



Toini Harra

Terapeuttinen yhteistoiminta

Asiakkaan osallistumisen
mahdollistaminen toimintaterapiassa

Akateeminen väitöskirja, joka Lapin yliopiston
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella esitetään
julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston luentosalissa 19
lokakuun 31. päivänä 2014 kello 12

Lapin yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Copyright: Toini Harra

Jakelu: Lapin yliopistokustannus
PL 8123
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 (0)40 821 4242
julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/lup

Painettu
Acta Universitatis Lapponiensis 288
ISBN 978-952-484-771-1
ISSN 0788-7604

Pdf
Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 156
ISBN 978-952-484-772-8
ISSN 1796-6310

Tiivistelmä

Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa

Asiakaslähtöisyyttä ja yhteistoimintaa arvostetaan toimintaterapian kirjallisuudessa ja terapeuttien puheissa, mutta tutkimusten mukaan ne toteutuvat heikosti käytännössä. Yhtenä syynä on pidetty vuorovaikutusta ja yhteistoimintaa koskevan tiedon ja koulutuksen puutetta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarjota käyttökelpoinen, uskottava ja erilaisiin toimintakonteksteihin sovellettavissa oleva teoria, jonka avulla terapeutit voivat tutkia ja kehittää omia yhteistoimintakäytäntöjään, niin että ne mahdollistaisivat aiempaa paremmin asiakkaan osallistumisen ja sitoutumisen omaan kuntoutumiseensa.

Tutkimus on tähdännyt aineistolähtöisen teorian tuottamiseen hyödyntämällä grounded theoryn metodologiaa. Tutkimuksen lähtökohtana on ollut lisensiaatintutkimuksessa kehittämäni alustava käsitys terapeuttisesta yhteistoiminnasta. Alustavan käsityksen keskeiset tekijät toimivat tämän tutkimuksen aineiston keruun herkistävinä käsitteinä. Aineiston tuottamiseen osallistui 13 kokenutta toimintaterapeuttia, joista jokainen osallistui kahteen ryhmäkeskusteluun.

Teorian tuottaminen on tapahtunut jatkuvaan analyttiseen vertailuun perustuvan synteessin avulla. Analyysitapoina olen käyttänyt jatkuvaa, valikoivaa, jäsentävää ja teoreettista vertailua. Synteessiprosessin vaiheiksi muodostuivat keskustelujen, kuvausten, käsitteiden sekä käsitteiden ja aineiston ulkopuolisen materiaalin synteeseistä.

Tutkimus tuotti teorian, jossa on kuvattu terapeuttisen yhteistoiminnan välttämättömät osatekijät, keskeiset käsitteet sekä ominaisuudet ja piirteet sekä niiden väliset suhteet. Terapeuttisen yhteistoiminnan osatekijät ovat vastavuoroinen yhteistoimijuus, yhteistoimintaprosessit ja toimintakontekstin reunaehdot. Pienin yhteistoimijuuden ydinyksikkö on asiakkaan ja terapeutin vastavuoroinen suhde. Yhteistoimijuus edellyttää loukkaamattomuuden kunnioittamista sekä luottamusta toisen hyveellisyyteen. Toimijoita yhdistävänä tekijänä ja yhteistoiminnan syynä on asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma, jonka ratkaisemiseen tarvitaan yhteistoimintaa. Yhteistoiminta toteutuu aina jossakin kontekstissa ja vastavuoroisen vuorovaikutussuhteen lisäksi se edellyttää keskustelevaa harkintaa ja muutoksen toteutusta konkreettisesti. Terapeuttisen yhteistoiminnan toimintakonteksti muodostuu toimintaympäristöstä ja -kulttuurista. Toimintakonteksti vaikuttaa yhteistoiminnan muodostumiseen. Abstrahoin tulosten pohjalta kolme mallia terapeuttisen yhteistoiminnan toteuttamisen helpottamiseksi käytännössä. Mallit ovat terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteellinen malli ja prosessimalli sekä toiminnan luonteen analyysimalli.

Terapeuttisen yhteistoiminnan teoriaa voidaan hyödyntää lähestymistapana ja tarkastelunäkökulmana asiakkaan osallistumisen ja kollektiivisen toiminnan vahvistamiseksi käytötojen kehittämistyössä. Teoriaa voidaan käyttää välineenä terapiasuhdetta, yhteistoimintaa, vuorovaikutusta ja terapiaprosessia koskevassa koulutuksessa ja työhohjauksessa. Se tarjoaa käsitteellisen välineen yhteistoiminnan tutkimukselle käytännössä.

Abstract

Therapeutic Collaboration. Enabling Client Participation in Occupational Therapy

Client-centeredness and collaboration are highly appreciated in occupational therapy literature and among occupational therapists but according to research they do not often materialize in practice. One of the reasons is the lack of knowledge and training on interaction and collaboration. The purpose of this research is to offer a useful, trustworthy theory that is transferable to different occupational contexts. The theory helps occupational therapists to study and develop their own collaborative practices in order to better enable client participation and engagement in the rehabilitation process.

My research aimed at producing a theory grounded on data by utilizing grounded theory methodology. Thirteen experienced occupational therapists participated in the theoretical sampling of the data and all of them took part in two group discussions. The starting point for this research was the initial concept of therapeutic collaboration that I introduced in my Licentiate thesis. The core concepts of this initial theory function as the sensitizing concepts of data collection.

The theory was constructed through a synthesis based on the constant comparative method of qualitative analysis which consisted of several types of analytical comparisons, such as selective, structural, and theoretical comparison. The phases of the synthesis consisted of syntheses of discussions, descriptions, and concepts as well as external literature.

The produced theory describes the essential core elements, the main concepts, and the characteristics and features of therapeutic collaboration as well as their relations. The therapeutic aspects of collaboration are reciprocal collective agency, collaborative processes, and boundary conditions of context. The smallest unit of collective agency is the reciprocal relationship between the client and the therapist. The collective agency requires the respect of the other individual's integrity, as well as confidence in their virtue. The unifying factor and cause for collaboration is the client's occupation related problem which requires a solution. Collaboration always takes place in a context and in addition to interactive relationship it also requires dialogic, deliberative judgment and the concrete implementation of the required change. The context of therapeutic collaboration consists of the operative environment and culture. The operative context affects the formation of therapeutic collaboration. Based on the results I modified three models to facilitate the implementation of the therapeutic collaboration in practice. The models are the conceptual model of therapeutic collaboration, the process model of therapeutic collaboration, and the analysis model of the nature of occupation.

This theory can be utilized as an approach and a reflective point of view in client participation and collective occupation to strengthen the development of collective practices. The theory can be used as a tool in training, coaching and supervision of therapeutic relationship, collaboration, interaction, and therapeutic process. It provides a conceptual tool for studying collaboration in practice.

Esipuhe ja kiitokset

Tämän tutkimuksen idea syntyi todennäköisesti niinä huvittuneisuuden, jännityksen ja järkytyksen hetkinä, joita koin yhdessä kollegani Siru Mäkelän kanssa vuosia sitten. Nuo emotionaaliset liikutukset johtuivat siitä, että olimme alkaneet käyttää terapiatilanteen videointia oppimisen ja oma työn reflektoinnin välineenä. Katsellessamme kriittisesti terapiatilanteitamme videoilta, jouduimme väkisinkin kohtaamaan sen tosiasian, että toimintaterapian hienoa filosofista perustaa, jonka mukaan toimintaterapeutti toimii asiakkaan kanssa – ei asiakasta varten tai asiakkaalle – oli perin vaikeaa toteuttaa käytännössä, vaikka halua siihen varmasti olikin. Meidät oli koulutettu toimimaan asiantuntijoina potilasta varten ja tekemään asioita potilaalle. Asiakaslähtöisyydestä ei vielä puhuttu. Potilaan toimintakyvyn arviointi, terapian tavoitteiden asettelu ja terapiatilanteiden kulku etenivät usein terapeutin tekemien suunnitelmien mukaisesti. Vaikka asettamamme tavoitteet olivatkin varmasti toimintaterapian päämäärien mukaisia, niin silloinen toimintatapamme ei aina mahdollistanut potilaan osallistumista päätöksentekoon ja suunnitteluun. Tähtäsimme potilaalle mielekkään toiminnan mahdollistamiseen, mutta emme välttämättä toimineet sellaisella tavalla, että myös terapiatilanteet itsessään olisivat olleet potilaalle mielekkäitä. Nyt, tämän tutkimuksen jälkeen tiedän, että moni muukin kokee näitä tuntemuksia ja huomiota vielä tänäänkin.

Nyt asiakaslähtöisyydestä on puhuttu jo kyllästymiseen saakka, mutta edelleenkin se ei toteudu käytännön työssä riittävästi. Mielestäni ongelma ei niinkään ole siinä, etteikö aiheesta jo tiedettäisi tarpeeksi. Kyse on pikemminkin siitä, että käytäntöjen muuttaminen yksilötoiminnasta kollektiiviseksi yhteistoiminnaksi edellyttää yhteistoimintaa koskevaa tietoa ja osaamista asiakkaan ja terapeutin välillä, mutta myös ammattilaisten välillä. Toistaiseksi meillä ei ole ollut riittävästi tietoa ja ymmärrystä siitä, mitä on yhteistoiminta ja miten sitä voidaan vahvistaa.

Toiminnan mielekkyyden lisäksi minua alkoikin kiinnostaa yhteistoimintaa koskevan ymmärryksen ja osaamisen vahvistaminen. Toimintaterapian erikoistumisopinnoissa olin kiinnostunut hyvin vahvasti toiminnan mielekkyydestä. Jatkoisin saman aiheen tutkimista myöhemmin filosofian pro gradututkielmassa. Käytännöllistä harkintaa koskeneen tutkielmani taustalla oli oletukseni siitä, että mielekäs toiminta on aina toimijan itsensä harkitsemaa ja valitsemaa. Tämän tuloksen jälkeen ryhdyin lisensiaatintutkielmassa etsimään, voiko terapiatilannetta toteuttaa siten, että se tarjoaisi asiakkaalle mahdollisuuden mielekkääseen toimintaan.

Lisensiaatintutkielmani aineisto koostui omien terapiatilanteitteni reflektios-
ta. Suurella kiitollisuudella ajattelen asiakastani ja hänen vanhempiaan, jotka
mahdollistivat tutkimuksen. Kiitos siitä, että sain kymmenen vuoden ajan tut-
kia toiminnan mielekkyyttä ja yhteistoimintaa teidän kanssanne. Olen kiitollinen
lisensiaatintutkielmani tarkastajille dosentti Jaana Parviaiselle sekä professori
Marja-Liisa Kakkuri-Knuutilalle arvokkaista kommenteista, keskustelusta ja kan-
nustuksesta jatkaa tutkimusta eteenpäin. Kiitos Marja-Liisa, että olet aina vank-
kumattomasti uskonut tähän tutkimukseen ja sen valmistumiseen. Miten tärkeitä
ovatkaan olleet yhteydenottosi, kun pitkien hiljaisuuden hetkien jälkeen olet ky-
synyt: ”Mitä kuuluu, Toini?” Kiitos, että olet ohjannut minua tässä tutkimuksessa.
En ikinä pysty kylliksi kiittämään niistä monista mielenkiintoisista, uusia oival-
luksia ja ymmärrystä synnyttäneistä vastavuoroisista keskusteluista, arvostavasta
kannustuksesta, ystävydestä sekä uskomattoman taitavasta ohjauksesta koko tut-
kimusprosessin ajan.

Suuret kiitokset kuuluvat ehdottomasti professori Aila Järvikoskelle, joka tun-
nisti tämän aiheen ja toimintaterapiaa koskevan tutkimuksen tarpeellisuuden
kuntoutuksen kentällä. Ailan lempeän tiukka ohjaus on auttanut rajaamaan kes-
kittymään olennaiseen. Dosentti Anna-Liisa Salmista kiitän ystävydestä ja erityi-
sesti toimintaterapian näkökulman terävöittämisestä, mutta myös monista muista
prosessin aikana käydyistä mielenkiintoisista keskusteluista. Kiitokset myös pro-
fessori Kristiina Härkäpäälle ohjauksesta ja jatkotutkimusseminaareista, joissa
monitieteinen ja kriittinen keskustelu sai minut huomaamaan omia sokeita pistei-
täni sekä avusta, etenkin loppuvaiheen monien käytäntöjen osalta.

Esitarkastajat, dosentti Tanja Vehkakoski ja dosentti Riitta Seppänen-Järvelä,
joka toimii myös tutkimuksen vastaväittäjänä, antoivat paneutumisellaan korvaa-
mattoman suuren avun tutkimuksen viimeistelyvaiheessa. Teidän tarkkojen kysy-
mysten ja kommenttien ansiosta käsikirjoitukseen oli helppo tehdä luettavuutta
helpottavia ja vakuuttavuutta parantavia muutoksia ja korjauksia.

Tämä tutkimus ei olisi onnistunut ilman tutkimukseen osallistuneita toiminta-
terapeutteja. Kiitos siitä, että annoitte aikaanne ja jaoitte kokemuksianne ja
keskustelitte yhteistoimintaa koskevista käsityksistänne, jotta tämä tutkimus
mahdollistuisi. Kiitos myös kaikille niille organisaatioille ja osallistujille, jot-
ka olitte mukana alustavien tulosten keskusteluissa. Panoksenne on vahvistanut
lopputuloksen käyttökelpoisuutta. Lisäksi haluan kiittää FT Marianne Roivasta
hänen huolellisesta kielentarkastuksestaan.

Kiitos työnantajalleni Metropolia Ammattikorkeakoululle ja erityisesti johta-
ja Johanna Holvikivelle myönteisestä suhtautumisesta tutkimustani kohtaan sekä
loppuvaiheen opintovapaasta, joka mahdollisti analyysin teon ja käsikirjoituksen
kirjoittamisen. Kiitos myös niistä monista työtehtävistä, joissa olen saanut tutkailla
yhteistoimintaa koskevien käsitysteni toimivuutta käytännössä ja erilaisissa tilan-

teissa. VTT Merja Reijosta kiitän yhteisistä hetkistä Liittyvä Voima -hankkeessa, jossa saimme käytännössä kokeilla ja kokea, miten yhteistoiminnan periaatteet toteutuvat korkeakoulun ja terveydenhuollon ammattialaisten kumppanuussuhteissa. Erityisen lämpimät kiitokset ansaitsevat yhteistoimintakumppanini FT Elisa Mäkinen ja KT Salla Sipari. Teidän kanssanne yhteistoiminta on aina ollut innostavaa ja herättänyt uusia ajatuksia. Kiitän koko toimintaterapiatutkimuksen opettajakuntaa ja erityisesti Ulla Vehkaperää, Jari Pihlavaa ja Mari Rusi-Pyyköstä terapeutista suhdetta ja kumppanuutta koskeneista keskusteluista. Kollegiaalisesti kannattelevana voimana ovat olleet myös kannustavat ja tutkimuksen etenemisestä kiinnostuneet Leila Mäkelä, Aila Pikkarainen, Kristiina Juntunen ja Maarit Karhula. Te olette jaksaneet vuodesta toiseen kysyä: ”mitä väitöskirjalle kuuluu ja eikös se jo kohta ole valmis?”.

Vaikka välillä onkin tuntunut, että tämän tutkimuksen takia tapaamiset ystävien kanssa ovat jääneet vähiin, olen iloinen ja kiitollinen siitä, että ystävyysuhteet ovat säilyneet. Rakkaiden ystävien, läheisten sukulaisten sekä auttavien naapureiden tukiverkon olemassaolon olen saanut koskettavasti kokea monta kertaa. Kiitos teille kaikille siitä, että olette olemassa ja että en ole yksin.

Lopuksi haluan osoittaa suurimmat kiitokset elämäni tärkeimmille ihmisille ja suurimmille saavutuksilleni, lapsilleni Hannalle ja Antille sekä miniälleni Sannille. Tämä tutkimuksen aikana te olette varttuneet lapsista aikuisiksi. Te olette aina antaneet sopivan ja tarpeellisen vastapainon tutkimustyölleni, mutta myös ymmärtäneet, miten tärkeä asia tämä on minulle ollut. Omistan tämän kirjan teille, sillä te olette aina ymmärtäneet ystävyuden arvon ja merkityksen omassa ihmissuhteissanne.

Sisällys

Kuvat	11
Taulukot	12
OSA 1: TUTKIMUKSEN TAUSTA JA STRATEGIA	13
1. Johdanto	13
1.1 Toimintaterapia Suomessa	14
1.2 Miksi yhteistoiminta toteutuu heikosti hyvää tarkoittavien toimintaterapeuttien käytännöissä?	16
1.3 Tutkimuksen rakenne	19
2. Vuorovaikutus ja asiakkaan osallistumismahdollisuudet toimintaterapiassa	21
2.1 Tieni tutkimusongelman äärelle	21
2.2 Vuorovaikutuksen merkitys hoidon ja kuntoutuksen onnistumisessa	26
2.3 Asiakkaan osallistumismahdollisuudet ammattilaisuhteissa	28
3. Yhdessä toimimisesta yhteistoimintaan terveydenhoidossa	33
3.1 Yhdessä toimimisen monet muodot	33
3.2 Yhteistoiminta toimintaterapian asiakastyössä	36
3.3 Kollektiivinen toiminta terapiatilanteiden ulkopuolella	41
OSA 2: METODOLOGIA JA METODI	48
4. Tutkimuksen metodologia	49
4.1 Tutkimuksen tarkoitus	49
4.2 Grounded theory tutkimusmetodologiana	51
4.3 Alustava käsitys ja hermistävät käsitteet	55
4.4 Tutkimusasetelma	58
5. Teoreettisten ryhmäkeskustelujen toteutus	63
5.1 Osallistujat	64
5.2 Tiedon tuottamisen toteutus	67
5.3 Aineiston litterointi ja valmistelu vertailuun	72
6. Analyysi- ja synteesisprosessi	76
6.1 Analyttiset vertailutavat	76
6.2 Synteesisprosessi	78
OSA 3: RYHMÄKESKUSTELUJEN TULOKSET	82
7. Toimintakontekstin reunaehdot	85
7.1 Toimintaympäristön luonne	86
7.2 Toimintaympäristön ehdot	92
7.3 Toimintakontekstin reunaehtoien merkitys	99

8. Vastavuoroinen yhteistoimijuus	101
8.1 Suhteen epäsymmetria	102
8.2 Vuorovaikutuksen säätely	113
8.3 Vastavuoroisuuden hyveet	119
8.4 Vastavuoroisen yhteistoimijuuden merkitys	132
9. Yhteistoimintaprosessit	137
9.1 Vastavuoroisen suhteen rakentaminen	137
9.2 Keskusteleva harkinta	148
9.3 Muutoksen toteutus	171
10. Terapeuttisen yhteistoiminnan teoria	184
10.1 Terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteellinen malli	185
10.2 Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessimalli	194
10.3 Toiminnan luonteen analyysimalli	205
OSA 4: POHDINTA	211
11. Tutkimusmenetelmän arviointi	212
11.1 Tutkimusaineiston kerääminen	212
11.2 Tutkimusaineiston uskottavuus	214
11.3 Tutkimusprosessin luotettavuus	217
12. Tulosten arviointi	224
12.1 Tulosten kyky vastata tutkimuskysymyksiin	224
12.2 Terapeuttisen yhteistoiminnan teorian sovellettavuus	225
12.3 Tutkimuksen kontribuutio	232
13. Eettiset kysymykset	236
13.1 Tutkimuksen toteutuksen hyväksyttävyys	237
13.2 Terapeuttisen yhteistoiminnan soveltamisen haasteet	240
13.3 Tutkimuksen laajempi käytännön merkitys	241
Lähteet	247
Liitteet	261
Liite 1 Tiedote haastatteluun osallistuville	261
Liite 2 Suostumuslomake	262
Liite 3 Yhteistoiminnan lähikäsitteitä	263
Liite 4 Tiivistys yhteistoimintaa koskevista aiemmista tutkimustuloksista terveydenhuollossa	264
Liite 5 Institutionaalisen ja ei-institutionaalisen toiminnan fasilitointi toimintaterapiassa	268
Liite 6 Keskustelusynteesi 1	272
Liite 7 Keskustelusynteesi 2	273
Liite 8 Keskustelusynteesi 3	274
Liite 9 Keskustelusynteesi 4	275
Liite 10 Kategoriakuvausesimerkki: Keskustelu 7	277
Liite 11 Asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistoimintaa koskeneiden tutkimustulosten yhteenveto	278
Liite 12 Osallistujien käyttämien puheenvuorojen määrät	280

Kuvat

Kuva 1.	Alustava käsitys terapeutisesta yhteistoiminnasta.....	56
Kuva 2.	Tutkimuksen päävaiheet.....	61
Kuva 3.	Teoreettisen otannan keräämisprosessi.....	63
Kuva 4.	Tutkimusprosessissa käytetyt analyysitavat.....	76
Kuva 5.	Jatkuvaan analyttiseen vertailuun perustuva synteesisprosessi.....	79
Kuva 6.	Käsittehierarkian rakenne.....	80
Kuva 7.	Terapeutin yhteistoiminnan osien hierarkkinen jäsenys.....	83
Kuva 8.	Jaetussa tarkkaavaisuudessa toimijat jakavat huomionsa yhteiseen kohteeseen.....	143
Kuva 9.	Toimijoiden käsitykset samasta kohteesta voivat olla erilaisia.....	160
Kuva 10.	Terapeutin yhteistoiminnan välttämättömät osatekijät.....	185
Kuva 11.	Terapeutin yhteistoiminnan prosessin päävaiheet.....	196
Kuva 12.	Vastavuoroisen suhteen rakentumisen vaiheet.....	198
Kuva 13.	Vastavuoroisen suhteen rakentamiseen vaikuttavat tekijät.....	198
Kuva 14.	Keskustelevalle harkinnalle alaprosessit.....	201
Kuva 15.	Terapeutin, asiakkaan ja terapian tavoitteen suhde toisiinsa (soveltaen Kielhofner & Forsyth 2008: 186).....	234
Kuva 16.	Asiakkaan ja toimintaterapeutin vastavuoroinen suhde ja jaettu toiminta päämäärän saavuttamiseksi (soveltaen Taylor 2008: 46–47).....	234
Kuva 17.	Asiakkaan ja toimintaterapeutin vastavuoroinen suhde ja mielekäs yhteistoiminta yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.....	235

Taulukot

Taulukko 1.	Osapuolten osallistumisen painotukset asiakas–ammattilaissuhteissa.....	31
Taulukko 2.	Tiivistys osallistujien vuorovaikutustekijöistä ja -valmiuksista aiemmissa tutkimuksissa.....	34
Taulukko 3.	Osallistujien edellytykset yhteistoiminnan mahdollistamiseksi.....	38
Taulukko 4.	Toimintaterapeutin vaikutusmahdollisuudet yhteistoiminnan toteutumiseen.....	39
Taulukko 5.	Yhteistoimintaa rajoittavat tekijät.....	40
Taulukko 6.	Yhdessä toimimisen merkitysten ymmärtäminen.....	45
Taulukko 7.	Perheenjäsenten välisen yhteistoiminnan fasilitointi.....	46
Taulukko 8.	Tämän tutkimuksen perusolettamukset (soveltaen Charmaz 2008: 470).....	59
Taulukko 9.	Yhteenvedo keskusteluihin osallistuneiden työkokemuksen määrästä ja monipuolisuudesta sekä toimintaympäristöistä.....	65
Taulukko 10.	Keskusteluryhmien kokoonpanot ja toimintaterapeutin kontekstitunnisteiden selitteet.....	66
Taulukko 11.	Herkistävien käsitteiden herättämien keskustelujen aktiivisuus.....	70
Taulukko 12.	Esimerkki aineiston muokkauksesta.....	75
Taulukko 13.	Terapeuttisen yhteistoiminnan teoria.....	193
Taulukko 14.	Tekemisen ja toiminnan erottelu kolmen dimension avulla.....	206

1. Johdanto

Terapiasuhde on institutionaalinen, koska terapeutti toimii siinä aina ammatillisen koulutuksen ja laillistetun luvan saaneena asiantuntijana. Tästä johtuen terapiasuhde on aina myös epäsymmetrinen, sillä toimijoilla on erilaisen tieto- ja osaamis-perusten lisäksi myös erilaiset mahdollisuudet päästä käsiksi tietoihin ja osallistua päätöksentekoon (D'Amour 2005; vrt. Drew & Heritage 1992). Tasa-arvoista suhdetta pidetään yleisesti terapiatyössä tärkeänä tekijänä, mutta sen toteutumista voi haitata edellä kuvattu epäsymmetria. Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa pyrkimys tasa-arvoisuuteen konkretisoituu muun muassa pyrkimyksenä asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöisyyteen sekä asiakkaan ja ammattilaisen välisestä vuorovaikutukseen on kiinnitetty runsaasti tutkimuksellista huomiota viime vuosina, mutta tasa-arvoisuuteen perustuvaa yhteistoimintaa on jopa vierastettu (Mönkkönen 2001, 2007). Myös kansainvälisesti asiakkaita pidetään asiakaslähtöisen terveydenhoidon lähtökohtana, mutta silti heidän näkökulmansa kuulemiseen ja yhteistoimintaan perustuvaan hoitoon liittyy edelleen ongelmia (Newcomb et al. 2010) ja asiakkaiden mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun sekä tutkimuksen toteutukseen on vielä vähäistä (Ansari et al. 2001; D'Amour et al. 2005). Tämä tutkimus kohdistuu asiakkaan ja toimintaterapeutin väliseen yhteistoimintaan.

Kiinnostus asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaa kohtaan on viime vuosina lisääntynyt, ja sen vaikuttavuudesta on jo olemassa jonkin verran näyttöä. Terapian onnistumiseen vaikuttavia yhteistoimintatekijöitä on onnistuttu tunnistamaan esimerkiksi aivovaurioon sairastuneiden kuntoutuksessa (Doig et al. 2008; Holmqvist et al. 2009; Peoples et al. 2011), mielenterveytyydessä (Kjellberg et al. 2012; Sumsion & Lencucha 2007), lastahoidossa (McKee & Rivard 2004), ikääntyneiden ihmisten onnistuneessa kotiutuksessa (Holm & Mu 2012) sekä kivusta, masennuksesta ja ahdistuksesta kärsivien potilaiden hoidossa (Dibbelt et al. 2009). Yksittäisten tutkimustietojen systemaattinen kokoaminen ja käytäntöä palveleva analyysi edellyttävät jatkossa selkeää ymmärrystä yhteistoiminnan ilmiöstä sekä siihen liittyvistä tekijöistä ja prosesseista.

Lähtökohtanani on ollut huoli siitä, miten toimintaterapian asiakastyössä voidaan työskennellä asiakkaalle mielekkään toiminnan mahdollistavalla tavalla. Mielekkään toiminnan fenomenologinen tarkastelu yhdessä terapiasuhteessa tuotti alustavan käsitykseni terapeuttisesta yhteistoiminnasta (Harra 2005). Tutkimuksen tulokseksi muodostuivat kuusi terapeuttisen yhteistoiminnan ehtoa (yhteinen ennakointi, vuorovaikutus, toimijoiden välinen yhteys, roolien vaihtelu, ympäristötekijät ja toiminnan luonne) sekä neljä yhteistoiminnassa tarvittavaa hyvettä (käytännöllinen harkinta, oikeudenmukaisuus, kohtuunmukaisuus ja ystävyys). Tässä tutkimuksessa täydennän ja tarkennan alustavaa käsitystäni keskusteluaineiston avulla.

Käytännön kokemuksesta nousevan tiedon ja ymmärryksen sekä koko tutkimusprosessin ajan aineistoa lähellä olevan metodin avulla olen tuottanut terapeuttista yhteistoimintaa koskevan aineistolähtöisen teorian. Tutkimuksen aineisto on tuotettu aikaisemman tutkimukseni tuloksille pohjautuneissa ryhmäkeskusteluissa. Keskusteluihin osallistui 13 kokenutta toimintaterapeuttia, jotka työskentelevät eri-ikäisten ja erilaisista ongelmista kärsivien asiakkaiden kanssa monenlaisissa terveydenhuollon organisaatioissa: erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla niin julkisissa kuin yksityisissäkin toimintaympäristöissä. Keskusteluihin osallistuneet toimintaterapeutit toivat monipuolisesti esille kokemuksiaan terapiatyöstä monenlaisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien keskellä elävien ihmisten kanssa.

Teoria rakentuu terapeuttisen yhteistoiminnan kuvauksesta ja määritelmästä sekä yhteistoiminnan keskeisten tekijöiden ja niiden välisten suhteiden esityksestä prosessimallin avulla sekä toiminnan luonteen analyysimallista. Interaktiivisessa prosessissa kehittyneen teorian tarkoitus on auttaa terapeutteja tunnistamaan yhteistoimintaa rakentavia tekijöitä omassa työssään sekä edistää terapeuttista yhteistoimintaa asiakastyössä, ylipäätään sosiaalisessa toiminnassa sekä asiakastyön laadun ylläpitämisessä ja kehittämisessä, kuten työnohjauksessa. Lisäksi teoriaa voidaan hyödyntää terapiasuhteen ymmärtämistä vahvistavassa koulutuksessa sekä terapiasuhdetta ja yhteistoimintaa koskevassa tutkimuksessa. Teoriaa tai sen osia voidaan hyödyntää myös yhteistoiminnallisessa pedagogiikassa, ongelmien ratkaisemisessa sekä yhteiskehittelyssä.

1.1 Toimintaterapia Suomessa

Vuoden 2012 alussa Suomen toimintaterapeuttiliittoon kuului noin 2300 jäsentä (Toimintaterapeuttiliitto 2012). Yli puolet suomalaista toimintaterapeuteista työskentelee julkisella sektorilla pääasiassa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa (Karhula et al. 2011; Takala 2008; Paltamaa et al. 2011). Toukokuussa 2012 Suomessa oli yksityisellä sektorilla yli 150 toimintaterapia-alan yritystä, joista

lähes kaikissa toimintaterapeutit toimi yksityisenä elinkeinoharjoittajana. Erilaisia kuntoutuspalveluja tarjoavista kuntoutuslaitoksista (37 kpl) monissa työskentelee myös toimintaterapeutteja. (YTJ-tietopalvelu - Yrityshaku 2012).¹

Valtaosa toimintaterapiasta toteutuu kliinisisissä internaatioolosuhteissa vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja julkisten laitosten terapiatiloissa. Erikoissairaanhoidossa kotikäynnit ovat ylipäätään harvinaisia (Takala 2008). Aluesairaaloiden ja perusterveydenhuollon toimintaterapeutit tekevät kotikäyntejä lähinnä asunnonmuutostyötarpeiden tai kotiutumismahdollisuuksien arvioimiseksi. Yksityisellä sektorilla työskentelevien toimintaterapeuttien määrä on kasvanut koko ajan. Siellä toimintaterapia toteutuu vastaanottotiloissa ja asiakkaiden luonnollisissa toimintaympäristöissä sekä kuntoutuslaitosten kliinisisissä internaatioolosuhteissa. Yksityisen sektorin toimintaympäristöt eroavat julkisen sektorin ympäristöistä esimerkiksi sen suhteen, miten keskeisenä asiakaslähtöisyyttä pidetään.

Toimintaterapeutit käyttävät terapiapalvelujen käyttäjistä useita eri nimityksiä muun muassa aikuinen, asiakas, kuntoutuja, lapsi, nuori, potilas, ikääntynyt ja vanhus riippuen muun muassa siitä, missä organisaatiossa ja minkä ikäisten asiakkaiden kanssa toimintaterapeutit työskentelevät. Yksityisellä sektorilla toimintaterapiapalvelujen käyttäjää kutsutaan pääasiassa asiakkaaksi ja kuntoutujaksi. Asiakas-nimityksellä halutaan yleensä korostaa asiakkaan itsenäisyyttä (Hautala et al. 2011). Julkisella sektorilla toimintaterapian asiakasta puhutellaan edelleen yleisesti potilaaksi ja kuntoutujaksi sekä jonkin verran asiakkaaksi. Erilaiset puhuttelutavat voivat johtua toimintaympäristöjen erilaisuudesta ja tietysti myös terapeuttien erilaisista suhteista sekä suhtautumistavoista asiakkaaseen. Tässä tutkimuksessa käytän näitä kaikkia puhutteluita, sillä tämä menettely kuvastaa mielestäni parhaiten toimintaympäristöjen sekä suhtautumis- ja puhuttelutapojen moninaisuutta. Toimintaterapeutista käytän tilanteesta riippuen nimitystä terapeutti, ammattilainen, asiantuntija tai ihminen.

Vammautuminen tai ennustamaton krooninen sairaus irrottaa ihmisen päivittäisistä rutiineista ja voi muuttaa hänen käyttäytymistään, suhdettaan aikaan ja käsityksiään itsestään (Charmaz 1997). Se johtaa fyysisiin, joskus henkisiin ja moiniin sosiaalisiin, psykologisiin ja taloudellisiin menetyksiin. Merkittävin muutos on kuitenkin oman itsen menetys (loss of self), joka oman päätäntävällän kadottua johtaa passiivisuuteen. Charmazin (1997) käyttämä termi, itsen tunnistaminen (transcendence of self) muunakin kuin vain pelkkänä kehona tai sairautena, edellyttää itsensä hyväksymistä sekä valitsemisen ja toiminnan mahdollisuutta. Toimintaterapiassa kohdattavalla asiakkaalla voi olla hyvä päivä tai huono päivä, ja hänen suhteensa itseensä ja itsen transsendenssi ovat hyvin yksilöllisiä (vrt. emt.),

1. Tilastotiedot ovat suuntaa antavia, sillä järjestelmän haku huomioi vain ne yritykset, joiden nimessä mainitaan toimintaterapia.

myös kuntoutujan iällä on todettu olevan merkitystä kuntoutujan ja toimintaterapeutin väliseen terapiasuhteeseen (Cole & McLean 2003).

Toimintaterapiassa asiakkaan ja terapeutin välistä vuorovaikutusta on pitkään korostettu, mutta vasta kolmen viime vuosikymmenen aikana on esitelty erityisesti käytäntöä palvelevia asiakaslähtöisiä ja yhteistoiminnallisia lähestymistapoja (Taylor et al. 2009). Aihepiiriä ei ole toistaiseksi tutkittu suomalaisen toimintaterapian osalta. Asiakaslähtöisyyttä pidetään ammatin peruserätyksenä, joka käsittää kuntoutujan ja hänen läheistensä lisäksi myös kuntoutujan lähiverkoston, kuten opettajat, yhteisöt ja koko yhteiskunnan (Hautala et al. 2011: 89), mutta keskustelu yhteistoiminnasta on vielä varsin vähäistä.

1.2 Miksi yhteistoiminta toteutuu heikosti hyvää tarkoittavien toimintaterapeuttien käytännöissä?

Toimintaterapiassa yhteistoiminta on ollut lähestymistapana esillä jo ammatin perustamisesta 1900-luvun alkupuolelta lähtien. Yhteistoiminnan hyödyntäminen ja sitä koskeva näyttö ovat kuitenkin edelleen vielä sattumanvaraisia. (Taylor et al. 2009; Dibbelt et al. 2009; Wressle & Samuelsson 2004; Hanna & Rodger 2002.) Myös toimintaterapian kirjallisuudessa on pitkään painotettu vuorovaikutuksen merkitystä, yhteistoimintaa ja asiakas- tai perhelähtöisyyttä, mutta ongelmana on ollut, että tutkimustulosten mukaan ne ovat toteutuneet vähäisesti käytännön työssä (Taylor et al. 2009; Wressle & Samuelsson 2004; Hanna & Rodger 2002; Finlay 2001). Esimerkiksi Kjellberg et al. (2012) tutkimuksen mukaan 90 % ruotsalaisista toimintaterapeuteista (n=670) piti asiakkaiden osallistumista tärkeänä, mutta silti 70 % arvioi, että asiakkaiden osallistumista pitäisi kuitenkin lisätä. Taylor et al. (2009) mukaan toimintaterapeutit (n=568) välittävät asiakkaidensa hyvinvoinnista ja arvostavat sitä, mutta käytännössä terapeutit keskittyvät kuitenkin edelleen vahvasti terapeuttisten strategioiden käyttöön, jolloin asiakkaan ja terapeutin välinen vastavuoroinen vuorovaikutus saa vähemmän huomiota.

Vaikka terapeutit pitävät kriittisenä tekijänä suhdettaan asiakkaaseen ja itsen terapeuttista käyttöä, niin samanaikaisesti he kokevat tietämyksensä ja koulutuksensa olevan riittämätöntä näissä asioissa. Asiakaslähtöisyyden heikon toteutumisen ongelman syyksi on esitetty 1) *puutteellista vuorovaikutuskoulutusta ja 2) riittämätöntä tietoa ja ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä sekä onnistuneesta yhteistoiminnallisesta kumppanuudesta terapiasuhteessa* (Taylor et al. 2009; Dibbelt et al. 2009; Wressle & Samuelsson 2004; Hanna & Rodger 2002). Toimintaterapeutit ovat kokeneet 3) *organisaatio- ja systeemitason tuen riittämättömäksi asiakaslähtöisyyden toteuttamiseen* (Holmqvist et al. 2009), ja 4) *terveydenhuollon ammattilaisten haluk-*

kuus toimia yhteistoiminnallisella tavalla voi ylipäättään olla vähäistä (vrt. San Martin-Rodriguez et al. 2005). Toimintaterapiassa 5) *toimintaa on analysoitu ja käytetty lähinnä yksilöllisesti ja yksilön näkökulmaa korostaen* (Pierce et al. 2010).

Esimerkiksi asiakaslähtöiseksi kuvatussa MOHO-mallissa (The Model of Human Occupation) terapeutti valitsee asiakaskohtaisesti yhdeksästä terapeuttisesta strategiasta (therapeutic strategies) ne, joiden avulla hän voi tukea asiakkaan toimintaa terapiatilanteissa. Nämä yhdeksän terapeuttista strategiaa ovat pätevoittäminen (validating), tunnistaminen (identifying), palautteen antaminen (giving feedback), neuvominen (advising), neuvotteleminen (negotiating), jäsentäminen (structuring), valmentaminen (coaching), rohkaiseminen (encouraging) ja fyysisen tuen tarjoaminen (providing physical support). (Kielhofner & Forsyth 2008: 185–203.) Kaikki luetellut strategiat ovat selvästi hyvää tarkoittavia ja tähtäävät asiakkaan toimintamahdollisuuksien vahvistamiseen. Mallin mukaan terapiatilanteissa tapahtuva toiminta johtaa terapeuttisiin muutoksiin asiakkaan valmiuksissa ja käyttäytymisessä terapiatilanteen aikana. Asiakkaan ja terapeutin välistä suhdetta kuvataan mallissa yhdensuuntaisella, kausaalista vaikutussuhdetta kuvaavalla nuolella, jossa asiakas on toimintaterapeutin käyttämien strategioiden kohde. Mallin oletuksena on, että terapeutin käyttämien strategioiden seurauksena asiakas pystyy aikaansaamaan muutoksia itsessään. (Emt. 186.) Oletettavaa on, että näillä muutoksilla tarkoitetaan pidempiaikaisia, myös terapiatilanteiden ulkopuolellakin ilmeneviä muutoksia. Yhteistoiminnan näkökulmasta asiakas on MOHO -mallissa 1) *informantti*, joka tuottaa terapeutin tarvitsemaa tietoa oikean strategian valitsemiseksi. Toiseksi asiakas on 2) *auttavan terapeutin strategioiden kohde*. Asiakas on myös 3) *aktiivinen yksilötoimija*, joka itse muuttaa toimintaansa ja vaikuttaa itse omaan toimintaansa.

Edellisissä luvuissa esiteltyjen tutkimustulosten kautta tarkasteltuna asiakkaan toiminnan mahdollistamiseen tähtäävä toimintamalli näyttäytyy tämän tarkastelun kautta yksisuuntaiseen vaikuttamiseen ja yksilölliseen toimintaan perustuvana toimintamallina, joka voi vastata asiakaslähtöisyyden edellyttämään holistiseen näkökulmaan, asiakkaan kunnioittamiseen ja hänen yksilöllisten tekijöidensä huomioimiseen, mutta ei yhteistoimintaa ja kumppanuutta koskeviin, vastavuoroisuutta edellyttäviin odotuksiin. Täyttääkseen asiakaslähtöisyyteen kuuluvat, yhteistoimintaan ja kumppanuuteen liittyvät odotukset MOHO-malli tarvitsee rinnalleen uusia, asiakkaan ja terapeutin välistä vuorovaikutussuhdetta yhteistoiminnallisesti kuvaavia malleja (Taylor 2008).

Yhteistoiminnan tutkimus edellyttää siis *näkökulman vaihtamista monitoimijuuteen, mikä edellyttää toiminnan käsitteen uudelleen muotoilua sekä uudenlaisia näkökulmia* (Pierce et al. 2010). Tämä muutos olisi otettava huomioon myös terapiatilanteissa ja terapiasuhteissa, sillä asiakaslähtöisyyteen liitetystä *yhteistoiminnasta tarvitaan lisää ymmärrystä vahvistavaa tutkimusta* (Hanna & Rodger

2002; Dowling et al. 2004). *Terapeutit ja opettajat kokevat tarvitsevansa yhteistoimintaa koskevia onnistumisen kuvauksia sekä lisää ymmärrystä yhteistoimintaprosessien luonteesta ja peruskäsitteistä, jotta ne voitaisiin ottaa huomioon jo opetussuunnitelmia tehtäessä* (D'Amour et al. 2005; Billet et al. 2007; Holmqvist et al. 2009). *Selkeä ymmärrys yhteistoimintaprosessin olemuksesta helpottaisi myös yhteistoimintaa mahdollistavan teknologian kehittämistä* (Denning & Yaholkovsky 2008).

Taylorin (2008: 46–47) mukaan toimintaterapiassa tarvitaan toiminnan edistämiseen tähtäävien mallien ja terapeuttisten strategioiden täydennykseksi asiakkaan ja terapeutin vastavuoroista vuorovaikutusta kuvaavaa mallia. Taylorin intentionaalisen vuorovaikutuksen mallissa toimintaterapeutti on vastuullinen huolehtimaan siitä, että terapiasuhde toimii. Erityisesti terapeutti on vastuussa ihmissuhteisiin liittyvästä tieto- ja taitoperustastaan, terapeuttisesta tyylistään sekä ihmissuhteita koskevasta ajattelustaan. Taylor jäsentää terapeutin vuorovaikutusstrategiat kuudeksi erilaiseksi toimintatyyliksi (therapeutic modes), jotka ovat *kannatteleva* (advocating), *yhteistoiminnallinen* (collaborating), *myötäelävä* (empathizing), *rohkaiseva* (encouraging), *opastava* (instructing) ja *ongelman ratkaiseva* (problem solving). Taylorin mukaan terapeutit käyttävät ja vaihtelevat toimintatyyliä tarkoituksenmukaisesti vuorovaikutuksessaan asiakkaan kanssa. (Emt.)

Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavin toimintatyyli on yhteistoiminnallinen (collaborating). Siinä 1) *terapeutti ja asiakas tekevät päätökset yhdessä (jointly)*, 2) *terapeutti rohkaisee asiakasta itsenäisten arvostelmien (judgements) tekemiseen*, 3) *asiakas on osallisena (involved) terapiaa koskevassa harkinnassa* ja 4) *terapeutti tukee asiakkaan voimaantumista (empowerment), itsemääräämisoikeutta (autonomy), itsenäisyyttä (independence) ja henkilökohtaisia valintoja (personal choice)*. Yhteistoiminnallisessa toimintatyyliässä toimijat ovat tasa-arvoisia, mikä vahvistaa asiakkaan arvokkuutta, itseluottamusta ja itsenäisyyttä sekä uskoa omiin valmiuksiinsa. Siinä terapeutti suhtautuu vakavasti asiakkaan antamaan palautteeseen ja hyödyntää sitä terapiaprosessin parantamisessa. Yhteistoiminnallisen tyylin *heikkoutena voidaan pitää sitä, että se 1) suosii niitä asiakkaita, jotka pystyvät itse kantamaan vastuuta ja kykenevät toimimaan itsenäisesti*. Siinä 2) *saatetaan yliarvioida asiakkaan valmiudet ja vahvuudet*, mikä saattaa aiheuttaa hämmennystä ja sekaannusta vastuiden ja roolien suhteen. Hierarkkisissa ja vahvasti ammattilaisen asiantuntijuuteen nojauksissa kulttuureissa lähestymistapa 3) *saattaa antaa terapeutin asiantuntijuudesta heikon kuvan*. (Taylor 2008: 70, 74–75, 262–264.) Taylorin (2008) intentionaalisen toiminnan malli voi edistää terapeuttien tietoisuutta ja ymmärrystä vuorovaikutuksen merkityksestä terapiasuhteessa, ja terapeutti voi hyödyntää toimintatyyliä vuorovaikutuksen keinoina terapiatilanteissa. Taylorin näkemys ei kuitenkaan täysin vastaa asettamaani kysymykseen, joka on johtanut minut tutkimaan asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistoiminnan mahdollisuutta.

Vuorovaikutuksen ohella kiinnostukseni on kohdistunut nimenomaan siihen, *miten asiakas ja terapeutti voivat yhdessä luoda sellaisen vuorovaikutussuhteen, jossa he voivat yhdessä osallistua asiakkaan ongelman selvittämiseen ja ratkaisuun tähtäävään muutoksen toteutukseen*. Kyse ei ole vain terapeutin toimintatyylisestä, vaan koko terapian toimintakulttuurista, eettisistä ja käytännöllisistä toimintaperiaatteista, -rakenteista ja -prosesseista. Kyse ei ole vain yksittäisestä mallista, vaan koko paradigmasta, joka läpäisee asiakastyön lisäksi myös koulutuksen.

Asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnan edistämiseksi tarvitaan vielä huomattavan paljon lisätutkimusta ja käytännön työtä palvelevaa tietoa ja ymmärrystä. Edellä mainittujen tekijöiden perusteella näyttää mielestäni siltä, että ammattilaisilla on pyrkimys toimia asiakkaan hyväksi ja pyrkimys auttaa asiakasta. Asiakkaan toimintaa halutaan tarkastella kokonaisvaltaisesti ja sitä pidetään toimintaterapian keskipisteenä, mutta käytännössä asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus perustuu edelleen yksisuuntaiseen vaikuttamiseen ja yksilötoiminnan tarkasteluun. Ongelmana on se, että terapiakäytännöt nojaavat edelleen perinteiseen, yksisuuntaisen vaikuttamisen malliin sekä asiantuntijuutta painottavaan lähestymistapaan. Yhdessä ne rajoittavat toiminnallisen oikeudenmukaisuuden toteutumista ja asiakkaan toiminnan mahdollistamista. Kuvattu käytäntö on ristiriidassa asiakkaan osallistumista ja yhdessä tekemistä korostavan ajattelun kanssa. Toimintaterapeutit haluavat toimia vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa asiakkaan parhaaksi, mutta tarvitsevat sen toteuttamiseksi lisää tietoa, koulutusta ja käytäntöjen muuttamista.

Yhteistoiminnallisten käytäntöjen ja yhteistoiminnan vakavasti ottavan paradigman aikaansaamiseksi tarvitaan lisää yhteistoimintaa koskevaa tietoa, ymmärrystä ja osaamista. Tiedon lisäksi tilanteen muuttaminen edellyttää radikaalia näkökulman muutosta, kuten Pierce et al. (2010) ovat pohtineet. Paradigman muutosta tarvitaan niin tieteessä, koulutuksessa kuin käytännössäkin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa paradigman muutoksen edellyttämää tietoa ja ymmärrystä asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnasta.

1.3 Tutkimuksen rakenne

Tutkimusraportti koostuu neljästä osasta. Ensimmäisessä osassa esittelen tutkimuksen taustan, tarkoituksen, keskeiset käsitteet sekä tutkimusstrategian. Toisen osan keskiössä on metodologian ja metodin esittely. Metodologia perustuu grounded theoryyn (GT), jota olen soveltanut tämän tutkimuksen tarpeisiin. Aineiston käsittely, analyttiset vertailutavat ja synteesisprosessi on kuvattu yksityiskohtaisesti vaihe vaiheelta. Kolmannessa osassa esittelen tutkimuksen tulokset. Kuvaan siinä terapeuttien kokemuksiin perustuvia käsityksiä ja konkreettisia esimerkkejä, joiden avulla olen täydentänyt ja tarkentanut alustavaa käsitystäni.

Neljännessä osassa arvioin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä tulosten uskottavuutta, sovellettavuutta ja eettisyyttä.

Tässä tutkimuksessa alustava käsitykseni sai tukea tutkimukseen osallistuneilta toimintaterapeuteilta. Kehitely aineistolähtöinen teoria kokoaa yhteen terapeutisen yhteistoiminnan tekijät ja osoittaa niiden väliset suhteet systemaattisesti. Tutkimuskysymyksiin vastaava teoria täydentää aiempaa tutkimustietoa asiakkaan ja terapeutin välisestä yhteistoiminnasta. Toivoakseni lukija löytää tulosten raportoinnista omaan toimintaansa sovellettavissa olevia tekijöitä, jotka auttavat toteuttamaan terapeutista yhteistoimintaa ja kokemaan sen tuottaman ilon.

Läheskään kaikki kohtaamiset eivät toteudu yhteistoimintana, mutta terapeutien kokemusten mukaan yhteistoiminnan tuottamat onnistumisen kokemukset auttavat jaksamaan ja selviytymään vaikeista ja hankalista tilanteista. Yhteistoiminta voi toteutua pienissä onnellisuuden hetkissä, jolloin toimijat kohtaavat toisensa ihmisinä. Sitä hetkeä terapeutit kutsuvat kohtaamisen onneksi, jonka tuottamaa iloa he kertovat kokeneensa niin potilassuhteissa kuin muissakin ihmissuhteissa.

2. Vuorovaikutus ja asiakkaan osallistumismahdollisuudet toimintaterapiassa

Tutkimusaiheen tärkeys kirkastui minulle vähitellen toimintaterapeutin työn sekä ammatin jälkeisten opintojen myötä. Opiskelun, työn ja tutkimuksen samanaikaisuus tuotti sen, että liikuin niin fyysisesti kuin ajatuksellisestikin teoreettisen ja käytännöllisen maailman välillä. Nämä maailmat ovat erilaiset ja usein erillään toisistaan, vaikka molemmissa tarkastellaan samoja inhimillistä toimintaa ja hyvää elämää koskevia asioita. Eri maailmoissa toimivien terapeuttien käytännöt ja näkökulmat ovat poikenneet toisistaan. Ne eivät ole keskustelleet luontevasti keskenään, saati että ne olisivat tuottaneet yhdessä tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää ja tuottaa parempia hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä.

2.1 Tieni tutkimusongelman äärelle

Terapiatyön lähestymistapaa koskeva pohdintani käynnistyi joitakin vuosia toimintaterapeutin ammattiin valmistumisen jälkeen 1990-luvun alussa. Tuolloin suomalaisessa toimintaterapiassa elettiin vielä pääasiassa mekanistista aikakautta. Mekanistisuudella viitataan toimintaterapeuttien työssä yhtäältä taitoon, joka perustuu pikemminkin tekniikoiden hallintaan kuin yksilökohtaiseen harkintaan, sekä toiseksi asiantuntijuuteen, joka perustuu lähinnä tietoiseen teorian tiedon hyödyntämiseen pikemmin kuin yhteiseen neuvotteluun (Ludwig 1993: 56–57).

Mekanistisella aikakaudella kliinisiä käytäntöjä kehitettiin keskittymällä perusoletuksien, jonka mukaan ihmisen toimintakykyisyys perustuu neuromotoristen, luulihassysteemien ja intrapsyykkisten systeemien eheään toimintaan. Siksi terapiaprosessi aloitettiin huolellisella toimintakyvyn arvioinnilla. Arvioinnin perusteella terapeutti valitsi ja käytti toimintaa sekä aktiviteetteja terapeuttisena välineenä (Kielhofner 2009). Terapeutin tehtävänä oli opettaa kuntoutujille tekniikoita ja kehittää sisäisiä mekanismeja korjaavia menetelmiä sekä apuvälineitä, lastoja ja tukia, joiden avulla pyrittiin suorituskyvyn palauttamiseen (Kielhofner 2009).

Pohdin aluksi silloiseen ajatteluun perustuvia menetelmiä ja käytäntöjä, joiden vaikuttavuutta olin alkanut epäillä oman työni kautta. Tuolloin yliopistosairaalan työkuvaani kuuluivat tutkimuksellinen ja kehittävä työote sekä asiantuntijana toimiminen niin potilastyössä kuin erilaisissa koulutustilaisuuksissa. Opetimme ja

ohjasimme muun muassa aluesairaaloitten ja perusterveydenhuollon ammattilaisille tekniikoita, toimintatapoja ja harjoituksia innokkaasti, mutta vähitellen aloin epäillä, tavoittaako lähestymistapamme kuulijat ja miten valmiita he lopulta olivat muuttamaan tottumuksiaan ja omia käytäntöjään esitysten pohjalta. Vaikka teot ja toimenpiteet sinänsä olivatkin perusteltuja ja oikeansuuntaisia, tuntuivat niiden vaikutukset jäävän vähäisiksi. Keskustelun ja yhteisen suunnittelun sijaan pääasiassa ohjasin ja annoin neuvoja sekä ohjeita. Potilaskohtaisten harjoitusten mielekkyys perustui pikemminkin pyrkimykseen parantaa potilaan suorituskykyä kuin hänen osallistumisensa edistämiseen. Käytin toimintaa terapiassa tarkoituksenmukaisesti, mutta sen merkitys päämääränä sinänsä toteutui harvemmin.

Silloisesta työstäni mieleeni ovat kuitenkin parhaiten jääneet juuri ne tapaukset, joissa käytetyllä toiminnalla tuntui olevan potilaalle merkitystä myös päämääränä sinänsä. Esimerkiksi miespotilaan kanssa lähdimme pöytätasossa tehtävien harjoitusten sijaan ulos raittiiseen talvisäähän luomaan lunta lapiolla, ja naispotilaan käsien yhteistoimintaharjoitukset siirrettiin sairaalan puutarhaan, kun hän kertoi pitkän sairaalassaolonsa aikana kaivanneensa vain, että saa painaa kätensä multa. Harjoitukset olivat potilaille haastavia, ja mielekkään toiminnan yhteydessä käytyjen keskustelujen kautta sain heidän toimintakyvystään ja elämäntilanteestaan laajemman ja monipuolisemman käsityksen kuin vain klinisiin harjoituksiin keskityttäessä. Mielekäs toiminta avasi välillemme toisenlaisen yhteyden.

Mekanistisella aikakaudella potilas oli kohde, jonka toimintakykyä tutkittiin ja jota yritettiin parantaa. Terapeutin tehtävä oli asiantuntijana auttaa potilasta. Hänellä oli tietoa, hän tutki, arvioi ja teki päätöksiä, sillä hän hallitsi keinoja ja menetelmiä, joiden avulla potilasta voitiin auttaa. 1990-luvun alkuun mennessä minulle oli jo kertynyt runsaasti kokemuksia monenlaisista, onnistuneista ja myös epäonnistuneista terapiasuhteista sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Olin työskennellyt molemmissa organisaatioissa aikuisten ja ikääntyneiden potilaiden kanssa, joilla oli pääasiassa ortopedisiä tai neurologisia häiriöitä. Parhaita terapiasuhteita tuntuivat olevan ne, joista muodostui meille molemmille yhteinen tutkimusmatka, joka ei ollut ennalta arvattavissa ja jossa toimintasuunnitelmat laadittiin yhdessä. Ne suhteet haastoivat minut terapeuttina etsimään terapeuttisen toiminnan mielekkyyttä. Mielenkiintoista oli huomata, että juuri nämä poikkeukselliset suhteet tuntuivat vaikuttavan vahvistavasti potilaan kuntoutumiseen ja minun terapeuttina. Asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen merkitys alkoi kasvaa omassa työssäni menetelmien käytön rinnalla. Olin kokemuksen myötä oppinut hallitsemaan menetelmät, joten minun ei tarvinnut enää kiinnittää niihin samalla tavalla huomiota ja saatoin tilannekohtaisesti soveltaa menetelmiä tarpeen mukaan.

Ajatukseni eivät kuitenkaan olleet uusia. Toimintaterapian ammatin syntyvaiheessa 1900-luvun alkupuolella Yhdysvalloissa huomio oli kohdistettu toiminnan terapeuttisen käytön ohella myös potilaan ja terapeutin väliseen suhteeseen

sekä toimintaa ohjaavaan arvoperustaan (Kielhofner 2009). Chicagolaisten pragmatistien (Charles S. Peirce, William James ja John Dewey) ajatukset olivat vaikuttaneet toimintaterapian teoreettisen perustan muotoutumiseen muun muassa psykiatrista hoitoa ja mielenterveyskuntoutujien asemaa kehittäneen ja toimintaterapian syntyyn vaikuttaneen psykiatri Adolph Meyerin ja Hull Housessa työskennelleen Julia Lathropin kautta. Lathrop ja Meyer tekivät yhteistyötä erityisesti Jamesin ja Deweyn kanssa, jotka olivat tieteenfilosofian lisäksi kiinnostuneita myös käytännöllisistä ongelmista. (Meyer & Winters 1959.) Meyer kiinnitti erityistä huomiota tämän tutkimuksen kannalta keskeiseen ilmiöön: potilaan ja terapeutin väliseen yhteistoimintaan. Seuraavassa, jo 1950-luvulta peräisin olevassa lainauksessa kuvataan niitä kriittisiä tekijöitä, joihin terapiatyössä tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Lainaus nostaa esiin keskeisiä käsitteitä, jotka ovat esillä myös tämän päivän toimintaterapian ja kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä koskevissa keskusteluissa.

Meyer believed that without the spontaneous participation of the patient in his therapy there could be little of value accomplished. He did not like doing things to people or for people, but thought always things with people. In consequence, he distrusted all modes of therapy in which the therapist dominates a passive patient, all psychological tricks and emotional appeals that have a measure of mysticism or deception in them. He thought that most human beings have a capacity for reason, even when ill, and that they have the right and obligation as human beings to use that power. The aim of the therapist should be to give the patient help in making a start at whatever level of thinking he is able to perform, and in moving toward greater and greater capacity, until he is on his own self-healing processes have come into his control. (Leighton 1952, s. xvii.)

Meyer korosti asiakkaan aktiivisen osallistumisen (participation) sekä yhdessä tekemisen (doing with) merkitystä. Hän ei uskonut yksisuuntaisesti vaikuttaviin tekniikoihin tai dominoiviin tyyliin, jotka asettivat potilaan passiiviseksi hoidon kohteeksi. Sen sijaan hän uskoi, että jokaisella ihmisellä on valmiudet sekä myös oikeus ja velvollisuus ajatella itse, vaikka olisi sairaskin. Terapeutin tavoitteena on lähteä liikkeelle siltä tasolta, missä asiakas on, auttaa asiakas alkuun kohti suurempia voimavaroja niin pitkälle, kunnes asiakas kykenee itse huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan.

Meyer hahmotteli toimintaterapialle pragmatistiseen ajatteluun perustuvan lähestymistavan, josta tuli minulle erityisen merkityksellinen toimintaterapian erikoistumisopintojen aikana. Meyer loi lähestymistapaa, jossa *potilas on toimija ja agentti*, jonka kanssa terapeutin tulee neuvotella ja sopia toiminnoista. Potilaan toimijuuden hyväksyminen edellyttää, että *oikeat ja tehokkaat hoitometodit löydetään*

vain keskustelemalla potilaan kanssa sekä ottamalla huomioon hänen elämäntilanteensa, ajankäyttönsä ja ihmissuhteensa. Meyerin hahmottelema lähestymistapa perustui toiminnan terapeuttiseen käyttöön ja yhteistoimintaan (collaboration), jossa potilas ja terapeutti muodostavat yhdessä tiimin. (Henderson 1951; Leighton 1952.) Tämä lähestymistapa oli mekanistisella kaudella jäänyt menetelmien käytön varjoon, ja väitän, että vaikka se kirjallisuudessa usein mainitaankin, edelleenkin sitä ei hyödynnetä riittävästi eikä sen merkitystä terapian tuloksellisuuteen tunneta.

Meyerilaista ajattelua ovat myöhemmin vahvasti tuoneet esiin muun muassa Helene Polatajko, Elisabeth Yerxa ja Linda Finlay. Polatajko on korostanut asiakkaan yksilöllisyyden huomiointia ja asiakkaalle mielekkään toiminnan mahdollistamista (mm. Polatajko 1992). Yerxa on vaatinut toimintaterapeuteilta asiakkaan autonomian ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja realistiseen tilannetietoon perustuvaan valinnan vapautta (mm. Yerxa 1967). Finlay (2001; 2004) on työskennellyt pitkään psykososiaalisen toimintaterapian kehittämiseksi.

2000-luvun taitetta lähestyessä aloin pohtia, miten näiden arvokkaaksi kokemieni toimintaterapian periaatteiden luonteva toteuttaminen on mahdollista yhtäältä omassa käytännön työssäni, mutta myös laajemmin suomalaisessa toimintaterapiassa. Kiinnostukseni kohdistui erityisesti niihin tekijöihin, joiden avulla voidaan edistää potilaan kunnioittamista autonomisena toimijana sekä terapian toteuttamista siten, että siinä mahdollistuu hänelle mielekkään toiminnan tekeminen.

Tutkimukseni ensimmäisen vaiheen (Harra 2005) kohteena oli pitkä toimintaterapiasuhte, jonka olin kokenut päämäärien, periaatteiden ja tulosten kannalta onnistuneeksi. Aikuisella naisasiakkaalla oli aivoverenvuodon seurauksena erittäin vaikeita liikkumisen, tekemisen, puheen tuottamisen ja tiedon käsittelyn ongelmia. Vielä muutaman kuukauden sairaalahoidon jälkeenkin hän oli täysin riippuvainen ulkopuolisesta avusta kaikessa toiminnassaan. Tilannetta konkretisoi hyvin se, että hän ei kotiutusvaiheessa pystynyt itse painamaan soittokellon nappia kutsuakseen apua. Sen lisäksi hänellä oli kipuja ja tuskaisuutta. Asiakkaan tila oli pitkään vaikea, minkä takia sairaalan kuntoutustyöryhmä oli suositellut hänelle vain pitkäaikaista laitoshoitopaikkaa kaupungin sairaalassa. Vanhemmat halusivat kuitenkin mieluummin hoitaa tyttärtään kotona. Toimintaterapia käynnistyi kotikäynteinä siinä vaiheessa, kun asiakas siirtyi asumaan vanhempiensa luo.

Vaikeassa alkutilanteessa terapiaa ei voinut rakentaa millään tavalla asiakkaan itsenäisen toiminnan varaan. Sen sijaan kaikki toiminta perustui yhdessä tekemiseen. Yhdessä tekemisen avulla kuntoutumista alkoi tapahtua, ja vanhemmat pitivät toteutettua terapiaa hyödyllisenä. Näytti siltä, että myös asiakas nautti terapiatilanteista. Tätä käsitystä vahvisti se, että kuntoutumisen edettyä hän alkoi antaa terapiatilanteiden jälkeen toistuvasti kuvasymbolien avulla positiivista palautetta. Terapiatilanteet ja asiakkaan kuntoutumisen edistyminen oli myös omalta kannaltani kiinnostavaa ja mielekästä. Tilanteiden jälkeen pohdin, mitä oli tapah-

tunut, ja usein huomasin jo lähtiessä odottavani seuraavaa kertaa. Kahden vuoden terapian jälkeen ehdotin perheelle osallistumista yhteistoimintamme tutkimukseen. Siinä vaiheessa asiakas ja vanhemmat olivat kokeneet jo useita muitakin terapiasuhteita ja -tilanteita. He halusivat olla mukana tutkimuksessa, jota he pitivät tärkeänä. Olin alkanut tämän myönteisen kokemuksen kautta uskoa siihen, että erityisesti yhteistoiminnan onnistumisella voi olla terapeuttinen vaikutus, joka edistää terapian tuloksellisuutta ja onnistuessaan vahvistaa molempien toimijoiden, niin asiakkaan kuin terapeutinkin hyvän elämän kokemusta. Minua alkoi yhä enemmän kiinnostaa, miten yhteistoimintaa voidaan tietoisesti edistää, mitkä tekijät siihen vaikuttavat ja miten.

Terapiasuhte, asiakas ja toimintaympäristö olivat minulle tutut jo noin kahden vuoden ajalta. Keräsin tutkimuksen kannalta relevanttia aineistoa monimetodisesti (kokemuskuvaukset, videotallenteiden havainnointi ja päiväkirjat). Aineiston analyysi perustui terapiatilanteiden kuvaukseen ja reflektioon, jota ohjasi kaksi käytäntö- ja aineistolähtöistä avointa kysymystä: “Mitä tässä oikeastaan tapahtuu? Mitä ehtoja terapeuttiseen toimintaan liittyy?” (Harra 2005: 15.)

Tulosten ensimmäiseksi, aineistolähtöiseksi ideaksi muodostui alustava käsitys terapeuttisesta yhteistoiminnasta sekä sitä kuvaavista ehdoista (emt. 20–24). Jatkoisin aineiston analyysia filosofian pro gradu -tutkielmastani tutun Aristoteleen (1989) hyve-etiikan avulla (Harra 2005: 25–116).² Etsin hyve-etiikasta täydennystä terapeuttista yhteistoimintaa koskevaan alustavaan ideaan, sillä pelkkä aineistolähtöinen analyysini jätti mielestäni tuloksen kokemustani pinnallisemmaksi.

Ensimmäisen vaiheen tulokset muodostuivat aineistolähtöisten käsitteiden ja teoreettisen analyysin synteesisistä, joka muodostui terapeuttisen yhteistoiminnan kannalta merkitykselliseksi muodostuneista käsitteistä (Harra 2005: 117–127). Alustavan käsitykseni mukaan terapeuttisen yhteistoiminnan ehtoja ovat toimijoiden välinen yhteys, vuorovaikutus, yhteinen ennakointi, roolien vaihtelu, välineiden merkitys ja toiminnan luonne. Yhteistoiminnassa tarvittaviksi hyveiksi osoittautuivat käytännöllinen harkinta, oikeudenmukaisuus, kohtuunmukaisuus ja ystävyys.

2. Koulutus ja tutkimusaihetta koskeva kirjallisuus voivat tarjota tutkijalle jo myös tutkimuksen alussa näköalapaikkoja, jotka voivat tehostaa tiettyjen näkökohtien tarkastelua (Charmaz 2006: 17; Glaser 1978: 3).

2.2 Vuorovaikutuksen merkitys hoidon ja kuntoutuksen onnistumisessa

Tässä luvussa tarkastelen tutkimuksen aihepiiriä ja sen merkitystä hoidon ja kuntoutuksen onnistumiselle lähinnä kansainvälisen terveydenhoitoalalla tehdyn tutkimuskirjallisuuden avulla. Käsitän tämän tutkimuksen aihepiiriksi asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutusta on tutkittu laajasti monenlaisten vuorovaikutusmuotojen avulla. Vuorovaikutuksen eri muodot toimivat yhteistoiminnan lähikäsitteinä. Jakson tarkoituksena on perustella tutkimusaiheen tärkeyttä erityisesti kuntoutuksen onnistumiselle. Onnistumisella viitataan haluttuihin vaikutuksiin, tehokkuuteen ja eettisyyteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueella vuorovaikutussuhteita on tutkittu runsaasti muun muassa ammattilaisten välisenä *kumppanuutena* (partnership) (esimerkiksi Brown et al. 2006; Dowling et al. 2004; Hooper et al. 2007; Winder et al. 2004; Marshall et al. 2008) sekä ammattilaisten ja kuntoutujien välisenä *kuntoutuskumppanuutena* (esimerkiksi Järvikoski & Härkäpää 2008; Jalava 2008), *yhteistoiminnallisena kumppanuutena* (collaborative partnership) (esimerkiksi Borg & Kristiansen 2004), erityisesti psykoterapeuttisissa viitekehyksissä terapeutin ja asiakkaan välisenä *liittona* (alliance) (esimerkiksi Kim et al. 2001; Karver et al. 2008; Morrison 2012), *yhteistoimintana* (collaboration) (esimerkiksi Hanna & Rodger 2002; Kemp 2011; McCloughen et al. 2011; Newcomb et al. 2010; Holmqvist et al. 2009; Øien et al. 2009; Taylor et al. 2011) ja *kollektiivisena toimintana* (collective occupation) (esimerkiksi Odawara 2010; Mahoney & Roberts 2009). Asiakkaan ja terapeutin välistä suhdetta on tutkittu intentionaalisenä suhteena muun muassa kommunikation (communication), tunteiden vaihdon (emotional exchange), yhteistoiminnan (collaboration) ja kumppanuuden (partnership) kautta (Taylor 2008; Taylor et al. 2009). Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutussuhdetta on tarkasteltu myös esimerkiksi pedagogiikan (Piirainen 2006) ja kollektiivisen toimijuuden (ks. esimerkiksi Romakkaniemi & Järvikoski 2012: 1–12; Reunanen 2011: 179–187) kautta.

Erityisesti asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutustutkimus on tuottanut asiakaslähtöisyyden ympärille kietoutuvan tutkimus- ja käsiteperheen, jossa korostetaan *asiakkaan sitoutumista, osallistumista ja osallisuutta* (engagement, involvement, participation) muun muassa itseä koskevaan päätöksentekoon ja kuntoutumisprosessin suunnitteluun ja toteutukseen (Saikku & Karjalainen 2007: 15–26; Rajavaara 2008: 43–47; Diamond et al. 2003; Clapton & Kendall 2002; Cardol et al. 2002; Perttinen 2001). Siihen liitetään usein myös *voimaantumisen* (empowerment) (Zoffmann & Kirkevold 2011; Faulkner 2001; Suarez-Balcazar 2005; Ket-

tunen et al. 2001)³ ja *dialogisuus*, joka luo terapeuttiseen vuorovaikutukseen siinä tarvittavaa vastavuoroista moniäänisyyttä (ks. Haarakangas 1997, 1998; Mönkkönen 2002; Seikkula & Arnkil 2014) sekä tuottamalla yhteistä kieltä sekä ”kanssa olemista” (Olson et al. 2012).

Sekä asiakkaat että ammattilaiset ovat pitäneet keskinäistä vuorovaikutussuhdettaan kaikkein keskeisimpänä kuntoutuksen tuloksiin vaikuttavana tekijänä terveydenhoidossa (Newcomb et al. 2010; McCloughen et al. 2011: 47–48, 52), kuntoutuksessa (Dibbelt et al. 2009; Cole & McLean 2003) sekä toimintaterapiassa (Holmqvist et al. 2009; Taylor et al. 2011; Wressle & Samuelsson 2004; Hanna & Rodger 2002). Vertailtaessa erilaisia vaikuttavia tekijöitä esimerkiksi psykoterapiassa on asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksen laadulla todettu olevan selvästi suurempi merkitys (30 %) kuin esimerkiksi käytetyillä menetelmillä (15 %) (Norcross 2002). Onnistuneella vuorovaikutuksella on todettu olevan merkitystä myös pidemmällä aikavälillä esimerkiksi kivun, masennuksen ja ahdistuksen hoidossa (Dibbelt et al. 2009). Esimerkiksi kivusta, masennuksesta ja ahdistuksesta kärsivät potilaat kuntoutuivat paremmin, jos he olivat tyytyväisiä vuorovaikutukseen lääkärinsä kanssa, ja heillä myös kuntoutuksen vaikutukset olivat kestävämpiä kuin niillä potilailla, jotka olivat tyytymättömpiä vuorovaikutukseen lääkärinsä kanssa (Dibbelt et al. 2009). Kempin (2011) mukaan erityisesti kroonisten sairauksien itsehoidon avaintekijä onkin terveydenhuollon ammattilaisten ja palvelujen käyttäjien aktiivinen yhteistoiminta, mikä edellyttää perustavaa laatua olevaa siirtymää pois perinteisestä hoidosta.

Asiakkaan ja ammattilaisen yhteistoiminnalla on todettu olevan positiivinen merkitys etenkin kroonisten ja pitkäaikaisten sairauksien hoidossa (Kemp 2011), kuten *astman* (ks. esimerkiksi Butz et al. 2007; Newcomb et al. 2010), *sydänsairauksien* (ks. esimerkiksi Winder et al. 2004), *mielenterveyden* hoidossa (ks. esimerkiksi Borg & Kristiansen 2004; Sumsion & Lencucha 2007; Kemp 2011; McCloughen et al. 2011; Romakkaniemi & Järvikoski 2012) sekä *lasten sairauksien hoidossa sekä kuntoutuksessa* (ks. esimerkiksi Hanna & Rodger 2002; Øien et al. 2009) ja ylipäätään *kuntoutuksessa* (ks. esimerkiksi Dibbelt et al. 2009). Tutkimusten tulokset ovat osoittaneet, että asiakkailla, ammattilaisilla ja vertaisilla on kokemuksia yhteistoiminnasta ja että näillä kokemuksilla on monin tavoin positiivinen vaikutus kuntoutuksen ja hoidon onnistumiseen.

Kuntoutujan aktiivista osallistumista itseään koskevaan keskusteluun on pidetty tärkeänä tekijänä konstruktiivisen tiedonmuodostuksen ja tehokkuuden lisäksi myös eettisistä syistä sosiaalisen ja toiminnallisen oikeudenmukaisuuden toteuttamiseksi (Stadnyk et al. 2010; Mahoney & Roberts 2009) sekä esimerkiksi inklusion (Grady 1995) ja integriteetin eli loukkaamattomuuden (Teeri et al. 2007)

3. Voimaantumista pidetään sekä asiakaslähtöisyyden tuloksena että sitä tuottavana prosessina (ks. esimerkiksi Kettunen et al. 2001).

edistämiseksi hyvässä hoidossa ja kuntoutuksessa. Asiakkaan ja ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen muutos monilogista dialogiin on korostanut moniäänisen keskustelun, kuuntelun sekä yhteisen ymmärryksen rakentamisen merkitystä (Mönkkönen 2001; 2007; Seikkula & Arnkil 2014; Olson et al. 2012). Kuntoutumisprosessissa jaettu päätöksen tekeminen (shared decision making) voi vahvistaa itsevarmuutta ja itsehallinnan taitoja (Butz et al. 2007). Vanhempien ja terapeutin yhteiset havainnointi- ja keskustelutilanteet koskien lapsen toimintaa ovat tuottaneet jaettua tietoa. Vanhempien osallistuminen kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun on vahvistanut heidän osaamistaan ja aktivoinut lapsen näkökulman huomioonottamista konkreettisten ja mitattavissa olevien tavoitteiden asettelussa ja implementoinnissa. (Øien et al. 2009.)

Koska tämän tutkimuksen aihepiiriä ei ole toimintaterapian osalta Suomessa tutkittu, tarkastelen seuraavassa alaluvussa tarkemmin, millaisia vuorovaikutussuhteita suomalaisilla kuntoutus- ja sosiaalipalvelujen asiakkailla on todettu olevan ammattilaisten kanssa. Oletan, että seuraava jakso auttaa ylipäätään hahmottamaan erilaisia vuorovaikutussuhteita, joissa myös suomalaiset toimintaterapeutit työskentelevät, vaikka ammattien ja organisaatioiden välillä olisikin lähestymistapaeroja.

2.3 Asiakkaan osallistumismahdollisuudet ammattilaisuhteissa

Edellinen luku osoitti, miten toivottujen, pitkäaikaisten vaikutusten aikaansaamiseksi tarvitaan erilaisten menetelmien ja strategioiden rinnalle onnistunutta vuorovaikutussuhdetta ja yhteistoimintaa asiakkaan ja ammattilaisen välille. Tässä jaksossa tarkastelen, millaisia osallistumismahdollisuuksia asiakkailla on omaa terveyttään ja kuntoutumistaan koskevista tilanteista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on viime vuosikymmenien ajan asetettu ihanteeksi asiakas-, perhe-, kuntoutuja-, henkilö- ja käyttäjälähtöisyys (Parker 2011: 139–152; Sumsion 2006; Law 1998; Jalava 2008: 280–294; Mattila-Aalto 2009: 205–206; Hanna & Rodger 2002; Shea et al. 2005; Wressle & Samuelsson 2004). Tässä tutkimuksessa asiakaslähtöisyys nousi esiin toimintaterapeuttien keskusteluissa vuonna 2010 kerätyissä aineistoissa, joissa sitä pidettiin yhteistoimintaa tutumpana terminä.

Carl Rogers toi psykoterapian keskusteluun asiakaslähtöisyyden käsitteen (client-centred) jo 1940-luvulla (Lietaer 1990: 15), mutta sen maailmanlaajuinen leviäminen käynnistyi kuitenkin varsinaisesti vasta vuonna 1978 WHO:ssa muotoillun Alma Atan julistuksen seurauksena. Julistuksen mukaan ihmisellä on sekä oikeus että velvollisuus osallistua terveyttään koskevaan suunnitteluun ja toteutukseen. (WHO 1978.) Julistuksen jälkeen alkoi ympäri maailmaa kehittyä nopeasti useita potilaan aseman vahvistamiseen tähtääviä suuntauksia (Shea et al. 2005). Esimerkiksi Kanadassa käynnistettiin jo vuonna 1979 projekti ohjeiden laatimi-

seksi asiakaslähtöistä toimintaterapiakäytäntöä varten (Townsend et al. 1990), ja Suomeen käsite levisi 1980-luvulla (Salminen & Tuulio-Henriksson 2012: 125).⁴

Sumsionin (2006a) mukaan asiakaslähtöisen käytännön avulla voidaan varmistaa, että *jokainen asiakas kohdataan ainutlaatuisena yksilönä* ja hänen *toimintaansa vaikuttavat tekijät otetaan huomioon laaja-alaisesti*. Asiakaslähtöisessä käytännössä *asiakas ja terapeutti työskentelevät yhdessä (work together) asiakkaan asettamien tavoitteiden saavuttamiseksi ja terapeutti toimii fasilitaattorina ja asiakkaan kumppanina*. *Yhdessä he päättävät*, miten tavoitteet voidaan asiaankuuluvissa ympäristöissä saavuttaa. *Vahva kumppanuus* asiakkaan ja terapeutin välillä mahdollistaa asiakkaan valitsemien tavoitteiden saavuttamisen ja auttaa selviämään hankalista tilanteista ja esteistä. Sumsionin (emt.) mukaan asiakaslähtöinen terapiaprosessi koostuu viidestä vaiheesta, jotka ovat lähete, arviointi ja tiedonkeruu, tavoitteet, kumppanuus tavoitteiden saavuttamiseksi ja evaluointi. Asiakaslähtöinen prosessi kohdistuu asiakkaaseen, ja asiakas valitsee tavoitteen.

Vaikka suomalaisessa kuntoutuskirjallisuudessa on keskusteltu asiakaslähtöisyydestä jo 1990-luvulta asti, niin silti tutkimukset ovat osoittaneet, että asiantuntijakeskeiset toimintatavat ja asiakkaiden kyvyttömyyttä korostavat toimintamallit ovat yhä edelleen pääosassa (Järvikoski & Härkäpää 2008: 61; Riikonen 2008: 159). Esimerkiksi Viitanen (1997) osoitti, että vaikka asiakaslähtöisyys kuului yksimielisesti fysioterapeuttien toimintaideologiaan, siitä huolimatta vuorovaikutustilanteissa asiakas oli useimmiten pelkkä toiminnan kohde. Valkonen (2012: 180) onkin kriittisesti esittänyt, että asiakaslähtöisyys on kuntoutuksessa pelkkä hokema tai myytti, joka jää toteutumatta käytännön vuorovaikutustilanteissa. Kriittistä huolimatta kuntoutuspalveluja tarvitseva, saava ja käytävä kansalainen halutaan nähdä aktiivisena, valintoja tekevänä kuluttajana ja asiakkaana, jonka äänen kuulemista ja omaan asiaansa liittyvään päätöksentekoon sekä valintoihin osallistumista pidetään kuntoutuksen onnistumisen kannalta tärkeänä tekijänä (Järvikoski et al. 2009; Valokivi 2008: 7).

Asiakkaan ja ammattilaisten vuorovaikutusta on Suomessa tutkittu muun muassa neuvottelu-, vuorovaikutus- ja institutionaalisissa suhteissa. Kuntoutuksen institutionaaliset suhteet toteutuvat muun muassa *asiakasyhteistyöryhmien ja asiakkaan* (Saikku 2006; Kokko 2003), *työntekijäryhmän ja asiakkaan* (Anttinen 2000; Perttinen 2001; Bäckman 2008; Hietala & Kaivanto 2007; Ylitalo 2005; Launiainen & Sipari 2011: 50–52; Kinnunen 2010; Sipari 2008) sekä *asiakkaan ja yksittäisen ammattilaisen* (Viitanen 1997; Mönkkönen 2002; Reunanen 2003; Piirainen 2006; Valokivi 2008; Raitakari et al. 2012) välillä. Ammattilaisuhteiden lisäksi kuntou-

4. Asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan asemaa, itsemääräämisoikeutta ja vaikutusmahdollisuuksia koskeva tutkimus ja käytännön työn painotus ovat Suomessa korostuneet erityisesti 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana. Aihepiiriä koskeva tutkimus (esimerkiksi Järvikoski 1994; Latvala 1998; Laitila 2011) on tuottanut runsaasti tietoa ja ymmärrystä, jonka perusteella on kehitetty teoreettisia malleja asiakaslähtöisyyden edistämiseksi käytännön työssä.

tusasiakkaan osallistumista ja osallisuutta on tutkittu myös vapaaehtoistoimintasuhteissa (Hartikainen 2009) sekä vertaistoimintasuhteissa (Koskisuu & Nauramo 2004; Hietala-Paalamaa & Vuorela 2004; Jantunen 2008).

Saikun (2006: 53) tutkimuksen mukaan kuntoutuksen asiakastyöryhmien kokouksissa asiakkaat osallistuivat yli 80-prosenttisesti oman asiansa käsittelyyn. Asiakkaiden kuunteleminen ja huomioonottaminen tasavertaisina jäseninä ei kuitenkaan vielä toteutunut kovinkaan hyvin. Saikku & Karjalaisen (2007) mukaan asiakkaiden kritiikki kuntoutuksen asiantuntijatyöryhmiä kohtaan on kohdistunut voimakkaimmin nimenomaan kohtaamiseen ja vuorovaikuttamiseen: *asiakkaita ei kuunnella eikä heidän mielipiteillään ole merkitystä, heidän kysymyksiinsä ei vastata ja heidän ylitseen puhutaan.*

Saikku ja Karjalaisen (2007) mukaan asiakkaan asema asiantuntijaryhmissä oli luokiteltavissa viiteen erilaiseen osallistumisen muotoon: 1) Asiakas oli *läsnä vain asiakirjojen kautta*, jolloin työntekijät konsultoivat ryhmässä toisiaan. 2) Asiakas kävi *ryhmässä kuultavana*, mutta ei osallistunut päätöksentekoon. 3) Asiakas oli *osallistuja*, joka oli läsnä koko asiansa käsittelyn ajan ja osallistui keskusteluun tuomalla asiasta esiin oman näkemyksensä. 4) Asiakas oli *oman asiansa määrittäjä ja kuluttaja*, joka toi asiansa käsittelyssä esiin omat reunaehdonsa. 5) Asiakas oli mukana *kumppanina*, jolloin osapuolten oikeudet ja velvollisuudet määriteltiin yhdessä eikä kukaan tiennyt oikeaa ratkaisua asian käsittelyn alkaessa.

Mönkkönen (2002: 82–83) tunnistaa sosiaalialan asiakastyötä koskeneen tutkimuksensa perusteella asiakkaan ja ammattilaisen väliltä kolme erilaista vuorovaikutusorientaatiota, jotka ovat 1) *asiantuntijakeskeinen*, 2) *asiakaskeskeinen* ja 3) *dialoginen vuorovaikutusorientaatio*. Dialogisessa orientaatiossa myös ammattilainen tuo keskusteluun oman panoksensa ongelmien tunnistamiseen ja asioiden uudelleen määrittelyyn. Dialogin avulla asiakas ja terapeutti voivat rakentaa yhteistä ymmärrystä ja tietoa.

Valokivi (2008) on tutkinut kansalaisen asiakkuutta muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valokivi tunnisti tutkimuksensa avulla seitsemän kansalaisten käyttämää erilaista toimintatapaa suhteessaan ammattilaisiin. 1) *Vaatimisen toimintatavassa* asiakas oli kuluttaja ja oman elämänsä asiantuntija, joka piti ratkaisut omista käsissään niin tiukasti, ettei työntekijällä välttämättä ollut valmiuksia vastata niihin. 2) *Kuluttajasuhteessa* asiakas on valitsija, jonka yksilöllisyyttä, valinnanvapautta ja päätäntävaltaa korostetaan, ja ammattilaisten päätäntävalta ja oikeus määrittää asiakkaan tarpeet ja asiakkaan puolesta valitseminen kyseenalaistetaan (Niiranen 2002). 3) *Kumppanuuteen liittyivät* liittoutuminen, luottamuksellisuus sekä tasaveroinen neuvottelu. Kumppanuudessa molemmat käyttivät ääntään, tulivat kuulluksi ja olivat aktiivisia, ja toiminta oli mukavaa ja vaivatonta. *Kumppanuus* perustuu vapaaehtoisuuteen, keskinäiseen riippuvuuteen, yhteiseen hyötyyn ja solidaarisuuteen (vrt. Haveri & Anttiroiko 2009: 205; Möttönen & Niemelä 2005: 87).

Valokiven (2008) mukaan 4) *palveluiden käyttäjäasiakas* osallistui aktiivisesti palvelun tuottamiseen, kun taas 5) *alamainen asiakas* oli toiminnan kohteena ja suhteessa kuului vahvimpana lähinnä järjestelmän ja työntekijän ääni. 6) *Vetäytyvälle asiakkaalle* oli syntynyt aiemmista suhteista negatiivisia kokemuksia, joiden seurauksena hän osoitti suhteessa voimattomuutta ja etäisyyttä. Vetäytyvä asiakas ei myöskään kyennyt tai halunnut osallistua palveluiden järjestämiseen. 7) *Ulkopuolinen asiakas* jäi työntekijöiden liittoutumien ulkopuolelle, eikä hänen äänensä tullut kuulluksi. *Irtisanoutuminen* suhteesta on Valokiven mukaan aktiivinen teko, johon voi liittyä vahva oma asiantuntijuus.

Raitakarin et al. (2012) mukaan mielenterveyskuntoutuksessa asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde voi toteutua kuluttaja-, kumppanuus- ja huolenpitosuhteena. 1) *Kuluttajasuhteessa* asiakas on omista tarpeistaan ja toivomuksistaan tietoinen kuluttaja, joka hankkii itse palvelunsa sieltä, missä parhaiten pystytään vastaamaan hänen odotuksiinsa. 2) *Kumppanuussuhteessa* tarpeet ja niihin vastaaminen toteutetaan neuvotellen ja yhdessä. 3) *Huolenpitosuhteessa* asiakas ei itse kykene määrittämään omia tarpeitaan. Kokoan yhteenvedon edellä esitetyistä vuorovaikutussuhteista sekä kuvausten perusteella niihin sijoittuvista osallistumisen tavoista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Osapuolten osallistumisen painotukset asiakas–ammattilaisuhteissa.

	Asiakas on ulkopuolinen	Asiantuntijan osallistuminen painottuu	Tasapuolinen osallistuminen: Osapuolten kumppanuus	Asiakkaan osallistuminen painottuu
Mönkkönen (2002, 2007)		Asiantuntijakeskeinen auttaja–autettavasuhde.	Dialoginen vuorovaikutus: ymmärryksen ja tiedon rakentaminen yhdessä.	Asiakaskeskeisyys: vallan jättäminen huomiotta.
Raitakari et al. (2012)		Huolenpitosuhde: asiakas kykenevät määrittämään tarpeitaan.	Kumppanuussuhde: tarpeiden määrittäminen ja niihin vastaaminen yhdessä neuvotellen.	Kuluttajasuhde: asiakas tietoinen omista tarpeistaan.
Saikka & Karjalainen (2007)	Asiakas läsnä papereiden välityksellä.	Asiakas käy ryhmässä kuultavana.	Asiakas osallistuu keskusteluun. Osapuolet määrittävät yhdessä oikeutensa ja velvollisuutensa.	Asiakas on oman asiansa määrittäjä.
Valokivi (2008)	Asiakas on asetettu ulkopuolelle tai irtisanoutunut yhteistyöstä.	Asiakas on asiantuntijan alamainen. Asiakas vetäytyy pois päätöksenteosta.	Kumppanuussuhde. Palvelujen käyttäjä.	Vaativuuden toimintatapa. Kuluttaja-asiakas on valitsija ja päättäjä.

Edellä esitettyjen tutkimusten yhteenvedo osoittaa, että ammattilaissuhteissa kuntoutuksen osallistumisen painotukset voivat olla erilaisia. Vähimmillään asiakkaat ovat ulkopuolisia joko omasta halustaan, kykenemättömyytensä takia tai ammattilaisten toimintakulttuurista johtuen. Yhteenvedon perusteella voidaan olettaa, että suurin riski toiminnalliselle epäoikeudenmukaisuudelle liittyy tilanteisiin, joissa asiakas on läsnä vain papereiden välityksellä. Epäoikeudenmukaisen kohtelun riski liittyy myös tilanteisiin, joissa asiakas on neuvottelussa mukana vain informantin roolissa tai hänen toimintakykynsä tai yksilöllisiin tekijöihin liittyvä tilanne vaatii asiantuntijaa asettumaan auttajaksi. Vahvimmillaan asiakas on kulluttaja-asiakkaana, jolloin hän tekee itse itseään koskevat valinnat ja päätökset ja määrittää oman asiansa.

Välttämättä asiakkaan ja ammattilaisen osallistuminen ei kuitenkaan ole staattinen, samana pysyvä tila tai asema. Jatkuvasti muuttuvassa vuorovaikutuksessa toimijoiden osallistuminen ilmenee prosessina. Esimerkiksi Jantunen (2008) on tunnistanut vertaistukitoimintasuhteen kehityksestä viisi erilaista osalliseksi tulemisen vaihetta, jotka kuvaavat osallistumisen kehittämissuhteita. Vaiheet ovat 1) ulkopuolella oleminen, 2) yhteyteen hakeutuminen, 3) vuorovaikutuksessa oleminen, 4) yhteyteen kuuluminen ja 5) voimaantuminen. Jantunen (emt.) mukaan *yhteyteen hakeutumisessa* korostuvat samankaltaisuuden etsiminen, arviointi, ensivaikutelman luonti ja sitoutuminen. *Vuorovaikutuksessa olemisessä* keskeistä on keskinäinen välittäminen ja asioiden jakaminen puhumalla. *Yhteyteen kuulumista* luonnehtii luottamuksellinen yhteys, ja *voimaantumisen vaiheessa* toimijalla on tilaa omille kokemuksille. Siinä toimijalla on luottamus omiin mahdollisuuksiinsa elää itsenäisesti sekä toimia kanssaeläjänä. Jantunen tutkimus on tuottanut tärkeitä tietoja kumppanuussuhteen rakentamissuhteista.

Tasapuoliseen kumppanuussuhteeseen liittyvät kuvaukset, joissa osapuolet määrittävät yhdessä oikeutensa ja velvollisuutensa, rakentavat ymmärrystä ja tietoa yhdessä, määrittelevät tarpeet ja vastaavat niihin yhdessä neuvotellen, ovat lähimpänä käsitystäni yhteistoimintasuhteesta, sillä tällöin asiakas osallistuu ja on mukana toiminnassa palvelujen käyttäjänä. Tässä luvussa esiteltyt tutkimukset osoittavat, että sosiaalinen ja toiminnallinen oikeudenmukaisuus ei aina toteudu sosiaali- ja terveydenhuollon suhteissa, joissa asiakas voi tahtomattaan jäädä kokonaan oman asiansa käsittelyn ulkopuolelle. Osalliseksi tulemisen prosessi onkin kiinnostava erityisesti yhteistoiminnan edistämisen näkökulmasta. Huomion arvoista on, että osalliseksi tulemisen prosessimallissa toimijat ovat kaikissa vaiheissa samalla puolella, kun taas asiakas-ammattilaissuhteissa samalla puolella oleminen näyttää toteutuvan ainoastaan yllä kuvatussa kumppanuussuhteessa.

