi, Leemann Lars, Lääperi Raija, Schneider Taina, Valtari Salla & Keto-Tokoi Anna 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. THL. Työpaperi 33/2017. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Julkunen Ilse & Heikkilä Matti 2007. User involvement in personal social services. Teoksessa van Berkel Rik. & Valkenburg Ben. (toim.) *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. The Policy Press University of Bristol, UK, 87–103.

Kakkuri-Knuuttila Marja-Liisa 2002. Käsitteenmuodostus. Teoksessa Kakkuri-Knuuttila Marja-Liisa (toim.) *Argumentti ja kritiikki. Lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot*. Gaudeamus, Helsinki, 328–367.

Kallio Kirsi & Bäcklund Pia 2012. Oletettu alueellisuus, kuviteltu osallisuus: tilalliset sidokset julkishallinnon lapsi- ja nuorisopoliittisessa retoriikassa. *Suomen maantieteellinen seura Terra* 124:4, 245–258.

Kettunen Tarja & Kivinen Tuula. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10(4), 40–42.

Kielmann Tara, Huby Guro, Powell Alison, Sheikh Aziz, Price David, Williams Sian & Pinnock Hillary 2011. From Awareness to Involvement? A Qualitative Study of Respiratory Patients' Awareness of Health Service Change. *Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 14 (3), 321–333. DOI: [10.1111/j.1369-7625.2010.00631.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00631.x) (Luettu 1.10.2020)

Kiiski Kataja Elina 21.3. 2017. From the trials of democracy towards future participation. Sitra, Helsinki. Saatavissa: <https://www.sitra.fi/en/publications/trials-democracy-towards-future-participation/#introduction> (Luettu 21.10.2019)

Kinnunen Juha & Vuori Jari 2005. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän tutkimus: oppiminen ja kehittäminen. Teoksessa Vuori Jari (toim.) *Terveys ja johtaminen, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän tutkimus*, WSOY, Helsinki, 192–217.

Kivinen Tuula 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisu E. *Yhteiskuntatieteet* 158, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni – osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 267–293.

Kivistö Mari 2014. Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Väitöskirja. Lapin yliopisto. *Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 150, Rovaniemi.

Kohonen Kirsi & Tiala Joni 2002. Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Sisäasiainministeriö, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kokkonen Tuomo, Närhi Kati & Matthies Aila-Leena 2013. Osallisuuden reunaehdot palvelujärjestelmässä. Teoksessa Era Taina (toim.) *Osallisuus – oikeutta vai pakkoa?* Suomen yliopistopaino – Juvenes Print, Tampere, 35–52.

Kuntalaki 410/2015.

Laitila Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health sciences, nro31. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1997.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Lammintakanen Johanna, Kivinen Tuula, Kylmä Jari & Kinnunen Juha 2008. Käsitteanalyttisen tutkimuksen soveltaminen terveyshallintotieteessä. *Hallinnon tutkimus* 4, 1–11.

Leemann Lars & Hämäläinen Riita-Maija 2015. Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän tutkimus, Helsinki.

Saatavissa: [https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti\\_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6](https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6) (Luettu 12.1.2020)

Leemann Lars & Hämäläinen Riitta-Maija 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81(5), 586–594.

Leung Ying Ying, Tam Lai-Shan, Lee Kyung-Woo, Leung Marcus H., Kun E.W., Li Edmund K., 2009. Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. Rheumatology 48, 53–56. DOI: [10.1093/rheumatology/ken410](https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken410) (Luettu 11.9.2020)

Lloyd Marjorie & Carson Alex 2011. Making Compassion Count: Equal Recognition and Authentic Involvement in Mental Health Care. International Journal of Consumer Studies 35 (6), 616–621. DOI: [10.1111/j.1470-6431.2011.01018.x](https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2011.01018.x) (Luettu 11.9.2020)