3. Yhdessä toimimisesta yhteistoimintaan terveydenhoidossa

Jakson tarkoituksena on selvittää, mitä tekijöitä yhteistoiminnasta on tähän mennessä tunnistettu ja miten asiakkaan ja toimintaterapeutin yhteistoiminta voidaan tunnistaa kirjallisuuden avulla. Englanninkielisen vastineen etsiminen ydinkäsitteeksi muodostuneelle terapeuttiselle yhteistoiminnalle oli jossain määrin hämmentävää, sillä englanninkielisessä kirjallisuudessa on käytetty useita yhdessä työskentelyyn viittaavia termejä, joilla on erilaisia merkityksiä ja joita käytetään rajatusti vain tietyissä asiayhteyksissä. Olen koonnut yhteen yhteistoiminnan lähikäsitteitä (Liite 3). Ilmiötä kuvaavan käsitteistön päällekkäisyys, hajanaisuus ja vaikiutumattomuus perustelevat tarvetta tämänkaltaiselle tutkimukselle.

3.1 Yhdessä toimimisen monet muodot

Denning ja Yaholkovsky (2008) ovat esittäneet, että yhdessä toimiminen voi toteutua neljällä eri tavalla. Ensinnäkin se voi olla viestien ja tietojen vaihtamiseen *viittaavaa tiedon jakamista* (information sharing). Toiseksi yhdessä tekeminen voi toteutua *koordinoituna* (coordination), jossa säädellään tekijöitä ja toimijoita sopu-sointuisen toiminnan toteuttamiseksi. Kolmanneksi se voi tarkoittaa *yhteistyötä* (cooperation), jossa toimijat ikään kuin pelaavat yhdessä samaa peliä yhdessä sovitujen sääntöjen mukaisesti (sisältäen myös kilpailun). Neljänneksi se voi tarkoittaa *yhteistoimintaa* (collaboration), jossa ryhmä ihmisiä luo yhdessä ratkaisuja tai strategioita synergistisen vuorovaikutuksen kautta. Yllä olevien termien kuvausten perusteella lähinnä omaa käsitystäni on viimeksi mainittu collaboration. Tässä jaksossa olen huomionut yhteistoiminnan rinnalla myös kumppanuustoimintaan liittyvien tutkimusten tuloksia, sillä osassa tutkimuksista kumppanuutta ja yhteistoimintaa ei ole eroteltu toisistaan. Yhteistoiminta on siis yksi yhdessä tekemisen muoto, jonka lähikäsitteitä ovat yhteistyö, koordinaatio ja informaation jakaminen (emt.).

'Collaboration'-termi osoittautui terveysalan tietokannoissa (EBSCOHOST, CINAHL) tiedonhakujen perusteella laajasti ja erityisesti ammattilaisten välisissä suhteissa yleisesti käytetyksi termiksi (170 264 vertaisarvioitua artikkelia hakutermillä 'collab*'). Yhteistoimintaa on tutkittu monipuolisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisuhteissa muun muassa ammattilaisten muodostamissa

tiimeissä (mm. San Martin-Rodriguez et al. 2005; D'Amour et al. 2005), *organisaatioiden välisissä koulutuksen ja työelämän kumppanuuksissa* (mm. Billet et al. 2007; Brown et al. 2006), *terveys- ja sosiaalipalvelujen kumppanuuksissa* (Dowling et al. 2004) sekä *terveydenhuollon asiakkaiden ja tutkijoiden välillä* (Shea et al. 2005) ja *asiakas-ammattilaisuhteissa* (Lawlor & Mattingly 1997; Dressler & McRae 1998; Luboshitzky & Gaber 2000; Horowitz 2002; Hanna & Rodger 2002; Diamond et al. 2003; Borg & Kristiansen 2004; Dowling et al. 2004; Winder et al. 2004; O'Donnell 2005; Sumsion & Lencucha 2007, 2009; McCloughen et al. 2011). Mainittujen tutkimusten perusteella *yhteistoiminta on siis sellainen yhdessä toimimisen muoto, johon sosiaali- ja terveydenhuollossa on kiinnitetty monipuolisesti huomiota ainakin ammattilaisten välisissä kumppanuuksissa.*

Tutkimuksissa ja raporteissa ei aina ole avoimesti kuvattu, mitä yhteistoiminnalla tarkoitetaan (Winder et al. 2004; ks. esimerkiksi Raymond et al. 2004; Graff et al. 2003; Luboshitzky & Gaber 2000). Toisaalta yhteistoimintaa koskevien kuvausten on todettu vaihtelevan runsaasti eikä käsitteiden välisiä suhteita ole kuvattu. Selkeyden ja konkreettisuuden on todettu jääneen heikoksi myös yhteistoiminnan mallien ja niiden tulosten välisten suhteiden kuvauksissa (D'Amour et al. 2005).

D'Amour et al. (2005) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan yhteistoimintaa kuvataan yleisesti tiettyjen peruskäsitteiden avulla, joita ovat *jakaminen* (sharing), *kumppanuus* (partnership), *keskinäinen riippuvuus* (interdependency), *prosessi* (process) ja *valta* (power). San Martin-Rodriguezin et al. (2005) katsauksen mukaan menestyksellinen ammattilaisten keskinäisen yhteistoiminnan prosessi edellyttää *vuorovaikutuksellisia, organisatorisia ja systeemisiä tekijöitä*, joiden ohella Dowlingin et al. (2004) mukaan tulisi ottaa huomioon myös yhteistoiminnan *prosessi- ja tulostekijät*. Olen tiivistänyt alla olevaan taulukkoon keskeisiä yhteistoimintaan vaikuttavia vuorovaikutuksellisia tekijöitä.

Taulukko 2. Tiivistys osallistujien vuorovaikutustekijöistä ja -valmiuksista aiemmissä tutkimuksissa.

Osallistujien vuorovaikutustekijöitä ja valmiuksia:	
Halu ja tarve yhteistoimintaan.	San Martin-Rodriguez et al. 2005; Dowling et al. 2004
Ammattilaiselta luopumista perinteisestä ammattilaiskäytöksestä.	Borg & Kristiansen 2004
Ammattilaiselta kykyä ja halua muotoilla yksilöllisiä palveluja.	Borg & Kristiansen 2004
Kumppanin toimijan kykyä osallistua aktiivisesti.	McCloughen et al. 2011
Jaettua valtaa.	D'Amour 2005
Molemminpuolista arvostusta.	San Martin-Rodriguez et al. 2005; McCloughen et al. 2011; D'Amour 2005. Dowling et al. 2004
Molemminpuolista riippuvuutta, luottamusta ja luotettavuutta	Billet et al. 2007; San Martin-Rodriguez et al. 2005; D'Amour 2005; Dowling et al. 2004

Avointa, rehellistä ja kunnioittavaa kommunikointia.	San Martin-Rodriguez et al. 2005; Newcomb et al. 2010; McCloughen et al. 2011; D'Amour 2005
Jaettu tavoitteita ja aktiivisesti yhdessä rakennettua toiminnan päämäärää, prosessia ja tuloksia.	Billet et al. 2007; McCloughen et al. 2011; D'Amour 2005; Dowling et al. 2004
Partnereiden väliseltä suhteelta; kokemusten vaihtoa, asiantuntijuutta, vastavuoroisuutta ja joustavuutta.	Borg & Kristiansen 2004; Billet et al. 2007; McCloughen et al. 2011; Dowling et al. 2004
Sopivaa toimintaympäristöä.	Dowling et al. 2004
Sopivat vastuujärjestelyt, johtaminen ja hallinnointi sekä kumppanuuden tarkastus-, arviointi ja seuranta.	Dowling et al. 2004; San Martin-Rodriguez et al. 2005

Taulukossa 2 esitetyt tekijät täydentävät monin tavoin aiemmin esillä ollutta dialogisen suhteen kuvausta. Dialogissa keskitytään vahvemmin yhteisen ymmärryksen ja kielen rakentamiseen, jota ilman yhteistoiminta ei onnistu. Yhteistoimintaan liittyy vahvemmin ja monipuolisemmin konkreettinen toimintaorientaatio, asiantilojen muuttaminen ja pyrkimys yhdessä toimimiseen. Yhteistoiminta on monin tavoin vaativaa ja haasteellista, eikä terveydenhuollon ja kuntoutuksen asiakkailta välttämättä ole riittäviä, yhteistoiminnan edellyttämiä voimavaroja, valmiuksia tai halua. Näin ollen voitaisiin ehkä kategorisesti väittää, että yhteistoiminta ei sovellu kaikkiin suhteisiin. Mikäli terapian odotetaan aina perustuvan meyeriläiseen toimintaterapian filosofiaan ja tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen, tulisi edellä kuvatuista rajoitteista huolimatta suhteessa pyrkiä yhteistoimintaan.

Toinen kriittinen kysymys koskee myös vallan jakamista. Yhteistoiminta edellyttää jaettua valtaa, mutta tutkimuksista ei aina selviä, miten vallan jakamisen oletetaan onnistuvan asiakkaan ja ammattilaisen välisessä kumppanuudessa (ks. esimerkiksi Hanna & Rodger 2002), sillä tutkijoiden käyttämät termit vaihtelevat. Esimerkiksi O'Donnel (2005) on viitannut ”collaboration”-termillä nimenomaan ammattilaisten keskinäiseen yhteistoimintaan ja ”co-operation”-termillä asiakkaan ja terapeutin väliseen yhteistoimintaan. Jälkimmäiseen yhdessä tekemisen muotoon ei sisälly vaatimusta tasa-arvoisuuteen samalla tavoin kuin ”collaboration”-termiin.

Tämä luku on auttanut saamaan laajan kuvan terveydenhuollossa toteutuvasta yhteistoiminnasta. Jakso osoittaa, että yhteistoiminnan toteutumisen edellytyksiä ja hyötyjä on tutkittu ja tuotettu lähinnä mikro- ja mesotasolla. Mikrotasolta on tähän mennessä paljastunut yhteistoimintaprosessia rakentavina perustekijöinä ensinnäkin *jakaminen*, joka koskee vallan, vastuun, päätöksenteon, arvojen, tiedon, suunnittelun ja toteutuksen jakamista. Toiseksi on noussut esiin *kumppanuus*, joka ilmenee avoimena ja rehellisenä kommunikaationa, molemminpuolisena luottamuksena, yhdessä rakennettuina tavoitteina ja tuloksina ja keskinäisenä riippuvuutena. Kolmanneksi se edellyttää *kollektiivisesti kehittyvää prosessia*, joka edellyttää toimijoilta kykyä kommunikaatioon, halua yhteistoimintaan, konkreettista keskustelua sekä yhdessä tehtävää päätöksentekoa, suunnittelua ja toteutusta.

3.2 Yhteistoiminta toimintaterapian asiakastyössä

Tässä luvussa tarkastelen lyhyesti, miten yhteistoiminta ja asiakaslähtöisyys näkyvät toimintaterapian ajankohtaisissa malleissa, jotka ohjaavat terapeuttien työskentelyä käytännössä. Luvun lopussa tarkastelen ja vertaan edellisessä luvussa kuvattua yhteistoimintaa suhteessa toimintaterapian kontekstissa tunnistettuun ja kuvattuun yhteistoimintaan.

Toimintaterapian käynnistyminen lähtee vain harvoin asiakkaan omasta valinnasta, sillä tyypillisesti asiakkaat tulevat toimintaterapiaan lääkärin läheteellä tai toisten ammattilaisten ohjaamana. Yleensä syynä on jokin asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma. Toimintaterapian päämääränä ovat toiminnan mahdollistaminen (enabling occupation) (Polatajko 1992) ja toiminnallisen oikeudenmukaisuuden edistäminen (occupational justice) (Townsend & Wilcock 2004). Toimintaterapian asiakkailla on erityisen suuri riski joutua kohtaamaan toiminnallista epäoikeudenmukaisuutta eli toiminnallista syrjintää, marginalisaatiota, deprivatiota ja epätasapainoa, sillä usein he tarvitsevat toisten ihmisten apua toimiakseen omassa toimintaympäristössään (emt.; Mahoney & Roberts 2009). Asiakkaalle mielekkään ja tarkoituksenmukaisen toiminnan mahdollistaminen ja toiminnallisen oikeudenmukaisuuden vahvistaminen edellyttävät toimintaterapeuteilta oikeanlaista asennetta sekä ammatillista tietoperustaa ja taitoja.

Finlayn (2004: 136–141) mukaan yhteistoiminnallisessa terapiaprosessissa tärkeimpiä ovat ensimmäiset askeleet, jolloin asiakkaalta puuttuu vielä motivaatiota, toivoa, kiinnostusta ja innostusta ryhtyä itsenäisesti ratkomaan ongelmiaan. Sen takia terapeutti pyrkii ymmärtämään asiakkaan tilannetta, kutsuu asiakkaan mukaan terapiaprosessiin ja *toimii yhteistoiminnassa siten, että asiakas voi jakaa asioitaan terapeutin kanssa ja osallistua omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon*. Suhteen kehittyminen edellyttää, että asiakas ja terapeutti *ovat sitoutuneita* terapeutin prosessiin ja että heillä on *jaettu käsitys* siitä, miksi prosessiin kannattaa osallistua. Siten terapeutin ja asiakkaan *vastavuoroisuuteen ja yhteistoimintaan perustuvan suhteen muodostuminen on välttämätön ensimmäinen vaihe, jotta asiakkaan toimintaan liittyvien ongelmien ratkaisuprosessi voisi käynnistyä*. Suhteen syntymisen jälkeen *toimintaterapiaprosessia* (arviointi, intervention suunnittelu, intervention toteutus ja intervention arviointi) *kehystää toimintaterapeutin ajattelu, jonka kärkinä ovat ammatillinen ajattelu (clinical reasoning), suhteen rakentaminen (relationship building) ja ongelman ratkaisu (problem solving)*. (Emt: 7.) Ongelmanratkaisuprosessin kaksi olennaista vaihetta ovat asiakkaan toimintaan liittyvän ongelman tunnistaminen (problem identification) ja ongelman analyysi (problem analysis) (Pollock & McColl 1998: 90).

Asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen yhteistoiminnallinen luonne tarkoittaa, että toimintaterapeutit rohkaisevat asiakkaita yhteistoimintaan (collabora-

tion) merkityksellisten ja päivittäisen elämän kannalta relevanttien tavoitteiden saavuttamiseksi (Duncan 2011). Terapiasuhteen yhteistoiminnallinen luonne on ollut esillä monissa toimintaterapian prosessimalleissa (Duncan 2011; Fearing et al. 1998: 73–102). Duncanin (2011) analyysin mukaan vain kaksi toimintaterapian mallia perustuu sellaiseen yhteistoimintaan, jossa terapeutit pyrkivät toimimaan asiakkaiden kanssa kumppaneina (partners) (Duncan 2011: 5). The Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) -malli on tarkoitettu edistämään yhteistoiminnallista intervention suunnittelua sekä asiakkaan että muiden ammattilaisten kanssa (Christiansen et al. 2011: 94), ja Kawa-malli rakentuu Japanissa yleisesti tunnettuun metaforaan virtaavasta joesta, jolloin mallin käsitteet ovat tunnettuja sekä asiakkaalle että terapeutille (Lim & Iwama 2011: 117–135). Fearingin et al. (1998: 73–102) mukaan asiakkaan ja terapeutin välinen suhde on yhteistoiminnallinen myös muun muassa seuraavissa malleissa: *Ecology of Human Performance* (Dunn et al. 1994), *Person-Environment-Occupation* (Law et al. 1996a) ja *Occupational Adaptation* (Schkade & Schultz 1992; Schultz & Schkade 1992).

Asiakaslähtöiseksi ja yhteistoiminnalliseksi tunnistettavien mallien erilaisuus tulee esiin asiakkaan ja terapeutin välistä vuorovaikutussuhdetta koskevissa tarkasteluissa toimintaterapiaprosessin eri vaiheissa. Toimintaterapiamalleissa *asiakaslähtöisyys voi* tarkoittaa sitä, että asiakas on terapeutin tarkastelun ja tuen kohteena tai että asiakas kohdataan yksilöllisesti, kunnioittavasti tai kokonaisvaltaisesti, terapeutti kerää asiakasta koskevaa tietoa ja asiakkaan osallistuminen prosessiin on vahvimmin esillä vain tavoitteiden asetteluvaiheessa. Tällaista prosessia ohjaavat terapeutin arvomaailma ja kyky kokonaisvaltaiseen ajatteluun sekä asiakkaan toimintaa tukeva osaaminen. *Yhteistoiminnallisessa prosessissa* korostetaan vastavuoroisen vuorovaikutussuhteen ja kumppanuuden rakentamista heti prosessin alusta alkaen ja koko prosessin ajan. *Yhteistoiminnallinen terapiaprosessi* rakentuu asiakkaan ja terapeutin välille, ja se on myös asiakkaan kannalta pelkkää asiakaslähtöistä suhdetta vaativampi.

Löytääkseni tutkimustietoa asiakkaan ja toimintaterapeutin yhteistoiminnasta tein tiedonhakuja sähköisissä tietokannoissa (Academic Search Elite, CINAHL with Full Text, CINAHL [16.6.2013], PubMed [25.6.2013]).⁵ Haut tuottivat viimeisen kymmenen vuoden ajalta (alk. 1.1.2003) yhteensä 96 vertaisarvioitua tutkimusartikkelia. Duplikaattien poiston ja abstraktien analyysin jälkeen jäljelle jäi 13 tutkimusartikkelia, joiden kohteena oli asiakkaan ja toimintaterapeutin välinen yhteistoiminta. Tutkimuksissa oli mukana kaksi katsausta (Peoples et al. 2011; Kemp 2011) ja 11 alkuperäistutkimusta. Viisi alkuperäistutkimusta perustui asiak-

5. Hakutermit olivat:

'collaborat*' AND 'occupational therap*' AND 'client-centered';
'collaborat*' AND 'occupational therap*' AND 'client-centred' sekä
'collaborat*' AND 'occupational therap*' AND 'client'.

kaan kokemuksiin. Toimintaterapiaan tulositynä asiakkaila olivat olleet toimintaan liittyvät ongelmat, joiden taustalla oli aivovaurio (4), mielenterveysongelma (2), ikääntyminen (3), lastahoito (1) tai monet eri syyt (1).

Tutkimukset tuottivat yhteistoiminnan prosesseja ja tuloksia koskevaa tietoa muun muassa yhteistoiminnan merkityksestä kuntoutumisen ja terapiaprosessin onnistumiselle sekä sen toteutukseen liittyvistä rajoituksista, esteistä ja edellytyksistä niin asiakkaan, terapeutin kuin myös organisaation näkökulmista. Asiakkaan ja terapeutin välinen suhde on tunnistettu tärkeäksi *terapian onnistumiseen ja epäonnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi* (Kjellberg et al. 2012), ja yhteistoiminta on tunnistettu yhdeksi *kuntoutumisen avaintekijäksi* (Doig et al. 2008; Holmqvist et al. 2009; Peoples et al. 2011). Mielenterveytystyössä yhteistoiminta ja merkitykselliset tavoitteet ovat *asiakaslähtöisen lähestymistavan ydinkäsitteitä* (Sumsion & Lencuchan 2007). Whalley Hammellin (2013) mukaan asiakkaan näkökulma on otettu toimintaterapiassa heikosti huomioon. Tutkijoiden mielestä tutkimustulokset osoittavat, että asiakaslähtöisyyden vahvistamiseksi toimintaterapian käytännössä tarvitaan uutteraa kriittistä harkintaa. Akuuttihoitossa työskentelevät kokeneet toimintaterapeutit ovat arvioineet ikääntyneen henkilön onnistuneen kotiutuksen avaintekijäksi muun muassa asiakaslähtöisen yhteistoiminnan priorisoinnin (Holm & Mu 2012). McKee ja Rivardin (2004) mukaan yhteistoiminta asiakkaan kanssa on auttanut saavuttamaan asiakaslähtöiset tavoitteet myös lastahoidon yhteydessä. Tutkijoiden mukaan onnistunut hoitoprosessi voi muuttaa käyttäjän elämää, lievittää kipua, tarjota suojaa ja edistää osallistumista sekä mahdollistaa ammatillisen työskentelyn.

Olen ryhmitellyt tutkimuksissa tunnistetut yhteistoimintaa kuvaavat tekijät kolmeksi ryhmäksi, jotka on esitelty erikseen alla olevissa kolmessa taulukossa (Taulukot 3, 4 ja 5). Taulukkoon 3 kokosin tekijät, joita yhteistoiminnan mahdollistaminen edellyttää osallistujilta ylipäätään. Taulukossa 4 ovat tekijät, joita yhteistoiminta edellyttää vain toimintaterapeutilta. Taulukkoon 5 on koottu yhteistoimintaa rajoittavat tekijät.

Taulukko 3. Osallistujien edellytykset yhteistoiminnan mahdollistamiseksi.

Yhteistoiminta edellyttää osallistujilta	
Molempinpuolista kunnioitusta ja luottamusta. Asiakkaalta voimavaroja.	Sumsion & Lencuchan 2007
Kumppanuutta, läheistä yhteyttä ja vallan jakamista.	Sumsion & Lencuchan 2007; Palmadottir 2006
Keskinäistä riippuvuutta.	Kjellberg et al. 2012
Yhdessä tehtävää ongelmien selvittelyä, tavoitteiden asettelua ja suunnitelmien laatimista.	Gustafsson & McLaughlin 2009; Kjellberg et al. 2012
Yhdessä rakennettua toiminnan päämäärää, prosessia ja tuloksia.	McKee & Rivard 2004

Kaikki taulukon tekijät on löydettävissä myös edellisen luvun katsauksesta. Yllä olevasta taulukosta käy ilmi, että yhteistoiminta edellyttää toimijoilta pyrkimystä vastavuoroiseen toimintaan terapiaprosessin kaikissa vaiheissa. Tekijät voidaan edelleen tiivistää *vuorovaikutusta koskeviin tekijöihin*, kuten läheinen yhteys ja molemminpuolinen kunnioitus; *yksilötekijöihin*, kuten asiakkaan voimavarat ja terapeutin luovuus, sitkeys ja kärsivällisyys; sekä *prosessin toteutukseen liittyviin tekijöihin*, kuten yhdessä tehtävä ongelmien selvittely, tavoitteiden asettelu ja suunnitelmien laatiminen. Tutkimuksissa tuotiin runsaasti esille niitä toimintoja, joiden avulla toimintaterapeutti voi vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen. Olen koonnut nämä tekijät erikseen (Taulukko 4).

Taulukko 4. Toimintaterapeutin vaikutusmahdollisuudet yhteistoiminnan toteutumiseen.

Yhteistoiminta edellyttää toimintaterapeutilta	
Asiakaslähtöisen yhteistoiminnan priorisointia.	Holm & Mu 2012
Terapeutin on pohdittava omia asenteitaan, tarpeitaan ja rajojaan suhteessa asiakkaaseen. Terapeutin on tutkittava, millaista suhdetta ja osallistumista kunkin asiakkaan kanssa tarvitaan.	Palmadottir 2006
Valintojen mahdollistamista ja neuvottelua. Asioiden hoitamista ja raportin tuottamista. Resurssivarastona toimimista. Luovuutta, sitkeyttä ja kärsivällisyyttä.	Sumsion & Lencuchan 2007
Laajaa ja yksilökohtaista asiakkaan tilanteen kohtaamista. Esimerkiksi kotiutukseen liittyvien oletusten kokoaminen. Terapeuttien on otettava huomioon kuntoutujan muuttuvat kuntoutustarpeet.	Sumsion & Lencuchan 2007; Vik et al. 2009; Holm & Mu 2012

Yllä olevat tekijät osoittavat, miten yhteistoiminta edellyttää *toimintaterapeutilta tietynlaista lähestymistapaa*, kuten asiakaslähtöisen yhteistoiminnan priorisointia, asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen paneutumista sekä valintojen mahdollistamista. Lisäksi se edellyttää *terapeutin ammatillisiin tehtäviin liittyvien velvollisuuksien hoitamista*, kuten asiakkaan kokonaistilanteen huomioonottamista ja kuntoutustarpeiden muutosten havaitsemista, asioiden hoitamista ja resurssivarastona toimimista.

Yhteistoimintaa rajoittavat tekijät kohdentuvat sekä vuorovaikutustekijöihin että organisaatioon. Vuorovaikutustekijät jäsenyivät edelleen terapeutin yksiteki-jöihin ja asiakkaan sekä perheenjäsenten yksilötekijöihin. Osallistujien yksilötekijät näyttävät katsauksen tulosten mukaan toimivana sekä yhteistoimintaa edistävinä että sitä rajoittavina tekijöinä.

Taulukko 5. Yhteistoimintaa rajoittavat tekijät.

Yhteistoimintaa rajoittavat tekijät	
Terapeuttiin liittyvät tekijät Persoonatekijät. Sosiaalinen vastuunkantaminen. Terapeutin turvallisuushakuisuus. Asiakkaan riippuvuuden edistäminen terapeuttia kohtaan.	Sumsion & Lencuchan 2007
Asiakkaaseen liittyvät tekijät Kyvyttömyys osallistua. Oivalluksen puute. Oireet. Pelot. Riippuvuus järjestelmästä.	Kjellberg et al. 2012
Läheisiin liittyvät tekijät Erilaiset näkökulmat. Ikääntyneiden läheisten hyväksikäyttö. Omaishoitajien kognitiiviset häiriöt.	Klein & Liu 2010
Organisaatioon liittyvät tekijät Taloudelliset ongelmat, aikapula ja tietotekniikan puute. Henkilökunnan turhautuminen, muutostavastarinta ja vetäytyminen uusien asioiden täytäntöönpanosta. Integroiduissa palveluissa monitieteiseen työskentelyyn liittyvät kysymykset.	Kjellberg et al. 2012; Ridout & Mayers 2006

Taulukosta 5 käy ilmi, että terapeutin yksilötekijät painottuvat erityisesti terapeutin *sosiaaliseen käyttäytymiseen ja luonteeseen* pikemminkin kuin kyvykkyyteen ja osaamiseen sinänsä. Tämä huomio on yhdenmukainen edellisessä luvussa esitettyjen tekijöiden kanssa. Olen verrannut liitteenä olevassa taulukossa (Liite 4) yhteistoimintaa edistäviä ja rajoittavia tekijöitä muun muassa vuorovaikutus-, organisaatio- ja systeemitasojen sekä prosessi- ja tulostekijöiden avulla (vrt. San Martin-Rodriguez et al. 2005; Dowling et al. 2004). Toimintaterapian tutkimuksissa on tunnistettu myös asiakkaan toimintakykyyn liittyvät, erityisesti yhteistoimintaa rajoittavat tekijät (*kyvykkyys, voimavarat ja tunteet*). Samoin perheenjäsenten osalta tutkimuksissa on tunnistettu kyvykkyyteen liittyvien rajoitteiden lisäksi yhteistoimintaa haittaavina tekijöinä myös erilaiset käsitykset sekä epäeettinen toiminta, kuten ikääntyneiden läheisten hyväksikäyttö.

Toimintaterapian kontekstissa toteutettujen tutkimusten tulosten vertaaminen suhteessa edellisessä luvussa kuvattuun yhteistoimintaan osoitti, että tulokset ovat kokonaisuudessaan hyvin samansuuntaiset ja suurelta osin yhtenevät, etenkin asennetekijöiden osalta: molemmissa suhteissa yhteistoiminta edellyttää halua yhteistoimintaan ja vastavuoroisuutta sekä molemminpuolista arvostusta, kunnioitusta, joustavuutta, avoimuutta ja rehellisyyttä. Prosessin osalta molemmissa konteksteissa nousivat esiin toimijoiden *molemminpuolinen riippuvuus, luottamus sekä vallan, tavoitteiden, päämäärän, prosessin ja tulosten jakaminen*. Esimerkiksi yhteistoiminnasta sopiminen kirjallisesti ei tullut esiin toimintaterapian kontekstissa.

Toimintaterapian yhteistoimintaa koskevissa tutkimuksissa on huomioitu yhteistoiminta myös läheisten kanssa, 2) tuloksissa on nostettu esiin myös yhteistoimintaa rajoittavia tekijöitä, 3) yhteistoimintaan vaikuttavia tekijöitä ei juurikaan etsitä tai tuoteta systeemitasolta ja 4) terapeuttiin liittyvien tekijöiden osalta painopiste on yhteistoiminnan fasilitointiin liittyvissä tekijöissä. Organisaatiotasolla yhteistoimintaan vaikuttavat tekijät olivat hyvin samankaltaisia. (Liite 4.)

Aiempaan tutkimuskirjallisuuteen tutustumisen osoittaa, että yhteistoiminnan tekijät ovat hyvin samankaltaiset terveydenhuollon toimintasuhteissa yleensä ja toimintaterapiassa erityisesti. Eri konteksteissa ja erilaisissa suhteissa toteutettujen tulosten yhtenevyys ja samansuuntaisuus aiemmin esitettyjen (D'Amour 2005), yhteistoimintaa koskevien geneeristen tekijöiden (*jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus ja kollektiivinen prosessi*) osalta tukevat pyrkimystä toimintaterapian käytännön työtä laajemmin palvelevan tiedon tuottamisessa. Tutkimuskirjallisuudessa yhteistoimintaa edistävien tekijöiden keskinäisiä suhteita ei yleensä ole kuvattu, mikä luonnollisesti haittaa käsitteiden soveltamista käytäntöön. Yhteistoiminnan tekijöiden merkityksiä terapiaprosessin eri vaiheissa ei ole myöskään kuvattu, jolloin tuloksia soveltamaan pyrkivän on joko itse pohdittava, arvattava tai kokeiltava, mihin tekijöihin on erityisen tärkeää panostaa esimerkiksi terapiasuhteen alussa tai terapiasuhteen lopussa.

3.3 Kollektiivinen toiminta terapiatilanteiden ulkopuolella

Tässä luvussa keskityn yhteistoimintaa koskevaan kohteen rajaukseen ”co-occupation”-termin avulla. Termi liittyy toiminnan tieteen alalla käytyyn, kollektiivista toimintaa koskevaan keskusteluun, jossa sillä on viitattu sekä kollektiiviseen toimintaan että sen yhteen spesifiin muotoon, yhteistoimintaan (Fogelberg & Frauwirth 2010: 132; Odawara 2010: 17–18; Zemke & Clark 1996: 213). ”Co-occupation”-termin määrittely käynnistyi toiminnan tieteessä äidin ja vastasyntyneen lapsen välisen suhteen tutkimuksesta (ks. Zemke & Clark 1996; Fraits-Hunt & Zemke 1996; Dunlea 1996; Krieger 1996; O'Brien 1996). Tämä luku kytkee yhteistoiminnan tarkastelun kollektiivisen toiminnan aihepiiriin laajemmin ja tuo myös lisätietoa toimintaterapeutin tehtävästä, asiakkaan kollektiivisen toiminnan fasilitoinnista.

Tein 16.6.2013 kaksi tiedonhakua sähköisten tietokantojen (Academic Search Elite, CINAHL with Full Text, CINAHL ja Pubmed) avulla. Hakutermeinä olivat ’co-occupat*’ AND ’occupational therap*’. Lisäksi tein kohdennetun haun *Journal of Occupational Science* -lehden arkistoon hakusanalla ’co-occup*’. Haut tuottivat kaikkiaan 56 osumaa. Duplikaattien poiston jälkeen jäljelle jäi 44 artikkelia, joista pääkirjoituksia oli 3, teoreettisia katsauksia oli 11 ja alkuperäistutkimuksia oli 30. Suurin osa tutkimuksista (32) oli julkaistu vuonna 2009 tai sen jälkeen.

Kirjallisuuskatsaus paljasti, että ”co-occupation”-ilmiötä koskeva tutkimus on tähän asti painottunut yhteistoiminnan tarkasteluun terapiatilanteiden ulkopuolella. Tiedonhaku ko. termillä ei tuottanut yhtään tutkimusta, jossa kohteena olisi ollut asiakkaan ja toimintaterapeutin yhteistoiminta. Yksi tutkimus kohdistui ammattilaisten ja asiakkaiden yhteistoimintaan (Mahoney & Roberts 2009), ja useampi tutkimus tuotti tietoa toimintaterapeutin tehtävästä perheenjäsenten keskinäisen yhteistoiminnan fasilitoijana (Pierce 2000; Olson 2006a ja 2006b; Price & Mineirin 2009a ja 2009b; Martin et al. 2011; Pizur-Barnekov & Erickson 2011).

Toimintaterapiaan sijoittuvien tutkimusten tavoitteena on useimmiten ollut tuottaa tietoa, jonka avulla toimintaterapeutti voi vahvistaa ja edistää asiakkaan sekä tämän läheisten yhteistoimintaa toimintaterapiatilanteiden ulkopuolella. Siinä suhteessa nämä tutkimukset poikkeavat tämän tutkimuksen kohteesta. Tutkimukset toivat kuitenkin esille tärkeitä yhteistoiminnan tunnistamiseen ja kehittymiseen liittyviä yhteistoiminnan muotoja sekä yhteistoimintaa edistäviä tekijöitä, jotka eivät tulleet esiin ”collaboration”-termin avulla tehdyissä tutkimuksissa. Sen takia pidän niiden esittelyä tässä yhteydessä tarkoituksenmukaisena.

Toimintaterapiassa ja toiminnan tieteessä on pitkään painotettu yksilötoimintaa (individual/solitary occupation) (Pierce et al. 2010). Vähitellen sen rinnalla on alettu tutkia myös kollektiivisen toiminnan luonnetta ja merkitystä ihmisen onnellisuudelle, hyvinvoinnille ja terveydelle. (Larson & Zemke 2003; Pierce 2009; Pierce et al. 2010; Pizur-Barnekow & Knutson 2009; Perch et al. 2009; Robinson et al. 2012). Yksilön itsenäisyyttä ja riippumattomuutta on pidetty toimintaterapian ideaalina, mutta viimeaikainen kritiikki on nostanut huomion kohteeksi myös toimintaan liittyvien yhteyksien sekä vapauden ja kasvun ideaalien tarkastelun (Kirby 2013).

Kaikki ihmisen toiminta voidaan sijoittaa jatkumolle, jonka toisessa päässä on täydellisesti yksin toteutettu toiminta (solitary/individual occupation) ja toisessa päässä täydellisessä vuorovaikutuksessa toteutettu toiminta yhdessä toisten kanssa (Pierce 2003 ja 2009; Pickens & Pizur-Barnekow 2009: 152). Koska kirjallisuushaun tuottamissa julkaisuissa termiä ”co-occupation” oli käytetty kahdessa merkityksessä – kollektiivisen toiminnan (yläkäsité) ja spesifisti tietäntyyppisen toiminnan (alakäsité) merkityksessä – käytän jatkossa nimitystä ”kollektiivinen toiminta” silloin, kun viitataan ylipäätään useamman toimijan sosiaalisen toiminnan muotoihin. ”Kumppanuustoiminta”-termillä viitataan kollektiivisen toiminnan tarkemmin rajattuun, spesifiin merkitykseen.

Kollektiivisen toiminnan eri asteita ovat rinnakkaistoiminta (parallel occupation), jaettu toiminta (shared occupation) ja kumppanuustoiminta (co-occupation) (Zemke & Clark 1996: 213; Pierce 2009; Brown & Stoffel 2011: 641–645). *Rinnakkaistoiminnalla* tarkoitetaan tekemistä, jossa ihmiset ovat samassa tilassa tekevässä samaa asiaa, mutta kukin yksinään ilman vuorovaikutusta toistensa kanssa (emt.). Esimerkiksi metron odottelu asemalaiturilla, jalkapallopelin seuraaminen

katsomossa tai tehtaan kokoonpanolinjalla työskentely voidaan tulkita rinnakkais-toiminnaksi. *Jaettu toiminta* viittaa toimintaan, jossa toimijoilla on yhteinen päämäärä ja molemmat tekevät erillisiä, samaan päämäärään johtavia tekoja (emt.). Esimerkiksi kilpailu-, kaupanteko- tai pelitilanteessa toimijoita yhdistävät samat säännöt ja pyrkimys voittaa, mutta jokainen kilpailija toimii itsenäisesti yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. *Kumppanuustoimintaa* kuvataan toimintana, jossa toimijat ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa ja jossa heillä on yhteisen päämäärän lisäksi myös vahva emotionaalinen suhde toisiinsa (emt.).

Piercen (2009) käsityksen mukaan kumppanuustoiminta on vahvasti vuorovaikutteista toimintaa, joka voi kehittyä vähitellen yksintekemisen ja edellä kuvattujen kollektiivisen toiminnan asteiden kautta. Kumppanuustoiminnan fasilitoinnin näkökulmasta kollektiivisen toiminnan asteiden tunnistaminen on mielekästä sikäli, että toimijoille on ylipäättään hyödyllistä tunnistaa, millaisessa toimintasuhteessa he ovat mukana, millaista toimintasuhdetta tavoitteiden saavuttaminen edellyttää, millaista toimintasuhdetta he tavoittelevat tai millaisessa suhteessa he haluavat toimia (Pickens & Pizur-Barnekow 2009: 152).

Humphry (2005) täydentää edellä kuvattua jatkumoa kollektiivisen toiminnan esiasteella, jossa toimijoiden välinen yhteys syntyy siitä, että toinen havainnoi toisen toimintaa sitä varten, että hänellä on aikomus tehdä sama asia. Toimijoiden välillä ei tarvita suoranaista kommunikaatioyhteyttä. Humphry nimittää tällaista toimintaa *toisen välityksellä koetuksi toiminnaksi* (vicarious sharing). Kutsun tällaista yhdessä tekemisen muotoa jäljittelyksi, sillä siinä toisen toiminnan katsominen ja jäljittelypyrkimys yhdistävät ihmisiä. Oletan, että tällainen välillisesti koettu toiminta asettuu yhteistoiminnan jatkumolla yksintekemisen ja rinnakkaistoiminnan välille. (Emt.)

Toiseksi Humphry (2005) on ryhmitellyt yhteistoiminnan edellytykset yhteiskunnallisiin, sosiaalisiin ja yksilöllisiin tekijöihin. *Yhteisö rakentaa ja tarjoaa jäsenilleen toimintamahdollisuuksia, jolloin yhteistoiminnan syntyy ja kehittymiseen vaikuttavat ne yhteisön dynaamiset sosiaaliset tapahtumat*, joihin ihmiset osallistuvat. Toisaalta yhteistoiminnan kehittymiseen vaikuttavat myös ihmisten *yksilölliset itseorganisoinnin prosessit*. Humphry (emt.) tarkentaakin toiminnan jatkumoa toimintamahdollisuuksien yhteiskehittelyllä (co-construction of occupation), sillä hänen käsityksensä mukaan toimintamahdollisuudet eivät tule vain yhteiskunnalta tai yhteisöltä annettuna, vaan toimijat voivat myös itseorganisoidun rakentaa yhdessä omia toimintamahdollisuuksiaan.

Neljänneksi Pickens & Pizur-Barnekow (2009) ovat syventäneet kollektiivisen toiminnan ehtojen tarkastelua jaetun toiminnan edellyttämiin tekijöihin, joita ovat fyysinen yhteys (shared physicality), emotionaalinen yhteys (shared emotionality) ja yhteinen intentio (shared intentionality). *Fyysinen yhteys* toteutuu, kun kaksi tai useampia ihmisiä osallistuu vastavuoroiseen motoriseen toimintaan siten, että

jokaisen toimijan käyttäytyminen on välittömässä yhteydessä toisiin toimijoihin. *Emotionaalinen yhteys* ilmenee toimijoiden välillä vastavuoroisena tunneyhteytenä silloin, kun yksi vastaa toisen emotionaaliseen ilmaisuun ja sävyyn. *Yhteinen intentio* ilmenee silloin, kun kollektiiviseen toimintaan osallistumisen aikana toimijat ymmärtävät toistensa roolit ja heillä on yhteinen toiminnan tarkoitus. Kumppanuustoiminnan aste saavutetaan silloin, kun kaikki mainitut jakamisen muodot ovat läsnä yhtä aikaa (emt.).

Piercen (2009) mukaan välitön kohtaaminen kasvokkain ja jakamisen eri muodot ilmenevät eriasteisesti kollektiivisen toiminnan eri muodoissa. Kumppanuustoiminnan aste voidaan saavuttaa, vaikka kaikkia yllä esitettyjä toimijoiden välisen yhteyden muotoja ei koettaisikaan. Ensisijaisesti kollektiivisen toiminnan asteeseen vaikuttaa hänen mukaansa toimijoiden välisen yhteyden intensiteetti.^{6 7} Yhteistoiminnan fasilitointi edellyttää toimintaterapeutilta lisäksi tietoa yhdessä toimimisen merkityksestä asiakkaan ja hänen läheistensä arkielämässä.

Olen tiivistänyt ja yleistänyt seuraaviin taulukoihin niitä tehtäviä, joita tutkimustulosten mukaan yhdessä toimimisen fasilitointi terapeutilta edellyttää. Tulosten perusteella näyttää siltä, että pääpaino näissä tutkimuksissa on ollut lasten ja heidän vanhempiensa välisen kumppanuustoiminnan fasilitoinnissa institutionaalisissa toimintaympäristöissä, joko perhekohtaisissa tai erikseen järjestetyissä ryhmä- tai päivätoimintatilanteissa. Olen jakanut fasilitointiin liittyvät toimintaterapeutin tehtävät kahdeksi ryhmäksi sen mukaan, tähtääkö kyseinen tehtävä enemmän yhdessä toimimisen ymmärtämiseen vai kumppanuustoiminnan fasilitointiin.

6. Tämä tulkinta on mahdollinen, mikäli otetaan huomioon Piercen laatima kollektiivisen toiminnan jatkumo ja käsitteellinen yhteistoiminnan (co-occupation) erottelu yläkäsitteeksi (kollektiivinen toiminta) ja alakäsitteeksi (yhteistoiminta). Tulkinta on myös yhdenmukainen Brown & Stoffelin (2011: 642–643) tulkinnan kanssa.

7. Tunnistan Pickens & Pizur-Barnekow (2009) ja Piercen (2009) näkemysten sekä alustavan käsitykseni yhdessä ehdossa eli toimijoiden välisessä yhteydessä tiettyjä samankaltaisia piirteitä, vaikka ne eivät täysin vastaakaan toisiaan. Alustavan käsitykseni mukaan toimijoiden välinen yhteys kehittyä fyysisen kosketuksen, katseen ja kuulemisen välityksellä (Harra 2005). Ajatus monenlaisesta toimijoiden välisen yhteyden rakentumisesta on samankaltainen Pickens & Pizur-Barnekowin (2009) käsityksen kanssa. Olettamukseni kuitenkin oli, että välttämättä niitä kaikkia ei tarvita yhteistoiminnan kehittämiseen, sillä esimerkiksi jonkin aistikanavan puute voidaan korvata muilla aisteilla (Harra 2005), mikä edellyttää luonnollisesti korvaavien kanavien intensiteetin vahvistumista, kuten Pierce (2009) esittää.

Taulukko 6. Yhdessä toimimisen merkitys.

Yhdessä toimimisen merkityksen ymmärtäminen	
Vanhempien vastausstrategioiden vaikutusten ymmärtäminen esimerkiksi pienen lapsen itkuun.	Poskey et al. 2013
Aiempien vahvuuksien ja kiinnostuksen kohteiden merkityksen ymmärtäminen terveen toiminnallisen identiteetin ja toiminnallisen pätevyyden rakentamisessa esimerkiksi päihdeäidin ja lapsen suhteen vahvistamiseksi.	Martin et al. 2011
Lastenlasten merkityksen ymmärtäminen suhteessa isoäitien hyvinvointiin ja kokemukseen mielekkästä toiminnasta.	Ludwig et al. 2007
Perheen kollektiivisen toiminnan painotusten merkityksen ymmärtäminen esimerkiksi ylipainoisen lapsen painonhallinnassa (perheen yhteenkuuluvuuden, lapsen oman toiminnan, perheenjäsenten yksilöllisen toiminnan tai vanhempi–lapsisuhteen korostus).	Orban et al. 2012
Äidin yksilötekijöiden huomioiminen.	Olson 2006a; Pizur-Barnekov & Erickson 2011
Biomedikaalisten ja fyysisten tarpeiden rinnalla esimerkiksi lapsen näkeminen toimivana olentona, joka on syntynyt tiettyyn perheeseen, jolla on oma historiansa, kulttuurinsa sekä tapansa olla ja toimia.	Price & Miner 2009b

Yllä olevan taulukon tulokset osoittavat, miten yhteistoiminnan fasilitointi edellyttää toimintaterapeutilta laajaa ja syvää *kollektiivisen toiminnan prosessien sekä vaikutus- ja merkityssuhteiden ymmärtämistä sekä kokonaisvaltaista näkökulmaa asiakkaan elämään*. Lisäksi se edellyttää *toimintaympäristön vaikutuksen ymmärtämistä toiminnan onnistumiselle*, mikä tulee esiin alla olevasta taulukosta. Esimerkiksi tutkimustulosten mukaan teho-osaston steriili, kiireinen ja teknisesti varusteltu ympäristö ja teknisesti koulutettu henkilökunta olivat toimintaympäristönä vanhemmille vieraita ja pelottaviakin, mutta toimintaterapeutille tuttuja ja jokapäiväisiä (Price & Miner 2009a). Optimoidakseen lapsen neurologista kehitystä ja tukeakseen äidin sekä tyttären yhteistoimintaa myös terapiatilanteiden ulkopuolella toimintaterapeutti loi äidin kanssa käytyjen keskustelujen lisäksi äidille ja lapselle toimintamahdollisuuksia, rutiineja ja toimintaympäristöjä, jotta äiti voisi kokea pienokaisensa kanssa yhteistoiminnallisia äiti–tytär-hetkiä tavallisten toimien yhteydessä (esimerkiksi imetys, kylvetys, leikki ja kommunikointi). (Emt.)

Taulukko 7. Perheenjäsenten välisen yhteistoiminnan fasilitointi.

Perheenjäsenten kumppanuustoiminnan fasilitointi ryhmä- ja perhetilanteissa	
Asiakkaiden toimintaa koskevien omien valintojen mahdollistaminen. Huolehtia siitä, että asiakkaat ymmärtävät toiminnan syyn, tarkoituksen ja lopputuloksen. Mahdollistaa asiakkaille heidän kykyjään vastaavien toimintojen tekeminen. Rakentaa henkilökunnan ja asiakkaiden välille vastavuoroista vuorovaikutusta.	Mahoney & Roberts 2009
Läheisten mukaanottaminen terapiatilanteisiin ja harjoiteltavien asioiden suunnitteluun ja toteutukseen.	Olson 2006a ja 2006b
Avustaa vanhempi–nuori-diadia toiminnan valinnassa, suunnittelussa ja aloittamisessa. Fasilitoida ryhmän jäsenten, esimerkiksi vanhempien ja nuoren välistä keskustelua. Muotoilla ja opettaa aktiivista kuuntelua ja ongelman ratkaisua. Lisätä ryhmän jäsenten, esimerkiksi vanhempien ja nuorten, tietoisuutta toistensa verbaalisista ja ei-verbaalisista viesteistä. Auttaa perhettä etenemään askel askeleelta. Muotoilla kunnioitusta ryhmän jäsenten oikeuksia ja yksilöllisyyttä kohtaan. Olla käytettävissä. Fokusoida ryhmän jäseniä heidän rooleihinsa esimerkiksi vanhempina ja jälkeläisinä.	Olson 2006a
Yhteistoiminnalle rakennetaan sitä tukeva toimintaympäristö.	Olson 2006a; Pizur-Barnekov & Erickson 2011; Price & Miner 2009a

Olson (2006b) tutki psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden nuorten ja heidän perheidensä yhteistoimintaa ryhmäterapian aikana. Kerran viikossa kokoontuneeseen ryhmään valittiin ne nuoret, joilla oli vaikeuksia toimia muiden perheenjäsenten kanssa. Ryhmässä nuoret saivat valita itseään kiinnostavia toimintoja, joita he tekivät yhdessä vanhempiensa kanssa. Vanhempia rohkaistiin tukemaan nuorten kiinnostuksia ja käyttämään mahdollisuutta oppia lisää omasta lapsestaan ja hänen kiinnostuksistaan sekä käyttämään jaettuja kokemuksia rennon keskustelun edistämiseksi. Tulosten mukaan erillään olleiden nuorten ja heidän vanhempiensa välillä alkoi näkyä tavoiteltuja muutoksia jo muutaman viikon kuluttua ryhmän alkamisesta: molemminpuolisen kiinnostuksen ja arvostuksen vahvistumista sekä avoimen keskustelun ja yhdessä suunnittelun lisääntymistä. Lisäksi yhteinen tekeminen tuotti yhteisiä kokemuksia, jotka fasilitoivat positiivista ja rentoa keskustelua.

Mahoney & Roberts (2009) tutkivat päivätoiminnan merkitystä henkilökunnan jäsenille (n=10) ja toimintaan osallistuville asiakkaille (n=10). Asiakkailla oli keskivaikeita tai vaikeita kehitysvammoja, ja he tarvitsivat apua toimintaan osallistumisessaan. Henkilökunta tulkitsi, että asiakkaan osallistuminen toimintaan oli

osoitus siitä, että heidän panoksellaan oli positiivinen ja kannattava vaikutus. Vastaavasti asiakkaan osallistumattomuus aiheutti henkilökunnassa tyytymättömyyttä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että yhteistoiminta on mahdollista ja että se voi olla kaikille osallistujille tyydyttävämpää ja merkityksellisempää kuin osallistuminen toimintaan yksin tai osallistuminen rinnakkaistoimintaan.

”Co-occupation”-termin avulla tehty kirjallisuuskatsaus paljasti, että yhteistoiminta on yksi kollektiivisen toiminnan muoto. Toimintaterapeutin odotetaan työssään edistävän yhteistoimintaa välittömästi terapiatilanteissa ja toisaalta vahvistavan asiakkaan valmiuksia yhteistoimintaan myös terapiatilanteiden ulkopuolella. Molemmat tapaukset edellyttävät, että toimintaterapeutti ymmärtää yhteistoiminnan merkityksen ja sen toteutukseen liittyviä tekijöitä. Hakutuloksen perusteella kollektiivista toimintaa koskevat tutkimukset ovat tuottaneet perustietoa ja -ymmärrystä kollektiivisesta toiminnasta ja yhteistoiminnasta sekä niiden rakentumisesta.

OSA 2: Metodologia ja metodi

Tässä osassa perustelen tämän tutkimuksen metodologiset valinnat ja kuvaan tutkimuksen toteutuksen. Tutkimukseni lähtökohta ja pyrkimys ovat pragmatismin mukaiset, sillä tutkimukseni tarve on noussut käytännön ongelmasta ja pyrkimykseni on tuottaa teoria, joka voi toimia välineenä käytännöllisten ongelmien ratkaisemisessa, terapiatilanteiden uudistamisessa ja kuntoutuksen onnistumisen edistämässä (vrt. Dewey 2012: 168–169; Paavola ja Hakkarainen 2008: 162–164).

Kuvaan seuraavissa luvuissa tutkimukseni metodologiset lähtökohdat. Edellä olen luvussa 2 kuvannut käytännön tarpeet tälle tutkimukselle. Keskeiset tutkimuksen toteutukseen liittyvät kysymykseni koskevat ensinnäkin tutkittavaa ilmiötä: Millainen tutkimuskohde terapeutin yhteistoiminta on ja miten voin saada tietoa ja miten voin sen ymmärtää? Toiseksi tutkimuksen toteutuksen kannalta on tärkeää, että sekä tiedon hankinnassa että aineiston analyysissä käytän sellaisia keinoja, joiden avulla terapeutin yhteistoiminnasta tuotettava tieto on uskottavaa, ymmärrettävää ja käyttökelpoista. Kolmanneksi on ratkaistava, miten voi yhdistää analysoitua tietoa teoriaksi eettisesti kestäväällä ja tehokkaalla tavalla. Neljänneksi on vielä ratkaistava, millainen teoria edistää terapeutin yhteistoimintaa käytännössä eli millainen teoria auttaa muuttamaan terapeutin vuorovaikutusta ja toimintaa sellaiseksi, että mahdollistaa paremmin asiakkaan osallistumisen ja osallisuuden omaan kuntoutumiseensa.

Seuraavissa alaluvuissa keskityn vastaamaan yllä esitettyihin kysymyksiin kuvaamalla tämän tutkimuksen metodologiset lähtökohdat.

4. Tutkimuksen metodologia

Kuvaan tässä jaksossa tämän tutkimuksen tarkoituksen ja metodologian, jonka lähtökohdat ovat pragmatismissa sekä siihen nojaavassa grounded theoryssä (GT). Pyrkimykseni on muotoilla teoria, joka kuvaa toimintaterapeuteille ymmärrettävällä ja käyttökelpoisella tavalla terapeutin yhteistoiminnan ilmiötä. Tämä on edellyttänyt, että kuvaan yhteistoiminnan tekijöitä ja niiden keskinäisiä suhteita tarkasti ja täsmällisesti määriteltyjen käsitteiden avulla (vrt. Corbin & Strauss 2008: 55–56). Olen hyödyntänyt tutkimusprosessin aikana grounded theoryn metodologiaa, sillä se on tarkoitettu käytäntöä palvelevan ja siihen kiinteässä yhteydessä olevan aineistolähtöisen teorian kehittämiseen (Charmaz 2006: 2, 6–10; 2008: 470; Corbin & Strauss 2008: 1).

4.1 Tutkimuksen tarkoitus

Aiempi tutkimus on osoittanut, että vaikka kuntoutuksen ja hoidon onnistumisen kannalta asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan osallistumista ja yhteistoimintaa pidetään tärkeänä, niin ne toteutuvat käytännössä heikosti. Tämän tutkimuksen ongelma muodostuu siis nykytilan ja tavoitetilan väliin jäävästä kuilusta, jonka ylittämiseksi tarvitaan lisää tietoa ja ymmärrystä. Aiempien tutkimusten perusteella ongelman syyksi on tunnistettu muun muassa terapeuttien riittämätön vuorovaikutusosaaminen, vastavuoroista vuorovaikutusta koskevan tiedon vähäisyys ja koulutuksen puutteellisuus. Tässä tutkimuksessa keskityn tuottamaan käytäntöä palvelevaa tietoa ja ymmärrystä terapeutisesta yhteistoiminnasta.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa teoria, joka auttaa asiakastyötä tekeviä toimintaterapeutteja edistämään käytännön tilanteissa yhteistoimintaa. Käyttökelpoisen tiedon ja ymmärryksen tuottamiseksi edellä esittämäni tarkoitusta varten edellyttää siten ensinnäkin 1) aineiston tuottamista yhdessä asiakastyötä tekevien toimintaterapeuttien kanssa, 2) keskustelussa tuotetun tiedon jäsentämistä systemaattisesti teoriamuotoon, 3) teorian ymmärrettävyyden testausta sekä 4) teorian käyttökelpoisuuden arviointia käytännössä. Siten tutkimuksellani on vahva pragmaattinen pyrkimys. Tässä tutkimuksessa joudun rajautumaan tutkimustulosten ymmärrettävyyden alustavaan testaukseen ja käyttökelpoisuuden arviointi jää kokonaan tulevien tutkimusten tehtäväksi. Tästä syystä tutkimukseni pääkysymys on:

Millainen on aineistolähtöinen terapeutin yhteistoiminnan teoria?

Grounded theoryssä tutkimuksen tulosten tulee olla sovellettavissa sille alueelle, josta ne on johdettu, ja sen lisäksi tuotetun teorian tulee sisältää riittävä määrä yleisiä käsitteitä ja teorian tulee soveltua erilaisiin tilanteisiin käytettäväksi erilaisen ihmisten kanssa (Glaser & Strauss 1967). Siksi pääkysymykseen vastaaminen edellyttää ensinnäkin, että jatkuvasti muuttuvissa työtilanteissaan toimintaterapeutit kykenevät nopeasti tunnistamaan ja hyödyntämään yhteistoimintaa rakentavia tekijöitä, niiden välisiä suhteita sekä keskeisiä prosesseja. Tästä syystä tarkennan vastaustani pääkysymykseen kolmen alakysymyksen avulla.

1. Mitkä ovat onnistuneen terapeutin yhteistoiminnan tekijät toimintaterapiassa?

Tähän vahvasti aineistolähtöiseen kysymykseen vastaan luvuissa 7–9.

Teorian sovellettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksessa on osoitettu, millaisessa suhteessa yhteistoiminnan tekijät ovat keskenään. Teorian tulisi myös käsitellä tarpeeksi riittävän yleisiä käsitteitä, niin että ne mahdollistaisivat terapeutin yhteistoiminnan edistämisen myös muissa yhteyksissä, kuten esimerkiksi koulutuksessa, työnohjauksessa ja valmennuksessa. Kolmanneksi teorian tulisi tarjota käsitteellisiä välineitä ja jäsenyyksiä terapeutin yhteistoiminnan ja terapiasuhteen tutkijoille. Neljänneksi teorian pitäisi olla sovellettavissa terapeutin yhteistoiminnan edistämiseksi myös laajemmin muissakin epäsymmetrisissä suhteissa. Tästä syystä toisena alakysymyksenä on:

2. Missä suhteissa onnistuneen terapeutin yhteistoiminnan tekijät ovat keskenään?

Tähän kysymykseen vastaan yhtäältä lukujen 7–9 rakenteella ja tiivistetysti luvussa 10.1, jossa esitän kokonaisjäsenyyksen terapeutin yhteistoiminnasta yleisellä tasolla.

Erityisesti terapeutin yhteistoiminnan edistämisen kannalta on tärkeää ymmärtää, millaisten vaiheiden kautta terapeutin yhteistoiminta edistyy ja millainen merkitys kullakin vaiheella on. Kolmas alakysymykseni on:

3. Miten terapeutin yhteistoiminnan prosessi etenee yksin tekemisestä mielekkääksi yhdessä toimimiseksi?

Tähän kysymykseen vastaan luvussa 10.2 abstrahoiden terapeutin yhteistoiminnan prosessimallin luvuissa 7–9 kuvaamieni tulosten avulla.

Pragmatistisen lähestymistapani mukaisesti olen testannut saamieni tulosten ymmärrettävyyttä ja käyttökelpoisuutta keskusteluissa toimintaterapeuttien, mutta myös monialaisesti terveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten kanssa (vrt. Alhanen 2013: 46–49). Uskon, että yhteistoiminnan avulla voidaan tuottaa laadukkaasti ja tarkoituksenmukaisesti asiakkaan toimintamahdollisuuksien kannalta merkityksellisiä muutoksia. Sitä varten on tärkeää, että teorian potentiaaliset käyttäjät osallistuvat aineiston tuottamiseen. Käyttökelpoisen tiedon tuottaminen edellyttää, että keskusteluihin osallistuvat terapeutit työskentelevät sellaisissa toimintaympäristöissä, joissa teoriaa tullaan todennäköisesti käyttämään⁸.

4.2 Grounded theory tutkimusmetodologiana

Grounded theory (GT) kehitettiin alun perin aineistolähtöisen teorian muodostuksen tarpeisiin (Glaser & Strauss 1967; Glaser 1978), mutta sitä on myöhemmin käytetty laajasti myös laadullisiin, empiirisen aineiston kuvauksiin (esimerkiksi Strauss 1987) (Morse 2009: 13–15). Grounded theoryn keskeiset tutkimuskohteet eli käytännön toiminta ja prosessit, olivat kiinnostuksen kohteena jo sen taustalla olevissa pragmatismissa ja symbolisessa interaktionismissa (Glaser 2005: 141–145; Charmaz 2006: 6–8; 2008: 465, 471). Tässä tutkimuksessa käytän grounded theoryä aineistolähtöisen teorian muodostamiseksi asiakkaan ja terapeutin välisestä yhteistoiminnasta.

Glaserin (1978: 19) mukaan aineistolähtöisessä metodissa aineistojen, tietolähteiden ja tutkimusprojektien moninaisuuden takia tutkijan on aina itse luotava oma analyysinsä eli se koodausjärjestelmä ja prosessi, jonka mukaan tutkimus etenee. GT:n kehittäjillä on ollut useita erilaisia näkemyksiä muun muassa oikeanlaisesta analyysiprosessista sekä metodologisten ratkaisujen soveltamismahdollisuuksista. Charmaz (2009: 463–470) on tunnistanut kirjallisuudesta kolme erilaista pääsuuntausta:

- 1) Glaserilainen, tutkijan luovuutta ja aineistolähtöisen teorian luomista korostava suuntaus (Glaser 1978; 2009).
- 2) Straussilainen, tiettyjen analyysivälineiden hyödyntämiseen nojaava suuntaus (Strauss & Corbin 1990; 1998; Corbin & Strauss 2008)⁹.

8. Suomessa reilusti yli tuhat toimintaterapeuttia työskentelee laitosteksteissa (Toimintaterapeuttiliitto 2012), joten tutkimustulosten sovellettavuuden kannalta on tärkeää, että tämä tutkimus vastaa heidän tarpeisiinsa.

9. Teoksen toisessa (Strauss & Corbin 1998) ja kolmannessa painoksessa (Corbin & Strauss 2008) painotukset ovat muuttuneet selvästi ensimmäisestä painoksesta. Jo toisen painoksen esipuheessa (1998: xi) painotetaan, että teos ei ole mikään reseptikirja: ”This is *not* a recipe book to be applied

- 3) Konstruktivistinen, tutkimuksen konstruktivistista luonnetta korostava suuntaus (Charmaz 2006; 2008; 2009; 2013).

Näistä suuntauksista lähinnä tutkimustani ovat tutkimuksen glaserilainen ja konstruktivistinen suuntaus. Tässä tutkimuksessa pyrin teorian muodostukseen siten, että muokkaan alustavaa käsitystäni asiantuntijoiden kanssa käytyjen keskustelujen avulla (vrt. Glaser 2001: 57–61).

GT-metodologiassa tutkimusprosessi rakentuu kahdesta vaiheesta. Tutkimuksen alussa kerätään alustava aineisto (initial sample). Sen alustavan analyysin (initial coding) tuloksena syntyneiden kategorioiden jälkeen voidaan kerätä teoreettinen otanta (theoretical sample). (Charmaz 2006.) Teoreettinen otanta kerätään vasta sen jälkeen, kun tutkija on alustavan aineiston pohjalta kehittänyt alustavat kategoriat (Charmaz 2013: 300). Juuri näin olen menetellyt tutkimuksessani. Tässä tutkimuksessa kehitellen lisensiaattitutkimuksen tuottamia alustavia käsitteitä edelleen systemaattiseksi teoriaksi jatkuvaan vertailuun perustuvan synteessin avulla.

Teoreettinen otanta (theoretical sampling) on ollut keskeinen käsite kaikissa teorian muodostukseen tähtäävissä GT:n suuntauksissa alusta saakka (Glaser 1978: 36–54; Charmaz 2006: 96–121; Corbin & Strauss 2008: 143–157). Teoreettisessa otannassa uutta aineistoa kerätään teorian tuottamista varten. Alustavan aineiston analyysissä muodostetut käsitteet tuottavat tutkimukselle jatkokysymyksiä, joihin vastaamiseksi uusia aineistoja kerätään tarpeen mukaan. Siten alustavan aineiston analyysin herättämät kysymykset ohjaavat uuden aineiston keräämistä ja auttavat päättämään, mitä aineistoa pitää kerätä seuraavaksi sekä myös mistä uutta aineistoa voi löytää (Glaser & Strauss 1967: 45). Teoreettisen otannan avulla tutkija voi määrittellä alustavien kategorioiden merkityksiä, keskinäisiä suhteita sekä kategorioiden välille jääviä aukkoja (Charmaz 2006: 108). Teoreettinen otanta on tärkeä, analyysin tarkkuutta lisäävä lisäaineisto ja tärkeä vaihe aineistolähtöisen teorian muodostuksessa, sillä tarvittaessa siihen voidaan palata vielä tutkimuksen myöhemmässäkin vaiheessa (vrt. Charmaz 2006: 14).

Alustavan aineiston pohjalta muodostetut alustavat kategoriat toimivat teoreettista otantaa ohjaavina *herkistävinä käsitteinä* (sensitizing concepts) (Charmaz 2006: 17; Corbin & Strauss 2008: 144; Glaser 1978: 36). Siten teoreettinen otanta määrittänyt aina tutkijan aiemmin tekemistä analyysistä käsin (Charmaz 2008: 471; vrt. Siitonen 1999: 31–34). Herkistävien käsitteiden löytäminen tarkoittaa konkreettisesti tutkimusprosessin kannalta sen vaiheen saavuttamista, josta GT-tutkimus eli teorian muodostus oikeastaan vasta alkaa (emt.; Glaser 1978: 39;

to research in a step-by-step fashion.” Kolmannessa painoksessa Corbin esittää edellisen painoksen väitteen henkilökohtaisena vetoomuksena: “*The Basics of Qualitative Research*, Third Edition, is not a recipe for doing qualitative research and I would be offended if it is viewed as such.”

Clarke 1997: 65). Glaser (1978) muodostaa herkistävät käsitteet aineistolähtöisesti, kun taas esimerkiksi Clarke (1997) käyttää herkistävinä käsitteinä sosiaalisen interaktionismin teorioista nousevia käsitteitä. Herkistävien käsitteiden alkuperä voi siis vaihdella tutkimustarpeen ja tilanteen mukaan.

GT:ssä voidaan käyttää aineistona mitä tahansa laadullista aineistoa (Glaser 2009: 15), muun muassa haastatteluja, havainnointia, videoita, dokumentteja, piirroksia, päiväkirjoja, muistiinpanoja ja historiallisia dokumentteja. Charmazin (2006: 16–17) mukaan monet tekijät vaikuttavat aina tutkijan näkökulmaan ja siihen, miten hän muotoilee tutkimuskysymykset, kuuntelee haastateltavia, katsoo aineistoa ja analysoi sitä. Keskeiset aineiston arvioinnissa huomioonotettavat tekijät ovat sen rikkaus ja laatu suhteessa tutkimuskysymyksiin ja käyttökelpoisuus tulkintojen tekemisessä (Charmaz 2006: 16; Glaser 2009: 17). Charmaz (2006: 18) asettaa tutkimusaineistolle kriteereitä, joiden saavuttamisessa tutkijalla on merkittävä osuus. Yksi tärkeä kriteeri on *aineiston rikkaus*, joka on (emt.) aineistolähtöisen teorian muodostuksessa aineiston määrää tärkeämpi tekijä. Vaikka aineiston määrä sinänsä ei olekaan ratkaiseva tekijä, tulisi aineistonkeruun menetelmästä riippumatta kerätä riittävästi aiheeseen sopivaa ja kohdetta monipuolisesti kuvaavaa aineistoa.

GT:ssä aineistoa analysoidaan alustavan eli aineistolähtöisen koodauksen (substantive coding) sekä teoreettiseen koodaukseen (theoretical coding) eli koodien keskinäisten suhteiden selvittämisen avulla (Glaser 2005: 1–15; 1978: 37–44). *Aineistolähtöistä koodausta* käytetään aineiston jäsentämiseen, aineisto-osien kokoamiseen ja valintojen tekemiseen (vrt. Charmaz 2006: 43; Glaser 1978: 55–72).¹⁰ Alustava koodaus voidaan tehdä myös tietokoneavusteisesti laadullisen aineiston analyysiohjelmaa hyödyntäen, esimerkiksi Atlas/ti -analyysiohjelmaa (Seppänen-Järvelä 1999: 45–47) tai CAQDAS-ohjelmalla (Charmaz 2013: 314–315). Teoreettisessa koodauksessa tutkija avautuu ulospäin aineiston ulkopuolisen materiaalin avulla (Glaser 2005). Viime vuosina on alettu suhtautua aiempaa vapaammin myös kirjallisuuden ja teoreettisten viitekehysten käyttöön jo alustavan koodauksen aikana (Corbin & Strauss 2008: 19–43).

Teoreettisella koodauksella (theoretical coding) tarkoitetaan teoreettisesta otannasta jatkuvan systemaattisen vertailuprosessin kautta muotoutuneiden kategorioiden vertailua ulkopuoliseen materiaaliin (Glaser 1978: 72–82; 2005; Charmaz 2006: 57–60). Teoreettista vertailua käytetään teorian rakentamisaikavaiheessa (Glaser 2005) uusien käsitteiden ja hypoteesien löytämiseksi teoreettisesta otannasta, mikä edellyttää teoreettista sensitiivisyyttä (Glaser 1978; Corbin & Strauss 2008: 32–35). Charmaz (2006: 103) korostaa oppi-isiä voimakkaammin jatkuvan ana-

10. Alustavia koodaustapoja ovat avoin koodaus (open coding), valikoiva koodaus (selective coding) tai keskitetty koodaus (focused coding) sekä pitkittäiskoodaus (axial coding).

lyyttisen vertailun aikana tapahtuvan teoreettisen vertailun merkitystä teorian rakentamisessa. Se edellyttää antautumista jatkuvaan ja pitkäjänteiseen prosessiin, jossa aikaisemmat käsitykset luovat taustan ilmiöiden ymmärtämiselle aineiston ulkopuolisen materiaalin valossa. Tällainen uusille ajatuksille avoin ajattelutapa auttaa tutkijaa rikkomaan asteittain aikaisempien käsitysten rajoja ja näkemään niiden puutteita. (Charmaz 2013: 295; Hakkarainen & Paavola 2006: 282.) Tutkija tarvitsee sitä etenkin koodauksen aikana, jolloin on pidettävä mieli avoimena ja herkkänä uusille ajatuksille. Tutkijan tärkeänä työvälineenä koko GT-tutkimusprosessin ajan ovat vapaamuotoisesti kirjatut *memot* eli analyttiset muistiinpanot. Niiden tarkoituksena on yhtäältä kiinnittää tutkijan ajatukset aineistoon, olemaan avoin uusille ajatuksille sekä auttaa nousemaan korkeammalle abstraktiotasolle (Glaser 1978: 81–92; Charmaz 2006: 72–95; Corbin & Strauss 2008: 117–141).

Erityisesti Glaser on korostanut, että tutkijan tulee luoda tutkimuskohtaisesti siinä käytettävä koodausjärjestelmä (Glaser 2005: 3–4; 2001: 114; Eriksson & Koistinen 2005: 31). Aineistolähtöisessä koodausjärjestelmässä tutkija luo aineiston perusteella tarkoituksenmukaisen analyttisiin vertailutapoihin perustuvan prosessin teorian rakentamiseksi (vrt. Glaser 2001: 111–115). Tässä tutkimuksessa olen koonnut käyttämäni aineiston vertailutavat ja rakentanut teorianmuodostukseen tähtäävän synteesisprosessin aineistolähtöisesti.

GT-metodologioiden moninaisuutta kuvaavat hyvin sen erilaiset käyttötavat jo suomalaisissa tutkimuksissa. From (2010: 26) on soveltanut tutkimukseensa sekä straussilaista että glaserilaista tutkimusotetta. Siltala (2010: 10, 41) on käyttänyt GT:tä tutkimusstrategiana, tutkimusmenetelmänä ja analyysimenetelmänä, jonka avulla hän on yhdistänyt hajallaan olleet tutkimusosiot ja -teoriat yhteen aineistopohjaiseksi teoriaksi. Kuusisto (2010) on pyrkinyt nimenomaan GT:n käyttöön, mutta sen ohella hän on ottanut vaikutteita myös muista menetelmistä. Valokivi (2008: 31–32) on ottanut GT:stä vain vaikutteita fenomenografisen tutkimuksen sisällä aineiston kategorisoinnin yhteydessä. Potinkara (2004) on käyttänyt GT:tä aineiston analyysiin ja sen pohjalta aineistolähtöisen teorian muodostukseen. Siitonen (1999: 28) on toteuttanut GT:n avulla aineiston keruun, analyysin ja tulkinnan. Seppänen-Järvelä (1999: 35) on soveltanut GT:tä tutkimuksen metodologiana empiristiseen tutkimukseen, jossa tutkimusprosessia ei jatkettu teorian muokkaamiseen.

GT-tutkimusta on käytetty laajalti eri tieteenaloilla (Morse 2009: 13) ja Suomessakin ainakin 1990-luvulta lähtien muun muassa hoitotieteen, liiketalouden sekä kauppa- ja hallintotieteiden, kasvatustieteiden, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden sekä sosiaalityön, sosiaalipolitiikan, musiikkiterapian, psykologian ja erityispedagogiikan tutkimuksissa. Tutkimuskohteina edellä viitatuissa tutkimuksissa ovat olleet muun muassa vuorovaikutus, toiminta, yhteistoiminta, yhteistyö, asiakkuus, ammatillinen kasvu ja kehittämisprosessit. Kansainvälisissä tutkimuksissa kohteena ovat olleet muun muassa pitkäaikaissairauden kokemus suhteessa aikaan (Charmaz

1997), kroonisen kivun hallinta (Baszanger 1997: 1–34) sekä ajallisuuden ja identiteetin menettäminen Alzheimerin taudin takia (Orona 1997: 171–196).

4.3 Alustava käsitys ja herkistävät käsitteet

Terapeuttista yhteistoimintaa koskeva alustava käsitykseni muodostui tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa¹¹, jossa tutkimuskontekstina oli omasta työstäni noussut yksi toimintaterapiasuhte (Harra 2005: 6–24). Tuolloin tutkimuksen kohteena oli asiakkaan ja minun yhdessä suunnittelema ja toteuttama toiminta, josta muodostimme yhdessä yhteistä ymmärrystä ja jaettuja käsityksiä. Keräsin kokemukseen perustuvaa aineistoa monimetodisesti muun muassa havainnoimalla ja keskustelemalla asiakkaani ja hänen vanhempiansa kanssa. Asiakkaan isä tallensi terapia-tilanteitamme videolle, kirjoitimme yhdessä terapiapäiväkirjaa, ja lisäksi pidin omaa tutkimuspäiväkirjaa. Terapiapäiväkirjaan kirjoitettaessa ehdotin virke kerrallaan kuvausta siitä, mitä olimme tehneet, mitä erikoisjärjestelyjä siihen oli liittynyt, miten asiakas oli suoriutunut ja miten asetetut tavoitteet ja lopputulos olivat onnistuneet. Jokaisen virkkeen jälkeen asiakas hyväksyi tai hylkäsi ehdotukseni tai pyysi siihen korjausta, jolloin yritin etsiä toisenlaista muotoilua asialle tai etsiä muita asioita, jotka asiakas halusi mainittavan. Lopuksi asiakas kuvasi vielä kuvasymbolien avulla tunnelmiaan, jotka yleensä olivat: innostunut, iloinen ja onnellinen.

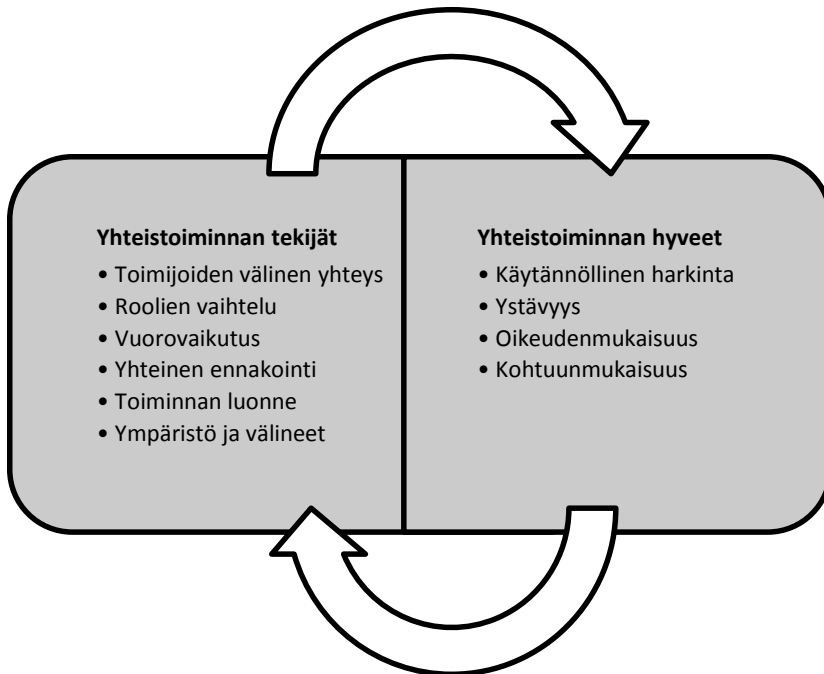
Tein tilanteista myös omia tulkintoja ja kirjoitin oman toimintani reflektioita. Esimerkiksi keskeiset videoaineistolle esittämäni kysymykset olivat: ”Mitä tässä oikeastaan tapahtuu?” ja ”Mitä ehtoja terapeuttiseen toimintaan liittyy?” (Harra 2005: 15). Kysymysten avulla halusin päästä kohti toiminta- ja kokemuskaskeista fenomenologista analyysia, jossa henkilöiden ja persoonien sijaan *korostuvat liikkeet, se mitä tehdään ja miten toimijat ovat suhteessa toisiinsa sekä tilaan ja välineisiin*. Tutkimustapani oli tässä vaiheessa vahvasti aineistolähtöinen, sillä myös tutkimuskysymykseni nousivat omista kokemuksistani ja pyrkimyksistäni päästä hyviin tuloksiin terapiatyössä.

Fenomenologisesti ohjautuneessa lähestymistavassani oli jo tuolloin havaittavissa konstruktionistista otetta, sillä keskustelin tulkinnoistani tutkimuksen edetessä asiakkaan ja hänen vanhempiansa kanssa. He olivat eläneet yhteistoimintaa kanssani, ja heillä oli olemassa siitä myös omat kokemuksensa ja käsityksensä. Pidin heidän näkemyksiään tärkeinä myös tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tutkimuksen viimeistelyvaiheessa he tarkistivat ja kommentoivat käsikirjoitusta ja tekivät siihen muutosehdotuksia. He osallistuivat myös Tampereen yliopiston

11. GT:ssä tämän voisi tulkita avoimen koodauksen vaiheeksi.

filosofian pääaineessa pidettyyn lisensiaatintutkielmani tarkastustilaisuuteen. Terapiasuhde jatkui tämän jälkeen vielä muutamia vuosia.

Alustava käsitykseni muodostui *yhteistoiminnan ehdoista*, jotka olivat toimijoiden välinen yhteys, vuorovaikutus, yhteinen ennakointi, roolien vaihtelu, välineiden merkitys ja toiminnan luonne, sekä terapeuttisessa *yhteistoiminnassa tarvittavista hyveistä*, jotka olivat käytännöllinen harkinta, oikeudenmukaisuus, kohtuunmukaisuus ja ystävyys. Tunnistin hyveet abduktiivisen ajattelun avulla hyödyntämällä pro gradu -tutkielmastani tuttua Aristoteleen (1989) hyve-etiikkaa.



Kuva 1. Alustava käsitys terapeuttisesta yhteistoiminnasta.

Alustavan käsitykseni mukaan toimijoiden välinen yhteys tarkoittaa sitä, että toimijat ovat terapiatilanteessa koko ajan jollakin tavoin yhteydessä toisiinsa joko kosketuksen, katseen tai äänen avulla. *Vuorovaikutuksessa* osallistujat toimivat itsenäisinä ihmisinä lähettäen ja vastaanottaen viestejä, jolloin he sekä kuuntelevat ja tulevat kuulluksi. *Yhteisen ennakoinnin* kautta kaikki toimintaan osallistuvat tulevat etukäteen tietoisiksi siitä, mitä tilanteessa tulee tapahtumaan. *Roolien vaihtelu* tarkoittaa sitä, että osallistujat ottavat toiminnan aikana erilaisia rooleja ja toimivat esimerkiksi johtajina, seurailijoina ja osallistujina. *Välineiden ja ympäristön merkitys* voi vaihdella toiminnan edistämiseen sen hankaloittamiseen. Välineiden käytön keskiössä ovat yhtäältä välineen käytettävyys ja toisaalta toimijan kyky käyttää sekä hyödyntää sitä – esimerkkinä tästä toimijan kyky ottaa kuorimaveitsestä oikea ote ja käyttää

kuorimaveistä asianmukaisella tavalla. *Toiminnan luonteen* tunnistaminen pohjautui toiminnan ja tekemisen erottamiseen, jossa tukeuduin jo ennalta tuntemiini teorioihin, kuten Aristoteles (1989). Tekemisen tunnistaa siitä, että siinä tavoitellaan erillistä päämäärää tai asiantilaa, kun taas toiminta sisältää päämäärän itsessään. Tekemisen päämäärä voi olla tilannekohtainen tavoiteltu asiantila tai tuote (vrt. Trombly 1995), kuten esimerkiksi nakkikeiton valmistus, mutta se voi olla myös isompi kokonaisuus, jolla on laajempaa merkitystä toimijan elämälle (vrt. McLaughlin Gray 1998), kuten esimerkiksi valmius huolehtia omasta ruokataloudesta tai itsenäisyys päivittäisissä toimissa. Terapiatyön näkökulmasta oletukseni on, että tilanteesta riippuen sekä tekemistä että toimintaa voidaan käyttää terapeuttisesti.

Alustavassa käsityksessäni (Harra 2005) *käytännöllisen harkinnan hyve* tarkoitti sitä, että toimijat harkitsevat ja valitsevat yhdessä toiminnan tavoitteen, ottavat huomioon toteutuksessa vaikuttavia tekijöitä ja pohtivat yhdessä myös toimintansa seurauksia. *Oikeudenmukaisuuden hyve* tarkoitti avoimuutta ja luottamusta siihen, että osallistujat sitoutuvat toimintaan ja hoitavat oman osuutensa yhdessä laaditun sopimuksen mukaan. *Kohtuunmukaisuuden hyve* tarkoitti sitä, että toimijat voivat joissakin tilanteissa myös luopua tietoisesti omista oikeuksistaan sekä olla armeliaita itselleen ja toisilleen, jos eivät kykenekään toteuttamaan omaa osuuttaan. *Ystävyyden hyve* tarkoittaa molemminpuolista hyvän tahtomista ja tekemistä toiselle. (Vrt. Aristoteles 1989.)

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen jälkeen jatkoin terapeuttisen yhteistoiminnan alustavan käsityksen kehittelyä ja päädyin täydentämään edellä esitettyjä ehtoja ja hyveitä viidellä yhteistoimintaa koskevalla väitteellä:

- 1) Yhteistoimintaan osallistuu vähintään kaksi toimijaa.
- 2) Terapeuttinen yhteistoiminta edellyttää toisen ihmisen olemassaolon havaitsemista, tuntemista, luottamusta sekä molemminpuolista hyvän tahtomista toiselle.
- 3) Yhteistoiminnassa toimijoilla on yhteinen päämäärä tai tavoite. Yhteistä päämäärää etsiessään ja tavoitellessaan toimijat keskustelevat, tekevät valintoja ja havaittavissa olevia tekoja yhdessä.
- 4) Terapeuttiseen yhteistoimintaan panostaminen ja siitä saatavan hyödyn ja vastuun jako perustuvat oikeudenmukaisuuden hyveeseen.
- 5) Kohtuunmukaisuuden ansiosta terapeuttiseen yhteistoimintaan osallistuvat selviytyvät myös ennalta-arvaamattomista ristiriita- ja ongelmatilanteista sopuisasti. (Harra 2011.)

Alustavaa käsitystä muodostaessani en vielä tiennyt, miten tutkimus tulee etene-mään, vaikka koko ajan mielessäni onkin ollut kirkkaana pragmaattinen pyrkimys käytäntöä palvelevan teorian muodostamisesta. Tämän tutkimuksen lopussa tulen

uusien tutkimustulosten pohjalta tarkastelemaan ja tarvittaessa muokkaamaan yllä esitettyjä väitteitä.

4.4 Tutkimusasetelma

Esittelen tässä jaksossa tutkimukseni tieteenfilosofiset lähtökohdat sekä tutkimukseni päävaiheet. Tutkimuskirjallisuudessa tutkijoilla on tapana kuvata omia tieteenfilosofisia lähtökohtia rakentamalla vertailuja eri tieteenfilosofioiden välillä (esimerkiksi Cuba & Lincoln 2005; Creswell 2007; Ratle 2010), mutta tieteenfilosofisten lähtökohtien tarkastelua ei ole pidetty GT:ssa aineistolähtöisen tutkimuksen oikeuttamisen kannalta tarpeellisena (Glaser 2005: 145–146). Vaikka GT-tutkimuksen parissa painotetaan yhteyttä pragmatistiseen tieteenfilosofiaan (emt.), pragmaattisesti virittyneen tutkimuksen lähtökohtia ei kuitenkaan yleensä ole avattu (Nathaniel 2011: 187–190). Pragmatismiin nojaavat tieteenfilosofiset taustaoletukseni ovat ohjanneet tutkimukseni toteutusta niin vahvasti, että katson aiheelliseksi kuvata ne tässä lyhyesti.

Charmaz (2008: 470) näkee itse edustamansa lähestymistavan konstruktivistisena ja on sijoittanut sekä Glaserin (2005: 142) että Strauss & Corbinin (1998: 171) positivistiseksi suuntaukseksi, vaikka jälkimmäiset itse pitävät suuntauksiaan pragmatistisina. Olen sijoittanut omat, pragmatistiset perusolettamukseni Charmazin luokittelujen välille. (Taulukko 1.) Lähestymistapani perustuu kahdella tasolla pyrkimykseen ratkaista ongelmia. Tämän oivaltamisessa minua on auttanut Laudanin (1996) pragmatistiseen ajatteluun perustuva ongelmanratkaisumalli, jota voidaan käyttää sekä käsitteellisten (tämän tutkimuksen ongelma) että käytännön ongelmien (asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma) ratkaisemisessa.¹² Oman käsitykseni mukaan ongelma ei sinänsä ole nykytilanteessa eikä tulevaisuudessa, vaan se on niiden väliin jäävässä aukossa, jonka täyttämiseksi tarvitaan joko asiantilojen tai käsitteiden konkreettista muutosta.

Yhdessä tehtävää, muutokseen tähtäävää ongelmanratkaisua voidaan kuvata yhteiseen kohteeseen tähtäävän tiedonluomisen eli dialogin avulla. Dialogi perustuu sellaiseen pragmatismiin, jossa epistemologinen päähuomio kiinnitetään oman näkökulman oikeuttamisen sijaan uuden tiedon tuottamiseen ja muuttumiseen sekä oletukseen siitä, että tietoon liittyvät asiat kietoutuvat yhteen muun muassa

12. Laudanin (1996: 9–17) ongelmanratkaisumallissa pidetään tärkeänä, että osallistujien taustaoletuksista keskustellaan jo ennen kuin keskinäisiä kiistoja ja ristiriitaisuuksia ilmenee. Ongelman ratkaisemiseksi kerätään tietoa monista eri näkökulmista ja sitä yhdistetään käyttökelpoisen ja tehokkaan ratkaisun löytämiseksi. Ongelman ratkaisun onnistumisen kriteerinä pidetään sen kykyä ratkaista maksimaalinen määrä käsitteellisiä tai empiirisiä ongelmia aiheuttamalla minimaalinen määrä poikkeamia (Laudan 1996: 78–80).

yhteisöllisyyden ja toiminnan kanssa. Siinä toimijan oma osaaminen ja idea suhteutetaan yhtä aikaa sekä yhteiseen kohteeseen että muiden käsityksiin kohteesta. (Paavola & Hakkarainen 2008.) Pragmatismien mukaan todellisuus on jatkuvasti muuttuva ja tietäjälle aina jossain määrin määrittelemättömäksi jäävä, mutta siitä voi saada otteen kokemuksen kautta (Dewey 1999: 256). Tästä syystä ongelman selvittelyyn ja ratkaisemiseen kannattaa ottaa mukaan useampia toimijoita, jotta toimintaa koskevaa tietoa saataisiin kerättyä useammasta eri näkökulmasta käsin. Ongelmanratkaisun hyvyys saadaan selville vain koetteluun avulla, ja sillä on aina olemassa seurauksensa. Siksi ongelmanratkaisussa tosiasiat ja arvot kuuluvat yhteen. (Vrt. Charmaz 2009: 139.)

Taulukko 8. Tämän tutkimuksen perusolettamukset (soveltaen Charmaz 2008: 470).

Oletus	Positivistinen GT	Pragmatistiset taustaoletukseni	Konstruktivistinen GT
Ontologia	On olemassa yksi ulkopuolinen todellisuus.	Todellisuus on koettava ja muokattavissa oleva.	Toimijoilla on eri todellisuuksia.
Epistemologia	Todellisuutta koskevaa tietoa voidaan löytää.	Toimijat rakentavat todellisuutta koskevaa tietoa keskustelussa ja toiminnassa.	Todellisuutta koskevaa tietoa rakennetaan vuorovaikutuksessa.
Metodologia	Käsitteellistämiset syntyvät aineistosta.	Tutkijalla on etuoikeutettu pääsy toisten toimijoiden todellisuuksiin. Tutkija rakentaa kategoriat systemaattisen vertailun ja synteessin avulla vuoropuhelussa toisten toimijoiden ja aiempien tutkimusten kanssa.	Tutkija rakentaa kategoriat.
Aineiston edustavuus	Aineiston edustavuus on ongelmatonta.	Tutkijan tekemät rajaukset (keskustelun osallistujien valinta ja herkistävät käsitteet) vaikuttavat aineiston rikkauteen.	Aineiston edustavuus on ongelmallista, suhteellista, situationaalista ja osittaista.
Tutkija osuus aineiston tuottamisessa	Tutkija on neutraali, passiivinen ja luotettava.	Aineiston tuottamisessa tutkija pyrkii olemaan tietoinen omasta toiminnastaan tehdäkseen tilaa toisten käsityksille ja kokemuksille.	Tutkijan arvot, painotukset, asemat ja teot määrittävät aineiston tuottamista.
Analyysi-prosessin luotettavuus	Aineiston analyysi on objektiivinen prosessi.	Aineiston analyysissä tutkija pyrkii olemaan tietoinen omasta toiminnastaan tehdäkseen tilaa toisten käsityksille ja kokemuksille.	Tutkija myöntää aineiston analyysin subjektiivisuuden, tunnustaa aineiston yhteisrakentamisen sekä harjoittaa refleksiivisyyttä.

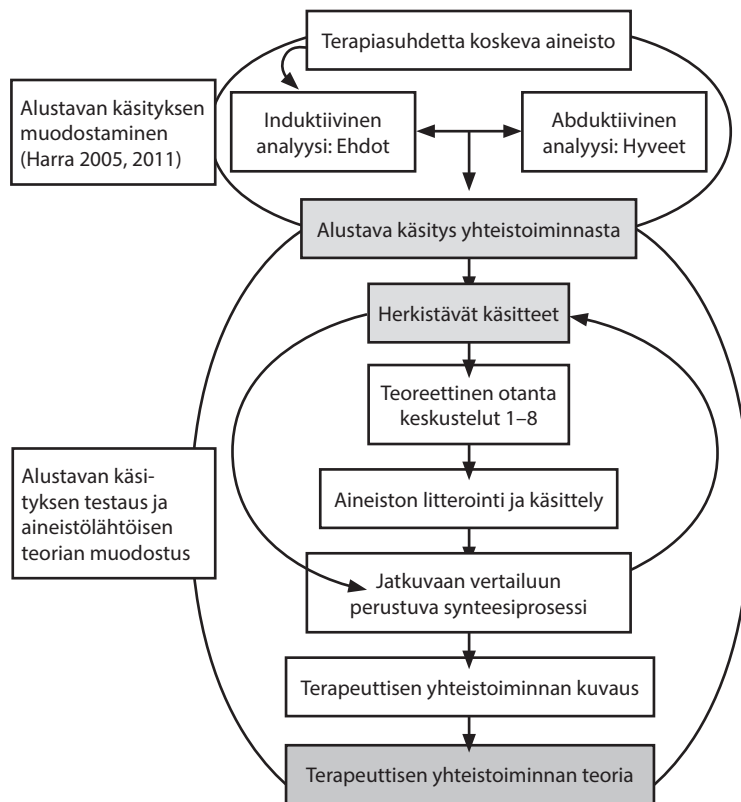
Osallistujien osuus analyysissa	Tutkijan näkökulma on etusijalla.	Tutkija kuvaa toisten käsityksiä ja kokemuksia ja yhdistää ne muuhun materiaaliin yhtenäisen teorian luomiseksi.	Tutkija etsii osallistujien näkökulmia ja ääntä olennaisena osana analyysiä.
Tiedon yleistettävyyden/soveltaminen	Tavoitteena ovat kontekstivapaat yleistykset.	Tutkija tavoittelee ymmärrettävää, käytökelpoista, siirrettävissä olevaa ja eettisesti kestävä teoriaa.	Tutkija näkee yleistykset osittaisina, ehdollisina, aikaan, paikkaan, asemaan, toimintaan ja vuorovaikutukseen sidottuina.
Tutkijan vastuu	Tavoitteena on arvopaa tieto.	Tutkijan eettinen vastuu määrittyy hänen pääsystään toisten todellisuuksiin. Tutkimuksen eettiset tavoitteet määrittyvät vuoropuhelussa toisten kanssa.	Tutkijan vastuulla on omien arvojen reflektointi ja julkituominen.

Kuvattaessa yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen ei-positivistisia tieteenfilosofisia taustaoletuksia on samalla kuvattava tietoisesti toimivia toimijoita. Ontologian (todellisuuskäsitystä) ja epistemologian (tiedon käsitystä) erottaminen toisistaan on hankalaa, koska ontologian yhteydessä on jo sanottava jotain myös tietämisestä. Olen ratkaissut tämän Deweyn (1999) koetun todellisuuden avulla. Tällöin se, että toimijoilla on erilaisia näkemyksiä ja käsityksiä, johtuu siitä, että heillä on eri kokemuksia itsestään, muista ihmisistä, käytännön toiminnasta, sosiaalisesta todellisuudesta ja luonnosta. Tämän tutkimuksen kannalta on keskeistä, että tutkijana minulla on erityinen, etuoikeutettu pääsy toisten toimijoiden todellisuuksiin. Tutkimuksen aineiston kokoaminen keskustelemalla on edellyttänyt, että olen saanut toisilta myönteisen vastauksen kutsuuni tulla tutkimuksen osallistujaksi. Tietyn alan asiantuntijuutta koskevassa tutkimuksessa myönteinen vastaus edellyttää tutkijuuden lisäksi, että tutkijana olen myös tämän alan asiantuntija. Tässä tutkimuksessa asiantuntija-tutkijan rooli on ollut keskeinen alustavan käsityksen kehittämisessä ja sitä koetelleissa asiantuntijakeskusteluissa sekä jatkuvaan vertailuun perustuvassa analyysivaiheessa.

Charmazin (2008) tekemässä positivistisen ja konstruktivistien GT:n luokittelussa ei ollut huomioitu lainkaan eettistä näkemystä. Tämän lisääminen tuntui välttämättömältä, ensinnäkin siksi, että koin olleeni etuoikeutetussa asemassa päästessäni tutkimaan toimija-asiantuntijoiden kokemusmaailmaa. Toiseksi tavoitteenani on ollut käytännön toimintaa edistävän teorian tuottaminen, mikä asettaa minulle tutkijana erityisen vastuun. Tällöin en tutkijana voi yksin, pelkän oman kokemukseni nojalla määrittää, mikä on käytännön toiminnan edistäminen. Sitä merkittävämpänä on nähtävä, että teoria nojaa vuoropuhelulle toisten asiantuntijoiden kanssa sekä muulle, aineiston ulkopuoliselle materiaalille.

Tässä tutkimuksessa tavoitteeni on tuottaa terapeutin ja asiakkaan välistä yhteistoimintaa koskeva aineistolähtöinen teoria, joka vastaa mahdollisimman hyvin

terapeuttien käytännön tarpeisiin erilaisissa yhteyksissä. Olen aiemmin muodostanut alustavan käsitykseni terapeuttisesta yhteistoiminnasta reflektoidulla yhtä pitkäkestoista asiakassuhdettani (Harra 2005; 2011). Aineistolähtöisen analyysin tulokseksi muodostuivat terapeuttisen yhteistoiminnan ehdot, ja abduktiivisen ajattelun tuloksena hahmottuivat terapeuttisen yhteistoiminnan hyveet. Yhdessä ne muodostavat alustavan käsityksen terapeuttisesta yhteistoiminnasta. Tässä tutkimuksessa ne toimivat herkistävänä käsitteinä, jotka ohjaavat teoreettista otantaa. Kehitän alustavaa käsitystäni teoreettisessa otannassa, joka koostuu kahdeksasta ryhmäkeskustelusta erilaisissa toimintaympäristöissä ja erilaisten asiakkaiden kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien kanssa. Teoreettinen otanta muodostaa tämän tutkimuksen aineiston, joka on litteroitu ja käsitelty analysoitavana muotoon.



Kuva 2. Tutkimuksen päävaiheet.

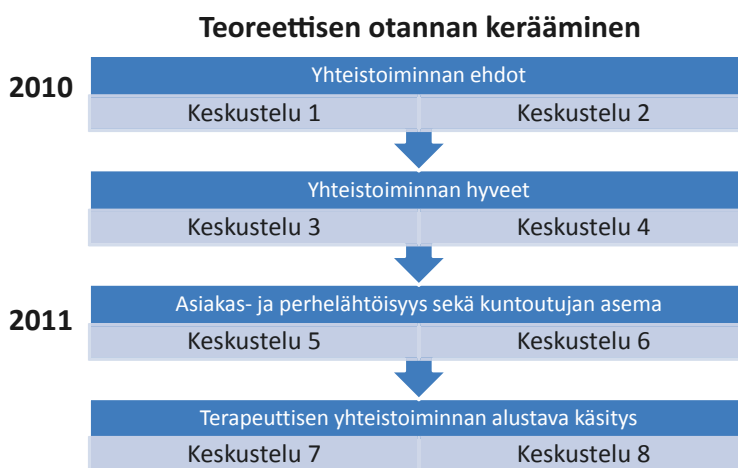
Kahdeksan ryhmäkeskustelun analyysi ja kokoaminen (synteesi) aineistolähtöiseksi teoriaksi on tapahtunut vaiheittain jatkuvaan vertailuun perustuvan synteesiprosessin avulla. Synteesiprosessin tuloksena on syntynyt ensin terapeuttisen yhteistoiminnan kuvaus, jota olen teorian muodostusvaiheessa täydentänyt

ja tarkentanut aineiston ulkopuolisella materiaalilla eli muun muassa memoilla (tutkimusprosessin aikana tekemiäni muistiinpanojen ja piirrosten) sekä muulla kirjallisuudella. Pyrin tämän prosessin aikana saamaan esille erilaisia, myös alustavasta käsityksestä tai keskustelijoiden kesken poikkeavia ja mahdollisesti ristiriitaisiakin käsityksiä, jotka auttavat uskottavan ja käyttökelpoisen teorian rakentamista, sillä tavoitteeni on tuottaa terapeuttisesta yhteistoiminnasta ristiriidaton sekä aiempaa tarkempi ja laajemmin sovellettavissa oleva teoria.

5. Teoreettisten ryhmäkeskustelujen toteutus

Tässä tutkimuksessa alustavan käsityksen koettelu on tuotettu teoreettisissa ryhmäkeskusteluissa herkistävien käsitteiden avulla. Valtosen (2009: 223–224) mukaan ryhmähaastattelussa vuorovaikutus painottuu tutkijan ja kunkin osallistujan välille, kun taas ryhmäkeskustelussa tutkija pyrkii saamaan aikaan osallistujien välistä keskustelua esimerkiksi virikemateriaalien kautta. Herkistävien käsitteiden avulla käydyt ryhmäkeskustelut toteutuivat pikemminkin keskusteluna kuin haastatteluna.

Keräsin teoreettisen otannan kahdeksassa ryhmäkeskustelussa herkistävien käsitteiden avulla kahtena vuonna (2010 ja 2011). Ensimmäisissä ryhmäkeskusteluissa herkistävinä käsitteinä toimivat alustavan käsitykseni ehdot ja hyveet.¹³ Vuonna 2011 käytin niiden lisäksi myös ensimmäisissä keskusteluissa esiinnousteemoja, jotka olivat asiakas- ja perhelähtöisyys sekä kuntoutujan asema. Teoreettisen otannan eteneminen on esitetty alla olevassa kuvassa.



Kuva 3. Teoreettisen otannan keräämisprosessi.

Ensimmäistä ja toista keskustelua ohjasivat herkistävinä käsitteinä alustavassa käsityksessäni (Harra 2005) kuvatut terapeuttisen yhteistoiminnan ehdot: ennakointi, vuorovaikutus, roolien vaihtelu, toimijoiden välinen yhteys sekä ympäristö ja

13. Toimijoiden välinen yhteys, vuorovaikutus, yhteinen ennakointi, roolien vaihtelu, välineiden merkitys, toiminnan luonne käytännöllinen harkinta, oikeudenmukaisuus, kohtuunmukaisuus ja ystävyys.

välineet. Keskustelun virittämiseksi esittelin yhden ehdon kerrallaan, jonka jälkeen avasin siitä avoimen keskustelun. Keskusteluissa terapeutit pohtivat monipuolisesti kunkin ehdon toteutumismahdollisuuksia ja vaikutuksia omassa työssään. *Kolmatta ja neljättä keskustelua* ohjasivat herkistävänä käsitteinä yhteistoiminnan hyveet: käytännöllinen harkinta, oikeudenmukaisuus, ystävyyden ja kohtuunmukaisuus.

Viidennessä ja kuudennessa keskustelussa hain täydennystä edellisten keskustelujen tuottamille aineistoille. Aiemmissa keskusteluissa oli useampaan kertaan puhuttu asiakaslähtöisyydestä, perhelähtöisyydestä ja kumppanuudesta, ja halusin vielä tarkentaa niihin liittyviä käsityksiä sekä selkeyttää niiden yhteyttä terapeutiseen yhteistoimintaan. Otin keskustelun virittäjiksi ja herkistäviksi käsitteiksi kolme kuntoutusta keskeisesti ohjaavaa käsitettä ja niiden määrittelyä.¹⁴ Käsitteet olivat kuntoutujan asema (Valtioneuvosto 2002) sekä asiakaslähtöisyys ja perhekeskeisyys (Paltamaa et al. 2011: 16, 36–37).

Seitsemännessä ja kahdeksannessa keskustelussa halusin vielä tarkistaa, millaista täydennystä ja keskustelua terapeutin yhteistoiminnan alustava käsitys (Harra 2011) tuottaisi. Lähetin terapeutista yhteistoimintaa koskevan kuvauksen osallistujille sähköpostitse ensimmäisen keskustelun jälkeen, jotta he saattoivat halutessaan tutustua siihen ennen keskustelua. Kuvaan seuraavissa alaluvuissa tutkimuksen osallistujat, tiedontuottamisen toteutuksen sekä aineiston valmistelun analyysia varten.

5.1 Osallistujat

Vuonna 2010 kutsuin keskusteluihin kuusi kokenutta ja vapaaehtoista toimintaterapeuttia. Toisella keskustelukierroksella vuonna 2011 Suomen Toimintaterapeuttiliiton toiminnanjohtaja, Leila Mäkelä, kutsui pyynnöstäni ryhmäkeskusteluihin sähköisen keskusteluverkoston (Toinet) kautta yli viisi vuotta toimintaterapeutin ammatissa työskennelleitä henkilöitä. Koska avoin kutsu ei tuottanut riittävästi keskustelijoita, toiminnanjohtaja otti vielä suoraan yhteyttä potentiaalisiin henkilöihin. Odottelin ilmoittautumisia noin kaksi kuukautta. Seitsemän vapaaehtoista keskustelijaa ilmoittautui suoraan minulle, minkä jälkeen toimitin heille keskustelutiedotteen (Liite 1). Kaikki halukkaaksi ilmoittautuneet (n=13) osallistuivat keskusteluihin. Kaikki olivat Etelä-Suomessa asuvia naisia, joilla oli toimintaterapeutin ammattillinen tutkinto. Koulutustaso vaihteli ammattitutkinnosta yliopistossa suoritettuun ylempään korkeakoulututkintoon.

Vuoden 2010 keskusteluihin osallistuneiden kokemus toimintaterapiasta vaihteli 7–35 vuoden välillä. Keskustelun ajankohtana heillä oli monipuolista työko-

14. Tämä menettely sopii yhteen ainakin Clarken (1997) käsityksen kanssa siitä, että herkistävät käsitteet voidaan ottaa myös muusta kirjallisuudesta.

kemusta yhteensä 97 vuotta. Vuonna 2011 osallistujien työkokemus vaihteli 4–36 vuoden välillä. Osallistujilla oli työkokemusta yhteensä noin 146 vuotta. Terapeuteilla on kokemusta terapiatyöstä yhteensä 243 vuotta, joten voidaan olettaa, että kokonaisuudessaan heillä on tutkimuksen kannalta riittävän pitkä ja monipuolinen kokemus toimintaterapiasta. Kokonaisuudessaan selvästi heikoimmaksi kokemusalueeksi oli jäämässä psykiatria, sillä toisella psykiatrian alalla työskentelevällä terapeutilla oli kokemusta hiukan alle tavoitteeksi asetetun kriteerin (5 vuotta). Pidän tärkeänä saada hänet mukaan keskustelijaksi.

Taulukko 9. Yhteenvedo keskusteluihin osallistuneiden työkokemuksen määrästä ja monipuolisuudesta sekä toimintaympäristöistä.

Erikoisalat	Osallistujien määrä	Työkokemus	Organisaatiotyypit	Osallistujien määrä	Työkokemus
Aikuiset ja ikääntyneet	5	110 v	Yksityinen sektori: elinkeinoharjoittaja (2) laitoksessa työskenteleviä (2)	4	81 v
Aikuispsykiatria:	2	36 v	Erikoissairaanhoito	5	68 v
Lapset	6	97 v	Perusterveydenhuolto	4	94 v
Yhteensä	13	243	Yhteensä	13	243 v

Taulukosta 9 näkyy, että sattumanvaraisesti kootussa osallistujien joukossa ovat eri organisaatiotyypit tasaisesti edustettuna. Aikuiden ja lasten kanssa työskentelevien suhde on myös hyvä (7/6). Psykiatrian alueella työskentelevien määrä ja siten myös siltä alueelta kertyvä työkokemuksen määrä jäävät selvästi muita pienemmäksi, mikä saattaa vaikuttaa yhteistoiminnan kuvauksia koskevaan monipuolisuuteen.

Osallistujien valinnalla on ollut merkitystä juuri sisällöllisestä näkökulmasta, sillä edustavuuden sijaan pyrkimyksenä on ollut mahdollisimman runsas ja rikas aineisto (vrt. Charmaz 2009: 13–21, 109). Koska alustava käsitykseni perustui vain yhteen toimintaterapiasuhteeseen, halusin tässä vaiheessa kuulla useampien kokeneiden toimintaterapeuttien kokemuksia ja käsityksiä. Oletukseni oli, että yli viisi vuotta työssään toimineelle terapeutille on kertynyt runsaasti erilaisia kokemuksia terapiatyöstä sekä monenlaisista asiakastapauksista, tilanteista ja prosesseista. Unsworthin (2001) tutkimuksen mukaan kokeneilla terapeuteilla on paremmat valmiudet pohdita vuorovaikutusta ja tulevaisuutta koskevia mahdollisuuksia kuin noviiseilla, sillä kokeneet terapeutit kuvaavat terapiatilanteita itsevarmasti ja idearikkaasti, toimivat asiakaslähtöisemmin ja käyttävät sekä soveltavat terapeuttisia toimintoja paremmin kuin vähemmän kokeneet kollegansa. Lisäksi kokeneilla asiantuntijoilla on todettu olevan kokemuksia ja käsityksiä onnistumisista ja epäonnistumisista sekä käsityksiä myös syy-seuraussuhteista eli siitä, mitkä tekijät ovat olleet vaikuttamassa tapahtumien kulkuun ja millaisia seurauksia ne ovat aiheuttaneet (Dreyfus & Dreyfus

1986). Näitä lähtöoletuksia tukee keskustelun jälkeen osallistujan spontaanisti antama, vertaiskeskustelun merkitystä korostava palaute:

Terapeutti: *Viimeksbän me täällä, kun eri ihmisten kanssa. Mä sanoin just sitä, et on niin paljon vanhoilla, siis pitkään työtä tehneillä, ois paljon, paljon keskusteltavaa. Koskaan ei puhuta eikä keskustella. Mennään koulutuksesta toiseen, mutta ei keskenään puhuta asioita sillä tavalla, et ois joku vähän vetämässä ja sitten... et se ois tosi tärkeää.*

Kumpanakin vuonna tiedonkeruuseen osallistuneiden jakautumista keskusteluryhmiin ohjasivat lähinnä aikataululliset kysymykset. Vuonna 2010 toisensa tunneneet haastateltavat jakautuivat itse kahdeksi kolmehenkiseksi ryhmäksi. Vuonna 2011 osallistujat valitsivat kahdeksasta tarjotusta keskusteluajasta vähintään kaksi itselleen sopivaa, jolloin ainoaksi ryhmään jakautumisen kriteeriksi muodostui vain heidän mahdollisuutensa osallistua kahteen erisisältöiseen keskusteluun. Vuonna 2011 kaikki keskustelut tehtiin eri kokoonpanoissa. Kaikkiaan erilaisia ryhmäkokoonpanoja syntyi kuusi.

Taulukko 10. Keskusteluryhmien kokoonpanot ja toimintaterapeutin kontekstitunnisteiden selitteet.

Keskusteluryhmien kokoonpanot	Tunnisteiden selitteet
Keskustelu 1 (Ryhmä 1): ESL, YL, ESL	ESL: erikoissairaanhoido, lapset
Keskustelu 2 (Ryhmä 2): TKL, YKLA, TKA	YL: Yksityinen elinkeinoharjoittaja, lapset
Keskustelu 3 (Ryhmä 1): ESL, YL, ESL	YKLA: Yksityinen laitos, aikuiset
Keskustelu 4 (Ryhmä 2): TKL, YKLA, TKA	TKA: Perusterveydenhuolto, aikuiset
Keskustelu 5 (Ryhmä 3): YL, ESPA, ESPA	TKL: Perusterveydenhuolto, lapset
Keskustelu 6 (Ryhmä 4): ESL, TKA, YKLA, TKA	ESPA: Erikoissairaanhoido, psykiatria, aikuiset
Keskustelu 7 (Ryhmä 5): YL, TKA, ESL	
Keskustelu 8 (Ryhmä 6): ESPA, TKA, ESPA, YKLA	

Taulukossa 10 kaikki kahdeksan keskustelua on numeroitu järjestysluvuilla 1–8. Jokaiselle keskustelijalle on annettu yksilöllinen tunnistenumero (1–13). Taulukossa esiintyvät kirjainyhdistelmät viittaavat siihen kontekstiin, jossa toimintaterapeutti työskentelee. Kaikki keskusteluaineiston puheenvuorot on merkitty tunnisteiden avulla. Esimerkiksi osallistuja numero 10, joka työskentelee erikoissairanhoidossa (ES) lasten parissa (L) on saanut koodikseen 10ESL. Koska haastateltava 10ESL on osallistunut kuudenteen ja seitsemänteen keskusteluun, olen tunnistanut hänen käyttämänsä puheenvuorot tunnisteilla 610ESL ja 710ESL. Numeroyhdistelmää seuraa siis kirjainsarja, jonka ensimmäinen osa viittaa organisaatiotyyppiin ja jälkimmäinen osa erikoisalaan.

5.2 Tiedon tuottamisen toteutus

Kaikki keskustelut tehtiin Helsingissä, Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa, ryhmäkeskusteluun tarkoitetuissa huoneissa. Keskustelujen alussa huolehdin siitä, että tarvittavat materiaalit ja välineet olivat saatavilla.¹⁵ Kokoon tumisen alussa kaikille keskustelijoille annettiin keskustelua koskeva tiedote ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus aineiston käyttöön tutkimustarkoituksessa (Liite 2). Kaikki kahdeksan 1½ tunnin mittaista keskustelua (yhteensä 12 tuntia) tallennettiin digitaalisella äänitallentimella. Toimin kaikilla kerroilla keskustelun kannustajana ja fasilitoijana.

Litteroinnin helpottamiseksi kukin osallistuja sai keskustelun ajaksi numeron, jota hän käytti aina aloittaessaan puheenvuoron. Puhuja sanoi ensimmäisellä kierroksella ääneen keskustelun alussa, esimerkiksi ”nimeni on Toini, olen ykkönen”. Tämän jälkeen puhuja sanoi puheenvuoron alussa esimerkiksi: ”Ykkönen puhuu.”. Keskustelujen aikana tehtiin lyhyt esittäytyminen: missä työskentelee, minkälaisen ja minkä ikäisten asiakkaiden kanssa pääasiallisesti ja miten pitkään on työskennellyt kyseessä olevan ikäryhmän kuntoutujien kanssa nykyisessä organisaatiossa.

Tässä tutkimuksessa aineiston keruuta on herkistävien käsitteiden rinnalla ohjannut pyrkimys aineiston rikkauteen. Sitä varten olen keskusteluissa esittänyt avoimia kysymyksiä, pyytänyt tarkennuksia, esittänyt yhteenvetoja sekä kokeillut alustavia tulkintoja keskusteluista (ks. edellisen luvun katkelmat). Tehtävää helpottivat ja tukivat työkokemukseni ja sitä koskevat aiemmat pohdintani. Kuudessa ensimmäisessä keskustelussa esittelin keskusteltavat aiheet ja huolehdin aikataulusta siten, että kustakin aiheesta ehdittiin keskustella riittävästi. Kahdessa viimeisessä keskustelussa keskustelu käytiin ilman tarkentavia teemoja. Kaikkien keskustelujen fasilitoijana pyrin huolehtimaan siitä, että myös hiljaisempien jäsenten ääni tulisi kuulluksi.

Vältin tietoisesti kannanottoja, vähättelyä tai muita keinoja, jotka olisivat välittäneet keskustelijoille heidän lausumiaan koskevia arvostelmia. Tämä oli erityisen vaikeaa silloin, kun yritin rohkaista ja kannustustaa haastateltavia ottamaan esille asiaa tarkentavia esimerkkejä. Pidin yllä mahdollisimman vapaata ja rentoa ilmapiiriä, sillä uskoin sen auttavan mahdollisimman rikkaiden kokemus- ja tapahtumakuvausten kerrontaa. Käytännönläheisyyden takia huolehdin siitä, että käsityksiä koskevien kuvausten ohella terapeutit antoivat konkreettisia kokemukuvauksia. Alla on esimerkkejä keskustelussa 1 tekemistäni lisäkysymyksistä sekä tarkennus- ja esimerkkipyynnöistä.

”Miten ennakointi testitilanteissa? Miten siitä yhteisestä ennakoinnista pystyy huolehtiin tai mitä mitä se tarkoittaa niissä tilanteissa?”

15. Vuonna 2011 olin varannut keskustelijoille myös hiukan välipalaa, sillä he saapuivat keskusteluihin työpäivän päätteeksi.

”Millasena te näätte tän vuorovaikutuksen lasten kanssa?”

”Miten te aattelette? Onks sillä merkitystä yhteistoiminnan kannalta, että onks tekemisis lapsen kanssa vai aikuisen kanssa tai muiden kanssa?”

”Haluaisit sä kakkonen vielä sanoo jotain?”

”Onks sulla kolmonen tullu tässä jotain ajatuksia mieleen täst oikeudenmukaisuudesta?”

”Voisiks sä kuvailla jotenkin sitä, millaista on siellä kotona tai tilan käyttö tai mitä kaikkia asioita sun pitää ottaa siinä huomioon.”

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja alustavien tulkintojen teko voivat olla yhteen kietoutuneina tiiviimmin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Ruusuvuori & Nikander 2010: 11). Seuraavassa esimerkissä on tekemäni tiivistys aiemmasta keskustelusta, jonka haastateltava hyväksyy ja täydentää.

Tutkija: *Te molemmat toitte mun mielestäni sen, että lapsen erityispiirteiden huomioon ottaminen voi tarkoittaa sitä, että se tila rakennetaan jo valmiiks. Et sillä tavalla ennakoidaan tai sitten justiin se, että itse asemoituu jollain tietyllä tavalla, koska ennakoi jotain tiettyjä: haluaa minimoida ne häiriötekijät ja tietyllä tavalla maksimoida, mahdollisimman optimaaliset olosuhteet sille harjotustilanteelle.*

Terapeutti: *Niin, koska jos se lapsi pääsee karkaamaan, niin tilanteen palauttaminen vie aikaa ja voimia ja energiaa.*

Yllä oleva katkelma paljastaa, miten käytiin keskustelussa ns. itseään korjaavaa lähestymistapaa, jossa jo keskusteluvaiheessa tiivistin ja tein alustavia tulkintoja haastateltavien kuvauksista. Tämä mahdollisti sen, että haastateltavat saattoivat jo keskustelun aikana vahvistaa, täydentää, korjata tai hylätä välittömästi tekemiäni tulkintoja (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2010: 137).

Vuonna 2010 ensimmäiset käsitteet tuottivat jokaisen osallistujan osalta enemmän puheenvuoroja kuin toisen keskustelun käsitteet. Vuonna 2011 tilanne oli käännteinen. Tämän perusteella oletan, että keskustelun aiheena olevat käsitteet vaikuttivat yleiseen osallistumisaktiivisuuteen enemmän kuin keskusteluun osallistumiskokemus. Tämä huomio voi viitata siihen, että käsitteiden tuttuus on keskustelun rikkouden kannalta merkittävämpi tekijä kuin osallistujien keskinäinen toistensa tuntemus. Käsitteiden tuttuudella voi olla merkitystä myös teorian käyt-

töönottoa helpottavana tekijänä. Esimerkiksi ehtoja koskeneissa keskusteluissa (1–2) käytettiin yhteensä 360 puheenvuoroa, jotka tuottivat yhteensä 60 sivua litteroitua tekstiä. Eniten vaikeuksia tuotti vuorovaikutuksen ja toimijoiden välisen yhteyden erottaminen toisistaan, mistä on seuraava keskustelukatkelma:

Terapeutti 1: *Et jotenkin niin kun että tuokin tilanne että olisi niin että että toi laps on tekemässä jotain ni ni tavallaan sillonhan siin odottaa tai yleensä siinä tilanteessa kävisi niin että kun sä meet siihen niin se lapsi jotenkin joko se kattoo sua ai et sä tulit, sanoo jotain tai sitten niin ku osottaa että se ei halua sua siihen niin ku kääntämällä jotenkin tai jotain mut et yleensä melkein kaikki lapset reagoi paitsi ei autistiset ne vaan jatkaa sitä tekemistä niin niin siinä tapauksessa et ois tämän auton autistinen niin niin sitä yhteyttä ei mun mielestä ei tulisi ja sit taas jos se tulee niin se on vuorovaikutusta. Niin ku mä en, mä en osaa erottaa näitä asioista.*

Tutkija: *Sitä toimijoiden välistä yhteyttä ja sit vuorovaikutusta?*

Terapeutti: *Vuorovaikutusta niin.*

Terapeutti: *Mä jotenkin mietin siin yhteydessä yhteydes et se terapeutti et jos on on vaik yhdessä sen alottanu sen toiminnan ja sit terapeutti vetäytyy niin ku voi olla niin ku viesti sille lapselle siitä että must tuntuu et sä pärjää. Jotenkin semmonen luottamuksenkin osotus sille lapselle et siinä mielessä se yhteys että et en löydä sille sanaa, mut ymmärrätteks te mitä tarkoitan et terapeutti niin kun luottaa siihen lapseen ja niin kun semmosta positiivisuuden rakentamista että sä pärjää ja semmost ehkä vähän sanomaan tostakin mut et lapsi tietää et terapeutti on siinä läsnä jos hän tarvitsee apua.*

Hyveitä koskeneissa keskustelussa (3–4) käytettiin yhteensä 206 puheenvuoroa (52 sivua litteroitua tekstiä), mutta käytetyt puheenvuorot olivat pidempiä kuin edellisissä keskusteluissa. Toimintaterapeutit kertoivat kokeneensa hyveiden nimet kielellisesti vieraiksi, ja keskustelun käynnistämistä niistä pidettiin aluksi vaikeana. Erityisesti ystävyiden hyve sekoitettiin asiakkaan ja terapeutin väliseen ystävyteen, mitä pidettiin hankalana asiana terapiasuhteessa. Alla on katkelma ystävyiden hyveen tuottamasta keskustelusta.

Terapeutti: *Se tuntuu ahdistavalta ajatukselta näin yhtäkkiä ajatellen, että et jos ajatellaan, et pitäis olla ystävää, terapiasuhde edellyttää ystävyyttä, tuntuu ahdistavalta.*

Tutkija: *Mikä siinä ahdistaa?*

Terapeutti: *No siihen mä en halua sitoutua. Se tuntuu liian sit siis sitovalta ja ja en haluais ystävyyttä ja työtä sotkea noin spontaanisti ku ajattelee.*

Tutkija: *Joo, joo nimenomaan mä aattelin niin ku tämmösiä spontaaneja ajatuksia mitä...*

Terapeutti: *Tota mä ite ajattelen ainakin että että niin ystävyys on jotakin joka kuuluu johonkin muuhun niin kun tietysti pitkästä terapiasta voi olla seurauksena ehkä ystävyys mut et se mitä me niin ku ootetaan asiakkailta niin ei oo niin ku ystävyyttä ei voida olettaa et he toimii niin kun me oletetaan että ystävä toimii että ystävyys on jotakin joka rakentuu sitten pidemmällä aikavälillä ja se on tietyllä tavalla tasa-arvosempi suhde tai tietysti terapia-asiakassuhdekin voi olla omalla tavalla tasa-arvonen ja siinä voi olla niin kun samoja piirteitä kun ystävyyydessä mut että niin ku. Meidän puolelta se toiminta pitää olla niin ku ammatillista vaikka asiakas ei kohteliskaan meitä niin ku ystävinä.*

Seuraavat keskustelut (5–6) tuottivat yhteensä 214 puheenvuoroa ja 54 sivua litteroitua tekstiä. Viimeiset keskustelut (7–8) tuottivat runsaan aineiston sekä puheenvuorojen määrän, että niiden pituuden suhteen (357 puheenvuoroa ja 67 sivua litteroitua tekstiä).

Taulukko 11. Herkistävien käsitteiden herättämien keskustelujen aktiivisuus.

Keskustelu	Puh.vuoro/ keskustelu	Litter. sivut/ keskust.	Keskustelua ohjanneet käsitteet	Puh. vuoro/ aihe	Litter. sivua/ aihe
1	244	34	Yhteistoiminnan ehdot	360	60
2	116	26			
3	140	28	Yhteistoiminnan hyveet	206	52
4	66	24			
5	128	31	Asiakas- ja perhelähtöisyys, kuntoutujan asema	214	54
6	86	23			
7	168	30	Alustava käsitys terapeutin yhteistoiminnasta	357	67
8	189	37			
Aineisto	1137	233		1137	233

Taulukosta 11 näkyy, että keskustelujen pituudet ja puheenvuorojen määrät eivät suoraan vastaa toisiaan. Esimerkiksi taulukosta käy hyvin ilmi, että viimeinen keskustelu tuotti eniten litteroituja sivuja, mutta silti käytettyjen puheenvuorojen määrä on selvästi pienempi kuin esimerkiksi ensimmäisessä keskustelussa. Pelkkä litteroi-

tujen sivujen määrä ei siis myöskään suoraan takaa, että pitkillä puheenvuoroilla olisi sisällöllisesti suurempi painoarvo kuin tiiviisti ilmaistuilla puheenvuoroilla.

Edellä esitetty taulukko auttaa keskusteluvilkkauden lisäksi hahmottamaan fasilitoijan haastetta saavuttaa rikas aineisto ryhmäkeskustelun avulla, jossa periaatteena oli, että jokaisen jäsenen kokemuksia kunnioitetaan ja kuunnellaan. Aineiston monipuolisuuden ja osallistujien oikeudenmukaisen kohtelun takia pyrin keskustelussa huolehtimaan siitä, että kaikilla olisi mahdollisuus tuoda esille erilaisia näkökulmia ja että eri alueilla työskentelevät terapeutit saisivat tasapuolisesti kertoa omista kokemuksistaan. Alla on esimerkki aloituspuheenvuorosta, jolla pyrin luomaan avointa ilmapiiriä ja rohkaisemaan osallistujia esittämään myös alustavasta käsityksestä eriäviä kantoja.

Tutkija: *Se idea, mikä tällä keskustelulla nyt on, on se, että teillä on kokemusta toimintaterapiasta ja tarkastelette sitä vähän eri näkövinkkeleistä, ku mitä mä oon tehnyt. Eli sen takia, että te teette eri alueilla ja erilaisissa organisaatioissa ja erilaisten potilaitten kans, asiakkaitten kanssa työskentelette, niin siinä mielessä tarkoitan että eri näkövinkkelistä tarkastelette sitä. Sen takia teidän keskustelunne on hirmusen tärkeä, että se [alustava käsitys] rikastuis ja sitten sieltä toisaalta toivottavasti myös seuloontuis pois sellasta, mitä te ette tunnista. Esimerkiks, että tässä nyt olis ollenkaan puhe mistään, mikä soveltuu ylipäättänsäkään toimintaterapiaan tai näin. Niin tota tällasella alustuksella mä toivon, että päästään liikkeelle. Ja sitten ihan sana on vapaa.*

Keskustelijat antoivat runsaasti havainnollistavia esimerkkejä erilaisista tilanteista, asiakastapauksista ja yhteistoiminnasta. Esimerkiksi yksi tarkennuspyyntöni tuotti seuraavan kuvauksen.

Terapeutti: *Tietenkin verrattuna esimerkiksi siihen, että meen päiväkotiin, niin jos me ollaan jumppasalissa, niin mä voin ottaa sieltä niitä tavaroita, eikä mun tarvii mietiskellä, onks tähän nyt lupa ja onks tää soveliasta. Mut kun mä oon jonkun kotona, niin sitä pitää olla tosi hienovarainen ja silleen, ettei loukkaa ketään tai astu kenenkään yli ja yksityisyyden rajan sisälle. En mä voi mennä ottaa kaapista vaan jotain tiettyjä tavaroita. Et hei nyt tää on hyvä ja mä otan sen ja se käytetään näin vaan. Et sitten kysellään ja ehdotellaan ja...*

Alla oleva esimerkki osoittaa, miten terapeutit reflektoivat omaa ammatillista ajatteluaan.

Terapeutti 2: *Kakkonen haluaa lisätä tähän mitä kolmonen sano, et se on ollu hyvin opettavaista tämä kun rohkeni avata kotien ovia joka ei ollut helppo asia*

suinkaan alkuun, mutta just se että ei ei tarvi esittää mitään sen kummempaa ei tietenkään väheksyä itseään ammattilaisena toimintaterapeutina mutta...

Terapeutti 3: *Ja kolmonen sanoo et kokemus siitä et sitten kun kun mennään sinne kotiin kuinka paljon sielt löytyy sit itse asiassa niit voimavaroja sit niitä hyviä asioita, joku joku kanarianlintu jossakin tyylisiin tai tai joku mikä ei koskaan muute tulis missään polikliinisesti eikä tulis vaikka sairaalassa tavatessa eteen et sitte siellä ja sielt tulee ja myös ihan semmosii et sen ihmisen niin kun ihan siis järkyttäviä, missä itse on joutunu katsoo peilistä, et miten mä olen [ajattellut]: potilas tuolla noin ja joo se on tommonen hemi ja mennään kotikäynnille sitte ja seinät on täynnä sen ihmisen maalaamia tauluja! Aivan mielettömmän upee, et anteeks mä oon pitäny sua [potilaana] et mä en oo nähny sua ihmisenä mä oon vaan... et se sellainen, mikä nöyryys, et näkee siit ihmiset paljon ja sit sit tulee just, et hyvä ihme! Et nyt kiinni tästä voimavarasta, mitä sussa on olemassa, et se auttais siin.”*

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että teoreettinen koettelu auttaa täsmentämään ja tarkentamaan alustavaa käsitystä, jolla siten on merkitystä teorian muodostuksen kannalta. Ryhmäkeskustelut tuottivat 233 sivua litteroitua tekstiä, joka koostui 1137 puheenvuorosta. Terapeutit toivat keskusteluun runsaasti omiin kokemuksiinsa perustuvia tapahtumia, tilanteita, tapauksia ja käsityksiä, joiden vaihteluilla on ollut merkitystä teorian muodostamisen kannalta (vrt. Strauss & Corbin 1998: 202). Käydyt keskustelut auttoivat tarkentamaan asiaankuuluvia yksityiskohtia sekä keräämään monipuolisia ja ilmiötä konkretisoivia esimerkkejä (vrt. Alasuutari 2007: 270) terapeuttien kokemuksiin perustuvalla paikallisella tiedolla (local knowledge) (vrt. Geertz 1983: 232–233).

5.3 Aineiston litterointi ja valmistelu vertailuun

Aineiston litterointi on olennainen osa tutkimuksen luotettavuutta, sillä se lisää analyysin läpinäkyvyyttä ja mahdollistaa uudelleenanalyysit. Vaikka litteraatio ei koskaan täysin tavoitakaan alkuperäistä keskustelutilannetta, on sen avulla voitu ankkuroida tutkijan tekemät tulkinnat aineistoon (Nikander 2010: 432–433). Kaikki kahdeksan 1½ tunnin mittaista digitaalisesti äänitallennettua keskustelua (yhteensä 12 tuntia) on litteroitu sananasaisesti koko keskusteludialogista (vrt. Hirsjärvi ja Hurme 2010: 138). Kuvaan tässä luvussa aineiston litteroinnin ja käsittelyn sekä sen jälkeen aineiston valmistelun sekä analyysiyksikön valinnan.

Kaikki litteraatiot on tehnyt sama, ammatikseen saneluja nauhalta kirjoittava henkilö sanasta sanaan pikkutarkasti, mutta vain satunnaisesti välimerkkejä ja

isoja alkukirjaimia käyttäen, mikä on välillä vaikeuttanut tekstin lukemista. Olin kaikissa keskusteluissa paikalla, joten minulla on kokemus keskustelun kulusta. Äänitallenteiden avulla oli mahdollista palata alkuperäisiin äänitallenteisiin litteraation osuvuuden tarkastamiseksi. Ensimmäisen litteraation kuuntelin kokonaan, ja se vastasi tarkasti puhuttua keskustelua. Pikkutarkka litteraatio on ollut tässä tapauksessa parempi vaihtoehto kuin karkea litterointi, jossa olisi voinut hukkaa olennaista materiaalia, koska ulkopuolinen litteroija ei olisi kyennyt erottamaan olennaista materiaalia epäolennaisesta (vrt. Nikander 2010: 434).

Eri aikoina litteroidut aineistot oli tallennettu hiukan eri muodoissa. Tarkastin ja muutin ne yhdenmukaiseen muotoon: riviväli 1, fontti Times New Roman, kirjainkoko 12. Tekstissä ei ollut mitään erityismerkintöjä, lihavoituja tai kursivoituja. Näin muotoiltua litteroitua aineistoa muodostui yhteensä 233 sivua. Keskustelutallenteet ja litteroidut keskustelut on tallennettu tutkimuksen ajaksi digitaalisessa muodossa käyttäjätunnuksella ja salasanalla suojatun tietokoneen kansioon ja varmuuskopioitu USB-muistikulle. Yhdenmukaisista aineistoista on otettu myös paperikopiot.

Aineistojen litteroinnin ja yhdenmukaistamisen jälkeen vaihdoin puheenvuoronumeroiden tilalle aiemmin esitetyt tunnisteet ja kopioin tiedostot kansioon ”Aineisto_tunnisteet”. Tämän teknisen työn tein ensin paperiversioihin aineistoon tutustumisen yhteydessä. Sähköiseen versioon tunnisteiden vieminen on tehty keskustelu kerrallaan Word-ohjelman replace-toimintoa käyttäen. Tarkistin tunnisteet vielä manuaalisesti. Jokainen näin muokattu keskustelu on tallennettu omana tiedostonaan. Tunnisteiden tarkoituksena oli auttaa analyysin alkuvaiheessa puheenvuoron kontekstualisoimista organisaatioon ja asiakasryhmään, ei yksittäiseen terapeuttiin. Tutkimustulosten raportoinnissa tunnisteiden käyttö voi lisätä tutkimuksen luotettavuutta.

Alustava tutustuminen otantaan tapahtui jo keskustelua tehtäessä ja heti keskustelun jälkeen kuuntelemalla äänitallennetta. Yksityiskohtaisempi tutustuminen tapahtui paperiversioiden ensimmäisen luennan yhteydessä. Tein merkintöjä tekstiin, kirjoitin tekstin sivuun ensimmäisiä huomioita ja kysymyksiä¹⁶ sekä nimesin tärkeältä vaikuttavia teemoja ja teemoja, joiden ympärille oli kertynyt enemmän puhetta ja puheenvuoroja.

Paperiversioihin tutustumisen jälkeen palasin sähköisiin tiedostoihin ja jatkoin aineistojen käsittelyä sekä analyysiä eteenpäin yksi keskustelu kerrallaan. Kuten aiemmista esimerkeistä kävi ilmi, litteroitu teksti oli sellaisenaan melko hankalaa luettavaa, minkä takia selkeytin tekstiä luettavampaan muotoon. Lisäisin asiasisältöjen ymmärtämistä helpottavia välimerkkejä, kuten pilkkuja ja pisteitä sekä iso-

16. Tekstin sivuun tehtyjä merkintöjä olivat muun muassa: ”harkinta”, ”välttämätön ehto”, ”onko asiantuntijatyötä?”, ”asiantuntija vs. mestari”, ”luottamuksesta ja sen herättämisestä”, ”kumppanuuden asteet?”, ”ystävyyden tuntee vs. ystävyys tekemisestä”, ”esimerkki epäonnistumisesta” ja ”esimerkki ystävyden herättämisestä”.

ja alkukirjaimia. Tarkastin käytetyt lyhenteet ja korjasin niitä tarvittaessa. Poistin sanojen ja asioiden toistoja, turhia sidesanoja ja tyyppillisiä puhekieleen kuuluvia täytesanoja¹⁷, joilla ei ole asiasisällön ymmärtämisen kannalta merkitystä. Pyrkimyksenä oli helpottaa tekstin luettavuutta ja säilyttää puhujan ääni. Alla on esimerkki litteroidusta puheenvuorosta ennen ja jälkeen muokkauksen:

Ennen muokkausta

”ja niin ku orientaatiota myöskin et et tavallaan että että se niin kun lapsi tietää mitä niin kun et et voi vaihtua, et ne voi vaihtua esimerkiksi ne tekemiset mut et nää on arviointilanteista joo mutta myöskin kyllä jos miettii semmosia niin ku ikään kun vapaampia tilanteita mut ... ihan vapaita ni ni kyl niihinkin jotenkin se semmonen että et et vaikka jotenkin et että tehdäänkö seuraavaksi sit tai tai tai haluatko seuraavaksi. Niin ku tavallaan niin ku miettii itte siinä mitä tekee siinä tilanteessa niin kyllähän niitä ääneen sanoo, niin ku sitä sitä vaihtoa esimerkiksi et kyl kyllä mää jotenkin tavoitan tän tän ajatuksen...”

Muokkauksen jälkeen

”Se on myös orientaatiota. Että lapsi tietäisi, että esimerkiksi tekemiset voi vaihtua niin arviointilanteissa kuin vapaammissa tilanteissa. Kyllä niihinkin liittyy keskustelu siitä, että tehdäänkö seuraavaksi sitä tai haluatko seuraavaksi tätä. Kun itse miettii, mitä tekee siinä tilanteessa, niin kyllähän niitä ääneen sanoo, sitä vaihtoa esimerkiksi, että kyllä mää jotenkin tavoitan tämän ajatuksen.”

Tallensin muokatut tiedostot erillisinä kansioon (”muokkaus”). Tämän jälkeen siirsin kaikki keskustelut erillisiin yksisarakkeisiin taulukoihin siten, että jokainen puheenvuoro oli allekkain omalla rivillään. Sen jälkeen lisäsin viereen toisen sarakkeen. Koodasin kaksi ensimmäistä keskustelua herkistävien käsitteiden¹⁸ avulla viiteen osaan. Seuraavat kaksi keskustelua koodasin herkistävien käsitteiden¹⁹ mukaisesti neljään osaan. Tallensin taulukkomuotoiset tiedostot yhteen kansioon (”rivi-riviltä”).

Päädyin muokkaamaan ja jäsentämään puheenvuoroja siten, että ne säilyttävät tarinan, terapeutin äänen ja asiayhteyden ja kuvaavat asiat mahdollisimman alkuperäisessä muodossa säilyttäen yhteistoiminnan ja kyseisen kategorian rikkaan kuvauksen. Alla olevassa taulukossa oleva tekstikatkelma kuvaa tekstiä tässä vaiheessa. Se on kirjoitettu kolmanteen persoonaan, tutkijan kielelle. Se on tutkijan

17. Poistettuja sanoja olivat muun muassa ”tota”, ”tota noin niin”, ”niin ku”, ”että”, ”et”, ”sit”, ”mut”, ”ni”, ”kyllä”, ”tavallaan”, ”semmosia” ja ”nimittäin”.

18. Ennakointi, vuorovaikutus, toimijoiden välinen yhteys, roolien vaihtelu ja ympäristötekijät.

19. Käytännöllinen harkinta, oikeudenmukaisuus, ystävyys ja kohtuunmukaisuus.

tulkinta siitä, miten terapeutit toimivat, kokevat ja kuvailevat terapeuttiseen yhteistoimintaan ja asiakaslähtöisyyteen liittyviä asioita. Tulkinnan päähuomio on rikkaassa ja monipuolisessa terapeuttista yhteistoimintaa koskevassa kuvauksessa, ei yksittäisessä terapeutissa ja hänen kokemuksessaan.

Taulukko 12. Esimerkki aineiston muokkauksesta.

<p>Tutkija Mitä ajatuksia teille tulee tämmöisestä ystävydestä? Voitte miettiä sitä aika laajastikin. Tuota minkälaisia ajatuksia teille syntyy?</p>	
<p>31ESL Ehkä semmoinen sitouttaminen tai se oli väärä sana, mut se semmoinen tunteen välittäminen, meidän tapauksissa lapsille, ehkä niitten vanhemmillekin. Et me ollaan silleen samal puolella. Et me ollaan – ei nyt asianajajia, mutta me ollaan – no paras, mitä mä keksin on tää, et me ollaan samal puolell. Meidän intressi on sen lapsen hyvä, vaikka se oiskin eri, ku mitä ne vanhemmat on alunpitäen ajatellu. Mun mielestä se pitää sanoa ääneen. Meidän täytyy sanoa se, mitä ajattelemme, että on parasta.</p>	<p>31ESL Ystävydestä terapeutille tulee mieleen jonkinlainen tunteen välittäminen mieluummin kuin sitouttaminen silloin, kun kyseessä on lasten terapia ja yhteistyö heidän vanhempiensa kanssa. Terapeutit haluavat välittää vanhemmille, että ollaan samalla puolella. Terapeuttien intressi on lapsen hyvä, vaikka se oiskin eri, kuin mitä vanhemmat ovat alunpitäen ajatelleet. Terapeutin mielestä pitää sanoa ääneen se, minkä he ajattelevat olevan parasta.</p>

Terapeuttien äänen ja terapiatoiminnan konkreettisuuden säilyttävä, terapeuttiseen yhteistoimintaan ja kyseiseen herkistävään käsitteeseen keskittyvä aineiston käsittely oli kokonaisuudessaan aineiston tulkitsevaa käsittelyä. Muokkasin jokaisen keskustelun kaikki puheenvuorot rivi riviltä systemaattisesti taulukon oikeaan sarakkeeseen, jolloin pystyin helposti vertaamaan muokattua tekstiä alkuperäiseen. Jäsenin puheenvuorojen sisällöt kysymällä, mistä osallistuja puhuu. Tällä tavoin analyysiyksiköksi oli ensin muodostumassa yksi puheenvuoro, mutta pitkissä puheenvuoroissa saatettiin puhua useammasta eri asiasta, joten järkevämmältä tuntui valita analyysiyksiköksi yhden asian, toiminnan tai ominaisuuden ilmaiseva ilmaisu. *Analyysiyksikkö tarkoittaa tässä tutkimuksessa pienintä mahdollista itsenäistä ilmaisua.*

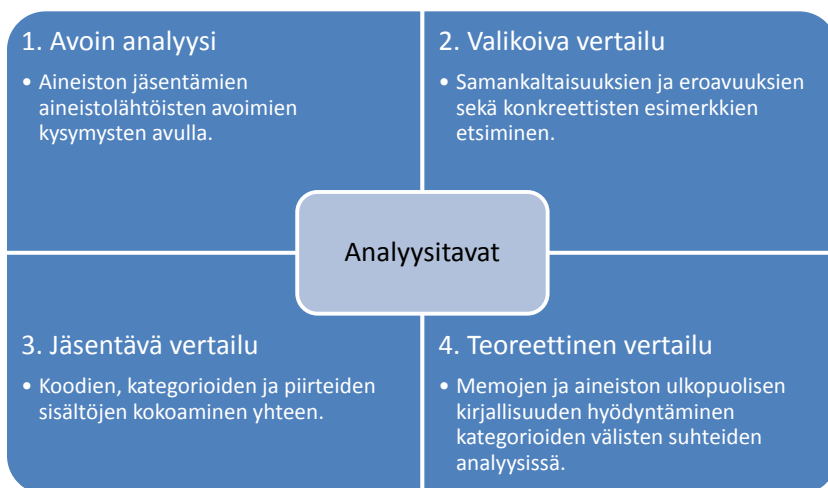
Analyysiyksikön valinnan jälkeen palautin jokaisen keskustelun oikean sarakkeen sisällön kokonaisuudessaan tekstimuotoon ja tallensin näin käsitellyt aineistot yksittäin uuteen kansioon. Tämä vaihe oli lähinnä aineiston valmistelua varsinaista jatkuvan analyttisen vertailun vaihetta varten, sillä vasta tämän toimenpiteen jälkeen saatoin aloittaa aineiston sisällöllisen vertailun.

6. Analyysi- ja synteesisprosessi

Aineiston analyysiä ja synteisiä ovat tässä tutkimuksessa ohjanneet aineistolähtöisyys, sisällöllinen konsistenssi ja ristiriidattomuus. Analyysiin olen käyttänyt neljää erilaista analyysitapaa, jotka ovat avoin analyysi, valikoiva vertailu, jäsentävä vertailu ja teoreettinen vertailu. Aineistoa yhteenkokoava synteesisprosessi on rakentunut askel askeleelta nelivaiheiseksi prosessiksi. Vaiheet ovat: I keskustelusynteesi, II kuvausten synteesi, III keskeisten käsitteiden synteesi ja IV alustavan teorian ja ulkopuolisen materiaalin synteesi. Kussakin vaiheessa olen käyttänyt tarkoituksenmukaisesti edellä mainittuja analyysitapoja. Kutsun tätä käyttämäni metodia jatkuvaan analyttiseen vertailuun perustuvaksi synteeksiksi, sillä metodin tarkoituksena on ollut jäsentää aineistosta nousevat käsitteet vertailevaan analyysiin perustuen terapeuttista yhteistoimintaa kuvaavaksi teoriaksi.

6.1 Analyttiset vertailutavat

Eri keskustelujen yhdistämistä ei voi tehdä sattumanvaraisesti, sillä se edellyttää sisältöjen tarkoituksenmukaista analyysiä synteesisprosessin eri vaiheissa. Kuvaan tässä jaksossa käyttämäni analyttiset vertailutavat, jotka on esitetty alla olevassa kuvassa.



Kuva 4. Tutkimusprosessissa käytetyt analyysitavat.

1. *Avoimessa analyysissä* tehtäväni oli tutkittavan ilmiön kannalta keskeisten kategorioiden tunnistaminen avointen ja aineistosta nousevien kysymysten avulla, kun halusin ymmärtää, mistä terapeutit oikein puhuivat. Käyttämiäni kysymyksiä olivat: ”Mistä tässä oikein puhutaan?”; Minkälaisesta toiminnasta keskustelijat puhuvat?”; ”Mitä toimintaa keskustelijat kuvaavat?”.²⁰ Näiden kysymysten avulla olen voinut missä tahansa synteesisprosessin vaiheessa analysoida sisältöjä ja löytää siten täydennyksiä ja aiemman käsitykseni aukkoja eli niitä teemoja, jotka eivät ole nousseet esiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tai jotka eivät ole sopineet esimerkiksi herkistävien käsitteiden avulla koodattuun aineistoon.

2. *Valikoivassa vertailussa* olen etsinyt ensin aineistosta koodien, kategorioiden ja ominaisuuksien samankaltaisuuksia ja eroavuuksia sekä konkreettisia esimerkkejä, joiden avulla olen voinut tarkentaa ja täsmentää käsitteitä.²¹ Olen hyödyntänyt valikoivaa vertailua etenkin synteesisprosessin alussa, jossa olen yhdistänyt samoilla herkistävillä käsitteillä kootut aineistot yhdeksi kokonaisuudeksi ja tunnistanut, mitkä asiat kuuluvat esimerkiksi samaan kategoriaan.

3. *Jäsentävään vertailun avulla* olen koonnut yhteen aineiston osia prosessin eri vaiheissa systemaattisesti: ensin koodien ja sen jälkeen niitä tarkentavien kategorioiden ja vielä tarkemmin kategorioita kuvaavien ominaisuuksien ja piirteiden tasolla. Jäsentävä vertailu on auttanut minua irrottautumaan aiemmasta käsityksestäni. Se on perustunut sisältöjen uudelleen lukemiselle avoimin mielin. Jäsentely on joka tasolla tapahtunut aineistosta nousevien kysymysten ja sisältöä kuvaavien otsikoiden avulla.²²

4. *Teoreettisessa vertailussa huomio on kohdistunut keskeisten käsitteiden välisiin subteisiin* aineiston ulkopuolisten muistiinpanojeni ja kirjallisuuden avulla.²³ Muistiinpanot ovat koostuneet eri vaiheissa laatimistani piirroksista ja kaavioista, joita olen hyödyntänyt terapeuttisesta yhteistoimintaa koskevan kokonaiskuvan ja prosessimallin hahmottamisessa. Käsitteiden välisten suhteiden analyysi on muuttanut aiemmin laatimiani jäsennyksiä.

20. Glaserilla (1978: 56–72) alustava vertailu koostuu avoimesta vertailusta (open coding) ja valikoivasta vertailusta (selective coding).

21. GT-tutkimuksessa tämä vertailutapa tulkitaan Glaserilla (1978: 61–72) valikoivaksi koodaukseksi (selective coding), Charmazilla (2006: 57–60) keskitetyksi koodaukseksi (focused coding).

22. Tämän analyysitapa vastaa lähinnä Charmazin (2006: 60–63) tulkintaa pitkittäiskoodauksesta (axial coding) (vrt. Corbin & Strauss 2008: 195, 198–199 ja Strauss & Corbin 1998: 124).

23. Sekä Glaser (1978: 72–82) että Charmaz (2006: 57–60) tulkitsevat kategorioiden vertailun ulkopuoliseen materiaaliin teoreettiseksi koodaukseksi (theoretical coding).

Uusien koodien vähäisyys neljässä ensimmäisessä keskustelussa (Liitteet 5 ja 6) voi kertoa keskustelijoiden halusta pysyä asiassa. Yhtäältä se voi myös kertoa käsitteiden saturaatiosta siinä mielessä, että herkistävät käsitteet kuvasivat riittävän kattavasti terapeutin yhteistoiminnan käsitettä. Toisaalta kriittisesti tarkasteltuna voidaan esittää, että koettelu toteutui juuri siinä mielessä, että osallistujat pyrkivät tietoisesti keskustelemaan vain annetuista käsitteistä. Koettelu onnistumista kuvaa sen esiin tuoma koodia kuvaavien kategorioiden erilaisuus ja runsaus.²⁴

Terapeutit pyrkivät keskustelemaan laajasti ja konkreettisesti tuomalla omiin kokemuksiinsa ja käsityksiinsä pohjautuen vapaasti herkistäviä käsitteitä koskevia kuvauksia ja esimerkkejä. Toisella kierroksella käytin uusia herkistäviä käsitteitä ja nämä keskustelut tuottivat useita uusia koodeja ja kategorioita (Liitteet 7 ja 8), joiden runsaus voi johtua siitä, että asiakas- ja perhelähtöisyys ovat käsitteinä tuttuja, mutta monin eri tavoin ymmärrettyjä termejä. Toisaalta terapeutista yhteistoimintaa lähestyttiin etukäteismateriaalin avulla, jolloin terapeuteilla oli etukäteen mahdollisuus valmistautua keskusteluun, mikä saattoi vaikuttaa niiden sisällölliseen rikkauteen. Neljää eri aihepiiriä koskevan taulukon kokoaminen tässä vaiheessa helpotti käsitteiden jäsentelyä ja tarkemman ymmärryksen muodostamista terapeutisesta yhteistoiminnasta. Samalla se auttoi hahmottamaan synteesisprosessin seuraavaa vaihetta.

6.2 Synteesisprosessi

Jatkuvaan analyttiseen vertailuun perustuva synteesi koostuu viidestä vaiheesta, jotka kuvaan tässä jaksossa. Synteesisprosessin tarkoituksena on ollut terapeutin yhteistoiminnan keskeisten käsitteiden nostaminen aineistosta sekä lopuksi käsitteiden välisten suhteiden tunnistaminen aineiston ulkopuolisen materiaalin avulla. Prosessin edetessä olen eri vaiheissa käyttänyt tarkoituksenmukaisesti edellä esitettyjä neljää analyttistä vertailutapaa.

24. GT:ssä ”virheiden” esiinnousu auttaa tutkijaa muokkaamaan teoriasta käyttökelpoisemman. (Glaser 2001: 58–59).



Kuva 5. Jatkuvaan analyttiseen vertailuun perustuva synteesisprosessi.

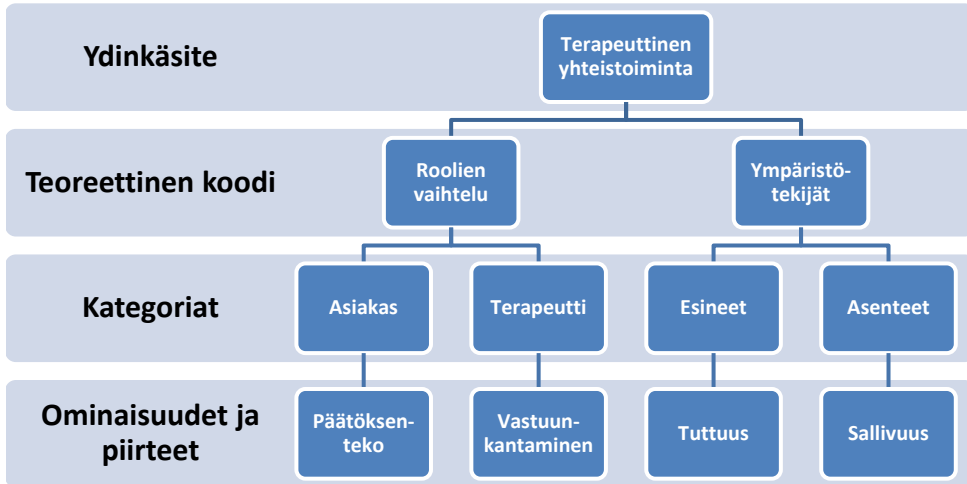
Prosessin tuloksena syntyi aineistolähtöinen, jatkuvan analyttisen vertailun ja synteessin avulla jäsennetty teoria terapeutisesta yhteistoiminnasta. Esittelen seuraavaksi synteesisprosessin etenemisen vaihe vaiheelta.

I Keskustelusynteetit. Keskustelusynteetit 1–4 toteutuivat ensin keskustelu kerrallaan. Liitin tässä vaiheessa analyttisen vertailun avulla samoilla käsitteillä herkistetyt keskusteluaineistot samaan taulukkoon. Käytännössä siis yhdistin esimerkiksi terapeutin yhteistoiminnan ehdoilla herkistetyt kaksi keskusteluaineistoa yhdeksi kokonaisuudeksi ja sen jälkeen tein saman hyveillä, asiakas- ja kuntoutujalähtöisyydellä sekä yhteistoiminnan kokonaiskäsitteillä herkistetyille keskustelutulkinnoille. Näin syntyi neljä erilaista synteesitaulukkoa (Liitteet 5, 6, 7 ja 8).

Kahdessa ensimmäisessä synteesitaulukossa (Liitteet 5 ja 6) kokosin ensin kooditasot sisältökuvauksineen samalle riville vertailevan analyysin avulla. Vuonna 2010 kerättyjen aineistojen koodit säilyivät pääasiallisesti samoina kuin keskustelua ohjanneet herkistävät käsitteet. Vuonna 2011 tuotetut keskusteluaineistot nosivat esiin uusia koodeja, kuten Yhteistoimintatekijät ja Reunaehdot.

Kooditason tarkastelun jälkeen ryhdyin jäsentämään kategoriatasoa asettamalla muodostuneille sisällöille avoimia kysymyksiä ja sisältöä kuvaavia otsikoita avoimen analyysin avulla. Kahden ensimmäisen synteessin kategorioiksi muodostuivat pääasiassa sisältöä jäsentävät kysymykset mitä, miksi ja miten. Kaksi jälkimmäistä synteesiä tuotti lähinnä koodien sisältöjä kuvaavia otsikoita, kuten Luottamuksen rakentaminen ja Yhteinen kieli ja jaettu ymmärrys. Tämä vaihe tuotti neljä koodia kategoriatasoilla jäsennettyä keskustelusynteesitaulukkoa.

II Kuvaussynteetit. Kuvaussynteesivaiheessa analyysin kohteena olivat edellisessä vaiheessa syntyneet keskustelussynteesitaulukot (yksi kerrallaan). Analysoin kategoriat koodi kerrallaan ensin valikoivan vertailun avulla. Liitin yhteen samojen kategorioiden sisällöt, jotka jäsenyivät niitä kuvaavien ominaisuuksien ja piirteiden avulla. Alla olevassa kuvassa konkretisoituu tässä vaiheessa hahmottunut tutkimuksen käsittehierarkia.



Kuva 6. Käsittehierarkian rakenne kuvattuna esimerkkien avulla.

Tarkastin muodostuneet sisällöt ja tarvittaessa muutin koodin sekä kategorian nimeä paremmin sisältöä kuvaavaksi. Kuvaussynteetit tuottivat neljä tarkentunutta ja tiheämpää kuvausta terapeuttisen yhteistoiminnan keskeisistä käsitteistä. Ensimmäinen kuvaussynteesi keskittyi yhteistoiminnan ehtoihin, toinen yhteistoiminnan hyveisiin, kolmas terapeuttisen yhteistoiminnan kokonaisuuteen ja neljäs asiakas- ja perhelähtöisyyteen ja kuntoutujan asemaan.

III Keskeisten käsitteiden synteesissä kokosin systemaattisesti eri käsitteillä kerätyt kuvaussynteetit valikoivan ja jäsentävän vertailun avulla. Ensimmäiseksi yhdistin yhteistoiminnan ehtoja ja hyveitä jäsentävät kuvaukset. Seuraavaksi yhdistin muodostuneen synteesin yhteistoiminnan kokonaiskuvausta koskeneen kuvaussynteesin kanssa. Kolmanneksi yhdistin yhteistoiminnan kokonaiskuvaukseen asiakas- ja perhelähtöisyyttä sekä kuntoutujan asemaa koskevan kuvauksen.

Jokaisen kuvaussynteesin yhdistäminen eteni käsittehierarkiassa systemaattisesti samalla tavoin. Vertasin ja yhdistin ensin koodit ja niiden sisällöt. Sen jälkeen analysoin muodostuneita kategorioita samalla tavoin. Kolmanneksi vertasin ja analysoin kategorioita kuvaavia piirteitä ja ominaisuuksia. Jokaisessa vaiheessa poistin päällekkäisyydet. Sisältöjen täydentyessä ja monipuolistuessa muutin tar-

peen mukaan koodin ja kategorian nimiä paremmin sisältöä vastaavaksi. Joissakin tapauksissa olen myös jakanut yhden isomman kategorian pienemmiksi kokonaisuuksiksi, jos se on tuntunut järkevältä.

IV Keskeisten käsitteiden ja ulkopuolisen materiaalin synteessissä hyödynsin teoreettisen vertailun avulla muun muassa 1) memoja eli omia muistiinpanojani ja piirroksia, 2) muuta aineiston ulkopuolista kirjallisuutta sekä 3) potentiaalisten teorian käyttäjien reflektointia alustavista tuloksista keskeisten käsitteiden välisten suhteiden selvittämiseksi.

- 1) Memot. Olin liittänyt prosessin aikana omat kommenttini ja kysymykseni sähköiseen aineistoon kommenttitoiminnolla, jotta ne pysyivät erillään ja erottuivat selvästi. Lisäksi olin kirjannut muistiinpanojani ja käsitteiden välisiä suhteita koskevia piirroksia analyysien aikana erillisiin memokirjoihin. Memojen avulla pystyin vertaamaan aiempia pohdintojani alustaviin tuloksiin. Erityisesti kuvat auttoivat vertaamaan aineiston perusteella syntynyttä teoriaa omaan käsitykseeni käsitteiden välisistä yhteyksistä.
- 2) Ulkopuolisen kirjallisuuden avulla hain tutkimuskirjallisuudesta lisätietoa teorian keskeisten käsitteiden ja niiden välisten suhteiden ymmärtämiseksi.
- 3) Koettelin alustavaa teoriaa ja keskeisten käsitteiden puhuttelevuutta kolmessa ryhmätilanteessa.²⁵ Ryhmätilanteissa käydyt keskustelut ja saamani palautteet auttoivat muokkaamaan teorian keskeisiä käsitteitä ja kategorioita sekä niiden nimiä tulevien teorian käyttäjien näkökulmasta. Siten keskustelut auttoivat minua tarkentamaan ja täsmentämään alustavaa teoriaa vastaamaan paremmin potentiaalisten käyttäjien erilaisia tarpeita.

Tämän vaiheen tarkoituksena oli tuottaa terapeuttisesta yhteistoiminnasta aiempaa tarkempi, selkeämpi, kokonaisvaltaisempi ymmärrys, joka palvelee käyttäjien tarpeita asiakkaan osallistumisen mahdollistamiseksi.

25. Kuvaan nämä koettelut tarkemmin seuraavassa luvussa.

OSA 3: Ryhmäkeskustelujen tulokset

Grounded theory -tutkimuksessa on tärkeää, että pysyttelee koko ajan lähellä aineistoa, jotta lukija voi ikään kuin itse kokea kulkevansa mukana. Aineistolähtöisen teorian tulee vastata läheisesti sitä todellisuutta, josta se on kerätty, ja sillä alueella teorian tulee olla myös ymmärrettävissä ja sovellettavissa. (Glaser & Strauss 1967: 238–259.) Aineiston synteesi vertailevan analyysin avulla auttoi minua ymmärtämään, millainen ilmiö terapeutin yhteistoiminta on toimintaterapiassa. Tulokseksi muodostui aiempaa käsitystäni tarkempi, kattavampi ja osittain myös uudelleen jäsentynyt käsitys terapeutin yhteistoiminnan edellytyksistä ja prosesseista.

Uudessa käsityksessä määrittelin yhteistoiminnan osatekijät eli teoreettiset koodit sekä niitä muodostavat kategoriat sekä kategorioiden piirteet ja ominaisuudet. Terapeutin yhteistoiminnan teoreettisiksi koodeiksi tiivistyivät *yhteistoimintaprosessit, vastavuoroinen yhteistoimijuus ja toimintakontekstin reunaehdot*. Teoreettiset koodit ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa, mutta niiden merkitysyhteydet ovat erilaiset. Yhteistoimintaprosessi rakentuu kolmesta päävaiheesta, jotka ovat vastavuoroisen suhteen rakentaminen, keskusteleva harkinta ja muutoksen toteutus. Yhteistoimintaprosessin toteutuminen edellyttää vastavuoroisesti toimivia toimijoita, minkä takia vastavuoroisen suhteen rakentaminen ja sen alaprosessit ovat välttämätön lähtökohta yhteistoiminnan onnistumiseksi. Asiakkaan toimintaan liittyvien ongelmien ratkaisu yhdessä mahdollistuu vain vastavuoroisessa suhteessa keskustelelevan harkinnan avulla. Muutoksen toteutus tapahtuu aina jossakin ympäristössä, jonka luonne vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen joko estävästi tai edistävästi. Tämän tutkimus nosti esiin myös, miten systeemitason asettamat toimintaympäristön ehdot voivat tukea tai haitata yhteistoiminnan toteutumista terapiasuhteessa.

Kolmessa seuraavassa pääluvussa (luvut 8–10) esitän tutkimuksen keskeiset tulokset. Kukin pääluku jäsentyy hierarkkisesti kolmelle tasolle. Pääluvut muodostavat teoreettisen kooditason (Kuva 7, kolme rinnakkaista tekijää). Seuraavat, kaksinumeroiset alaluvut muodostavat kategoriataason (Kuva 7, kahdeksan rinnakkaista tekijää) ja niiden alle sijoittuvat numeroimattomat alaluvut muodostavat piirteiden ja ominaisuuksien tason (Kuva 7, 24 rinnakkaista tekijää).

Terapeuttinen yhteistoiminta



Kuva 7. Terapeuttisen yhteistoiminnan osien hierarkkinen jäsennys.

Kunkin luvun alussa kuvaan kutakin tekijää koskeneen alustavan käsitykseni (Harra 2005; 2011)²⁶. Sen jälkeen esitän grounded theory -tutkimukselle tyypilliseen tapaan aineistoläheisyyden ja raportoinnin elävyyden takia terapeuttien esittämiä, alustavaa käsitystä koskevia esimerkkejä ja pohdintoja. Kunkin luvun lopussa tiivistän ja kokoan yhteen kyseessä olevaa tekijää koskevat pohdinnat ja tarvittaessa hyödynnän myös muuta kirjallisuutta. Tässä osuudessa vastaan ensimmäiseen toimintaterapiaa koskevaan tutkimuskysymykseen tarkastelemalla kunkin tekijän merkitystä terapeuttisen yhteistoiminnan edistämisen näkökulmasta.

Tulosten soveltamisen helpottamiseksi toimintaterapian eri alueiden asiakastyöhön tiivistän kunkin pääluvun lopussa (alaluvut 7.3, 8.4 ja 9.4) keskeiset käsitteet ja tarkastelen yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden suhteita kolmella tavalla. Vertikaalisesti tarkastelen kokonaisuutena kunkin teoreettisen koodisarakeen sekä, mikäli aiheellista, myös kategoriasarakeen merkitystä terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseksi. Horisontaalisesti tarkastelen kunkin hierarkiataason (teoreettiset koodit, kategoriat sekä ominaisuudet ja piirteet) muodostavien käsitteiden keskinäisiä merkityssuhteita ja merkitystä terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseksi. Tätä tarkastelua tarvitaan terapeuttista

26. Aineistoa analysoidessani olen huomannut, miten nykyinen käsitykseni on nyt muuttunut aiemmasta. Mielestäni se osoittaa, että tämä tutkimus on ollut tarpeen.

yhteistoiminnan ilmiötä koskevan ymmärryksen lisäämiseksi. Kolmanneksi tarkastelen toimintakontekstia ja vastavuoroista yhteistoimijuutta kuvaavien tekijöiden merkitystä yhteistoiminnan prosessien eri vaiheissa. Tämä tarkastelu on tarpeen erityisesti terapeutin yhteistoiminnan edistämiseksi toimintaterapian käytännössä. Näiden tarkastelujen avulla olen rakentanut teorian käytäntöön soveltamisessa tarvittavia ja kategoriarajat ylittäviä merkityksiä. Tämän jakson tarkoitus on palvella terapeutin yhteistoiminnan edistämistä toimintaterapian käytännössä.

Osan 3 lopuksi, pääluvussa 10, abstrahoin edellä esitettyjen tarkastelujen avulla terapeutista yhteistoimintaa koskevia jäsennyksiä yleisellä tasolla. Tässä jaksossa siis irrottaudun toimintaterapian asiakastyön kontekstista vastatakseni tutkimuksen pääkysymykseen koskien ymmärrettäviä ja terapeutista yhteistoimintaa edistäviä jäsennyksiä.

7. Toimintakontekstin reunaehdot

Alustavaa käsitystä laatiessani panin merkille, että toimittaessa asiakkaan omassa, luonnollisessa ympäristössä altistuimme aina enemmän sattumanvaraisuudelle ja satunnaisille muuttujille kuin sairaalassa oli kokemukseni mukaan tapahtunut. Satunnaisten tekijöiden merkitys kuitenkin vaihteli eri tilanteissa: uppoutunut toiminta ei keskeytynyt yhtä herkästi kuin yksittäisten tehtävien suorittaminen; joissakin tilanteissa muuttujat saattoivat häiritä, ja toisissa tilanteissa ne toivat tilanteeseen sopivia ja jopa tarpeellisia haasteita. Satunnaisia muuttujia olivat esimerkiksi toisten ihmisten läsnäolo sekä liikkuminen huoneessa. Keskittyneen toiminnan saattoivat yhtäkkiä pysäyttää myös toisista tiloista kuuluvat äänet ja ulkona lintulaudalle lentävät linnut tai oravan kiipeily puussa. (Harra 2005: 16–20.)

Toimintaympäristöön liittyvistä tekijöistä keskusteltiin tässä aineistossa erilaisen kontekstikuvausten ja jäsenysten avulla. Kontekstille on kirjallisuudesta löydettävissä erilaisia näkökulmia. Se voi olla esimerkiksi teoreettinen (Crotty 1998: 66) tai luonnollinen, kuten toimintaterapiassa, jossa sitä tarkastellaan yleensä toiminnan toteutumisen ja toiminnan mahdollistamisen näkökulmasta. Tällöin toimintakontekstia on jäsenetty muun muassa biologisten, fyysisten ja sosiaalisten ympäristötekijöiden avulla (Christiansen & Townsend 2010: 22–23). Tämän tutkimuksen aineistosta nousivat esiin erityisesti asiakkaan luonnollisen toimintakontekstin ja laitosympäristön merkityserot sekä asiakkaan että terapeutin toiminnalle.

Fyysisten ja sosiaalisten ympäristötekijöiden osalta aineistosta nousivat korostuneesti esiin laitoksen, päiväkodin ja kodin merkitykset, joita terapeutit arvostivat eri tavoin. Sosiaaliin ympäristötekijöihin liittyen nousivat terveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelutoimintaa systeemitason ohjaavina tekijöinä esiin asiakaslähtöisyys, monialaisuus ja kustannustehokkuus. Paikallisesti organisaatiossa ne saavat terapeuttien keskustelujen perusteella erilaisia tulkintoja. Terapeutit olivat tietoisia paikallisten tulkintojen erilaisuuksista, minkä takia he saattoivat edelleen omissa asiakastilanteissaan tehdä omia tulkintojaan. Siten reunaehtoina ohjaavat terapeutteja asiakastyössä. Kontekstuaaliin tekijöihin liittyvistä merkitys- ja tulkintaeroista johtuen on tämän aineiston perusteella selvää, että toimintakonteksti vaikuttaa terapeuttisen yhteistoiminnan toteutumiseen vain reunaehtona.

Seuraavissa kahdessa aluvuossa tarkastellaan ensin paikallisten ympäristötekijöiden merkitystä ja sen jälkeen strategisten systeemitason tekijöiden merkitystä yhteistoiminnan toteutumiselle toimintaterapiassa.

7.1 Toimintaympäristön luonne

Tämän tutkimuksen aineisto nosti esiin erityisesti kolme erityyppistä toimintaterapian toteutustilaa, joiden fyysinen ja sosiaalinen merkitys yhteistoiminnan mahdollistamisessa ja haastamisessa on erilainen. Toimintaterapian erityyppisiä toteutustiloja olivat esimerkiksi terapeutille tutut ja hallittavissa olevat julkiset tilat, kuten esimerkiksi kuntoutuslaitoksen tai sairaalan toimintaterapiatilat. Toisentyyppisenä tilana tuli esiin lapselle tuttu julkinen tila, joka ei ole kummankaan toimijan hallittavissa. Kolmantena tilatyypinä tuli esiin yksityinen, asiakkaan hallitsema tila, kuten hänen kotinsa.

Yhteistoiminnassa fyysiset ja sosiaaliset tekijät ovat vahvasti kietoutuneet yhteen. Terapeutit (12YL, 26TKA) kertoivat, että heidän pitää aina jollakin tavalla ottaa tila ja sen tavarat ja välineet haltuun, sillä he kokevat fyysisten ympäristötekijöiden vaikuttavan toimintojen vaihtoehtoisuuteen, mutta myös vuorovaikutukseen ja toiminnan toteutukseen. Esimerkiksi kommunikation tukena he käyttävät erilaisia kuvia ja esineitä, jotka voivat edistää viestien vastaanottamista. Etenkin arvioinnissa ja testaamisessa, mutta myös terapiatilanteissa välineiden käytön tulee olla hallittua ja välineiden pitää olla terapeutille niin tuttuja, ettei niiden käyttö sinänsä vaadi terapeutin huomiota, jolloin hän voi keskittyä paremmin yhteistoiminnan rakentamiseen (13ESL). Erityislasten kanssa terapeutti ei mielellään päästä yhteyttä lapsen katkeamaan, mutta silti terapiatilanteeseen voi aina tulla katkoja, kun terapeutti lähtee etsimään jotain tavaraa, ryhtyy muuttelemaan ympäristöä tai joutuu syystä tai toisesta siirtymään toiseen huoneeseen (12YL). Jos terapeutti kokee tällöin toimintamahdollisuuksiensa kaventuvan tai jos hän ei pysty nopeasti improvisoimaan, sekä toiminnan terapeuttisuus että yhteistoiminta voi katketa näihin rajoituksiin.

Terapeutin oma toiminta sekä ympäristön ja tilan käyttö osoittautuivat erilaisiksi asiakkaan kotona, päiväkodissa ja sairaalassa. Mainitut ympäristöt ilmenivät keskusteluissa sosiaaliselta merkitykseltään eriluonteisina: sairaala ja päiväkoti ovat julkisia organisaatioita ja yhteiskunnallisia instituutioita, kun taas koti on perheen yksityistä aluetta. Sairaalassa työskentelevälle terapeutille sairaala on ympäristönä tuttu, mutta potilaalle se voi olla vieras (25YKLA). Päiväkodin jumppasalikin voi olla aluksi vieras, mutta siellä terapeutti voi käyttää tavaroita lupaa kysymättä tai miettimättä, onko tämän esineen käyttäminen soveliaista (12YL). Asiakkaan kotona eli toisen yksityisyyden alueella terapeutti ei koe voivansa mennä ottamaan kaapista tarvitsemiaan tavaroita ilman lupaa. Sen sijaan hänen on kyseltävä ja tehtävä ehdotuksia. Erityislapset ovat tottuneet tekemään tiettyjä asioita tietyissä ympäristöissä, ja usein heillä on myös yleistämisen vaikeutta (13ESL). Siksi erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti ajatteli, että jos hän menisi tekemään jotakin lapsen kotiin tämän huoneeseen, niin lapsi ei ymmärtäisi sitä: *”Näin ei kuulu tehdä! Olisi haaste sinänsä saada lapsi ymmärtämään, että tämä on hyvä juttu.”*

Alustavassa käsityksessä esitin, että asiakkaan luonnollisessa toimintaympäristössä tapahtuvasta interventioista on tutkimusten mukaan eniten hyötyä. Terapeutit vahvistivat kokemustensa pohjalta tätä käsitystä. Terapeutti (710ESL) piti ympäristönäkökulmaa kiinnostavana erityisesti siksi, että ihmisellä on niin monta toimintaympäristöä: *”Mielenkiintoinen kysymys onkin, kannattaako terapia toteuttaa mieluummin päiväkodissa, iltapäiväkerhossa, koulussa vai kotona.”* Vaikka aikuisten kohdalla terapian optimaalista toimintaympäristöä pitäisi pohtia samalla tavoin, niin toistaiseksi terapeutit eivät voineet vapaasti valita, missä terapia toteutuu. Siksi terapian onnistumiseen vaikuttaviin tekijöihin onkin suhtauduttava armollisesti. Terapeutti pyrki keskittymään niihin asioihin, joihin itse pystyy vaikuttamaan: *”Kun kaikkeen ei voi aina vaikuttaa, niin vaikutetaan sitten edes johonkin.”* (710ESL.)

Toimintaterapeuttien keskusteluissa nousi esiin kolme toimintaympäristöä, joissa terapeutit kokivat fyysiset ja sosiaaliset toimintamahdollisuutensa ja myös terapian vaikuttavuuden eri tavoin: laitosympäristö (esimerkiksi sairaalaosasto, poliklinikka tai kuntoutuslaitos), päiväkoti ja koti.

Terapeutin hallinnoima tila

Keskustelussa mukana olleet terapeutit tunnistivat, että niissä laitosorganisaatioissa, joissa he toimivat, vallitsevat tietyt toimintakulttuurit, -tavat ja rutiinit, joihin asiakkaiden ja *kuntoutujien tuli sopeutua*. Käytännössä se tarkoitti sopeutumista ennalta määritettyihin sääntöihin ja normeihin, mikä aina luonnollisesti rajasi yksilön vapautta ja valinnanmahdollisuuksia. Intuitiivisesti terapeutit saattoivat tunnistaa, että *laitosolosuhteissa asiakkaiden itsemääräämisoikeus kutistuu*. Pientenkin valintojen mahdollistaminen sairaalassa on hetkellistä, mutta sellaisenaan se voi olla tarpeellista ja hyödyllistä. (13ESL, 611TKA, 612YKLA, 613TKA, 7713TKA, 89ESPA.)

Terapeutti pohti, kuka määrittelee asiakkaan vaikuttamismahdollisuudet sairaalassa (611TKA). Organisaatioilla on paine nopeisiin kotiutuksiin, ja niissä tarvitaan usein toimintaterapeuttia, minkä takia hän koki olevansa merkittävä vallankäyttävä. Sairaalassa toiminnot ovat *yksittäisiä ja betkellisiä*, kun omahoitaja on sairaana eikä sijainen tunne asioita. Tällöin kuntoutujan ohjaaminen säännöllisesti johonkin ryhmään voi olla osaston henkilökunnalle ylivoimaista, jos terapeutti ei ole paikalla.

Terapeutti (611TKA) kertoi esimerkiksi osastolla olleesta alle 65-vuotiaasta potilaasta, joka oli pitkään odottanut palveluasumispaikkaa:

Eräänä päivänä hän oli hyvin vihaisena lähdössä hissillä karkuun osastolta, jolloin hoitajat aikoivat soittaa vartijan paikalle. Isokokoinen terapeutti luki tilannetta toisin. Hän ei pelännyt potilasta, vaan päätti mennä tämän mukaan hissiin. Hississä terapeutti kysyi mieheltä, mihin mennään. Mies halusi alakertaan, kellarikerrokseen, jonka jälkeen kuntoutuja sai vielä valita mennäänkö takaisin portaita vai hissillä. Osastolla terapeutti ehdotti joko shakin tai kortin-

pelaamista ja mies valitsi jälkimmäisen. Hankala tilanne laukesi, kun mies sai tehdä valintoja ja niitä kunnioitettiin. Terapeutti arveli, että siinä tilanteessa hän toimi intuitiivisesti oikein, koska se ei ollut hänelle tavallisin tapa hoitaa tilanne. Toinenkin terapeutti (88ESPA) tunnisti valinnanmahdollisuuden tärkeyden: "... potilas saa sen kokemuksen, että hänet huomioidaan. Se on juuri niitä realiteetteja, mitä potilaskin joutuu ottamaan huomioon, että kaikkien kanssa ei toimita samalla tavalla."

Toinen terapeutti (89ESPA) seurasi noin 3,5 vuoden ajan omaisensa loppuelämää terveyskeskuksen vuodeosastolla, jossa terapeutin mukaan *oli valinnanmahdollisuuksia, mutta niitä ei käytetty*. Esimerkiksi jos potilas halusi tehdä itseään koskevia pieniä päätöksiä – kuten valita, että hänen tossunsa ovat sängyn vasemmalla puolella, mistä hän saa itse puettua ne jalkaansa – henkilökunta ei välittänyt toiveesta. Tai jos potilas halusi syödä itse mutta sotki ajoittain, syöttäminen oli siisteyden ylläpitämiseksi hoitajille helpompaa. Terapeutin mielestä valintojen mahdollistamisesta puhutaan kauniisti ja idealistisesti, mutta puutteellisten resurssien takia se ei aina toteudu.

Terapeutti (613TKA) kertoi miettineensä, miten ympäristö vaikuttaa kumppanuussuhteeseen esimerkiksi terveyskeskussairaalassa, jossa ei ole aina tilaa kuntoutujan omalle aktiivisuudelle: *"Siellä monet ottavat potilaan roolin ja myös pysyvät siinä koko hoitajakson ajan. Siellä potilaan valinnoilla ei välttämättä ole merkitystä henkilökunnan erilaisten käytäntöjen takia."* Myös toisella terapeutilla (89ESPA) oli vastaavia kokemuksia: *"Vaikka potilas haluaisi, että hänen tossunsa ovat koko ajan siinä kohdassa, mistä hän saa ne parhaiten, niin niitten paikka riippuu aina siitä, kuka siivoaa lattiat."* Niin asiakkaiden kuin ammattilaistenkin rutiinit olivat ilmeisesti yhteydessä toimintaympäristöön ja sen tuttuuteen, sillä terapeutti (613TKA) oli huomannut seuraavaa: *"Joillakin asiakkailla on haluttomuus jatkaa kotoisia rutiineitaan sairaalassa. Miksi potilas ei haluaisi katsoa Salkkareita sairaalassa, vaikka hän kotona katsoo aina? Miksei sairaalassa ei voi?"* Terapeutti kertoi kannustavansa potilaita tekemään itselle mielenkiintoisia asioita myös sairaalassa.

Yksityisessä kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti (25YKLA) yritti aina muistaa ja huomioida, että asiakkaat ovat laitoksessa vieraalla maaperällä ja sen takia laitossympäristö pitää esitellä sekä tehdä heille tutuksi. Hän ei olettanut, että se tapahtuisi automaattisesti: *"Asiakkaasta riippuen laitossympäristö voi olla hyvinkin vieraannuttava. Laitoksessa asiakas liikkuu isoissa tiloissa ja aamutoimien aikaan huoneessa on vieraita ihmisiä ja hoitajat käyvät toistamiseen. Siellä ei ole omia huonekaluja ja tavaroita, eivätkä kotoinen tuttuus ja turvallisuus ole läsnä."* Toisaalta hän arvioi, että laitossympäristö voi olla fyysisesti monella tapaa myös helpompi kuin kotiympäristö. Siellä on tilaa liikkua, ja fyysiset olosuhteet on luotu sellaisiksi, että siellä olisi mahdollisimman helppo toimia. Fyysisesti optimaalinen harjoituskeittiö on kuitenkin erilainen verrattuna kotiin, jolloin sekä olosuhteet että tekeminen

ovat erilaiset. Ympäristöjen erilaisuus luo monia haasteita, etenkin jos kuntoutujaan kognitiiviset taidot ovat alentuneet eikä hän pysty oppimaan uusia taitoja. Terapeutti pohtikin: *”Antaako fyysisesti optimaalisissa, mutta psykologisesti vieraisissa olosuhteissa tehty arviointi oikean kuvan potilaan toimintakyvystä ja pystyykö kuntoutuja käyttämään siellä harjoiteltuja taitoja omassa kotikeittiössään, mikäli hänen oppimiskykynsä ja muistinsa on heikentynyt?”*

Perusterveydenhuollossa ja laituskuntoutuksessa aikuiset asiakkaat palaavat usein takaisin (26TKA). Siten aluksi vieras terapiatila tai laitospäristö tulee vähitellen tutuksi. Varsinkin monet Kelan kuntoutujat, jotka käyvät laituskuntoutusjaksolla vuosittain, ovat sanoneet: *”Ihan kuin olisi kotiin tullut.”* Terapeutti koki, että yhteistoimintaa voi tapahtua yhtä lailla laitospäristössä. (25YKLA.) Lasten kanssa perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti ajatteli, että tilanteessa syntyvä kontakti on tuttuuden ja turvallisuuden kannalta tärkeä. Miten hän terapeuttina saa lapsen houkuteltua mukaansa, vaikka tila olisi lapselle jännittävä tai uutukaisuuttaan pelottava? Lasten toimintaterapiatiloista löytyy elementtejä, jotka kiinnostavat lasta, ja siellä on mielenkiinnon kohteita. (24TKL.)

Lasten kanssa työskentelevä terapeutti (12YL) oli toiminut monta vuotta pääpainotteisesti vastaanotolla, missä hän pystyi mielestään hallitsemaan ympäristönsä, sillä siellä hän tiesi, mitä tavaroita työtilassa on saatavilla. Siellä hän pystyi myös muokkaamaan ympäristöä tarpeen mukaan haluamallaan tavalla. Toinenkin terapeutti (11ESL) vahvisti, että jos ympäristötekijät eivät kovin paljon muutu ja hän tietää, mitä missäkin on, niin silloin hän voi keskittyä paremmin kontaktin luomiseen, ylläpitämiseen ja toimintaan. Kun terapeutti tietää tarkasti, mitä missäkin kohdassa on, hän pystyy katsettaan kääntämättä ottamaan tarvitsemansa esineen, jolloin katsekontakti lapseen säilyy koko ajan.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti (710ESL) oli huomannut, että toimintaterapeuttiopiskelijoiden tullessa harjoitteluun hän oli toisaalta tyytyväinen heidän kysymyksistään ja ihmettelystään, mutta toisaalta hän tunnisti kangistuneen ajattelunsa: *”Näin on aina tehty!” ja ”Tämä on hyväksi havaittu” tai ”Kyllä mä tekisin, mutta kun pomo käskää, tai rahat ei riitä tai sitä ja tätä.”* Terapeutti koki, että sairaalan toimintakulttuuri läpäisee hyvin nopeasti ja voimakkaasti yksittäisen työntekijän *”Sairaalat menevät kuin junavaunut. Tuntuu, ettei niitä voi muuttaa. Ne vaan menevät joka päivä eteenpäin omalla laillaan, vaikka ihmisillä on hyviä ajatuksia. Sairaalan toimintakulttuuri on niin vanha ja hierarkkinen. Muutos vaatisi tuoretta näkökulmaa, kouluttautumista, työnohjausta, avointa keskustelua ja yhteistoimintaan panostamista. Ja siltikin se olisi haasteellinen paikka. Tämä tunnustetaan sairaalassa myös laajemmin.”* Terapeutti koki, että sairaalassa työskentelevä henkilökunta on tietoinen siitä, mitä muutos edellyttää, mutta kaikki eivät välttämättä edes halua tehdä asialle mitään.

Ulkopuolisen hallinnoima tila

Lapsen omiin toimintaympäristöihin liittyi aineiston perusteella monenlaisia sattunaisia tekijöitä, eikä terapia lapsen luonnollisessa ympäristössä ollut terapeutille niin yksinkertaista, suoraviivaista ja selkeätä kuin omassa työhuoneessa tai työpaikan terapiatiloissa (12YL). Luonnollisissa ympäristöissä toimiessaan terapeutti ei aina etukäteen tiedä, mitkä puitteet, välineet ja muut tekijät olivat saatavilla. Se *toi terapian toteutukseen yllätyksellisyyttä ja ennakoimattomuutta*. Koti-, koulu- tai päiväkotikäynneillä ympäristö oli monille muillekin terapeutille paljon hallitsemattomampi ja haasteellisempi kuin tutut laitososuhteet. Juuri näiden satunnaisen muuttujien takia erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti kokikin, että hän ei pystynyt luonnollisissa ympäristöissä huomioimaan lapsen tarpeita samalla tavoin kuin tutulla vastaanotollaan.

Uudessa ympäristössä toimiminen *vaati terapeutilta aina erityispanostusta*. Lapsen oma ympäristö saattoi antaa enemmän terapialle, mutta se myös vaati terapeutilta enemmän. Esimerkiksi päiväkodin jumppasalissa lapsia ei häirinnyt, jos joku kävi ovella, koska siellä he olivat tottuneet, että niin tapahtui. (12YL.) Se oli lasten elämää päiväkodissa, mutta saattoi häiritä terapeuttia. Toinen lasten kanssa työskentelevä terapeutti (13ESL) pohti, että päiväkotiympäristössä *lapsi oli tottunut* tekemään tiettyjä asioita, minkä takia terapiaan liittyvien asioiden tekeminen perusarjessa oli haasteellisempaa ja tavoitteellisempaa. Se saattoi olla lapselle outoa ja vaati terapeutilta niin paljon työstämistä, ettei terapiaan varattu aika olisi hänen mielestään riittänyt.