Matteazzi Eleonora & Scherer Stefani 2020. Gender Wage Gap and the Involvement of Partners in Household. Work, Employment and Society, 1–19. DOI: [10.1177/0950017020937936](https://doi.org/10.1177/0950017020937936) (Luettu 19.9.2020)

McLaughlin Hugh 2009. What's in a Name: Client, Patient, Client, Consumer, Expert by experience, Service user – Whats next? British Journal of Social Work 39 (6), 1101–117. DOI: [10.1093/bjsw/bcm155](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155) (Luettu 19.3.2020)

Niiniluoto, Ilkka 2002. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen ja teorianmuodostus. Otava, Helsinki.

Niiranen Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila Kirsi, Forsberg Hannele & Roivainen Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Kopijyvä Oy, Jyväskylä, 63–80.

Niiranen Vuokko & Lammintakanen Johanna 2011. Hallintotieteen rajapinnoilla - sosiaalihalintotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimuksen alan ja kohteen näkökulmia. Teoksessa Virtanen Turo, Ahonen Pertti, Syväjärvi Antti, Vartiainen Pirkko, Vartola Juha & Vuori Jari (toim.) Suomalainen Hallinnon tutkimus. Mistä, mitä, minne? Tampere University Press, Tampere, 113–139.

Nivala Elina & Rynnänen Sanna 2013. Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. Sosiaalipedagoginen aikakausikirja, vuosikirja 2013 (14), 11–41.

Närhi Kati, Kokkonen Tuomo & Matthies Aila-Leena 2014. Asiakkaiden osallisuus ja työntekijöiden harkintavalta palvelujärjestelmässä. Janus 22 (3), 227–244.

OECD 2004. Towards high-performing health systems. OECD Health Project. Summary Report. Organization for Economic Co-operation and Development OECD Publications 2. Publication Services, Paris. Saatavissa: <https://www.oecd.org/els/health-systems/31785551.pdf> (Luettu 29.7.2019)

Ocloo Josephine, Garfield Sarah, Dawson Shoba & Franklin Dean Bryony 2017. Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health,

social care and patient safety: a protocol for a systematic review of reviews. *BMJ open* 2017, 7. DOI: <https://10.1136/bmjopen-2017-018426> (Luettu 7.10.2020)

Piipponen Sirkka-Liisa & Pekola-Sjöblom Marianne 2019. Osallistaako kunta, osallistuuko kuntalainen. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Plugge Emma, Douglas Nicola & Fitzpatrick Ray 2008. Imprisoned Women's Concepts of Health and Illness: The Implications for Policy on Patient and Public Involvement in Healthcare. Department of Public Health, University of Oxford, Oxford, UK, *Journal of Public Health Policy* 29 (4), 424–439. DOI: 10.1057/jphp.2008.32 (Luettu 7.10.2020)

Puusa Anu 2008. Käsiteanalyysi tutkimusmenetelmänä. *Premissi* 4, 36–43. Saatavissa: [https://www.academia.edu/3310906/K%C3%A4siteanalyysi\\_tutkimusmenetelm%C3%A4n%C3%A4](https://www.academia.edu/3310906/K%C3%A4siteanalyysi_tutkimusmenetelm%C3%A4n%C3%A4), (Luettu 14.8.2020)

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Valtioneuvosto, Helsinki.

Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma 24.6.2014. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 24.6.2014 nimitetyn pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelmasta. Valtioneuvosto, Helsinki.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelma 29.5. 2015. Ratkaisujen Suomi. Hallituksen julkaisusarja 10, Valtioneuvoston kanslia. Helsinki.

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 31, Helsinki.