Yksityisellä sektorilla työskentelevä terapeutti (12YL) koki, että ympäristön hallitseminen ja erilaisuuden sietäminen on persoonaan liittyvä asia. Hänkään ei pitänyt jatkuvaa yllätyksellisyyttä hyvänä vaihtoehtona, mutta parempaa ei aina ole ollut käytännössä mahdollista järjestää. Yleensä päiväkodissa on ollut jokin tietty tila varattuna terapiatilanteita varten. Joskus terapia oli jouduttu siirtämään johonkin toiseen huoneeseen juhlien tai jonkin muun tilaisuuden takia. Tällöin terapeutti oli joutunut *nopeasti improvisoimaan terapiatilanteen*, mikä oli vienyt sekä terapeutilta että lapselta aikaa ja energiaa.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevät terapeutit kertoivat tekevänsä korkeintaan arviointeja tai ohjaustyypisiä käyntejä päiväkoteihin. Strukturoitujen testien tekeminen oli heidän mukaansa huomattavasti haasteellisempaa päiväkodissa kuin omassa työhuoneessa. Päiväkoti vaatii terapeutilta toisenlaista lähestymistapaa. Päiväkodissa lapsi saattaa tietää välineistä terapeutin mielestä liikaakin. Siellä *lapsi tietää terapeuttia paremmin*, mitä kaapeissa säilytetään, ja päiväkodin tutut leikkivälineet voivat olla lapsen mielestä paljon kivempia kuin terapeutin tuoma testausvälineistö.

Yksi terapeuteista kertoi, että erilaiset toimintaympäristöt olivat hänen työssään *turvallisuusriski*, sillä hänen oli tiedettävä ja tunnettava tila, ennen kuin hän koki

terapiatilanteen turvalliseksi tai hyväksi. Terapeutti uskoi, että voi tapahtua vahinkoja, jos hän ei tiedä, mitä esimerkiksi penkin takana on. Turvattomuuden tunne on vaikuttanut myös yhdessä olemiseen, jos hänen energiansa on kulunut fyysisen ympäristön hallitsemisen pohtimiseen. Terapeutin oli vaikea kuvitella menevänsä lapsen kanssa pitämään terapiatuokiota toisten kehotuksesta sellaiseen tilaan, jota hän ei entuudestaan tiedä ja tunne. Hän oletti, ettei pystyisi toimimaan terapeutina sellaisessa ympäristössä, sillä erilaisiin tiloihin tutustuminen veisi häneltä liikaa aikaa ja energiaa. (13ESL.)

Asiakkaan hallinnoima tila

Yksityisenä elinkeinoharjoittajana toimivan terapeutin mielestä oli tärkeää mennä aluksi asiakkaan kotiin, vaikka terapia tapahtuisi muutoin vastaanotolla (57YL). Sen jälkeen hän ymmärsi paremmin, mistä puhutaan. Kotikäynnillä hän näki, millainen perheen tapa on olla ja elää. Hän ei kertonut ääneen havaintojaan, mutta sen pohjalta hänen on helpompi kysellä ja tehdä ehdotuksia: *”Pelataanko jalkapalloa?”* tai *”Mitä harrastat?”* Terapeutti tarvitsi tietoja myös kotiohjeiden laatimista varten. Hän ei halunnut ehdottaa lapselle jalkapallon pelaamista, jos urheilu ei kiinnostanut maalausta harrastavaa perhettä. Astumalla perheen reviiirille terapeutti näki enemmän perheestä. Hän kuuli, mitä isä tekee, mitä äiti tekee, mitä he harrastavat. Kotikäynnillä terapeutti sai ”valtavan tietopaketin”, jonka jälkeen hänen oli helpompi keskustella, antaa ohjeita, luoda suhteita ja kysellä koiran jaksamisesta. Kotikäynti toi häntä lähelle ihmisyyttä. (57YL.)

Kotikäynneillä terapeutti näki asiakkaita heidän omissa, luonnollisissa ympäristöissään, jolloin asiakkaan kokonaiskuvasta tuli elävämpi. Kotona terapeutti näki paremmin asiakkaan voimavaroja ja hänelle tärkeitä ja hyviä asioita. Asiakkaalla saattoi olla kanarialintu, joka ei ollut tullut puheeksi poliklinikalla tai sairaalassa tavatessa. Kotikäynneillä oli tullut eteen myös asioita, joiden takia terapeutti oli joutunut katsomaan itseään peilistä: miten hän on voinut ajatella tästä ihmisestä, että hän on vain hemiplegiapotilas. Esimerkiksi kotikäynnillä terapeutti sai nähdä, että kyseisen potilaan kodin seinät olivat täynnä tämän maalaamia upeita tauluja. Silloin terapeutti oli pyytänyt mielessään anteeksi: *”En ole nähnyt sinua ihmisenä.”* Siitä oli syntynyt terapiaa vahvistava pohja: *”Hyvä ihme, nyt pidät kiinni tästä voimavarasta, mitä sussa on!”* Terapeutti toivoi, että voimavarat auttaisivat asiakasta siinä tilanteessa. Ihmisten omissa toimintaympäristöissä terapeutti koki olevansa nöyrä, sillä siellä hän löytää aidon ihmisen. (7713TKA.)

Terapeutti oli oppinut hyvin paljon sen jälkeen, kun hän rohkeni avata kotien ovia. Se ei ollut aluksi suinkaan helppo asia, sillä kotikäynnillä voi tulla eteen mitä vaan. Tärkeintä oli ollut, ettei tarvitse esittää mitään sen kummempaa eikä väheksyä itseään ammattilaisena ja toimintaterapeutina. (77YL.) Toinen terapeutti (7713TKA) kertoi pysähtyvänsä välillä miettimään, kuinka monella tavalla ihmiset

voivat elää ja miten monenlaisissa ympäristöissä he ovat onnellisia ja tyytyväisiä: hernekeittoakin voi lämmitellä patterin päällä ja syödä suoraan purkista. Hän koki nähneensä monenlaista ja oli vähitellen oppinut hyväksymään, ettei oma keski-luokkainen maailma olekaan ainoa mahdollinen.

Perusterveydenhuollossa myös lasten kanssa työskentelevällä terapeutilla (24TKL) oli hyviä kokemuksia muutamista kotikäynneistä. Vanhemmat olivat hyvin mielellään ottaneet hänet mukaan miettimään, miten kotona voitaisiin toimia. Kotikäynnillä terapeutti oli yhdessä vanhempien kanssa miettinyt esimerkiksi, miten ympäristöä voisi muokata, jotta lapsen olisi helpompi keskittyä, läksyjen tekeminen onnistuisi paremmin ja lapsen olisi helpompi suunnitella ja suunnata aktiviteettiaan jäsenetysti. Terapeutti koki, että toisen ihmisen kotona hänen pitää olla hyvin hienovarainen, ettei hän astu kenenkään yli tai loukkaa perheen yksityisyyden rajaa.

Asiakkaan toimintaan liittyvien ongelmien ratkaiseminen voi vaatia vanhojen rutiinien ja käytäntöjen muuttamista terapian avulla. Tottumukset vaativat kehittyykseen pitkän ajan, ja niin myös niiden muutokset ovat usein vaikeita. Siksi terapeutin on etsittävä asiakas- ja perhekohtaisia keinoja, joiden avulla voidaan katkaista totuttuja rutiineja.

7.2 Toimintaympäristön ehdot

Terapeuttisen yhteistoiminnan tarkastelussa terapeutit kiinnittivät huomiota myös terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimintakulttuuria systeemitasolta asti määritteleviin tekijöihin, kuten lakeihin, hallitusohjelmiin sekä terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmään sekä eettisiin periaatteisiin. Terapeutit tunnistivat, että käytännöt vaihtelevat, sillä paikalliset sovellusohjeet ja toimintaperiaatteet luodaan aina organisaatioiden sisällä ja yksittäisissä terapiatilanteissa terapeutit kokivat olevansa voivansa toimia suhteellisen itsenäisesti ammattieettisten ja omien periaatteidensa mukaisesti. Toisaalta he tiedostivat, että organisaatio säätelee viimekädessä terapian reunaehdot, joihin myös terapeutin on työntekijänä sitouduttava.

Joissakin tapauksissa paikallisen tason periaatteiden ja päätösten todettiin olevan jopa ristiriidassa sekä asiakaslähtöisyyden että terapeutin oman oikeudenmukaisuuskäsityksen kanssa. Esimerkiksi ”...*, kun asiakas asuu hissittömän talon neljännessä kerroksessa ja asunnonmuutostyösuositukseen tulee kielteinen päätös vain siksi, että asiakas katetroidaan, eikä hänellä ole sen takia tarvetta liikkua WC:hen. Tai terveyskeskuksessa hankitaan sähköpyörätuoli asiakkaalle vain, jos sen käyttö vähentää kotihoidon käyntejä.*” (612YKLA.)

Terapeuttien keskustelusta jäsenyi kolme yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttavaa, systeemitasolta asti lainsäädännällä ja poliittisella ohjauksella määriteltyä,

toimintaa säätelevää tekijää, jotka ovat asiakaslähtöisyys, monialainen yhteistyö sekä palvelutoiminnan tuloksellisuuteen kytketty kustannustehokkuus.

Asiakaslähtöisyys

Ison sairaanhoitopiirin alueella työskentelevä terapeutti oli nähnyt, miten eri kuntien asukkaat olivat eriarvoisissa asemissa. Suositusperusteluja laatiessaan hän joutui miettimään kustannustehokkuutta, taloudellisia resursseja ja palvelujen saatavuutta suhteessa asiakkaan osallistumiseen sekä oikeudenmukaisuuteen: *”Onko oikeudenmukaista, että tietyllä alueella on kuntoutusta saatavilla ja tietyillä alueilla ei? Onko oikeudenmukaista, että saman kaupungin sisällä lähkekkäin sijaitsevissa Kelan eri konttoreissa tehdään erilaisia päätöksiä.”* (33ESL.) Samoin opetuksen järjestämiseen liittyvissä, lakisäateisissä asioissa oli huomattu olevan paikallistason harkinnanvaraisuutta ja tulkinnan mahdollisuutta. *”Välttämättä kouluun menevä lapsi, joka tarvitsee erityispedagogista tukea tai apuvälineitä, ei saa niitä omassa kotikunnassaan, vaikka samanlaisessa tarpeessa olevalle toisen kunnan lapselle ne voidaan järjestää.”* (610ESL.) Terapeutin mielestä suomalainen yhteiskunta ei ole näissä asioissa oikeudenmukainen.

Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen suhtauduttiin tässä aineistossa kriittisesti. Terapeutit kokivat sen olevan organisaatiotasolla lähinnä liturgista puhetta, joka toteutuu heikosti käytännössä. Heidän mielestään julkisessa terveydenhuollossa toimitaan edelleen asiantuntijalähtöisten perinteiden mukaan ja päätöksiä tehdään hyvin usein asiakasta kuulematta. Moniammatillisissa tiimeissä asiantuntijat sopivat keskenään, mikä on tavoite, ja sen jälkeen pohditaan, kuka kertoo tavoitteen asiakkaalle. Terapeutit pitivät asiakaslähtöisyyden toteutumattomuuden syynä muun muassa terveydenhuollon vähäisiä resursseja.

”Asiakaslähtöisyyttä tukevien organisaatiorakenteiden lisäksi tarvitaan lisää ymmärrystä ja asennemuutosta ja yhdessä sovittuja periaatteita ja käytäntöjä. Teoriassa kaikki tietävät, mitä asiakaslähtöisyys on ja siihen myös pystyttäisiin, mutta käytännössä niin ei toimita. Kyseessä on laajasti tunnettu ristiriita.” (59ESPA.)

Tässä aineistossa, kuten myös tutkimuskirjallisuudessa asiakaslähtöisyyden on todettu edellyttävän myös potilalta valmiuksia, voimavaroja ja tahtoa toimia aktiivisena ja kuntoutumisestaan vastuun kantavana toimijana (Cole & Tufano 2008). Terapeuttien mielestä asiakaslähtöisyys olisikin pohdittava erikseen jokaisen asiakkaan kanssa, sillä kaikki kuntoutujat eivät ole aktiivisia, vaikka heillä olisi voimavaroja; kaikilla aktiivisilla asiakkailla ei ole tarvittavia valmiuksia tai edes mahdollisuutta toimia eikä kaikilla akuutisti sairaalaosastolle joutuneilla potilailla ole valintojen ja päätösten teossa tarvittavia voimavaroja. Siten äkillisesti arkiroolinsa menettänyt potilas voi terapeutin mukaan menettää sairaalaosastolla myös

päättänytvaltaansa: ”Sairaalaosastolla kuntoutuja ei aina pääse edes tarvittaessa vessaan. Mistä siellä voi ihminen oikeasti päättää?” (613TKA.) Sama terapeutti pohti, että myös sairaalan turvallisuuskäytännöt rajoittavat kuntoutujan toimintamahdollisuuksia ja vaikuttavat hänen asemaansa, esimerkiksi jos osaston ulko-ovi on lukossa eikä potilaalle kerrota koodia.²⁷

Kuntoutuslaitoksessa toimivat terapeutit reflektoivat kriittisesti asiakaslähtöisyyden toteutumista käytännössä. Siitä huolimatta he pitivät asiakaslähtöisyyttä lähtökohtana terapiatyölle. Terapeutit suhtautuivat siis asiakaslähtöisyyteen samanaikaisesti sekä myönteisesti että kriittisesti. He kritisoivat nykyisiä asiakaslähtöisyyden määritelmiä ja käytäntöjä, joissa ei oteta riittävästi huomioon terapiasuhteen rakentamisessa tarvittavaa osaamista ja panostusta. Asiakkaaksi käsitetään usein vain kuntoutuja, jota ei välttämättä tarkastella toimintaympäristössään toimivana ja osallistuvana ihmisenä, eikä hänen läheisiään oteta mukaan keskusteluun.²⁸

Keskusteluun osallistunut terapeutti (77YL) oli huolissaan siitä, että lasten tera-
pioissa yksityisellä sektorilla vanhempien kanssa tehtävä tavoitekeskustelu vähentää lapsen terapiatoteutukseen käytettävissä olevaa aikaa. GAS -menetelmässä²⁹ terapeuttien pitää tehdä oma arvio tavoitteista ja lasten vanhemmat tekevät omansa. Terapeutin ja vanhempien asettamia tavoitteita ei voi välttämättä vertailla keskenään, mutta ne pitää kirjata. Terapeutti kokee, että menetelmään kuuluvat lomakkeet ovat tulleet vuorovaikutuksen väliin haittaamaan keskustelua: ”*Jos vanhempi ei halua jotakin tai hänen elämäänsä ei mahdu enempää asioita, sen näkee ilmeistä, vaikka hän ei sanoisi mitään. Silloin voin kysyä: Nyt kyllä näytät siltä, että sanot ihan oikeesti, onks täs mitään järkeä.*” Terapeutti kokee, että uuden menetelmän myötä hän katsoo vain täytettävänä olevaa lomaketta, jota hän täyttää vain siksi, että saa tiedot KELAn papereihin. Hänen mielestään se ei edistä vuorovaikutusta, ja siksi hän kokee uuden käytännön harmilliseksi. Terapeutti on kokenut myös vanhempien olevan pahoillaan uudesta käytännöstä, koska tapaamisiin käytettävä aika on pois lapsen terapiakerroista ja se voi edellyttää vanhempien poissaoloa työstä. Vanhemmat eivät aina tuo asiakirjoja sovitusti. Terapeutti kokee, että uusi käytäntö on lisännyt sekä hänen että vanhempien paperityötä.

Organisaatiotason kritiikistä poiketen terapeutit kokivat omissa asiakaskohtauksissaan toimivansa asiakaslähtöisesti. Siksi olen tässä tutkimuksessa tarkastellut asiakaslähtöisyyteen liittyviä tekijöitä toimintaterapian toimijoita koskevassa pääluvussa (3).

27. Teeri et al. (2007) mukaan turvallisuuden takia potilaita myös sidotaan tuoleihin ja sänkyihin, mikä loukkaa aina ihmisen fyysisistä integriteettiä.

28. Järvikoski & Karjalainen (2008: 91–92) ovat ehdottaneet asiakas–terapeuttisuhteen rakentamista varten lähestymistavaksi yhteistä ymmärrystä rakentavaa ja ”toista tietoa” luovaa dialogisuutta.

29. Goal Attainment Scaling, GAS-menetelmä, http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf

Monialainen yhteistyö

Keskusteluissa mukana olleet terapeutit kokivat, että asioiden jakaminen ja läpikäynti monialaisesti on nykyisin sekä välttämätöntä että haasteellista terapiatyön onnistumiseksi. Terapeuttien kokemusten mukaan kuntoutuksen yhteistyömuodot ovat muuttuneet 20 vuoden aikana. Monialaista yhteistyötä asiakkaan läheisten ja toisten ammattilaisten kanssa ohjataan nykyisin myös lainsäädännön avulla (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä, FINLEX 497/2003).³⁰

Organisaation sisällä terapeutin työhön vaikuttavat ohjeet, määräykset ja lain tulkinnat tulivat kuntoutusyhteisön kautta annettuina, ja perusterveydenhuollossa toimintaterapeutit käyttivät niitä muun muassa määrittäessään, mitä palveluja yksittäinen asiakas voi saada. Terapeutti koki rakentavansa näkökulmaa asiakkaan tilanteeseen yhdessä kuntoutusyhteisön kanssa. Eri asiantuntijoiden näkemykset tulivat esille muun muassa kuntoutuspalaverissa ja muussa monialaisessa yhteistyössä, jonka onnistumisessa oli toimijoiden välisellä vuorovaikutuksella keskeinen sija. Sen takia terapeutit kokivat, että yhteistoimintaan perustuvan lähestymistavan tulisikin lähteä monialaisesta yhteistyöstä ja levitä sitä kautta asiakastyöhön.

Vaikka kuntoutuspalaverissa yhdessä mietityt tavoitteet loivat kuntoutukselle odotuksia, niin kuntoutuslaitoksessa toimiva terapeutti koki, ettei hänen silti välttämättä tarvitse pysytellä yhteisessä kannassa. Hän koki olevansa vapaa tekemään omia tulkintojaan ja toteuttamaan terapiatilanteet haluamallaan tavalla, sillä kukaan muu ei määritellyt asiakkaan ja hänen välistä terapiasuhdetta. (25YKLA.) Terapeutin asenne on mielenkiintoinen. Ensinnäkin oletettavaa on, että terapeutin kokema vapaus ei välttämättä tarkoita yhteisistä sopimuksista poikkeamista. Toiseksi poikkeaminen edellyttää huolellista harkintaa ja hyviä perusteluja, jottei se aiheuttaisi epäluottamusta ja ristiriitoja työyhteisössä. Terapeutin kuvaus myös osoittaa, että tarvittaessa terapeutit voivat asettaa yksittäisen asiakkaan tapauksen ja tilanteen erityispiirteet yleisen sopimuksen edelle. Näin ollen voidaan ajatella, että terapeutilla itsellään oli ratkaisevampi merkitys asiakaslähtöisen terapian ja yhteistoiminnan toteuttamisessa kuin toimintakontekstin asettamilla reunaehdoilla.

Yksityiset ammatinharjoittajat olivat kokeneet hyväksi käytännöksi, että terapeuttialaohjeet laativa terapeutti otti yhteyttä ja neuvotteli palveluntuottajan kanssa ennen kuin hän laittoi maksusitoumussuositusta eteenpäin. Menettely oli myös kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä säädetyn lain (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä, FINLEX 497/2003) mukainen. Monialainen yhteistyö vaati osapuolilta rohkeutta tarkastella asioita toisten kanssa, avoimuutta kuunnella toisten erilaisia käsityksiä sekä halua miettiä erilaisista kannoista huolimatta yhteistyön mahdollisuuksia. Aiemmin osittain näkymättömäksi jääneen yhteistyön koettiin nykyisin

30. Käsitän tässä tutkimuksessa monialaisen ryhmän pelkkiä ammattilaistoimijoita laajemmaksi ja monipuolisemmaksi toimijaryhmäksi.

olevan avointa, ja kuntoutuspalvelujen tuottajilta myös edellytetään sitä.³¹ Monialainen yhteistyö loi terapeutin mielestä uusia mahdollisuuksia, sillä asiakkaan omaan toimintaympäristöön tutustuminen sekä laajempi keskustelu myös läheisten kanssa paljastivat usein sellaisia asioita, jotka eivät tule esille yksinomaan tapaamalla asiakasta vain terapeutin työympäristössä (7713TKA).

Erilaisten näkökulmien yhteensovittamisen ei koettu olevan aina helppoa, vaikka laki (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä Finlex 497/2003) sitä edellyttääkin. Monialaisen asiantuntijayhteistyön haasteellisuus saattaa johtua erilaisista näkökulmista ja intresseistä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa terapeutti (610ESL) kertoi työskentelevänsä päivittäin työryhmässä, jossa on pedagogeja ja terapeuteja. Terapeutit ovat kiinnostuneita lapsen kohtaamisesta sellaisena kuin tämä on, kun taas pedagogien tehtävä on tarkastella lapsen kyvykkyyttä suhteessa esikoulun tai kouluasteen normiarvoihin. Terapeutti koki, että pedagogisessa ajattelutavassa vuorovaikutussuhde ja kumppanuus nähtiin toisin kuin terapeuttisessa ajattelussa.

Toinen terapeutti (26TKA) kertoi kokemuksista, joita oli asunnonmuutostöiden suunnittelukäynnillä saanut yhteistyöstä rakennusalan asiantuntijan kanssa. Terapeutti oli kokenut, että hänellä ja rakennusalan asiantuntijoilla on eri intressit, sillä hän itse halusi ensin selvittää ongelman, kun taas asiantuntija pyrki tehtävänsä mukaisesti suunnittelemaan heti muutostöiden toteutusta. Terapeutti tunsikin olevansa asiakkaan ongelmien ja tarpeiden selvittelyjen sekä teknisten ratkaisujen välissä. Hänen mielestään ongelmien selvittely olikin jäänyt puutteelliseksi tilanteissa, joissa oli kiirehditty liian nopeasti ratkaisuihin. Lisäksi terapeutti koki tarvitsevänsä etäisyyttä ja pohdinta-aikaa ratkaisujen ja keinojen miettimiseen.

Yksityisellä sektorilla työskentelevä terapeutti kertoi asiakaskohtaisten palveluverkoston alkaneen vähitellen vahvistua. Hän kertoi tilanteesta, jossa lapsiasiakkaalla oli ratsastusterapiaa, allasterapiaa, toimintaterapiaa ja puheterapiaa. Koko ryhmä tiesi, että puheterapia olisi sillä hetkellä äärimmäisen tärkeä, mutta monen terapian päällekkäisyyden takia perhe oli pystynyt toteuttamaan sitä huonosti. Silloin terapeutit kokoontuivat vanhempien kanssa yhteen keskustelemaan, mitä pitäisi tehdä ja missä terapioissa ollaan menossa, ja he suunnittelivat yhdessä jatkokuntoutussuositukset. Yhdessä laaditut suunnitelmat olivat menneet paremmin läpi myös kuntoutuspäätösprosesseissa. Terapeutti oli kokenut verkostoitumisen niin hyvin asiakaslähtöisyyttä palvelevaksi toiminnaksi, että ilman näitä käytäntöjä ja tuttuja verkostoja hän ei voisi enää tehdä kuntoutusta. Siksi hän halusikin nykyisin tarkistaa maksajataholta muut verkoston jäsenet varmistaakseen yhteistyön sujumisen. (57YL.)

Monialaisen yhteistyön haasteista kertovat esimerkit toivat hyvin esiin erilaisten näkökulmien ja toimintatapojen yhteensovittamisen vaikeuden terapeuttien työssä.

31. Esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten avoterapiastandardi.

Ne vahvistivat konkreettisesti monissa yhteyksissä esiin nostetun tarpeen tutkia ensin asiakkaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja odotukset, toimintakyvyn ja asiakkaan vahvuudet ja ongelmat sekä mieltymykset, kiinnostuksen kohteet ja toimintaympäristöt. Normien ja standardien sijaan terapeuteille oli tärkeämpää rakentaa edellä mainituista tekijöistä synteisiä, joka kuvaa asiakkaan senhetkistä yksilöllistä tilannetta sekä käsitystä siitä, miten siihen voitaisiin toimintaterapian keinoin vaikuttaa. Vasta sen jälkeen toimintaterapeutit kokivat voivansa edetä työssään tavoitteiden asetteluun ja toteutukseen.

Kustannustehokkuus

Alustavassa käsityksessäni en ollut kiinnittänyt huomiota kustannustehokkuuteen, joka nousi terapeuttien kanssa käydyissä keskusteluissa asiakaslähtöisyyden rinnalle toiseksi tärkeäksi toimintaterapiapalvelujen ja terapeuttisen yhteistoiminnan reunaehdoksi.³² Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti (710ESL) koki, että toimintaterapeuttien täytyy pystyä ottamaan huomioon ja osoittamaan toiminnan kustannustehokkuus mahdollisimman selkeästi, vaikka hän ei kokenutkaan mielekkääksi kiinnittää huomiota vain tuottavuuden mittaamiseen. Terveydenhuollon tuotosta on mitattu joko välisuoritteina, kuten palveluina, toimenpiteinä tai menetelminä, tai laajempina yhdistelminä, kuten hoitajaksoina tai hoidettuina potilaina. Terveydenhuollon vaikuttavuutta on mitattu potilaan terveydentilan muutoksella sekä terveydenhuollon tavallisissa olosuhteissa että erityisesti suunnitelluissa ja organisoiduissa kliinisissä kokeissa, joissa on tiukat potilaiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Esimerkiksi jatkuvasti kerättävät tilastotiedot suoritteista, palveluista sekä potilashoitosten määrästä ja hoidetut potilaat eivät olleet kertoneet terapeutille mitään terapian vaikuttavuudesta. Kustannustehokkuusajattelulla on terapeutin mielestä ollut myös hyviä seurauksia. Esimerkiksi 10 vuoden työkokemus erikoissairaanhoidossa oli opettanut hänet itsensä miettimään tarkemmin ja pohtimaan yhdessä hoitavien terapeuttien ja vanhempien kanssa, mikä yksittäisen lapsen kohdalla oli oleellista ja tärkeätä. Yhteisen harkinnan avulla interventiot oli voitu kohdentaa tarkoituksenmukaisemmin ja oikeudenmukaisemmin niille, jotka niitä todella tarvitsivat. Siksi rajapintojen monialaiseen yhteistoimintaan kannattaa hänen mielestään panostaa.

Toimintaterapeuttien keskustelun perusteella näyttää siltä, että kustannustehokkuuden tavoittelu vaikutti monin tavoin heidän työkäytäntöihinsä. Kustannustehokkuuden korostuminen oli tuonut mukanaan aiempaa tiukemmat vaatimukset suositusten huolelliselle perustelemiselle sekä sitä kautta myös aiem-

32. Paineet kustannustehokkuuteen ovatkin viime vuosina lisääntyneet, sillä terveydenhuollon toiminta käsitetään nykyisin verovaroin rahoitetuksi yritystoiminnaksi (vrt. Sintonen & Pekurinen 2006: 23).

paa paremmin kohdentuvat palvelut. Terapeutit olivat kuitenkin selvästi huolissaan siitä, että kustannustehokkuuden tavoittelu vain säästöjä ja karsintaa korostamalla oli johtanut myös sellaisiin paikallisiin ylilyönteihin, jotka eivät palvelleet asiakkaiden kuntoutumista.

Terapeuttien kuvausten perusteella kustannussäästöihin tähtäävinä ratkaisuinä oli käytetty juustohöylämäistä suositusten karsintaa, terapiapäätösten viivyttämistä, laitoshoitopäivien vähentämistä ja palveluyksiköiden harventamisen seurauksena palvelujen saavutettavuuden heikentämistä. Sekä julkisessa sairaanhoidossa että yksityisellä sektorilla työskentelevät terapeutit (33ESL, 613TKA, 7713TKA, 77YL) eivät pitäneet näitä ratkaisuja oikeina ja tarkoituksenmukaisina. Esimerkiksi terveyskeskuksissa oli jo pitkään myönnetty erittäin vähän maksusitoumuksia yksityisiin toimintaterapiapalveluihin ja kiristyneen talouden myötä karsinta oli alkanut kohdistua systemaattisesti myös lasten terapiapäätöksiin: jos terapeutti suositteli 20 kertaa terapiaa, niin päätökseen oli jätetty 10–15 kertaa, eikä jatkotervapioita välttämättä järjestetty lainkaan. Myös erikoissairanhoidossa oli tehty sama linjaus: terapiakertojen määriä oli alettu vähentää systemaattisesti ja interventioaikaa on lyhennetty 60 minuutista 45 minuuttiin/kerta (77YL). Terapeutit ihmettelevät, minkälaisen terapiaprosessin voi edes suunnitella ja mitä muutoksia karsituilla jaksoilla pystyy saamaan aikaan.

Toiseksi terveyskeskuksessa oli kiinnitetty huomiota siihen, että lasten vanhempien tapaamiset ja lapsen yksilöllinen arviointi vievät liikaa toimintaterapeutin työaikaä, minkä takia terapeuteille oli ehdotettu perheiden haastattelua ja terapiapalautteiden antamista ryhmätilanteissa (7713TKA). Kolmas säästöistä seurannut ongelma liittyi terapian viivästyamiseen ja terapiaprosessin katkoksiin, kun pienen lapsen jatkoterapiapäätöksiä joudutaan odottamaan useita kuukausia, jolloin terapeutin on aloitettava terapiasuhteen rakentaminen lapsen kanssa uudelleen alusta alkaen. Se voi vaatia useita säännöllisiä tapaamisia ennen kuin päästään varsinaisiin terapeuttisiin toimiin. Terapeutit olivat huolestuneita siitä, että samanaikaisesti kun lähettävällä taholla oli alettu tehdä karsintoja systemaattisesti kaikista suosituksista, niin Kela edellytti avokuntoutukselle asettamien standardien mukaisesti, että kuntoutusjaksoon sisältyy tavoitteiden asettelu vanhempien kanssa sekä yhteistyöverkoston kokoontumisia. Terapeutit kokivat, että Kelan hyvä pyrkimys parantaa toimintaprosessia aiheuttaakin yhdessä karsintojen kanssa sen, että terapeutilla on entistä vähemmän aikaa terapiatapaamisille lapsen kanssa. (77YL, 710ESL.)

Neljänneksi psykiatrisessa hoidossa alkoi vuonna 2006 laitoshoidoaikojen lyhentäminen ja palvelujen keskittäminen isompiin yksiköihin. Muutoksen seurauksena asiakkaita on kotiutettu huonompikuntoisina avopalveluiden turvin. Koska pieniä toimipisteitä on karsittu, on joidenkin asiakkaiden kohdalla käynyt niin, että aiemmin viiden kilometrin päässä ollutta poliklinikkaa ei enää ole ja lähin toimipiste on 30 kilometrin päässä. Terapeutti näki asiakaslähtöisten periaatteiden ja kustan-

nustehokkuuteen pyrkivien käytäntöjen välillä ristiriitaisuutta, joka osoitti hänelle, että terveydenhuolto ei toimi sanelemiensa periaatteiden mukaan. (89ESPA.)

Edelliset esimerkit osoittavat, miten toimintaterapian onnistumiseen vaikuttavat terveydenhuollon organisaatioiden itse asettamat reunaehdot, jotka saattavat kustannustehokkuuden sijaan tuottaa kustannussäästöihin perustuvaa palvelujen heikkenemistä. Tapahtuneet muutokset osoittavat, miten tärkeää toimintaterapeuteille itselleen olisi tuntee riittävän hyvin ne tekijät, jotka vaikuttavat terapian onnistumiseen, jotta he voisivat osaltaan olla vaikuttamassa siihen, että kustannussäästöjen tavoitteet kohdennettaisiin oikeisiin asioihin. Neuvottelutilanteissa terapeuteilla tulisi olla käsitys siitä, millaisia muutoksia terapiajaksolla tavoitellaan, mitkä tekijät ovat kyseisen terapiasuhteen keskiössä ja mitkä ovat sen voimavarat ja haasteet. Lisäksi heillä tulisi olla vakuuttava käsitys siitä, millaisiin seurauksiin erilaiset toimintaprosessit johtavat. Oletettavaa on, että tulevaisuudessa toimintaprosesseja joudutaan muokkaamaan ja että terapeutit kohtaavat vielä monenlaisia ehdotuksia niiden toteuttamiseksi aiempaa edullisemmin. Siksi on myös sisällöllisistä syistä tärkeää, että terapeutti tuntee terapian toteutusprosessit ja osaa itsekin vaikuttaa sellaisten prosessien tehokkuuteen, joissa hän on mukana.

7.3 Toimintakontekstin reunaehtojen merkitys

Terapeuttinen yhteistoiminta toteutui aina toimintakontekstissa, jonka muodostivat toimintaympäristö ja -kulttuuri. Toimintaterapian toimintaympäristöinä olivat tavallisesti laitos, päiväkotia ja koti, joilla jokaisella oli tietynlainen terapeuttisen yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttava luonne. Toimintakulttuuriin liittyvistä tekijöistä yhteistoiminnan syntymiseen ja toteutumiseen epäsymmetrisessä terapiasuhteessa vaikuttivat etenkin asiakaslähtöisyys, monialaisuus ja kustannustehokkuus. Tarkastelen nyt tämän jakson keskeisten pääkohtien keskinäisiä suhteita ja piirteitä suhteessa terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseen.

Toimintaterapian **toimintaympäristöinä** olivat hyvin usein julkisen *erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon tai yksityisen laitoksen osasto tai vastaanottotilat*. Laitosolosuhteissa terapeutit kokivat olevansa omalla maaperällä. Siellä heidän oli helpompi keskittyä asiakkaan toiminnan havainnointiin ja reagointiin, koska huonejärjestykset sekä välineiden ja paikkojen muistaminen eivät kuormittaneet heidän keskittymistään. Toisaalta institutionaalisessa ympäristössä koettiin olevan vähemmän asiakkaalle mielekkään toiminnan mahdollisuuksia. Fyysisiltä ominaisuuksiltaan laitosympäristöä pidettiin tilana, jossa asiakkaan oli helpompi liikkua ja toimia. Myös laitosympäristö saattoi tulla asiakkaalle tutuksi, jos hän kävi siellä useita kertoja. Julkisissa tiloissa terapeutit kokivat voivansa ottaa käyttöönsä tarvitsemiaan välineitä vapaammin kuin asiakkaan kotona, jossa käyttöön oli aina kysyt-

tävä lupa. Sattumanvaraisuutta liittyi sekä julkisiin että kotiympäristöihin, mutta etenkin päiväkotiympäristöihin liittyi monia epävarmuustekijöitä, sillä siellä muut toimijat hallinnoivat tilojen käyttöä.

Erityisesti perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla toimintaterapeutit työskentelivät usein myös asiakkaan luonnollisessa toimintaympäristössä, kuten asiakkaan kotona, päiväkodissa tai koulussa. Terapeutit jakautuivat keskustelussa niihin, jotka toimivat mieluummin laitosympäristöissä, koska kokivat olevansa parempia terapeutteja itselleen tutussa ympäristössä. Toiset taas toimivat mieluummin asiakkaan omassa ympäristössä, koska kokivat ympäristöllä olevan asiakkaan kuntoutumisen kannalta tärkeä merkitys, vaikka siellä työskentely itsessään olikin terapeutille haastavampaa eikä hän voinut kokea siellä samankaltaista pätevyys-tunnetta, mitä laitosympäristöihin mieltyneet terapeutit kuvailivat. Kaikissa ympäristöissä yhteistoiminnan edistämisen kannalta oli tärkeää, että terapeutti otti huomioon toimintaympäristöjen fyysisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteenkietoutuneisuuden sekä käytettävien tilojen ja välineiden tuttuuden, turvallisuuden, käytettävyyden ja haasteellisuuden.

Toimintaympäristöihin liittyvä toimintakulttuurien erilaisuus näkyi esimerkiksi siinä, että *asiakaslähtöisyyden* toteuttamista pidettiin itsestään selvänä realiteettina asiakkaan kotona, mutta arvostuksesta huolimatta heikosti toteutuvana julkisissa toimintaympäristöissä, etenkin sairaalassa ja muissa laitoksissa. Asiakaslähtöisyyden ja yhteistoiminnan toteutumisen kannalta toimintaympäristön omistajuudella ja tuttuudella näytti siis olevan merkitystä. Toisen omistamassa ympäristössä, esimerkiksi asiakkaan kotona, terapeutin toiminta oli itsestään selvemmin asiakaslähtöisempää, asiakkaan ääntä kuuntelevampaa ja valinnanmahdollisuuksia tarjoavampaa kuin julkiseen omistajuuteen perustuvassa laitosympäristössä. Kustannustehokkuuden tavoittelu oli jo lisännyt ammattilaisten kiinnostusta terapia-palvelun laatuun vaikuttaviin tekijöihin. Aineiston perusteella terapeuteilla oli luottamus siihen, että yhteistoiminta vahvistaa terapian kustannustehokkuutta.

Institutionaalisessa toimintaterapiasuhteessa terapeutin yhteistoiminta oli lähtökohtaisesti epäsymmetristä ja monen tasoisten reunaehtojen säätelystä. Epäsymmetria syntyi siitä, että terapeutti toimi lailla säädetyssä ammatissa, jonka ehtona oli valvottu ammattitutkinto. Koulutuksensa ja asemansa takia terapeutilla oli osaamista, tietoa ja pääsy sellaisiin tietoihin ja neuvottelu- ja päätöksentekotilanteisiin, joita asiakkaalla ei aina ollut. Terapiasuhteen institutionaalisuus aiheutti yhteistoiminnan toteutumista haittaavaa epäsymmetriaa toimijoiden välille. Epäsymmetrian vähentämiseksi ja asiakaslähtöisyyden vahvistamiseksi on säädetty lakeja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistamiseksi muun muassa itseä koskevassa päätöksenteossa, mutta siitä huolimatta organisaatioiden toimintakäytännöt perustuivat epäsymmetriaa ylläpitäviin rakenteisiin ja toimintakulttuureihin.

8. Vastavuoroinen yhteistoimijuus

Terapeutin ja asiakkaan sekä lääkärin ja potilaan välinen suhde on aina ammattiin perustuva eli institutionaalinen (Peräkylä 1998). Drew & Heritagén (1992: 47) mukaan institutionaalinen suhde on aina epäsymmetrinen. Tässä aineistossa terapeutit osoittivat monin esimerkein, millaisena terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen epäsymmetrisyys ilmenee toimintaterapiasuhteessa.

Keskusteluissa tuli esille, että asiakkaan kategoria ei toimintaterapeuteilla viitakaan pelkästään kuntoutujaan, vaan laajemmin hänen lähipiiriinsä kuuluviin ihmisiin. Näin ollen asiakkaan kategorialla voidaan viitata sekä yksilöön että kollektiiviseen subjektiin, jolloin yhteistoiminnan tarkastelu laajeneekin paritoiminnan sijasta koskemaan myös monitoimijaista toimijarypystä.

Yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttavina piirteinä nousivat esiin muun muassa toimijoiden voimavarat ja valmiudet. Päävastuun yhteistoiminnan toteutumisesta koettiin aina olevan toimintaterapeutilla, sillä oletettavaa on, että terapeutilla tulisi olla koulutuksensa ja työkykyisyytensä ansiosta ja tehtävänsä takia siihen riittävät valmiudet, voimavarat ja pyrkimykset. Toimijoiden erilaisista valmiuksista, voimavaroista, hyveistä ja pyrkimyksistä johtuen yleisten ja paikallisten toimintatapojen ja -periaatteiden noudattaminen ja yhteensovittaminen asiakaslähtöisyyden periaatteiden kanssa tuntui terapeuteista toisinaan hankalalta. Terapeutit tunnistiivat, että asiakkailta voi olla monenlaisia toiveita ja erilaisia näkemyksiä eikä asiakkaiden ole aina helppo ymmärtää, miksi jokin asia toteutetaan toisin kuin mitä he ovat ehdottaneet. Se synnyttää terapeutin työhön haasteellisuutta.³³ Vaikka terapeutit eivät voikaan välttämättä toteuttaa asiakkaan toiveita, niin siitä huolimatta he haluavat kuulla, mitä asiakas haluaisi ja miten hän asiat ymmärtää.

Asiakasta ja terapeuttia yhdistää se, että molemmat pyrkivät yhtäältä suojaamaan omaa loukkaamattomuuttaan ja toimimaan toisen loukkaamattomuutta kunnioittaen. Loukkaamattomuuden säätelyn terapeutit tunnistiivat perustuvan aiempiin kokemuksiin ja koskevan sekä asiakasta että terapeuttia. Yhteistoimintaa ohjaavat toimijoiden vastavuoroisuuden hyveet (hyväntahtoisuus, oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus) kehittyvät vähitellen kokemusten reflektoinnin myötä. Yhteistoiminnan toteutumisen kannalta on tärkeää, että toimijat toimivat vastavuoroisuuden hyveiden mukaisesti ja että he voivat luottaa myös toisen toiminnan hyveellisyyteen.

33. Vrt. myös Launiksen (1992: 8-9) persoonallisen konfliktin kuvaus.

Tässä tutkimuksessa perusyksikkönä on asiakkaan ja terapeutin välinen terapeuttinen yhteistoiminta, ja tämä jakso keskittyy yhteistoimijuuden tekijöihin ja niitä kuvaaviin piirteisiin. Yhä useammin toimintaterapia kuitenkin toteutuu monialaisen yhteistyön tuloksena siten, että asiakkaan ja terapeutin lisäksi siihen osallistuu useita eri ammattilaisia. Tässä yhteydessä kiinnostukseni koskee nimenomaan niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat yhteistoiminnan syntyyn ja vahvistumiseen.

8.1 Suhteen epäsymmetria

Institutionaalinen terapiasuhte on monesta syystä epäsymmetrinen, sillä sen lisäksi että institutionaalisesta suhteesta johtuen toimijoilla on erilaiset mahdollisuudet päästä käsiksi tietoihin ja osallistua päätöksentekoon (Peräkylä 1998; Drew & Heritagen 1992: 47), toimijoilla on myös erilaista osaamista ja erilaisia voimavaroja (D'Amour 2005). Terapeutit kuvasivat aineistossa monin tavoin omaa tehtävänsä yhteistoiminnan mahdollistajana, mutta myös runsaasti niitä tekijöitä, jotka haittaavat tai estävät sen toteutumista. Tämä jakso jäsentyy ensin yhteistoiminnan toteutumismahdollisuuksista asiakas–terapeutti-suhteesta ja sen jälkeen asiakas–terapeutti–ryppäsuhteesta. Lopuksi tarkastellaan vielä, miten terapeutit kuvasivat toimijoiden yksilöllisten tekijöiden vaikutusta yhteistoiminnan toteutumiseen. Tämä jakso nostaa esiin erityisesti epäsymmetrisestä terapiasuhteasetelmasta johtuvaa yhteistoiminnan haasteellisuutta.

Toimijoiden välinen suhde

Terapeutit kokivat, että terapiasuhteen alussa he joutuvat usein tekemään paljon töitä, ennen kuin terapiasuhte on rakennettu sellaiseksi, että siinä voidaan toimia asiakaslähtöisesti. Organisaationäkökulmasta käsin tarkasteltuna yksityisellä sektorilla ja erityisesti yksityisenä ammatinharjoittajana toimivat terapeutit pitivät asiakaslähtöisyyteen perustuvaa yhteistoimintaa itsestäänselvyytenä ja työnsä onnistumisen ehtona, kun taas julkisella sektorilla työskentelevät terapeutit toivat runsaasti esille monenlaisia tekijöitä, jotka haittaavat tai estävät asiakaslähtöistä työskentelyä.

Terapeutit kokivat, että ammatillisuus edellyttää vastuuta vuorovaikutuksen etenemisestä. Esimerkiksi kun yksi terapeutti (611TKA) on kysynyt vielä viimeiseksi kotikäyntiä lopetellessaan: *”Onko teillä vielä jotakin kysyttävää minulta?”*, niin kysymys on yleensä hämmästyttänyt ihmiset. Terapeutti on kokenut loppukysymyksen esittämisen tarpeelliseksi, sillä rutiinistaan huolimatta hän on kokenut, ettei hän osaa ottaa huomioon eikä tiedä tarpeeksi asiakkaan yksilölliseen

tilanteeseen vaikuttavista asioista, joilla voi olla merkitystä ongelmien selvittelyn kannalta.³⁴

Toinen terapeutti (7713TKA) kertoi, että vaikka hän ei käytä valmiita haastattelulomakkeita, niin silti hänellä on koko ajan mielessään punainen lanka asiakkaan ongelman selvittelyyn liittyvistä, puheeksi otettavista asioista.³⁵ Terapeutti johdattelee keskustelua tilanteen ja asiakkaan mukaan. Terapeutit kertoivat pyrkivänsä mielellään arkikeskusteluun (vrt. Peräkylä 1998), sillä se vapauttaa ilmapiiriä, vaikka keskustelu voi välillä myös polveilla. *”... ja hän tuo niitä ajatuksia. Ja kun eihän se oo koskaan semmosta niin ku kauheen... Ne asiathan poukkoilee. Siis jos asiakkaalle antaa tilan kertoo sitä tarinaa, niin siinnehän tulee lapsenlapset näitten tukikahvojen joukkoon.”* (26TKA.)

Asiakkaan ja terapeutin roolien erilaisuus nousi esiin pohdittaessa osapuolten oikeuksia ja velvollisuuksia suhteessa huolenpitoon ja välittämiseen. Terapeutit kokivat ehdottomasti olevansa asiakasta varten, sillä terapeutti ei pura asiakkaalle omia huoliaan eikä terapeutti tuo omia ongelmiaan ratkottavaksi terapiatilanteisiin.

Institutionaalisessa suhteessa terapeutti hoitaa omaa ammatillista tehtäväänsä. Terapeutit kuvailivat, miten terapiasuhteessa säilyvät aina ammatillisuus ja rajat. Perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti (611TKA) kertoi antavansa asiakkaalle käyntikorttinsa tai puhelinnumeronsa, sillä hän halusi varmistaa, että asiakkaalle jää selkeä käsitys siitä, kenen kanssa tämä oli ollut tekemisissä ja mistä kumppanin voi myöhemmin tavoittaa.

Hyvin usein toimintaterapiatilanteet toteutuvat sairaala- tai laitospäässä. Terapeutti (610ESL) koki, että sairaalaympäristö on potilaalle jännittävä ja pelottava ja että potilaat tulevat sinne aina altavastaajina: *”Sairaaloissa elävät edelleen ikiaikaiset perinteet, joissa potilas on toimenpiteiden kohteena ja lähestymistavat luodaan yhä ilman potilasta. Toimenpidetöiden ja yksisuuntaiseen saneluun perustuvasta toimintakulttuurista perheet usein myös lähtevät pelokkaina ja altavastaajina.”* Terapeutit kokivat, että suhteessa tietoon he ovat epätasa-arvoisessa asemassa kuntoutujan kanssa, sillä kuntoutuja ei tiedä terapeutista läheskään kaikkea sitä, mitä terapeutti tietää kuntoutujasta (esimerkiksi sairaus- ja toimintahistoriaa).

Epäsymmetristä institutionaalista vuorovaikutusta leimaa roolirakenteisuus: osapuolilla on erilaiset roolit, joiden takia heillä on myös erilaista tietoa, erilaiset oikeudet tietoon ja erilaiset mahdollisuudet osallistua keskusteluihin (Drew & Heritage 1992: 48–49). Institutionaaliseen vuorovaikutukseen liittyy myös

34. Terapeutin esimerkki osoittaa myös, miten asiakkaat ovat ennakolta orientoituneet vastaamaan terapeutin esittämiin kysymyksiin, jolloin vastuu keskustelun etenemisestä on ikään kuin roolin mukaisesti annettu terapeutille (vrt. Drew & Heritage 1992: 49).

35. Terapeutilla täytyy siis olla kokemuksen tuomaa rutiinia, jonka pohjalta hänellä on mielessään keskustelun juoni (hidden agenda) käsitellyn tarpeessa olevista asioista, joita koskien hän esittää kysymyksiä (vrt. emt. 49–50).

toimintatapoja, jotka ylläpitävät epäsymmetriaa ja haittaavat asiakkaan aloitteellisuutta sekä asioiden esille ottamista hänen näkökulmastaan. Esimerkiksi kysymysvastaus-asetelmissä kysymyksiä esittävällä asiantuntijalla on mielessään piiloagenda (hidden agenda), joka ohjaa keskustelun etenemistä. Asiakkaalle ainutlaatuinen ja henkilökohtainen ongelma on asiantuntijalle vain yksi rutiinitapaus muiden joukossa, ja asiantuntijatiedon ja asiakkaan arkitiedon erot luovat erilaisia kuvauksia ongelmasta. (Emt. 49–51). Cameronin (2004: 67–72) mukaan sosiaali- ja terveydenhoidolla on myös käytössään sellaisia menetelmiä ja lähestymistapoja, kuten itsetiedostusterapia ja realiteettiterapia, jotka aiheuttavat tietoon, valtaan ja taitoihin liittyviä ongelmia ja epäsymmetriaa organisaation kommunikaatiokulttuurissa.

Esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti koki, että hänen laajemmat toimintapotentialinsa vaihtoehtojen tarjoajana estivät hänen ja asiakkaan välistä tasa-arvoista vuorovaikutusta. Sairaalassa potilaan yksilölliseksi tavoitteeksi saatetaan ongelmitta asettaa ”nopea kotiutus”, vaikka potilaan omana tavoitteena olisi ensisijaisesti saada itsensä toimintakykyisemmäksi.

Toisenlaisesta potilaan ja organisaation odotusten ja toiveiden välisestä ristiriidasta kertoi terapeutin (89ESPA) esimerkki 15-paikkaisesta avohoitoyksiköstä, joka on keskittynyt epävakaisten persoonallisuushäiriöiden lyhytaikaiseen akuuttihoitoon. Yksikön kodinomaisuuden ja hyvien käytäntöjen ansiosta kuntoutujat olivat alkaneet viihtyä yksikössä niin hyvin, etteivät he enää halunneet siirtyä pois. Paikkansa säilyttääkseen asiakkaat olivat alkaneet kertoa selviytymisestään todellisuutta synkempiä tarinoita tai uhata itsemurhalla. Vaikka potilaat olisivatkin uhkausten avulla vain pyrkineet säilyttämään hyväksi kokemansa tilanteen, niin yhdenkin toteutuneen itsemurhauhkauksen jälkeen henkilökunnan kokemus uhkauksen jälkeen toteutuneesta itsemurhatapauksesta estää heitä uuden uhkauksen yhteydessä toimimasta toisin.

Asianosaiset yhteistoimijoina

Terapeutit osoittivat monin tavoin kunnioitusta ja myötätuntoa kuntoutujan läheisiä kohtaan. Terapeutin mielestä vanhempien ensisijainen tehtävä on suojella lasta ja huolehtia ympäristöstä siten, että lapsen on siinä hyvä toimia. Nykyisin vaikeavammaisen lapsen vanhemmilta edellytetään myös toimimista asioiden välittäjinä lapsen elämään liittyvien monien asiantuntijoiden välillä. Terapeutin mielestä se voi olla liian suuri vaatimus. Vanhemmilla on vaikea tehtävä jo pelkästään vammautuneen lapsen kotona hoitamisessa, sillä työssäkäynnin ohella perheellä on usein lisäksi muitakin lapsia, joista täytyy pitää huolta. Terapeutit ottivat keskusteluissa esiin kuntoutujan lisäksi ensisijaisesti vanhemmat, puolison sekä päiväkotihenkilöstön.

Terapeutit kuvasivat, miten läheisillä on monenlaisia pelkoja, jotka on otettava huomioon läheisten kanssa työskenneltäessä. Esimerkiksi läheiset saattavat pelätä,

että he eivät selviydy toisen avustamisesta, tapahtuma toistuu, he eivät enää toistamiseen kestäisi kuoleman rajalla käyntiä, he menettävät oman terveytensä ja voimavaransa ja että elämä tulee vielä raskaammaksi. Pelot ovat terapeuttien mielestä oikeutettu, ja läheisten täytyy saada keskustella ja tutkia niitä yhdessä sekä asiantuntijoiden että vertaisten kanssa. Toimintaterapeuttien on otettava huomioon ja selvitettävä myös omaisten sairauksiin ja vammoihin liittyviä asioita, sillä puoliso ei aina jaksakaan tai pysty huolehtimaan potilaasta, jolloin potilaan ja tämän omaisten tulevaisuutta on suunniteltava uudelleen laajempina kokonaisuutena.

Terapeutti koki, että yleensä läheiset jäävät liian vähälle huomiolle. *”Heitä hyödynnetään kaikessa, missä voidaan, mutta he eivät välttämättä saa tukea, koska eivät osaa sitä itse kaiivata.”* Läheisten pitäisi saada mahdollisimman laaja käsitys siitä, mistä on kysymys, mutta tietoa ja tukea vaatiessaan he leimautuvat helposti hankaliksi asiakkaisiksi. Läheisten rooli on haastava, sillä kaikki, mitä kuntoutujan kotona tapahtuu, vaikuttaa muidenkin samassa taloudessa asuvien elämään. Vaikka kuntoutuja saisi henkilökohtaisen avustajan kahdeksaksi tunniksi, niin apu on paikalla vain silloin, kun puoliso on työssä: illat ja viikonloput puoliso joutuu joko tahtoen tai tahtomattaan avustamaan läheistään. (612YKLA.)

Terveydenhuollossa läheisiltä edellytetään aiempaa enemmän. Tapaturman tai sairastumisen jälkeen läheisten pitää olla valmiita ottamaan läheinen kotiin ja hoitamaan puolisoaan oman työn ohella aina kotona ollessaan. *”Läheisen odotetaan tekevän kaikki ne asiat, mihin sairaalassa tarvitaan monta ihmistä, eri ammattiryhmiä sekä monenlaista osaamista. Esimerkiksi sairaalassa perushoitaja ei saa katetroida, mutta omaiselle katetrintilupa annetaan heti, kun hän on valmis sen tekemään.”* (612YKLA.)

Lasten kuntoutuksessa perhe ja vanhempien osuus korostuu selvemmin kuin aikuisten terapiassa, mutta asiakaslähtöisyyden pitäisi koskettaa kuntoutujaa ja hänen perhettään kokonaisuudessaan aina. Perusterveydenhuollossa aikuisten kanssa työskentelevän terapeutin mielestä puoliso tarvitaan mukaan kuntoutusprosessiin jo varhaisessa vaiheessa. Yksityisessä kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti (612YKLA) koki, että aikuisten asiakkaiden kohdalla hänen tehtävänsä on molempien osapuolien tukeminen: läheisen piti samanaikaisesti ylläpitää arkielämän realiteetteja ja tukea vammautunutta puolisoa, yrittää olla positiivinen, optimistinen ja vastata myös muiden odotuksiin. Toisen terapeutin (613TKA) esimerkissä äkillisesti vaikeasti vammautuneen potilaan omaiset pelkäsivät miehen kuolevan, sillä traumojen lisäksi hänellä oli ollut useita kuukausia paha infektio, minkä takia hän oli ollut huonokuntoinen ja sekava. Vähitellen potilas kuntoutui ja hänen omatoimisuutensa lisääntyi niin hyvin, ettei laitoshoidon ollut enää syytä jatkaa, mutta asiakkaat olivat kotiutumista vastaan: puoliso oli jo ehtinyt menettää uskon miehensä kotiutumismahdollisuuksiin, eikä potilas itsekään enää uskonut pärjäävänsä kotona. Terapeutti muisti yhä useita hoitoneuvotteluja, joissa pelot piti ottaa

esille keskusteluun. Oli puhuttava siitä, mikä heitä pelotti, miten heitä voitaisiin tukea ja miten pelot voitaisiin voittaa.

Muillakin terapeuteilla oli vastaavia kokemuksia, joiden jälkeen he ovat tunnistaneeet, miten tärkeää on, että läheisillä on mahdollisuus puhua vapaasti myös niin, että vammautunut kuntoutuja itse ei ole paikalla. *”Yleensä tämä tilaisuus on vain kuntoutujalla, joka on kaikenlaisten asioiden kohteena ja keskipisteenä, mutta hänen läheisillään ja toimintaympäristöjen asennekulttuurilla on hyvin paljon merkitystä kuntoutumisessa sekä elämänlaadussa laitospaikan jälkeen.”* (612YKLA.) Mitä pidempi terapeutin työkokemus oli, sitä selvemmäksi oli tullut, että kuntoutuksen onnistumiseksi on äärimmäisen tärkeää ottaa läheiset huomioon heti alusta alkaen.

Kuntoutuksessa tavoitteiden ja toimintakokonaisuuksien määrittelyn perusta on laaja, ja siinä otetaan asiakkaan lisäksi huomioon myös lähiyhteisö ja lähiympäristö, kuten työ. Esimerkiksi lasten toimintaterapiassa perhe on aina mukana tavoitteen määrittelemisessä ja toiminta on perhelähtöistä (24TKL). Tavoitteiden asetteluun vaikuttaa se, mitä lapset ovat tottuneet arjessaan tekemään ja minkälaiset arvot ja periaatteet perheessä ovat. Jos lapsi on tarpeeksi iso, niin terapeutit haluavat tietää myös, mitkä ovat lapsen omat tavoitteet. Seuraava psykiatriassa työskentelevän terapeutin (59ESPA) esimerkki tuo konkreettisesti esille läheisten osallistumisen merkityksen:

”Psykiatrisessa toimintaterapiassa kävi 25-vuotias nuori mies, jolla oli monella tapaa hankalia oireita: impulssikontrollin heikkoutta, päihteen käyttöä ja muita häiriöitä. Miehellä oli oma asunto, mutta hän asui iäkkäiden vanhempiansa taloudessa. Miehen kanssa pidettiin hoitoneuvottelu, jossa olivat mukana kaksi erikoislääkärinä ja toimintaterapeutti. Miehen oma tavoite oli itsenäistyminen. Neuvottelussa laadittiin hoitosopimus ja mietittiin yhteistyössä kuntoutusprosessi. Mies teki itse päätöksen siitä, mitä psykiatrisia palveluja hän käyttää omaan kuntoutumiseensa. Neljä päivää hoitoneuvottelun jälkeen toinen vanhemmista soitti terapeutille puhelun, jossa hän moitti henkilökuntaa ammattitaidottomuudesta sekä heidän lapsensa heitteillejätöstä. Perheympäristön merkitys tämän nuoren miehen kohdalla hahmottui henkilökunnalle vasta puhelun jälkeen. Henkilökunta oli tehnyt kaksi viikkoa töitä ja tiesi jo paljon, mutta vasta puhelinkeskustelun jälkeen tiedettiin, että perhe ja kotiympäristö eivät tue nuoren miehen itsenäistymistä. Ristiriita oli selvä. Mies viestitti kotiin ja osastolle erilaisia asioita ja käyttäytyi siten, että sai molemmissa parasta mahdollista hoitoa. Perheympäristön huomioon ottaminen ja perheen mukaan tuleminen on äärimmäisen tärkeitä. Tässä tapauksessa vanhemmat eivät enää suostuneet tulemaan neuvotteluihin.”

Lasten vanhemmat voivat olla erikoissairaanhoidossa läsnä sekä arviointi- ja terapiatilanteissa että mukana osastojaksolla. Hyvissä terapiatilanteissa vanhempi on

aktiivisesti mukana yhteisessä tekemisessä. Hän kannustaa sekä tukee lastaan ja saa samalla ideoita arkeen ja asioiden tekemiseen yhdessä. Terapeutilla oli tuoreita kokemuksia yhden lapsen terapiatilanteista, joissa vanhemmat olivat olleet vuorotellen mukana. Yhteistilanteet olivat olleet terapeutin mielestä antoisia ja hänen työtään palkitsevia, sillä niissä hän oli saanut nähdä, miten hyvin vanhempien ja lapsen välinen kommunikaatio sujui. (24TKL.)

Perusterveydenhuollossa vanhempien läsnäolosta osana terapiaa terapeutilla oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia (24TKL). Kaikki vanhemmat eivät välttämättä halunneet tulla mukaan leikkiin, eikä kaikille ollut helppoa heittäytyä leikkimään lapsen kanssa terapiatilanteessa. Terapeutti oli huomannut samanlaista myös itsessään suhteessa vanhempien läsnäoloon. Yhtäältä terapeutin leikkiin heittäytyminen oli yhteydessä siihen, miten vanhemmat olivat tilanteessa läsnä. Toisaalta se liittyi terapeutin valmiuksiin jakaa huomiota, sillä vanhempien läsnä ollessa hän ei voinut kokonaan keskittyä vain lapseen. Terapeutti oli huomannut käyttäytyvänsä varautuneemmin, jos vanhempi on voimakkaasti esillä. Jos taas vanhempi oli vetäytyvä tai epävarma lapsen kanssa toimiessaan, niin terapeutti saattoi ottaa ohjaavamman roolin. (13ESL.) Joissakin tilanteissa vanhemman mukaantulo helpotti terapian toteutusta (33ESL). Vanhempien mukanaolo vaikutti aina myös lapsen olemiseen, ja yleensä yhdessä oleminen koettiin luonnollisemmaksi, kun vanhempi oli mukana toiminnassa (12YL).

Läheisten asenteista ja sitoutumisesta terapeutit keskustelivat pääasiassa lasten toimintaterapiaan liittyen. Terapeuttien mukaan vanhempien asenteet näkyivät lapsen toiminnassa, ja ne vaikuttivat myös siihen, millä tavalla lapsi sitoutui terapiaan tai lähti mukaan vuorovaikutukseen. Terapeutti muisti joitakin vanhempia, jotka eivät pitäneet terapiaa tarpeellisena. Heille lapsen tuominen terapiaan oli rasittavaa ja hankalaa. Nämä asenteet vaikuttivat lapseen, terapiasuhteeseen ja yhteiseen ilmapiiriin. (12YL.)

Terapeuttien mielestä kuntoutus oli tehokkaampaa, jos se toteutui yhteisöllisesti lapsen koko elämässä, sillä pelkkä harjoittelu kerran viikossa terapeutin kanssa ei riitä. Vanhempien sitoutumista tarvittiin, jotta harjoittelu yleistyisi ja lapsen taidot siirtyisivät arkeen. Usein niin oli käynytkin, mutta liian paljon oli myös niitä vanhempia, jotka ulkoistivat lapsensa kuntoutuksen: lapsi viedään kuntoutettavaksi terapeutin vastaanotolle ja muu arki pysyy ennallaan. (24TKL.) Toisella terapeutilla (26TKA) oli kokemuksia lasten terapiaryhmistä, joissa vanhemmat olivat kommentoineet lapsiaan: *"Mee tekee nyt jotakin, kun tänne on tultu!"*, *"Lähetääks pois, kun ei sua kerran kiinnostaa?"* tai *"Kato nyt noita muita, kuinka ne menee"*.

Yhteistyö läheisten kanssa oli myös turhauttanut terapeuttia tai hankaloittanut asioiden hoitamista. Joissakin tilanteissa terapeutti (57YL) koki puhuneensa tunteja siitä, mitä kotona pitäisi tehdä, mutta silti asioille ei välttämättä ollut tapahtunut mitään. Yksisuuntainen vaikuttamisyritys ei tuottanut toivottua tulosta, kun

toinen osapuoli ei ollut siihen sitoutunut. Kokemuksen myötä terapeutti oli oppinut myöntämään, että ihmiset ovat itse vastuullisia arjestaan, eikä hän voi puuttua siihen: *”Toisten ihmisten elämään liittyvät muutokset tapahtuvat ajallaan, jos ylipäättään tapahtuvat.”*

Asiakkaan läheiset saattavat omalla käytöksellään häiritä terapiatilanteen etenemistä. Terapeutin (11ESL) arviointiesimerkissä pienen tytön äiti tuli tilanteeseen mukaan, sillä hän ei uskonut, että kukaan muu voi saada kontaktia hänen tyttärensä. Kun terapeutti ja tyttö alkoivat kommunikoida keskenään, niin äiti kääntyi pois eikä ottanut enää katsekontaktia terapeuttiin. Siinä hetkessä äidistä tuli terapeutille ylimääräinen häiriötekijä, joka häytti terapeutin keskittymistään lapsen arviointiin. Tilanne oli terapeutille hankala ja outo, sillä hän oli tottunut siihen, että yleensä vanhemmat ilahtuivat vastaavista tilanteista, nauroivat mukana ja osallistuivat yhteiseen tekemiseen.

Terveyskeskuksessa toimiva terapeutti (26TKA) oli kokenut, että yleensä läheisten läsnäolo kotikäynneillä on hyvä asia, minkä takia hän kysyi mielellään asiakkaalta, haluaisiko tämä pyytää tilanteeseen mukaan jonkun läheisensä. Välillä läheiset näkevät omaista koskevan huolensa takia ainoina mahdollisina vaihtoehtoina vain omat ratkaisunsa, jolloin heidän vaatimuksensa rajoittavat ja hankaloittavat asioiden avointa tarkastelua ja yhteisen päätöksen etenemistä.

Terapeuttien esimerkit osoittivat, että yksilöasiakkaan ja yksilötoimijuuden (personal agency) rinnalla pitäisi kiinnittää huomiota kollektiiviseen toimintaan ja kollektiiviseen toimijuuteen (collective agency), sillä yksilöiden vaikeudet ja kuntoutuminen on yhteinen asia ja siksi myös niiden selvittäminen ja elämän muuttaminen paremmaksi voi edellyttää lähipiirin mukaan ottamista prosessiin. (Vrt. Bandura 1997: 34–35; 2001: 1–26) Monista hankaluuksista ja haasteista huolimatta terapeuttien kokemukset puhuivat kollektiivisen yhteistoiminnan puolesta heti kuntoutuksen alusta alkaen kuntoutujan ongelmien selvittämisessä pitkällä tähtäimellä. Terapeuttien kuvausten perusteella kollektiivista toimijuutta ja toimintaa tarvitaan laajasti monialaisessa yhteistyössä asiakkaan ongelmien selvittämiseksi ja toimintamahdollisuuksien parantamiseksi riittävällä intensiteetillä, sillä siten voidaan saavuttaa kollektiivista tehokkuutta (perceived collective efficacy), joka saattaa pitkällä aikavälillä tuottaa myös rakenteellisia muutoksia esimerkiksi perheen tai päiväkodin toimintakäytäntöihin (vrt. Bandura 1986: 450–453). Banduran (emt.) mukaan kollektiivinen tehokkuus edellyttää kuitenkin yhdessä jaettuja tarkoituksia (shared purposes) sekä osallistujien erilaisuutta, mikä saattaa johtaa myös työskentelyn hankaloitumiseen, kuten terapeutitkin kuvasivat. Yhdessä jaettujen tarkoitusten löytäminen edellyttää keskustelua. Osallistujien erilaiset arvot ja päämäärät voivat johtaa keskustelussa ristiriitoihin, mikä saattaa huonosti johdettuna heikentää kollektiivista tehokkuutta (Bandura 1997: 37). Toiseksi kollektiivisen toiminnan tulokset saattavat tulla näkyviin vasta pitkän ajan kuluttua,

jolloin tarvitaan lyhyen aikavälin välitavoitteita sekä kärsivällisyyttä ja uusia keinoja toiminnan tehokkuuden osoittamiseksi.

Toimijoiden yksilölliset tekijät

Terapeuttien (612YKLA, 812YKLA) mielestä suuri osa asiakaskohtaamisista vei heidän voimavarojaan, eikä niissä voitu terapeuttien mielestä edes tavoitella yhteistoimintaa eikä toteutuminen ollut riippuvaista vain terapeutin hyvyydestä tai osaisemisesta. Terapeuttinen yhteistoiminta vaati molempien osapuolten osallistumista, eikä sitä sen takia voinut edes edellyttää kaikilta kuntoutujilta. Esimerkiksi yhdellä terapeutilla (58ESPA) oli ollut paljon psyykkisesti huonokuntoisia potilaita. Yksi potilaista ei ollut viestinyt sanallisesti kenenkään kanssa. Siitä huolimatta potilas suostui maalaamaan toimintaterapiassa. Potilas ei kuitenkaan alkanut puhua, mikä takia terapeutti alkoi jonkin ajan kuluttua harkita terapian lopettamista, sillä tavoitteiden asettaminen ei onnistunut puhumattoman potilaan kanssa. Terapeutin mielestä toimintaterapia edellytti aina yhdessä sovittuja tavoitteita. Työohjaajan tuella terapeutti jaksoi jatkaa terapiaa, ja vähitellen potilas alkoi puhua.

Toisaalta terapeutit eivät voineet valita tekevänsä töitä vain niiden ihmisten kanssa, jotka kykenivät yhteistoimintaan. Yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttivat siis myös muut, terapeutista itsestään riippumattomat, tekijät. Sen takia terapeutti olikin helpottunut yhteistoimintaan liittyvästä realiteetista: terapeutti ei välttämättä kyennyt yhteistoimintaan kaikkien kanssa, eivätkä kaikki ihmiset kyenneet siihen hänen kanssaan.

Terapeuttien (13ESL, 11ESL, 32YL, 612YKLA, 710ESL, 88ESPA) mielestä asiakaslähtöisen terapiatyön edellytyksenä oli, että he olivat kiinnostuneita asiakkaan maailmasta. Se edellytti heidän mielestään empatiakykyä ja halua asettua toisen ihmisen maailmaan. Siksi joidenkin asiakasryhmien kanssa työskentely sopi jollekin terapeutille paremmin kuin toiselle. Yhdelle oli luontevampaa heittäytyä lapsen maailmaan ja leikkisyyteen, ja toinen paneutui mieluummin psyykkisesti sairaan aikuisen elämään. Toimintaterapiassa terapeutilla itsellään piti olla halu ja tahto tehdä asioita yhdessä esimerkiksi lapsen kanssa. Hänellä piti olla kiinnostus ihmisiin, mutta myös sairauden aiheuttamiin ongelmiin.³⁶ Toimintaterapia edellytti terapeutin kiinnostusta siihen, mitä terapiassa oleville ihmisille tapahtuu. Mutta se ei pelkästään riittänyt, sillä terapeutin piti olla kiinnostunut myös niistä ongelmista, joiden takia asiakas oli tullut terapiaan. ”*Ehkä yhteistoiminnan kehyksenä pitäisikin olla se, että terapeutti on kiinnostunut asiakkaasta ja hänen ongelmastaan. Kiinnostus näkyy. Kiinnostuksen näkee ja kuulee, kun vanhemmat kertovat lapsestaan.*

36. Terapeuttien esille nostama kiinnostus on tullut esiin myös esimerkiksi Laitilan (2010: 160) ja Hautala-Jylhän (2007) tutkimuksissa, joiden mukaan aidossa kiinnostuksessa on kysymys asenteesta, joka näkyy muun muassa siinä, miten ajoissa hoitaja tulee tapaamisiin ja miten hän puhuttelee ja kohentelee asiakasta.

Terapeutin pitää olla kiinnostunut lapsen ongelmasta, vaikka ei tykkäisikään lapsesta. Se on eri asia ja sen yli terapeutin pitää päästä. Terapeutti voi myös kokea, että tämä on maailman paras tyyppi, mutta sen lisäksi terapeutilla pitää olla vielä kiinnostus tämän lapsen ongelmasta.” (11ESL.)

Lasten kanssa työskentely vaati terapeutilta läsnäoloa, jaksamista ja voimavaroja olla kiinnostunut. Erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti (11ESL) ei ollut kokenut olevansa missään tapauksessa välttämätön lapselle tai perheelle, sillä hän tapasi heitä lopulta kovin vähän, mutta terapeutti koki tyytyväisyyttä, jos hän oli ymmärtänyt lasta ja oivaltanut lapsesta jotain, mikä muutti tämän arkea paremmaksi. Terapeutti (612YKLA) yritti miettiä, miten itse toivoisi tulevansa kuntoutujana kohdehukseksi. *”Monta kertaa se helpottaa työtä, kun kokee tehneensä riittävästi ja voi olla siihen ihan tyytyväinen.”*

Esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti (7713TKA) koki olevansa pelastamassa asiakkaan elämää ja etsimässä yhdessä tämän kanssa liikkeellelähtökohtaa ja tavoitteita. Hänellä oli kokemusta muustakin ammatista, ja nykyisessä työssään hän piti erityisesti toimintaterapian lähestymistavasta, jossa haetaan asiakkaan omaa asiantuntijuutta. Toimintaterapeutti pyrki tekemään itsensä tarpeettomaksi: *”Toimintaterapiassa ei ole ajatustakaan siitä, että aikuisen terapia jatkuisi 65 ikävuoteen saakka ja olisi säännöllisesti 60 tai 90 kertaa vuodessa. Toimintaterapian kysymyksenä on: Sinä asiakas, missä sinä haluat voimaantua ja kuntoutua? Ja sitten mennään se matka yhdessä, eikä niin, että jatketaan tätä ja mä suositelen itse itselleni duunia seuraavat 20 vuotta.”*

Monet terapeutit (58ESPA, 59ESPA, 610ESL, 613TKA, 612YKLA) kokivat, että kumppanuussuhde on toimintaterapian ydin, jota ei kuitenkaan saavutettu kaikkien asiakkaiden kanssa. Terapeutit (58ESPA, 59ESPA) kokivat, että joissakin tapauksissa asiakkailla ei ole voimavaroja osallistua harkintaan, jolloin myös asiakaslähtöisyyden toteuttaminen saattoi vaikeutua ja olla jopa epärealistista. Näin esimerkiksi silloin, kun itsetuhoinen ihminen halusi vain kuolla eikä kokenut elämällään olevan mitään merkitystä tai kun syömishäiriötä sairastavan ihmisten kanssa terapeutit kokivat taistelevansa asiakkaan tahtoa vastaan. Muun muassa näiden, mutta myös muiden potilasryhmien kohdalla terapeutit kokivat olevansa eettisesti kriittisessä tilanteessa. Vaikka kuntoutuksen tarve näytti terapeutin mielestä selvältä, niin samalla hän tunnisti ristiriidan esimerkiksi kuntoutujan näköalattomuuden ja ympäristön näkemän kuntoutustarpeen välillä (610ESL, 612YKLA, 613TKA).

Perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti (613TKA) pohti kriittisesti harkintaa suhteessa asiakkuuteen. Hänen mielestään lapsi ja ikäihminen eivät ilman kykyä itseään koskevaan realistiseen harkintaan välttämättä olleet kykeneviä asiakkaaksi tai yhteistoimijaksi, eivätkä he voineet vaikuttaa tilanteessa vastuullisina asiakkaina. Myös teho-osastohoidossa olleet potilaat tarvitsivat ulkopuolelta tulevia interventioita.

Terapeuttien pohdinnoissa oli sama ydin. Vaikka kaikkien terapeuttien ensimmäinen ajatus oli toimintaterapian asiakaslähtöinen lähtökohta, joutuivat he näissä, itse esille nostamissaan tapauksissa kyseenalaistamaan yleiset asiakaslähtöisyyden periaatteet. Niiden perusteella ei heidän mielestään voitu odottaa, että kaikki ihmiset olisivat kykeneviä harkitsemaan ja tekemään itseään koskevia ratkaisuja tai kykeneviä toimimaan kumppanina määritelmänmukaista asiakaslähtöisyyttä toteuttavassa lähestymistavassa.

Kumppanuudessa toimintaterapeutit kokivat pääsevänsä kiinni ihmisen omaan elämään. Sen syntymistä auttoi, jos terapeutit pohtivat yhdessä asiakkaan kanssa, miten terapeutti voisi olla vaikuttamassa ja auttamassa. Siinä vaiheessa terapeutille oli tärkeää tunnistaa omat rajansa sen suhteen, mitä hän pystyy tekemään ja mitä ei. Siitä toimintaterapiassa lähdettiin liikkeelle. Terapeutit kokivat olevansa osa potilaan sosiaalista ympäristöä, jossa potilaat oppivat taitoja. Se vaikutti potilaiden arvoihin ja ajatuksiin, minkä takia terapeutit kokivat olevansa asiakkaille tärkeitä myös ihmisenä, eivät vain terapeuttina. Vaikka terapeutit olivatkin erimielisiä siitä, olivatko he terapiasuhteessa ensisijaisesti ihmisinä vai terapeutteina, niin kaikki kokivat olevansa terapiasuhteessa molempina, sekä ihmisinä että terapeutteina.

”Ei siinä jutella ihan mistä tahansa, vaikka välillä voidaan vähän jutella niitä näitä.” Toinen terapeutti (77YL) tulee vastaan ja myöntää: ”Rooli on tietenkin mukana, mutta se ei tule korostetusti esille, vaan ihminen ihmisenä. Vaikka keskustelussa lähdetään liikkeelle toimintaterapian asiasta, niin mä katson ihmistä ja kuuntelen muutakin. Ehkä sitä aikaisemmin on keskittynyt ja puhunut vain toimintaterapiasta, mutta nykyisin keskustelut ovat laajempia.”

Asiakastyöskentely saattoi kuormittaa terapeutteja niin paljon, että voimavarojensa lisäämiseksi he tarvitsivat yksin olemista, mahdollisuutta purkaa aggressioitaan tai mahdollisuutta olla tukea tarvitseva ihminen. Terapeutit kokivat, että terapiatilanteessa osallistujien omien roolien vaihtelu tai osallistujien keskinäinen roolien vaihtelu riippuu työtehtävistä, toiminnasta sekä yhdessä vietetyn ajan pituudesta. Roolien vaihteluun lähtemisen alttius vaihtelee myös asiakkailta: aikuiset asiakkaat eivät välttämättä heti halunneet lähteä mukaan keskinäiseen roolien vaihteluun, joka terapeuttien mielestä edellytti tasa-arvoisuutta ja luottamusta.

Perusterveydenhuollossa lasten toimintaterapeutti (24TKL) koki usein roolien vaihtelua leikin yhteydessä. Parhaimpina terapiakokemuksina hän kertoi terapiasuhteista, joissa leikkimielisyys oli vahvasti esillä ja terapeutti mukana lapsen leikissä. Toiseksi hän kertoi terapiasuhteista, joissa lapsen vanhemmat olivat olleet mukana terapiatilanteissa niin aktiivisesti, että aika-ajoin terapeutti itse saattoi jäädä taka-alalle. Hän ei kokenut, että hänen roolinsa pitäisi olla vahvempi kuin vanhemman. Näihin tilanteisiin terapeutti oli ollut tyytyväinen, sillä kun hän oli

tietoisesti antanut perheenjäsenten työskennellä keskenään, niin hän oli itse saatanut keskittyä lapsen ja vanhempien yhteistoiminnan havainnointiin, ohjaukseen ja uusien impulssien tuomiseen. Terapeutti oli kokenut nämä tilanteet oivalliseksi mahdollisuudeksi nähdä, miten hyvää ja kuntoutuksellista vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välinen leikki voi olla.

Erikoissairaanhoidossa lasten osastolla työskentelevä terapeutti (13ESL) koki toimivansa lapsen kanssa ajoittain ikään kuin kuplassa. Silloin terapeutti on kokenut flow-hetkiä: ”*Et nyt mennään*”. Ikään kuin hänellä olisi roolileikki lapsen kanssa. Molemmat olivat uppoutuneet rooleihinsa ja hahmoihinsa, jotka keskustelvat ja toimivat keskenään: terapeutti ei neuvonut tai sanonut lapselle, mitä lapsen hahmon pitäisi tehdä. Roolien vaihtelu oli heille leikkimielisyyttä, naurua ja hulluttelua, mutta se saattoi olla sitä myös aikuisten terapioissa. Laitoksessa aikuisten puolella työskentelevän terapeutin (25YKLA) parhaimmat kokemukset roolien vaihtelusta liittyivät toiminnallisiin ryhmiin, joissa keskustelut alkoivat elää oma elämänsä jäsenten välillä. Silloin terapeutti oli voinut jättäytyä taka-alalle antamaan vain välillä joitakin kommentteja, kysymyksiä tai ehdotuksia. Parhaimmillaan aikuiset kuntoutujat uppoutuivat keskustelemaan keskenään.

Terapeuttien mukaan arviointipainotteisessa ja toimenpidekeskeisessä kotikäyntityössäkin oli roolien vaihtelun häivähdyksiä ja keskustelu oli vastavuoroista. Jotkut asiakkaat olivat lähteneet aktiivisesti miettimään ja tuomaan esille sitä, mitä he olivat pohtineet ehdotetuista ratkaisuista, ja he olivat itse selvitelleet myös asunnonmuutostöihin ja apuvälineiden hankintaan liittyviä rahoitusmahdollisuuksia. Terapeutti (26TKA) kertoi kokeneensa kotikäynnillä asiantuntijaroolien vaihtuvan, kun pyörätuolilla liikkuva perheen äiti oli alkanut esittää omia ajatuksiaan keittiön muutostöiden osalta. Äiti toi keskusteluun omia tarpeitaan, kokemuksiinsa sekä omaa tapaansa toimia ja esitti toteuttamiskelpoisia ideoita, joita terapeutti ei olisi välttämättä osannut ajatellakaan. Siinä tilanteessa terapeutti oli kokenut, että asiakas oli sekä äiti että asiantuntija omassa toimintaympäristössään.

Keskustelut osoittivat, että terapiasuhteessa toimijat eivät toimineet tiukasti vain yhdessä roolissa, vaan rooleja on useita ja ne myös vaihtuvat. Roolien vaihtuminen näkyi ensinnäkin vaihteluna yhden henkilön toiminnassa, kuten pyörätuolilla liikkuvan äidin kohdalla, ja henkilöiden välisenä roolien vaihteluna, kuten lapsen terapiatilanteissa. Riippumatta siitä, kummasta vaihtelusta oli kysymys, molemmat edellyttivät toimijoilta luottamusta sekä itseensä että toiseen. Terapeutin kuvailun perusteella heikompi luottamus näkyi roolivaihdon epäröintinä. Esimerkkien perusteella näyttää siltä, että terapeuttien kuvailemissa tilanteissa molempien osapuolten osallistuminen oli aktiivisempaa ja keskinäinen symmetria oli vahvaa niissä tilanteissa, joissa terapeutit kokivat roolien vaihtelua tapahtuvan. Näissä suhteissa voi olettaa, että myös asiakaslähtöisyys voi toteutua. Esimerkit ilmensivät

myös terapeutin roolia yhteistoiminnan havainnoijana ja fasilitaattorina lapsen ja vanhempien leikki-tilanteissa sekä aikuisten ryhmätilanteissa.

8.2 Vuorovaikutuksen säätely

Alustavan käsitykseni mukaan vuorovaikutus edellytti, että siihen osallistuvat toimijat ovat itsenäisiä yksilöitä, jotka säätelevät omaa integriteettiään eli loukkaamattomuuttaan monin tavoin (Harra 2005: 16). Terapeuttien mielestä vuorovaikutuksen säätely, omien rajojen asettelu ja myös oman edun tavoittelu olivat molemminpuolisia: molemmat miettivät, mitä sanoa, ettei tulisi hyväksikäytetyksi tai loukatuksi. Terapiasuhteessa rakennetaan luottamusta siihen, että toinen ei loukkaa minun rajojani, ja toisaalta kunnioitetaan toisen integriteettiä. Kyse on yksityisyyden rajan ylläpitämisestä ja säätelystä.

Kunnioitus

Vuorovaikutuksen säätely osoitti, että osallistuvat henkilöt vaikuttavat itse siihen, millaiseksi toiminta yksittäisessä tilanteessa kehittyy. Psykiatriassa työskentelevä terapeutti (89ESPA) muistutti myös, ettei yksittäisistä yhteistoimintatilanteista voi tehdä yleisiä johtopäätöksiä asiakkaan vuorovaikutuksesta, sillä *”...vuorovaikutuksessa ja vastavuoroisuudessa täytyy muistaa, että me olemme tässä jollakin tavalla, mutta jossain muussa tilanteessa toisten ihmisten kanssa me voimme toimia ihan toisella tavalla. Niin tekevät myös meidän asiakkaat.”*

Terapeutit (26TKA, 57YL, 89ESPA) kertoivat asiakkaiden rajoittavan reviiirilleen pääsyä monin tavoin. Jotkut asiakkaat ovat ylipäättään kaikissa ihmissuhteissaan hyvin varovaisia oman loukkaamattomuutensa suhteen, jolloin he voivat rajata vuorovaikutuksen hyvinkin tarkasti vain institutionaaliseen keskusteluun: *”Kun kyse on luiskasta, niin silloin ei puhuta muusta.”* (26TKA.) Terapeutit kertoivat myös asiakkaista, jotka kerta toisensa jälkeen kieltäytyivät terapiasta. Useampi terapeutti oli kokenut, miten kuntoutuja ei vastannut puhutteluun vaan jäi nukkumaan peiton alle tai istui vain hiljaa paikallaan ja oli vihamielisen näköinen. Asiakas saattoi estää vuorovaikutusyriytykset tai katkaista ne kääntymällä pois tai sulkemalla silmänsä. Asiakas saattoi myös poistua kesken terapiatilanteen huoneesta paiskaten oven kiinni perässään. Ne olivat olleet terapeuteille yleisiä ja aina yhtä raskaita tilanteita. Silti he sanoivat ymmärtävänsä kuntoutujaa, joka haluaa päättää itse edes yhdestä asiasta. Vaikka terapeutti koki, ettei hän tavoita sellaista ihmistä mitenkään, niin silti hänen mielestään oli tärkeää, ettei kuntoutujaa jätetä yksin.

Laituskuntoutuksessa jokainen kuntoutuja oli useamman viikon, jolloin terapeutti voi yrittää uudelleen jonkin ajan kuluttua. Perusterveydenhuollossa terapeutti (612YKLA) oli jättänyt kieltäytyjät muiden töiden takia hoitajien vastuulle,

sillä hän koki, ettei voi järjestää yhden ihmisen takia aikatauluun uudelleen. Psykiatriassa työskentelevä terapeutti (59ESPA) pohti, että siellä vastaava tilanne olisi hankala, koska alkuvaiheessa ei vielä tiedä, kuka terapiasta hyötyy eniten. Hän muisti yhden tapauksen varhaisesta työkokemuksestaan psykiatrisen sairaalan osastolta, jossa oli ollut potilaana äskettäin sairastunut nainen.

”Oirekuva alkoi olla jo valmiina, mutta hoitava lääkäri teki naiselle vielä lähetteen toimintaterapiaan päivittäisten toimintojen harjoittelua varten. Lähette oli hyvä, mutta nainen ei halunnut terapiaa. Kävin lukuisia kertoja potilaan vuoteen ääressä, mutta nainen oli päättänyt vain maata peiton alla. Pohdin, mitä tehdä, ja keskustelin lääkärin kanssa lähetteen tarpeellisuudesta, minkä jälkeen laadimme yhdessä uuden strategian. Sen mukaan hoitava lääkäri tuki minua siinä, että käytin potilaalle varatun ajan ja kävin naisen luona kaksi kertaa viikossa 45 minuuttia kerrallaan. Naisen sänky oli ikkunan vieressä ja hän makasi usein vartalo ikkunaan päin kääntyneenä. Otin tuolin, istui potilaan sängyn viereen ja kerroin ääneen: ”Sun toimintaterapia-aika alkoi nyt.” Katselin maisemia 45 minuuttia ja ilmoitin lopuksi: ”Sun toimintaterapia-aika päättyi nyt. Mä tuun ylihuomenna uudestaan.” Tein tätä 4–5 kertaa, jonka jälkeen nainen suuttui: ”No perkele mennään peseytymään!” Siinä kiukussa oli voimaa. Nainen loi siinä hetkessä itse terapiasuhteen, joka kesti lopulta useampia kuukausia.” (59ESPA.)

Potilas oli jälkikäteen kertonut, että hän piti lopulta hyvänä, että terapiassa edettiin vähitellen, että terapeutti varasi ajan häntä varten, tuli ja oli läsnä, ja että he olivat samassa huoneessa ja hengittivät samaa ilmaa. Terapeutti ei syyttänyt, istui vain rauhassa, oli sitkeä ja osoitti välittävänsä potilaasta, joka oli umpisukkeluksissa peiton alla ja vain murahteli välillä. Terapeutin mielestä asiakaslähtöisyyttä oli se, että hän otti ihmisen yksilönä. Se vaati sitä, että mietitään yhdessä, mikä kenenkin kanssa toimii ja osoitetaan potilaalle, että hänen kuntoutumisensa on yhteinen ja kaikille tärkeä asia.

Perusterveydenhuollossa ja kuntoutuslaitoksessa työskentelevät terapeutit (611TKA, 812YKLA) olivat kokeneet, ettei heidän työalueellaan kukaan potilas soita turhaan. Sen sijaan he tulkitsivat asiakkaan omaehtoisen yhteydenoton merkiksi luottamuksesta. Terapeutit kokivat, että yhteydenottamisen mahdollisuuden tuottama turvallisuudentunne saattoi myös vähentää terapiatarvetta. Vaikka kuntoutuslaitoksessa työskentelevälle terapeutille (812YKLA) ei ole koskaan aiheutunut yhteystietojen jakamisesta mitään hankaluuksia, niin silti hän tunnisti, että siihen voi liittyä riski turhista tai työajan ulkopuolella tulevista yhteydenotoista. Siksi hän laittaa puhelimensa äänettömälle tai sulkee puhelimensa vapaa-ajalla. Tällöin työpuhелut eivät häiritse hänen yksityisyyttään.

Mielenterveyshoidossa työskentelevällä terapeutilla (89ESPA) oli kokemusta asiakkaista, jotka käyttivät vuorovaikutuskeinoinaan kiristämistä ja manipulointia myös sairaalassa. Henkilökunta ymmärsi heitä, koska heillä ei ollut ollut mahdollisuutta oppia muunlaisia keinoja. Mutta henkilökunta ei ollut neutraalia kaikkien keinojen suhteen: ”*Siin kulkee se raja. Me vedetään se sitten. Ei me mitään tefloneita olla.*” Terapeutilla oli aiempia kokemuksia siitä, miten potilaat olivat soitaneet kesäloman aikana hänen kotipuhelimeensa, lähettäneet itsemurhaviestejä tai uhkailleet terapeutin perhettä. Tällaisia asioita ei hyväksytä. Peräkylän (1998) mukaan institutionaalisessa eli ammatillisen tehtävän hoitamiseen tähtäävässä keskustelussa näkyy neutraalisuuden ilmentymiä, joiden avulla ammattilainen pyrkii säilyttämään neutraalisuuden käsiteltäviin asioihin. Yksi tällainen keino voi olla terapeutin kuvaama rajanveto sen suhteen, mitä asioita otetaan käsiteltäväksi ja miten niistä puhutaan.

Terapeutit (muun muassa 12YL, 31ESL, 811TKA) pitivät ammatillisuuden merkinä rajan vetämistä työn ja yksityisyyden välille. Se, mihin raja milloinkin vedettiin, riippui monesta tekijästä, mutta erityisesti siinä oli kysymys keskinäisestä luottamuksesta. Toimijoiden kokemusten lisäksi rajanvetoon saattoi vaikuttaa se, minkälaisessa organisaatiossa ja millaisten asiakkaiden kanssa terapeutti työskenteli. Terapeutteja yhdistävä tekijä oli, että omasta yksityisyydestä voidaan tuoda valikoituja esimerkkejä tai kerrotaan asioita, joilla uskotaan olevan terapeuttinen merkitys joko asiakkaalle tai keskusteluilmapiirille. Terapeutti koki, että ne olivat vaikuttaneet myös siihen, miten avoin asiakas on omien asioidensa suhteen ja miten lähelle hän terapeutin päästi.

Kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti (812YKLA) kertoi, ettei hän muutoinkaan avaa itseään kaikille ihmisille. Sen takia hänen suhteensa kuntoutujan ei ole erilainen verrattuna muihin ihmissuhteisiin. Hän saattoi kertoa kysyväälle kuntoutujalle yksityisyyttään koskevia asioita asuinympäristöstään tai lapsistaan ja tuoda omasta elämästään vertaistukea vahvistavia esimerkkejä siitä, että jokaisella ihmisellä oli vaikeuksia, jokainen ihminen teki virheitä ja jokainen oli välillä väsynyt. Terapeutti oli huomannut, että vertaistarinan tai hyvän neuvon merkitystä oli lisännyt koetun asian omakohtaisuus.

Perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti (811TKA) kertoi asuvansa samalla asuinalueella osastolla hoidossa olevien potilaiden kanssa ja tapaavansa omaisia ja kotiutuneita kuntoutujia ulkona ja asioidessaan. Terapeutti ei haluaisi jutella heidän kanssaan vapaa-aikanaan ja lomilla, sillä hänelle oli oman jaksamisen kannalta parempi pitää työ erillään vapaa-ajasta. Hän kertoi myös valikoivansa, minkälaisen kuvan hän halusi antaa itsestään kuntoutujalle. Hän kertoi itsestään aina jotain sellaisia asioita, joilla ei ole hänelle itselleen niin suurta merkitystä, sillä jossakin tilanteessa avoimuus auttoi tunnelman luomisessa ja luottamuksen herättämisessä. Terapeutin mielestä ei ollut tarkoituksenmukaista, että kuntoutuja oppi tuntemaan

hänet henkilönä liian hyvin. Terapeutin esimerkit osoittivat, miten ammatillisessa keskustelussa oli samanlaisia piirteitä arkikeskustelun kanssa, vaikka avoimuus ei olisikaan symmetristä. Nämä esimerkit vahvistavat käsitystä siitä, että ammatillisessa tilanteessa käyty institutionaalinen keskustelu on tietoisesti rajattua ja arkikeskustelun piirteitä tavoittelevaa (vrt. Peräkylä 1998: 202–203). Toiseksi jälkimmäisestä esimerkistä näkyy, miten ihmiset voivat arkielämässäänkin suojella omaa yksityisyyttään ja pyrkiä säilyttämään loukkaamattomuuttaan (vrt. Teeri et al. 2007).

Yksi terapeutti pohtikin kriittisesti, sinetöikö terapeuttien oma yksityisyyden loukkauksen pelko sen, ettei uskalleta antaa itsestään tai kohdata kuntoutujia ihmisinä ja kumppaneina:

”...Mut sit määhän niin ku mietin tätä, et onks siinä se meidän oma pelko, joka justiin sinetöi, jos ei uskalla. Ei tavallaan uskalla niin ku antaa itsestään tai kohdata. Tulla siihen kumppanuustasolle. Ja se omien rajojen laittamisen vaikeus. Ja sitten just, et on totuttu, että terapeutti on vähäsen niin ku ylempänä muuta hoitohenkilökuntaa, vähän siellä ylempänä. Näähän on vähän niin ku siel alemmal. Katotaa vähän sieltä niin ku korkeemmalta ja annetaan neuvoja. Se on ainakin ollu enne.” (88ESPA.)

Mielestäni asiakaslähtöisen terapiasuhteen ja yhteistoiminnan rakentamisen kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että jo pelkkä integriteetin loukkauksen pelko voi johtaa tarvittavaa voimakkaampaan vuorovaikutuksen säätelyyn ja yksityisyyden suojaukseen riippumatta siitä, perustuuko loukkauksen pelko todelliseen vai oletettuun uhkaan.

Terapeutit kuvailivat edellä, miten asiakkaat säätelivät terapeutin pääsyä oman yksityisyytensä alueelle, mutta toisaalta ammatillisuuden rajat tulivat näkyviin siinä, miten terapeutit säätelivät asiakkaiden pääsyä oman yksityisyytensä alueelle ja olivat asiakkaan tavoitettavissa ja miten paljon terapeutti kertoi kuntoutujalle itsestään. Näin ollen yksityisyyden suojaaminen ja vuorovaikutuksen säätely oli molemminpuolinen toimijoita yhdistävä tekijä.

Luottamus

Terapeuttinen yhteistoiminta näytti terapeuttien esimerkkien pohjalta perustuvan luottamukseen siitä, että toinen toimii hyveellisesti ja on vaaraton sekä hyväntahtoinen. Luottamuksen syntymiseen näyttivät vaikuttavan yhdessä vietetyn ajan määrä sekä asiakkaan ennakkokäsitykset, terveydentila, toimintakyky ja siihen liittyvät ongelmat.

Terapeutti (31ESL) halusi välittää vanhemmille tunteen siitä, että hän oli hyvä ihminen ja että lapsi voi luottaa terapeuttiin, joka osaa auttaa ja pitää huolta. Luottamus oli monin tavoin yksilöllinen ja vaikeastikin saavutettava asia: jollekin luot-

tamuksen herättäjä oli huumori tai hymy tai juuri se, että terapeutti ei hymyillyt eikä tehnyt itseään tykö.

Luottamus edellytti tunnetta siitä, että on turvassa toisen kanssa (89ESPA). Sellaisen tunteen syntymiseksi voidaan tarvita useampia tapaamisia. Terapeutin käsityksen mukaan keskinäinen luottamus korreloi yhdessä vietettyyn aikaan: yksittäisessä tapaamisessa oli vaikeampi, mutta ei mahdotonta saavuttaa luottamusta kuin pidemmässä suhteessa. Luottamuksen syntymisen yksilöllisyydestä ja tilannekohtaisuudesta kertoi se, miten terapeutti pääsi jonkun asiakkaan kanssa eteenpäin, vaikka he olivat puhuneet yhdessä vain viisi minuuttia. Terapeutille oli voinut nopeasti tulla käsitys siitä, että nyt he ymmärtävät toisiaan. Jonkun kanssa oli tavattava useampia kertoja, ja siltikään heille ei syntynyt yhteistä ajatusta siitä, mihin asiaan terapiassa pitäisi tarttua. Toisten kanssa luottamus syntyi luonnostaan, toisten kanssa piti käydä paljon erilaisia asioita läpi sitä ennen. Terapeutti (31ESL) kertoi, miten hän antoi lapsensa mielellään hoidettavaksi lääkärille, joka tervehti ja huomioi ensin hänen lapsensa. Tällä esimerkillä terapeutti halusi osoittaa, että luottamuksen saa heräämään osoittamalla huomiota sellaiseen, mikä on toiselle tärkeää, ja etenkin silloin, kun sitä ei vielä edellytetä.

Ennakkokäsitykset koettiin luottamuksen syntymiseen vaikuttaviksi tekijöiksi jo ennen tapaamista. Esimerkiksi kun neuvolan terveydenhoitaja oli suositellut toimintaterapiaa, niin hän oli antanut vanhemmille jo jonkun käsityksen toimintaterapiasta (24TKL). Suositus saattoi herättää vanhemmissa huolta. Sitä seurasi yhteydenotto terapeuttiin puhelimitse, jolloin ensikohtaaminen tapahtui puhelimen välityksellä. Sen jälkeen vanhemmat jäivät miettimään ja odottamaan ennen kuin tapasivat toimintaterapeutin vastaanotolla. Tässä esimerkissä vanhempien ennakkokäsitykset muodostuivat ja saattoivat muuttuakin vaihe vaiheelta. Jokainen yksittäinen tapahtuma vaikutti myös luottamuksen kehittymiseen joko vahvistavasti tai heikentävästi.

Aloitustilanteessa vain harva aikuisasiakas tiesi ennakoita, mikä toimintaterapeutin viitekehys tai näkökulma yhteiseen asiaan loppujen lopuksi on, mutta yleensä asiakkailla oli aina jonkinlainen ennakkokäsitys (26TKA). Terapeutti oletti, että asiakkaan ennako-odotus toimintaterapiasta ja toimintaterapeutin roolista oli yleensä paljon suppeampi kuin se todellisuudessa oli. Asiakas ei välttämättä tiennyt, mitä muuta toimintaterapia käsittää kuin tukikahvat tai apuvälineet tai mistä näkökulmasta toimintaterapeutti asioita katseli. Esimerkiksi kotikäyntiasiakkaat olettivat usein, että terapeutti tuli katsomaan asiakkaan elämisen olosuhteita siisteyden näkökulmasta. Kuntoutuja saattoi pitää kotikäyntejä eräänlaisina kurkistelu- tai tarkastuskäynteinä, vaikka terapeutti olisi ollut vilpittömästi kuntoutujan puolella selvittämässä ja kirjaamassa tilannetta. Virheellisten olettamusten takia terapeutin oli alettava rakentaa luottamusta uudelleen.

Terapeuttien mielestä luottamus oli yksi tärkeä tekijä siinä perustassa, jolle yhteistoiminta terapiasuhteessa rakentuu. Edellisten esimerkkien pohjalta terapeutit

päätyivät keskustelussa siihen, että luottamusta voidaan rakentaa tekemällä yhdessä jotakin, mutta pelkkä asiakkaan ja terapeutin välisen luottamuksen rakentaminen ei riitä terapian syyksi. Tavoitteiden asettaminen edellyttää luottamusta, jonka rakentamiseen voi joskus mennä pitkäkin aika. Terapeutit halusivat yleensä edetä nopeasti tavoitteiden asetteluun, sillä he kokivat, että ilman tavoitteita yhteistyö ei ole toimintaterapiaa. Tavoitteiden merkityksen korostuminen on ymmärrettävissä yhtäältä toimintaterapian luonteen ja tarkoituksen takia, sillä sen tehtävänä on auttaa asiakasta tämän toimintaan liittyvän ongelman ratkaisemisessa ja toiminnan mahdollistamisessa. Terapian tarkoituksena on siis pyrkiä tavoitteisiin, jotka asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa terapian alussa. Siksi tavoitteen asettelu ilmeneekin keskeisenä osana toimintaterapian prosessimalleja. Tavoitteenasettelu on keskeisessä osassa myös kuntoutussuunnitelmia laadittaessa. Asiakkaan yksilöllisen tilanteen huomioonottaminen terapiasuhteen alussa näytti kuitenkin yhteistoiminnan näkökulmasta tarkasteltuna tarkoittavan, että tavoitteiden asetteluun päästään vasta siinä vaiheessa, kun luottamusta on löydetty molemmin puolin riittävästi. Terapeutin kannalta luottamuksen molemminpuolisuus voi tarkoittaa, että hän luottaa siihen, että asiakas on kykenevä keskustelemaan tavoitteista ja tekemään itseään koskevia realistisia päätöksiä.

Molemminpuolisen luottamuksen merkityksestä kertoi esimerkki, jossa lasten kanssa erikoissairaanhoidossa työskentelevät terapeutit (710ESL, 11ESL, 13ESL) kertoivat saavansa arviointitilanteissa runsaampaa ja monipuolisempaa tietoa lapsesta sen jälkeen, kun he ovat ensin tutustuneet yhdessä leikkien. Terapeutti (77YL) koki, että ilman toimivaa vuorovaikutussuhdetta arviointia ei voisi kaikilta osin tehdä eikä hän luottaisi edes havainnointiin perustuvan käden motoriikan arvioinnin tuloksiin, jos hänen ja lapsen välillä ei olisi toimivaa vuorovaikutussuhdetta.

Terapeutin (58ESPA) mukaan psykiatrisessa sairaalassa potilaat olivat tulleet monta kertaa petetyksi, minkä takia luottamukselle rakentuvan pohjan luominen saattoi vaikeutua. Petetyksi tulemisella terapeutti tarkoitti, että potilas uskaltautui kertomaan itsestään asioita avoimesti, mutta henkilökunta käyttikin tietoa häntä vastaan. Perusterveydenhuollossa aikuisten ja ikääntyneiden kanssa työskentelevä terapeutti (612YKLA) oli kokenut, että kuntoutujalla saattoi olla myös sellaisia tavoitteita, joita hän ei kertonut terapeutille, johon hän ei luottanut. Jos kuntoutuja esimerkiksi halusi nopeasti kotiin, niin hän antoi terapeutille tietynlaista tietoa olettaen sen nopeuttavan kotiutumista. Aineiston perusteella näytti siltä, että avoimuudella ja luottamuksella toisen hyvántahtoisuuteen oli olemassa yhteys.

Terapeutit (710ESL, 812YKLA, 811TKA, 88ESPA, 59ESPA) kokivat, että terapiasuhteessa avautumisen säätely on molemminpuolista. Se oli jollain tavalla yhteydessä toimijoiden välillä olevaan läheisyyden tai etäisyyden kokemukseen sekä kiintymykseen ja molemminpuolisen luottamuksen syntymiseen. Avoimuus ja avautuminen ovat vastavuoroisuuden näkökulmasta kiinnostava kysymys epäsym-

metrisessä suhteessa: terapiasuhteessa asiakkaan odotetaan olevan oma-aloitteisesti avoin, sillä terapeutin tehtävänä on asiakkaan auttaminen, minkä takia on luonnollista, että hän keskittyy asiakkaan asioihin. Rooleista riippumatta toimijoiden keskinäisellä luottamuksella vaikutti olevan merkittävä osuus avoimuuden kehitymisessä: mitä enemmän toimijat luottavat toisiinsa, sitä rohkeammin he uskaltavat olla avoimia ja kertoa omista asioistaan. Erityisesti tämä pätee niistä asioista puhumiseen, jotka haittaavat arkea ja heikentävät toimijan elämänhallinnan tunnetta.

8.3 Vastavuoroisuuden hyveet

Alustavan käsitykseni mukaan terapeutin yhteistoiminta edellytti kolmea Aristoteleen kuvailemaa luonteenhyvettä, jotka toteutuvat ja kehittyvät toimintaa ohjaaviksi taipumuksiksi vastavuoroisessa toiminnassa. Hyveet olivat ystävyys, oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus. Vastavuoroisuutta edellyttävien hyveiden kehittymiseen tarvitaan toimijan aiempia kokemuksia sekä niiden itsereflektointia. Kolmen vastavuoroisuuden hyveen lisäksi toiminnan onnistumiseksi tarvitaan myös käytännöllistä järkeä, joka Aristoteleen käsityksen mukaan kuuluu intellektuaalisiin hyveisiin. Olen nyt tarkentanut ja täydentänyt yhteistoimintaa koskevia vastavuoroisuuden hyveitä terapeuttien kanssa käytyjen keskustelujen tuottaman aineiston perusteella. Tulosten perusteella nostan ystävyuden sijaan yhdeksi keskeiseksi tekijäksi hyvän tahtomisen toiselle. Käytännöllistä järkeä eli käytännöllistä harkintaa koskeneiden keskustelujen tuottamat tulokset esittelen myöhemmin luvussa 10.2.

Hyvän tahtominen toiselle

Selkein alustavaa käsitystäni koskenut kritiikki kohdistui tässä aineistossa ystävyuden hyveeseen. Alustavan käsitykseni mukaan ystävyuden hyveen olennaisina tekijöinä olivat rakkaus, hyvän tahtominen toiselle sekä vastavuoroisuus. Ensimmäisten keskustelujen alustavassa analyysissä kävi selväksi, että terapeutit olivat yksimielisiä siitä, että terapeutin tulee aina tahtoa hyvää kuntoutujalle, mutta epäsymmetriasta johtuen he olivat vastavuoroisuuden suhteen selvästi varovaisempia. Oletin kuitenkin, että terapiasuhteen tarkastelu näiden käsitteiden avulla voisi tuoda esiin ulottuvuuksia, jotka on pitkään haluttu pitää terapian ja ammatillisen kohtaamisen ulkopuolella.

Terapeutit hyväksyivät poikkeuksetta oletukseni siitä, että hyvän tahtominen toiselle on terapeutin yhteistoiminnan välttämätön ehto (Harra 2005: 122). Heidän mielestään hyvän tahtominen toiselle kuulosti tavoiteltavalta ja terapiasuhteeseen kuuluvalta asialta, jota pidetään myös yhtenä tärkeimmistä lähtökohdista kuntoutukselle. Terapeutti koki, että on palkitsevaa, jos myös asiakas tahtoi hänelle hyvää, mutta sellaista vastavuoroisuutta ei voi edellyttää terapiasuhteessa

(45YKLA). Kuntoutujan täytyy kuitenkin aina voida luottaa siihen, että terapeutti tahtoo hänelle hyvää, vaikka hän välillä joutuisi tekemään asioita toisen tahtoa vastaan. ”Tässä miekassa on kaksi terää.” (33ESL.) Hyvän tahtominen toiselle ei siis tarkoita samaa kuin toisen tahdon toteuttaminen. Terapiasuhteessa osapuolilla on erilaiset tehtävät ja syyt, ja sillä tavoitellaan aina asiakkaan etua. Terapiassa hyötyä tavoitellaan miellyttävällä tavalla, mutta nautinto ei koskaan ole pääasia, kuten yksi terapeutti ilmaisikin: ”Ei tää mikään huvipuisto ole!” (77YL.)

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti (89ESPA) koki, että kumppanuus ja kumppani käsitteenä sopisivat yhteistoiminnan yhteyteen paremmin kuin ystävyys. Asiakaskumppanuus ja kuntoutuskumppanuus ovat terapeutille tutumpia käsitteitä ja helpommin mielletävissä asiakassuhteeseen kuin ystävyys. Lasten kanssa työskentelevä terapeutti pohti päämäärän merkitystä kumppanuuteen ja ystävyyteen perustuvan toimijuussuhteen erottelussa: ”Onko kumppanuus enemmän juuri päämäärällisempää tai tietoisempaa, kun kumppanuudessa on yhteinen päämäärä?” (32YL.) Esimerkiksi pienten lasten kanssa työskennellessä ei aina ole tai voi olla mitään kumppanuuden edellyttämää yhdessä sovittua päämäärää, minkä takia terapeutit kokivatkin, että pienten lasten terapiassa kyse on ystävyydestä, kun taas isompien lasten ja aikuisten kanssa kyse on pikemmin kumppanuudesta. Kumppanuussuhteeseen liittyy aina jollakin tavalla vapaaehtoisuus, mutta kuntoutujan vapaaehtoisuus on usein jonkinlaisen pakon sanelemaa. Silti se voi olla haluttua ja merkityksellistä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon asiakkailla on jokin tarve, minkä takia hän on tullut toimintaterapeutin vastaanotolle tai tarvitsee toimintaterapiaa.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti (610ESL) oli kokenut äidin ja terapeutin välillä olevan jaettua ymmärrystä, kun he kävivät läpi lapsen senhetkistä tilannetta. Pienellä pojalla oli runsaasti aistisätelyhäiriöitä ja vaikeuksia olla julkisissa paikoissa ja tilanteissa, missä tulee paljon aistikuormaa. Toimintaterapia oli kestänyt vuoden, ja hoitava toimintaterapeutti kertoi, miten pojan on nyt paljon helpompi sietää ääni ääni- ja tuntoaistiärsyksiä, johon äiti jatkoi suoraan, että aikaisemmin he eivät voineet käydä kirjastossa, mutta nyt he olivat tehneet sitä jo kuukauden ajan melkein päivittäin, koska poika oli edistynyt niin hyvin. Arvioiva terapeutti koki, että tässä tapauksessa äidin ja terapeutin välillä oli sellainen kumppanuussuhde, jossa ammattikieli ja -näkemys yhdistyivät suoraan siihen, mitä lapsen ja perheen arjessa tapahtui ja näkyi.

Yksityisessä kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti (612YKLA) koki, että kumppanuus on kuntoutujan kannalta lähtökohtaisesti kaukana siinä tilanteessa, kun häntä tuodaan sairaalavaatteissa paareilla kuntoutuslaitokseen kuntoutumaan, mutta sen rakentaminen alkaa heti, kun kuntoutuja pääsee osastolle. Kuntoutuslaitoksessa kuntoutujalta kysytään asioita. Terapeutin mielestä kumppanuussuhteen vastavuoroinen vuorovaikutus edellyttää, että kuntoutuja on aktiivisesti mukana

kuntoutusprosessissa. Siitä huolimatta terapeutti koki, ettei hän pysty saavuttamaan kumppanuussuhdetta kaikkien kuntoutujien kanssa, vaikka kuinka yrittäisi, sillä kumppanuussuhde edellyttää kommunikointia, eikä se aina onnistu kaikkien kanssa.

Kumppaneiden ei tarvitse olla ystäviä, sillä kumppanuuden tunne syntyy yhteisestä kielestä, keskinäisestä kunnioituksesta ja yhteisestä päämäärästä. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevän terapeutin (58ESPA) mielestä kumppanuuden pitäisi mahdollistaa avoimuus ja uskallus niin, että kuntoutuja voi luottaa siihen, että terapeutti on hänen puolellaan eikä käytä kuntoutujaa koskevaa tietoa hänen alistamiseensa. Silloin kumpikin uskaltaa sanoa, mitä ajattelee, ja toimia omista lähtökodistaan käsin, jolloin keskusteluun voidaan tuoda vaikeita asioita ilman pelkoa kasvojen menetyksestä ja toimijoilla on mahdollisuus olla myös eri mieltä asioista.

Alustavassa käsityksessäni (Harra 2005) ystävyuden hyveellä (Aristoteles 1989: VIII) oli merkittävä ja terapiatyöhöni uutta näkökulmaa avaava merkitys. Aristoteleen (emt.) käsityksen mukaan ystävyys kuului elämän tärkeimpiin asioihin ja kaikille ihmisille, ja se on mahdollista myös eriarvoisten välillä sikäli kuin he kohtaavat toisensa ihmisinä. Ystävyuden ehtoja olivat rakkaus, vastikkeeton hyvän tahtominen toiselle ja avoin vastavuoroinen hyväntahtoisuus (emt.). Mielestäni kaikkien näiden tekijöiden pohtiminen terapiasuhteessa oli nostanut itsessäni esiin herkkyyttä kohdata asiakas uudella tavalla samankaltaisena, omalla tavallaan asioita kokevana ja tuntevana ihmisenä, jolla oli oikeus omaan yksilöllisyyteensä. On ikään kuin tiukan tavoitteisiin pyrkimisen rinnalle olisi alkanut kehittyä toisenlainen, kuuntelevampi ja vastavuoroisempi lähestymistapa.

Aristoteleella vastavuoroisuuteen perustuvat ystävyuden lajit olivat: 1) hyötyystävyys (tavoitteena toiminnasta saatava hyöty), 2) nautintoystävyys (tavoitteena toiminnasta saatava nautinto) ja 3) täydellinen ystävyys (tavoitteena toiminnan tuottava hyvä elämä). Kaksi ensimmäistä olivat olemassa hetkellisesti vain päämäärän tavoittelua varten. Niissä toimijat halusivat olla toistensa kanssa tekemisissä vain siinä määrin kuin yhdessä toimiminen auttoi heitä saavuttamaan hyötyä tai mielihyvää tavoittelevia pyrkimyksiään. Viimeksi mainittu ystävyuden laji perustui hyveeseen. Se oli pitkäkestoinen luonteen piirre tai taipumus. Aristoteles piti tätä ystävyuden lajia harvinaisena, sillä se vaati samanarvoisuutta, aikaa, läheistä kanssakäymistä sekä luottamusta (emt.). Terapian yhteydessä hyöty-ystävyys tuntuu itsestään selvyydeltä. Se ohjaa asiakasta ja terapeuttia työskentelemään tietyn ajanjakson yhdessä asiakkaan tavoitteiden ja hyvien terapiatulosten saavuttamiseksi. Samoin nautintoystävyys voidaan hetkellisesti kiinnittää toimintaterapian pyrkimykseen käyttämällä asiakkaalle merkityksellistä, häntä kiinnostavaa toimintaa iloa tuottavalla tavalla. Kolmas ystävyuden laji vaikuttaa terapiassa harvinaiselta, mutta se voi antaa sille suunnan kohti hyvää elämää.

Moni terapeutti (32YL, 31ESL, 46TKA, 45YKLA, 57YL) piti ystävyyttä terapiassa tavoiteltavana sinänsä, jos sillä tarkoitetaan aitoa läsnäoloa ja molemmin puolista hyvää oloa³⁷, mutta toisaalta ystävyuden käsitteen käyttäminen terapia-yhteydessä hämmensi monia. Terapeutti (88ESPA) pohti, että ystävyuden ja kumppanuuden avulla voidaan ehkä tulevaisuudessa tehdä entistä vaikuttavampaa terapiaa ja kuntoutusta.

Terapeutit olivat kokeneet, että lasten vanhemmille oli tärkeää, että heidän lapsensa hyväksytään ja että terapeutit tekivät parhaansa lapsen hyväksi (33ESL). Terapeutti työskenteli yhteistyössä vanhempien kanssa, sillä hän halusi välittää vanhemmille luottamusta siihen, että terapeutti halusi hyvää heidän lapselleen. Sillä tavoin hän pyrki välittämään vanhemmille mieluumminkin luottamusta herättävää tunnetilaa kuin sitouttamaan heitä terapiaan. Lasten terapiassa hyvän tahtominen toiselle tuli terapeutin mielestä lähelle ystävyuden ajatusta: siinä terapeutin ajatukset kohdistuivat lapseen. Hän koki, että myös ystävyudessa toinen ihminen oli tärkeä ja merkityksellinen.

Tulosten perusteella ystävyuden käsitteen käytön ongelmallisuus terapiasuhteessa liittyi vastavuoroisuuden sijaan vastaavuusodotuksiin muun muassa tasa-arvon, toiminnan kohteen ja tavoiteltujen tulosten suhteen. Erikoissairaanhoidon aikuispsykiatriassa työskentelevän terapeutin (88ESPA) mielestä hyvän tahtominen toiselle sopi myös molemminpuolisena terapiasuhteeseen. Sen pohjalta hän ajatteli, että jos ystävyys käsitetään molemminpuolisena hyvän tahtomisena toiselle, niin sellainen ystävyys voi päteä hänen mielestä myös terapiasuhteeseen. Nuorten ja aikuisten kanssa työskentelevien terapeuttien (46TKA, 45YKLA) mielestä ystävyuden ajattelu terapia-suhteessa tuntui kuitenkin ahdistavalta ajatukselta. Ahdistus liittyi siihen, että ystäväystyminen kuntoutujan kanssa voi tuntua terapeutista liian sitovalta eikä asiakkaalta voi sellaista edellyttää. Siksi terapeutit eivät haluaisi sotkea ystävyyttä ja terapiatyötä toisiinsa.

Mielestäni tässä viimeisessä kuvauksessa tuli selvästi esille eräänlainen rajanveto ystävyuden ja työn välille. Ammatillisuuden avulla terapeutit suojelivat yksityisyyttään ja välttelivät läheistä suhdetta kuntoutujaan. Kriittistä huolimatta monista puheenvuoroista paljastui, miten terapeuttien käsitykset ja kokemukset asettuivat hyvin yhteen Aristoteleen ystävyuden kuvauksen kanssa. Terapeutit pitivät tärkeänä samanarvoisuutta, avoimuutta, luottamusta ja hyvän tahtomista toiselle. Vastavuoroisuuden näkökulmasta syntyi mielenkiintoisella tavalla ristivetoinen ajatus: lasten terapeutit kokivat vastavuoroisen ystävyuden tavoiteltavana tunnetilana, kun taas nuorten ja aikuisten terapeutit halusivat välttää ystävyyttä juuri sen aiheuttaman vastavuoroisen tunnetilan takia.

37. Molemmat ilmaisut ilmentävät mielestäni pikemminkin hyvän tahtomista toiselle tunnetilana.

Terapeutti (33ESL) pohti, että autististen ja kontaktihäiriöisten lasten kanssa vastavuoroinen vuorovaikutus ei voi olla edellytys ystävyydelle ja kumppanuudelle, sillä tällöin lapsilla, joilla on autismi, ei voisi olla ystäviä ollenkaan, jos vuorovaikutus olisi ystävyyden edellytys. Heidän kanssaan muiden ihmisten täytyi löytää ensin kohtaamisen keinot. Siksi terapeutti oli aluksi aktiivinen ja teki vuorovaikutusaloitteita, jotta terapiasuhde voisi mahdollistua. Toimintaterapeutti kertoi esimerkin osastolla olleesta pojasta, jota hän tapasi 1,5 viikkoa joka päivä. Vasta viidennellä kerralla terapeutti oli keksinyt, että poikaan saa yhteyden puhaltamalla hänen kasvoihinsa. Puhallusten avulla käynnistyi terapia: aina kun poika teki tehtävän, niin terapeutti puhalsi pojan kasvoihin. Tämä esimerkki vahvisti käsitystäni siitä, että terapeutti tarvitsi lähtötilanteessa hyvántahtoisuutta etsiä kohtaamisen keinoja, kunnes vastavuoraisuus ja luottamus löytyivät. Vaikka lapsi ei haluaisi tehdä jotain tai hän ei heti haluaisi lähteä terapeutin mukaan, niin siitä huolimatta terapeutti osoitti olevansa lapsen ystävä tai kaveri.

Terveyskeskuksessa lasten kanssa työskentelevä terapeutti (44TKL) pohti, että hyvässä asiakassuhteessa voi olla paljon yhteistä ystävyyden kanssa. Joskus hän joutui punnitsemaan, kuinka paljon ystävyyden piirteitä terapiasuhteeseen voi ottaa ja kuinka paljon niitä voi hyväksyä, sillä jossakin yksittäisessä tilanteessa kaksi ihmistä voi kohdata toisensa niin vahvasti, että terapiasuhteen raja alkaa jo häilyä. Terapiasuhde ei kuitenkaan ole symmetrinen, molemminpuolisuuteen perustuva ystävyyssuhde, sillä terapeutti on aina asiakasta varten eikä terapeutti tuo terapiasuhteeseen ratkottavaksi omia ongelmiaan.

Kuntoutuslaitoksessa nuorten ja aikuisten kanssa työskentelevän terapeutin (45YKLA) mielestä ystävyys rakentui pidemmällä aikavälillä ja oli jollain tapaa tasa-arvoisempi suhde kuin terapiasuhde. Terapiasuhteessa voi olla samoja piirteitä kuin ystävyydessä, mutta terapeutin puolelta toiminnan pitää aina olla ammatillista, vaikka asiakas ei kohtelisikaan terapeuttia ystävänä: pitkästä terapiasta voi olla seurauksena ystävyys, vaikka hän ei odota sitä asiakkailta. Ymmärrän toimintaterapeuttien tarkoittavan ammatillisuudella muun muassa sitä, että terapian tavoitteet nousivat aina asiakkaan tarpeista ja ongelmista, terapeutti sai työstään vastineeksi palkkaa ja terapeutti noudatti aina asiakkaasta riippumatta ammatin eettistä ohjeistusta. Näidenkin tekijöiden osalta terapiasuhde oli siis epäsymmetrinen.

Terapeutin mielestä kumppanuus ja ystävyys merkitsivät muutakin kuin pelkkää ammatillista vuorovaikutusta. Jos ystävyyden käsite korvattaisiin kumppanuuden käsitteellä, kuuluisi sen sisältö terapeuttien mielestä ilman muuta terapiaan ja terapeuttiseen yhteistoimintaan. Terapeutti (32YL) koki olevansa joidenkin asiakkaiden kanssa vain vuorovaikutuksessa, koska suhteesta puuttui ystävyyden ja kumppanuuden tunne. Toisen terapeutin (612YKLA) mielestä vuorovaikutussuhteen etsiminen edellytti ystävyyttä eri tavalla kuin kumppanuus. Kumppanuus taas edellytti tietynlaista vastavuoraisuutta ja päämääräsuuntautuneisuutta. Kolmannen

terapeutin mielestä kumppanuus velvoitti osallistumaan ja toimimaan aktiivisesti kohti päämäärää (613TKA). Terapeuttien käsityksen mukaan ystävyyteen ei liity samanlaisia veloitteita. Aineiston perusteella, että ero oli juuri tässä: ystävyyttä tarvitaan terapiasuhteen edellyttämän luottamuksen rakentamisessa, kun taas kumppanuuteen perustuva yhteistoiminta edellytti jo olemassa olevaa vuorovaikutussuhdetta. Kumppanuus voi käynnistyä vasta, kun toimijoilla on yhdessä rakennettu käsitys yhteisestä kohteesta ja halu pyrkiä päämäärään yhdessä.

Oikeudenmukaisuus

Toinen terapeutin yhteistoiminnan ehdoksi osoittautunut luonteenhyve alustavassa käsityksessäni (Harra 2005: 63–65) oli oikeudenmukaisuus. Aristoteleen (1989) mukaan oikeudenmukaisuutta tarkastellaan aina suhteessa johonkin ja sitä on olemassa ainakin kolmenlaista: 1) distributiivinen oikeudenmukaisuus liittyi asioiden tasapuoliseen jakamiseen, 2) vapaaehtoinen korjaava oikeudenmukaisuus liittyy vaihtoon ja 3) tahdonvastainen korjaava oikeudenmukaisuus liittyi epäoikeudenmukaisuuden korjaamiseen.

Yksi terapeutti (33ESL) koki oikeudenmukaisuuteen liittyvät asiat eettisiksi, päätöksentekoa koskeviksi kysymyksiksi, joita hän joutui pohtimaan, katumaan ja välillä korjailemaankin. Oikeudenmukaisuuskysymykset tulivat terapeuteille vastaan monissa eri tilanteissa ja eri tasoilla. Terapeutit olivat mukana oikeudenmukaisuutta koskevissa yleisissä keskusteluissa organisaatiotasolla, mutta terapiasuhteen oikeudenmukaisuuteen liittyvät kysymykset he kokivat ratkaisevansa pitkälti itse. Oikeudenmukaisuus oli heidän mielestään erilainen asia esimerkiksi kuntoutuslaitoksen tasolla ja terapiasuhteessa. Terapiasuhteen oikeudenmukaisuutta pohtiessaan terapeutti (46TKA) reflektoi omaa toimintaansa: *”Olenko yhtä oikeudenmukainen kaikille asiakkaille kaikissa tilanteissa: tämän asiakkaan kanssa tässä suhteessa ja sitten tuon toisen asiakkaan kanssa tuossa suhteessa?”* Terapiasuhteessa oikeudenmukaisuuden toteuttaminen tarkoitti terapeutille (7713TKA) asiakkaan tarpeiden ja yksilöllisyyden huomiointia. Terapeutit kokivat epäoikeudenmukaisuutena sen, että terapeutti hallitsee ja asiakkaalle jää vain vähän tilaa ilmaista itseään tai asiakas tunsijättelevänsä väärin tai toimivansa riittämättömästi tai huonosti.

Tasapuoliseen jakamiseen liittyvät kysymykset tulivat keskusteluissa esiin lähinnä priorisointikeskusteluna sekä organisaation että terapiasuhteen tasoilla. Terapeutit (33ESL, 613TKA, 610ESL) tunnistivat, että toimintaterapiassa tehdään priorisointiin perustuvia valintoja monessa vaiheessa: ensimmäisenä priorisoidaan lähetteen perusteella, ketkä lapset pääsevät toimintaterapia-arviointiin; toiseksi priorisoidaan arvioinnin perusteella, mitä palveluja tarjotaan, missä ja miten paljon; kolmanneksi terapiassa tehdään jatkuvaa tilannekohtaista priorisointia ja neljänneksi terapian lopussa arvioidaan jatkokuntoutus- ja palvelutarve.

Terapeuttien (45YKLA, 31ESL, 32YL) keskusteluista paljastuu, että tasapuolinen jakaminen liittyy esimerkiksi palvelujen jakoperiaatteiden noudattamiseen, mikä on terapiakäytännössä ongelmallista. Esimerkiksi Kelassa on haluttu kuntoutusjaksoja koskevien standardien avulla taata kaikille samalle kuntoutusjaksolle osallistuville tasalaatuiset laitoskuntoutusjaksot, minkä takia kunkin jakson sisältämät terapialajit ja määrät on tarkasti määritetty.

Kuntoutuslaitoksessa työskentelevän terapeutin (45YKLA) mukaan kuntoutusjaksoille ennalta tehtyjen, tiettyihin standardeihin perustuvien määrittelyjen avulla huolehdittiin siitä, että jokainen vastaavalla kuntoutusjaksolla oleva kuntoutuja sai samaa asiaa saman verran. Terapeutin mielestä kriteerit eivät lähteneet kuntoutujan yksilöllisestä tarpeesta, vaan yleisestä laitoskuntoutusjakson oikeudenmukaista jakoa koskevasta periaatteesta, jonka mukaan kaikille taataan oikeus saada laadukkaita fysioterapeutin, psykologin ja toimintaterapeutin palveluja riippumatta siitä, tarvitseeko asiakas niitä vai ei. Terapeutin mielestä oikeudenmukaisuutta olisi, jos kuntoutuspalvelut kohdennettaisiin tarkoituksenmukaisesti. Toisena esimerkkinä terapeutit keskustelivat apuvälineiden oikeudenmukaisesta jakamisesta.³⁸ Perusterveydenhuollossa toimiva terapeutti (46TKA) oli kokenut apuvälinesuosituksen niin väljänä, että hän saattoi lukea hankintoja koskevia ohjeita monella tavalla niin, että yksittäisissä tilanteissa olevat seikat vaikuttivat hänen harkintaansa ja painotuksiinsa. Kolmantena esimerkkinä terapeutit keskustelivat kuntoutuspalveluista. Eri kunnissa asuvat asiakkaat olivat eriarvoisessa asemassa, sillä tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen pääsy riippui siitä, missä kunnassa tai missä sairaanhoitopiirissä potilas sattui asumaan.³⁹ Tässä vaiheessa apuväline- ja kuntoutuspalvelujen suhteen terapeuteille näytti olevan vaikeata löytää sellainen oikeudenmukaisuuteen perustuva tasapaino, jossa yleiset ohjeet ottaisivat huomioon yksilöllisen harkinnan, mutta jossa ne sen lisäksi ohjaisivat riittävästi asioiden tasapuolista jakamista. Neljänneksi terapiasuosituksia pohtiessaan terapeuttien oli yhä useammin kyettävä ottamaan huomioon myös asiakkaiden kulttuuristaan liittyvät ja ratkaisuun vaikuttavat asiat (33ESL). Esimerkiksi toimintakyvyn arviointitilanteessa saattoi olla maa-hanmuuttajataustainen lapsi, jonka taidot jäivät selvästi viiveisiksi esimerkiksi erityisvaikeuksista tai harjaantumattomuudesta johtuen. Terapian tarpeen ja hyödyn kannalta oli tärkeää tietää, mistä viiveisyys johtuu. Harjaantumaton lapsi hyötyy päivittäisestä tekemisestä, mutta terapiaa suositellaan usein lapselle, jolla on eri-

38. Apuvälinepalvelujen laatusuosituksen (2003) tarkoituksena on ollut ohjata ja kehittää palvelujen käyttäjälähtöisyyttä ja oikeudenmukaisuutta. Töytärin (2008) tekemän selvityksen mukaan suositusta pidettiin terveydenhuollon organisaatioissa ja vammaisjärjestöissäkin hyvänä, mutta riittämättömänä toiminnan ohjauksen välineenä.

39. Eriarvoisuus on tullut esiin myös tutkimuksissa, muun muassa kuntoutuspalvelujen saatavuudessa ja erikoissairaanhoidossa laadittujen kuntoutussuunnitelmien päivityksessä perusterveydenhuollossa (Takala 2008: 20–23.)

tyisvaikeuksia. Kun priorisointia tehdään, niin terapeuttien mielestä pitäisi harkita, mikä on järkevää millekin lapselle tai mitä kukin lapsi siinä omassa kehityksessään tarvitsee. Toimintaterapeutin mielestä oikeudenmukaisesti harkitseva terapeutti osaa hahmottaa terapian tarpeen suhteessa lapsen yksilölliseen kontekstiin.

Terapeutit keskustelivat myös asiakkaiden vaatimusten oikeudenmukaisuudesta. Asiakas voi haluta vuodesta toiseen jatkuneen terapian jatkamista, vaikka siitä ei ole ollut osoitettavissa mitään hyötyä (45YKLA). Toisaalta asiakkaalle voidaan myöntää terapioita, joita ei käytetä. Terapeutti (77YL) kertoi esimerkin asiakkaastaan, joka oli saanut päätöksen 15 kerrasta toimintaterapiaa. Terapeutti oli nähnyt lapsen kerran kesällä, eivätkä vanhemmat yhteisestä sopimuksesta huolimatta ottaneet yhteyttä sopiaukseen uutta aikaa. Joulukuussa terapeutti otti yhteyttä, jolloin sovittiin muutama terapia-aika. Vanhemmat menivät sairaalaan ja pyysivät jatkosuositusta, vaikka suositelluista terapioista oli käytetty vain puolet. Käyttämättä jääneistä terapiakerroista huolimatta sairaalassa tehtiin myönteinen päätös jatkoterapiasta.

Terapeutit kokivat, että asiakkaat olivat apuvälinehankintojen ja kuntoutuspäätösten lisäksi eriarvoisessa asemassa myös avustajien, asumisasioiden ja asunnon muutostyöasioiden suhteen. Vaikka tietyt asiat olivat lakisääteisiä, niin esimerkiksi välttämättömyys ja kohtuullisuus olivat sellaisia käsitteitä, joita tulkitaan tilannekohtaisesti eri tavalla riippuen käytettävissä olevasta rahasta ja asenteista.

Terapeutin kokemuksen mukaan jotkut asiakkaat tarvitsivat häneltä enemmän aikaa tai hän antoi heille enemmän aikaa kuin toisille (32YL). Se ei ollut hänen mielestään epäoikeudenmukaisuutta, sillä kuntoutuksessa toiset tarvitsivat enemmän kuin toiset. Asiakkaan yksilöllisyyden huomiointi ja oikeudenmukaisuus eivät olleet toisenkaan terapeutin mielestä ristiriidassa (31ESL), sillä hänelle oikeudenmukaisuutta oli se, että hän pyrki kunkin lapsen ja perheen kohdalla parhaaseen mahdolliseen ratkaisuun.⁴⁰

Aikuisten kanssa terapiatyötä tekevän terapeutin (45YKLA) mielestä oikeudenmukaisuutta olisi se, että jokainen saisi sitä terapiaa, mitä hän tarvitsee. Terapeutti tunnisti kuitenkin tarpeen määrittelyyn liittyvän ongelman: kuka sen tekee oikeudenmukaisesti? Yksilölliset tarpeet ja yleinen oikeudenmukaisuus eivät olleet hänenkään mielestään välttämättä ristiriidassa keskenään. Yksilöllisyyden huomiointi kuului terapiaan, jolloin yksilöllisen ratkaisun oikeudenmukaisuutta tulisi arvioida suhteessa tarpeeseen. Jos yksilöllistä ratkaisua tarkastellaan esimerkiksi paikallisella tasolla suhteessa muihin ratkaisuihin ja siihen, mitä muut kuntoutujat olivat saaneet, saattoi yksittäinen ratkaisu näyttää epäoikeudenmukaiselta.

40. Tässä terapeutin harkintaa ohjaa mielestäni pikemminkin pyrkimys hyvään elämään ja Polatajkon (1992) käsitys toimintaterapian tarkoituksesta: toimintaterapialla pyritään mahdollistamaan asiakkaan mahdollisuus toimintaan.

Erikoissairaanhoidossa lasten kanssa työskentelevä terapeutti (33ESL) koki, että lähtökohtaisesti perheet, lapset, ihmiset ja asiakkaat eivät olleet samalla viivalla. Hänen mielestä olisi epäoikeudenmukaista, jos kaikille asiakkaille pitäisi antaa sama määrä huomiota, sama määrä terapiakertoja tai sama määrä hymyjä, sillä oikeudenmukaisuus ei tarkoita tasapäisyyttä tai yltiöpäistä tasa-arvoisuutta. Hän piti terapiassa tavoiteltavana asiana pikemminkin oikeutta tulla kohdatuksi yksilönä. Terapeuttien pitäisi hänen mielestään olla tai ainakin pyrkiä olemaan mahdollisimman oikeudenmukaisia ja ajaa kuntoutujan parasta.

Toisen terapeutin (44TKL) mielestä terapiasuhteessa oikeudenmukaisuuden tarkastelun pitäisi nousta asiakkaan henkilökohtaisen kokemuksen kautta. Esimerkiksi terapialapsen perheessä joku pienikin asia voi aiheuttaa ison ongelman, joka aiheuttaa kovasti hankaluuksia ja saattaa epätasapainoon koko perhetilanteen. Toisessa perheessä suurenkin asian kanssa selvitään pienellä vaivalla. Sen takia terapeutin pitäisi pystyä ottamaan huomioon, mikä missäkin tilanteessa on oikeudenmukaista. Toisaalta terapeutit (45YKLA, 32YL) pohtivat myös omia oikeuksiaan terapiasuhteessa: *”Onko minulla terapeuttina oikeutta vaatia toiselta jotain asioita?”* Kun terapeutti (46TKA) suunnitteli lapsen terapiahetkeä, niin hän mietti jo ennalta, mitkä ovat lapsen vahvuudet, mitkä ovat haasteet ja miten terapiassa kannattaisi toimia.

Tasapuolisen jakamisen toteuttamiseen vaikuttivat yleiset ohjeet; paikallistason resurssit, paikallisesti sovitut periaatteet, organisaation sisäinen päätöksenteko ja toimintakulttuuri sekä suositelijan ja päätöksentekijän yksilölliset tekijät. Jos päätöksentekijän periaatteena oli, että kaikki saavat tasapuolisesti samaa asiaa saman verran, niin yksilölliseen tarpeeseen perustuva oikeudenmukaisuuden periaate ei toimi eikä sitä tarvita. Jos sama, yleinen periaate ohjasi kaikkia päätöksiä, niin silloin ei tarvittu yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa tilannekohtaista harkintaa eikä silloin tehdä yksilöllisiä ratkaisuja. Terapeuttien keskustelun pohjalta lain ja suositusten noudattaminen ilman yksilöllistä tarveharkintaa ei johtanut kuntoutuksessa oikeudenmukaisuuteen, vaan pikemminkin se synnytti riskin epäoikeudenmukaisuudesta.

Terapeutit (31ESL, 32YL) yhdistivät oikeudenmukaisuuden terapiasuhteessa jonkinlaiseen objektiivisuuteen, jolla he tarkoittivat pyrkimystä sellaiseen päätelyyn, jossa asiat otetaan asioina, ilman tunteilua. Tunneperäisen tarkastelunsa takia terapeutti (31ESL) ajatteli, että terapiasuhteessa oikeudenmukaisuutta voisi olla se, että hän pyrki irrottamaan omat tulkintansa ja omat tunteensa siitä, mitä hän havaitsi tai millä tavalla hän tiesi asioiden olevan. Sellaiseen objektiivisuuteen hän ei kuitenkaan kokenut pystyvänsä silloin, kun oli kasvotusten toisen ihmisen kanssa: *”Eikö se ole oikeudenmukaisuutta, että pyrkii tasapuolisuuteen, vaikka siihen ei oikeasti pystyisikään?”* Terapeutti ajatteli, että oikeudenmukaisuuskysymyksissä tarvittiin harkintaa ja asioiden tunnistamista, jotta tunteet eivät ohjaisi tilanteita

liikaa. Harkinta auttoi siinä, että terapeutti pyrki ainakin ajoittain tunnistamaan asioita ja erottamaan tunteet tulkinnoista. Siitä huolimatta hän oli varma siitä, ettei hän kohdannut kaikkia asiakkaita samalla tavalla. Esimerkiksi, kun terapiassa kävi erilaisia lapsia, niin terapeutti tunnisti työskentelevänsä toisten lasten kanssa mieluummin kuin toisten. Hän myös antoi enemmän sellaiselle lapselle, joiden vanhemmat eivät tukeneet lasta harjoitteluun. Silti hän piti tärkeänä, että pyrki olemaan oikeudenmukaisella tavalla tasapuolinen kaikkien lasten kanssa. Terapiatilanteissa oikeudenmukaisuutta oli terapeutin mielestä se, että hän yritti saada kaikki lapset tekemään sen, mitä pitikin, vaikka joku lapsi söpöstelisi, veikistelisi ja keikistelisi yrittäessään olla tekemättä yhtään mitään. Terapeutti jaksoi yrittää, sillä se oli hänen mielestään oikeudenmukaisuutta: hän pyrki aina saavuttamaan sen, mitä oli itse asettanut päämääräksi, että tuli tehdyksi se, mikä pitikin tulla.

Toinen terapeutti (33ESL) oli huomannut, että kun asiakkaana oli oikein mukava lapsi, niin arviointitilanteessa hän toivoi, että lapsi yrittäisi vähän enemmän. Tilanteen jälkeen hän selitteli: *"No, jos se ois yrittäny, niin se ois ehkä saanut..."* Päinvastaisessa tilanteessa, kun lapsi yritti leikata saksilla terapeutin hiuksia ja tehdä kaikkea muuta ilkeää, niin silloin hän ei voinut välttää kriittisempää otetta arviointiin (31ESL). Eryityisesti arviointityössä terapeutti tunnisti, että hänen olisi kyettävä poistamaan tunneperäiset asiat, jotka vaikuttivat harkintaan tai tulkintaan. Oikeudenmukaisessa ajattelussa terapeutti (33ESL) pyrki irrottamaan toimintakyvyn arviointia koskevasta tulkinnasta omat tunteensa, olivat ne sitten negatiivisia tai positiivisia.

Kohtuunmukaisuus

Alustavassa käsityksessäni (Harra 2005: 67–68) kohtuunmukaisuus kietoutui yhteen oikeudenmukaisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden kanssa. Kohtuunmukaisuudella voidaan tarkoittaa ensinnäkin hyvää arvostelukykä, jonka avulla voidaan etsiä yksilöllisiä tekijöitä yleisestä laista huolimatta. Toiseksi sillä voidaan tarkoittaa ymmärrykseen perustuvaa taipumusta armollisuuteen ja anteeksiantamiseen. (Nussbaum 1994: 426–429.) Hyvän arvostelukyvyn ja harkinnan ansiosta ihminen pystyy toimimaan yksittäisessä tilanteessa oikein myös ilman lakia tai yleisiä suosituksia ja ohjeita.

Terapeutti (44TKL) kertoi, miten hän säännöistä poiketen oli käyttänyt tietyissä tilanteissa omaa harkintaansa ja miten hän toimi organisaation ohjeista huolimatta kohtuunmukaisesti suhteessa asiakkaaseen. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa lasten toimintaterapeuteille oli annettu sääntöjä esimerkiksi liittyen sovittujen aikojen peruuttamiseen: jos kaksi terapia-aikaa oli jätetty käyttämättä ja perumatta, niin terapeutilla ei ollut enää lupaa ottaa lasta vastaan eikä terapeutti saanut soittaa asiasta vanhemmille. Tämän säännön suhteen toinen terapeutti kertoi käyttävänsä omaa harkintaansa. Esimerkiksi yhdelle asiakasperheelle oli ollut haasteellista

järjestää lapsen terapiakuljetuksia, sillä vanhempien työkiireet olivat menneet lapsen kuntoutustarpeen ohi ja lisäksi isovanhemman kanssa oli ongelmia. Perheellä ei siinä tilanteessa ollut voimavaroja huolehtia lapsensa kuntoutuksesta. Kun terapeutti sai tietää perheen haasteista, niin organisaation ohjeesta huolimatta hän otti puhelimitse yhteyttä ja sopi perheen kanssa yhdessä sopivasta toimintatavasta. *”Siinä tilanteessa käytin harkintaa ja tilanteen huomioimista. Sovittiin yhdessä, että terapia ei ole nyt tarkoituksenmukaista. Katsotaan uudestaan sitten, kun tilanne muuttuu. Tällaisia esimerkkejä on paljon.”*

Terapeuttien mielestä kohtuunmukaisuuden hyve kuuluu terapeuttiseen yhteistoimintaan selvästi ja se on nimenomaan terapian tunnusmerkki. Kohtuunmukaisuus on kuitenkin hyveenä terapeutin mielestä muita yhteistoiminnan hyveitä hankalampi, vaikeampi ja vieraampi (31ESL). Terapeutti halusi täydentää alustavaa käsitystäni ja pohti, mitä on vastavuoroinen kohtuunmukaisuus. Esimerkiksi jos terapeutti (812YKLA) joutui perumaan sovitun ajan oman lapsensa sairauden takia, niin kuntoutuja ymmärsi: *”Hyvä on, nyt sinun täytyy mennä.”* Se tarkoitti myös, että kuntoutuja antoi terapeutille anteeksi sen, että tämä ei voikaan olla nyt hänen kanssaan.

Terapeutin työssä kohtuunmukaisuuden vastavuoroisuus ei tarkoittanut kaupankäyntiä vuoroittaisesta joustamisesta kummankin eduksi. Terapeutti (45YKLA) tunnisti, miten muun muassa tavoitteita koskevassa keskustelussa tuli jatkuvasti sellaisia tilanteita, joissa ainakin terapeutin piti joustaa. Kun hän teki ehdotuksia, niin asiakas saattoi ilmoittaa, että tämä asia ei kiinnosta. Terapeutti koki luovivansa koko ajan. Hän huomioi asiakkaan omaa tahtoa, mutta myös kykyjä ja taitoja. Kun asiakas teki jotain, niin terapeutti pyrki olemaan vaatimuksissaan kohtuunmukainen. Jos joku toiminto ei onnistunut, niin terapeutti mietti, miten toimintaa voitaisiin helpottaa sopivan haasteelliseksi, niin että tilanne olisi asiakkaalle miellyttävä. Esimerkkinä terapeutti (46TKA) pohti tilannetta, jossa hän oli ollut aiemmassa työssään: jos lapsella on ollut kuormittava päivä koulussa, niin se otetaan huomioon ja terapiakerralla muutetaan alkuperäistä suunnitelmaa. Toisaalta hän pohti, että vaikka juuri tilanteen alussa olisikin yhdessä mietitty mitä tehdään, niin käytännössä suunnitelmaa voidaan joutua silti soveltamaan. Myös aikuisneurologisessa toimintaterapiassa tuli sellaisia tilanteita, joissa alkuperäistä suunnitelmaa täytyi muuttaa toiminnan onnistumiseksi. Terapeutin oli harkittava koko ajan, mitä tältä ihmiseltä voidaan tässä tilanteessa vaatia. Kohtuunmukaisuus liittyi tekemisen aikana tapahtuvaan tilannekohtaiseen huomiointiin ja harkintaan sekä tarvittavien muutosten käynnistämiseen. Terapeutti (46TKA) ajattelikin ensin, että kohtuunmukaisuus oli spontaania ja tilanteesta lähtevää: *”Että siinä tilanteessa aistin, että tätä tilannetta pitää kohtuullistaa tämän asiakkaan kannalta.”*

Perusterveydenhuollossa oli asetettu kotikäyntityöhön liittyvä ohje, jonka mukaan kaikki arviot ja suunnitelmat piti selvittää yhdellä kotikäynnillä. Terapeutin (26TKA) kokemuksen mukaan etenkin iäkkäät ihmiset eivät välttämättä jaksaa

pohtia kaikkia asioita yhdellä kertaa. Terapeutti jätti asioita hautumaan, sopi uusia käynnejä ja palasi asioihin myöhemmin. Kohtuunmukaisuus oli siis jonkinlaista yleisten sääntöjen ja suunnitelmien soveltamista ottamalla huomioon tilannetekijät.

Edellä olleet esimerkit osoittivat hyvin, miten terapeutit tiedostivat ja toimivat annettujen ohjeiden mukaan, mutta myös sen, että käytännössä he käyttivät omaa arvostelukykyään sekä harkintaansa ja tekivät soveltavia ratkaisuja tilanteen vaatimalla tavalla. Kohtuunmukaisuus edellytti terapeutilta herkkyyttä aistia ja tunnistaa ne tilanteet, joissa oli viisaampaa poiketa annetuista yleisistä ohjeista tai alkuperäisistä suunnitelmista ja käyttää omaa tilannekohtaista harkintaa sopuisan ratkaisun löytämiseksi.

Terapiassa lapset harjoittelevat muun muassa käyttäytymisen säätelyä ja motorisesti heille vaikeita asioita (33ESL). Varsinkin, jos lapsella oli paljon pulmia käyttäytymisessä, niin hän matki helposti aikuisen käytöstä. Käyttäytymisvaikeudet ja primitiiviset reaktiot saattoivat provosoida, jos lapsella oli primääristi vaikeaa kestää epäonnistumista. Tilanteen selvittäminen saattoi tarjota lapselle mallin kohtuunmukaisuudesta. Välttämättä ei tarvitse mennä tunteiden ääriilaitaan, ja toisaalta, jos tunteenpurkaus tuli, niin sekin voitiin hyväksyä. Kohtuunmukaisuus oli toisen hermostumisen, vihaisuuden ja muiden tunnetilojen hyväksymistä. Kun lapsi tuli kuulluksi, niin silloin toteutui myös oikeudenmukaisuus suhteessa lapseen. Terapiatilanne oli lapselle turvallinen paikka harjoitella tunteiden ilmaisua ja kohtuunmukaisuutta.

Terapeutin (33ESL) mukaan myös aikuinen ja terapeutti saattoivat olla väärässä tai epäonnistua, jolloin tärkeä kysymys olikin, millaiset taidot terapeutilla oli kohtuunmukaisuuteen. Miten terapeutti reagoi lapsen reaktioihin? Arviointityöhön keskittynyt terapeutti oli kokenut lapsen kannalta hyväksi, kun tämä huomasi, että aikuinenkin saattoi tehdä virheitä ja myöntää ne. Toisaalta oli tärkeää, että aikuinen oli turvallinen ja lapsi saattoi luottaa siihen, että aikuinen kannatteli, niin että asioista selvittiin. Silloin lapsi saattoi olla varma siitä, että aikuinen pystyi tekemään päätöksiä ja että tilanteet olivat turvallisia ja johdonmukaisia. Terapeutin mielestä ei voida olettaa, että lapsella olisi heti kykyä kohtuunmukaisuuteen, sen sijaan se voi olla terapian tavoitteena. Terapiassa lapsi käsitteli heikkoja ja vahvoja puoliaan ja harjoitteli niiden hyväksymistä. Terapeutin mielestä silloin oli kohtuunmukaista asettaa motoriset tavoitteet taustalle ja vastata niihin vuorovaikutuksellisiin tarpeisiin, joita lapsi siinä tilanteessa osoitti.

Terapeutin (32YL) mielestä kohtuunmukaisuuteen ja armeliaisuuteen liittyi se, että toimija hyväksyi toisen ihmisenä heikkoine ja vahvoine puolineen, mutta pystyi hyväksymään ne myös itsessään. Valmiudet nousivat pintaan tiettyssä iässä, ja oman erilaisuuden käsittely riippui myös kognitiivisista taidoista. Terapeutit auttoivat lapsia huomaamaan edistymistä ja olemaan kohtuunmukaisia itseään kohtaan esimerkiksi kysymysten avulla: *”Muistatko, kun tätä asiaa tehtiin joulukuussa,*

silloin se ei vielä onnistunut?"; "Sinä harjoittelit ja huomaatko, että nyt, kun teet sitä, niin sinä osaat!" On hyvä, että lapsi tietää, mitä hän osaa ja mitä hän ei osaa: *"Sitten kun olet tämän yhden asian oppinut, niin tämä toinen on semmoinen asia, mitä vielä harjoittelet."* Toisaalta oli realismia, että lapsi oppi hyväksymään, että hän ei voi osata kaikkea. Terapiassa lapsella oli lupa tehdä virheitä ja tehdä asioita omalla tavallaan eikä terapeutti odota häneltä täydellistä onnistumista.

Vaikka terapeutti (33ESL) tietoisesti yrittääkin aina toimia mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla, niin valitettavasti hänen oma elämänsä ja arkensa vaikuttivat niissä tilanteissa. Ne vaikuttivat lapseenkin. Ne olivat sellaisia huomioitavia asioita, joissa terapeutti tarvitsi kohtuunmukaisuutta ja armollisuutta myös itseään kohtaan: *"Aina ei mene putkeen"*. Terapeutti tunnistikin, miten hänen oma tilanteensa vaikutti omien hyveiden käyttöön terapiatilanteissa. Tällaisia tekijöitä olivat esimerkiksi se, minkälaisessa fyysisessä tilassa hän oli, miten väsynyt tai virkeä ja minkälainen päivä oli takana ennen terapiaa. Miten hänen omat voimavaroinsa olivat käytettävissä tilanteessa?

Oman tilanteen huomioiminen liittyi ammatilliseen harkintaan (31ESL). Terapeutin piti huomata ja tiedostaa, että *"tänään on tällainen päivä"* tai *"tämä ei ole nyt minun päivänä"*. Sellaisena päivänä ei kannattanut yrittää mitään kovin ihmeellistä. Terapeuttien oli tehtävä ero myös omien lasten ja terapeutin työn välillä (31ESL). Omalle lapselle terapeutti voi sanoa: *"Tänään ei kannata. Nyt ei ole se päivä, koska olen niin väsynyt."* Terapialapselle ei selitellä omaa väsymystä, mutta terapialapselta voi pyytää anteeksi ja hänelle voi tunnustaa: *"Tein nyt väärin" tai "Mä en huomannutkaan."*

Joskus läheisillä on kohtuuttomia odotuksia, toiveita ja tavoitteita terapialle. Vanhemmat saattavat esimerkiksi odottaa, että toimintaterapian avulla heidän lapsestaan kehittyä normaali koululainen ja ylioppilas (31ESL). Terapeutti (33ESL) piti kohtuunmukaisuutena sitä, että kohtuuttomatkin odotukset ja tarpeet tulivat kohdatuksi. Vanhemmille kohtuunmukaisuus oli sitä, että he pystyivät hyväksymään sen, että tämä tavoite tässä tilanteessa ei ole tarkoituksenmukainen, että terapiassa piti tehdä ensin jokin toinen asia. Kohtuunmukaisuus oli siis molemminpuolista vastaantulemistä.

Yllä olevat esimerkit ja terapeuttien pohdinnat osoittivat yhdessä mielestäni hyvin, miten kohtuunmukaisuus, samoin kuin myös muut hyveet, olivat taipumuksia tai luonteenpiirteitä, jotka kehittyivät pikkuhiljaa tottumuksen ja harjaantumisen kautta. Kohtuunmukaisuus liittyi vahvasti tekemiseen ja tilanteen edellyttämään välittömään suunnitelmaan tai ennalta määrättyjen sääntöjen tai ohjeiden soveltamiseen. Ne vaativat terapeutilta herkkyyttä ja tilannetajua, minkä takia hänen oma tilanteensa vaikutti aina siihen, miten hyvin hän pystyi reagoimaan. Terapeuteilta vaati taitoa tunnistaa, missä tilanteessa pitää joustaa ja toteuttaa kohtuunmukaisuutta ja missä tilanteessa täytyy toimia johdonmukaisesti, oikeudenmukaisuutta

noudattaen ja ennalta sovitun suunnitelman mukaan. Yhdelle lapselle voi olla hyvä saada kokemuksia siitä, että aikuisetkin erehtyivät, kun taas toiselle lapselle piti olla ensin ehdottaman johdonmukainen, ennen kuin saattoi olla kohtuunmukainen.

8.4 Vastavuoroisen yhteistoimijuuden merkitys

Terapiasuhtessa yhteistoimijuus rakentui kolmesta päätekijästä, jotka ovat *epäsymmetrinen toimijuus, loukkaamattomuuden kunnioittaminen ja luottamus sekä vastavuoroisuuden hyveet*. Koska yhteistoimintaprosessi ja toimintakontekstin tuottamien reunaehtojen merkitys aktivoituivat ja välittyivät toimijoiden kokemuksen ja harjinnan kautta ja koska organisaatioiden toimintakulttuurit eivät vielä rakentuneet yhteistoiminnalle, vaikutti mikrotasolla toteutuva vastavuoroinen toimijuus tärkeimmältä yhteistoimintaa mahdollistavalta tekijältä epäsymmetrisissä suhteissa.

Tämän tutkimuksen perusteella terapeutin yhteistoiminnan päätoimijoina olivat asiakas (käsittäen myös läheiset) sekä terapeutti. **Toimijoiden** yksilölliset piirteet, kuten *voimavarat* sekä *yhteistoimintahalukkuus ja -valmiudet*, saattoivat sekä mahdollistaa että myös estää yhteistoiminnan vaiheiden toteutumista. Aiempien tutkimusten mukaan *asiakkaan kognitiiviset taidot, kyky osallistua aktiivisesti, oireet, pelot, voimavarat sekä riippuvuus palvelujärjestelmästä* vaikuttavat terapian suuntaan sekä yhteistoiminnan käynnistymiseen ja etenemiseen (Kjellberg et al. 2012; McCloughen et al. 2011; Sumsion & Lencucha 2007; San Martin-Rodriguez et al. 2005). Nämä tekijät nousivat esiin myös edellä kuvatuissa tuloksissa. Yhteistoimijuudessa tarvitaan *kykyä jakaa tarkkaavaisuutta sekä kykyä jakaa toisen kanssa huomiota sekä asenteita*, mikä edellyttää toimijalta *itsereflektiokykyä* (Roessler 2005: 253–258). Epäsymmetrisissä suhteissa esille nousivat erityisesti asiakkaan *kommunikaatiokyky sekä valmiudet, halu ja voimavarat toimia yhteistoiminnassa*.

Terapeutit joutuivat etenkin suhteen alussa tekemään paljon työtä vastavuoroisen terapiasuhteen rakentamiseksi. Sekä tämän aineiston että aiempien tutkimusten perusteella toimintaterapeuteilla oli yhteistoiminnan suhteen kaksi tehtävää. Ensinnäkin heidän on *huolehdittava yhteistoiminnan mahdollistamisesta*. Toiseksi heidän on *huolehdittava asiakkaan yhteistoimintamahdollisuuksien edistämisestä ja yhteistoimintavalmiuksien vahvistamisesta, jotta asiakas voisi toimia yhteistoiminnassa muiden ihmisten kanssa*. Ensimmäinen mainittu oli tämän tutkimuksen kohteena. Sen rinnalle kirkastui tämän tutkimuksen aikana edellä esitetty terapeutin toinen tehtävä eli yhteistoiminnan fasilitointi. *Erityisesti toiminnan tieteen tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota terapeuttien tehtävään yhteistoiminnan fasilitoijana asiakkaiden läheissuhteissa*. (Poskey et al. 2013; Martin et al. 2011; Ludwig et al. 2007; Orban et al. 2012; Olson 2006a; Pizur-Barnekov & Erickson; 2011 Price & Miner 2009b). Tutkimukset ovat osoittaneet, että yhteistoiminnan fasilitoinnissa onnistuminen

edellyttää, että terapeutti ymmärtää yhteistoiminnan ilmiöitä ja merkitystä myös asiakkaan muissa ihmissuhteissa.

Aiemmissa tutkimuksissa ja tässä tutkimuksessa erityisesti lasten kanssa työskentelevät toimintaterapeutit antoivat esimerkkejä siitä, miten yhteistoiminnan fasilitointi edellytti terapeutilta toimimista monialaisesti sekä asiakkaan ja hänen läheistensä että myös muiden ammattilaisten kanssa (Mahoney & Roberts 2009; Olson 2006a ja 2006b; Pizur-Barnekov & Erickson 2011; Price & Miner 2009a). Perhe- ja ryhmätilanteissa terapeutit pyrkivät rakentamaan yhteistoiminnalle otollista, avointa ja toista ihmistä kunnioittavaa ilmapiiriä, joka aiemmissa tutkimuksissa (muun muassa Olson 2006b) konkretisoitui siten, että terapeutti avusti vanhempi–nuori-suhteessa, toiminnan valinnassa, suunnittelussa ja aloittamisessa. Hän oli käytettävissä ja auttoi perhettä etenemään askel askeleelta. Ryhmätilanteissa terapeutti fasilitoi vanhempien ja nuorten välistä keskustelua, muotoili jäsenten välistä kunnioitusta, oikeuksia ja yksilöllisyyttä ja opetti aktiivista kuuntelua ja ongelman ratkaisua. Terapeutti lisäsi vanhempien ja nuorten tietoisuutta toistensa verbaalisista ja ei-verbaalisista viesteistä sekä fokusoiti ryhmän jäseniä heidän rooleihinsa vanhempina ja jälkeläisinä.

Tässä tutkimuksessa asiakkaan tilannetta koskevan realistisen tiedon keräämisessä toimintaterapeutit hyödynsivät erilaisia menetelmiä (haastattelua, toimintakyvyn arviointimenetelmiä, havainnointia sekä toiminnan analyysia), joiden käyttö edellytti yleensä tarkkaa proseduurin noudattamista tulosten vertailtavuuden ja oikeanlaisten johtopäätösten mahdollistamiseksi. Näissä tilanteissa rutiiniasiantuntija toimi tarkasti, menetelmässä määritetyn proseduurien mukaan, ja etsi tapauksesta samankaltaisuuksia aiemmin kohtaamiensa tapausten kanssa. Sen pohjalta hän ratkaisi, mitä kussakin tapauksessa kannatti tehdä tai mitä voitiin valita. Näin saavutettiin esimerkiksi toimintaterapian vaikutusten arvioinnin kannalta merkityksellistä tietoa, mutta asiakkaan tapausta koskeva, tärkeä yksilöllinen tieto saattoi jäädä pimentoon. Terapeutit kuvailivat monipuolisesti tiedon keräämisen taitojaan ja etenemistään asiakkaan tahdissa sekä tämän yksilöllisessä tärkeysjärjestyksessä, mikä vaati terapeutilta vahvan rutiiniasiantuntijuuden rinnalle *adaptiivista asiantuntijuutta* (vrt. Hakkarainen & Paavola 2006: 217–219).

Tiedonkeruutilanteissa adaptiivisesti toimivilla toimintaterapeuteilla oli mielessään käsitys siitä, mistä asioista hänen piti keskustella. Vaikka juoni eteni vapaa-muotoisesti, terapeutti huolehti, että olennaiset asiat otettiin puheeksi ja että keskustelussa oli tilaa asiakkaalle tärkeiden asioiden esiin ottamiseen. Se edellytti terapeutilta ilmapiiriä vapauttavaa arkikeskustelun taitoa ja tilan tekemistä myös yhteiselle päätöksenteolle. Erityisesti julkisella sektorilla sairaala- tai laitospäristöissä terapeuttien oli työskenneltävä tietoisesti purkaakseen toimintaympäristöstä johtuvaa epätasa-arvoista suhdetta asiakkaaseen. Adaptiivinen terapeutti tunsi kokemuksensa kautta tapausten samankaltaisuudet, mutta niihin keskitty-

misen sijaan hän pyrki etsimään samankaltaisista tapauksista yksittäisen asiakkaan tilanteeseen liittyviä erityispiirteitä, joiden avulla hän kykenisi auttamaan asiakasta juuri tämän yksilöllisessä tilanteessaan. (Vrt. emt.) Siten adaptiivisella terapeutilla piti olla valmiudet poiketa annetusta proseduureista ja halu edetä yksilöllisesti asiakkaan tahdissa ja järjestyksessä. Tällöin terapeutilla oli myös paremmat valmiudet toimia asiakkaan kanssa yhteistoiminnassa kuin pelkkiin valmiisiin proseduureihin toimintansa perustavalla rutiiniasiantuntijalla.

Asiakkaan rinnalla kuntoutustilanteissa olivat yhä useammin myös hänen *läheisensä*, joiden näkökulmat asiakkaan tilanteeseen saattoivat olla erilaisia kuin asiakkaan tai terapeutin (ks. myös Klein & Liu 2010). *Läheisten tarjoama tuki asiakkaalle* tunnistettiin kuntoutuksen onnistumisen kannalta avaintekijäksi. Läheisiä tarvittiin mukaan terapatilanteisiin muun muassa siksi, että he osaisivat tukea asiakkaan kuntoutumista. Läheisten ja muiden asiantuntijoiden osallistuminen yhtäältä *rikasti*, mutta toisaalta jo pelkkä osallistujien lukumäärän lisääntyminen *myös vaikeutti* yhteistoiminnan käynnistymistä ja toteutumista. Toisaalta tässä tutkimuksessa ja aiemmissa tutkimuksissa oli ilmennyt, että läheiset saattoivat käyttää ikääntyneitä asiakkaita hyväkseen ja läheisilläkin saattoi olla kognitiivisia ongelmia tai omia pyrkimyksiään, jotka saattoivat haitata yhteistoiminnan toteutumista ja haluttujen muutosten aikaansaantia (emt.). Näistä syistä johtuen yhteistoiminta läheisten kanssa asetti lisävaatimuksia terapeutin yhteistoiminnan edistämisen taidoille.

Loukkaamattomuuden kunnioittaminen ja vastavuoroisuuden säätelytarpeet ja -keinot tulivat esille etenkin suhteen alussa, jolloin toimijat eivät vielä tunteet toisiaan ja luottaneet toisiinsa. Varsinkin sairaala- ja laitososuhteissa ihmiset saattoivat joutua autonomian loukkausten kohteeksi (Teeri et al. 2007; Topo et al. 2007) ja epäoikeudenmukaisen kohtelun pelko saattoi aiheuttaa myös uuden suhteen alussa pyrkimyksen suojella omaa autonomiaa tavallista vahvemmin. Autonomian loukkaukset häyttivät tai jopa estivät vastavuoroisen yhteistoiminnan toteutumisen ja saattoivat aiheuttaa koko terapiasuhteen katkeamisen. Autonomian loukkauksen pelko saattoi olla molemminpuolista. Se tuli esiin esimerkiksi roolien vaihtelun välttelyä, kun asiantuntijaksi koulutautunut toimintaterapeutti ei pystynyt vaihtamaan keskustelulajia tavalliseen arkikeskusteluun tai joustamaan menetelmän edellyttämästä proseduurista tilanteen niin vaatiessa. Asiakkaalla tai hänen läheisilläänkään ei aina ollut halua tai voimavaroja vaihtaa turvalliseksi koettua roolia esimerkiksi passiivisesta avun tarvitsijasta aktiiviseksi asiantuntijaksi, sillä se olisi saattanut pakottaa katsomaan omaan elämään liittyviä, kipeitä asioita uudella tavalla tai kohtaamaan oman elämän realiteetit, joita ei edes itse halunnut nähdä, saati näyttää muille.

Asiakas saattoi jo pelkän integriteetin menetyksen pelon takia katkaista toimijoiden välisen yhteyden esimerkiksi ummistamalla silmänsä, lopettamalla puhumisen tai kääntymällä pois terapeutista. Asiakas saattoi jättää saapumatta, lähteä

huoneesta tai karata tilanteesta tai laitoksesta. Toimijoiden välisen yhteyden katkaisu on terapeuttien arkea, ja se jättää heille aina ikävän tunteen.

Aiempien tutkimusten mukaan yhteistoimintaan tarvitaan sellaisia ihmisiä, joilla on *halu ja valmiudet kumppanuustoimintaan ja läheisessä yhteydessä olemiseen* (Sumsion & Lencucha 2007) sekä *kyky tarkastella ja keskustella asioista erilaisista näkökulmista käsin siten, että keskustelussa syntyy sekä yhteisiä että eriäviä visioita* (San Martin-Rodriguez et al. 2005; Brown et al. 2006). Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että asiakkaiden aiemmat loukatuksi tulemisen kokemukset saattoivat luoda epäluottamusta ja synnyttää haluttomuutta yhteistoimintaan. Sen takia vastavuoroisen suhteen rakentamiseen tarvittiin huomattavan paljon yhdessä olemista ja tekemistä, eikä siinä siltikään aina päästy yhteistoiminnan tasolle.

Vastavuoroisuuden hyveet suuntasivat osallistujia yhteistoiminnan prosessien eri vaiheissa rakentaen yhteistoimintaa ja vahvistaen yhteistoimijuutta. Luottamus toisen hyveellisyyteen kehittyi vähitellen toimijoiden vuorovaikutuskokemusten ja niiden reflektoinnin kautta ja vahvistui vähitellen vuorovaikutuksessa saatujen, hyvien kokemusten kautta. Yhteistoiminnassa tarvitaan välttämättä kolme vastavuoroisuuden hyvettä: hyvän tahtomista toiselle, oikeudenmukaisuutta ja kohtuunmukaisuutta. Ne toimivat luottamukseen perustuvana siltana yhteistoimijuuden ja yhteistoiminnan toteutuksen välillä. *Hyvän tahtominen toiselle* koettiin terapiasuhteessa onnistumisen avaintekijäksi ylipäätään, mutta erityisesti suhteen alussa rakennettaessa vastavuoroista suhdetta.

Oikeudenmukaisuutta tarvittiin välttämättä keskustelevan harkinnan aikana, jotta kaikki olennainen tieto kaikilta asianosaisilta tulisi tarkoituksenmukaisesti huomioiduksi ja arvioinnit perustuisivat oikeudenmukaisesti parhaan mahdollisen vaihtoehdon valitsemiseen. Oikeudenmukaisuuskysymykset tulivat esiin arviointi- ja tiedonkeruutilanteissa sekä suunnitelmia, valintoja ja päätöksiä harkittaessa. Terapeuttisen yhteistoiminnan yhteydessä terapeutit viittasivat oikeudenmukaisuudella mieluummin tarkoituksenmukaisuuteen kuin esimerkiksi tasapuoliseen palveluiden jakamiseen, sillä heidän mielestään oli ensisijaisempaa huomioida asiakkaan yksilölliset tarpeet kuin noudattaa yleisiä ohjeita. Käytännössä oikeudenmukaisuuden hyve konkretisoitui terapeuttien arviointikykyä, rohkeutena ja haluna tehdä yksilöllisiä ratkaisuja ja soveltaa yleisiä periaatteita kuntoutujan yksilöllisen tilanteen. Oikeudenmukaisuus ilmenee muun muassa terapeuttien pyrkimyksenä minimoida tunteidensa vaikutus harkinnassa, vaikka he tunnistavatkin, että ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa se ei ole koskaan täysin mahdollista. Etenkin yksityisellä sektorilla oikeudenmukaisuutta odotetaan myös asiakkaalta.

Kohtuunmukaisuutta tarvittiin jatkuvasti konkreettisiin muutoksiin tähtäävässä toiminnassa kannattelemaan käytännöllisen elämän sattumanvaraisuuden sekä inhimillisistä virheistä, heikkouksista ja puutteista johtuvien tilanteiden yli. Kohtuunmukaisuus tarkoitti terapeuteille arkikielessä usein joustamista ja anteeksi-

antamista eli jonkinlaista reilun pelin henkeä. Terapeuttisessa yhteistoiminnassa kohtuunmukainen terapeutti seurasi koko ajan tarkasti asiakkaan toimintaa, teki ehdotuksia vaihtoehtoisista toimintatavoista ja etsi tarvittaessa toiminnan toteutukselle sovellutusmahdollisuuksia. Sen ansiosta korjattiin ja sovellettiin tehtyjä suunnitelmia, jos siihen oli tarvetta. Kohtuunmukaisuus ilmeni harkintaherkkyytenä ja soveltamisvalmiutena yhteistoiminnan prosessien kaikissa vaiheissa, mutta erityisesti muutoksen toteutuksen aikana konkreettisissa toimintatilanteissa. Esimerkiksi, kun päiväkodissa ei ollutkaan suunnitelman mukainen tila käytettävissä, piti tilanteen ehdot harkita uudelleen ja toteutussuunnitelmaa muuttaa nopeasti olosuhteiden vaatimalla tavalla. Terapiasuhteen alussa kohtuunmukaisuus ilmeni myös terapeutin periksiantamattomuutena muun muassa siinä, että hän lähestyi yhä uudelleen asiakasta, vaikka hänen vuorovaikutusaloitteensa olivat tulleet esitettyksi tai niihin ei ollut vastattu. Keskustelevassa harkinnassa kohtuunmukaisuus tuli esiin muun muassa kärsivällisyytenä ja herkkyytenä kuulla toisen hitaastikin muodostuvia ilmaisuja sekä erilaisten käsitysten huomioonottamista.

Osa terapeuteista koki, että toimintaterapian asiakkaaseen liittyvät tekijät voivat vaihdella niin paljon, että kaikkien asiakkaiden kanssa ei voida toimia yhteistoiminnassa. Vaikka väite tuntuu ensi kuulemalta järkevältä ja perustellulta, on se ristiriidassa aiemmin luvussa 2 esitetyn Meyerin (Leighton 1952) ajattelun kanssa. Meyerin käsityksen mukaan terapeutin on kyettävä toimimaan asiakkaan kanssa yhteistoiminnassa riippumatta siitä, millaiset valmiudet asiakkaalla on. Näiden erilaisten käsitysten ytimessä on mielestäni kyse herkkyydestä olla suhteessa toisen ihmisen kanssa silloin, kun toimijoiden kyvykkyyden välillä on suuret erot. Asiakkaan kyvykkyyden rajallisuus edellyttää terapeutilta tavallista suurempaa uurastusta muun muassa toimivien kommunikaatiokanavien löytämiseksi, oikeankokoisten valintojen mahdollistamiseksi, sekä lujaa pyrkimystä kuulla asiakkaan tahtoa.

9. Yhteistoimintaprosessit

Yhteistoiminta paljastui terapeuttien kanssa käytyjen keskustelujen tuloksena prosessiksi, jossa on kolme päävaihetta: vastavuoroisen suhteen rakentaminen, keskusteleminen harkinta ja muutoksen toteutus. Tulosten perusteella näyttää siltä, että vastavuoroisen suhteen rakentaminen tarvitaan aina yhteistoiminnassa riippumatta siitä, tähdätäänkö yhteistoiminnalla tiedon ja ymmärryksen tuottamiseen keskustelemaan harkinnan avulla vai konkreettiseen asiointilöjen muutokseen. Muutoksen toteutus voidaan tietysti tehdä myös muulla tavoin. Yhteistoiminnassa toteutuva muutoksen toteutus edellyttää sekä vastavuoroisen suhteen rakentamista että keskustelemaan harkinnan avulla tuotettua yhteistä ennakkointia. Seuraavissa kolmessa alaluvussa kuvataan aineistoesimerkkien avulla yhteistoiminnan toteutuksen vaiheet sekä sitä kuvaavat piirteet.

9.1 Vastavuoroisen suhteen rakentaminen

Alustavassa käsityksessä oli kaksi käsitettä, joiden erottaminen toisistaan tuntui terapeutteista vaikealta: toimijoiden välinen yhteys ja vuorovaikutus. Näitä käsitteitä koskevien keskustelujen pohjalta laaditut jäsenyykset ovat tämän luvun keskiössä, ja ne täydentävät ja tarkentavat monin tavoin aiempaa käsitystäni.

Terapeutin (57YL) mielestä erityisesti terapiasuhteen alku oli vuorovaikutuksen näkökulmasta mielenkiintoinen: siinä vanhemmat sanovat yhtä ja terapeutti sanoo toista, ja siitä lähdetään yhteiselle matkalle. Toisen terapeutin (710ESL) kokemuksen mukaan joidenkin perheiden kanssa löydettiin helposti yhteinen sävel, puhuttiin samaa kieltä, pystyttiin asettamaan yhteisiä tavoitteita ja olemaan samoilla linjoilla. Toisten kanssa yhteistyösuhteen rakentaminen kesti pidempään ja vaati työstämistä molemmilta osapuolilta. Se oli monin tavoin haasteellista ja vaati erityisesti terapiasuhteen alussa terapeuteilta paljon panostusta.

Terapeutit kokivat yleisesti, että vuorovaikutuksessa oli aina yksilöllisiä eroja, ja esimerkiksi lasten kanssa työskentelevä terapeutti (12YL) oli kokenut, että lapsilla on erilaisia sosiaalisia rajoja. Jotkut lapset vierastavat ja toiset ylittävät sosiaaliset rajat jopa nopeammin kuin terapeutti itse oli ajatellut. Jotkut lapset tulivat spontaanisti lähelle, ryhtyivät välittömästi vuorovaikutukseen, ja tilanteessa syntyi nopeasti luottamuksen ilmapiiri. Lapset kertoivat asioistaan, kyselivät ja juttelivat. Toisilla

lapsilla ongelmat olivat juuri vuorovaikutuksessa. He saattoivat olla pidättyväisiä koko terapiajakson ajan, eikä luottamuksellista ilmapiiriä syntynyt lainkaan.

Seuraavissa alaluvuissa olen jäsentänyt vastavuoroisen suhteen rakentamisen kolmen alavaiheen avulla, jotka ovat diadinen yhteys, jaettu tarkkaavaisuus ja trialoginen vastavuoroisuus. Diadinen yhteys perustuu kaksinapaiseen vuorovaikutukseen (dyadic interaction), joka voi tapahtua kosketuksen, puheen ja näön avulla. Sitä tarvitaan toiseen ihmiseen tutustumiseksi sekä luottamuksen rakentamiseksi toimijoiden välille. Jaetussa tarkkaavaisuudessa (joint attention, ks. esimerkiksi Eilan 2005) toimijat jakavat huomionsa toisen ihmisen rinnalla myös yhteiseen kohteeseen. Toimijoiden välinen yhteys muuttuu trialogiseksi vastavuoroisuudeksi, kun toimijat alkavat yhdessä muuttaa kohdetta jollakin tavalla. Kuvaan tarkemmin nämä vastavuoroisen suhteen rakentamisen vaiheet seuraavissa alaluvuissa.

Diadinen yhteys

Alustavan käsitykseni mukaan toimijoiden välinen yhteys syntyi kosketuksen, katseen, puheen tai yhteisen tekemisen kautta ja se oli terapeuttisen yhteistoiminnan kannalta välttämätön tekijä. Kaksinapainen vuorovaikutus edellytti toimijoiden välisen yhteyden lisäksi vuorovaikutusta eli vastavuoroista kommunikaatiota, joka perustui viestien lähettämiseen ja vastaanottamiseen sekä tunteiden jakamiseen esimerkiksi nauramalla (Harra 2005: 22–23). Terapeutit kokivat, että toimijoiden välinen yhteys syntyi kohtaamisen kanavien avulla, jolloin toimijat aistivat, tuntevat ja havaitsevat toistensa läsnäolon ja tulevat myös itse havaituksi tunteen, äänen, hymyn tai kosketuksen kautta.

Terapeutti (11ESL) kuvaili, miten lapset tavallisesti reagoivat toisen ihmisen tulemiseen: ”*Ai sä tulit*” tai sitten lapsi osoittaa esimerkiksi kääntymällä pois, ettei halua terapeuttia mukaan leikkiinsä. Poikkeuksena olivat lapset, joilla on autismia ja vuorovaikutus- ja kontaktihäiriöitä: yleensä he vain jatkoivat tekemistään eikä toimijoiden kohtaamista tapahtunut. Terapeutin toiminnassa korostui tällöin selvästi kohtaamisen keinojen etsintä. Se edellytti terapeutilta kaikkien aistien avoimuutta ja valppautta tunnistaa lasten tuottamat pienetkin reaktiot. Siksi terapeutti koki suureksi saavutukseksi, jos hän sai lapselta katseen tai tunteikkaamman ilmauksen, kuten hymyn tai naurun.

Alustavassa käsityksessä huomioni oli kiinnittynyt siihen, että terapiatilanteissa pidin koko ajan yllä kosketusyhteyttä asiakkaaseen. Tämä saattoi luonnollisesti johtua siitä, että asiakkaalla oli afasia, minkä takia en voinut täysin luottaa keskinäiseen puhekommunikaatioomme, ja sen lisäksi hänellä oli oikean puolen huomioimattomuutta, minkä takia halusin vahvistaa oikealta puolelta tulevaa aistimusvirtaa. Toiminnan aikana esimerkiksi asetuin seisomaan hänen oikealle puolelleen siten, että vartalomme olivat kiinni toisissaan, ohjasin hänen halvaantuneen kätensä liikkeitä ja avustin välineiden kiinnipitämisessä ja käytössä. Taukojenkin

aikana pidin kättäni kuntoutuksen olalla. Kehollisen yhteyden avulla saatoin tunnista asiakkaan lihasten jännitteiden vaihtelut, joten aistimusvirtaus oli kahdensuuntainen. Ajattelin myös, että kosketukseni laajentaa asiakkaan kokemusta fyysisestä olemassaolostaan, minkä takia halusin tuottaa hänelle nimenomaan oikealta puolelta tulevaa aistiärsytystä. Laaja-alaisen kosketusyhteyden olemassaolo ja etukäteen läpikäyty toimintasuunnitelma mahdollistivat sen, että saatoin minimoida sanallisen ohjauksen, mikä todennäköisesti auttoi meitä molempia keskittymään fyysiseen aistivirtaan toiminnan aikana. Puheen sijaan saatoimme keskittyä tekemiseen ja sen aistimiseen. (Harra 2005: 6–24.)

Kosketusyhteyden merkitys tunnistettiin myös tässä uudessa aineistossa: kuntoutuslaitoksessa työskentelevä terapeutti (25YKLA) tunnisti samoin ylläpitävänsä kosketusyhteyttä neurologisiin asiakkaisiin, ja toisetkin terapeutit (13ESL, 11ESL, 24TKL, 33ESL, 46TKA) kertoivat fyysisen yhteyden ja kosketuksen merkityksestä muun muassa turvallisuuden tunteeseen vaikuttavana tekijänä.

Fyysisestä kosketusyhteydestä kertoi esimerkki lapsista, joilla on autistisia oireita. Terapeutin (13ESL) kokemuksen mukaan lapsi saattoi tulla peruuttamalla terapeutin syliin, olla sylissä hetken ja lähteä pois. Lapsi hakeutui oma-aloitteisesti syliin, mutta ei henkisesti tai sosiaalisesti kaivannut toisen seuraa tai vuorovaikutusta. Terapeutti tunsu ja tiesi koko ajan, että lapselle oli tärkeää tunkea fyysinen läsnäolo, mutta ei se, kuka tuo toinen oli. Esimerkiksi kun terapeutti oli palannut osastolle lapsen kanssa, niin lapsi saattoi äidin sijaan mennä jonkun muunkin syliin. Autistisille lapsille tuntui olevan tärkeämpää fyysinen kosketus kuin psyykinen tai sosiaalinen yhteys toiseen.

Kosketuksen hetket voivat tapahtua yllättäen ja hämmästyttäen. Terapeutin (11ESL) mukaan autistisen lapsen kosketushetket saattoivat liittyä esimerkiksi harmistumiseen, jolloin hän saattoi tulla terapeutin syliin, ottaa kaulasta kiinni ja painaa päänsä terapeutin rintaan. Terapeutti saattoi silittää häntä, mutta tällöinkin lapsi ei ottanut katsekontaktia terapeuttiin. Terapeutti pohti, että kosketusyhteyden hakeutumiseen saattoi liittyä turvallisuuden tunteen vahvistamista, mutta silti yhteydestä puuttui sosiaalinen aspekti ja tunnereaktioiden ilmaisu.

Terapeutin (11ESL) mielestä nämä tilanteet eivät sisältäneet jakamista eivätkä nämä lapset halunneet olla toisen ihmisen kanssa yhteydessä muulla tavalla. Terapeutti kuvaili näitä tilanteita lapsen ”akunlataus- tai tankkaushetkiksi”, joissa lapsi laittoi ikään kuin hetkeksi töpselin seinään. Terapeutti toivoi näissä tilanteissa, että lapsi reagoisi kosketukseen jollakin tavalla. Terapeutti (13ESL) kokeili erilaisia keinoja: rutistamista, voimakasta halaamista, hartioista painamista tai kärsistä roikottamista saadakseen lapselta edes jonkinlaisen reaktion. Terapeutti oli huomannut, että joillakin lapsilla syväkosketus- ja asentotuntoaistimukset saattoivat olla väylä vuorovaikutuksen heräämiseen. Lapsi, jolla oli autismia, saattoi havahtua voimakkaasta koskettelusta ja osoittaa mielihyvää vastaamalla kosketteluun

jopa hymyllä. Sellaiset hetket loivat terapeutille luottamusta edistymiseen. Sen jälkeen oli parempi jatkaa eteenpäin ja tekeminen oli erilaista. Sen jälkeen terapeutti saattoi käyttää esimerkiksi käsistä roikottelua merkinä onnistuneesta tehtävästä. Yhteistoiminnan kannalta yhteinen väylä tarkoitti terapeutille vastavuoroisuuden kanavan syntymistä, jonka seurauksena lapsi oppi vähitellen itse ojentamaan terapeutille kädet: ”*Tehdään se uudestaan.*”

Kosketusyhteys perustui toisen ihmisen fyysiseen lähellä oloon, saman ilman hengittämiseen ja kosketukseen. Jos omassa terapiasuhteessani ei ollut kosketusyhteyttä, korostui katseen merkitys yhteyttä ylläpitävänä tekijänä. Tässä aineistossa terapeuttien huomio keskittyi lähinnä kosketuksen korvaamiseen puhumalla. Terapeutit kiinnittivät huomiota erityisesti asiakkaan kuunteluun, kuulluksi tulemiseen ja puheen ymmärtämiseen. Ne koettiin tärkeiksi tekijöiksi toiseen ihmiseen tutustumisessa ja sosiaalisen yhteyden rakentamisessa. Tutustuminen ja sosiaalinen yhteys edellyttivät yhdessäoloa, yhdessä tekemistä ja keskustelua. Tämä osoittaa, että toimijoiden välinen yhteys saattoi syntyä monella tapaa, eikä kaikkia aistikanavia välttämättä tarvittu yhteistoiminnan synnyttämiseen, sillä yhteen kanaan liittyviä ongelmia voitiin korvata käyttämällä muita kanavia ja yhdenkin yhteyskanavan löytäminen voi johtaa vuorovaikutukseen ja sitä kautta terapeutin yhteistoiminnan syntyyn.