Renedo Alicia, Marston Cicely Alice, Spyridonidis Dimitrios & Barlow James 2015. Patient and Public Involvement in Healthcare Quality Improvement: How organizations can help patients and professionals to collaborate. *Public Management Review* 17(1), 17–34. DOI: [10.1080/14719037.2014.881535](https://doi.org/10.1080/14719037.2014.881535) (Luettu 11.9.2020)

Rice Thomas 2001. Individual Autonomy and State Involvement in Health Care. *Journal of Medical Ethics* 27 (4), 240 – 244. DOI: 10.1136/jme.27.4.240 (Luettu 11.9.2020)

Rodgers Beth L. 1993a. Concept Analysis: An evolutionary View. Teoksessa Rodgers Beth L. & Knafl Kathleen A. *Concept Development in Nursing. Foundations, Techniques, and Applications*. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 73–92.

Rodgers, Beth L. 1993b. Philosophical Foundations of Concept Development. Teoksessa Rodgers, Beth L. & Knafl, Kathleen A. *Concept Development in Nursing. Foundations, Techniques, and Applications*. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 7–33.

Rutter Deborah, Manley Catherine, Weaver Tim, Crawford Mike J., & Fulop Naomi 2004. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine* 58 (10), 1973–198. DOI: [10.1016/S0277-9536\(03\)00401-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00401-5) (Luettu 11.10.2020)

Schwartz-Barkcott, Donna & Kim, Hesook Suzie 1986. A Hybrid Model for Concept Development. Teoksessa Chinn, Peggy L. (toim.) Nursing Research Methodology: Issues and Implementation. Md. Aspen Publishers, Rockwelle, 91–101.

Shier Harry 2001. Pathways to Participation: Openings, opportunities and obligations. Children and Society 15(2), 107–117, Iso-Britannia.

Seeck Hannele 2012. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Gaudemus Helsinki University Press, Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

STM 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto, Helsinki.

STM 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 1, Helsinki.

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11, Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto, Helsinki.

STM 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2016. Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2017. Palvelut asiakaslähtöisiksi -hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2021. Vastuualueet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <https://www.stm.fi/vastuualueet> (Luettu 7.1.2021)

Suomen Kuntaliitto 2019. Osallisuuden mittaaminen. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/kuntakohtaista-vertailutietoa-kuntien-osallisuuden-mittaamiseen> (Luettu 15.3.2020)

Suomen perustuslaki 731/1999.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

THL 2021. Osallisuus indikaattori mittaa osallisuuden kokemusta. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/tutkimus/osallisuusindikaattori-mittaa-osallisuuden-kokemusta> (Luettu 7.1.2021)



Thomas Nigel 2002. Children, Family and the State. Decision-making and Child Participation. Policy Press, Bristol.

Thompson Andrew G. H., 2007. WOS the Meaning of Patient Involvement and Participation in Health Care Consultations: A Taxonomy. *Social Science & Medicine* 64 (6), 1297-1310. DOI: <https://10.1016/j.socscimed.2006.11.002> (Luettu 11.10.2020)

Tse Samson, Tang Jessica & Kan Alice 2015. Patient involvement in mental health care: culture, communication and caution. *Health Expectations* 18 (1), 3–7. DOI: 10.1111/hex.120144 (Luettu 7.10.2020)

TSV 2021. Tieteellisten seurain valtuuskunta. Lisätietoa vertaisarvioinnista. Saatavissa: <https://www.tsv.fi/fi/palvelut/tunnus/lisatietoa-vertaisarvioinnista> (Luettu 7.1.2021)

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi, Helsinki.

UEF Avoin tiede 2019. Saatavissa: <https://www.uef.fi/fi/web/open-uef/avoin-tiede> (Luettu 23.9.2020)

Vahdat Shaghayeg, Hamzehgardeshi Leila, Hessam Somaveh & Hamzehgardeshi Zeinab 2014. Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(1). DOI: 10.5812/ircmj.12454