Edellisten esimerkkien pohjalta voidaan ajatella, että esimerkiksi kosketusyhteydellä oli toimijoiden välisen suhteen kannalta ainakin neljä merkitystä. Ensinnäkin *sen avulla voidaan aistia* ja tuntea oman kehon lisäksi myös toisen keho ja luoda fyysinen yhteys toisiin ihmisiin. Toiseksi sen avulla *voidaan vaikuttaa* toiseen ihmiseen: ohjata toisen ihmisen liikkeitä ja vaikuttaa hänen tekemiseensä. Kolmanneksi kosketus *tuottaa tunteita*. Terapiatilanteissa sitä voidaan käyttää tietoisesti esimerkiksi mielihyvän ja turvallisuuden tunteiden tuottamiseen. Neljänneksi fyysisen kohtaamisen tuottama mielihyvän tunne *voi avata uusia kohtaamisen väyliä*, kuten katseen avulla tunnistettavan hymyn. Yhteys vuorovaikutukseen tulee näissä esimerkeissä esiin vain mielihyvän tuottamisen ja tuntemisen kautta, mutta huomioitava on, että toista voidaan koskettaa monella tapaa, myös aggressiivisesti tai vihamielisesti. Kosketus voi aiheuttaa myös pelkoa ja ahdistusta. Kosketukset myös aistitaan eri tavoin, eivätkä kaikki ihmiset siedä kosketusyhteyttä.

Nämä tulokset täydensivät aiempaa käsitystäni. Alustavan käsitykseni esimerkit tarkastelivat lähinnä terapeutin ylläpitämää kosketusyhteyttä, kun taas uudet esimerkit nostivat esiin asiakkaan aloitteesta tapahtuvan yhteyteen hakeutumisen. Mielenkiintoista oli, että lapsen fyysiseen kontaktiin hakeutuminen ei kuitenkaan välttämättä sisällä pyrkimystä vastavuoroisuuteen eikä se sisällä siihen tähtääviä aloitteita, kuten terapeuteilla. Lapsi toimii sisäisten impulssien ohjaamana ja kiinnittämättä huomiota siihen, miten toiset reagoivat hänen toimintaansa.

Autistisen lapsen hakeutuminen kosketusyhteyteen toisen ihmisen kanssa on erityisen mielenkiintoinen, sillä vaikka terapeutti kokee, etteivät lapset pyri vuorovaikutukseen, kosketus on itsessään aina vastavuoroinen: siinä koskettaja tulee aina myös kosketetuksi (vrt. Merleau-Ponty 1989). Näin ollen lapsen ja terapeutin fyysinen vastavuoraisuus voi auttaa lasta kohtaamaan itsensä hyvin paradoksaalisella tavalla: olemalla kosketuksessa toisen kanssa lapsi voi kokea syvimmin itsensä (vrt. Parviainen 1998: 176–178). Näin ollen lapsen fyysinen vastavuoraisuuden tuottama kokemus voi olla väylä myös itsereflektiivisen ajattelun kehittymiselle, jota pidetään tärkeänä tekijänä jaetun tarkkaavaisuuden syntymiselle (vrt. Hobson 2005: 195; Roessler 2005: 237–238).

Esimerkkien perusteella näyttää siltä, että kosketusyhteyden merkitys korostuu silloin, kun ollaan tekemisissä ihmisten kanssa, joilla on vuorovaikutuksen, kommunikaation, kehon hallinnan tai havainnoinnin ja hahmotuksen ongelmia. Vaikka kosketusyhteys ei heti avaisikaan uusia vuorovaikutuskanavia, niin se voi avata väylän itsereflektiolle. Tulosten perusteella terapeutin yhteistoiminnan kannalta kosketusyhteys ei ole välttämättömyys, jos muita kanavia on käytettävissä. Tämä oletus mahdollistaa yhteistoiminnan toteutumisen myös välinevälittyneissä etäsuhteissa.

Alustavan käsitykseni mukaan *katse- ja puheyhteyden* merkitys vahvistui silloin, kun kosketusyhteys heikkeni, esimerkiksi kun toimijat olivat kasvokkain tai muutoin etäämpänä toisistaan. Katseen merkitys korostui etenkin asiakkaan toiminnan havainnoinnin aikana. Katse ja puhe myös vuorottelivat: koska asiakkaani pystyi ilmaisemaan itseään vain muutamalla sanalla, hain toistuvasti katseella hänen hyväksyntäänsä ehdotuksilleni. Kuntoutuja osoitti ilmeillään ja eleillään myös oma-aloitteisesti toiminnassa mukanaoloa sekä mielipidettään, joten minun oli myös sen tähden seurattava aktiivisesti hänen kasvojaan. Hymy näytti ilmaisevan usein yhteisymmärrystä ja tyytyväisyyttä. Asiakkaani ilmaisi katseellaan myös avunpyyntöä. Toisaalta oli paljon hetkiä, joissa käytettiin kaikkia kanavia yhtä aikaa. Esimerkiksi kun yhteisen tekemisen huomio oli kiinnittynyt käsiteltävien juuresten ja vihannesten läpikäyntiin ja nimeämiseen sanallisesti, saatoin samanaikaisesti rentouttaa hänen spastiseksi jännittyntä halvaantunutta yläraajaansa. (Harra 2005: 6–24.)

Vuorovaikutuskeinot ja -tavat ovat aina asiakaskohtaista, ja terapeutit (26TKA, 24TKL, 612YKLA) kokivat, että heidän pitäisi miettiä tietoisesti enemmän omaa kommunikaatiotaan ja lausepituuksiaan erityisesti sellaisten kuntoutujien kanssa, joilla on kielenkehityksen vaikeuksia, afasiaa, puheen ymmärtämisen vaikeutta tai lievää ja keskivaikeaa dementiaa. Esimerkiksi dementiaan sairastuneella ihmisellä on hyvin kapea kuulomuisti, ja hänelle pitäisi puhua mahdollisimman yksinkertaisesti ja sanoa vain yksi asia kerrallaan (26TKA). Sellaisten lasten kohdalla, joilla on autististyyppisiä tai aistisäätelyongelmia ja herkkyyttä, terapeutti joutui usein miettimään vuorovaikutustapojaan, esimerkiksi äänenkäyttöään ja selkeyttään

(24TKL). Joku tarvitsi selkeämpiä eleitä ja ilmeitä sekä voimakkaampaa palautetta. Joku toinen tarvitsi ilmaisuunsa runsaasti kannustusta ja rohkaisua. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon osastolla Aspergerin oireyhtymää sairastava lapsi oli taipuvainen kääntämään selkensä kuulijalle tai asettumaan kyljittäin suhteessa terapeuttiin, sillä hän pystyi sanomaan asiansa vain, jos katsekontakti oli suljettu pois (11ESL).

Oman ilmaisun rikkauden lisäksi terapeutilla täytyy olla valmiudet myös kuunnella. Terapeutti (611TKA) koki huomioivansa parhaiten kuntoutujaa silloin, kun hän pysähtyi, kohtasi toisen kiireettömästi ja paneutui aidosti potilaan asioihin. Sellaista hän itsessään arvosti, vaikka toisaalta tunnistikin, että lähtötilanteessa kuntoutuja ei välttämättä ennätä sanoa vielä mitään, kun hän jo johtaa terapiaa johonkin suuntaan.

Terapeutit (7713TKA, 59ESPA, 57YL) puhuivat yhteisen kielen löytämisen tärkeydestä. Yhteisellä kielellä he viittasivat pyrkimykseen ymmärtää potilasta. Esimerkiksi alkutilanteessa terapeutti saattoi luulla ymmärtävänsä asiakkaan eleitä ja ilmeitä, mutta ilmaisujen osuvuus perustuikin terapeutin omaan tulkintaan. Terapeutti tunnistikin tekevänsä tulkintoja jopa siinä määrin, että potilaan tavoitteet muodostuvat mieluummin terapeutin kuin potilaan itsensä näköisiksi. Se oli terapeutin mielestä vaarallista. Siksi hän piti yhteisen kielen ja vuorovaikutuksen löytämistä tärkeänä.

Jaettu tarkkaavaisuus

Alustavassa käsityksessäni oletin toimijoiden olevan diadisessa suhteessa. Terapeuttien kanssa käymäni keskustelu täydensi ja tarkensi alustavaa käsitystäni nostamalla esiin jakamisen halun ja jaetun tarkkaavaisuuden merkityksen yhteistoiminnan rakentamisessa. Keskustelu osoitti, että vastavuoroisen suhteen rakentamisessa tarvitaan triadista yhteyttä, joka mahdollistuu jaetun tarkkaavaisuuden avulla.

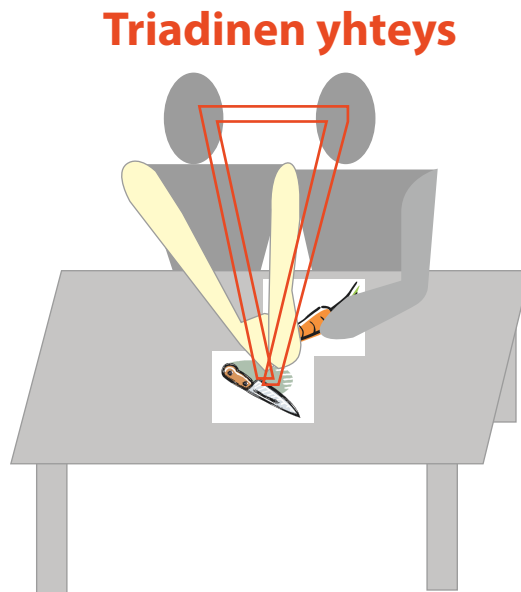
Jakamisessa on kyse siitä, että toimijat kiinnittävät huomionsa samaan, esimerkiksi lapsen osoittamaan ja lapselle tärkeään asiaan. Erityislapsella ei ole välttämättä kykyä tai halua jakamiseen, tai kukaan ei ole aiemmin välittänyt, ottanut kantaa tai huomannut lapsen jakamisaloitteita. Lapsilta, joilla on autismia, voi puuttua joko jakamisen tarve, tai he eivät osaa osoittaa sitä, jolloin he tulevat lähelle mutta ovat kuitenkin kaukana, kuten edellisessä pääluvussa kuvattiin. Vaikka vanhemmat välittäisivätkin lapsensa viesteistä, he eivät välttämättä huomanneet lapsen pieniä vuorovaikutusaloitteita. (11ESL, 13ESL.) Siksi toimintaterapeutit seurasivat erityisen tarkasti, jos tällaisia jakamisaloitteita tuli esiin.⁴¹

Autististen lasten kanssa työskentelevien terapeuttien (11ESL, 13ESL) mielestä vuorovaikutuksen syntymisen perusasia oli se, että toimija haluaa jakaa asioita

41. Roesslerin (2005) mukaan jakamisen haluun täytyy liittyä jonkinlainen itsereflektion kyky, jolloin havaitsija ensinnäkin tunnistaa itsensä havaitsijana ja toiseksi hän tunnistaa ympäristössään olevan asian itselleen tärkeäksi. Tämän käsityksen mukaan lapselle voi kehittyä jakamisen halu vasta, kun hänellä on itsereflektion kyky.

toisen ihmisen kanssa. ”Jo ihan pienikin lapsi haluaa, että aikuinen kommentoi hänen osoittamaansa asiaa. Sellaisella lapsella, jolla on vuorovaikutus- ja kontaktihäiriöitä, ei ole välttämättä tarvetta jakamiseen. Se voikin olla hänen primääri ongelmansa. Jos tällainen lapsi katsoo ja tuo terapeutille jotakin tai pyytää apua, niin se on iso askel erityislapsen vuorovaikutuksessa.” (13ESL.) Terapeutti kertoi myös, miten hän käytti esineitä eräänlaisina vihjeinä, joiden avulla hän yritti herätellä lapsen kiinnostusta. Kun terapeutti otti välineitä esille, niin suurimmalla osasta lapsista heräsi luonnostaan kiinnostus: ”Mitä noi on?”, ”Mitä noil tehdään?” Esineiden ja välineiden avulla toteutetut ärsykkeet olivat eräänlaisia uuden toiminnan aloitusehdotuksia, joiden avulla terapeutti vain katsoi, miten lapsi reagoi siihen.

Alustavassa käsityksessä olin kiinnittänyt huomiota siihen, miten esimerkiksi pöydän ääressä työskentely alkoi näkyä kolmiomaisen tilanteena (triadi), jonka kärjeksi muodostui käsien yhteistoiminnan toteutuspaikka. Kyseessä oli vihannesten leikkaustilanne, jossa avustin asiakasta pitämään oikealla kädellä kiinni veitsestä ja leikkaamaan aineksia nakkikeittoa varten (Harra 2005: 20).



Kuva 8. Jaetussa tarkkaavaisuudessa toimijat jakavat huomionsa toisiinsa ja yhteiseen kohteeseen.

Uuden aineiston analyysin kautta ymmärsin, että mieleeni jäänyt kuva ilmensi yhdessä tekemisen lisäksi jaetun tarkkaavaisuuden (joint attention) ilmiötä. Yksi terapeuteista (13ESL) nosti esiin jaetun tarkkaavaisuuden käsitteen, joka herätti runsaasti laajempaa keskustelua ilmiön merkityksestä myös muiden asiakkaiden

kanssa työskenneltäessä. Terapeutti (13ESL) kertoi joutuvansa tekemään paljon töitä ”jaetun tarkkaavaisuuden hetken” löytämiseksi kontakthäiriöisen lapsen kanssa. Itselleen tärkeän asian jakamiseen liittyi myös merkitysten jakaminen, minkä takia terapeutti koki, että jaetun tarkkaavaisuuden kokemuksen varaan pystyy rakentamaan paljon. Esimerkiksi

”...kun pieni lapsi näkee puussa linnun, hän osoittaa: ”iitu”, niin hän odottaa, että toinen katsoo sinne samaan suuntaan. Lapsi haluaa toisen huomion kiinnittyvän samaan asiaan. Tavallisesti aikuinen kiinnostuu ja katsoo lapsen osoittamaan suuntaan: ”Katoppas lintu on siellä.” Linnusta tulee heille yhteinen kohde, jonka äärellä he ovat. Sillä asialla, mitä toinen esittää, osoittaa tai näyttää, on jokin merkitys lapselle, ja hän haluaa jakaa sen myös toisen kanssa. Lapselle on tärkeää, että toinen ihminen huomioi saman asian.”

Terapeutit kertoivat esimerkkejä myös siitä, miten toimijoiden jakama asia voi olla myös tunne tai tarina. Esimerkiksi eräs lapsi oli satuttanut itseään aiemmin päivällä, jolloin terapeutin (12YL) piti ensin hoivata ja hoitaa lapsen näyttämiä pipejä ja kuunnella hänen kertomustaan sattumuksesta. Terapeutti piti tärkeänä, että hän ymmärtää, miltä lapsesta tuntui. Toinenkin terapeutti oli kokenut, että samoihin asioihin liittyvien kokemusten ja tunteiden jakaminen oli lähentänyt hänen suhdettaan asiakkaaseen. Terapeutit pitivät tärkeänä reagoida asiakkaan jakamisaloitteisiin selvästi ja korostaen, sillä he uskoivat, että vuorovaikutuksen kehittyminen lähtee siitä, että vuorovaikutusaloitteisiin vastataan.

Tarkkaavaisuuden jakaminen on tärkeä tekijä vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan käynnistymiselle. Edellä esitetyistä esimerkeistä kävi ilmi, että toimijoiden yhteisenä kohteena voi olla 1) havaittavissa oleva asia, 2) yhteinen tekeminen, 3) tunnetila tai 4) tarina. Mielenkiintoinen jaettuun tarkkaavaisuuteen liittyvä piirre koski toisen integriteetin kunnioittamista. Siinä ikään kuin etsitään ja odotetaan, annetaan itselle tärkeää kohdetta koskevia impulsseja ja toivotaan, että toinen huomaa saman kohteen. Näin ollen voitaisiin ajatella, että jaetussa tarkkaavaisuudessa on kysymys vastavuoroisuuden käynnistymisestä sellaisella tavalla, jossa aloite ei kohdistu suoraan toiseen ihmiseen, vaan sen sijaan tärkeäksi koettuun kohteeseen. Tällöin toisen ihmisen huomion ei odoteta myöskään kohdistuvan ensisijaisesti itseeseen, vaan yhdessä jaettavaan kohteeseen. Siten jaetussa tarkkaavaisuudessa toinen ihminen ei ole kohde, vaan kumppani, jonka kanssa tutkitaan samaa asiaa.

Trialoginen vastavuoroisuus

Vastavuoroisuuden käsite oli esillä jo alustavassa käsityksessäni erityisesti toiminnan luonteen, toimijoiden välisen suhteen, asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksen sekä ystävyyden hyveen tarkasteluissa. Alustavassa käsityksessäni tukeuduin

Aristoteleen (1989:III:5) käsitykseen, jonka mukaan toiminnalla ja toimijan luonteella on vastavuoroinen suhde siten, että yhtäältä luonne vaikuttaa toimintaan ja tekoihin ja toisaalta teot sekä toiminta muokkaavat toimijan luonnetta, minkä takia jokainen ihminen on tekojensa seurausten lisäksi vastuussa myös siitä, millaiseksi hänen luonteensa kehittyi. (Harra 2005.) Terapiasuhteessa diadisella vastavuoroisuudella voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, että terapeutti vaikuttaa omalla toiminnallaan asiakkaaseen ja päinvastoin. Edellisessä luvussa terapiasuhteen tarkastelu kuitenkin laajeni jaetun tarkkaavaisuuden asetelman avulla triadiseksi, jolloin myös vastavuoroisuussuhde laajeni käsittämään asiakkaan ja terapeutin lisäksi myös yhteisen kohteen. Tässä luvussa täydennän terapeuttien keskustelujen avulla käsitystä trialogisesta vastavuoroisuudesta.

Monet terapeutit (26TKA, 59ESPA, 57YL, 77YL, 710ESL, 88ESPA) painottivat asiakkaan kuulluksi tulemistä. Terapeutti (46TKA) koki, että kuntoutuskumppanuus edellyttää kuntoutujan kertovan terapeutille omia ajatuksiaan, näkökulmiaan ja toiveitaan ilman, että tämä kyselee koko ajan. Silloin terapeutilla on oltava taito keskustella ja kohdata toinen sellaisella tavalla, että asiakas voi kokea olonsa turvalliseksi ja luottaa terapeuttiin ja että hänellä on tilaa etsiä ja löytää omia tavoitteitaan. Silloin kuntoutujan oma asiantuntemus kuntoutumisesta kasvaa ja hän itse tietää, mitä tarvitsee ja millä tavalla hän haluaa kuntoutusprosessiaan jatkaa. Terapeutti siis pyrki tietoisesti luomaan tilannetta, jossa asiakas voisi tuoda ajatuksiaan esille ja jossa terapeutti itse voisi tulla vaikutetuksi asiakkaan asioille.

Samanaista lähestymistä käytti toinenkin terapeutti (57YL) työskennellessään lasten ja heidän vanhempiensa kanssa. Hänelle ensisijainen asia oli hyvä suhde lapseen, päiväkotiin ja vanhempiin. Näissä suhteissa terapeutti pyrki tulemaan vaikutetuksi. Esimerkiksi kun vanhemmat olivat kertoneet tekemisistään lapsensa kanssa, terapeutin oli ymmärrettävä kuunnella ja ottaa vastaan: *"Vau ku kiva! Ootte tiskannu! Onpa hienoo!"* Terapeutti sai nähdä, kuulla ja kannustaa tavallisia arjen asioita. Hänelle oli tärkeää, ettei hän mitätöinyt toista ihmistä tai tämän asiaan esimerkiksi sanomalla: *"Totahan on kaikilla."* Terapeutin oli nähtävä, milloin asia oli toisille ihmisille tärkeä. Samoin kuin jaetussa tarkkaavaisuudessa, myös trialogisessa vastavuoroisuudessa oltiin tekemisissä osallistujille tärkeiden asioiden kanssa, ja siksi keskinäinen kunnioitus oli suhteen säilymisen kannalta tärkeä tekijä.

Terapeutti katsoi kuntoutusprosessin eri vaiheita omasta näkökulmastaan. Vaikka hän itse ei olisikaan asioista samaa mieltä, hän halusi kuunnella ja arvostaa asiakasta. Terapeutin (57YL) kokemuksen mukaan vasta kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen jälkeen potilas pystyi miettimään asioitaan eri näkökulmista. Pelkkä rajojen asettaminen ja valvominen sekä ohjeiden antaminen olivat johtaneet umpikujaan (vrt. yksisuuntainen vuorovaikutus). Sekä yksilö- että ryhmätilanteissa terapeutti osoitti asiakkaille kunnioitustaan ja arvostustaan kertomalla anonyymisti, mitä toiveita ja tavoitteita osallistujat olivat alkuhaastattelussa esittäneet, tehden

kuitenkin realistisuuden takia samalla selväksi, että vaikka hän kertoi kuulemansa toiveet, niin kaikkia toiveita ei voitu toteuttaa (24TKL, 58ESPA).

Perusterveydenhuollossa työskentelevän terapeutin mukaan avoterveydenhuollossa pyritään selvittämään, mikä asia on asiakkaalle itselleen tärkeä ja mitä mahdollisuuksia ja potentiaaleja kuntoutujalla on. Terapeutin mielestä hän voi tuoda vastavuoroisessa suhteessa esille vaihtoehtoja, joita pohditaan yhdessä, ja halutessaan asiakas voi niistä myös kieltäytyä. Vaikka terapeutilla onkin vaihtoehtoja ja näkemyksiä, niin tasa-arvoisessa suhteessa asiakas voi kertoa avoimesti oman kantansa ja sanoa: *”Meidän elämä on niin kiireistä, ettei tuo ehdotus sovi meille.”* Terapeutti ei halua, että asiakas vain hymyilee myöntävästi tarkoittamatta sitä. Sen takia hän yleensä sanookin: *”Mä oon tosi kiitollinen, jos sä sanot suoraan, et nää ei käy sulle. Koska mä en voi sun elämääs tietää.”*

Oleellinen tekijä, jonka suhteen asiakas ja terapeutti eivät ole tasa-arvoisessa suhteessa keskenään, liittyi yhteiseksi kohteeksi valittavaan asiaan. Terapeutti (812YKLA) ei tuonut terapiatilanteeseen ratkottavaksi omia ongelmiaan, sillä hän ei halunnut eikä saanut lisätä kuntoutujan taakkaa: *”Tänään on minun vuoroni purkaa itseäni, ja huomenna on sinun vuorosi.”* Vastavuoroisuus ei myöskään tarkoittanut sitä, että kummallakin on yhtäläiset oikeudet ja velvollisuudet.

Terapeutti (612YKLA) ajatteli, että kuntoutumisen pohja on ensisijaisesti kuntoutujan oma tarve ja halu kuntoutua. Jos kuntoutujalla ei ole kuntoutumishalua, niin periaatteessa ei voi olla kuntoutustakaan. Terapeutti teki työtä saadakseen potilaan tahdon esille, sillä halun piti tulla potilaasta itsestään. Toisaalta terapeutti etsi, miten potilas motivoituisi kuntoutukseen sekä etsimään omia tavoitteitaan. Terapeutti ajatteli, ettei potilasta auta, jos henkilökunta neuvoo sivusta, että tee näin ja noin. Erityisesti pienten lasten kohdalla on sitoutumisen kannalta tärkeää löytää sekä lapsen että vanhempien motivaatio, innostus ja toiminnan riemu (710ESL).

Aikuisten ja ikääntyneiden tapauksissa potilas ja läheiset saattavat olla eri mieltä asioista. Näissä tilanteissa terapeutti (811TKA) koki olevansa ristipaineissa ja toinen terapeutti (7713TKA) ajatteli, että toimintaterapiaan kuuluu sellainen rehellisyys, että ihminen saa olla juuri sellainen kuin on. Silloin hänen ei tarvitse esittää olevansa halukas kaikkeen. Terapeutti puhui sellaisesta kohtaamisesta, jossa ei odoteta, että asiakkaan pitäisi olla jonkunlainen, että hänen pitäisi olla kiinnostunut esimerkiksi kuntouttamaan itseään. Terapeutti oli kiinnostunut siitä, että asiakas saisi oman tilanteensa sellaiseksi kuin haluaa, sillä kyse oli kuntoutujan elämästä ja siitä, miten se jatkuu ja miten kuntoutuja visioi tulevaa.

Trialoginen vastavuoroisuuskeskustelu kytkeytyi kunnioituksen lisäksi luottamukseen. Toisaalta vastavuoroisuus ja siihen liittyvät *oikeudet ja velvollisuudet* nostivat esiin keskustelua molemminpuolisuudesta sekä säännöistä ja sopimuksista sekä niiden merkityksestä terapiasuhteeseen sitoutumiselle. Kolmanneksi vastavuoroisuuskeskustelussa näytti korostuvan *samalle puolelle pyrkiminen* erityisesti terapiasuhteen

alkuvaiheessa. Käydyt keskustelut sekä terapeuttien tekemät kysymykset ja esimerkit osoittivat, että vastavuoroisuuden käsite on syytä ottaa mukaan tärkeäksi osaksi terapeutin yhteistoiminnan tarkastelua. Yhtäältä vastavuoroisuutta pidettiin tärkeänä, ja toisaalta tuotiin vahvasti esille, että sitä koskevaa tietämystä tarvitaan lisää.

Terapeutit (31ESL, 46TKA, 58ESPA, 610ESL, 811TKA, 88ESPA, 89ESPA, 812YKLA) puhuivat paljon jollakin puolella olemisesta: samalla puolella, toisella puolella, vastapuolella ja molemmilla puolilla. Heidän mielestään jokainen toimija on aina jollakin puolella, ja he itse halusivat olla kuntoutujan puolella. Kukaan terapeuteista ei edellyttänyt, että kuntoutujan pitäisi olla terapeutin puolella. Epäsymmetrisessä terapisuhteessa terapeutit hyväksyivät velvollisuuksia, oikeuksia ja hyveitä koskevan epätasapainon, koska terapeutti on suhteessa ammattinsa takia: *”Koska mä saan palkkaa, niin mä oon kaveri sit kenen kans vaan. No ei nyt ihan rahasta.”* (811TKA.)

Kahdenkeskeisessä vuorovaikutuksessa terapeutti halusi ilmaista lapselle myös ei-sanallisesti, että hän on lapsen kaveri ja samalla puolella (31ESL). Se merkitsi terapeuteille tietynlaista vastavuoroisuutta ja kumppanuutta, jonka eteen hän teki lapsesta riippuen vaihtelevan määrän töitä. Terapeutti koki sen edellyttävän, että hän oli kiinnostunut lapsesta ja osoitti sen. Lasten kanssa työskentelevät terapeutit korostivat, että lapsella on oltava tietoisuus siitä, että terapeutti on tilanteessa lasta varten – ei päinvastoin. Terapeutit halusivat välittää myös vanhemmille, että he olivat samalla puolella, sillä heillä oli sama intressi: lapsen hyvä. Terapeutin (33ESL) mielestä hänen täytyi sanoa ääneen se, mitä hän asiantuntijana piti lapsen parhaana, vaikka se olisi ollut ristiriidassa vanhempien käsitysten kanssa. Ristiriitatilanteessa terapeutti asettui lapsen puolella, jolloin hänen oli perusteltava vanhemmille, miksi teki asioita tietyllä tavalla tai sanoi asian jollakin tavalla. Terapeutit kokivat tällaisten ristiriitaisuuksien esiin nousemisen tärkeäksi keskustelun tasa-arvoisuutta ilmentäväksi tekijäksi.

Ristiriitoja ennaltaehkäisevänä keinona toimintaterapeutit olivat käyttäneet sääntöjä ja sopimuksia niin aikuisten kuin lasten vanhempienkin kanssa (25YKLA, 57YL). Esimerkiksi yrittäjänä toimiva toimintaterapeutti (57YL) teki aina kirjallisen sopimuksen asiakkaidensa kanssa. Sopimuksen myötä hän sai tiettyjä oikeuksia, ja sopimusneuvottelussa terapeutti kertoi asiakkaalle omista työtavoistaan, terapeutin työnkuvasta ja peruutusmaksusta. Sopimuksen allekirjoituksella asiakas antaa suostumuksen terapatilanteiden kuvaamiselle. Peruutusmaksusta keskustelu on tärkeä, jotta asiakas mieltää, että terapiaa ei ole mitään hupia, jonne mennään silloin, kun huvittaa. Asiakas joutuu maksamaan peruuttamatta jääneestä ajasta samalla tavoin kuin esimerkiksi sairaaloissa. Jos tiettyjen käytännön sopimusten ja allekirjoituksen jälkeen asiakas ei peruuta terapia-aikaa sovitusti, niin terapeutti ottaa asian esille ja palaa tarvittaessa sopimuksen ehtoihin. Yrittäjä ei halua antaa lasten vanhemmille sellaista kuvaa, että terapia on jatkuvaa ymmärrystä.

Psykiatrian alueella työskentelevä terapeutti (59ESPA) haastatteli yleensä ryhmään tulijat ennen ryhmäkokoonantumista ja teki heidän kanssaan kirjallisen sopimuksen. Hän oli kokenut molemmat keinot hyviksi sitoutumisen vahvistamiseksi. Terapeutilla oli tapana haastatella kuvallisen ilmaisun ryhmään tulevat potilaat 1–2 kertaa itse luomansa haastattelumallin avulla. Haastattelun jälkeen hän kävi läpi ryhmän säännöt yksityiskohtaisesti ennen sopimuksen allekirjoitusta. Esimerkiksi ryhmäläisten keskeisiä ystävyyssuhteita koskeva kieltäminen on asetettu sääntöihin, koska terapeutilla on ollut niistä huonoja kokemuksia. Potilas saattoi kieltäytyä ryhmästä vielä ennen allekirjoitusta, jos hän huomasi, että ryhmä ei sopinut hänelle tai hän ei halunnut sitoutua ryhmän sääntöihin. Sopimuksen allekirjoituksella potilas ja terapeutti sitoutuvat toimimaan sääntöjen mukaisesti.

Yhteistoiminnan näkökulmasta tarkasteltuna säännöt ja sopimukset korostuivat nuorten, aikuisten sekä lasten vanhempien kanssa. Ikääntyneiden henkilöiden terapiasuhteissa säännöistä ja sopimuksista puhuminen näytti keskustelussa olevan vähäisempää.

Luottamus toisen hyvántahtoisuuteen liittyy sekä rohkeaan että vastikkeettomaan vastavuoroisuuteen. Rohkean vastavuoroisuuden ehtona on kuitenkin tiettyjä toimijoita ja yhteistoiminnan tuloksia koskevia vastaavuusedellytyksiä, kuten tasa-arvo, vapaus, valinnanmahdollisuus, ehdollisuus, toistuvuus, anteeksiantamisen taipumus sekä pyrkimykset, minkä takia ehkä osa terapeuteista halua mieluummin perustaa yhteistoiminnan vastikkeettomaan vastavuoroisuuteen. Terapeuttisen yhteistoiminnan syntymisen ja terapian vaikuttavuuden kannalta kaikki kolme vastaavuuden lajia vaikuttavat mielestäni merkitykselliseltä.

Vastavuoroisuuden käsite nosti monipuolista ja aiempaa käsitystäni täydentävää sekä tarkentavaa keskustelua. Vastavuoroisuuden ilmiö tuntui kytkeytyvän toimintaterapeuttien puheissa monin eri tavoin yhteistoiminnan ilmiöön sekä sitä kuvaavan alustavan käsitykseni käsitteisiin.⁴² Erityisesti keskustelijat kiinnittivät huomiota vastavuoroisuuden problematiikkaan asiakas–terapeutti-suhteessa sekä siinä erityisesti vastavuoroisuuden hyveisiin.

9.2 Keskusteleva harkinta

Alustavassa käsityksessäni käsitin käytännöllisen harkinnan ja yhteisen ennakkoinnin erillisiksi yhteistoiminnan tekijöiksi. Tämä tutkimus auttoi minua ymmärtämään, miten ne kietoutuvat yhteen keskusteleavassa harkinnassa. Käytännöllisen harkinnan ymmärryksen syventämisessä hyödynsin Aristoteleen (1989) Niko-

42. Erityisesti toimijoiden väliseen yhteyteen, vuorovaikutukseen, käytännölliseen harkintaan ja roolien vaihteluun.

makhoksen etiikassa hahmotettua käytännöllisen harkinnan kuvausta. Käytännöllinen harkinta tarkoitti minulle tuolloin ammatillista harkintaa, joka edellytti tietoa tehokkaista menetelmistä, diagnoosista, yleisistä käsityksistä sekä hyväksytyistä säännöistä ja normeista, mutta yksittäisen kuntoutujan tapauksessa hänen toimintakykynsä ja elämän olosuhteensa oli asetettava terapian suunnittelun ensisijaiseksi lähtökohdaksi. Se edellytti kulloiseenkin toimintatilanteeseen perehtymistä, arviointia, vaihtoehtojen vertailua ja laskemista. Siinä tarvittiin kykyä erotella asioita toisistaan, kykyä liittää samankaltaisia asioita yhteen sekä eettistä kykyä tunnistaa oikea ja väärä tai hyvä ja paha. Käytännöllinen harkinta merkitsi minulle ajatteluprosessia, joka päättyi käytännölliseen, tietyssä tilanteessa parhaan mahdollisen vaihtoehdon valintaan.

Terapeutit toimivat terapiasuhteessa ammattilaisena ja asiantuntijana, ja siksi heidän mielestään terapian pitää aina perustua edellä kuvattuun ammatilliseen harkintaan (31ESL, 33ESL, 45YKLA, 46TKA, 88ESPA). Se on toimintaterapian näkymätöntä työtä, ammatillista suhtautumista ja ammatillisuutta sekä välttämätön osa terapiaa. Terapeuttien mielestä terapiaa ei voi olla ilman harkintaa, sillä silloin se olisi, kuten yksi terapeutti 31ESL asian ilmaisi: ”...mitä tahansa tekemistä tai satunnaisia kohtaamisia, kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta jossain tilanteessa.”

Terapeuttien kanssa käytyjen keskustelujen aineistoa analysoidessani ymmärsin, että terapeutin yhteistoiminnan yhteydessä on käytännöllisen harkinnan sijaan puhuttava keskusteleavasta harkinnasta, jonka avulla tuotettiin terapiaprosessin onnistumisen kannalta välttämätön prosessi, jonka tuloksena syntyi tietoa. Prosessi sinänsä oli tarpeen, sillä se mahdollisti asiakkaan äänen kuulumisen ja asiakkaan osallistumisen päätöksentekoon sekä vahvisti hänen sitoutumistaan ja vastuunottoaan omasta kuntoutumisprosessistaan. Ensimmäinen selvítettävä asia oli asiakkaan *muutostarpeen tunnistaminen* yhdessä (26TKA, 612YKLA, 7713TKA, 88ESPA). Toiseksi asiaksi jäsenyksi jaetun ymmärryksen rakentaminen asiakkaan nykytilanteesta (612YKLA) sekä *tavoitteesta* (25YKLA, 26TKA, 32YL, 33ESL, 46TKA, 59ESPA, 613TKA, 811TKA). Kolmantena selvítettävänä asiana oli *yhteinen ennakointi eli yhdessä laadittu toteutuskelpoinen suunnitelma*. Sen lähtökohdana oli jaettu ymmärrys asiakkaan tilanteesta ja tavoitteesta, mutta realistisen terapiasuunnitelman laatimiseksi tarvittiin myös tietoa toteutukseen vaikuttavista tekijöistä sekä saatavilla olevista voimavaroista (57YL, 613TKA, 610ESL, 7713TKA).⁴³

Vaikka harkinta mielletäänkin yleensä yksilöllisesti tapahtuvaksi toiminnaksi, yhteistoiminnan kannalta oli syytä tutkia, miten harkintaa voidaan tehdä yhdessä.

43. Toimintaterapiassa on pidetty tärkeänä, että terapia perustuu asiakkaan voimavaroihin ja että terapiassa käytettävät toiminnot ovat asiakkaalle merkityksellisiä ja tavoitteen kannalta tarkoituksenmukaisia (Trombly 1995; Nelson 1988; 1996).

Kuvaan seuraavissa kolmessa aluvussa niitä tekijöitä ja esimerkkejä, joiden avulla yhdessä tapahtuva keskusteleminen harkinta mahdollistuu.

Tilanteen erityisyyden tunnistaminen

Terapeutit kertoivat hyödyntävänsä työssään monenlaista tietoa, joka oli kertynyt ammatillisen koulutuksen sekä muun opiskelun, käytännön toiminnan ja kokemusten reflektoinnin kautta. Monista tietolähteistä koostuva tietoperusta vaikutti siihen, mihin asioihin terapeutti kiinnitti huomiota ja millaisia johtopäätöksiä hän teki. Esimerkiksi lasten toimintaterapiassa terapeutin havainnointia ohjasivat lääketieteellinen tieto ja diagnoosi, psykologinen tieto koskien muun muassa lapsen kehitysvaiheita sekä puheeseen ja kieleen liittyvät asiat (31ESL). Therapeuteille ei riittänyt pelkkä oma ammatillinen tieto, sillä esimerkiksi aiemmin lasten kanssa työskennellyt terapeutti (46TKA) huomasi silloin käyttäneensä usein äitinä olemisen kokemustaan, sillä äidin roolin kautta hänen oli helpompi asettua vanhemman asemaan. Nytemmin terapeutti oli huomannut käyttävänsä myös omaisena olemisen kokemusta aikuisten terapiatyössä. Erilaisten tietojen yhteen liittäminen vaati ammatillista harkintaa. Muutostarpeen tunnistamisessa hyödynnetään siis tietoa sairauksista, vammoista, toimintaterapian menetelmistä, malleista ja teorioista sekä omasta kokemuksesta. Tarvittaessa tietoa hankittiin lisää esimerkiksi konsultoimalla kollegaa (7713TKA).

Toimintaterapeuteille oli tärkeää saada realistinen käsitys asiakkaan arkielämästä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. He keräsivät tietoa asiakkaalta ja tämän läheisiltä, kysellen ja keskustellen asiakkaan elämäntilanteesta ja -tavoista sekä arjessa selviytymisestä, elinolosuhteista, arvostuksista, tarpeista ja odotuksista sekä asiakkaalle tärkeistä toiminnoista. Monipuolista ja laaja-alaista tietoa tarvittiin arviointien, mittausten ja testausten kohdentamiseksi sekä realististen ja mielekkäiden suunnitelmien laatimiseksi. Lähtötilanteen huolellinen selvittäminen yhdessä asiakkaan kanssa oli terapian onnistumisen kannalta kriittinen tekijä, ja se vaati terapeuteilta aikaa ja kykyä tehdä oikeita kysymyksiä. Tavoittelemisen arvoisten päämäärien löytämiseksi asianosaiset tarvitsivat realistista tietoa vaihtoehtoista ja mahdollisuuksista sekä niiden edellytyksistä ja seurauksista, mikä edellytti asiakkaan ja hänen läheistensä toiveiden ja odotusten kuulemista ja huomioonottamista.

Perusterveydenhuollossa työskentelevän terapeutin (7713TKA) mielestä kukaan ei haluaisi näyttää omia heikkouksiaan ja puhua ongelmistaan, sillä ihminen haluaa mieluummin liikkua omalla mukavuusalueellaan, jossa hän pärjää hyvin. Toimintaterapiaan tulevalla ihmisellä on kuitenkin aina jokin ongelma, ja siihen myös terapeutin pitäisi päästä tarttumaan. Terapeutti kohtasi työssään erilaisia päihteisiin liittyviä ongelmia, jotka terapeutin oli otettava asiakkaan kanssa puheeksi. Terapiassa ongelmat täytyi ottaa esille sellaisella tavalla, että asiakas koki sen itselleen hyväksi ja että keskustelu auttoi asiakasta tarttumaan kiinni sellaiseen,

mitä hän ei ole ehkä aiemmin ole tiedostanut tai josta hän ei ollut toisten kanssa puhunut. Yleensä asiakkaalle oli helpotus, kun terapeutti otti ongelmat puheeksi.

Terapeutti (710ESL) kertoi työskentelevänsä lasten sairauksia diagnosoivalta osastolla, jossa vanhempien kanssa puhutaan ensimmäisen kerran heidän pienen lapsensa kehityshäiriöön tai syndroomaan liittyvästä diagnoosista. Tällöin lapsi kytketään tiettyyn diagnoosikoodiin, joka alkaa sen jälkeen määritellä lasta tietynlaiseksi. Sen jälkeen perheelle ruvetaan puhumaan terapioiden, päivähoitojen erityisjärjestelyistä, vertaistuesta, sopeutumisvalmennuksesta ja Kelan kuntoutusetuuksista. Terapeutti uskoi, että paljon tietoa menee alkuvaiheessa vanhemmilta hukkaan:

”... mikä on se kaikkein oleellisin info ja kaikkein tärkein asia, mistä niin ku lähetään rakentamaan sitä yhteistä ymmärrystä? Et se on ihan turhaa puhua kolme neljä tuntia asioista... ei ei perhe siinä vaiheessa eikä varmaan. En usko, että kukaan ihminen niin ku siinä sairastumisen tai diagnoosin todentamisen vaiheessa voi ottaa vastaan kovin paljon infoa. Luultavasti ottaa vain sen yhden asian ja ehkä se on sitten... Meidän perheillä se on usein ehkä sit se, et nyt meidän lapsella on joku vika joka numerolla merkitään, jonka jälkeen ruvetaan puhumaan terapioiden ja ruvetaan puhumaan erityisjärjestelyistä päivähoitossa, ruvetaan puhumaan vertaistuesta, ruvetaan puhumaan sopeutumisvalmennuksesta, ruvetaan puhumaan Kelan kuntoutusetuuksista ja se kaikki menee ihan varmasti, ja aivan ymmärrettävästi, täysin ohii siinä vaiheessa. Monet asiat menevät vanhemmilla aivan ymmärrettävästi täysin ohii siinä vaiheessa.”

Toinen terapeutti (610ESL) kuvasi, miten vanhemmat saattoivat diagnoosin selvittyä syyllistyneenä mieltä, olivatko he omalla toiminnallaan aiheuttaneet lapsensa sairauden. Terapeutti koki, että vasta tunteiden käsittelyn jälkeen vanhemmat pystyivät keskittymään tulevaisuuteen ja lapsen kuntoutukseen. Siksi hän haluaisi tähän vaiheeseen riittävästi aikaa, sillä muutoin perhe ei pitkänkään ajan jälkeen välttämättä ymmärtänyt, miksi heidän lapsensa tarvitsi kuntoutusta. Diagnoosin selviämisen jälkeen perhe koki usein avuttomuutta sen suhteen, että heidän täytyisi tietää kaikesta ja osata taistella lapsensa puolesta asioista, mitä he eivät tunteet tarpeeksi. Varsinkin, jos kyse oli syöpähoidoista tai asioista, joista ei ollut tieteellistä näyttöä, ei henkilökuntakaan yleensä pystynyt sanomaan, onko jokin asia varmasti jotakin. Terapeutti pohti, että esimerkiksi kuntoutuksesta oli vielä niin vähän tutkittua näyttöä, että sen perusteella oli vaikea perustella tehtyjä valintoja. (610ESL.)

Terapeutti (710ESL) oli joutunut tietoisesti opettelemaan myös oman näkökulmansa rajallisuutta: *”Tämä on minun maailmani, minun arvoani, minun ajatukseni hyvästä elämästä. Ne ovat minun arvojeni, eivät muiden, eivätkä tämän perheen arvoja.”* Terapeutti koki, että hänellä saattoi olla oma käsitys siitä, miten lasta kohdellaan,

miten lapsi kokee olonsa hyväksi ja mikä lapselle olisi hyödyllistä, mutta välttämättä perhe ei kokenut asioita samoin. Terapiasuhteen alussa terapeutilla ja perheellä oli omat käsityksensä, ja ne saattoivat olla erilaisia (610ESL). Ilmiö oli tuttu ja vaikea myös kuntoutuskeskuksessa nuorten ja aikuisten kanssa työskentelevälle toimintaterapeutille, sillä heillä olevista kuntoutujista vain pieni osa pärjäsi tulevaisuudessa itsenäisesti ja siksi läheisillä piti olla mahdollisuus osallistua keskusteluun sekä vaikuttaa muun muassa kodinmuutostöiden suunnitteluun (612YKLA).

Yksityisellä sektorilla lasten ja heidän vanhempiensa kanssa työskentelevä terapeutti joutui terapiasuhteen alussa ottamaan esille kuntoutuksen lähtökohdat, sillä vanhemmat saattoivat muutoin käsittää, että kuntoutus oli yhteiskunnan tarjoama käynti kerran viikossa jossakin, missä tehdään *"kikkavitosia tai että jotkut tekevät jossain kopissa jotakin"*. Vanhemmat saattoivat käsittää, että he voivat tuoda lapsen vastaanotolle silloin, kun heillä oli aikaa. Terapeutti tuhoutui ajatuksesta: *"Terapia ei ole mikään huvipuisto! Jonkun pitäisi jo aiemmin kertoa vanhemmille, mitä se tarkoittaa, kun on kuntoutusta, että he tietävät, mihin sitoutuvat. Jonkun pitäisi täsmentää niin, että vanhemmat voivat sanoa, että ei me tiedetä, jaksetaanko me ottaa näitä tehtäviä. Tai voidaanko me tehdä jotakin?"* Terapeutin mielestä oli todella tärkeätä, että vanhempien kanssa mietitään yhdessä. Kun vanhemmat ymmärtävät, mistä kuntoutuksessa oli kysymys, niin silloin alkaa tapahtua liikettä oikeaan suuntaan. Aiemmin kuntoutuksessa oli edetty kapea-alaisesti, sillä lapsen toimintakyky ei lisäännyt pelkkien terapiakäyntien ansiosta. Siksi terapeutti selittää ja kyselee perheeltä hyvin arkisia asioita esimerkiksi pukeutumiseen liittyen: Ovatko vanhemmat kiinnittäneet lapsen pukeutumiseen huomiota? Ovatko he pohtineet lapsen pukeutumista? Mikä lapsen pukeutumisessa on ongelmana? Mikä lapsen pukeutumisessa on tärkein asia? (77YL.)

Myös psykiatrisessa sairaalassa kuntoutuksen aloituskeskustelu oli lähtenyt usein perusasioista: terapeutti selitti potilaalle, mitä tarkoitetaan tavoitteella ja kuntoutuksella. Ne täytyi ensin määritellä, sillä potilaan täytyy tietää, mistä kuntoutuksessa on kyse. Sitten vasta puhutaan potilaasta. Tällöin potilas saattoi lähteä miettimään, mikä hänen tavoitteensa on tai olisi. Terapeutin mielestä psykiatrisen kuntoutuksen perustana ei voi olla vain asiakkaan oma toive. Psykiatrisen kuntoutuja voi terapeuttin mukaan käydä vastaanotolla viihtymässä, mutta hänen omatoimisuutensa ei lisäännyt, jos hän ei ymmärrä vastaanottokäyntien merkitystä. Terapeutin asiantuntemusta tarvitaan myös silloin, kun asiakas ei osaa itse asettaa tavoitteita. (89ESPA.)

Asiakkaan muutostarpeen tunnistaminen edellytti terapeuteilta ammattiin kuuluvaa joustavaa ja kristallisoitunutta tietämystä sekä periaatteiden hallintaa eli *rutiiniasiantuntijuutta* (vrt. Hakkarainen ja Paavola2006: 217–219).⁴⁴ Rutiini-

44. Rutiinitoimintaa sekä ongelmien taloudellista ja tehokasta ratkaisupyrkimystä on pidetty teollisen yhteiskunnan ihanteena 1800-luvulta lähtien (Rittel & Webber 1973: 158).

asiantuntijuus kehittyi, kun terapeutti tekee samoja asioita useita kertoja, esimerkiksi tietyn testin tekemistä viisi kertaa päivässä (13ESL). Rutiiniasiantuntijuuden ansiosta terapeutti voi suunnata tarkkaavaisuutensa vuorovaikutuksen ylläpitämiseen ja tilannekohtaisten huomioiden tekemiseen, mutta se voi myös johtaa pelkkien samankaltaisuuksien etsimiseen ja rutiiniratkaisujen käyttämiseen.

Terapeutti (7713TKA) kertoi esimerkin kiireisestä rutiiniyöskentelystä: *”Ai minulla on 20 minuuttia aikaa, menenpä nyt haastattelemaan.”* Haastattellessaan terapeutti ihmetteli, miksei haastateltava ihminen lähtenyt mukaan keskusteluun. Myöhemmin tulee tytär lankoja pitkin: *”Mitä sinä olet minun äidille mennyt sanomaan?”* Terapeutti ei muistanut puheitaan, mutta ymmärsi, että kiireessään hän ei ollut keskittynyt haastateltavaan ihmiseen erityistapauksena. Kiire ja väärinymmärrys sulki asiakkaan suun, ja sen jälkeen hän puhui entistä vähemmän. Terapeutti palasi pyytämään anteeksi tapahtunutta väärinymmärrystä. Hän oli ymmärtänyt, ettei voi toimia asiakkaiden kanssa kiireellä, vaikka organisaatio yrittää siihen painostaa.

Rutiiniasiantuntijuus ei ollut terapeuttien mielestä yksinään riittävä lähestymistapa, sillä se saattoi johtaa etsimään uudesta tapauksesta vain entuudestaan tuttuja piirteitä sekä ratkaisemaan uusia tapauksia samalla tavoin kuin aiemmin oli tehty. Terapeutti (45YKLA) kuvaili, ettei hän voi tehdä työtään pelkkien reseptiratkaisujen avulla: *”Tota no minun mielest ainakaan. Et sithän se ois vähän sama kun menis jonnekin tietyllä diagnoosilla tonne apteekkiin ja et saisko tämmösellä reseptillä niin kuytten toimintaterapiaa. Sithän se ois helppo kirjottaa et okei: tätä ja tätä ja tätä kuuluu tiettyyn toimintaterapiapakettiin katsomatta ollenkaan siihen henkilöön. Se ei kyllä toimis sillä lailla sitte.”*

Yksityisessä kuntoutuslaitoksessa aikuisten kanssa työskentelevä terapeutti (25 YKLA) käytti ensimmäisen tapaamisajan asiakkaan haastatteluun ja keskusteluun, sillä terapeutti halusi tietää, mitkä ovat olleet asiakkaalle tärkeitä asioita aikaisemmin ja millaisia nykyiset ongelmat ovat. Ensimmäisellä kerralla hän teki myös toimintakyvyn arviointia nähdäkseen, mitä asiakas nykyisin pystyi tekemään. Arvioinnin aikana terapeutti pohti, miten asiakasta voitaisiin auttaa itsenäiseen toimintaan, vai pystyikö hän enää ollenkaan itsenäiseen toimintaan. Toisen kuntoutuslaitoksessa työskentelevän terapeutin (612YKLA) mielestä asiakkaan elämänvaihe ja elämäntapa oli vähintään yhtä tärkeä huomioonotettava asia kuin vamma, sillä elämän realiteetit määrittävät asiakkaan elämää diagnoosia laajemmin.

Erikoissairaanhoidossa terapeutti (610ESL) tapasi lapsen usein ensimmäistä kertaa tämän ollessa 3–4-vuotias. Siinä vaiheessa lapsilla ei yleensä vielä ollut menetettyjä taitoja, vaan he olivat vain kehittyneet hitaammin kuin ympäristö odotti. Terapeutti mietti, miten toimia asiakaslähtöisesti juuri näiden pienten lasten kanssa. Miten hän omassa työssään määritteli tavoitteita asiakaslähtöisesti yhdessä pienen lapsen kanssa? Millaiset olivat lapsen lähtökohdat suhteessa ympäristön asettamiin

tavoitteisiin ja lähtökohtiin? Kuinka ne kohtasivat toisensa? Miten kuntoutujalähtöisyys toteutui pienen lapsen kohdalla, johon kuntoutus, toimenpiteet ja interventiot kohdentuivat ensisijaisesti? Terapeutti koki, että pienten lasten kanssa hänen oli yhteistoiminnassa otettava huomioon myös lapsen ennakointi- ja suunnittelutaidot.

Terapeutin mielestä oli lohdullista, että vaikka tilanteet eivät aina olleet optimaalisia ja oppikirjan mukaisia, silti niistä saattoi olla apua ja hyötyä. Terapeutti oli tyytyväinen siitä, että lapset olivat edistyneet, vaikka vanhemmat vastustivat terapiaa eikä vanhempien ja terapeutin suhde aina ollut onnistunut kovin hyvin. Tärkeimpänä edellytyksenä kuntoutumiselle hän piti lapsen ja terapeutin välistä hyvää suhdetta.⁴⁵

Perusterveydenhuollossa terapeutti (7713TKA) ajatteli, että hankaluuksista huolimatta hänen roolinsa oli antaa aikaa asiakkaan harkinnalle ja ottaa ihminen itse mukaan keskusteluun. Terapeutin ja asiakkaan näkemykset eivät välttämättä aina kohdanneet ja asiakkaan mieli saattoi joskus myös muuttua. Terapiassa oli myös sellaisia asiakkaita, joilla on epärealistisia vaatimuksia, toiveita ja odotuksia, joita terapeutti ei pitänyt perusteltuna. Myös kuntoutuskeskuksessa kuntoutujat saattoivat odottaa kuntoutukselta sellaisia asioita, joita he eivät olleet muualla saaneet. Terapeutti kaipasi vertaiskuntoutujaa tai jotakuta ulkopuolista peilaamaan asioita silloin, kun hyvän konsensuksen löytäminen kuntoutujan kanssa oli haasteellista. (612YKLA.)

Psykiatrian alueella työskentelevä terapeutti (59ESPA) kertoi esimerkin nuoren miehen toimintamahdollisuuksien arvioinnista armeijassa selviytymisen suhteen. Kotikäynnillä selvisi, että isän mielestä pojan piti mennä armeijaan, sillä hän uskoi ongelmien korjaantuvan siellä. Loppupalaverissa armeijaa käymättömät naisterapeutit totesivat, etteivät he tunteneet armeijaa. Heiltä puuttui se kokemus, joka isällä oli. Sen jälkeen terapeutit antoivat esimerkkejä potilaan vuorovaikutustaitojen ja psykososiaalisen kehityksen ongelmista, minkä takia he arvioivat, että potilas ei olisi kykenevä toimimaan armeijassa. Vaikka tilanne oli isän kannalta surullinen, hän hyväksyi ehdotuksen. Isä tunsu asiasta yhden puolen ja terapeutit toisen.

Toisaalta oli myös sellaisia asiakkaita, joiden tilannetta olisi voitu helpottaa toimintaterapian keinoin, mutta he eivät sitä itse halunneet. Esimerkiksi eräs asiakas ei pystynyt kävelemään portaissa. Tilanne olisi voitu korjata luiskalla tai hissillä, mutta asiakas ei halunnut kumpaakaan. Terapeutti keskusteli asianomaisten kanssa ja loi positiivisia mielikuvia ja johdatteli asiakkaan muuttamaan mielensä: *”Mikä maailma sulle muutoksen myötä avartuisi. Sen jälkeen voisit saada myös sähköpyörätuolin, jolla pääsisit liikkumaan ulkona.’ Tämän yrityksen jälkeen kävi niin, että kun päätökset olivat valmiina ja hankinnat tehty, niin asiakas perui eikä ottanut apua vastaan.”* (613TKA.)

45. Tässä asiassa terapeuttien kannat vaihtelivat ja olivat jopa ristiriitaisia.

Perusterveydenhuollossa työskentelevät terapeutit (611TKA, 613TKA) kertoivat, että heidän tehtäviinsä kuului myös raivaussiivouksen tarpeen arviointi.⁴⁶ Terapeutin mielestä oli oltava hyvin herkkänä silloin, kun hänen oli otettava potilaan kanssa puheeksi raivaussiivouksen arviointitarve ja yhteiskunnan säännöt. Terapeutti koki, ettei hän voinut huomauttaa toisen elintavoista mutta hänen täytyy puhua siitä, miten asiakas pärjää ja pystyy hoitamaan asiansa niin, ettei kotia tarvitse laittaa asumiskieltoon.

Terapeutti kertoi harkitsevansa asioita, jotta hänellä on perustelut työlle ja terapialle: miksi tehdään, mitä tehdään (32YL). Kun terapeutti toimii tilannekohtaisesti parhaan tietämyksensä mukaan, tuloksena saattoi syntyä luotettava toimintaterapia-arviointi ja mielekäs terapia. Arvioinnin pohjalta terapeutti ymmärsi lasta, auttoi vanhempia ymmärtämään lapsen käyttäytymistä ja löysi vastauksia vanhempien kysymyksiin: miksi lapsi toimii siten kuin lapsi toimii (33ESL). Harkinnan kautta asiakkaan tarpeet, toiveet ja tilanne tulevat huomioiduksi ja terapiassa voidaan löytää mahdollisimman hyvä tilannekohtainen ratkaisu.

Terapiasuhteessa tehtiin intiimiä yhteistyötä (46TKA), ja harkinnassaan terapeutti huomioi lapsen yksilöllisyyden: mitä tämä asia tarkoittaa tämän lapsen kohdalla. Harkinta oli yhtäältä tilannekohtaista, ja toisaalta se koski aina myös koko terapiasuhdetta. Siksi se oli tarkempaa ja herkempää kuin tavallinen arkiajattelu, sillä terapeutin tehtävä on ohjata tilanne tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Vaikka toimintaterapian toteutussuunnitelma olisi rakennettu keskustellen yhdessä lapsen kanssa tilanteen alussa, terapeutin toimintaa ja ehdotuksia ohjasi taka-alalla oleva harjoitteluagenda, joka eli tilanteessa. Terapeutti kertoi huolehtivansa aina siitä, että toiminta toteutetaan siten, että se on yhteneväistä lapsen tavoitteiden kanssa. Taitava terapeutti pystyy sovittamaan tavoitteiden mukaisen toiminnan lapsen kiinnostuksen kohteisiin.

Yhteisen sävelen löytämistä saattoi hankaloittaa se, että etenkin pienten lasten vanhemmat olivat tottuneet ikävyyksien välttämiseksi ”käyttäytymään kunnolla” sairaalassa. Tällöin vanhemmat saattavat pelätä omien tunteiden esittämisen rajoittavan palveluja: ”...*et saa jotakin, jos olet aggressiivinen.*” Sen takia terapeutti ei sairaalassa aina saa realistista käsitystä asioista. Asiakkaan ja terapeutin välinen tasa-arvo merkitsi terapeutille ”suoraan puhumista” ja avoimuutta myös silloin, kun oltiin erimielisiä. Esimerkiksi päiväkodissa terapeutin ehdotuksiin voitiin sanoa, että ei onnistu. Sen jälkeen terapeutti kuunteli, keskusteli ja pyrki ymmärtämään toista näkökulmaa. Siitä syntyi *tasa-arvoinen dialogi*. Tasa-arvoisessa dialogissa keskustelijoiden ei tarvinnut olla samaa mieltä asioista eikä kummankaan tarvin-

46. Raivaussiivouksella terapeutit viittasivat tilanteeseen, jossa asiakkaan kodista on poistettava kaikenlaista, pitkän ajan kuluessa kertynyttä tavaraa, kuten sanomalehtiä, jätteitä ja pulloja. Asunto on myös siivottava perusteellisesti ennen kuin asiakas voi sinne turvallisesti kotiutua.

nut alistua toisen alustaviin suunnitelmiin tai ehdotuksiin, mutta niihin otettiin kantaa ja tuotiin esille oma näkökanta. Jos kuntoutujan ja hänen perheensä vuorovaikutussuhde kuntouttajaan oli tasa-arvoinen ja molempien asiantuntemusta pidettiin tärkeänä, asiakkaalla oli oltava oikeus ja mahdollisuus sanoa omat, myös eriävät mielipiteensä ja perustella ne. Terapeutin piti oikeasti tietää, olivatko hänen ehdotuksensa käyttökelpoisia vai sopimattomia. Terapeutin kokemuksen mukaan tasa-arvoisen dialogin kautta saavutettiin se lähtökohta, josta vähitellen päästiin vastavuoroiseen ja asiakaskohtaiseen työskentelyyn. Vanhempien luona käytävä keskustelu ei aina ollut dialogia. Terapeutti epäili, että niissä tilanteissa, joissa hän ei ollut kunnioittanut ja kannustanut vanhempia mielipiteensä ilmaisuun, dialogi oli jäänyt puutteelliseksi.

Ymmärryksen jakaminen

Tutkimukseni ensimmäisessä vaiheessa asiakkaani pystyi ilmaisemaan omaa tahtoaan pääasiassa ilmeillä, eleillä sekä yhdellä tai kahdella sanalla ja sanojen alun löytäminen tuotti vaikeuksia. Neuvottelutilanteissa asiakas kuitenkin aina halusi ottaa kantaa asioihin ja tuoda esille mielipiteensä ja toiveensa. Haasteista huolimatta pidin tärkeänä kuulla hänen tahtoaan ja mieltymyksiään. Merkityksellisen toiminnan löytämiseksi halusin myös hyödyntää hänen haluaan ja kykyään tehdä toimintaa koskevia valintoja. (Harra 2005: 29.)

Valintojen tekeminen eteni siten, että esitin kaksi *eri vaihtoehtoa*, joihin hänen oli helpompi ottaa kantaa ja tehdä valinta. Joskus molemmat *ehdotukseni* menivät aivan vikaan. Yleensä yritin edetä kysymyksissä loogisesti ja yksinkertaisesti lähtemällä liikkeelle laajoista yläkategorioista edeten vähitellen yhä tarkempiin vaihtoehtoihin, esimerkiksi seuraavasti:

Haluatko seuraavalla kerralla toimia ulkona vai sisällä? – Sisällä.

Haluatko toimia keittiössä vai muissa huoneissa? – Keittiössä.

Haluatko valmistaa jotakin vai tehdä muuta? – Valmistaa.

Haluatko laittaa ruokaa vai leipoa? – Leipoa.

Haluatko leipoa suolaista vai makeaa? – Makeaa.

Haluatko leipoa pullaa vai kakkua? – Kakkua.

Haluatko leipoa kakkua vai pikkuleipiä? – Pikkuleipiä.

Vaaleita vai tummia? – Vaaleita.

Kerrosleipiä vai jotain muuta? – Muuta.

Tämän sanottuaan asiakkaani alkoi piirtää pöytään sormellaan S-kuviota, josta päättelin hänen tarkoittavan vaaleita kaneliäisiä. (Harra 2005.)

Yllä olevaan menettelyyn liittyi monia rajoituksia, mutta suurin riski kahden vaihtoehdon menetelmässä oli vaihtoehtojen kaventuminen terapeutin määrittämälle

ja kenties stereotyyppisiin ennakkokäsityksiin perustuville vaihtoehdoille, jolloin asiakkaan omat mieltymykset eivät päässeet toteutumaan. Tässä tapauksessa *asiakkaan rohkeus* esittää omaa tahtoaan minimoitua riskiä, sillä hän osoitti selvästi, mikäli kumpikaan esittämistäni vaihtoehdoista ei ollut hänelle mieleinen. Lopulta päädyimme joskus itselleni yllätyksellisiin ratkaisuihin, joita en varmasti olisi yksin osannut hänelle ehdottaa. Valinnan jälkeen etenimme sen mukaisesti, mikäli se oli mahdollista ja sopi myös muun perheen suunnitelmiin. Menettely osoittaa, minkälaisen kielen ja keskustelukulttuurin avulla pystyimme kommunikoimaan ja jakamaan asioita kielellisistä vaikeuksista huolimatta. Myös terapeutit pitivät tärkeänä yhteisen kielen luomista, mutta sillä tuntui terapeuttien keskuudessa olevan erityinen merkitys, sillä terapeutin mielestä yhteinen kieli oli sitä, että ihminen uskaltaa sanoa oman kantansa ja olla eri mieltä (610ESL). Silloin potilas ei käytädy vain ennako-odotusten mukaan, vaan hän voi olla erimieltä ja sanoa:

”Minä en pidä tästä sinun jutustasi. Silloin kuntoutuja ymmärtää tulewansa arvostetuksi ja voi kokea, että hänellä on valtaa ja oikeus puhua. Terapeutille on tärkeää, että he ymmärtävät asiakkaan kanssa toisiaan, että heille löytyy jossakin määrin ’yhteinen sävel’ eli jotakin yhteistä, jonka asiakas ja terapeutti etsivät yhdessä, sillä välttämättä lähetteessä ennalta määriteltä ja hyvinkin perusteltu tavoite ei riitä yhteistoiminnan toteuttamiseksi.” (710ESL.)

Terapeutit keskustelivat voimakkaasti ja laajasti (muun muassa 88ESPA, 811TKA, 13ESL, 24TKL, 57YL, 59ESPA, 612YKLA, 613TKA) asiakkaan valintojen mahdollistamisesta, tekemisestä ja tehtyjen valintojen kunnioittamisesta niin kotikuin sairaalalolosuhteissakin. Keskusteluissa terapeutit korostivat yhdessä potilaan kanssa tehtävää valintaa, vaikka etenkin sairaalassa tunnistettiin olevan tilanteita, jolloin terapeutti joutui tekemään päätöksiä potilaan puolesta.

Jaetun ymmärryksen muodostumista pidettiin terapian onnistumisen kannalta tarpeellisena, sillä lähtötilanteessa asianosaisilla saattoi useita erilaisia, jopa keskenään ristiriitaisia käsityksiä siitä, miten asiat ovat ja miten niiden haluttaisiin olevan. Siksi ymmärryksen jakaminen edellyttää ensin luonteeltaan toteavaa vaihetta, jossa ei vielä tehdä valintoja eikä asioita aseteta tärkeysjärjestykseen.

Erikoissairaanhoidossa lasten parissa toimiva terapeutti halusi erottaa jaetun ymmärryksen ja yhteisen ymmärryksen toisistaan: *”Yhteinen ymmärrys on möykky, jossa ei vaihdeta mielipiteitä, mutta tarvitaan paljon vuorovaikutusta, ennen kuin päästään jaettuun ymmärrykseen, koska ihmiset tulkitsevat helposti toisiaan väärin. Tarvitaan paljon keskustelua, että on varmasti ymmärtänyt oikein, mitä toinen tarkoittaa.” (57YL.)*

Jaetun ymmärryksen rakentamisessa on kyse *kollektiivisesta ongelman tunnistamisesta*, joka on kumppanuussuhteessa tärkeä asia. Erilaisten käsitysten hyväksy-

minen oli ollut terapeutille työuran aikana oppimisen paikka (610ESL). Hän oli joutunut huomaamaan, etteivät hänelle itselleen selvät tai arvokkaat asiat välttämättä olleet lainkaan tärkeitä tai yhtään selviä asioita perheelle. Niissä tilanteissa keskustelu ja ajatun ymmärryksen rakentaminen oli ollut tärkeää. Terapeutti epäili ammattilaisena tuovansa aina vahvemmin esille oman näkökantansa, vaikka pyrkisikin olemaan asiakaslähtöinen ja asiakkaan asiantuntemus olisi esillä.

Erilaisten näkökulmien yhteen sovittaminen ja asiakkaan kokonaistilanteen näkeminen ei välttämättä ole nopeasti etenevissä työelämäntilanteissa aina helppoa. Asiantuntijuutta ja erityisesti sen jakamisen rajoituksia koskevissa tutkimuksissa yhdeksi raja-aidaksi on tunnistettu muun muassa se, että asiantuntijat toimivat itselleen tutuissa pienissä maailmoissa, joissa saman ammatin edustajat jakavat toistensa kanssa yhteisen kielen, toiminnan ja käytännöt (Hakkarainen & Paavola 2006: 244). Erilaisten näkökulmien olemassa olo on ymmärrettävää, jos ajatellaan, että ihminen suhteuttaa uutta tietoa aina aiempaan kokemukseensa ja ajatteluunsa. Näin ollen asiakkaan ongelma ei välttämättä ole helposti ratkaistavissa oleva yksinkertainen asia, vaan itse asiassa ongelmakimppu, jonka eri asiantuntijat näkevät omista näkökulmistaan käsin erilaisena (vrt. object of contemplation). Tätä näkökulmien erilaisuutta on havainnollistettu mielestäni hyvin perinteisellä kani-ankkakuvalla, jossa sama kuva voi yhden katsojan mielestä näyttää kanilta ja toisen mielestä ankalta. Yhteistoiminnan onnistuminen edellyttää, että osallistujat jakavat toistensa kanssa omat käsityksensä ja pyrkivät sitä kautta rakentamaan jaettua ymmärrystä kohteesta (shared object of contemplation).

Ongelmaa selvittäessään toimintaterapeutti (77YL) vertasi omia taustatietojaan asiakkaan tilanteeseen ja toiveisiin. Yli 20 vuotta toimintaterapeutina työskennelleen terapeutin kokemuksen mukaan parhaat tulokset saavutettiin silloin, kun ongelman selvittämiseen oli panostettu enemmän. Silloin saatettiin löytää se asia, mihin kannatti vaikuttaa. Esimerkiksi lapsen kuntoutumisen kannalta tärkein vaikuttamiskohde saattoi lapsen sijaan olla ympäristötekijöihin puuttuminen. Tärkein vaikuttamiskohde selvisi terapeutin mielestä vain siten, että toimijoilla on aikaa tutkia ongelmaa. Se ei selvinnyt pelkillä rutiinikaavakkeilla eikä reseptivastauksilla. Kun terapeutti loi kokonaiskuvaa lapsen tilanteesta, hän oli yhteydessä moniin paikkoihin ja myös jatkoi tiivistä yhteistyötä lapsen verkostossa työskentelevien henkilöiden kanssa koko terapiajakson ajan. Vaikka jaksoon ei olisi kuulunut käyntejä päiväkodissa, hän meni sinne, sillä hän oli kiinnostunut asiakkaan arjesta: *"Miten teidän arki sujuu?"*, *"Minkälaisia ongelmia teillä on?"* Päiväkodissa hän kysyi samalla tavoin: *"Miten teillä päiväkotiarhi sujuu tämän lapsen kanssa?"* Nämä olivat toisenkin terapeutin (710ESL) mielestä tärkeitä kysymyksiä. Hän koki ammatin onneksi, että sai kysyä oikeita, arkitoimintaan liittyviä kysymyksiä. Esimerkiksi vessakäynteihin liittyviin kysymyksiin sai konkreettisia ja suoria vastauksia: *" - Ei ole oppinut kuivaksi, vaikka on 4-vuotias. - Ahaa, no se on varmaan ongelma teidän*

arjen kannalta. – *No se on ongelma.*” Terapeutin mielestä konkreettisia asioita koskevalla keskustelulla oli vanhempien sitoutumista edistävä merkitys, sillä häntä ja vanhempia yhdisti lapsen arjessa oleviin kysymyksiin ja ongelmiin kiinnittyminen (710ESL). Terapeutti myös löysi toiminnan merkityksellisyyden ja mielekkyyden pienistä ilmauksista: *”Hei tää on kivaa.” ”Tätä mä haluun tehdä.” ”Mä haluaisin ajaa pyörällä, mut mä en osaa ja mä oon jo 7-vuotias.”*

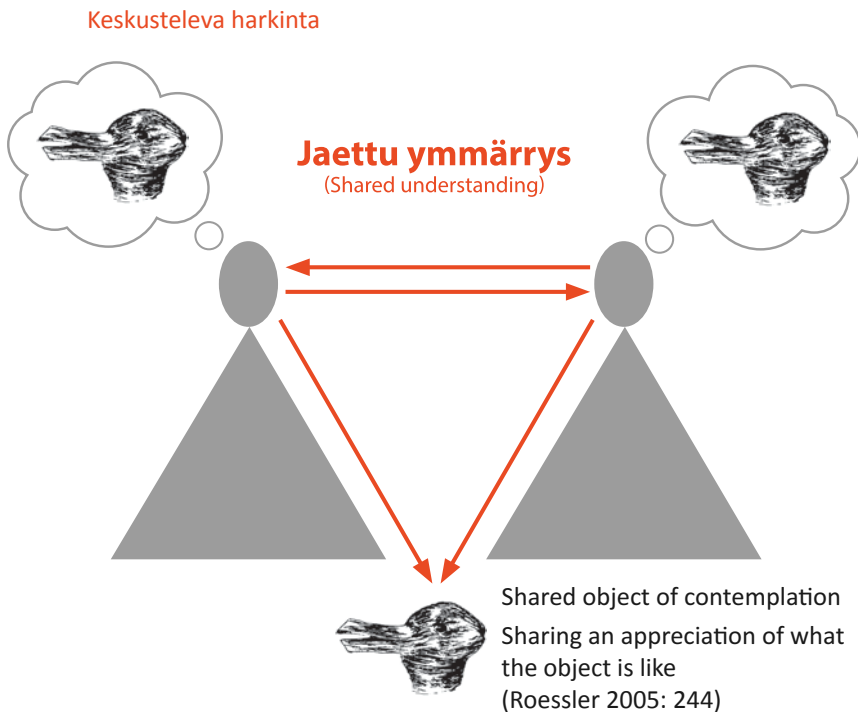
Alla olevasta kotikäynntejä koskevasta kuvauksesta käy hyvin ilmi, miten terapeutti käytti ongelman ratkaisussa vähintään kahta erilaista yhteenkietoutunutta keskustelumuotoa. Hän halusi ensin ottaa haltuun asiakkaan kokonaistilanteen ja vasta sitten palata ongelman ratkaisemiseen. Yhtäältä hän näytti pitävän tärkeänä sidosryhmien kantojen mukaan ottamista, mutta toisaalta tunnistui, että keskustelun vapaamuotoisuuden ja avoimuuden ylläpitämisestä tulee haasteellisempaa, kun keskustelijoiden määrä kasvaa.

Esimerkiksi kotikäynnillä terapeutti ja asiakas katsoivat ensin yhdessä pulmia. ”Siinä vaiheessa keskustelu ei ole koskaan tarkasti jäsentynyttä, vaan asiat poukkoilevat. Kun asiakkaalla on tilaa kertoa tarinaansa, niin siinä ovat sekaisin lapsenlapset ja tukikahvatarpeet.” Vasta kun pulmat oli selvitetty, terapeutti kävi selkeästi erillisenä asiana mittailemassa tiloja asunnonmuutostyo-suunnitelman tekemistä varten. Käynnin lopuksi hän teki yhteenvedon, esitti oman käsityksensä asiasta ja teki ehdotuksensa siitä, mitä kannattaisi tehdä. Terapeutin mielestä asiakas tarvitsi sosiaalista tilaa, että hän sai kerrottua itselleen tärkeät asiat. ”Asiakkaan tila jää helposti liian pieneksi, jos esimerkiksi rakennusalan asiantuntija on mukana heti ensimmäisellä kerralla.” Yleensä terapeutti tekee vain yhden kotikäynnin, mutta parhaassa tapauksessa tehdään kaksi, jolloin toinen rakennusalan asiantuntija tulee mukaan vasta toiselle kerralle. Terapeutin mielestä yhteistyö toimii paremmin, kun asiakas ja terapeutti ovat ensin yhdessä katsoneet, mitkä asiat pitäisi muuttaa. Kun he sitten yhdessä esittävät muutettavat asiat asiantuntijalle, voidaan keskustelussa jo paremmin keskittyä teknisiin ratkaisuihin. Terapeutti muisti kuitenkin yhden asiakkaan, joka loi itse paremman suhteen rakennusalan asiantuntijaan kuin terapeuttiin. Siinä tapauksessa asiantuntijan lähestymistapa sopi paremmin nuorehkolle miehelle ja he ymmärsivät hyvin toisiaan keskittymällä yhdessä teknisiin ratkaisuihin. Terapeutti koki oppineensa tapauksesta, joka muistutti häntä vuorovaikutuksen yksilöllisyydestä: Vuorovaikutus on tärkeä, mutta se ei synny välttämättä helposti tai yleisten toimintamallien avulla. Vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää terapeutilta herkkyyttä tunnistaa asiakkaan yksilöllisyys. (26TKA.)

Edellisessä esimerkissä terapeutin ja asiakkaan välinen keskustelu ei perustunut niinkään opittuun puhetaitoon tai argumentaatiotekniikoiden hallintaan, vaan

pikemminkin elävään, vaihtelevasti etenevään dialektiikkaan, joka sisälsi yllättäviä sivupolkuja ja ennakoimattomuutta. Kummassakin terapeutin kuvailemassa keskusteluvaiheessa kyse on kollektiivisesta tiedon muodostuksesta: ensimmäisessä vaiheessa tunnistettiin ongelmat ja määriteltiin tavoitteet, ja toisessa vaiheessa etsittiin olosuhteisiin sopivia ratkaisuvaihtoehtoja, joiden avulla voitaisiin päästä tavoitteeseen (vrt. Parviainen 2006: 175).

Terapeutti (710ESL) koki, että jaetun ymmärryksen rakentaminen on ikään kuin ”yhteisen kielen” etsimistä, mikä edellyttää häneltä nöyryyttä. Terapeutti koki, että vanhempien sitoutumisen takia hänen tehtävänsä oli etsiä sitä todellisuutta, missä hänen asiakkaansa elivät, eikä tuputtaa omia käsityksiään, jotka eivät siihen todellisuuteen sopineet. Terapeutin kokemuksen mukaan jo pelkät tuputusyrityksetkin olivat yleensä menneet pieleen.



Kuva 9. Toimijoiden käsitykset samasta kohteesta voivat olla erilaisia.

Lähtökohtaisesti terapeutit pitivät jaetun ymmärryksen rakentamista tärkeänä, mutta myös vaativana asiana. He kokivat sen edellyttävän terapeutilta asiakkaan elämän tosiasioiden ja kokemusten yksilöllisyyden tunnistamista ja tunnustamista ilman arvostelua ja arvottamista. Asiakkaat elivät monenlaisissa toimintaympäristöissä, jotka muodostavat omia pieniä maailmojaan. Asiakkaan elämään tutustumisessa ja jaetun ymmärryksen rakentamisessa oli kysymys keskustelijoiden paradigmojen

avaamisesta ja yhteisen paradigman rakentamisesta. Terapeutit oppivat jaetun ymmärryksen rakentamista vähitellen, kokemuksen ja erilaisten arvostusten hyväksymisen kautta. Jaetun ymmärryksen rakentamisen vaativuus tuli selkeimmin esiin keskusteluissa, joissa otettiin kuntoutujan lisäksi huomioon myös hänen lähipiirinsä, sillä haasteisiin liittyvät esimerkit kertoivat usein tällaisista tapauksista.

Terapeutin yhteistoiminnan kannalta on mielestäni tärkeätä tarkentaa, että vaikka jaetun ymmärryksen rakentamisella saattoi olla jo sinänsä sosiaalista elämää, inhimillistä kanssakäymistä ja hyvää elämää rikastuttava ominaisuus, niin toimintaterapiassa sillä oli myös instrumentaalinen merkitys: pyrkimys asiakkaan ongelman selvittämiseen. Jaettua ymmärrystä tarvittiin yhdessä rakennettavan kuntoutus suunnitelman, terapiaprosessin ja terapeutin yhteistoiminnan lähtökohdan luomisessa sekä hyvinvointiin ja toimintakykyisyyteen tähtäävien tavoitteiden asettelussa. Kaikissa tapauksissa kyse oli monipuolisesta, laaja-alaisesta, realistisesta ja kollektiivisesti rakennettavasta tiedosta, jonka pohjalta kuntoutussuunnitelmassa tai terapiakerran suunnittelussa oli otettu huomioon asianosaisten toimijoiden näkökulmat nykyisestä tilanteesta sekä tulevaisuutta koskevista odotuksista ja toiveista.

Asiakkaan tilanteen yksilöllisten piirteiden tunnistaminen ja niiden merkitysten ymmärtäminen edellyttivät keskustelua ja harkintaa. Asiakas ja terapeutti saattoivat alkaa ymmärtää toistensa näkökulmia ja yhteisen toiminnan lähtökohtia, kun he jakoivat tilannetta koskevia tietojaan ja käsityksiään. Tässä alaluvussa tuli esiin, miten terapeuttien keskustelu täydensi monien erilaisten esimerkkien avulla alustavaa käsitystäni asiakkaan tilanteen erityispiirteiden huomioon ottamisen merkityksestä. Perheiden erilaisuuden takia terapian tavoitteita jouduttiin joskus harkitsemaan pitkään: *”Yhden perheen lapsen kanssa joku asia ei oikeasti ole realistinen tai mahdollista, vaikka asian harjoittelu olisi lapselle valmiustasolla mahdollista. Perheen kannalta se ei ehkä ole järkevä harjoittelukohde. Se on haasteellista, kun lasten terapiassa pitää yhteistoiminnan sujumiseksi aina huomioida koko perhettä ja muuta ympäristöä.”* (33ESL.)

Terapeuttien pitää olla nöyriä kuulemaan potilaan tahtoa ja motivaatiota. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus sanoa myös, että nyt ei ole tämän asian aika tai toimintaterapian aika. Jos potilas ei halua terapiaa, niin voi olla, että terapiakaan ei johda mihinkään tavoitteelliseen tulokseen (59ESPA). Toisaalta edellä oli esimerkkejä, joissa potilaan motivaatio heräsi vähitellen terapian edetessä. Terapeutin ammattitaitoa tarvitaan tunnistamaan ja erottamaan nämä tilanteet toisistaan. Terapeutin (610ESL) mielestä sairaalassa edetään joskus turhan jyrkästi, sillä valintatilanne saattoi olla jollekin asiakkaalle myös ahdistava. *”Eikö kuntoutujalla tule olla oikeus myös tehdä se valinta, että nyt hän ei valitse? Että terapeutti saa valita minun puolestani.”*

Toisessa esimerkissä toimintaterapeutti (77YL) kertoi kunnioittavansa äitiä, joka ei ollut kyennyt hoitamaan lastaan kotona ja kertoi sen terapeutille: *”Kuuro isä hoiti lapsen. Lapsi kävi koulua, mutta hänet syötettiin ja hänellä oli vaipat ja muuta. Lapsen kotona näin, että äiti ei tee mitään. Olin tyytyväinen siitä, että äiti sanoi sen rebellisesti.*

Sen jälkeen tiesin, että kuntoutusta ei rakenneta äidin varaan. Arvostan sitä, että asiat sanotaan rebellisesti, sillä vain sen päälle voidaan rakentaa realistinen kuntoutus. Esimerkiksi tässä tapauksessa kuntoutus rakennettiin iltapäivähoidon ja koulun varaan.”

Jaetun ymmärryksen muodostamisessa näytti nousevan tärkeäksi tekijäksi toimijoiden avoin keskustelu, jossa nostetaan esille nykytilannetta ja tavoitetilaa koskevia erilaisia käsityksiä, mieltymyksiä, odotuksia ja toiveita. Ongelman selvittelyyn tähtäävässä keskustelussa tarvittiin monipuolista ja laaja-alaista tietoa siitä, millaisiksi asianosaiset käsittivät tilanteen, millaisia merkityksiä he sille antoivat ja millaisia odotuksia sekä toiveita heillä oli tulevaisuuden suhteen. Se edellytti avointa ilmapiiriä, tilaa esittää omia käsityksiään sekä luottamusta siihen, että esiin nostettuja asioita käytetään asiakkaan toiminnallisen tilanteen edistämiseksi. Se edellytti toimijoilta rohkeutta ja hyväntahtoisuutta.

Terapeuttien kokemukset laajensivat ja syvensivät käsitystäni ongelman selvittämisen merkityksestä yhteistoiminnassa. Ongelman alustavassa jäsennyksessä koottiin yhteen asiakkaan nykytilaa koskevaa tietoa sekä tulevaisuuteen suuntautuvia tavoitteita, jotka voivat olla hyvinkin erilaisia. Keskustelut toivat myös vahvasti esiin ongelman selvittelyyn ja sen ratkaisuun tähtäävän suunnitelman yhteenkiötöityneisuuden sekä läheisten ja muiden asianosaisten osallistumisen merkityksen ongelman täsmentämisessä. Pelkkä erilaisten käsitysten kokoaminen yhteen ei kuitenkaan vielä sellaisenaan riittänyt terapian lähtökohdaksi.

Asiakkaan vaikuttamismahdollisuutta pidettiin esimerkiksi joidenkin lasten kohdalla ehdottoman tärkeänä (13ESL). Sen avulla terapeutti tarjosi lapselle kokemusta siitä, että lapsi tiesi asioita ja sai vaikuttaa siihen, mitä tuli tapahtumaan. Se valmisteli lasta kohti tulevaa ja tarjosi tilaisuutta ennakkokäsitysten muodostamiselle. Terapiatilanteissa lapsen kanssa pohdittiin: *”Mitä me tänään tehdään?”* ja lapsi valikoi (77YL). Terapeutti katsoi omaksi tehtäväkseen sisällyttää harjoitukset lapsen valitsemaan toimintaan. Jos lapsi aina vältteli jotain asiaa tai tekemistä, niin terapeutti ehdotti sen mukaan ottamista jossain vaiheessa. Terapeutti pohti, että tämä oli hänen punainen lankansa kaikkien lasten kanssa vammaryhmästä riippumatta. Vaikeavammaisten lasten kohdalla yleensä kaikki muut valitsivat heidän puolestaan: heille avataan laatikot ja tehdään kaikki valmiiksi.

Terapeutti (612YKLA) kertoi, miten kuntoutujilla oli kuntoutuslaitoksessa omat tavarat, vaatteet ja oma aikataulu, johon osallistuminen oli periaatteessa vapaaehtoista. Kuntoutujalla saattoi olla yksittäisiä päiviä, että hänen ei tarvinnut nousta sängystä ylös, jos hän ei jaksanut tai halunnut. Kuntoutuja saattoi valita, menikö hän suihkuun aamulla vai illalla, mutta hän ei saanut päättää, meneekö ollenkaan.⁴⁷ Omasta ohjelmasta huolimatta kuntoutujalle jäi hyvin vähän aikaa itsel-

47. Riippuen esimerkiksi siitä, oliko hänellä haavoja tai muita huomioon otettava asioita (esimerkiksi katetroinnit tehdään useimmiten tiettyssä järjestyksessä).

le ja sellaisille asioille, joista hän sai itse päättää. Kuntoutuslaitoksessa tupakka on monille kuntoutujille se asia, mistä he pitivät kiinni. Terapeutti koki sen kuntoutujien itsemääräämisoikeuden peruskiveksi: *”Tupakkaa ei sitten minulta kyllä viedä!”* Sen varjolla kuntoutujat myös innostuivat asioista. Vähintäänkin kuntoutuja halusi pitää tupakkaa itse kädessä ja tupakoida itsenäisesti.

Valintojen mahdollistaminen ei riipu vain toimintakulttuurista ja asenteista, vaan se on kiinni myös resursseista, osallistujien toimintavalmiuksista ja ympäristötekijöistä. *”Joskus on tarpeen siirtää sosiaalisesta ympäristöstä joku henkilö vähän kauemmaksi, jotta asiakkaan vuorovaikutukselle ja valintojen tekemiselle saadaan tilaa.”* (26TKA.) Ennakointiin vaikuttivat myös ihmisen omat kyvyt kommunikoida: *”Pystyykö hän kommunikoidaan semmoisella tavalla, mitä luulen ymmärtäväni, tai ymmärränkö sen tavan, miten hän lähestyy asioita”* (612YKLA). Joskus kuntoutujalta itseltään ei saanut tietoa eikä tämä pystynyt tekemään valintoja. Silloin terapia piti vain aloittaa jostakin. Piti vain tehdä jotakin ja yrittää vähitellen löytää tavoiteltavissa oleva päämäärä.

Yhdessä tehtävät valinnat edellyttivät keskustelua ja harkintaa. Tällöin kommunikointikyvyn lisäksi tarvittiin laaja-alaista tietoa vaihtoehtoista ja niiden toteutuksen edellytyksistä sekä seurauksista. Asiantuntijat tiesivät erilaisista toimintavaihtoehtoista, menetelmistä ja keinoista, mutta käytännössä niitä kaikkia oli pohdittava tilannekohtaisesti. Tällöin harkinnassa oli otettava huomioon asiakkaan ja hänen läheistensä tilanne, tahto ja tulevaisuuden odotukset. Kyseessä oli itse asiassa luova prosessi. Yllä olleista esimerkeistä kävi ilmi, että toimivien keskustelutilanteiden muodostaminen edellytti terapeutilta herkkyyttä tunnistaa tilanteen erityispiirteet ja rohkeutta vaikuttaa tilanteen kulkuun siten, että kaikilla oli riittävästi tilaa tuoda esille oma näkemyksensä ja että kaikki vaihtoehdot tulivat keskustelussa huomioonotetuksi ja tasapuolisesti puntaroiduksi.

Vaihtoehtojen esittämistä seurasi niiden puntarointi. Terapeutin esittämät vaihtoehdot olivat ammatillisesti harkittuja ja valikoituja. Joissakin tilanteissa saattoi olla perusteltua, että kaikki asianosaiset saisivat esittää ilman rajoituksia viltimpiä ideoita, vaikka valituksi tulisivat vain toteuttamiskelpoiset ehdotukset. Tulevaisuuteen suuntautuvassa keskustelussa vapaa ideointi saattoi lisätä ilmapiirin avoimuutta ja rohkeutta ilmaista omia toiveita.

Vaikka sensorisen integraation mukainen terapiatilanne saattoi sisältää enemmän vapausasteita kuin arviointi, niin itseohjautuvuus ja itsemääräämisoikeus eivät yhteisen ennakkoinnin yhteydessä tarkoittaneet sitä, että lapsi voisi valita mitä vaan (11ESL). Aikuistenkin valintoja oli joissakin tapauksissa syytä rajata esimerkiksi ulkopuolisen näkökulman avulla: *”mitä naapurit tai perhe sanoisivat tästä?”* tai *”miltä tilanne näyttäisi toisten mielestä”* (612YKLA). Terapeutin mielestä ulkopuolisen näkökulman huomiointi oli asiakkaasta välittämistä.

Aikuisten kanssa työskennellessä tavoitteiden asettelu voi kestää viikoista vuosiin ja niihin saattoi liittyä myös suorituspaineita. Esimerkiksi masennuksesta, paniikkioireilusta tai syömishäiriöistä kärsivien asiakkaiden paineet saattoivat vahvistua tavoitteita tai yhteistä sopimusta laadittaessa, sillä näiden asiakkaiden oli vaikeaa hyväksyä, että tavoite ei ollutkaan saavuttamattomissa, vaan aivan lähellä ja silmien edessä. (59ESPA.)

Tavoitetta koskevassa keskustelussa asianosaiset tekevät tavoitteita ja keinoja koskevia ehdotuksia ja puntaroivat toisen tekemää ehdotusta. Terapeuttien kuvailuista nousivat esille asiakkaan ja oman tietämyksen arvostaminen sekä pyrkimys adaptiiviseen asiantuntijuuteen (vrt. Hakkarainen & Paavola 2006: 217–219), sillä terapeutit eivät tyytyneet pelkkiin helppoihin ratkaisuihin. Asiakkaan ongelmia ei pyritty kesyttämään tyytymällä vain niiden piirteiden tunnistamiseen, jotka tunnettiin entuudestaan, eikä ongelmia pyritty voittamaan standardiratkaisuilla (vrt. Rittel & Webber 1973). Näissä esimerkeissä keskustelijat etsivät yhteistä kohdetta, tavoitetta ja ratkaisua. Sen lisäksi he myös loivat yhteistä keskustelukulttuuria, *yhteistä kieltä ja kommunikoinnin keinoja*. Se edellyttää arvostavaa ja harkitsevaa suhtautumista sekä omaan työhön että toisen tekemiin ehdotuksiin. Se edellyttää tilaa ja rohkeutta esittää omia ajatuksiaan vielä senkin jälkeen, kun on jo päästy yhteiseen päätökseen. Tämä osoitti, että *osallistujat halusivat päästä parhaaseen mahdolliseen tai ainakin riittävän hyvään ratkaisuun ottamalla huomioon laajasti ja monipuolisesti asiaan vaikuttavat tekijät sekä mahdolliset seuraukset*.