Valkama Katja 2009. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus* 28(2), 26–40. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/profile/Katja\\_Valkama/publication/327744148\\_Muuttuneen\\_asiakkuuden\\_haaste\\_sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollossa\\_The\\_challenge\\_of\\_the\\_changed\\_Clientship\\_in\\_social\\_and\\_health\\_management/links/5ba1edb4a6fdccd3cb6209ac/Muuttuneen-asiakkuuden-haaste-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-The-challenge-of-the-changed-Clientship-in-social-and-health-management.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Katja_Valkama/publication/327744148_Muuttuneen_asiakkuuden_haaste_sosiaali_ja_terveydenhuollossa_The_challenge_of_the_changed_Clientship_in_social_and_health_management/links/5ba1edb4a6fdccd3cb6209ac/Muuttuneen-asiakkuuden-haaste-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-The-challenge-of-the-changed-Clientship-in-social-and-health-management.pdf) (Luettu 4.8.2019)

Valkama Katja 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja, Acta Wasaensia no 267, Vaasan yliopisto, Vaasa.

Valokivi Heli 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Väitöskirja, Acta Electronica Universitatis Tampereensis 684, Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

VNS 2002. Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä 2002. Sisäasiainministeriö & valtiovarainministeriö, Helsinki. Saatavissa: [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Selonteko/Documents/vns\\_3+2002.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Selonteko/Documents/vns_3+2002.pdf) (Luettu 20.5.2020)

Vrangbaek Karsten 2015. Patient Involvement in Danish Health Care. *Journal of Health Organization and Management* 29 (5), 611–624. DOI: [10.1108/JHOM-01-2015-0002](https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2015-0002) (Luettu 11.10.2020)



Walker Loraine O. & Avant Kay C 1992. Teoria – avain hoitotyöhön. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki.

WHO 2013. Towards people-centered health systems: An innovative approach for better health outcomes. World Health Organisation. Regional office for Europe. Division of Health Systems and Public Health. Saatavissa: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf) (Luettu 29.2.2020)

WHO 2016. Framework on integrated people-centered health services. Provisional agenda item 16.1. World Health Organization. Saatavissa: [http://apps.who.int/gb/eb-w/wha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua](http://apps.who.int/gb/eb-w/wha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua) (Luettu 3.4.2020)

Wilkie Patricia 2015. “Really Putting Patients First: Ensuring Significant Involvement for Patients in Healthcare Decision Making.” *British Journal of General Practice* 65 (632), 108–109. DOI: [10.3399/bjgp15X683821](https://doi.org/10.3399/bjgp15X683821) (Luettu 15.10.2020)

Wilson James 1969. *Thinking with concepts*. Cambridge University Press. New York.

Zizzo Natalie, Bell Emily, Lafontaine Anne-Louise & Racine Eric 2017. Examining Chronic Care Patient Preferences for Involvement in Health-Care Decision Making: The Case of Parkinson's Disease Patients in a Patient-Centred Clinic. *Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 20 (4): 655–664. Saatavissa: [doi:10.1111/hex.12497](https://doi.org/10.1111/hex.12497) (Luettu 1.12.2020)

## LIITE 1 Tutkimusaineisto

- Aagaard Tine 2017. "Patient Involvement in Healthcare Professional Practice - a Question about Knowledge." *International Journal of Circumpolar Health* 76 (1), 1–9. DOI: [10.1080/22423982.2017.1403258](https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1403258)
- Bastiaens Hilde, Van Royen Paul, Rotar Pavlic Danica, Raposo Victor & Baker Richard 2007. "Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries." *Patient Education and Counseling* 68 (1), 33–42. DOI: [10.1016/j.pec.2007.03.025](https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.025)
- Borg Marit, Karlsson Bengt & Kim Hesook Suzie. 2009. "User Involvement in Community Mental Health Services - Principles and Practices." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16 (3), 285–292. DOI: [10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x)
- Brekke Mette, Hjortdahl Per & Kvien Tore K., 2001. "Involvement and Satisfaction: A Norwegian Study of Health Care among 1,024 Patients with Rheumatoid Arthritis and 1,509 Patients with Chronic Noninflammatory Musculoskeletal Pain." *Arthritis and Rheumatism* 45 (1), 8–15. DOI: [AID-ANR78>3.0.CO;2-G](https://doi.org/AID-ANR78>3.0.CO;2-G)
- Eliacin Johanne, Salyers Michelle P, Kukla Marina & Matthias Marianne S., 2015. "Factors Influencing Patients' Preferences and Perceived Involvement in Shared Decision-Making in Mental Health Care." *Journal of Mental Health (Abingdon, England)* 24 (1), 24–28. DOI: [10.3109/09638237.2014.954695](https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954695)
- Finn Vinncent, Stephenson Joh & Astin Felicity 2018. "Patient Preferences for Involvement in Health Service Development." *British Journal of Nursing* 27 (17), 1004–1010. DOI: [10.12968/bjon.2018.27.17.1004](https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.17.1004)
- Fredriksson Mio, Eriksson Max & Tritter Jonathan Q., 2017. "Who Wants to be Involved in Health Care Decisions? Comparing Preferences for Individual and Collective Involvement in England and Sweden." *BMC Public Health* 18 (1), DOI: [10.1186/s12889-017-4534-y](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4534-y)
- Fredriksson Mio & Tritter Jonathan Q., 2017. "Disentangling Patient and Public Involvement in Healthcare Decisions: Why the Difference Matters." *Sociology of Health & Illness* 39 (1), 95–111. DOI: [10.1111/1467-9566.12483](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12483)
- Fredriksson Mio, Eriksson Max & Tritter Jonathan Q., 2018. "Involvement that Makes an Impact on Healthcare: Perceptions of the Swedish Public." *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (4), 471–477. DOI: [10.1177/1403494817738692](https://doi.org/10.1177/1403494817738692)
- Gallagher Michael, Mark Smith, Mark Hardy & Heather Wilkinson 2012. "Children and Families' Involvement in Social Work Decision Making." *Children & Society* 26 (1), 74–85. DOI: [10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x)
- Heffernan Kristin 2009. "Responding to Global Shifts in Social Work through the Language of Service User and Service User Involvement." *International Journal of Social Welfare* 18 (4), 375–384. DOI: [10.1111/j.1468-2397.2008.00614.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00614.x)
- Hui Ada & Stickley Theodore 2007. "Mental Health Policy and Mental Health Service User Perspectives on Involvement: A Discourse Analysis." *Journal of Advanced Nursing* 59 (4), 416–426. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04341.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04341.x)