Ymmärryksen jakaminen kohdistui siis kahteen asiaan: asiakkaan nykytilan selvittämiseen ja tulevaisuutta koskevien tavoitteiden, odotusten ja toiveiden selvittämiseen ja valintaan. Jaetun ymmärryksen rakentaminen tapahtui kahdessa vaiheessa, joista ensimmäisessä luotiin alustava mutta mahdollisimman kokonaisvaltainen jäsenitys nykytilasta ja tavoitetilasta. Toisessa keskusteluvaiheessa valittiin yhdessä perusteltu lähtökohta ja tavoite terapialle.

Yllä olevista esimerkeistä tuli esiin, miten valinnanmahdollisuudet olivat yhteydessä toimintaympäristöön ja toisiin ihmisiin. Sekä sairaalassa että kuntoutuslaitoksessa terapeutit joutuivat tasapainottelemaan asiakkaan ja hänen läheistensä valintaoikeuden ja valintakyvyn välillä. Esimerkeistä kävi ilmi, miten tilanteissa ei heti pystytty ennakoimaan yhdessä. Tällöin oli ensin vain alettava tehdä jotakin ja etsittävä tilaisuutta, jossa yhteiseen ennakointi mahdollistuisi. Tämä toi esille ongelman selvittelyn ja ratkaisun yhteenkietoutuneisuuden.

Terapian onnistumisen kannalta osoittautui tärkeäksi, että asianosaiset hyväksyivät yhdessä täsmennetyn ongelman terapian suunnittelun lähtökohdaksi ja että valinnat tehtiin yhdessä. Konkreettisesti keskustelevan harkinnan ydin on jaetun ymmärryksen ja yhdessä tehdyn valinnan rakentamisessa, ja sen kohde näyttää tämän tutkimuksen perusteella tiivistyvän nykytilan ja tavoitteiden väliseksi kuiluksi, joka pyritään silloittamaan yhteisen ennakkoinnin sekä suunnittelun avulla.

Yhteinen ennakointi

Alustavassa käsityksessä *yhteinen ennakointi* oli yksi yhteistoiminnan välttämätön ehto. Terapeuttien kanssa käymäni keskustelut auttoivat täsmentämään ensinnäkin ennakkoinnin osuutta yhteistoiminnassa ja toiseksi tarkentamaan sen sisältöä. Yhteisellä ennakkoinnilla näytti olevan tärkeä tehtävä ongelmien ratkaisuun tähtäävän toteutuksen suunnittelussa. Terapeuttien kanssa käytyjen keskustelujen avulla yhteistä ennakointia koskeva käsitykseni täsmentyi ja tarkentui monin tavoin.

Yhteisen ennakkoinnin käsitteeseen kietoutui hyvin vahvasti käytännöllisen harkinnan käsite. Sitä pidettiin ylipäätään terapiatyössä välttämättömänä ehtona, mutta terapeutit mielsivät sen yleisesti lähinnä omassa mielessään tapahtuvaksi asiaksi (32YL, 33ESL, 88ESPA, 44TKL, 45YKLA, 46TKA). Keskustelevaksi harkinta muuttui silloin, kun terapeutti teki asiakkaalle tarkentavia kysymyksiä sekä ehdotuksia ja toi uusia näkökulmia. Hän saattoi hahmotella ensin mielessään erilaisia mahdollisuuksia, joiden pohjalta hän esitti asiakkaalle tiettyjä vaihtoehtoja. Ääneen lausutut ehdotukset olivat siten jo jollain tavalla harkittuja ja suodatettuja ideoita, joita asiakas saattoi arvioida, tutkia ja etsiä, löytyisikö niistä hänelle sopivia vaihtoehtoja. Asiakkaan oma ajatus tuli esiin lähinnä hänen tekemissään kysymyksissä ja pohdinnassa.

Alustavassa käsityksessäni keskustelimme asiakkaani ja hänen vanhempiansa kanssa suunnitelmista lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Pitkällä aikavälillä se tapahtui kerran vuodessa kuntoutussuunnitelman tarkistusvaiheessa tai uutta suunnitelmaa rakennettaessa. Laadimme lausunnon toteutuneesta terapiasta sekä arvion asiakkaani toimintakyvystä vaiheittain: kysyin ensin suullisesti vanhempien ja asiakkaani käsityksiä terapiasta ja asiakkaan toimintakyvyn edistymisestä. Sen jälkeen yhdistin lausuntoluonnoksessa heidän käsityksensä omiin havaintoihini. Kolmanneksi pyysin heitä tarkistamaan ja tekemään luonnokseen tarpeelliseksi katsomansa korjaukset, jotta lausunnossa olisi mainittu oleelliset asiat oikein. Kelalle tehtäviin lausuntoihin tuli omana kohtanaan mukaan myös asiakkaan tai läheisen oma arvio.

Lyhyellä aikavälillä tarkastimme jokaisen terapiatilanteen alussa senhetkisen tilanteen ja keskustelimme edellisellä kerralla laaditun suunnitelman toteutum mahdollisuuksista sillä hetkellä. Sen jälkeen kävimme sanallisesti yhdessä läpi koko toteutussuunnitelman. Toiminnan reflektio tehtiin jokaisen terapiakerran jälkeen. Kirjasimme päiväkirjaan sen, mitä oli tehty, ja arvion siitä, miten toteutus oli onnistunut. Asiakkaani otti kantaa ilmeihin, eleihin, yksinkertaisin sanoin (joo–ei) ja kuvasymbolien avulla. Läheiset seurasivat arviointikeskustelua pääasiassa sivusta.

Keskusteluihin osallistuneet terapeutit halusivat tehdä realistisia ja toteutuskelpoisia suunnitelmia (7713TKA, 77YL). Heidän mielestään ihminen sai olla juuri sellainen kuin oli, mutta terapeutin piti huolehtia realiteeteista. Apuvälinehankintojen tai asunnonmuutostyöasioiden yhteydessä asiakkaan kanssa käytiin läpi ja puntaroitiin eri vaihtoehtoja. Määräysten sijaan terapeutti teki suosituksia ja ehdo-

tuksia: ”Mun mielestä sä voisit hyötyä tästä”, ”Tän vois tehdä näin” ja ”Me voitais ottaa tekninen mies vaik tähän kattomaan.” Sen jälkeen asiakas ja terapeutti keskustelivat ja pyrkivät löytämään ratkaisun, joka hyödyttäisi asiakasta. Päätös ja ratkaisu kuuluivat asiakkaalle, ja siksi hänen harkinnalleen piti antaa aikaa. Asiakkaan ratkaisun perusteella terapeutti kirjoitti tarvittaessa suosituksen. Kun asiakas oli miettinyt ehdotusta ja keskustellut myös läheistensä kanssa, hän saattoi vielä palata suositukseen ja ehdottaa ratkaisun muuttamista. Terapeutti oli kokenut hyväksi, jos ihmiset uskalsivat vielä suosituksen laatimisen jälkeen ottaa yhteyttä. ”Hei tietsä sä, nyt laitoit, et sori nyt kauheesti, sä olit kirjottanu kauheen bienon tekstin ja kaiken, mut kuule kuitenkin, niin tuota olen tässä sitä mieltä, että...” Terapeutti kertoi olevansa kiitollinen tällaisistakin yhteydenotoista, mutta tällöin terapeutti joutui miettimään uudelleen, onko uusi ehdotus sellainen, mitä hän voi suositella, ja onko ehdotus oikeudenmukainen suhteessa muihin kuntalaisiin. Tällaisen prosessin kautta terapeutin mielestä kuitenkin syntyi hyvä suunnitelma, jonka jälkeen hän saattoi rohkein mielin viedä asiaa eteenpäin. Terapeutin mielestä kyseessä oli aito vuoropuhelu. Siinä ihminen voi olla juuri sitä mieltä kuin hän oikeasti on. (7713TKA.)

Ennakointi tarkoitti lasten kanssa työskentelevälle terapeutille ensisijaisesti fyysistä asemoitumista terapiatilassa tietyllä tavalla joko häiriötekijöiden minimoimiseksi tai optimaalisten harjoitusolosuhteiden maksimoimiseksi (11ESL). Myös toinen terapeutti kertoi, miten hän saattoi asettua levottoman lapsen kanssa huonekalujen tai välineiden tai oven eteen siten, ettei lapsi pääse karkaamaan tai satuttamaan itseään tai ettei kukaan vahingoittuisi (12YL). Näiden tilanteiden ennakointi saattoi vaatia terapeutilta myös terapiatilan muokkaamista etukäteen. Arviointitilanteissa ennakointia koettiin tapahtuvan siinä vaiheessa, kun terapeutti oli konkreettisesti lapsen kanssa tekemässä jotain tehtäviä. Näissä tilanteissa kyse oli siis toimintaterapeutin tekemästä ennakoinnista esimerkiksi yhteistoiminnallisen tilanteen mahdollistamiseksi, jolloin se liittyy pikemminkin yhteistoiminnan fasilitointiin.

Puhumattomat ja kontaktihäiriöiset lapset asettivat yhteiselle ennakoinnille erityisiä haasteita. Siksi terapeutilla oli oltava hyvät taidot ymmärtää lapsen vihjeitä (13ESL). Vihjeiden lukutaito ja ymmärtäminen olivat yhteistoiminnan ja yhteisen ennakoinnin välttämätön tekijä. Terapeutin tilanteen luomiseksi ei riittänyt, että terapeutti havaitsi, mitä lapsessa tapahtui, mitä lapsi teki ja miten hän toimi. Tällöin oli kyseessä tilanteen lukutaito. Terapeutin tuli sen lisäksi ymmärtää, miksi lapsi toimi tietyllä tavalla, ja terapeutin oli kyettävä myös muokkaamaan ympäristöä tilanteen vaatimalla tavalla.

Kirjallisuudessa ennakointi liittyy moniin tilanteisiin. Ennakointia koskevaa tutkimusta on tehty muun muassa koulukäyttäytymiseen, organisaatioiden oppimiseen ja maanpuolustukseen liittyen. Se rakennetaan muun muassa olosuhteita ja resursseja koskevan realistisen tiedon varaan, ja siinä *tähdätään aina toteutuskelpoisiin ratkaisuihin*. Se voi koskea aikaa, paikkaa, ympäristön muokkaamista

tai muuta sellaista. Toimintaterapeuttien esimerkeissä ennakointi liittyi kaikkeen toimintaan joka vaiheessa, vaikka ennakkoinnin sijaan terapiassa puhutaan tavallisesti suunnittelusta ja suunnitelmallisuudesta. Toimintaterapiassa terapeutti voi tehdä ennakointia yksin tai yhdessä asiakkaan kanssa. Tässä tutkimuksessa huomio on kohdistunut etenkin yhdessä tapahtuvaan ennakointiin, jonka on käytännössä huomattu vahvistavan asiakkaan sitoutumista ja osallistumista.

Yhdessä toteutettavaa ennakointia tapahtui *terapiatilannetta ennen ja sen aikana*. Se saattoi olla *yksityiskohtaista* suunnitelman laatimista esimerkiksi asunnonmuutostöitä varten, *väljempää* koko terapiajakson suunnittelua tai tarkkaa olosuhteiden hyödyntämistä tai välineiden ja materiaalien käyttöä pohtivaa toteutuksen suunnittelua yhdessä asiakkaan kanssa. Ennakkoinnin avulla laadittiin suunnitelma siitä, mitä, miksi, miten, missä, kenen kanssa ja kuinka kauan toimitaan. Terapeutit pitivät ennakointia ja suunnittelua tärkeänä, sillä terapiatilanteessa ei heidän mukaansa tehty asioita sopimatta eikä kuntoutujalle annettu tehtäviä keskustelematta niistä ensin hänen kanssaan.

Terapeuttien käymien keskustelujen pohjalta ennakointia varten tarvittiin jaettavaa ymmärrystä nykytilasta ja tavoitteesta sekä tavoitteenmukaisesti *valikoitua tietoa olosuhteista ja resursseista*. Tutussa työympäristössä toimittaessa terapeutilla saattoi olla hyvin tarkka tieto siitä, missä välineitä ja materiaaleja säilytetään. Asiakkaan luonnollisissa toimintaympäristöissä, kotona ja päiväkodissa, tilanne oli päinvastoin: siellä asiakas tiesi terapeuttia paremmin tavaroiden paikat. Omassa työympäristössään terapeutti tunsi henkilöstön *toimintakulttuurin ja organisaation säännöt ja periaatteet*, minkä takia hän tiesi, mitä voi tehdä ja mitä ei. Uudelle asiakkaalle ne olivat vieraampia ja jopa outoja asioita. Toiminnan toteutuksen kannalta oli myös tärkeää tietää, *ketkä osallistuvat toteutukseen, minkälaisella panoksella he osallistuvat, millaisia voimavaroja, vahvuuksia ja heikkouksia heillä oli*. Sen lisäksi oli tiedettävä käytettävissä olevat *tilat, välineet ja käytettävissä oleva yhteinen aika*. Yhteistoiminnan onnistumisen kannalta on olennaista, että kaikki toimintaan osallistuvat tuntevat tilat, välineet, materiaalit ja säännöt ja sopimukset.

Alustavat tavoitteet ohjasivat valikoivaa tiedonkeruuta sekä mahdollisten seurausten pohdintaa. Olosuhteita ja resursseja koskevan tiedon perusteella alustavia tavoitteita voitiin tarkentaa ja konkretisoida. Terapeutin yhteistoiminnan teorian kannalta tämä tarkoitti ympäristö- ja yksilötekijöiden sekä *tavoitteiden yhteenkietoutuneisuutta toiminnan suunnittelussa ja yhteisessä ennakkoinnissa*. Tämä johtuu siitä, että osallistujat eivät voi tietää, mitä tietoa he tarvitsevat ennen kuin he ovat ratkaisseet, mitä tavoitetta kohti edetään, ja toisaalta tavoitteen kirkastaminen edellyttää riittävää ja realistista tietoa toteutusolosuhteista (vrt. Rittel & Webber 1973: 162). Ennakointi tähtää tässä vaiheessa toteutuskelpoisten suunnitelmien tekemiseen, minkä takia valintojen ja päätösten tekemiseksi tarvitaan riittävästi realistista tietoa.

Terapeutti (7713TKA) kysyi toiselta: ”Eiks sunkin työ oo semmosta, että sä annat ihmisille jotain uudenlaisia näkemyksiä? Että asiakkaat ehkä ensimmäisen kerran siinä kuulevat jonkun asian ja sitten heidän pitäisi heti sanoa kyllä tai ei. Jos minä olisin itse siinä tilanteessa ja minut laitettaisiin seinää vasten, että nyt pitää valita, enkä tuntisi vaihtoehtoja, niin se olisi kauhea tilanne. Silloin minusta tuntuisi siltä, että mua ei kunnioiteta eikä arvosteta. Siinä tilanteessa mä kaipaaisin, että saisin konsultoida vertaistukea siitä, miten he ovat tehneet, että kuulisin toisten kokemuksia.”

Terapeutit tunnustivat, että toteuttamiskelpoisten suunnitelmien tekeminen edellytti realistisen tiedon lisäksi myös kykyä pohtia erilaisia vaihtoehtoja. Terveydenhuollossa asiakkaat olivat usein kiinnostuneita toteutukseen liittyvistä edellytyksistä, mutta erityisesti seurauksista, joilla saattoi olla pysyvät vaikutukset heidän koko loppuelämänsä. Asiantuntijan velvollisuus oli huolehtia siitä, että asiakkaalla oli riittävästi tietoa paitsi eri vaihtoehtoista, niin myös eri vaihtoehtojen toteutukseen liittyvistä edellytyksistä (olosuhteista, resursseista), odotettavissa olevista tuloksista ja hyödyistä, mutta myös odottamattomista seurauksista ja riskeistä.

Kuntoutujat viettivät kuntoutuslaitosorganisaatiossa vain hetken elämästään, mutta terapeutin (612YKLA) mukaan siellä rakennettiin kuntoutujan elämänpolku eteenpäin koko loppuelämää varten.

”Kuntoutujan polun rakentamisessa on paljon asiakaslähtöisyyden elementtejä, mutta silti kuntoutujalla ei aina ole niin paljon tietoa, että hän voisi aidosti valita tai tehdä realistisia päätöksiä. On paljon asioita, mitä on pakko päättää kuntoutujan puolesta. Mutta kuntoutujan täytyy saada myös valita. Se edellyttää, että hänelle luodaan sekä valinnanmahdollisuuksia että valmiuksia tehdä valintoja, jotta hänellä olisi myöhemmissä valintatilanteissa oikea mahdollisuus tehdä valintoja.” (612YKLA.)

Erilaiset käsitykset saattoivat tulla esiin suunnitelman laadintavaiheessa, sillä yhtäältä jotkut vanhemmat kokivat tietävänsä kaiken niin käden kuin jalankin kehityksestä kuin myös kuntoutuksesta. Toisaalta oli niitä asiantuntijoita, jotka ajattelivat tietävänsä asiakkaan asiat paremmin kuin omaiset (57YL). ”*Omaiset eivät aina halua kotiinsa ulkopuolisia avustajia, vaikka henkilökunta pitää todennäköisenä, että he eivät tule jaksamaan. Siksi suunnitelmissa voi olla useampia vaihtoehtoja. Voi olla, että aluksi perhe hyväksyy vaihtoehdon A, mutta sen rinnalle rakennettava myös vaihtoehto B.*” (612YKLA.)

Seuraavissa esimerkeissä terapeutit kertoivat, miten he suunnittelivat terapiajaksoa ja muuta toimintaa yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.

”Laitoskuntoutusjakso on monesti rajattu 2–3 viikkoon. Siksi on pakko miettiä, mitä tällä jaksolla pystytään tavoittelemaan. Yleensä ensimmäisessä tapaamisessa sovitaan, mihin asioihin keskitytään, vaikka yksittäisillä kerroilla voikin myöhemmin tulla muutoksia. Ensimmäisen kerran loppuyhteenvedossa mietitään myös, mitä seuraavalla kerralla tulee tapahtumaan. Meillä pitäisi olla sama päämäärä ja ajatus siitä, että ihminen saisi jatkaa elämäänsä hänelle itselleen sopivalla tavalla.” (25YKLA.)

Muutostyöratkaisuja pohdittaessa voitiin miettiä oven paikkaa tai suunnitella eteiseen uutta pesutilaa. Terapeutti (46TKA) esitti asiat kysymyksinä ja ehdotuksina, jotta asiakas saattoi helpommin ottaa osaa keskusteluun: *”Tää vois olla ehkä näin?”* tai *”Voisko tää olla näin?”* tai *”Mitä hyötyä olisi, jos ovi olisi tuossa tai jos se olisi tässä?”* Keskusteleva harkinta oli yhdessä pohtimista ja rajaamista: asiakas ja terapeutti katsoivat asioita yhdessä, ja terapeutti kertoi tekevänsä käynnin lopuksi yhteenvedon. Tarvittaessa he sopivat uuden käynnin. Terapeutti halusi, että asiakas saisi omassa kodissaan tuoda esille itselleen tärkeitä asioita. Yhteinen ennakointi ja suunnittelu tarkoittivat hänelle tilannekohtaista vaihtoehtojen vertailua siten, että asiakkaan näkökulma oli esillä. Terapeutti halusi tietää: *”... mihin suuntaan asiakas haluaisi olla menossa tai mitä ajatuksia hänellä on”*.

Lasten kanssa työskentelevä terapeutti (77YL) pyrki kuuntelemaan, minkälaisia toiveita ja ajatuksia lapsella oli: *Mitkä olisivat niitä asioita, mitä lapsi haluaisi tänään tehdä? Jäikö viime kerrasta mieleen semmoista, mitä hän haluaisi nyt tehdä? Millä välineillä leikittäisiin?* Kysymysten kautta lapsi saattoi muistella, mitä edellisellä kerralla tehtiin, ja saattoi tuoda esiin, minkälaisia ajatuksia hänellä nyt olisi. Terapeutin mielestä se auttoi lasta orientoitumaan tulevaan toimintaan. Lapsen toiveita kuuntelemalla myös terapeutti orientoitui lapsen tilanteeseen. Samalla lapsi sai mahdollisuuden vaikuttaa siihen, mitä terapiassa tehdään. Myös toinen terapeutti (24TKL) teki lapselle ehdotuksia ja tarjosi vaihtoehtoja: *”Olisko tällainen tai tällainen?”* ja *”Voisko tällä välineellä tehdä sitä tai tätä?”* Sensorisen integraation viitekehuksesta käsin työskentelevälle terapeutille olivat tärkeää lapsen itseohjautuvuus ja oma valinta.

Keskusteleva harkinta oli siis tilanteiden sanoittamista ääneen ja keskustelua siitä, mitä seuraavaksi tehdään tai haluttaisiin tehdä. Terapeutti (13ESL) kertoi, miten lapsen arviointitilanne saattoi olla etukäteen tiukasti strukturoitu eikä arvioinnissa käytettäviä testejä voinut soveltaa, sillä se vaikutti luotettavuuteen. Jos testissä ei ollut määrätty, missä järjestyksessä tehtäviä piti tehdä, voitiin lapsen kanssa miettiä, mitä hän halusi tehdä ensin.

Toteutuskelpoisen toimintasuunnitelman tekemisen terapeutit kokivat ikään kuin yllätysten minimointina. Konkreettista toiminnan toteutusta koskevan puntaroinnin koettiin myös rakentavan yhteistä tietoisuutta tulevasta ja vahvistavan

luottamusta. Lasten kanssa työskentelevä terapeutti (24TKL) koki, että yhteiset ennakkoinnin hetket ja leikit mahdollistivat lapsille toiminnan ennakoitiharjoittelun, jolloin yhteinen ennakointi saattoi toimia myös oppimistilanteena.

Terapeutit (11ESL, 13ESL, 24TKL, 26TKA) kokivat, että yhteinen ennakointi luo psyykkistä turvallisuutta ja tietoisuutta siitä, mitä tapahtuu, missä ja miten kauan. Lapset halusivat luonnostaan orientoitua siihen, mitä tilanteessa kuuluu tehdä ja mitä tulee tapahtumaan. Terapeutit (esimerkiksi 24TKL) myös haastoiivat lapsen mukaan toiminnan ennakointiin kysymysten avulla: *”Mitä sinä haluaisit tehdä?”* tai *”Mitä muuta me voisimme siihen ottaa mukaan?”* Ennakointi yhdessä auttoi keskittymättömiä lapsia ylläpitämään tarkkaavaisuutta, kun he tiesivät, että tätä asiaa tehdään tietty aika ja sen jälkeen päästään tekemään jotakin muuta. *”Ellei ennakointia tehdä yhdessä, kyselevät lapset koko ajan, ja se lisää levottomuutta.”* (12YL.) *”Yhteinen ennakointi tarjoaa lapselle tilaisuutta oppia harkitsemaan ja ennakoimaan, myös sitä, millä tavalla terapeutti tekee asioita. Siten se voi tuoda lapselle myös sosiaalista turvallisuutta”* (31ESL).

Terapeutti kertoi esimerkin ennakkoinnin harjoitteluleikistä, joissa matkustettiin erilaisiin paikkoihin:

”Joskus kohteena on avaruus, joskus joku toinen maa. Viime viikolla leikittiin yhden lapsen kanssa leikkiä, jossa käytiin eri maissa ja mietittiin yhdessä, minkälaisella kulkuvälineellä siirrytään muun muassa Australiaan. Leikissä pohdittiin yhdessä, kuinka sinne pääsisi ja sitten päätettiin: ’No mennäänpä laivalla.’ Sen jälkeen piti pohtia, millä tullaan takaisin. Lapsi ideoi ja mietti kulkuvälineitä. Leikin aikana minun täytyy olla hyvin herkkänä niille pienille vihjeille, mitä lapselta tulee ja osattava tarttua niihin nopeasti. Parhaimmillaan ne ovat upeita leikitilanteita lapsen kannalta.” (24TKL.)

Perusterveydenhuollossa toimivalla terapeutilla (26TKA) oli asunnonmuutos-työtarpeen arviointia varten lupa tehdä vain yksi kotikäynti. Siksi hän aloitti arviointitilanteen ennakkoinnin jo puhelimesta ennen tapaamista. Terapeutti ilmaisi asiakkaalle, kuka hän on, miksi hän oli tulossa ja mistä lähete oli tullut. Puhelinkeskustelun aikana asiakkaalla oli mahdollisuus tuoda esiin asioita, joista terapeutti oivalsi, että jonkun muun henkilön läsnäolon oli tarpeellinen kotikäynnillä. Terapeutin mielestä puhelimesta tapahtui kotikäyntiä ennakoiva kohtaaminen. Puhelun alussa terapeutti pyrki saamaan käsityksen siitä, oliko asiakas tietoinen kotikäynnistä. Osasiko hän odottaa terapeutin soittoa? Jos ei, niin sitten hän selvitteli, miksi asia tuli yllätyksenä. Terapeutti kuvasi, minkä asioiden ympärillä kotikäynti tullaan tekemään, niin että asiakas voi jo etukäteen miettiä asioita ja halutessaan pyytää esimerkiksi omaisen paikalle. Usein hän antoi asiakkaalle asioita pohdittavaksi. Jos he olivat yhdessä tulleet siihen tulokseen, että kotikäynti on tar-

peellinen, antoi puhelu terapeutille oikeutuksen mennä asiakkaan kotiin. Tällöin kotikäynnistä tuli heidän yhteinen päätöksensä, joka jollain tavalla rakensi jo myös terapeutin ja asiakkaan välistä luottamusta, niin että keskustelussa saatiin edetä nopeammin. Kotikäynnillä terapeutti piti tärkeänä, että hän kertasi asiakkaalle, kuka hän oli, mistä tuli ja ketä edusti. Jos asiakkaalla on muistamattomuutta, niin sekaannusten minimoimiseksi asioita käytiin läpi enemmänkin. Muistamattomien asiakkaiden kanssa ei terapeutin mielestä ollut oleellista korostaa, että hän on toimintaterapeutti: pääasia oli, että asiakkaan asioita saatiin eteenpäin. Terapeutin mielestä oli ”kova juttu” asiakkaille, että joku vieras tuli kotiin varsinkin asunnonmuutostyöasioissa. Erityisesti näin oli, jos tulija oli nainen, joka tuli ehdottelemaan asiakkaan kodin remontoimista.

Myös lasten kanssa työskentelevä terapeutti (24TKL) keskusteli puhelimesta vanhemman kanssa lapsen liittyvistä asioista ennen kuin lapsi vanhempineen tuli vastaanotolle. Jos lapsella oli ongelmaa käsidominanssissa, terapeutti saattoi pyytää vanhempia seuraamaan lapsen käsien käyttöä tai katsomaan ennen tapaamista, miten lapsi toimii. Kun lapsi tuli vanhempineen paikalle, terapeutti kävi heidän kanssaan tulevia tapahtumia koskevan ennakoivan alkukeskustelun arviointia varten.

Yllä olevien esimerkkien perusteella ennakoitiin panostaminen näytti terapiassa itsessään tärkeältä keskustelumudolta ja myös terapian keinolta, jonka avulla voidaan vahvistaa toimintaan sitoutumista, edistää asiakkaan harkinnan taitoja ja itsenäisen toiminnan kehittymistä, auttaa asiakasta keskittymään ja rauhoittaa levotonta tilannetta. Toimintaterapeuttien esimerkeissä tuli konkreettisesti esille se, mikä teki ongelmien ratkaisemisesta käytännössä hankalan. Ensinnäkin asiakkaiden ongelmat eivät ole säännönmukaisia siten, että ne voitaisiin aina ratkaista yhdenmukaisella tavalla. Toiseksi työskenneltäessä erilaisten ihmisten kanssa monin tavoin vaihtelevissa olosuhteissa, on vaikea tunnistaa, mitkä kaikki tekijät on otettava huomioon ja missä vaiheessa on siirryttävä suunnittelusta muutoksen toteutukseen. Valintojen ja päätöksenteon pysäyttivät yleensä terapiaan käytettävissä olevan ajan rajallisuus, organisaation säännöt ja periaatteet sekä yhteinen näkemys siitä, että nyt on päästy tarpeeksi hyvään käsitykseen tai sopimukseen siitä, mitä lähdetään tekemään. Terapeuttien esimerkeistä paljastui myös, miten suunnitelman laatiminen yhdessä, keskustelevan harkinnan avulla, rakentaa ja vahvistaa luottamusta asiakkaan ja terapeutin välillä.

9.3 Muutoksen toteutus

Alustavassa käsityksessäni tekemistä ja toimintaa koskeneet pohdinnat johtivat tunnistamaan kolme toimintatyyppiä, jotka olivat tekeminen, toiminta ja yhteistoiminta (Harra 2011). Tekemisen ja toiminnan kuvaukset koskivat yksilön

toimintaa, ja yhteistoiminta koski kollektiivista asiakkaan ja terapeutin yhdessä toimimista. Tämän tutkimuksen aineistossa terapeutit keskustelivat yhteistoiminnan lisäksi monipuolisesti myös yhdessä tekemisestä. Tekemisen ja toiminnan erottelu on alustavassa käsityksessä tehty suhteessa päämäärään: toiminta sisältää päämäärän itsessään, kun taas tekemisellä tavoitellaan erillistä päämäärää tai asiantilaa. Terapeuttien (710ESL, 812YKLA) mielestä laatimani tekemisen, toiminnan ja yhteistoiminnan määrittelyt olivat selkeät ja osuvat.

Toimintaterapiassa muutoksiin tähtäävät keinot voivat olla joko käsitteellisiä tai käytännöllisiä. Keskustelevan harkinnan tulokset ovat sellaisenaan yhdessä laadittuja käsitteellisiä ratkaisuja, mutta ne eivät välttämättä vielä sellaisenaan riitä saamaan aikaan haluttua muutosta. Käsitteellisiä ratkaisuja ovat esimerkiksi asiakkaan toimintakykyä koskevat lausunnot sekä toiminnan mahdollistamista koskevat suositukset, ohjeet ja neuvot. Asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantamiseksi tarvitaan yleensä myös välittömiä muutoksia toimintaympäristössä tai kuntoutujan valmiuksien ja taitojen vahvistamista toiminnan avulla.

Tämä aineisto täydensi aiempia toimintatyyppejä. Esittelen seuraavissa alaluvuissa toimintaterapeuttien esimerkkien avulla ensin yksin ja yhdessä tekemistä ja sen jälkeen mielekästä toimintaa yksin ja yhdessä. Tämä pääluke osoittaa, että terapeutit kokivat kaikki edellä mainitut toimintatyypit tarpeellisiksi ja tärkeiksi muutoksen tavoittelussa. Tilanteesta riippuen on mahdollista, että terapiassa lähdetään liikkeelle tekemisestä tai toiminnasta yksin tai yhdessä.

Yhdessä toimiminen tarkoittaa tässä tutkimuksessa tarkasteluyksikön avaamista koskemaan vähintään kahden ihmisen toimintaa tai tekemistä yhdessä. Taitava toimintaterapeutti osaa hyödyntää kaikkia toimintatyyppejä tarkoituksenmukaisella tavalla, siksi ne kaikki esitellään. Terapiassa voi olla esimerkiksi lapsia, jotka eivät lähde toimintaan oma-aloitteisesti, jolloin leikki alkaa terapeutin keksimästä tekemisestä. Terapeutti seuraa valppaasti lasta ja heti, kun hän havaitsee lapselle merkityksellistä toimintaa, hän antaa sille tilaa ja etsii väyliä, miten yhdessä edetään. Välttämättä terapiassa ei aina päästä tekemisen tasosta toimintaan eikä toiminnan tasosta yhteistoimintaan, mutta terapeutti (812YKLA) iloitsi, että hänellä oli kokemuksia niistä kaikista.

Terapeuttien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta näytti siltä, että terapeutin yhteistoiminta oli harvinaista, mutta toteutuessaan se tuotti asiakkaalle voimaantumista, kehitti hänen harkinnan taitoaan sekä toimintataitojaan ja lisäsi hänen itsenäistä vastuunottoaan oman harjoittelun suunnittelusta ja toteutuksesta myös pitkällä aikavälillä.

Tekeminen

Alustavan käsitykseni mukaan *tekemisen tavoite on erillisessä lopputuloksessa*; esimerkiksi tuotteen valmistus voi olla tekemistä, jos sen tavoitteena on kaunis ja käyttökelpoinen lintulauta, tai kodinhoito voi olla tekemistä, jos sen tavoitteena on puhdas ja siisti koti (vrt. Aristoteles 1989: VI, 2 ja 4). Mikään toiminta ei kuitenkaan itsessään ole vain joko tekemistä tai toimintaa, sillä niiden välinen erottelu riippuu toiminnan erilaisista merkityksistä toimijalle. Esimerkiksi edellä esitetyt tekemiset voivat tietysti olla toimintaakin siinä tapauksessa, että nikkarointi ja siivous ovat jo itsessään toimijalle iloa ja hyötyä tuottavia toimintoja, jotka edistävät hänen hyvää elämäänsä.

Aristotelesta soveltaen toimintaterapiasta oli tunnistettavissa kolmentyyppistä tekemistä, joiden luonne-erot ratkesivat itse asiassa jo valintatilanteessa.⁴⁸ Ensinnäkin kuntoutujalla saatettiin antaa mahdollisuus valintaan, mutta hän ei kyennyt, halunnut tai jaksanut harkita ja tehdä valintaa. Tällöin kyse on *määräytyneestä tekemisestä tai pakosta*. Esimerkiksi lapsella ei aina ole riittäviä valmiuksia valintojen tekoon, jolloin terapeutin täytyy tehdä valintoja lapsen puolesta (77YL). Terapeutti kuvailikin, miten hänen joissakin tapauksissa täytyy *”hellän rautaisesti pakottaa lapsi tekemään uusia asioita, jotta lapsesta löydettiin uutta kyvykkyyttä ja uusia asioita lähti liikkeelle”*. Siten määräytyneenä tekemisenä alkanut harjoitus saattoikin vähitellen, myönteisten kokemusten myötä, kehittyä iloa tuottavaksi toiminnaksi. Määräytyneestä tekemisestä oli kyse myös silloin, kun kuntoutujalla ei ollut voimavaroja ja kykyjä harkita, jolloin valinta perustui lähinnä terapeutin arvioinnille, mieltymyksille tai aiemmalle kokemukselle hyvistä käytännöistä.

Terveyskeskussairaalassa terapeutti (811TKA) tapasi kuntoutujia välillä niin vähän, että terapisuhde muodostui paljolti tekemisestä. Terapeutti koki tekemispainotteisuuden johtuvan myös siitä, että osasto-olosuhteissa oli hyvin vaikea keksiä asiakkaalle mielekästä toimintaa. Osastolla saattoi olla myös häiriötekijöitä, kuten toisia potilaita, jotka touhusivat koko ajan kaikenlaista, olivat sekavia ja luulivat olevansa jossakin toisessa paikassa. Terapeutti pohti, ettei pelkkä potilaan toiminnallinen aktiivisuus aina kerro totuutta toiminnan luonteesta. Jollekin potilaalle voivat pelkät omatoimiset WC-käynnitkin olla suuri tavoite.

Jos kuntoutujalla oli valmiuksia, halua tai voimavaroja osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, mutta hänelle ei anneta siihen tilaisuutta, häntä ei oteta huomioon tai hänet jätetään joko päätöksenteko- tai neuvottelutilanteen ulkopuolelle ja sen sijaan hänen odotetaan tekevän asioita tietyllä tavalla, on kyseessä *tahdonvastainen tekeminen*.⁴⁹

48. Huomaa yhteys yhteiseen ennakkointiin.

49. Aiempien tutkimusten (ks. esimerkiksi Saikku & Karjalainen 2007; Nikkanen 2010) ja tämän aineiston mukaan tahdonvastaista tekemistä tapahtuu edelleen.

Terapeuttien keskustelun pohjalta näytti, että toimintaa koskeva valinnanmahdollisuus kuului itsestään selvemmin lasten kuin nuorten ja aikuisten terapiaan. Toiseksi valinnanmahdollisuuden tarjoaminen kuului selvemmin aikuisasiakkaan kotiympäristöön kuin sairaalaympäristöön. Sairaalaolosuhteissa potilaan tahdon vastaisen tekemisen on todettu loukkaavan aina potilaan autonomiaa (vrt. Teeri et al. 2007), mutta se vaikuttaa heikentävästi myös työntekijän hyvinvointiin. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti (811TKA) kertoi vielä vuosienkin jälkeen kantavansa huonoa omaatuntoa tapauksesta, jossa hän oli ensin yrittänyt houkutella osastohoidossa ollutta iäkästä kuntoutujaa mukaan ryhmään. Kun kuntoutuja ei halunnut lähteä, oli terapeutti vienyt hänet ryhmään väkisin, koska ajatteli kuntoutujan kieltäytyvän sellaisesta asiasta, mistä hänellä ei ollut tietoa. Jälkeenpäin terapeutti ymmärsi loukanneensa toisen ihmisen autonomiaa, ja asia vaivasi häntä edelleen. Tämä esimerkki osoitti, miten helposti henkilökunta voi asettaa itsensä paremmin tietävän asemaan ja tehdä asiakkaan autonomiaa loukkaavia ratkaisuja, jotka jäävät ikävällä tavalla kummankin toimijan mieleen. Tällaisten loukkausten jälkeen kuntoutujalle jää helposti vain kaksi vaihtoehtoa: jos hänellä on riittävästi voimavaroja, hän voi nousta puolustautumaan tai taistelemaan omien oikeuksiensa puolesta tai tyytyä tahdonvastaiseen tekemiseen. Toisaalta esimerkki osoittaa myös, miten oman toiminnan itsereflektio voi auttaa tunnistamaan tällaisia tilanteita sekä niihin johtaneita tekijöitä.

Tahdonvastaisesta tekemisestä oli kyse myös silloin, kun terapia- tai arviointimenetelmiä käytettiin ennalta sovitun ohjelman mukaisesti huomioimatta kuntoutujan ja tilanteen yksilöllisiä erityispiirteitä tai kun terapian tärkeimmäksi tekijäksi asetettiin prosessin sijaan haluttu lopputulos. Perusterveydenhuollossa työskentelevä terapeutti (26TKA) kiinnitti huomion ajalliseen aspektiin. Hänen mielestään oli tärkeätä, että terapeutti ja asiakas löysivät tekemiselle ja keskustelulle yhteisen tempon, niin että asiakas pysyi tilanteissa mukana ja koki tilanteen mahdollistavan hänelle tasavertaisen vuorovaikutuksen terapeutin kanssa. Terapeutti tunnisti etenevänsä helposti liian kovaa vauhtia, jolloin asiat ja tilanteet etenivät asiakkaan kannalta liian nopeasti siten, että ”asiakas mietti vielä keittiöön liittyviä asioita, kun terapeutti olikin jo suunnittelemassa pesutiloja”. Terapeutin mielestä asiakkaalla oli oltava mahdollisuus ja tila sanoa oma mielipiteensä.

Keskusteluun osallistuneet toimintaterapeutit välttelivät selvästi yleisten tai valmiiden ohjeiden antamista. Näihin vaihtoehtoihin tyydyttiin vain, jos asiakas ei itse pystynyt osallistumaan harjoitusten suunnitteluun (edellä kuvattu määrätynyt tekeminen). Silloinkin terapeutti pyrkii laatimaan ohjeet yksilöllisesti. Perusterveydenhuollon esimerkissä toimintaterapeuttia oli pyydetty tekemään oireenmukaisia keittokirjamaisia kotiohjeita annettavaksi perheille mukaan. Terapeutti koki, että häntä pyydettiin luopumaan yksilöllistä tarvetta koskevasta harkinnasta ja luomaan yleisiin periaatteisiin perustuvia harjoitteita ilman tilannekohtaista harkin-

taa. (7713TKA.) Tahdonvastaisen tekemisen määritelmän tiukka tulkinta lähtee siis siitä, että kyseessä on aina tahdonvastainen tekeminen, jos toiminnan valinnasta ei keskustella asiakkaan kanssa. Tämä saattaa selittää terapeuttien tiukkaa kantaa yleisiin ohjeisiin.

Kolmanneksi kuntoutujalla saattoi olla valmiudet ja mahdollisuus päätöksen tekemiseen ja toimintaan, mutta hän tarjosi vapaaehtoisesti päätäntävaltaa ja vastuuta terapeutille tai valtuutti terapeutin toimimaan puolestaan esimerkiksi vedoten tämän asiantuntijarooliin tai parempaan osaamiseen. Tällöin kyseessä on kuntoutujan omaan valintaan perustuva *vapaaehtoinen tekeminen*. Kuntoutuja voi siis myös itse valita tekemisen, jolloin hän asettuu vapaaehtoisesti itseään koskevan päätöksenteon ulkopuolelle (vrt. esimerkiksi Valokivi 2008). Erityisesti asunnonmuutos-työasioihin, apuvälinehankintoihin ja kotiutukseen liittyen terapeutit kuvailivat tilanteita, joissa kuntoutuja oli tietoisesti valtuuttanut terapeutin hoitamaan omia asioitaan. Toimintaterapian periaatteiden mukaisesti terapiassa käytettävän toiminnan tulee olla kuntoutujalle sekä tarkoituksenmukaista että merkityksellistä tekemistä, mutta joissakin tilanteissa voidaan käyttää myös muunlaista tekemistä, mikä voi olla tarkoituksenmukaisuussyistä välttämätön välivaihe, jotta toiminnan mahdollistaminen myöhemmin onnistuisi.

Tämän aineiston perusteella toimintaterapiassa ilmeni kaikkia mainittuja tekemisen tyyppisiä. Kuntoutuja saattoi tehdä tunnollisesti ja ahkerasti yksinkertaisia yläraajan liikeharjoituksia, koska hän tiesi säännöllisen harjoittelun vaikuttavan suotuisasti lihasvoiman ja motoriikan vahvistumiseen, mikä oli välttämätön ehto hänen hyvinvoinnilleen ja työhön paluulle. Arkielämästä irrallaan olevien harjoitusten tekeminen esimerkiksi lasten terapioidessa koettiin asiakkaan valmiuksia vahvistaviksi, mutta niihin sitoutuminen myös muulla ajalla oli heikompaa kuin sellaisella konkreettisella toiminnalla, jolla oli laajempikin merkitys kuntoutujan elämässä.

Kolmesta tekemisen tyyppistä terapeutit käyttivät tarkoituksenmukaisesti tiettyissä tilanteissa määräytynyttä tekemistä, ja asiakkaat joutuivat valtuuttamaan terapeutin toimimaan puolestaan johtuen lähinnä julkisen terveydenhuollon institutionaalisista rakenteista, joissa asiakasta itseään ei otettu mukaan päätöksentekoon. Tahdonvastainen tekeminen nousi selvästi esille välteltävänä tekemistyyppinä, joka heikensi sekä asiakkaan että terapeutin hyvinvointia.

Tekeminen yhdessä

Terapeutit kuvailivat monin tavoin saman asian tekemistä tai yhdessä tekemistä. Tässä alaluvussa jäsenmän terapeuttien kuvaamat yhdessä tekemisen muodot neljäksi ryhmäksi: *samassa tilassa oleminen, matkiminen, saman tekeminen ja vuorottelu*.

Yhteisen tekemisen aikaansaamiseksi terapeutti oli valmis kokeilemaan lähes kaikkea mahdollista. Terapeutin (11ESL) mielestä jo pelkkä *samassa tilassa oleminen* rakensi yhteyttä kahden henkilön välille, vaikka he eivät keskustelisi tai olisi

muutoin tekemisissä toistensa kanssa. Hänen mielestään saman asian tekeminen, vaikka toisistaan erillään, liitti jollakin tasolla toimijat yhteen. Terapeutti käytti esimerkkinään saunan lauteilla istumista hiljaa rinnakkain ilman katsekontaktia tai kosketusta. Riippumatta siitä, merkitsikö saunan lauteilla istuminen saunojalle toimintaa vai tekemistä, niin saman asian tekeminen rakensi yhteyttä sanojen välille.

Yhdessä tekemisen kehittyminen vaati toimijoiden kohtaamista. Sen edellytyksenä oli tarkkaavaisuuden jakaminen ja toisen olemassaolon havaitseminen. Terapeutti (11ESL) oli vaikeissa tilanteissa käyttänyt myös lapsen toiminnan *matkimista*, jos hän ei ollut muutoin saanut kontaktia lapseen tai lapsi ei muutoin lähtenyt mukaan terapeutin ehdotuksiin.⁵⁰ Esimerkiksi jos lapsi oli heittänyt esineen pois, niin terapeutti teki saman perässä. Tällä tavoin hän yritti kiinnittää lapsen huomion, jotta tämä reagoisi edes jollain tavalla toisen ihmisen läsnäoloon. Terapeutti koki kohdanneensa lapsen, jos tämä reagoi jotenkin.

Erotin matkimisen ja saman tekemisen toisistaan sillä perusteella, että matkiminen jäljittelee perässä toisen tekemistä, mutta saman tekemisessä on kyse myös samanaikaisuudesta ja joskus jopa samarytmisyydestä. Terapeuttien kuvausten perusteella *saman tekeminen* saattoi yhdistää toimijoita vahvemmin kuin pelkkä toisen ihmisen läsnäolo samassa tilassa. Esimerkiksi alustavassa käsityksessäni yhdessä nauramisella oli selkeä yhteenkuuluvuutta ilmaiseva merkitys. Tässä aineistossa sen merkitykseksi koettiin erityisesti tunnelman vapauttaminen. Terapeuttien (12YL 11ESL) mielestä yhdessä nauraminen sai tuntemaan, että toinen on omana itsenään eikä jännitä. Yhdessä nauraminen välitti molemminpuolista viestiä, että meillä on kivaa. Silloin molemmat ilmaisevat toisilleen, että minulla on oikeasti ja aidosti kivaa. Vaikka höpsöttelyleikki saattoi nauraessa karata terapeutin käsistä, niin silti hän koki olevansa tyytyväinen, sillä yhdessä saman tekemisestä hän tiesi, että hän ja asiakas olivat molemmat samassa hetkessä ja jakoivat tilanteen yhdessä. Terapiatilanteessa *saman tekeminen* oli siis myös jonkinlaista reagointia toiseen ihmiseen ja toisen ihmisen tekemiseen. Terapeutille hymy on merkki, jota hän tavoittelee kaikkien lasten kanssa. Kun terapeutti sai lapselta hymyn, niin hän tiesi, että lapsi on mukana tilanteessa. Esimerkiksi sellaisten lasten kanssa, jotka eivät puhu tai ryhdy tekemiseen tai asetu kontaktiin ainakaan kovin avoimesti, vaikka pystyisivät, terapeutti etsii sellaista tilaa, tilannetta ja tapaa, joka mahdollistaisi vuorovaikutuksen ja tuottaisi hymyn.

Esimerkiksi käyttäytymiseltään jäsentymätön lapsi hakeutui huoneessa impulsiivisesti sinne tänne nähdessään erilaisia mielenkiintoisia asioita. Tällöin saattoi olla tarpeen, että terapeutti otti vahvasti ohjaavan otteen. (13ESL.) Terapeutti on kuitenkin kokenut, että joissakin tilanteissa auttoi vuorovaikutussuhteen luomises-

50. Tässä matkiminen tapahtuu siis eri merkityksessä kuin aiemmin esillä ollut jäljittely (Humphry 2005), jossa toinen toimija seuraa toista oppimismielessä osatakseen tehdä perässä saman asian.

sa auttaa, jos myös terapeutti pystyi liittymään lapsen toheltamiseen. Esimerkkien perusteella näyttää siltä, että saman tekemiseen liittyy tietty spontaanisuus ja tilanteeseen reagointi pikemminkin kuin yhdessä laaditun suunnitelman tai valinnan toteutus. Saman tekemisellä haettiin pikemminkin yhteyttä toiseen, ja siinä merkityksessä sillä näytti myös olevan terapeutista voimaa.

Vuorottelevasta tekemisestä terapeutti (13ESL) kertoi esimerkin koskien arviointitilannetta, jossa hän saattoi konkreettisesti sopia lapsen kanssa, että terapeutti tekee ensin lapselle jotakin ja sitten lapsi saa tehdä terapeutille saman asian. Roolien vaihteluun kykenevillä lapsilla oli vähiten vuorovaikutuksen ongelmia, mutta terapiassa heitä ei kuitenkaan ollut kovin paljon. Roolien vaihtamisleikit olivat myös terapeutille hyviä hetkiä. Terapeutti koki sen kannattelevan terapiasuhtetta, jos hän pystyi asettumaan lapsen tasolle. Vuorotteluleikit olivat yleensä molemmille mieluisia vuorovaikutushetkiä. Toisenkin terapeutin (11ESL) mielestä lapset kokivat konkreettisen roolien vuorottelun palkitsevaksi, sillä tällöin erityislapsesta tuli esiin tavallinen lapsi: *"Sitten mä teen sulle."* *"Sit tehdään vuorotellen!"* *"Sit nää tekis näin!"* *"Sit se sanos näin!"*

Erikoissairaanhoidossa työskentelevä terapeutti (710ESL) reflektoi samana päivänä tapaamiaan lapsia. Hän oli valinnut lapsille joitakin tarkkaan harkittuja tehtäviä, mutta välttämättä ne eivät olleet lasten kannalta mielekkäitä, minkä takia lapsen motivoiminen tekemiseen aiheuttikin terapeutille ylimääräistä työtä. Joidenkin kohdalla se oli onnistunut hyvin. Terapeutti koki, että välillä hän pääsi pienenkin lapsen kanssa yhteistoiminnan tasolle valintojen vuorottelun avulla: sinä valitset ensin, sitten minä valitsen. Vuorottelutilanteessa toimijat olivat ystävällisiä toisilleen ja sitoutuivat tekemään myös sitä, mitä toinen oli valinnut. Terapeutti valitsi sellaisiakin tekemisiä, mitä lapsi itse olisi valinnut. Parhaimmillaan vuorottelun kauttakkin voidaan päästä yhteistoimintaan.

Vuorottelu saattoi koskea myös muuta tekemistä. Lapsi saattoi keksiä itse, mitä hän tekee seuraavaksi, jolloin terapeutin (11ESL) tehtävä oli vain soveltaa tehtävää siten, että lapsi pääsi samalla harjoittelemaan tarvittavia taitojaan. Näitäkin lapsia oli terapiassa vain todella vähän. Joskus saattoi olla pieniä hetkiä, kun lapsi kysyi: *"Voinks mä tehäkin näin?"* Jotkut lapset vain rupesivat tekemään jotakin ja terapeutti saattoi antaa sen tapahtua. Vaikka näissä tilanteissa lapsen itseohjautuvuus ei olisi tuottanut terapeutin mielestä mitään "järkevää" tai terapeutista edistystä, niin hän tunsi, että heillä oli ollut mukavaa ja kivaa. Tällaiset hyvät vuorovaikutushetket saattoivat toimia myös siltana haasteellisempiin tekemisiin. Terapeutti (44TKL) kertoikin, että hän käytti toiminnan vuorottelua, jotta lapsi jaksaisi terapiatilanteessa tehdä myös haasteellisemmat harjoitukset. Esimerkiksi jos tilanne edellytti valmiutta ja yritystä ponnistella ja tavoitella jotain vaikeampaa, sen seuraksi otettiin jotain mukavaa tekemistä, joka antoi lapselle nautintoa ja riemua. Lapsen kanssa saatettiin sopia, että tietty osa on sitä, mitä lapsi halusi tehdä mie-

lollään ja toinen osa oli ponnistelua vaativaa, vaikkapa niin, että kynähommat ja trampoliini vuorottelivat.

Yhdessä tekeminen voi siis olla spontaania tai harkitusti valittua. Harkitusti valittuna se kuitenkin osoittautuu määrättyneeksi tekemiseksi, sillä se on terapeutin suunnittelemaa ja ehdottamaa. Tällaiseen tekemiseen voidaan osallistua, jos sen avulla saavutetaan omia haluttuja päämääriä. Lapsi voi esimerkiksi keskittyä omalla vuorollaan testitehtävien tekemiseen, koska tietää, että kohta hän saa teettää terapeutilla samoja tehtäviä tai hän pääsee pomppimaan trampoliinille.

Käytännön kokemus oli opettanut lasten kanssa työskentelevälle terapeutille (710ESL), että perheiden kanssa edettiin eri vauhtia. Yhden perheen asiat selvitettiin nopeasti, toisen perheen kanssa meni kuukausi ja kolmannen kanssa saattoi mennä kolme vuotta. Toisenkin terapeutin (57YL) mukaan perheiden kanssa tehtiin työtä monin eri tavoin, ”*kunnes kolahtaa*”. Terapeutti koki, että hänen piti olla kärsivällinen terapiassa etenemisen suhteen. Pitkään työtä tehneenä hän tiesi, että joissakin tilanteissa terapiaa kannattaa jatkaa, vaikka heti ei tapahtuisikaan toivottuja muutoksia.

Erikoissairaanhoidossa lasten kanssa työskentelevä terapeutti (710ESL) tunnisti, että ainakin lasten kohdalla toimimattomuus voi johtua siitä, että joissakin tapauksissa toiminnan aloittaminen ja tekeminen voi olla yksin vaikeampaa kuin toisen kanssa. Tekemisessäkin tapahtuu oppimista, harjaantumista ja taitotason kasvua. Tekeminen voi siis muuttua toiminnaksi tai yhdessä tekemiseksi ja mikä tahansa saattaa kehittyä myös yhteistoiminnaksi, jonka kautta yleinenkin osallistumiskyky voi madaltua.

Vaikka aktiviteetit ovat perusluonteeltaan tietyn tyyppisiä, voi edellisten esimerkkien mukaan käydä niin, että alun perin tekemisenä alkanut aktiviteetti muuttuu toiminnaksi, yksin tekeminen voi muuttua saman tekemiseksi, vuorotteluksi ja edelleen yhteistoiminnaksi. Kriittiset kysymykset toiminnan luonteen suhteen eivät koske yleisellä tasolla sitä, mitä tehdään ja missä toimitaan, vaan pikemminkin sitä, minkälaista toimintaa tarvitaan, minkälaiset toimintaedellytykset ovat olemassa ja mikä merkitys toiminnalla on toimijoille jossakin tietyissä tilanteissa. Esimerkiksi perusluonteeltaan tekemiseksi luokiteltava WC:ssä tai suihkussa käynti voi saada uusia merkityksiä, kun terapiassa aletaan kiinnittää huomiota siihen, miten nämä toiminnot onnistuisivat kuntoutujan kannalta parhaalla tavalla. Siten pelkkä arkinen asiantilojen muutosta tavoitteleva asia, kuten päivittäinen peseytyminen, voi tilanteesta riippuen saada sekä tekemisen että toiminnan luonteen ja merkityksen.

Mielekäs toiminta

Alustavan käsitykseni mukaan mielekäs toiminta tuli mahdolliseksi vain, jos *toiminta on toimijan harkitusti valitsemaa ja se sisältää päämäärän itsessään* (Harra 2011). Tämä käsitys noudatteli Aristoteleen määrittelyä toiminnasta (Aristoteles

1989: VI: 4–5). Terapeutit (muun muassa 26TKA, 57YL) tunnistavat, että toimintaterapian keskiössä oli toiminnan terapeutin käyttö,⁵¹ mikä edellytti asiakkaan kuulluksi tulemisen lisäksi sitä, että asiakas saa tehdä itselleen tärkeitä asioita. Toimintaterapeutin ammattitaitoon kuului, että hän osasi soveltaa toimintoja: asiakkaalle mielekkään toiminnan aikana harjoitellaan yhdessä kehittämistä kaipaavaksi tunnistettuja asioita.

Perusterveydenhuollossa työskentelevä toimintaterapeutti (88ESPA) kertoi, miten hänen kollegaansa oli pyydetty keksimään kuntoutujalle jotain tekemistä. Terapeutti oli pitänyt pyyntöä pinnallisena, sillä ”tekemisen keksiminen” ei hänen mielestään edellyttänyt toimintaterapian asiantuntemusta. Toimintaterapiassa toiminnan käyttö on harkittua ja suunnitelmallista ja sen takia toimintaterapeutti koki, että hänen oli ensin tutkittava, mitä tekeminen tarkoitti tämän ihmisen kohdalla ja millainen toiminta oli hänestä kiinnostavaa ja mieluisaa. Toinen terapeutti (89ESPA) oli samalla kannalla, mutta hän tunnisti toisaalta tekemisen ja toiminnan vaihtelun merkityksen. Hän oli kokenut, miten tekemisenä alkanut aktiviteetti oli muuttunut toiminnaksi. Siksi hän uskoi myös tekemisen olevan tärkeää, sillä sekin lisäsi asiakkaan toiminnan kehittymismahdollisuuksia. Toiminta sisältää siis päämäärätietoisuuden lisäksi miellyttävän emotionaalisen latauksen.

Erityislasten ongelmat liittyvät usein leikkitaitoihin ja vuorovaikutukseen. He saattoivat vetäytyä leikkimään yksin ja uppoutua siihen. Terapiatilanteissa vuorovaikutus saattoi hetkittäin jäädä tarkoituksellisestikin taka-alalla, kun terapeutti (12YL) huomasi lapsen syvän keskittymisen toimintaan, esimerkiksi maalaamiseen. Tällöin terapeutti saattoi vetäytyä sivuun häiritsemästä lasta. Toisessa esimerkissä lapsi saattoi tulla terapiatilaan ja alkaa koota oma-aloitteisesti palapelä. Kun terapeutti näki sivusta, miten lapsi nautti tavoitteiden suuntaisesta toiminnasta, niin hän antoi lapsen jatkaa yksin toimimista ja jäi itse seuraamaan sivusta. Terapeutit (12YL, 11ESL, 13ESL) toimivat näissä tilanteissa yksilöllisesti eri tavoin. Toinen jäi seuraamaan tilannetta etäältä, kun taas toinen terapeutti meni aina mukaan tilanteeseen.

Toimintaterapian tavoitteena oli, että lapsi oppii tekemään asioitaan joko yksin tai yhdessä jonkun muun kanssa (12YL). Terapeutin mielestä siihen pääsemiseksi lapsen oli kuljettava polku yhdessä terapeutin kanssa: yhdessä tekemisen kautta lapsi löytää yksilöllisen voiman. Se on eri asia kuin autistinen sulkeutuminen yksin tekemiseen. Joillekin lapsille riitti toiminnan tueksi turvallisen aikuisen läheisyys: sen avulla lapsi uskalsi ja pystyi tekemään asioita, kun hän tiesi, että terapeutti oli lähellä ja auttoi, jos hän tarvitsi apua. Jos terapeutti ja lapsi olivat aloittaneet yhdessä toiminnan, josta terapeutti vetäytyi, niin se saattoi olla lapselle positiivinen viesti siitä, että lapsi pärjäsi itsenäisesti. Näissä tilanteissa yhdessä tekemisestä vetäytyminen saattoi olla luottamuksen osoitus lapselle. Lapsi tiesi, että terapeutti

51. Ks esimerkiksi Hautala et al. 2011.

oli läsnä, jos hän tarvitsi apua. Tämä terapeutin esimerkki toi esille, miten joissakin tilanteissa tarvittiin toista ihmistä avuksi (yhdessä tekemistä), jotta saavutettiin mielekäs toiminta yksin. Toisessa tilanteessa tavoite saattoi olla päinvastainen, jolloin yksin tekemisen ja yksin toimimisen sijaan tähdättiin nimenomaan vuorovaikutukseen, yhdessä tekemiseen ja yhteistoimintaan.

Terapeuteilla oli kokemuksia siitä, miten sekä lapset että aikuiset saattoivat uppoutua toimintaan myös terapiatilanteessa. Esimerkiksi kuntoutuslaitoksessa aikuisten asiakkaiden kanssa työskentelevä terapeutti kertoi, miten hänen aikuinen asiakkaansa oli uppoutunut kuivakukka-asetelman tekemiseen niin, että hän unohti kokonaan ajan ja paikan. Terapeutit kertoivat näissä tilanteissa yleensä vetäytyvänsä etämmälle ja jättävänsä asiakkaan työskentelemään rauhassa. Toimintaan uppoutumisen hetkissä korostui toiminnan yksilöllinen mielekkyys, ja vuorovaikutus minimoitui lähinnä läsnäoloksi samassa tilassa. Kiinnostava seikka liittyi myös toimijan vetäytymiseen yhteistoiminnasta. Se saattoi viestittää kumppanille luottamusta hänen itsenäiseen toimintaansa, mutta toisaalta vetäytyminen voitiin tulkita myös kyllästymiseksi, uupumukseksi tai hylkäämiseksi.

Terapeutit kohtasivat jatkuvasti tilanteita, joissa he pohtivat, miten harjoitus voidaan toteuttaa asiakkaan kannalta mielekkäällä tavalla (11ESL, 610ESL, 710ESL, 7713TKA, 77YL, 88ESPA) ilman houkuttelua tai pakottamista. Terapeuteilla (muun muassa 7713TKA, 77YL) oli iso merkitys myös sopivien haasteiden ja oikeanlaisten tehtävien antamisessa. Heidän asiantuntijuuttaan haastoi sellaisten toimintojen etsiminen niin, että toimiessaan asiakas voisi kokea pätevyyttä ja osaamista ja hänelle voitaisiin antaa positiivista palautetta: *"Katos kuka teki hienosti."*

Terapeutit (muun muassa 77YL) ottivat pienetkin hemiplegia-lapset mukaan suunnitteluun. Esimerkiksi kun lapsi valitsi haluamansa toiminnan, terapeutin tehtävä oli ohjata toiminnan ennakkointia kysymysten avulla siten, että toteutus sisälsi myös lapsen toimintakyvyn edistämisen kannalta tarpeelliset harjoitukset: *"Miten sinusta siinä voidaan ottaa käsiä mukaan?"* Toteutuksen aikana terapeutti piti huomion lapsen kädessä ja sen harjoituksissa. Isomman lapsen kanssa hän laati esimerkiksi itsenäisiä harjoituksia koskevan lukujärjestyksen, johon lapsi itse suunnitteli, mitä hän harjoittelee ja milloin. Terapeutti osallistui lukujärjestyksen tekemiseen esimerkiksi kehottamalla lasta keksimään jonkun esineen, johon oli kiva tarttua, mistä ja montako lapsi halusi niitä ottaa ja minne hän halusi ne laittaa. Lapsi saattoi haluta vaikkapa harjoitella tarttumista poimimalla 20 kappaletta muovihedelmiä pöydällä olevasta korista tiskialtaaseen huuhtelua varten tai lajitella tiskatut ruokailuvälineet laatikkoon omille paikoilleen. Terapeutti totesi, että pyrkimys hyvään ei kuitenkaan taannut hyvää lopputulosta. Se ei taannut sitäkään, että tavoiteltu asia edistyisi, sillä elämään liittyi aina sattumanvaraisuutta. Siitä huolimatta terapeutti halusi, että toiminta olisi kuntoutujalle merkityksellistä, vaikka kaikissa tilanteissa siihen ei päästykään.

Toiminnan mielekkyyden löytäminen ei ollut aina helppoa. Terapeutti (59ESPA) kertoi ensimmäisen potilaskokemuksensa keskussairaalaista. Siinä nuori tyttö oli itsemurhatarkoituksessa räjäyttänyt päänsä kaasu-uunissa. Tytön toinen käsi ja korvat olivat palaneet kokonaan, nenästä olivat vain reiät jäljellä, suussa ei ollut huulia ja hiukset olivat palaneet kokonaan. Toimintaterapiasta pyydettiin apua syömisharjoituksiin, sillä tytön suu oli alkanut supistua ja kuroutua umpeen. Terapeutti kuvaili tunteneensa itsensä tyhmäksi viedessään tytölle jäätelölusikkaa syömisharjoitusten aloittamiseksi, sillä hänen mielestä tytöltä olisi ensin pitänyt kysyä: ”*Haluaisitko sinä oppia syömään uudestaan?*” Terapeutin mielestä asiakaslähettäisyys olisi tässä tapauksessa tarkoittanut, että pohditaan ensin, mistä lähdetään liikkeelle: Miten itsemurhaa yrittänyt tyttö löytää uudelleen halun syödä?

Toisessa, terapeutin (59ESPA) varhaisiin työkokemuksiin liittyvässä esimerkissä hän kertoi antaneensa palveluja isolle psykiatriselle osastolle, jossa hoidettiin nuoria aikuisia. Punk-kulttuuri oli suosittua, ja osastolla oli nuori kaunis nainen, jonka hiukset oli leikattu siten, että sivut olivat paljaat ja keskellä oli vauhdikkaasti värjäyty irokeesi. Sivujen piti olla paljaat, kun punkkari meni Lepakkoon kuuntelemaan Pelle Miljoonaa. Mitä pidempään hän oli ollut sairaalassa, sitä pidemmäksi hänen hiuksensa kasvoivat, sillä hänen oli hankala ajaa itse hiuksia sivulta paljaaksi. Osaston henkilökunta ei suostunut ajamaan naisen hiuksia. Kun hän oli tutustunut ja oppinut luottamaan terapeuttiin, hän pyysi terapeutilta: ”*Ku tääl ei kukaan tädeistä suostu ajamaan näitä sivuja, niin eksä viittisi?*” Terapeutti ryhtyi ”parturiksi”. Siitä käynnistyi säännöllinen toimintaterapia, joka jatkui kaksi vuotta ja jonka lopputulos oli terapeutin mielestä hyvä.

Mielekäs toiminta yhdessä

Terapeutista yhteistoimintaa kuvaavassa alustavassa käsityksessäni olin kiinnittänyt huomiota muun muassa kehojen *kosketukseen* sekä yhteiseen *vastavuoroiseen liikkeeseen* ja yhteistoimintaan (Harra 2005: 122). Yhteistoiminta kokosi yhteen toimijoiden huomion ja liikkeen, joka tiivistyi yhteisen rytmin myötä. Alustavan käsitykseni mukaan terapeutin yhdessä toteutettu toiminta oli *tasapainoinen ja terapeutin, lähes uppoutunut tila*, jota ulkopuoliset tekijät eivät helposti häirinneet. Silti yhteistoiminnan kokemus saattoi olla vain nopeasti ohikiitävä hetki, jonka jokin ulkopuolinen tekijä saattoi nopeasti muuttaa toisen tyyppiseksi toiminnaksi tai tekemiseksi. (Harra 2005: 20.) Tämän aineiston perusteella näytti, että yhdessä toimiminen jätti toimijoille terapeutisesta merkittävän, hyvää elämää vahvistavan kokemuksen.

Terapeutti (610ESL) koki kohtaavansa yhdessä toimimiseen liittyviä asioita ihmisenä ja terapeutina joka päivä. Ne liittyivät hänen mielestään *sitoutumiseen, motivaatioon sekä toiminnan mielekkyyteen ja tarkoituksenmukaisuuteen, jotka olivat läsnä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa*. Toinen terapeutti kertoi (12YL) tun-

tevansa, että yhdessä toimiessa hän oli ja toimi lapsen kanssa yhdessä ja he ovat vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa siten, että kumpikin sai tilanteesta yhtä paljon. Silloin terapeutti ei tietoisesti miettinyt paikkaa tai suhdetta sinänsä, sillä ne olivat itsestäänselvyksinä siirtyneet taka-alalle. Yhteistoiminnassa toimijoilla oli niin voimakas yhteenkuuluvaisuuden tunne, että se teki kaiken helpoksi siinä mielessä, että *molemmat tietävät, että he menevät terapiassa samaan suuntaan ja voivat luottaa siihen* (46TKA, 44TKL). Terapeutilla oli silloin luottamus siihen, että hän voi pyytää ja saada anteeksi myös omia virheitään.

Terapeutin yhdessä toimimisen hetket koetaan vahvasti merkityksellisinä kokemuksina: *”Terapeutin yhteistoiminta on loppujen lopuksi vain pieni hetki, joka välillä kannattelee terapeutinkin jaksamista ja työtä.”* (88ESPA.) Toiselle terapeutille (812YKLA) tulee mieleen vain muutama laituskuntoutuksesta alkanut pitkä avokuntoutussuhde, joissa yhteistoiminnan tunne on ollut läsnä lähes koko ajan. Näissä suhteissa on säilynyt varmuuden tunne, vaikka toimijat olisivat tavanneet edellisen kerran vuosi sitten. Tällaiset yhteistoiminnan kokemukset ovat terapeutin mielestä vielä harvinaisia, ja hän pohtikin tavoitellaanko yhteistoiminnassa liikoja. Toisen terapeutin (57YL) mielestä yhteistoiminta kannatti, sillä hän sai sen toteutumisesta voimia, jotka auttoivat häntä jaksamaan ja jatkamaan työtään. Terapeutin yhteistoiminta ei siis tämän aineiston perusteella ollut pelkkä ideaali, vaan epäsymmetrisessä terapiasuhteessakin toteutuva, reaalin ilmiö.

Terapeutillisella yhteistoiminnalla on emotionaalista merkitystä. Terapeutin kokemuksen mukaan yhteistoiminta tuotti laajasti tunnekokemuksia itkusta nauruun ja oivaltamisen iloon (11ESL). Terapeutit ilmaisivat yhteistoiminnan tuottamia tunnekokemuksiaan monin tavoin (11ESL, 13ESL, 24TKL, 25YKLA, 31ESL, 612YKLA, 77YL, 812YKLA, 88ESPA, 89ESPA): se tuotti asiakkaille mielihyvää, tyydytystä, hyvää oloa, iloa, hyvää filistä ja tyytyväisyyttä. Terapeutti koki saavuttaneensa yhteistoiminnan, kun esimerkiksi terapiaan tullut pieni huutava poika lähti pois hymyilevänä ja nauravana (13ESL). Terapeutti (13ESL) koki itsekin kehittyvänsä terapeutin yhteistoiminnan kautta, sillä siinä hän oppi ja uskalsi kokeilla uusia asioita. Hän koki, että yhteistoiminnassa koetut onnistumisen hetket ja positiiviset reaktiot kantoivat muita kokemuksia pidemmälle, mikä kartutti myöhemmin hyödynnettäviä kokemuksia, jolloin siitä saattoi syntyä positiivinen kehä (13ESL).

Lähtökohtaisesti oli tavoiteltavaa ja terapiaan kuului oleellisesti, että asiakas sai siitä mielihyvää ja hyötyä, mutta monista positiivisista kokemuksista huolimatta keskittyminen molemminpuolisen mielihyvän tuottamiseen kuulosti terapeutista vieraalta (46TKA). Jos terapiasuhteessa oli yhteistoimintaa, niin varmasti se toi terapeutillekin mielihyvää. Tämä terapeutin käsitys tuki ajatusta, jonka mukaan terapiasuhteessa olisi molemminpuolisuuden sijaan kyse vastavuoroisuudesta. Se

vahvasti myös käsitystä siitä, että terapeutin yhteistoiminta voi olla terapiasuhteissa saavutettavissa oleva ideaali.

Terapeutti (57YL) ajatteli, että yhteistoiminnassa arvostetaan toista ja hänen valintaansa. Jos terapeutti (710ESL) oli valinnut jotain tekemistä, niin lapsi arvosti sitä, sitoutui siihen ja teki sen asian hyvin, vaikka se ei ollut hänestä itsestään lähtöisin. Tällaiset hetket terapeutti koki hienoiksi. Useimmiten oli niin, että esimerkiksi arviointitilanteissa aikuinen valitsi, pisteytti ja arvosteli ja lapsi teki sen, mitä piti tehdä. Toimintaterapeutti käytti arvioinnissa myös vapaasti valittavaa toimintaa, vuorottelua, jakamista ja yhteistoimintaa silloin, kun se on mahdollista. Hän arvosti vapaaseen leikkiin perustuvaa arviointia, koska siinä hän koki näkevänsä paljon enemmän. Pyrkimys vaikuttaa lapsen ongelmaan oli se tie, mitä pitkin päästiin myös yhteistoimintaan, vaikka pääsääntöisesti arviointiprosessi olikin terapeutin johtamaa tekemistä: *”Täs on tosi kiva autorata, teeppäs tämä.”*

Terapeutti koki satunnaistenkin terapeutin yhteistoiminnan kokemusten kannattelevan hankalien tilanteiden yli. Terapeutti koki olleensa monta kertaa yhtäläisesti vanhemman kanssa myös ohjailemassa lasta. Hän koki sen olevan voimakasta yhteistoiminnallisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja perhelähtöisyyttä, sillä niissä tilanteissa terapeutin rooli ei korostunut johtajana vaan lapselle turvallisen toiminnan luotettavana mahdollistajana.

10. Terapeuttisen yhteistoiminnan teoria

Alusta asti grounded theory on tarkoitettu teoriaksi ensinnäkin sille alueelle, josta se on johdettu. Toiseksi teorian tulee olla myös laajemmin hyödynnettävissä oleva. (Glaser & Strauss 1967; Stern 2007: 114–116.) Luvussa 9 kuvasin aineistolähtöisesti tutkimuksen tuloksena syntyneet, terapeuttisen yhteistoiminnan tekijät terapeuttien keskusteluista nostettujen konkreettisten esimerkkien avulla.

Tutkimuksen tuloksena syntynyt terapeuttisen yhteistoiminnan määritelmä voidaan tiivistetysti ilmaista seuraavalla tavalla: *”Terapeuttisella yhteistoiminnalla tarkoitetaan asiakkaan ja terapeutin yhdessä harkitsemaa ja toteuttamaa tekemistä asiakkaan toimintaan liittyvän ongelman ratkaisemiseksi mielekkäällä ja tarkoituksenmukaisella tavalla siten, että muutoksen toteutusprosessi tuottaa siihen osallistuville kyvykkyyttä, hyvää elämää ja hyvinvointia sekä lisää heidän toimintamahdollisuuksiaan.”* Lisäksi tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että terapeuttinen yhteistoiminta toteutuu aina jossakin toimintakontekstissa, jonka ehdot ja luonne vaikuttavat yhteistoiminnan toteutumiseen ja edistymiseen. Terapeuttisen yhteistoiminnan tekijät ovat keskenään kiasmaattisesti palautuvassa suhteessa. Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessi koostuu vastavuoroisesta suhteesta, keskusteleavasta harkinnasta sekä mielekkästä toiminnasta yhdessä. Se edellyttää toimijoilta voimavaroja, valmiuksia ja halua toimia yhdessä. Erityisesti terapeutilta se vaatii vastavuoroisuuden hyveiden ohjaamaa toimintaa eli hyvän tahtomista toiselle, oikeudenmukaisuutta ja kohtuunmukaisuutta sekä toisen loukkaamattomuuden kunnioittamista ja luotamusta siihen, että toinenkin toimii vastavuoroisuuden hyveiden mukaisesti.

Tässä luvussa abstrahoin edellä esitettyjen tulosten pohjalta kolme terapeuttista yhteistoimintaa koskevaa jäsennyttä, joiden tarkoituksena on auttaa terapeuttisen yhteistoiminnan edistämistä niin toimintaterapian asiakastyössä kuin myös laajemmin muissakin epäsymmetrisissä suhteissa. Jäsennykset ovat terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteellinen jäsennyttä, terapeuttisen yhteistoiminnan prosessimalli ja toiminnan luonteen analyysimalli.

Terapeuttisessa yhteistoiminnassa pääperiaatteena on, että muutoksen toteutuksessa tarvittavat tekijät ovat yhteydessä toisiinsa vastavuoroisuuteen perustuvan dynamiikan avulla. Terapeuttisen vaikutuksen aikaansaaminen perustuu terapeuttisen yhteistoiminnan tekijöiden vastavuoroisten suhteiden, toiminnan luonteen sekä yhteistoimintaprosessien ymmärtämiselle sekä sen pohjalta rakennettavaan yhteistoimintaan.

10.1 Terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteellinen malli

Tässä jaksossa esitän tiivistetysti terapeuttisen yhteistoiminnan teorian käsitteellisen mallin. Malli on abstrahoitu terapeuttisessa yhteistoiminnassa tarvittavista tekijöistä sekä niiden välisistä suhteista. Käsitteellisen mallin avulla voidaan tunnistaa toimintamahdollisuuksien edistämiseksi tarvittavat, terapeuttisen yhteistoiminnan tekijät ja niiden väliset suhteet.

Terapeuttisen yhteistoiminnan välttämättöminä osatekijöitä ovat toimintakontekstin reunaehdot, vastavuoroinen yhteistoimijuus ja yhteistoimintaprosessi. Osatekijät ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa, ja jokaisella osatekijällä on oma erityinen merkityksensä, minkä takia terapeuttinen yhteistoiminta ei toteudu, jos yksikin näistä tekijöistä puuttuu.



Kuva 10. Terapeuttisen yhteistoiminnan välttämättömät osatekijät.

Käsitys tekijöiden vastavuoroisuudesta sopii yhteen ekologisen kokemukäsityksen kanssa, sillä siinä etsitään vaihtoehtoja pitkään, muun muassa koulutuksen avulla ylläpidetyille ja moderniin ajatteluun perustuville kahtiajaoille, kuten subjekti ja objekti, mieli ja ruumis, aistimukset ja ideat, faktat ja arvot, luonto ja kulttuuri sekä yksilö ja toiset (Alhanen 2013: 25–37). Tässä tutkimuksessa suhteiden vastavuoroisuudesta muodostui olennainen, yhteistoiminnan dynamiikkaa kuvaava piirre.

Tekijöiden välisten suhteiden vastavuoroisuus

Vastavuoroisia suhteita on kuvattu kirjallisuudessa muun muassa *epäsymmetrisenä kiasmaattisesti palautuvana yhteytenä* (Parviainen 1998: 175–178), *eettisesti laatautuneina toimintatapoina tai taipumuksina* (Bruni 2008) sekä toimijoiden välisen suhteen tulkinnallisuutena, joka mahdollistaa ihmisten kohtaamisen ja toiminnan uudelleenmäärittelyn (Blumer 1998: 65–68.) Tarkastelen seuraavaksi näiden käsitysten avulla terapeuttisen yhteistoiminnan teorian tekijöiden välisiä suhteita.

Epäsymmetrisen kiasmaattisuuden käsitystä voidaan hyödyntää, kun halutaan murtaa perinteinen yksisuuntaiseen vaikuttamisoletukseen perustunut käsitys asiakas–asiantuntijasuhteesta. Kun yhteistoiminnan tekijöiden välinen yhteys ymmärretään epäsymmetrisenä kiasmaattisena vastavuoroisuutena, tarkoitetaan sillä tietynlaista palautuvuutta (vrt. Parviainen 1998: 175–178). Tässä yhteydessä palautuvuus tarkoittaa, että jokaisen tekijän teot ja vaikutukset sekä niiden aiheuttamat seuraukset palautuvat aina takaisin tekijään itseensä. Yhteistoiminnassa kaikki kolme osatekijää on yhteydessä toisiinsa, jolloin kyseessä ei koskaan ole yksinkertainen kahden tekijän välinen suhde. Terapeuttisen yhteistoiminnan teoriassa jokainen muutos saa aikaan reaktiivisen ja tahdosta riippumattoman palautuvuuk- sien vyöryn, joka tapahtuu riippumatta siitä, halusimmeko ja tiedostimmeko sitä vai emme. Tapahtumien vyöryn oletus liittyy myös aiemmin esillä olleeseen han- kalien ongelmien selvittämisen problematiikkaan. Epäsymmetrisen kiasmaattisuu- den oletus muistuttaa kuitenkin siitä, että aiheutettujen tapahtumien vyöry ei ole vain yhteen suuntaan etenevä tapahtumaketju. Terapiasuhteessa se voi yksinker- taistetusti tarkoittaa esimerkiksi, että asiakkaasta havaintoja tekevä ammattilainen tulee aina myös itse havaituksi ja jokainen teko, joita ammattilainen tekee suhtees- sa asiakkaaseen, vaikuttaa aina myös häneen itseensä.

Terapeuttisen yhteistoiminnan teoriassa oletan epäsymmetrisen kiasmaatti- sen yhteyden ulottuvan holistisesti kaikille tarkastelutasoille ja kaikkien tekijöi- den välille. Tämä vastavuoroisten suhteiden oletus on olennainen ja terapeuttisen yhteistoiminnan teorialle ominainen piirre. Käytännössä se tarkoittaa, että muun muassa luottamusta voidaan tarkastella suhteessa kaikkiin muihin yhteistoiminnan tekijöihin sekä vaikuttajana että vaikutetuksi tulevana: luottamus vaikuttaa esimer- kiksi muutostarpeen tunnistamiseen, ja luottamus muutostarpeen tunnistamisessa palautuu luottamusta koskevaan kokemukseen. Siten epäsymmetrinen palautuvuus auttaa ymmärtämään, miten toimintakontekstin reunaehdot ja toimijoihin liittyvät tekijät vaikuttavat yhteistoimintaprosessiin osallistumiseen ja miten se palautuu takaisin toimintaympäristöön sekä toimijoihin itseensä.

Vastavuoroisia yhteistoimintasuhteita voidaan tarkastella myös toimijoiden *eet- tisesti latautuneina toimintatapoina tai taipumuksina* (Bruni 2008). Rohkea vasta- vuoroisuus (brave reciprocity) perustuu luottamukseen, ja siinä ainakin yksi toimija on valmis ottamaan riskejä ja tekemään vuorovaikutusaloitteita siitä huolimatta, että hän voi joutua kohtaamaan torjutuksi tulemista. Rohkeaa vastavuoroisuutta tarvitaan etenkin uuden suhteen alussa, kun toisilleen vieraat toimijat tunnuste- levat uuden suhteen aloittamista mielekkyyttä. Vastikkeeton vastavuoroisuus (gra- tuitious reciprocity) on samalle puolelle pyrkivää, ja se korostuu etenkin niissä tilanteissa, joissa toimijoiden valmiudet yhteistoimintaan ovat vahvasti erilaiset tai tehdyt vuorovaikutusaloitteet ovat tulleet torjutuksi. Siinä lähtökohtana ovat toimijan oma sisäinen halu ja pyrkimys toimia vuorovaikutuksessa toisen kanssa.

Vastikkeeton vastavuoroisuus kannattelee suhdetta, vaikka toisella ei olisi siihen valmiuksia tai voimavaroja. Varovaisessa vastavuoroisuudessa (cautious reciprocity) yhteistoiminnan jatkuvuus ja sitoutuminen halutaan turvata keskinäisillä sopimuksilla ja säännöillä. (Bruni 2008.) Tämä toimintatapa tarjoaa keinoja toimijoiden välisen vastavuoroisen suhteen ylläpitämiseksi. Toimintaterapeuttien kuvaukset sisälsivät kaikkia näitä toimintatapoja. Tietoisuus eettisistä yhteistoimintatavoista ja -tapumuksista voi auttaa tunnistamaan toisen toimintatapumuksia, ja toisaalta se voi auttaa etsimään tilanteeseen paremmin sopivia toimintatapoja.

Eettiset toimintatavat osoittavat, että toimijoiden välillä on reaktiivisen palautuvuuden lisäksi myös vastavuoroista tulkinnallisuutta. Blumerin (1998: 65–68) mukaan toimijat tulkitsevat toinen toistensa eleitä ja tekoja kaksoisprosessina, joka yhtäältä pitää yllä vakiintuneita toimintatapoja ja toisaalta avaa ne muutokselle. Siten vastavuoroinen tulkinta ja toisen toiminnan uudelleenmäärittely synnyttää uusia kohteita, uusia käsitteitä, uusia suhteita ja uuden tyyppistä käyttäytymistä. Tämä symbolisen interaktionismin mukainen käsitys toimijoiden välisen suhteen tulkinnallisuudesta, vakiintuneiden toimintatapojen ylläpitämisestä sekä toiminnan ja käytäntöjen uudelleenmäärittelystä soveltuu näkökulmaksi yhteistoimintaprosessin eri vaiheiden tarkastelussa. Symboliseen interaktionismiin nojaava, reflektiivinen tapahtuminen tarkastelu voi olla keino, jonka avulla opimme tunnistamaan ja tiedostamaan tilanteiden epäsymmetrisiä palautuvuussuhteita ja siten ymmärtämään paremmin eri tekijöiden merkityksiä yhteistoiminnan onnistumiselle. Tämä voi olla käyttökelpoinen keino ylipäätään yhteistoiminnan harjoittelussa ja erityisesti keskustelemaan harkinnan vaiheessa, jossa pyritään ymmärtämään nykytilaa, tunnistamaan muutostarpeita sekä etsimään haluttuja päämääriä ja keinoja niiden saavuttamiseksi.

Toimintakontekstin reunaehdot terapeuttiselle yhteistoiminnalle

Yhteistoiminta toteutuu aina jossakin, ja toimijat ovat aina osa jotakin **toimintakontekstia**, jonka luonne ja ehdot vaikuttavat tilanteen toimintamahdollisuuksiin sekä toimijoiden kokemukseen toimintamahdollisuuksistaan ja toimintakykyisyydestään. Siten toimintakontekstin reunaehdoilla on olennainen merkitys yhteistoiminnan onnistumiselle. Toimintakontekstin muutoksilla saattaa olla ratkaiseva merkitys kaikissa yhteistoimintaprosessin vaiheissa.

Esimerkiksi ihmisten kohtaaminen voi tapahtua samassa tilassa tai virtuaalisesti verkon avulla. Samassakin tilassa olevien ihmisten välillä kommunikointi voi tapahtua suoraan tai välillisesti, riippuen muun muassa siitä, onko keskustelijoilla yhteistä kieltä. Yhteisen ympäristön tai kielen puuttuessa tarvitaan välittäjiä (esimerkiksi tulkki) tai teknologisia ratkaisuja (esimerkiksi kommunikaatiovälineitä, audiovisuaalisia laitteita tai etäkeskustelun mahdollistavia ohjelmia). Tällöin jo pelkästään kommunikoinnin onnistumisen kannalta ratkaiseva merkitys voikin

olla välittäjiin liittyvillä tekijöillä, kuten tulkin osaamisella, välineiden saatavuudella ja käytettävyydellä sekä niihin liittyen myös toimijoiden välineiden käyttövalmiuksilla. Keskustelun välillisyyks voi siten muodostua yhteistoimintaa edistäväksi, mutta myös haittaavaksi tekijäksi.

Toimintakontekstien reunaehdot vaikuttavat terapeutin yhteistoiminnan toteutumiseen sekä prosessien että toimijoiden kautta. Reunaehdot jäsentyvät kahdeksi kategoriaksi, jotka ovat toimintaympäristön luonne ja ehdot. *Toimintaympäristön luonne* nostaa esiin kolme tilaa, jotka ovat ammattilaisen käytössä oleva työtila (esimerkiksi sairaalan tai muun laitoksen osasto tai terapeutin vastaanottotila), asiakkaan hallinnoima yksityinen ja intiimi tila (koti, piha ja oma huone) ja ulkopuolisen hallinnoima julkinen tila (päiväkoti, kauppa tai koulu). Näiden tilojen yhteys etenkin epäsymmetrian kokemukseen ja toimijoiden toimintamahdollisuuksiin vaikuttaa myös terapeutin yhteistoiminnan toteutumismahdollisuuksiin ja onnistumiseen.

Ammattilaisen hallinnoima tila vahvistaa epäsymmetriaa, sillä terapeutille tuttu ympäristö korostaa hänen tilan hallintaansa liittyvää osaamista ja mahdollistaa siten ammatillisen pätevyyden korostumisen. Laitoksessa asiakas on yleensä vieraassa toimintaympäristössä ja -kulttuurissa, jossa jo pelkkä ympäristön vieraus vahvistaa toimijoiden välistä epäsymmetrisyyttä. Institutionaalisessa tilassa toiminta on usein normitettua ja erilaisten sääntöjen avulla rajattua, jolloin normit ja säännöt hyvin tuntevalla ammattilaisella voi olla asiakasta vahvempi luottamus siihen, että tehdyt suunnitelmat ovat toteutuskelpoisia. Toisaalta institutionaalisessa ympäristössä toimintamahdollisuudet rajautuvat ja suuntautuvat lähinnä joihinkin laitokselle tyypillisiin toimintoihin, kuten sairaalaosasto lepoon, puhtauteen ja lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Siten laitospäristö vahvistaa myös fyysisesti ammattilaisen rutiiniasiantuntijuutta ja tarjoaa vähemmän mahdollisuuksia asiakkaan pätevyyden esiintulolle ja yhteistoiminnalle. Toisaalta ammatilliseen käyttöön tarkoitettu tila voi olla myös hyvin suunniteltu siten, että se mahdollistaa kaikille esteettömän liikkumisen ja toiminnan. Se voi antaa monipuolisesti kiinnostavia impulsseja ja esteettisesti miellyttäviä kokemuksia. Se voi tarjota uusia näkökulmia, synnyttää ideoita ja luoda rikkaasti mahdollisuuksia toiminnan eri muodoille.

Asiakkaan hallinnoimassa ympäristössä tilanne on tavallisesti päinvastoin. Tilan tutuus ja hallinta tuovat esiin asiakkaan asiantuntijuutta ja hänen asemaansa tilan omistajana. Hän tietää kotinsa säännöt ja periaatteet sekä sen, missä tavaroita säilytetään. Hän voi tarvitessaan avata lupaa kysymättä kaappien ovia ja ottaa sieltä välineitä käyttöönsä. Ammattilaiselle tila on ainakin aluksi vieras, ja asiakkaan omistajuus edellyttää itsensä lisäksi myös hänen hallinnoimansa tilan kunnioittamista. Asiakkaan ympäristössä ammattilaisen mahdollisuudet ennakoita tilanteita ovat heikommat kuin tutussa ympäristössä. Siellä asiantuntija ”joutuu” turvautumaan asiakkaan asiantuntijuuteen, mikä on omiaan minimoimaan epäsymmetriaa

ja edistämään yhteistoimintaa. Toisaalta asiakkaan yksilölliset tekijät, esimerkiksi muistihäiriöt, kognitiiviset häiriöt tai traumaattiset muistot, saattavat estää tai haitata hänen asiantuntijuutensa esiintuloa myös tutussa ympäristössä. Tilan omistajuuden ja ominaisuuksien yhdistyminen asiakkaan yksilöllisiin tekijöihin, esimerkiksi toimintahaluttomuuteen, saattaa muodostaa esteen yhteistoiminnalle.

Ulkopuolisen hallinnoima tila saattaa tilanteesta riippuen vaikuttaa sekä yhteistoimintaa edistävästi että estävästi, sillä yhtäältä tällaiseen tilaan liittyvä yllätyksellisyys ja sattumanvaraisuus asettavat toimijat ikään kuin yhtäläisen ennakoinnattomuuden asemaan. Ulkopuolisen hallinnoimassa julkisessa tilassa noudatetaan tavallisesti joitakin yleisiä ja kaikkien tiedossa olevia sääntöjä ja normeja, mutta silti tilanteiden yllätyksellisyys ja sattumanvaraisuus vaatii toimijoilta huolellista suunnittelua ja mahdollisia varasuunnitelmia, jotta äkillisesti muuttuvista tilanteista kyettäisiin selviytymään mahdollisimman terapeuttisesti ja turvallisesti. Kaivattu lisähaaste voi olla myös liian iso harppaus niin asiakkaan kuin terapeutin osaamiselle ja luovuudelle, mikä saattaa aiheuttaa yhteistoimintaa haittaavaa turvattomuutta ja levottomuutta.

Toimintaympäristön ehdot ovat systeemi- ja organisaatiotasolta esimerkiksi lain-säädännästä, poliittisista ohjelmista, strategioista tai koulutuksesta käsin asettuvia reunaehtoja, joilla on vaikutusta niin organisaatioiden toimintaan kuin myös mikrotason yhteistoimintaan. Terapiatyössä tällaisia reunaehtoja ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, monialainen yhteistyö ja kustannustehokkuus.

Asiakaslähtöisyyden pyrkimyksenä on luoda tasa-arvoista kohtaamista ja minimoida toimijoiden välistä epäsymmetriaa eettisten periaatteiden ja hyvien käytäntöjen avulla. Laitilan (2010) tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys toteutui kolmella tasolla: organisaatioiden asiakaslähtöisinä toimintaperiaatteina, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintana. Erityisesti toimintakontekstiin sijoittuvana reunaehtona organisaation asiakaslähtöiset toimintaperiaatteet voivat tarjota otollisen lähtökohdan asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamiselle ja asiakkaan äänen kuulemiselle. Kaksi muuta Laitilan (2010) tunnistamaa toteutustasoa sijoittuvat tämän tutkimuksen jäsenyyksessä yhteistoimintaprosessiin.