- Kielmann Tara, Huby Guro, Powell Alison, Sheikh Aziz, Price David, Williams Sian & Pinnock Hillary 2011. "From Awareness to Involvement? A Qualitative Study of Respiratory Patients' Awareness of Health Service Change." *Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 14 (3), 321–333. DOI: [10.1111/j.1369-7625.2010.00631.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00631.x)
- Kjeken Ingvild, Dagfinrud Hanne, Mowinckel Petter, Uhlig Till, Kvien Tore K. & Finset Arnstein 2006. "Rheumatology Care: Involvement in Medical Decisions, Received Information, Satisfaction with Care, and Unmet Health Care Needs in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis." *Arthritis and Rheumatism* 55 (3), 394–401. DOI: [10.1002/art.21985](https://doi.org/10.1002/art.21985)
- Köhler Marie, Emmelin Maria, Hjern Anders & Rosvall Maria 2015. "Children in Family Foster Care have Greater Health Risks and Less Involvement in Child Health Services." *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 104 (5), 508–513. DOI: [10.1111/apa.12901](https://doi.org/10.1111/apa.12901)
- Leung Ying Ying, Tam Lai-Shan, Lee Kyung-Woo, Leung Marcus H., Kun E.W., Li Edmund K., 2009. "Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis." *Rheumatology* 48 (1), 53–56. DOI: [10.1093/rheumatology/ken410](https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken410)
- Lloyd Marjorie & Carson Alex 2011. "Making Compassion Count: Equal Recognition and Authentic Involvement in Mental Health Care." *International Journal of Consumer Studies* 35 (6), 616–621. DOI: [10.1111/j.1470-6431.2011.01018.x](https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2011.01018.x)
- Martin Graham P., 2008. "Representativeness, Legitimacy and Power in Public Involvement in Health-Service Management." *Social Science & Medicine* 67 (11), 1757–1765. DOI: [10.1016/j.socscimed.2008.09.024](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.024)
- Millar Samantha L., Chambers Mary & Giles Melanie 2016. "Service User Involvement in Mental Health Care: An Evolutionary Concept Analysis." *Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 19 (2), 209–221. DOI: [10.1111/hex.12353](https://doi.org/10.1111/hex.12353)
- Ocloo Josephine & Matthews Rachel 2016. "From Tokenism to Empowerment: Progressing Patient and Public Involvement in Healthcare Improvement." *BMJ Quality & Safety* 25 (8), 626–632. DOI: [10.1136/bmjqs-2015-004839](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004839)
- Peck Edvard, Gulliver Pauline & Towel David 2002. "Information, Consultation or Control: User Involvement in Mental Health Services in England at the Turn of the Century." *Journal of Mental Health* 11 (4), 441–451.
- Renedo Alicia, Marston Cicely Alice, Spyridonidis Dimitrios & Barlow James 2015. "Patient and Public Involvement in Healthcare Quality Improvement: How organizations can help patients and professionals to collaborate." *Public Management Review* 17 (1), 17–34. DOI: [10.1080/14719037.2014.881535](https://doi.org/10.1080/14719037.2014.881535)
- Rice Thomas 2001. "Individual Autonomy and State Involvement in Health Care." *Journal of Medical Ethics* 27 (4), 240–244. DOI: [10.1136/jme.27.4.240](https://doi.org/10.1136/jme.27.4.240)

- Tambuyzer Else & van Audenhove Chantal 2015. "Is Perceived Patient Involvement in Mental Health Care Associated with Satisfaction and Empowerment?" *Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 18 (4), 516–526. DOI: [10.1111/hex.12052](https://doi.org/10.1111/hex.12052)
- Thompson Andrew G. H., 2007. "Meaning of Patient Involvement and Participation in Health Care Consultations: A Taxonomy." *Social Science & Medicine* 64 (6), 1297-1310. DOI: [10.1016/j.socscimed.2006.11.002](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002)
- Tse Samson, Tang Jessica & Kan Alice 2015. "Patient involvement in mental health care: culture, communication and caution." *Health Expectations* 18 (1), 3–7. DOI: [10.1111/hex.12014](https://doi.org/10.1111/hex.12014)
- Vahdat Shaghayeg, Hamzehgardeshi Leila, Hessam Somaveh & Hamzehgardeshi Zeinab 2014. "Involvement in Health Care Decision Making: A Review." *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16 (1). DOI: [10.5812/ircmj.12454](https://doi.org/10.5812/ircmj.12454)
- Vrangbaek Karsten 2015. "Patient Involvement in Danish Health Care." *Journal of Health Organization and Management* 29 (5), 611–624. DOI: [10.1108/JHOM-01-2015-0002](https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2015-0002)
- Wilkie Patricia 2015. "Really Putting Patients First: Ensuring Significant Involvement for Patients in Healthcare Decision Making." *British Journal of General Practice* 65 (632), 108–109. DOI: [10.3399/bjgp15X683821](https://doi.org/10.3399/bjgp15X683821)
- Zizzo Natalie, Bell Emily, Lafontaine Anne-Louise & Racine Eric 2017. "Examining Chronic Care Patient Preferences for Involvement in Health-Care Decision Making: The Case of Parkinson's Disease Patients in a Patient-Centred Clinic." *Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 20 (4), 655–664. DOI: [10.1111/hex.12497](https://doi.org/10.1111/hex.12497)