Monialaisen yhteistyön tarkoituksena on laajentaa ratkaistavana olevien ongelmien tarkastelunäkökulmia sekä järkevöittää ongelmanratkaisuprosesseja. Isoherrasen (2012) tutkimuksen mukaan monialaisen yhteistyön keskeisiä haasteita ovat joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt, tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen sekä yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä haittaavat organisaation rakenteet. Terapeuttisen yhteistoiminnan näkökulmasta toimintakontekstin toimintaperiaatteet, strategiat ja käytännöt voivat sekä ohjata että säädellä sitä, miten Isoherrasen tunnistamat haasteet voidaan ylittää. Tunnistetut haasteet muistuttavat, miten toimijoiden

määrän lisääntyminen monimutkaistaa yhteistoiminnan toteutusta. Yhteistointaa rakentavien käytäntöjen ja periaatteiden lisäksi organisaatiossa pitäisi huolehtia siitä, että osallistujien vastavuoroisen yhteistoimijuuden lisäksi tarvitaan fasilitaattoria, joka huolehtii haasteiden ylittämiseen tähtäävistä toimista sekä siitä, että erilaisilla käsityksillä, mielipiteillä ja tunteilla on tilaa tulla esille ja että yhteistoimintaprosessi etenee tavoitteen mukaisesti.

Kustannustehokkuus on tavoiteltava asia toiminnan kannattavuuden osalta kaikkien toimijoiden näkökulmasta, jos käytännöt suunnittelussa otetaan huomioon eettisen tarkastelun kestävä periaatteet. Eettisesti kestävässä kustannustehokkaiden menetelmien valinnassa ja käytön kriteereiden sopimisessa sekä rutiinikäytäntöjen kehittämisessä huomioidaan epäsymmetrian minimointi ja etsitään käytäntöjä, jotka mahdollistavat asiakaslähtöisyyden lisäksi monialaisen yhteistoiminnan. Monialaisesta kumppanuus- ja yhteistoiminnasta on saatu pitkälläkin aikavälillä positiivisia tuloksia koskien sekä asiakastyytyväisyyttä että hoidon tuloksia, kuten tässä tutkimuksessa on jo aiemmin esitetty (ks. esimerkiksi Seikkula & Arnkil 2014; Olson et al. 2012; Romakkaniemi & Järvikoski 2012; Kemp 2011; McCloughen et al. 2011; Taylor et al. 2011; Newcomb et al. 2010; Stadnyk et al. 2010; Dibbelt et al. 2009; Holmqvist et al. 2009; Mahoney & Roberts 2009; Øien et al. 2009; Butz et al. 2007; Mönkkönen 2007; Sumsion & Lencucha 2007; Teeri et al. 2007; Borg & Kristiansen 2004; Winder et al. 2004; Wressle & Samuelsson 2004).

Terapeutista yhteistoimintasuhdetta rakentavat tekijät

Tässä jaksossa kokoon yhteen terapeutista yhteistoimintasuhdetta rakentavat tekijät erityisesti vastavuoroisen yhteistoimijuuden synnyttämisen näkökulmasta. Terapeutin yhteistoiminnan teoriassa terapiasuhde nähdään vastavuoroisuuden lisäksi epäsymmetrisenä, mikä johtuu muun muassa siitä, että asiakkaalla ja terapeutilla on erilaiset mahdollisuudet tietoon ja valtaan. Erityisesti institutionaalisessa terapiasuhteessa toimijat säätelevät toistensa pääsyä lähelleen. Nämä haasteet on voitettavissa vastavuoroisuuden hyveisiin perustuvan toiminnan sekä toisen kunnioituksen ja keskinäisen luottamuksen avulla.

Epäsymmetrisessä suhteessa toimijoilla on erilaiset toimintaoikeudet, sillä terapeutilla on koulutuksensa ja asemansa takia erityistä tietoa ja pääsy sellaisiin tietoihin sekä päätöksentekotilanteisiin, joihin ei-ammattilainen ei pääse (vrt. Rittel & Webber 1973). Rärkeimmät epäsymmetriset epäkohdat liittyvät tilanteisiin, joissa asiakkaan asioista päätetään ilman hänen läsnäoloaan tai hänelle ei anneta edes puheoikeutta, vaikka hänellä olisi valmiudet osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon.

Senin (2009) mukaan epäsymmetriaa aiheuttavat tekijät vaikuttavat toimijoiden toimintamahdollisuuksien (comprehensive opportunities) ja kyvykkyyden (capability) eriarvoisuuteen. Sen (emt.) ei kuitenkaan pidä järkevänä pyrkiä epäsym-

metrian minimointiin sinänsä, sillä se ei hänen mukaansa ole milloinkaan täysin mahdollista. Sen sijaan hyvinvoinnin kannalta tulisi pyrkiä tekemisen ja kyvykkyyden mahdollistamiseen esimerkiksi tietämyksen lisäämisen ja toimintamahdollisuuksien etsimisen avulla. Tämänkaltainen lähestymistapa on toimintaterapeuteille tuttu, sillä Yerxa perusteli jo 1960 -luvulla runsaasti siteeratusta artikkelissaan, miten toimintaterapeuttien pitää tarjota asiakkaalle vapaus tehdä päätöksiä, mutta myös riittävästi tietoa realistisen päätöksenteon tueksi (Yerxa 1967). Terapeuttisen yhteistoiminnan teoriassa vastavuoroisen suhteen rakentaminen ja keskustelevan harkinnan vaihe palvelevat jo sellaisenaan kyvykkyyden mahdollistamista.

Sen (emt.) tekee erottelun olemisen (being) ja tekemisen (doing) välille. Olemisen näkökulmasta olennaista on, että ihmisellä on tietoa eri vaihtoehdoista, jotta hän voisi tehdä realistisia valintoja (vrt. keskusteleva harkinta), kun taas tekemisen näkökulmasta olennainen tekijä on halu ja kyky toimia (vrt. muutoksen toteutus). Senin (emt.) tutkimusten kontekstina ovat taloustieteet, mutta samankaltaista keskustelua on käyty toimintaterapiassa, missä on pitkään tutkittu terapeutin tehtävää toiminnan mahdollistajana (enabling occupation) (Yerxa 1967; Polajko 1992; Townsend 1998; Wilcock 1999). Toimintaterapian kontekstissa tekemisen (doing) ja olemisen (being) rinnalla on tarkasteltu myös tulemistä joksikin (becoming) (Wilcock 1999), sillä terapiassa on aina kysymys jonkin tilanteen muuttamisesta toisenlaiseksi. Eri-laisista lähestymiskulmista huolimatta voidaan nähdä, että molemmissa on samankaltainen, yksilön ja yhteisön hyvää silloittamaan pyrkivä lähestyminen.

Terapeuttisen yhteistoiminnan teoriassa kyvykkyyden mahdollistaminen ei tarkoita toiseen ihmiseen vaikuttamista, sillä yhteistoiminnassa sellaiset muutospyrkimykset eivät olisi järkeviä. Asiakkaan kyvykkyyden ja hyvinvoinnin edistämispyrkimykset konkretisoituvat hänen toimintaa koskevassa harkinnassaan ja valinnoissaan sekä toimintaan osallistumisessaan. Siksi yhteistoiminta tähtää kyvykkyyttä ja toimintamahdollisuuksia koskevan tiedon ja ymmärryksen lisäämiseen sekä asiakkaan toimintamahdollisuuksien etsimiseen ja uusien rakentamiseen yhdessä asiakkaan kanssa.

Yhteistoiminnan mahdollistamisessa on kyvykkyyden rinnalla kiinnitettävä huomiota toimijoiden sukupuoleen, ikään, arvostuksiin, kiinnostuksiin ja voimavaroihin. Näin ollen terapeuttinen yhteistoimijuus ei rakennu pelkästään päämääriä tavoittelevasta toimijuudesta (agency), vaan siinä ovat mukana myös hyvinvoinnin (well-being) ja olemisen elementit (vrt. Sen 2009: 286–287). Terapeuttisessa yhteistoiminnassa *toimijuuden yksilöllisissä tekijöissä* otetaan toimintakyvyn rinnalla huomioon kyvykkyyttä mahdollistavat yksilölliset tekijät. Esimerkiksi ICF-luokittelun (International Classification of Functioning, Disability and Health eli Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (Stakes 2004) avulla tarkasteltuna toimintakyvyn tason lisäksi toimintaa mahdollistavat yksilölliset tekijät. Edellisessä jaksossa kuvattujen toimintakontekstin reunaehto-

jen kanssa ne vaikuttavat yhteistoiminnan onnistumiseen ja voivat jopa estää toiminnan kokonaan.

Terapeuttisen yhteistoiminnan onnistumisen kannalta toimijoiden keskinäisen *vuorovaikutuksen säätelyherkkyys ja säätelyn keinot* vaihtelevat. Ihmiset säätelevät tavallisestikin toisen ihmisen pääsyä oman yksityisyytensä alueelle, mutta etenkin institutionaalisissa suhteissa säätely näyttää korostuvan. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että toisen autonomian loukkaamattomuus ja autenttisuuden eli itsenään olemisen *kunnioitus* lisäävät turvallisuutta ja vahvistavat arvokkuutta, minkä takia ne ovat yksi yhteistoiminnan onnistumisen perustekijöistä. Jotta tässä onnistuttaisiin, on yhteistoiminnan terapeuttisuuden näkökulmasta tehtävä Senin (2009) teorian avulla muutama tärkeä vapauten ja pyrkimyksiin liittyvä tarkennus. Ensinnäkin toisen apua tarvitsevan ihmisen hyvinvoinnille (well-being freedom) saattaa olla tärkeää, että hän saa olla vapaasti toisen apua tarvitsevana itsenään. Tämä on tärkeää huomioida etenkin vastavuoroisen suhteen rakentamisvaiheessa sekä keskusteleavassa harkinnassa. Toiseksi hyvinvoinnin mahdollistaminen ei aina takaa, että ihmiset käyttäisivät toimintavapauttaan (agency freedom), sillä toimintavapaus ei vielä takaa toimijuuden saavuttamista. Tästä syystä keskusteleavassa harkinnassa tehdyt valinnat ja päätökset eivät välttämättä konkretisoidu muutosta tavoittelevaksi toiminnaksi. Samoin toimijuuden saavuttaminen (agency achievement) ei tarkoita samaa kuin hyvinvoinnin saavuttaminen (well-being achievement). (Vrt. Sen 2009: 287–290.) Toimintaterapia perustuu ajatukselle, jonka mukaan terapeuttinen toiminta tuottaa hyvinvointia. Terapeuttisen yhteistoiminnan edistämisen näkökulmasta on siis syytä muistaa, että koska voi olla vaikea, ellei jopa mahdotonta, löytää sellainen yksi toiminnan muoto, joka olisi kaikissa mahdollisissa tilanteissa universaalisti terapeuttinen, tarvitaan kussakin tapauksessa tilannekohtaista keskustelevaa harkintaa.

Jotta yhteistoimintasuhteeseen uskalletaan ylipäättään asettua, tarvitaan *luottamusta* siihen, että toinen toimii vastavuoroisuuden hyveiden mukaisesti. Terapeuttisessa yhteistoiminnassa tarvittavia **vastavuoroisuuden hyveitä** ovat hyvän tahtominen toiselle, oikeudenmukaisuus sekä kohtuunmukaisuus. *Hyvän tahtominen toiselle* tarkoittaa lähtökohtaisesti myönteistä asennoitumista sekä kiinnostusta ja halua toimia toisen kanssa. *Oikeudenmukaisuus* tarkoittaa etenkin terapiasuhteissa tasapuolisen jaon sijaan tarpeenmukaisuutta ja sen yksilöllistä huomioonottamista. *Kohtuunmukaisuus* tarkoittaa terapiasuhteissa armeliaisuutta, tilannekohtaista joustamista sekä tarvittaessa periksiantamattomuutta ja omista oikeuksista pidättäytymistä. Seuraavassa taulukossa (taulukko 13) on koottu yhteen terapeuttisen yhteistoiminnan keskeiset tekijät.

Taulukko 13. Terapeuttisen yhteistoiminnan teoria.

TERAPEUTTINEN YHTEISTOIMINTA					
Vastavuoroinen yhteistoimijuus			Yhteistoiminta-prosessi	Toimintakontekstin reunaehdot	
Epä-symmetria	Vastavuoroisuuden hyveet	Vuorovai- kutuksen säättely	I Vastavuoroisen suh- teen rakentaminen	Toimintaympä- ristön ehdot	Toimintaympä- ristön luonne
Toimijoiden välinen suhde	Hyvän tahtominen toiselle	Kunnioitus	Diadinen yhteys	Asiakaslähtöisyys	Asiakkaan hal- linnoima tila
			Jaettu tarkkaavaisuus		
			Trialoginen vastavuoroisuus		
			Vastavuoroinen suhde		
Asianosaiset yhteis- toimijoina	Oikeuden- mukaisuus	Luottamus	II Keskusteleva harkinta	Monialainen yhteistyö	Ulkopuolisen hallinnoima tila
			Tilanteen erityisyyden tunnistaminen		
			Ymmärryksen jakaminen		
			Yhteinen ennakointi		
			Tieto ja ymmärrys		
Toimijoiden yksilöllis- et tekijät	Kohtuun- mukaisuus	Luottamus	III Muutoksen toteutus	Kustannus- tehokkuus	Ammattilaisen hallinnoima tila
			Tekeminen		
			Mielekäs toiminta		
			Tekeminen yhdessä		
			Mielekäs toiminta yhdessä		
			Asiantilan muutos		

Vastavuoroisuuden prosessit toteutuvat kolmen päävaiheen kautta. Esitän tässä vain lyhyesti nämä pääkohdat, sillä tarkastelen niitä perusteellisemmin seuraavassa luvussa. Ensimmäinen ja välttämätön prosessi on **vastavuoroisen suhteen rakentaminen**, joka koostuu kolmesta erilaisesta ja askel askeleelta kehittyvän suhteen vaiheista, jotka ovat *diadinen suhde, jaettu tarkkaavaisuus ja trialoginen*

vastavuoroisuus. **Keskusteleva harkinta** rakentuu kolmesta alavaiheesta, jotka ovat *tilanteen erityisyyden tunnistaminen, ymmärryksen jakaminen ja yhteinen ennakointi*. Keskusteleva harkinta ja sen tuottamat tulokset riippuvat muun muassa siitä, millaisen keskinäisen vuorovaikutussuhteen toimijat ovat rakentaneet. **Muutoksen toteutus** on konkreettista toimintaa, jotta haluttu asiantila saavutettaisiin. Muutosta voidaan tavoitella ainakin neljällä perusluonteeltaan erilaisella tavalla eli *tekemällä yksin tai yhdessä tai mielekkään toiminnan avulla yksin tai yhteistoiminnassa*. Muutoksen toteutustapa riippuu muun muassa toimintakontekstin ehdoista ja luonteesta, yhteistoimijuudesta, vastavuoroisen suhteen muodosta sekä siitä, millaiseen suunnitelmaan keskustelevassa harkinnassa on päädytty.

Toimijuuteen liittyvillä, aiempiin kokemuksiin perustuvilla tekijöillä sekä tulevaisuuteen suuntautuvilla pyrkimyksillä on olennainen merkitys sen suhteen, millaista toimintaympäristöä tarvitaan ja millaiseksi yhteistoimintaprosessit muodostuvat. Jos esimerkiksi kommunikaatiovaikeuksien takia vuorovaikutuksen tueksi tarvitaan kommunikaatiovälineistöä, tulkkia tai vieraalla kielellä puhumista, vaikuttavat toimijoiden halu ja valmiudet oppia sekä taidot ja halu käyttää välineistöä tai omia valmiuksiaan olennaisesti myös siihen, miten yhteistoiminta onnistuu ja edistyy. Jos toimijalla on esimerkiksi aiempia emotionaalisesti vahvasti latautuneita kokemuksia, ennakoasenteita ja toimintarooleja epäsymmetrisistä suhteista, ne voivat aiheuttaa voimakasta asemoitumista sekä itseän että toiseen. Toimija voi myös ohjautua toiminnassaan pelkkien omien pyrkimystensä johdattamana ja omien ennakkosuunnitelmien mukaisesti, jolloin toisen osallistumismahdollisuudet jäävät helposti alisteiseksi yhden pyrkimyksille. Toimija voi olla myös voimaton tai haluton, minkä takia hänen on joko siirrettävä tai hän mielellään siirtää vastuun päätöksenteosta, suunnitelman laatimisesta ja toteutuksesta toiselle. Nämä tilanteet ovat yhteistoiminnan edistämisen kannalta eettisesti herkkiä rajanvetotilanteita, jotka voivat sekä edistää että estää yhteistoiminnan toteutumista.

10.2 Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessimalli

Yhteistoimintaprosessin kolme päävaihetta ovat **vastavuoroisen suhteen rakentaminen, keskusteleva harkinta ja muutoksen toteutus**. Niitä kaikkia yhdistävät toisiinsa yhteistoiminnan kohde⁵² sekä pyrkimys asiakkaan toiminnan mahdollistamiseen.

Yhteistoimintaprosessit tähtäävät haluttujen muutosten aikaansaamiseen. Vastavuoroisen suhteen rakentaminen on välttämätön, mutta yksinään riittämätön vaihe. Sen lisäksi tarvitaan keskustelevan harkinnan avulla kehittyvää yhteistä ymmärrystä toiminnan mahdollistamisesta. Joissakin tapauksissa pelkkä lisäymmärrys

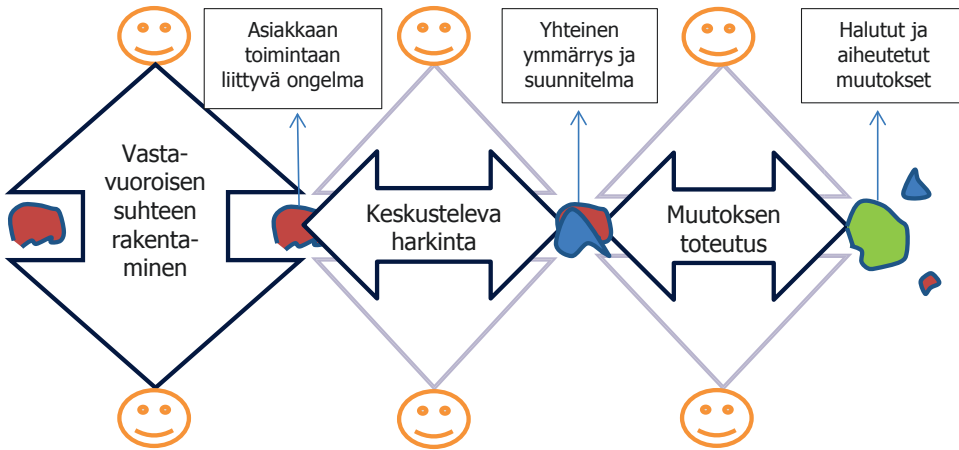
52. Terapeuttisessa yhteistoiminnassa yhteinen kohde on asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma.

voi riittää siihen, että asiakkaalla on sen jälkeen paremmat toimintamahdollisuudet. Tilanteesta riippuen muutoksen toteutus voi tapahtua joko toiminnan tai tekemisen avulla yksin tai yhdessä toimien.

Terapeutin yhteistoiminnan teoriassa toiminnan kohde sijoittuu yhteistoiminnan prosessien (vastavuoroisen suhteen rakentaminen, keskusteleva harkinta ja muutoksen toteutus) yhteiseen ytimeen. Yhteinen ymmärrys ei kuitenkaan tarkoita konsensusta, vaan mieluummin sen hyväksymistä, että kohde saattaa näyttää eri näkökulmista tarkasteltuna erilaiselta. Prosessin eri vaiheissa tulisi onnistumisen edistämiseksi ottaa huomioon erilaisten näkökulmien merkitykset. Toisena yhdistävänä tekijänä on haluttu asiantila, johon tähtäävään toimintaan toimijat ovat valmiita sitoutumaan ja jonka aiheuttamista seurauksista he ovat valmiit kantamaan vastuun. Toimijoiden vastavuoroista suhdetta ja keskustelemaa harkintaa tarvitaan, jotta siirtymä nykyisistä olosuhteista toivotunlaisiksi onnistuisi tehokkaasti ja jotta lisäksi aiheutettaisiin mahdollisimman vähän ei-toivottuja muutoksia (vrt. Laudan 1996). Näin ollen terapeutin yhteistoiminnan kohteena ei ole asiakas, vaan asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma, yhteistoiminnan prosessin tarkoituksena on asiakkaan toiminnan mahdollistaminen ja terapian päämääränä on asiakkaan hyvinvointi ja arvokas elämä. Yhteistoiminnan kohde sekä yhteistoiminnan edellyttämät resurssit ja aiheuttamat seuraukset suhteessa terapian päämäärään luonnehtivat yhdessä asiakkaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen merkitystä.

Esitän Kuvassa 12 terapeutin yhteistoiminnan prosessimallin päävaiheet yksinkertaistetussa muodossa.⁵³ Toimijoiden yhteisenä kohteena on asiakkaan toimintaan liittyvä ongelma, jonka selvittämiseksi tarvitaan yhteistoimintasuhteen rakentamista. Keskustelemaan harkinnan vaiheessa se on yhteisen keskustelun kohde, jota halutaan ymmärtää eri näkökulmista. Toimintamahdollisuuksien selvittämiseksi halutaan tässä vaiheessa löytää toteutuskelpoisia ratkaisuja. Muutoksen toteutuksen vaiheessa kohdetta ryhdytään konkreettisesti muuttamaan toisenlaiseksi tai sen tilalle rakennetaan uusia vaihtoehtoja.

53. Toimintakontekstin luonne ja ehdot, jotka toimivat yhteistoiminnan mahdollistajana ja reunaehtojen asettajana, on kuvassa jätetty avoimeksi, jotta päähuomio kohdistuisi prosessiin. Yhteistoimintajuuteen liittyvät tekijät on kuvattu pelkkinä hymynaamoina, ja epäsymmetrinen vastavuoroisuussuhde on kuvattu selkeyden takia yksinkertaisella kaksisuuntaisella nuolella. Epämääräiset möyköt yhteistoimintaprosessien vaiheiden välillä kuvaavat yhteisenä kohteena olevaa kohdetta, jonka muoto ja merkitys muuttuvat prosessin edetessä.



Kuva 11. Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessin päävaiheet.

Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessin etenemisen kannalta olennaista on, että keskustelevalle harkinnalle ei onnistu ilman vastavuoroista suhdetta eikä muutoksen toteutus mielekkäällä yhteistoiminnassa onnistu ilman keskustelevaa harkintaa. Seuraavissa alaluvuissa esittelen kunkin vaiheen pääkohdat.

Vastavuoroisen suhteen rakentamisen vaihe

Ensimmäinen ja välttämätön terapeuttisen yhteistoiminnan pääprosessi on **vastavuoroisen suhteen rakentaminen**. Sen kolme kehittyvää, toinen toisiinsa sisältävää alaproessia ovat *diadinen subde, jaettu tarkkaavaisuus ja dialoginen vastavuoroisuus*.

Vastavuoroisen suhteen rakentamisen yksinkertaisin muoto on kaksinapainen kohtaaminen eli **diadinen yhteys**, jossa toimijat tunnistavat toistensa läsnäolon. Diadinen yhteys sisältyy kaikkiin vastavuoroisen suhteen muotoihin, sillä sitä tarvitaan mahdollistamaan toimijoiden välinen kommunikaatio. Toimijoiden välinen fyysinen yhteys välittyy aistien kautta, ja se voi syntyä samassa tilassa olemisesta, liikkeestä, kosketuksesta, katseesta, puheesta tai ylipäätään toisen ihmisen olemassaolon havaitsemisesta. Emotionaalinen yhteys rakentuu tunneyhteydestä ja -siteestä, jotka syntyvät tunteiden ilmaisun ja vastaanottamisen sekä kohdatuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemuksesta. Diadisessa yhteydessä kumpikin toimija vaikuttaa omalla toiminnallaan toiseen ja tulee samalla myös itse vaikutetuksi. Se vaatii siis myös terapeutilta tietoista alttiiksi asettumista vaikutetuksi tulemiselle.

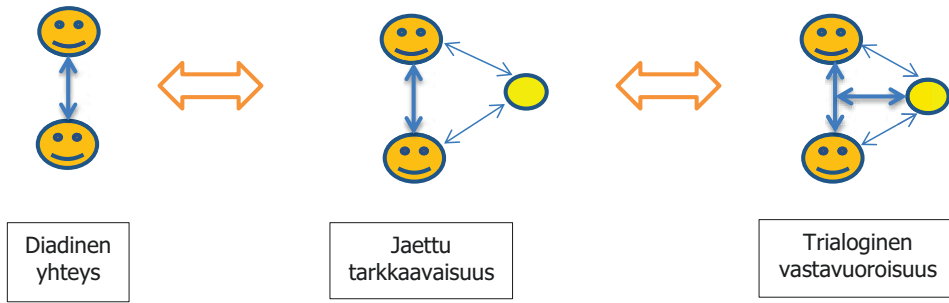
Jaettu tarkkaavaisuus edellyttää diadisen yhteyden lisäksi kykyä kohdistaa huomio myös yhteiseen kohteeseen eli yhteistä intenttiä. (Eilan 2005: 5; vrt. Goffman 2012: 308–309). Esimerkiksi normaalikehityksen mukaisesti lapsi kiinnittää ensimmäisten 4–5 kuukauden ajan huomionsa pääasiassa hoitajaansa (vrt. toimijoiden välinen diadinen yhteys). Sen jälkeen hän alkaa kiinnittää huomiota

vaihdellen myös esinekohteisiin. Jo alle vuoden ikäinen lapsi alkaa osoittaa kohteita hoitajalle, ja toisen vuoden loppuvaiheessa hän seuraa aikuista katseellaan ennen huomion kiinnittämistä, huomion kiinnittämisen aikana ja sen jälkeen.⁵⁴ Tällaista suhdetta kutsutaan myös triadiseksi yhteydeksi, sillä diadisen yhteyden lisäksi siinä tarkkaavaisuus jaetaan samanaikaisesti myös yhteiseen kohteeseen. Kun toimijat tunnistavat ja kohdistavat toistensa lisäksi huomionsa ympäristössä olevaan samaan kohteeseen, muodostuu kohteesta toimijoiden yhdessä jakama asia. Se voi olla mikä tahansa yhdessä koettavissa oleva tekijä: asia, esine, tunnetila, tarina tai yhteinen tekeminen. Tarkkaavaisuuden jakaminen toteutuu dialogissa, jota tarvitaan yhteistä kohdetta koskevassa, näkökulmia, tunteita, käsityksiä ja merkityksiä jakavassa keskustelussa sekä ymmärryksen ja yhteisen kontekstin rakentamisessa yhteistoiminnalle (Seikkula & Arnkil 2009). Jaetun tarkkaavaisuuden vaihetta luonnehtii konsensuksen sijaan pikemminkin kiinnostus erilaisuutta kohtaan ja tilan antaminen erilaisuuden esiintulolle. Turvallisen ilmapiirin lisäksi tarkkaavaisuuden jakaminen edellyttää toimijoilta rohkeutta tuoda esille erilaisia näkemyksiä, käsityksiä ja mielipiteitä, mutta myös omia rajoituksia, ongelmia, puutteita ja tehtyjä virheitä. Jaetun tarkkaavaisuuden kyky on terapeutin yhteistoiminnan käynnistymiseksi välttämätön.

Trialogisessa vastavuoroisuudessa astutaan askel pidemmälle käytännöllisen toiminnan suuntaan. Se edellyttää sekä yhteyttä toiseen että yhteiseen kohteeseen suuntautuvaa jaettua tarkkaavaisuutta, sillä siinä pyritään rakentamaan yhteistä kohdetta koskevaa tietoa ja ymmärrystä sekä muokkaamaan ja muuttamaan sitä tai luomaan sen tilalle kokonaan uusia vaihtoehtoja. Näin ollen trialogiseen vastavuoroisuuteen liittyy vahva pragmaattinen eli käytännöllinen pyrkimys. Yhteinen kohde on trialogisessa vastavuoroisuudessa toimijoiden yhteyttä vahvistava tekijä. Se tarjoaa toimijoille ulkoisen muistikentän sekä ajatusten ja ideoiden yhteisöllisen kehittämisareenan, joka tukee oppimista ja uusien asioiden omaksumista (Hakkarainen & Paavola 2006: 228–229).

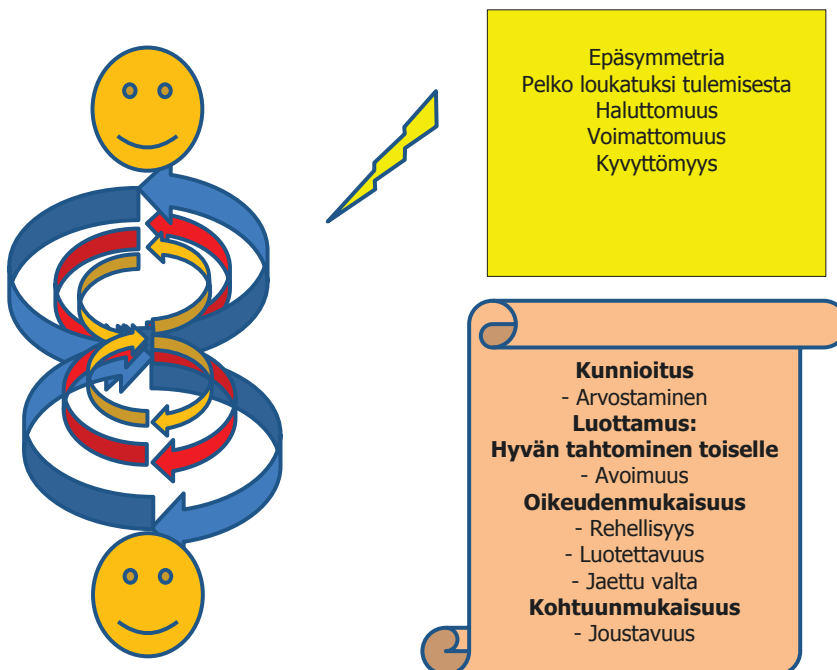
Trialoginen vastavuoroisuusasetelma tarjoaa vaihtoehdon perinteiselle subjekti-objekti-asetelmalle (diadinen suhde), sillä trialogisessa vastavuoroisuussuhteessa asiakas ei ole terapeutin toimenpiteiden kohde vaan yhteistyökumppani, jonka kanssa pyritään yhdessä ratkaisemaan ongelmatilanne ja löytämään asiakkaan toimintamahdollisuuksia parantavia ratkaisuja. Trialoginen suhde tarjoaa vaihtoehdon myös sille, että asiakasta käytettäisiin terapian pyrkimysten välineenä, jolloin asiakas joutuu tekemään terapian edellyttämiä asioita vasten omaa tahtoaan. Vastavuoroisen suhteen rakentamisen alaprosessit on kuvattu Kuvassa 12.

54. Jaetun tarkkaavaisuuden käsitettä tutkitaan muun muassa psykologiassa ja filosofiassa ja sitä koskeva tutkimus onkin tuonut uutta tietoa ja ymmärrystä erityisesti autististen lasten hoitoon ja kohtamiseen (Leekam 2005: 205).



Kuva 12. Vastavuoroisen suhteen rakentumisen vaiheet.

Vastavuoroisen suhteen rakentumista hidastavat kaikki tasa-arvoisia toimintamahdollisuuksia heikentävät käytännöt, kuten institutionaalisiin toimintaympäristöihin kytkeytyvät epäsymmetriaa ylläpitävät ja vahvistavat käytännöt, toimijoiden aiempiin kokemuksiin perustuvat kokemukset arvostuksen puutteen tai pelot loukatuksi tulemisesta. Toimintaympäristöön ja toimijuuteen liittyvät tekijät vaikuttavat erityisesti vastavuoroisen suhteen rakentamisvaiheessa aiempaa toisintaen, ylläpitäen tai uudistaen. Yhteistoimintaa haittaavia yksilöllisiä tekijöitä ovat muun muassa haluttomuus, voimattomuus tai kyvyttömyys yhteistoimintaan. Kuvassa 13 on koottu yhteen yhtäältä yhteistoimintaa haittaavia ja toisaalta sitä edistäviä toimijuustekijöitä.



Kuva 13. Vastavuoroisen suhteen rakentamiseen vaikuttavat tekijät.

Trialogista vastavuoroisuutta tarvitaan, jotta keskusteleavassa harkinnassa kyettäisiin keskustelemaan avoimesti, selvittämään laaja-alaisesti ongelmaan liittyvät asiat sekä laatimaan paras mahdollinen suunnitelma tilanteen muuttamiseksi ja jotta muutoksen toteutus onnistuisi miellyttävästi ja tehokkaasti kaikkien osapuolten resursseja säästäten. Siten vastavuoroisen suhteen rakentamisen vaihe on kokonaisuudessaan tärkeä osa laadukasta ja kustannustehokasta terapiatyötä. Sitä varten tarvitaan erityisesti toimijuuteen liittyviä, terapeutista yhteistoimintaa rakentavia tekijöitä. Aiemmissa tutkimuksissa tällaisiksi tekijöiksi on tunnistettu: *toimijoiden avoimuus, rebellisyys, joustavuus, toisen kunnioittaminen ja arvostaminen, keskinäinen luottamus ja luotettavuus sekä jaettu valta* (McCloughen et al. 2011; Billet et al. 2007; Sumsion & Lencucha 2007; Brown et al. 2006; Palmadottir 2006; San Martín-Rodríguez et al. 2005; Dowling et al. 2004; Borg & Kristiansen 2004). Tämä tutkimus nosti esiin erityisesti toisen kunnioittamisen sekä luottamuksen toisen vastavuoroisuuden hyveisiin (hyvän tahtominen toiselle, oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus). Lisäksi suhteen kehittymiseen vaikuttavat edellisessä jaksossa esitetyt kontekstuaaliset tekijät.

Keskustelevan harkinnan vaihe

Toimintaterapiaan tulevien asiakkaiden toimintaan liittyvät ongelmat ovat aina inhimillisiä. Rittelin ja Webberin (1973: 163–167) käsitysten mukaan inhimilliset ongelmat ovat itse asiassa ”*pirullisia ongelmia*” (wicked problems), joiden ratkaisuun ei riitä yksi ihminen (emt.). ”Pirullisten ongelmien” ratkaiseminen koskee aina konkreettista elämää, ja jokaisella ratkaisulla on seurauksensa, joita ei voida pyyhkiä tekemättömäksi. Siksi niiden selvittäminen ja muutokseen tähtäävän suunnitelman laatiminen edellyttää realiteetteihin perustuvaa keskustelua sekä yhdessä muodostettua, kollektiivista tietoa asianosaisten välillä. Tähän tarkoitukseen kyseiset tutkijat kehittivät kollektiivisen ongelmanratkaisuteorian⁵⁵, jota voidaan hyödyntää myös keskusteleavassa harkinnassa.

Terapeuttisessa yhteistoiminnassa asiakas ja terapeutti ottavat yhdessä suunnittelijan roolin niin terapiatilanteiden, terapiaprosessin, terapiapalveluiden ja kotihoitopalvelujen kuin myös esimerkiksi asunnonmuutostöiden ja apuvälinehankintojen toteuttamiseksi. Rittelin ja Webberin (1973) mukaan suunnittelijalla ei oikeastaan ole oikeutta olla väärässä, sillä hän on aina vastuussa niistä seurauksista, joita suunnitelmat tuottavat. Autenttisissa tilanteissa inhimillisiä ongelmia koskevia ratkaisuja ei voida kokeilla simultaanisti, vaan jokainen ratkaisu on kokeiltava käytännössä ja jokainen kokeilu saa aikaan seurausten aallon, joka johtaa seuraus-

55. Myöhemmin tätä teoriaa on kehitelty myös muun muassa Conklin (2006).

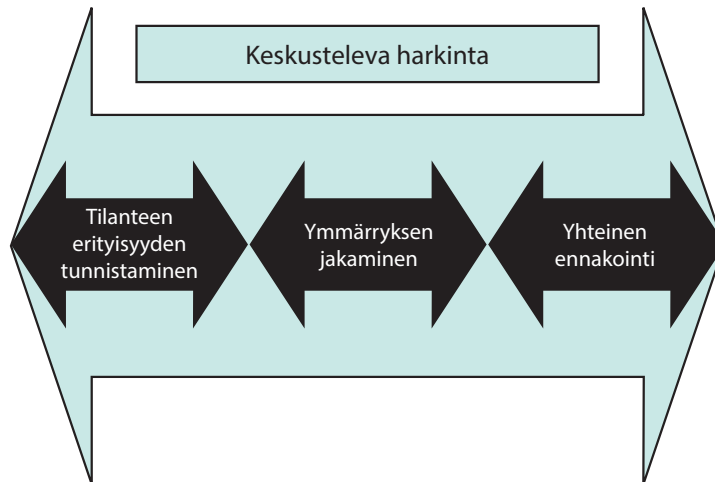
ten loputtoman ketjun leviämiseen ja jatkumiseen.⁵⁶ Koska toimintaterapiassa pyritään luomaan haluttuja muutoksia tuottavia, pitkäaikaisia kehitysaaltoja, tarvitaan toimintaan sitoutumisen vahvistamiseksi ja vastuun jakamiseksi useampien henkilöiden yhdessä laatimia suunnitelmia.

Käsitys pirullisten ongelmien luonteesta tuo esiin terapeutin vastuun tehdyistä päätöksistä, aikaansaadusta toiminnasta sekä aiheutetuista seurauksista. Haasteellisuudesta huolimatta terapeutit pitävät yhdessä laadittavan suunnitelman tekemistä monin tavoin myös terapeuttisesti merkityksellisenä, sillä suunnitteluun osallistuminen vahvistaa asiakkaan arvokkuuden kokemusta sekä harkintakykyä. Myös Rittelin ja Webberin (1973: 166) mukaan suunnitteluun osallistuvan näkökulma (world view) on vahvin tekijä, joka vaikuttaa ristiriitojen selittämiseen ja ongelman ratkaisemiseen. Tämän pohjalta voidaan ajatella, että *kustannustehokkuuteen tähtäävällä kuntoutuksella ei ole yksinkertaisesti varaa jättää asiakasta ja hänen läheisiään kuntoutuksen suunnittelun ulkopuolelle. Sen sijaan tarkoituksenmukainen kustannustehokkuus ja inhimillinen merkityksellisyys edellyttävät, että asiakas ja hänen läheisensä ovat päätoimijoina mukana asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantamisen suunnittelussa ja toteutuksessa.*

Terapeuttisessa yhteistoiminnassa kollektiivinen ongelman selvittely ja toiminnan mahdollistamisen suunnittelu toteutuvat **keskustelevan harkinnan prosessina**. Keskusteleva harkinta edellyttää aina vähintään kahta toimijaa, joiden välillä on vastavuoroinen dialoginen suhde. Terapeuttisessa yhteistoiminnassa yhteisenä kohteena on asiakkaan toiminnan mahdollistaminen. Siinä toimijat tutkivat yhteistä kohdetta eri näkökulmista, etsivät ratkaisuvaihtoehtoja ja laativat konkreettisen ja toteutuskelpoisen suunnitelman toimintamahdollisuuksien parantamiseksi. Keskustelevan harkinnan avulla syntyy toiminnan mahdollistamista koskevaa kollektiivista, yhdessä rakennettua tietoa ja ymmärrystä sekä tulevan toiminnan ennakointia ja suunnittelua.

Keskusteleva harkinta rakentuu kolmesta alavaiheesta, jotka ovat tilanteen *erityisyyden tunnistaminen, ymmärryksen jakaminen ja yhteinen ennakointi (Kuva 15)*. Jokaisella alaprosessilla on oma merkityksensä keskustelun etenemisessä ja yhteisen suunnitelman jäsentämisessä. Se, miten keskusteleva harkinta toteutuu ja millaisiin tuloksiin siinä voidaan ylipäätään päästä, riippuu toimintakontekstin ehtojen ja luonteen sekä toimijuustekijöiden ohella siitä, millainen vuorovaikutussuhde toimijoiden välille on syntynyt prosessin ensimmäisessä vaiheessa.

56. Tästä ainutlaatuisesta seuraamusten ketjusta johtuu luonnollisesti myös se, että mitään välitöntä ongelman ratkaisun onnistumista arvioivaa testiä ei voi olla olemassa.



Kuva 14. Keskustelevan harkinnan alaprosessit.

Tilanteen erityisyyden tunnistamisessa luodaan perusta keskustelun onnistumiselle. Olennainen keskustelun onnistumiseen vaikuttava tekijä on yhteisen kielen löytäminen keskinäisen kommunikoinnin ja asioiden jakamisen mahdollistamiseksi kohteena olevasta tilanteesta. Keskusteleva harkinta edellyttää riittävän laajaa, syvää ja realistista tietoa ja ymmärrystä ensinnäkin kohteesta ja sitä koskevista muutostarpeista ja -pyrkimyksistä. Toiseksi se edellyttää tietoa ja ymmärrystä kumppaneiden toimijuuksiin liittyvistä tekijöistä sekä niiden pohjalta yhteistyön mahdollisuuksista. Kolmanneksi se edellyttää tietoa ja ymmärrystä toimintakontekstin reunaehdoista. Onnistuessaan tämä vaihe tuottaa laaja-alaisen ymmärryksen yhteisistä reunaehdoista, toimijoiden arvostuksista ja pyrkimyksistä sekä käytettävistä olevista resursseista ja toimintamahdollisuuksista.

Yhteisen keskustelun tarve syntyy oman näkökulman rajallisuuden tunnistamisesta. Se motivoi yhteistä keskustelua ja toisten kuulemisen tärkeyttä. Näkökulmien rajallisuus voi paljastua avoimessa keskustelussa, joka edellyttää yhtäältä toisen kunnioittamista ja toisaalta luottamusta vastavuoroisuuden hyveisiin. Tämä vaihe vastaa Laudanin (1996) ongelmanratkaisuprosessin ensimmäistä vaihetta, jossa Laudanin mukaan selvitetään mahdolliset ristiriitaiset käsitykset ennen kuin ne aiheuttavat ristiriitaisuuksia varsinaiseen ongelmanratkaisuprosessiin. Kannatan Laudanin käsitystä siitä, että heti prosessin alussa käytävä avoin keskustelu osallistujien arvoista sekä todellisuuteen ja tietämiseen liittyvistä lähtökohdista auttaa ratkaisemaan prosessin seuraavat vaiheet onnistuneesti. Kyseessä ei siis ole konsensuksen ja yhteisen näkökulman hakeminen kohteena olevasta asiasta, vaan mahdollisimman rikkaan ja monipuolisen ymmärryksen saaminen osallistujien erilaisista näkökulmista, kokemuksista, arvostuksista, kiinnostuksista sekä tavoitteista ja pyrkimyksistä. Sen takia on tärkeää, että kaikkia osapuolia kuullaan ja kaikkien

käsitykset otetaan huomioon riippumatta esimerkiksi siitä, ovatko näkökulmat vastakkaisia tai ovatko pyrkimykset realistisia tai keskenään ristiriitaisia.

Ymmärryksen jakamisen vaiheessa toimijat jakavat nykytilannetta koskevia käsityksiään. Olennaista tässä vaiheessa on saada ensinnäkin laaja ja riittävän syvä ymmärrys yhtäältä kohteen nykytilasta ja toisaalta tavoitellusta muutoksesta. Toiseksi olennaista on, että osallistujat tekevät ehdotuksia toimintavaihtoehtoista, joiden avulla ehdotettuihin tavoitteisiin voitaisiin päästä. Jo pelkkien ehdotusten tekeminen edellyttää osallistujilta asioiden vertailevaa arviointia sekä erilaisten vaihtoehtojen etsintää. Ehdotusten keskinäistä vertailua tulisi kuitenkin välttää siihen asti, kunnes kaikki mahdolliset vaihtoehdot on löydetty. Toimintavaihtoehtojen vertailu voi edellyttää lisätiedon hankkimista vielä tässäkin vaiheessa. Tilanteen erityisyyden tunnistamisen ja ymmärryksen rakentamisen alaprosessit eivät siis välttämättä seuraa lineaarisesti toisiaan, vaan ne ovat yhteenkietoutuneita.

Ymmärryksen jakamisen vaiheessa toimijoiden on tärkeää pidättäytyä valintojen tekemisestä liian varhain. Sen sijaan siinä tarvitaan huomion kiinnittämisestä erilaisiin esiin tuleviin asioihin sekä avointa keskustelua niiden merkityksistä. Erityisen tärkeää tässä vaiheessa on kyetä tunnistamaan ja erottamaan toisistaan nykytilaa ja tavoitetilaa koskevat asiat, sillä terapeuttisen yhteistoiminnan kohde on näiden asioiden väliin jäävä kuilu. Toinen tärkeä tekijä on kyetä tunnistamaan kuiluksi muodostuneista asioista ne, 1) joihin voidaan vaikuttaa terapian avulla, 2) joihin voidaan vaikuttaa terapian ulkopuolella sekä ne, 3) joille ei voida mitään. Terapeuttinen yhteistoiminta keskittyy niihin asioihin, joihin terapiassa voidaan vaikuttaa, mutta haluttu muutos voidaan saada aikaan myös muilla keinoilla ja terapeuttista tukea voidaan tarvita myös muissa tilanteissa.

Ymmärryksen jakamisen vaiheessa tehdään siis monenlaisia analyyttisiä erotteluja yhdessä. Yhdessä tehtävien analyysien helpottamiseksi voi olla hyödyllistä käyttää ulkoista muistikenttää ja kehittämisareenaa (vrt. Hakkarainen & Paavola 2006: 228–229; Conklin 2006) rakentavia välineitä⁵⁷, jotka helpottavat puheena olevien tekijöiden havainnollistamista yhteiselle muistikentälle siten, että ne ovat esillä kaikille samalla tavoin, ja jotta kaikki keskustelijat voivat kokea ne samanaikaisesti.

Yhteinen ennakointi koskee yhdessä laadittavan suunnitelman tekemistä nykytilan ja tavoitetilan väliin jäävän kuilun silloittamiseksi muutokseen tähtäävän toiminnan avulla. Tässä vaiheessa pyrkimyksenä on luoda mielekäs ja toteutuskelpoinen toimintasuunnitelma haluttujen muutosten aikaansaamiseksi. Toteutuskelpoisen ja tehokkaan suunnitelman tekeminen edellyttää edellisten vaiheiden tuottamaa analysoitua tietoa ja ymmärrystä, jonka pohjalta pyritään luomaan realistinen käsitys toimintamahdollisuuksista ja erilaisten vaihtoehtojen aiheuttamista seurauksista.

57. Esimerkiksi paperia ja kyniä, valkotauluja, smartboardeja tai mitä tahansa välineitä.

Yhteisessä ennakoinnissa keskustelu suuntautuu kohti tulevaa eli tavoiteltavaa ja mahdollista asiantilaa, jota ei vielä ole. Siinä toimijat etsivät ja rakentavat yhdessä toimintamahdollisuuksia asiakkaalle. Yhteisessä ennakoinnissa keskustelijoiden on voitava luottaa siihen, että keinoja ja tavoitteita koskeva keskustelu perustuu sellaiseen oikeudenmukaisuuteen, jossa tuodaan avoimesti ja laajasti esille mahdollisia ja toteutuskelpoisia vaihtoehtoja ja pohditaan niiden seurauksia. Vaikka edellä esitetyt keskustelum muodot vaikuttavat näennäisen selkeärajaisilta, eivät käytännön keskustelutilanteet välttämättä hahmotu yhtä kirikkaasti.

Keinoja koskevan keskustelun avulla etsitään niitä tekijöitä, joiden avulla nykytilanteesta voidaan päästä haluttuun ja toivottuun tilanteeseen. Siinä esitetään ideoita ja vaihtoehtoja, tehdään ehdotuksia. Yhteisen ennakoinnin vaiheeseen liittyy vahvasti asioiden merkitysten puntarointi ja arvottaminen. Arvottamisprosessi osoittaa, miten toimintavaihtoehdot ja halutut tulokset ovat yhteenkietoutuneita ja miten tämä yhteenkietoutuneisuus aiheuttaa sen, että myös ymmärryksen jakamisen ja yhteisen ennakoinnin vaiheet ovat terapeutin yhteistoiminnan prosessissa yhteenkietoutuneita.

Yhteisen ennakoinnin vaiheessa näistä asioista tehdään myös perusteltuja valintoja ja päätöksiä. Yhteisen ennakoinnin vaiheessa on tärkeää erotella halutut vaihtoehdot ja seuraukset ei-halutuista sekä toteutuskelpoiset vaihtoehdot eirealistisista. Valintoja tehtäessä tarvitaan erilaisia kriteereitä ja perusteluja liittyen muun muassa käytettävissä oleviin resursseihin, haluttuihin tuloksiin sekä käytettävien keinojen ja aiheutettujen seurausten eettisyyteen. Siksi edellä mainittuja asioita verrataan muun muassa suhteessa toimijoiden odotuksiin ja toiveisiin ja eri vaihtoehtojen käyttö- ja toteutuskelpoisuutta arvioidaan sekä punnitaan myös suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin, olosuhteisiin ja mieltymyksiin.

Perusteltujen valintojen ja päätösten tekeminen on tässä vaiheessa olennaista konkreettisen suunnitelman aikaansaamiseksi. Sen takia yhdessä laadittavaa suunnitelmaa varten sovitaan, mitä tehdään, missä, koska, kenen kanssa, mitä resursseja toteutus edellyttää ja millaista muutosta toiminnalla tavoitellaan. Jos suunnitelma kirjataan, voi se toimia ikään kuin toimijoiden välisenä sopimuksena sekä dokumenttina, jonka avulla voi helposti tarkastaa, mitä on sovittu. Yhdessä laadittu suunnitelma auttaa kaikkia osapuolia orientoitumaan tulevaan toimintaan, ja osallistuminen suunnitelman luomisprosessiin sitouttaa osallistujia toimintaan vahvemmin kuin ulkopuolelta annetut valmiit suunnitelmat. Metatasolla se myös vahvistaa osallistujien toiminnan suunnittelutaitoja. Siten pitkäkestoisten konkreettisten toimintamahdollisuuksia koskevien muutosten aikaansaamiseksi on hyödyllistä ottaa suunnitteluun mukaan kaikki ne osapuolet, joita asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantaminen koskee.

Muutoksen toteutusvaihe

Muutoksen toteutus tähtää asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantamiseen konkreettisesti. Kirjallisuuden perusteella toimintaterapiassa on muutosta tavoiteltu terapeuttisen toiminnan (therapeutic occupation) avulla. Terapeuttisen toiminnan avulla tähdätään joko asiakkaan toimintakykyä ja yksilötekijöitä (occupational adaptation) tai hänen toimintaympäristöään (occupational compensation) koskeviin konkreettisiin muutoksiin (Nelson 1996) ja toimintamahdollisuuksien parantamiseen (Polatajko 1992). Tämän tutkimuksen perusteella terapeuttisen toiminnan avulla tavoitellut konkreettiset muutokset voivat olla monenlaisia ja terapeuttisesti käytettävä toiminta voi olla monenluontoista.

Ensinnäkin konkreettista muutosta tavoittelevat, asiakkaan toimintaa mahdollistavat ratkaisut voivat olla joko käsitteellisiä tai käytännöllisiä. Keskustelevan harkinnan tuloksena syntyy yhdessä laadittuja lausuntoja ja suunnitelmia sekä suosituksia, ohjeita ja neuvoja. Kirjalliset tai suulliset käsitteelliset ratkaisut voivat olla siinä tilanteessa toimintaterapian avulla saavutettavissa oleva lopputulos, joka johtaa muilla keinoilla saavutettavissa oleviin konkreettisiin muutoksiin. Käsitteelliset ratkaisut ovat aina myös toimintaterapian avulla toteutettavan muutoksen toteutuksen edellyttämä välivaihe.

Konkreettiset muutokset voivat olla myös käytännössä tekemisen ja toiminnan avulla aikaansaatuja, aiempaa parempia toimintamahdollisuuksia. Toimintamahdollisuuksien parantuminen konkretisoituu asiakkaan toiminnallisuudessa (suoritukset ja osallistuminen), hänen hyvinvoinnissaan (yksilötekijät) sekä aikaansaaduissa toimintaympäristön muutoksissa.⁵⁸ Toisin sanoen näiden kolmen aspektin avulla voidaan myös seurata, saavutetaanko halutunkaltaista muutosta siinä, miten asiakas toimii, miten hän kokee ja mitä hän saa aikaan.

Halutun muutoksen lisäksi toisena huomioon otettavana tekijänä muutoksen toteutuksessa on käytettävän toiminnan terapeuttisuus eli se, millä tavoin haluttu muutos saadaan aikaan. Nelsonin (1996) mukaan terapeuttinen toiminta on asiakkaan ja terapeutin yhdessä koostamaa merkityksellistä ja tarkoituksenmukaista tekemistä. Nelsonin (emt.) mukaan toiminnan merkityksellisyys (meaningful occupation) syntyy siitä, että henkilö tulkitsee toimintaa suhteessa omiin yksilötekijöihinsä (developmental structure), ja tarkoituksellisuus (purposeful occupation) viittaa toimijan odotuksiin toiminnan avulla saavutettavista tuloksista (vrt. päämäärärationaalisuus).

Alustavassa käsityksessäni olin tunnistanut kolme eriluontoista toimintaa, jotka olivat tekeminen, toiminta ja yhteistoiminta. Tämä tutkimus täydensi aiempaa käsitystäni yhdessä tekemisellä. Terapeuttien kuvaukset työstään paljastivat, että käytännön terapiatyössä tilanteiden ja tarpeiden moninaisuudesta johtuen muutosta

58. Tämä jäsenyys perustuu ICF-luokitteluun.

tavoitteleva toiminta voi jossakin tapauksessa olla terapeuttista, vaikka se sisältäisi vain joko toiminnan tarkoituksen tai merkityksen. Tämän tutkimuksen perusteella terapeuttinen toiminta on tekemistä ja mielekästä toimintaa yksin ja yhdessä. Asiantunteva toimintaterapeutti tunnistaa, millaisesta tekemisestä kulloinkin on kyse, minkä luonteista tekemistä kannattaa tavoitella ja millaisen tekemisen avulla asiakkaan toimintamahdollisuuksia voidaan parhaiten edistää. Terapeuttisen toiminnan edistämiseksi kohti mielekästä yhteistoimintaa tarvitaan siis analyysiväline, jonka avulla toiminnan luonne voidaan tunnistaa.

Toimintaterapiassa on kehitetty toiminnan analyysi- ja arviointivälineitä (Nelson 1988, 1996; Pierce 2001), joiden avulla terapeutti voi keskustella asiakkaan kanssa muun muassa siitä, mitä asioita hänen täytyy tehdä, hänen odotetaan tekevän ja mitä hän haluaa tehdä.⁵⁹ Huomion kiinnittäminen mainittuihin asioihin voi edistää sitä, että tavoiteltavat ja terapiassa käytettävät toiminnat ovat asiakkaalle tarkoituksenmukaisia ja/tai merkityksellisiä (Nelsonin tarkoittamassa mielessä). Terapian edetessä tilanteet ja toiminnan merkitykset voivat vaihdella. Toiminnan terapeuttisuuden ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi terapeutin on kiinnitettävä koko ajan huomiota toiminnan luonteen dynaamisiin vaihteluihin, sillä terapeuttisena alkanut toiminta voi sekä yksilöllisistä että ympäristötekijöistä johtuen muuttua myös pyrkimysten vastaiseen suuntaan. Toimintaterapeutin asiantuntijuuteen kuuluu taito edistää toiminnan terapeuttisuutta kaikissa tilanteissa. Tästä toiminnan luonteen dynamiikasta johtuen terapeutilla tulee olla riittävän tiedon ohella herkkyyttä tunnistaa toiminnan luonne ja sen vaihtelut.

10.3 Toiminnan luonteen analyysimalli

Toiminnan analyysi- ja arviointimenetelmien tarkoitus on auttaa toimintaterapeutteja keskittymään ja käyttämään asiakkaalle tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä toimintaa terapeuttisena välineenä. Tässä luvussa abstrahoin edellä luvussa 9.3 esiteltyjen tulosten pohjalta toiminnan luonteen analyysimallin, jonka uskon hyödyttävän terapeutteja terapeuttisen toiminnan käytössä sekä terapeuttisen yhteistoiminnan edistämisessä.

Alustavassa käsityksessäni jäsenin toimintaa Aristoteleen (1989) käsityksen avulla.⁶⁰ Sen mukaan toiminta on toimijan itsensä harkitusti ja vapaasti valitsemaa, jolloin se sisältää päämäärän itsessään, kun taas tekeminen on jollain tapaa määrätynnyttä, päämäärärationaalista tekemistä, jonka päämäärä on lopputuloksessa.

59. Esimerkiksi COPM-itsearviointimenetelmän (Canadian Occupational Performance Measurement) avulla asiakas voi asettaa omia toimintojaan tärkeysjärjestykseen sekä arvioida omaa suoritus-taan itselleen tärkeissä toiminnoissa.

60. Myös Tromblyn jaottelu perustui ainakin implisiittisesti tähän Aristoteleen käsitykseen.

Tekemisen ja toiminnan erottelukriteerinä on siis tekemistä koskeva valinnan vapaus sekä päämäärän sisältyminen tekemiseen. Toimintaterapian kirjallisuuden mukaan toiminta on merkityksellistä ja tarkoituksenmukaista, kun taas tekeminen on joko merkityksellistä tai tarkoituksenmukaista (Nelson 1996). Aristoteelisen ajattelun mukaan toiminta on toimijan vapaasti valitsemaa tarkoituksenmukaista tekemistä. Tämän perusteella kutsun mielekkääksi toiminnaksi sellaista tekemistä, joka sisältää sekä päämäärän että merkityksen ja on lisäksi vapaasti valittua. Näin ollen tekeminen ja toiminta voidaan käsittää kahdeksi erilaatuiseksi toiminnan muodoksi, joiden eroja ja yhtäläisyyksiä voidaan kuvata muun muassa kolmen mainitun dimension avulla (taulukko 14).

Taulukko 14. Tekemisen ja toiminnan erottelu kolmen dimension avulla.

Dimensio	Tekeminen	Toiminta
Merkitys	+/-	+
Tarkoitus/päämäärä	+	+
Valinnan vapaus	+/-	+

Terapeuttisen yhteistoiminnan toteuttamiseksi on muutoksen toteutuksen jäsentämisessä syytä ottaa huomioon myös se, toteutetaanko muutos yksin vai yhdessä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella toimintaterapiassa painopiste on ollut yksilötoiminnassa (Pierce et al. 2010), mutta viime aikoina on alettu kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaan muutoinkin kuin vain tavoitteen asettelun yhteydessä. Käytännössä toimintaterapiassa muutosta voidaan tavoitella ainakin neljällä perusluonteeltaan erilaisella tavalla: 1) tekemällä yksin, 2) toimimalla yksin, 3) tekemällä yhdessä tai 4) mielekkäästi toimimalla yhdessä. Toteutustavat erottautuvat toisistaan sen suhteen, sisältääkö tekeminen päämäärän ja merkityksen, onko toiminta toimijan itsensä valitsemaa ja tehdäänkö muutosta yksin vai yhdessä toimien. Muutoksen toteutustavoilla on kuitenkin myös muita eroja, joilla on merkitystä toiminnan terapeuttisuudelle ja toimintamahdollisuuksien edistämislle.

Yksin tekeminen

Autonomian näkökulmasta **yksin tekeminen** voi johtua monesta syystä. Esimerkiksi Aristoteleen (1989) mukaan tekeminen on jaettavissa ainakin kolmeen alalajiin, jotka ovat pakotettu, tahdonvastainen ja vapaaehtoinen tekeminen. *Pakotetussa tekemisessä* toimijan autonomia on rajoittunut tai määräytynyt yksilö- tai toimintakykytekijöistä johtuen, jolloin toimijan autonomiaa voivat rajoittaa esimerkiksi heikentynyt päätöksentekokyky tai riittämättömät toiminnan ohjailun valmiudet, haluttomuus tai vähentyneet voimavarat. Asiakkaaseen ja hänen toimintakykyynsä

liittyviä tekijöitä paljastuu terapeutille esitiedoista, alkuhaastattelusta ja toimintakyvyn arvioinnista. Jos asiakkaalla ei ole riittäviä valmiuksia valintojen tekemiseen, on terapeutin yritettävä etsiä asiakkaalle merkityksellisiä toimintoja, joiden avulla tuotetut muutokset kohdistuisivat tarkoituksenmukaisesti asiakkaalle tärkeiden toimintojen mahdollistamiseen. Pakotettuun tekemiseen liittyvä vallankäyttö voi johtaa toista loukkaaviin väärinkäytöksiin, minkä takia terapeutin tulisi herkästi tunnistaa nämä tilanteet sekä kantaa vastuu toisen puolesta tekemistään päätöksistä.

Tekeminen on tahdonvastaista eli asiakkaan autonomiaa loukkaavaa silloin, kun toimijalla on valmiuksia, halua ja voimavaroja, mutta hänelle ei anneta mahdollisuutta valintojen tekemiseen tai päätöksentekoon osallistumiseen. Tahdonvastaisuuden ongelma tulee esiin esimerkiksi niissä tilanteissa, joissa potilas olisi kykenevä ja halukas osallistumaan omaa kuntoutustaan koskevaan suunnitteluun ja toteutukseen, mutta hänen osallistumistaan on rajoitettu tai häntä ei oteta lainkaan mukaan hoito- tai kuntoutusneuvotteluihin. Esimerkkinä tahdonvastaisesta tekemisestä toimivat myös ne tilanteet, joissa hyvää tarkoittavat ammattilaiset vievät potilaan tämän vastustelusta huolimatta ruokailemaan toisten kanssa, pesuille tai virikeryhmään. Toimintaterapian periaatteisiin kuuluu toisen autonomian kunnioittaminen, ja siksi terapeutin on myös oman työhyvinvointinsa takia pyrittävä kaikin tavoin välttämään tahdonvastaisen toiminnan käyttöä. Käytännöt ja toimintakulttuurit, jotka rajoittavat asiakkaan osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon, eivät ole myöskään YK:n ihmisoikeusjulistuksen mukaisia.

Vapaaehtoisesta tekemisestä on kyse silloin, kun toimijalla on voimavaroja ja valmiuksia tehdä päätöksiä ja toimia, mutta hän haluaa mieluummin valtuuttaa jonkun toisen tekemään päätökset puolestaan. Vapaus ja vastuu kuuluvat yhteen, joten näissä tilanteissa asiakas luopuu omasta vapaudestaan ja väistää omaa vastuutaan vetoamalla esimerkiksi ammattilaisen asiantuntemukseen.

Terapeutit tunnistivat helposti kaikki kolme yksin tekemisen lajia omista työtilanteistaan. Tekemisen lajit on löydettävissä myös esimerkiksi asiakkaan osallistumismahdollisuuksia koskevasta kirjallisuudesta (ks. esimerkiksi Valokivi 2008; Raitakari et al. 2012; Saikku & Karjalainen 2007). Olennaista toimintamahdollisuuksien parantamisen kannalta on ymmärtää, mihin suuntaan kussakin tilanteessa voidaan hakeutua ja millaisin askelin voidaan edetä kohti suurempaa toiminnan terapeuttisuutta ja terapeuttisen yhteistoiminnan edistämistä.

Mielekäs toiminta yksin

Mielekäs toiminta yksin on toimijan vapaasti valitsemaa, tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä tekemistä. Toimintaterapia on alusta asti perustunut merkityksellisen ja tarkoituksenmukaisen toiminnan käyttöön, johon sitoutumisella ja osallistumisella on todettu olevan terveyttä ja hyvinvointia edistävä vaikutus (Wilcock 2002). Myös tähän tutkimukseen osallistuneet toimintaterapeutit ko-

kivat mielekkään toiminnan tärkeäksi pyrkimykseksi, vaikka erityisesti aikuisten ja ikääntyneiden kanssa työskentelevät kokivat, että laitososuhteissa merkityksellistä toimintaa koskevat valinnanmahdollisuudet ovat jopa niin rajalliset, että mielekkään toiminnan toteutumista laitososuhteissa pidettiin hyvin vaikeasti toteutettavana asiana. Mielekkään toiminnan mahdollistamisen suhteen terapeuttien käsitykset erosivat toisistaan, sillä osan mielestä mielekäs toiminta oli aivan hyvin mahdollista myös laitososuhteissa, jos asiakkaan annettiin ottaa osaa itseään koskevien valintojen ja päätösten tekemiseen ja hänen osuuttaan kunnioitettiin.

Yhdessä tekeminen

Yhdessä tekeminen tarkoittaa tekemistä, johon osallistuu vähintään kaksi ihmistä siten, ettei heillä ole yhdessä keskusteltu, harkittu ja valittu päämäärä. Tämä tutkimus paljasti, että käytännössä yhdessä tekeminen voi ilmetä monenlaisina yhdessä tekemisen muotoina. Esimerkiksi Engeström (2004) on kuvannut kaksi yhdessä tekemisen luokkaa (koordinaatio ja kooperaatio), joita voidaan hyödyntää yhdessä tekemisen jäsentämisessä.

Ensinnäkin koordinaatiossa jokaisella toimijalla on oma kohteensa eikä yhteistä kohdetta välttämättä edes haeta (emt.). Sen sijaan jokainen toimija keskittyy oman reviirinsä ylläpitämiseen ja oman intressinsä esittämiseen. Aiemmassa kirjallisuudessa on kuvattu *rinnakkaistekemistä* (parallel occupation) (Zemke & Clark 1996; Pierce 2009; Brown & Stoffel 2011) yhdessä tekemisen muotona, jossa toimijat toimivat samassa tilassa ja tekevät samaa asiaa (esimerkiksi konserttiyleisö tai urheilutapahtuman katsojat) ilman keskinäistä vuorovaikutusta. Siitä huolimatta jo pelkästään *samassa tilassa oleminen* voi synnyttää ihmisten välille yhteyden tunnetta, vaikka heillä ei olisi keskinäistä vuorovaikutusta. *Toisen matkimista* tehdään muun muassa pyrittäessä kiinnittämään toisen huomio itsen tai tekemiseen, esimerkiksi terapeutti viskaa esineen samalla tavoin lapsen perässä kiinnittääkseen lapsen huomion tekemiseen. *Jäljittelyn* (Humphry 2005) pyrkimyksenä on oppia tekemään sama asia, jota toinen jo tekee, esimerkiksi kun lapset seuraavat toistensa leikkejä. Matkiminen tähtää siis toisen huomion kiinnittämiseen, kun taas jäljittely tähtää omaan oppimiseen. Saman tekemisessä toimijat ovat samassa tilassa, ja sen lisäksi heillä voi olla samat asennot, liikkeet, rytmit ja tunnetilat sekä niiden ilmaisut, esimerkiksi nauru tai suru. Saman tekemisessä ei välttämättä tarvita keskustelua. Siinä toimijoilla on keskinäinen yhteys, jota saman tekeminen voi vahvistaa.

Toinen Engeströmin (2004) kuvaama yhdessä tekemisen muoto on *kooperaatio*. Kooperaation avulla saavutetaan hetkellisiä tavoitteita, mutta se ei yleensä johda pysyviin muutoksiin. Siinä toimijoilla on yhteinen kohde, jota he yrittävät jäsentää ja muokata annetun käsikirjoituksen pohjalta lyhyessä ajassa. Engeströmin (2004) kooperaation käsite vastannee melko hyvin toimintaterapian kirjallisuudessa kuvattu *jaettava toimintaa* (shared occupation) (vrt. Zemke & Clark 1996; Pierce 2009;

Brown & Stoffel 2011) vastaa, sillä molemmissa toimijoilla on sama päämäärä, mutta erilaiset strategiat sen saavuttamiseksi. Konkreettisenä esimerkiksi jaetusta toiminnasta ovat muun muassa kaupanteko- tai pelitilanteet (Zemke & Clark 1996; Pierce 2009; Brown & Stoffel 2011). Jaetussa toiminnassa toimijoiden välillä voi olla yhteisen intention lisäksi myös fyysinen, kommunikatiivinen tai/ja emotionaalinen yhteys (Pickens & Pizur-Barnekow 2009). Tämän tutkimuksen tuottama tarkennus jaettuun toimintaan on *vuorottelu*, jossa toimijat toimivat eriaikaisesti, kukin vuorollaan. Toimijoilla voi olla sama päämäärä, ja he sopivat keskenään, miten vuorottelu toteutetaan (pelin säännöt), mutta kummallakin toimijalla on oma toimintastrategiansa.

Mielekäs toiminta yhdessä

Mielekäs toiminta yhdessä on terapeuttisen toiminnan ihanne, jota kohti terapiassa tulisi aina pyrkiä. Se on dialogiseen vastavuoroisuuteen perustuvaa, toimijoiden yhdessä suunnittelemaa ja vapaasti valitsemaa kollektiivista toimintaa asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantamiseksi konkreettisesti. Mielekäs toiminta yhdessä on terapeuttista yhteistoimintaa silloin, kun toimijoiden välillä on vahva intentionaalinen, emotionaalinen ja fyysinen suhde, joka perustuu keskinäiseen loukkaamattomuuden kunnioitukseen, ja kun toimijoilla on vahva luottamus ja pyrkimys molemminpuoleiseen hyvän tahtomiseen toiselle, oikeudenmukaisuuteen ja kohtuunmukaisuuteen. Kun toimijat toimivat yhdessä mielekkäällä tavalla, he vaihtelevat rooleja joustavasti ja kantavat yhdessä vastuun tekojen seurauksista ja saavutuksista.

Yhteistoiminnasta on löydettävissä erilaisia muotoja. Englanninkielisessä kirjallisuudessa *yhteistoimintaa* on kuvattu ammattilaisuhteissa ”collaboration”-termillä ja vapaamuotoisissa suhteissa ”co-occupation”-termillä. Näiden termien välisenä erotuksena on lähinnä se, että ”collaboration”-merkityksessä yhteistoiminnassa korostuu tarkoituksenmukaisuus ja päämäärärationaalisuus, kun taas ”co-occupation”-merkityksessä nostetaan vahvemmin esiin toiminnan merkityksellisyys ja kumppanuus. *Yhteiskehittelyssä* (co-construction) toimijat etsivät tai kehittävät yhteisen kohteen eli yhteisen intention ja luovat yhdessä toimintamahdollisuuksia (Humphry 2005). Terapiatilanteessa yhteiskehittely voi tarkoittaa muun muassa, että asiakkaan ja terapeutin ei tarvitse välttämättä tyytyä esimerkiksi kuntoutussuunnitelmassa ammattilaisten keskenään nimeämiin tavoitteisiin, sillä keskustelevalle harkinnan avulla asiakas ja terapeutti voivat yhdessä tutkia ja neuvotella asiakkaan kannalta hänen tilanteeseensa parhaiten sopivan tavoitteen. Engeström (2004) kuvaa yhteistoimintaa *kommunikaation* käsitteellä. Siinä toimijoilla on yhteinen kohde, jonka lisäksi he neuvottelevat reflektiivisen keskustelun avulla yhteisen vuorovaikutuksensa periaatteista ja käsikirjoituksesta. Kommunikaatio näyttää mielestäni täyttävän mielekkään toiminnan kriteerit. Engeströmin kommunikaatio-termi luonnehtii kuitenkin tämän tutkimuksen näkökulmasta pikemminkin keskustelevalle harkinnan vaihetta.

Mielekäs toiminta yhdessä perustuu tarkoituksenmukaisuuteen, sillä toimintaterapian asiakkaaksi tulevalle ihmiselle on tulemiselleen aina jokin toimintaan liittyvä ongelma tai syy, johon terapiassa etsitään ratkaisua. Toiminnan terapeuttisuus ja pitkäaikaiset vaikutukset saadaan kuitenkin aikaan vasta, kun yhteistoiminta on myös merkityksellistä. Toiminnan terapeuttisen merkityksen vahvistamiseksi yhteistoiminnan prosessi lähtee liikkeelle vastavuoroisen suhteen rakentamisesta, jotta keskustelevalle harkinta onnistuisi dialogisessa vastavuoroisuudessa. Mielekkäästi yhdessä toimivat ihmiset muokkaavat olosuhteita ja toimintaprosesseja siten, että ne tarjoavat asiakkaalle aiempaa paremmat mahdollisuudet toimia ja kokea omaa kyvykkyyttään.

Koska mielekäs toiminta perustuu tarkoituksenmukaiseen ja merkitykselliseen tekemiseen, on toimintakontekstiin ja toimijuuteen liittyvillä tekijöillä olennainen merkitys sen suhteen millaiseksi muutoksen toteutusprosessit muodostuvat. Mielekäs ja terapeuttinen yhteistoiminta edellyttää, että toimijoilla on yhdessä keskustellen valittu yhteinen kohde sekä yhdessä laadittu toimintasuunnitelma ja strategia päämäärän saavuttamiseksi. Yhteisen ennakkoinnin ansiosta toimijat tietävät, mitä on tarkoitus tehdä. Toimijoiden halu ja valmiudet oppia sekä taidot hyödyntää toimintaympäristöä sekä käyttää välineistöä tai omia valmiuksiaan vaikuttavat olennaisesti siihen, miten ja mihin suuntaan toteutus kehittyy. Toimijoilla voi olla aiempia emotionaalisesti latautuneita kokemuksia epäsymmetrisistä suhteista sekä niiden aiheuttamia ennakoasenteita ja toimintarooleja, joiden mukaan he asemoivat sekä itsensä että toisensa. Toimijat voivat ohjautua omien pyrkimystensä tai etukäteen laadittujen suunnitelmien mukaisesti, jolloin toisen yksilöllisyyden huomioonottaminen, käsitysten kuuleminen ja osallistumismahdollisuuksien tarjoaminen jäävät alisteiseksi ennalta määräytyneille pyrkimyksille ja toimintasuunnitelmille. Toisaalta toimijan voimattomuus tai haluttomuus voi aiheuttaa sen, että hän tarjoaa päätöksentekoa, suunnitelman laatimista ja toteutusta toiselle. Nämä tilanteet ovat yhteistoiminnan edistämisen kannalta eettisesti herkkiä rajanvetotilanteita, joihin ei ole olemassa ennalta määritettyjä oikeita tai väärä ratkaisuja, vaan jokainen tilanne on arvioitava ja harkittava erikseen.

Ensinnäkin mielekäs toiminta yhdessä tuottaa ulkoisia muutoksia, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintamahdollisuuksiin. Toiseksi se tuottaa toimijoille arvokkuuden ja elämän mielekkyyden kokemuksia. Siitä syystä sitä voidaan pitää terapeuttisena toimintana, joka edistää asiakkaan toimintamahdollisuuksien lisäksi myös hänen kyvykkyyttään ja hyvinvointiaan, mutta samalla yksittäiseen erityistapaukseen perehtyminen ja yksilöllisten ratkaisujen löytäminen ja toteuttaminen vahvistaa terapeutin osaamista ja lisää hänen työhyvinvointiaan.

Tässä viimeisessä osassa arvioin tutkimuksen toteutusta ja tuloksia. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyväksyttävä ja luotettava tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla ja sen tulosten tulee olla uskottavia. Tässä jaksossa arvioin tutkimusmenetelmän ja tulosten uskottavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi pohdin tutkimuksen käytännöllistä merkitystä.

Tämä tutkimus kietoutui pragmatismiin monesta suunnasta. Ensinnäkin toimintaterapian perustajat⁶¹ tekivät yhteistyötä chicagolaisten pragmatistien Williams Jamesin, Georg Herbert Meadin ja John Deweyn kanssa luodakseen toimintaterapialle mielekkään, toiminnan käyttöön nojaavan filosofisen perustan. Toiseksi alkusysäyksen tämän tutkimuksen tekemiselle antoi nimenomaan epäily siitä, voidaanko toimintaterapiaa toteuttaa nykyisissä toimintakonteksteissa kunnioittaen ammatin alkuperäistä pyrkimystä. Kolmanneksi tutkimuksen kohde, terapeutin yhteistoiminta, on kollektiivinen ja käytännöllinen ilmiö, jonka tarkoituksena on auttaa asiakasta tämän toimintaan liittyvän ongelman ratkaisemisessa. Neljänneksi toiminta ja ongelmaratkaisu ovat ilmiöinä olleet hyödyntämäni tutkimusmenetelmän, grounded theoryn, tutkimuskohteena sen alusta saakka perustuen juuri yllämainittujen filosofien työlle ja ajattelulle (Strauss 1987: 5). Viidenneksi tutkimuksen strategia on pragmatistinen, sillä myös se nojaa Laudanin (1996) ongelmanratkaisumallin kautta pragmatistiseen ajatteluun. Kuudenneksi tutkimustavoitteeni on ollut käytännöllinen pyrkimys tuottaa aineistolähtöinen teoria, jota voidaan hyödyntää toimintaterapian asiakastyössä.

Se, miten hyvin olen onnistunut aineistolähtöisen teorian tuottamisessa, on arvioitavissa seuraavien, aineistolähtöisen teorian järjestyksellisten kriteerien avulla. Aineistolähtöisen tutkimuksen järjestyksellisyys (make sense) tarkoittaa, että lukija voi välittömästi kokea, että 1) teoriassa puhutaan oikeista ihmisistä ja oikeista asioista (aineiston uskottavuus), 2) teoria perustuu selvästi aineistoon (analyysiprosessin luotettavuus), 3) teorian osat ovat sopuosoinnussa keskenään (tulosten järjestyksellisyys), 4) teoria on sovellettavissa muihinkin yhteyksiin (tulosten sovellettavuus) ja 5) tutkija pystyy osoittamaan, mitä uutta tietoa teoria tuottaa (tutkimuksen kontribuutio ja merkitys) (Stern 2007: 114–116). Näiden tekijöiden lisäksi tarkastelen myös tutkimuksen eettisiä kysymyksiä.

61. Ainakin Adolph Meyer, Julia Lathorp, Jane Addams ja Eleanor Clarke Slagle.

11. Tutkimusmenetelmän arviointi

Rakensin alustavan käsitykseni tutkimalla omaa terapiakäytäntöäni ensin aineistolähtöisesti ja lisäksi hyve-etiikkaa hyödyntämällä. Tässä tutkimuksessa olen kehittänyt alustavaa käsitystäni teoreettisen koettelun avulla. Siirtymä konkreettisista kokemusten kuvauksista abstraktiksi teoriaksi on tapahtunut monivaiheisesti. Tutkimuksen alussa en tiennyt, millaiseksi prosessi tai tutkimustulokset lopulta muodostuvat. Tutkimusmenetelmävaihtoehtoja pohtiessani otin huomioon siihen mennessä toteuttamani prosessin ja koko tutkimukselle asettamani tavoitteen tuottaa käytäntöä palveleva teoria. Valitsin grounded theory -metodologian hyödyntämisen, sillä sitä voidaan käyttää käytäntöä palvelevan ja siihen kiinteässä yhteydessä olevan aineistolähtöisen teorian kehittämiseen (Charmaz 2006: 2, 6–10; 2008: 470; Corbin & Strauss 2008: 1).

Tässä jaksossa arvioin tämän tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja.

11.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Osallistujien saaminen mukaan teoreettiseen koetteluun oli vaikeaa. Syitä osallistumishaluttomuuteen minulla ei ole tiedossa. Rekrytointivaikeuksien takia tyydyin siihen, että keskusteluihin osallistui ainoastaan naisia. Edustuksellisuus sinänsä ei ole grounded theoryssä keskeinen tekijä, mutta luonnollisesti on kiinnostavaa se, että miesten osuus ammattikunnassa on pieni.⁶² Toinen huomion arvoinen seikka on, että osallistujat olivat pääasiassa pääkaupunkiseudulta, ja kriittisesti arvioituna tällä tekijällä saattaa olla merkitystä siihen, millaiseksi tutkimustulos muodostui, sillä toimintateriapalvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja (Takala 2008). Tämä saattaa vaikuttaa monin tavoin esimerkiksi siihen, missä terapia toteutuu, kuinka usein ja miten palvelun sisältö muotoillaan ja millaiset sisällöt terapiassa ylipäätään voivat tulla kysymykseen, kuten myös terapeuttien ja asiakkaiden kokemuksiin terapiasuhteista. Näin ollen muualla Suomessa tehtynä tutkimus olisi saattanut tuottaa erilaisen lopputuloksen. Kolmanneksi terapeuttien kokemukset

62. Oletettavaa kuitenkin on, että miesten vähäinen lukumäärä ei johdu niinkään yhteistoiminnasta terapiasuhteessa, vaan kenties monista muista ammatin käytäntöihin, yhteiskunnalliseen arvostukseen, palkkaukseen ja uralla etenemismahdollisuuksiin liittyvistä tekijöistä.

mielenterveystyön toimintaterapiasta olivat myös vähäisemmät kuin muunlaisten asiakkaiden kanssa työskentelystä. Jo tässäkin aineistossa kävi kuitenkin selväksi, että mielenterveystyössä asiakkaan kohtaaminen perustuu toisenlaisiin periaatteisiin kuin muilla erikoisaloilla. Nämä erilaiset näkökulmat tulivat huomioiduksi tässä aineistossa, joten toisaalta pelkkä mielenterveystyössä toimivien toimintaterapeuttien lukumäärän kasvu sinänsä ei olisi muuttunut. Sen sijaan merkitykselliseksi tekijäksi olisi saattanut nousta eriluontoisissa toimintaympäristöissä (esimerkiksi klubitaloissa, työkeskuksissa, asumispalveluyksiköissä) ja eri-ikäisten asiakkaiden kanssa mielenterveystyössä toimivien toimintaterapeuttien kokemukset.

Tarkoitukseni oli alun perin haastatella toimintaterapeutteja 3–4 hengen focus group -ryhmissä, mutta käytännössä tilanteet toteutuivat ryhmäkeskusteluina, mikä olikin paremmin linjassa tutkimusta koskevien perusolettamusteni kanssa, sillä oma osuuteni oli haastattelun sijaan keskustelun fasilitointi. Tein tämän havainnon vasta jälkikäteen aineistoihin perehtyessäni. Kutsun käyttämäni aineistonkeruutapaa teoreettiseksi ryhmäkeskusteluksi, sillä keskustelujen teemat rakentuivat alustavalle käsitykselle.⁶³ Minulle oli alusta asti selvää, että keskustelujen lähtökohtana tulee olla alustavan käsitykseni käsitteet, sillä halusin tietää, miten ne puhuttelivat ja auttoivat toimintaterapeutteja tunnistamaan yhteistoimintaan vaikuttavia tekijöitä heidän terapiatilanteissaan. Kahteen keskusteluun (5–6) otin käsitteet alustavan käsitykseni ulkopuolelta, sillä oletin uusien käsitteiden nostavan esiin uusia tai itseltäni aiemmin huomiotta jääneitä yhteistoiminnan tekijöitä. Itse asiassa mukaan otetut käsitteet auttoivat näkemään yhteistoiminnan suhteessa esimerkiksi asiakaslähtöisyyteen pikemminkin kuin että se olisi tuonut yhteistoimintaan uutta sisältöä, mikä osoittaa aineiston saturaatiota (vrt. Charmaz 2006). Osallistujat pitivät teoreettista ryhmäkeskustelua hyvänä keinona, sillä jonkun aloittama keskustelu auttoi toista saamaan otteen keskusteltavasta aiheesta ja keskustelijat saivat toisiltaan erilaisia näkökulmia, jotka herättivät heitä pohtimaan ääneen myös sellaisia asioita, joita he eivät aiemmin olleet pohtineet. Ryhmäkokoja pidettiin sopivana, koska jokaisella on riittävästi tilaa tuoda esille omia ajatuksiaan.

Yhteistä kaikille keskusteluille oli, että niissä tuotiin esille erilaisia kantoja, eriäviä mielipiteitä, kysymyksiä ja avointa ihmettelyä. Käytännössä tällainen keskustelu vaatii useiden osallistujien erilaisten ja ristiriitaistenkin käsitysten huomioonottamista, mikä ei aina ole helppoa (Klein & Liu 2010). Terapeuttien esimerkit toivat esiin sekä onnistumisia että epäonnistumisia ja runsaasti myös muuta asiakastyöhön liittyvää pohdintaa. Terapeutit kertoivat keskustelujen jälkeen, että heillä olisi enemmänkin tarvetta ja halua pohtia asiakaskohtaamista ryhmässä, mutta käytännössä siihen ei ole tällä hetkellä mahdollisuuksia.

63. Paitsi kaksi keskustelua, joissa herkistävänä käsitteinä toimivat asiakaslähtöisyyttä ja kuntoutujalähtöisyyttä koskevat määritelmät.

11.2 Tutkimusaineiston uskottavuus

Olen pyrkinyt kuvaamaan aineiston keruu- ja analyysivaiheet huolellisesti, jotta lukija voisi elää mukana prosessissa ja arvioida analyysiprosessin eri vaiheiden järjestelmällisyyttä ja järkevyyttä (vrt. Glaser & Strauss 1967: 223–233). Aineiston koodimerkinnot auttoivat minua myös tutkimusprosessin aikana tarvittaessa palaamaan laajempaan keskusteluun ja sitä kautta ymmärtämään paremmin ilmaisun merkitystä. Aineistonäytteet auttavat lukijaa saamaan käsityksen siitä, minkälaiseen aineistoon tulokset nojaavat, ja eri vaiheiden tarkka, täsmällinen ja elävä kuvaus auttaa lukijaa itse arvioimaan, miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. (Glaser ja Strauss 1967: 223–235.)

Ryhmäkeskustelussa osallistujat inspiroivat toinen toisiaan, joten ne tuottivat mitä ilmeisimmin rikkaamman aineiston kuin yksilöhaastattelut olisivat tuottaneet. Avoimen ja vapautuneen ilmapiirin pohjalta voin olettaa, että tutkittavat ovat puhuneet totta ja ilmaisseet rehellisemmin senhetkisen, omaan työkokemuksensa perustuvan käsityksensä kuin he olisivat tehneet paineisessa ilmapiirissä. Myös tekemäni rajaukset niin osallistujien ammatin ja työkokemuksen pituuden, keskusteluryhmien koon kuin myös käsiteltävien teemojen sekä keskustelukertojen määrän ja pituuden suhteen sekä oma osaamiseni keskustelun fasilitoinnin ja ilmapiirin luomisen suhteen ovat oletettavasti vaikuttaneet aineiston monipuolisuuteen ja painotuksiin. Huomioitava tekijä on myös se, että vaikka tutkimuskeskustelua ohjaa tutkimuksen tavoite, ei avoimessa keskustelussa voi koskaan etukäteen täysin tietää, miten keskustelu etenee ja mitä asioita otetaan esille, sillä siinä osallistujat itse rakentavat tilanteen (Ruusuvuori & Tiittula 2009).

Tässä tutkimuksessa osallistujat olivat kokeneita toimintaterapeutteja. Siten voidaan ajatella, että heillä oli kokemuksensa pohjalta tietoa koskeva oikeus puhua toimintaterapiaan liittyvistä asioista (vrt. Ruusuvuori & Tiittula 2009). Aineisto olisi todennäköisesti ollut erilainen, jos keskustelijat olisivat olleet asiakkaita tai ryhmiin olisi osallistunut myös muita ammattilaisia. Valintani oli tietoinen. Käytännön työssä toimivat ammattilaiset, jotka työskentelevät jatkuvasti erilaisissa asiakassuhteissa, ovat avainasemassa käytäntöjen muuttamisessa. Toimintaterapeutit ovat myös toiminnan asiantuntijoita, jolloin on oletettavaa, että heidän toimintaa koskevat analyysinsä ovat rikkaampia kuin maallikoiden. Heidän ymmärryksensä terapeuttisesta yhteistoiminnasta on tärkeä ja terapeuttisen yhteistoiminnan edistämisen kannalta keskeinen. Uskon myös pitkän kokemukseni avulla ymmärtäväni toimintaterapeuttien ilmaisuja ja kykeneväni tulkitsemaan niitä ja niihin liittyviä yhteyksiä. Stereotyyppisiä olettamuksia pyrin minimoimaan tarkentavien lisäkysymysten avulla.

Ensimmäisissä keskusteluissa haastateltavat tunsivat toisensa muun muassa yhteisen opiskelun kautta, mikä aiheutti sen, että osallistujilla oli taipumus kuvailla

toisilleen omaa työtään vähemmän kuin muissa ryhmissä. Terapeutit tunnistivat itse siihen liittyvän riskin vääristä käsityksistä. Toisaalta jälkimmäisissä ryhmissä terapeutteja ei tuntunut haittaavan keskinäinen vieraus. Tämä huomio saa pohdittua keskustelussa käytettävien käsitteiden merkitystä, sillä aineiston keruussa käytettyjen herkistävien käsitteiden tuttuudella näytti olevan isompi merkitys kuin sillä, tuntevatko henkilöt entuudestaan toisiaan vai eivät. Käytetyllä kielellä ja käsitteiden tuttuudella voi näin ollen olla ratkaiseva merkitys sen suhteen, miten käyttökelpoiseksi teoria koetaan, mutta toisaalta sillä voi olla merkitystä myös ylipäätään ihmisten välisessä kohtaamisessa ja luottamuksen rakentamisessa.

Ryhmissä oli selvästi niitä, jotka puhuivat enemmän, ja niitä, jotka enimmäkseen kuuntelivat. Vaikka ryhmätilanteissa osallistujien aktiivisuus vaihteli, kokonaisuudessaan keskustelijat olivat sitoutuneita ja osallistuivat aktiivisesti. Sisällöllisten erojen takia puheenvuorojen määrän ja pituuden vaihtelusta ei voi tehdä johtopäätöksiä puheenvuorojen jakautumisen oikeudenmukaisuudesta tai puheenvuoron tai aineiston laadusta. Eroja tarkastelemalla voi kuitenkin saada käsityksen keskustelun vilkkaudesta, mikä kertoo osaltaan käytettyjen käsitteiden puhuttelevuudesta. Erot eniten ja vähiten käytettyjen puheenvuorojen määrässä kertoivat ryhmän sisäisestä vaihtelusta keskustelijoiden välillä. Erot näissä saattoivat johtua sekä keskustelijoihin liittyvistä yksilöllisistä tekijöistä ja toimintaympäristöjen eroista, mutta myös keskustelutilanteesta ja -ympäristöstä.

Teorian muokkaamisen kannalta kiinnostavin tekijä keskusteluissa olikin juuri käsitteiden puhuttelevuus, johon vaikuttivat herkistävien käsitteiden tuttuus, selkeys, uskottavuus ja käyttökelpoisuus. Esimerkiksi terapeuttisen yhteistoiminnan ehdot ja alustava käsitys tuottivat enemmän sekä puheenvuoroja että litteroitua tekstiä kuin terapeuttisen yhteistoiminnan hyveitä ja asiakas- ja perhelähtöisyyttä ja kuntoutujan asemaa koskeneet keskustelut. Terapeuttien mielestä olisikin tärkeää, että asiakaskohtaamiseen liittyvistä asioista puhuttaisiin tutuilla käsitteillä, joilla on merkitystä keskustelijoiden kokemusmaailmassa.⁶⁴ Tämä seikka on erittäin tärkeä käyttökelpoisen teorian rakentamisessa: teorian tarkoitus on helpottaa käytännön työn tekemistä – ei vaikeuttaa sitä.

Terapeutti 1: *Ne oli aika haastavii noi käsitteet. Sit just toi niin ku ystävyyys esimerkiksi...*

Terapeutti 2: *Ehkä se, et sai sen käsitteen päästä jotenkin kiinni, niin siin menee hetki ja sit on viel epävarma et että käsittikö oikein.*

64. Tässä yhteydessä on kuitenkin pakko mainita nuoremman opiskelijani pragmaattisempi kommentti, jonka perusteella keskustelijalle saattavat merkitykselliseksi nousta myös ne tekijät, joilla hän kokee olevan jotakin käyttöä käytännöllisessä elämässään.

Terapeutti 1: *Ja just se erottelu tavallaan niin ku, että mikä on mitä ja millä tasolla liikutaan. Et ku rupee niitten omien asiakastapausten kautta miettimään, et jotenkin, miten sielt sitten löytää sen ehkä ainakin tossa mun työssäni...*

Osallistujat tiedostivat pyrkivänsä keskustelemaan niistä asioista, joista he oletivat minun tutkijana toivovan keskustelua. Tämä tietenkin auttoi pysymään asiassa, mutta saattoi toimia myös aineistoa rajoittavana tekijänä. Toisaalta pyrkimys keskustella tutkijan toivomista asioista osoitti, että osallistujat kontrolloivat tietoisesti, mitä asioita he toivat mukaan keskusteluun ja millä tavoin he siihen osallistuivat. Tällöin minun oli keskustelun fasilitaattorina kyettävä ylittämään omat rajani ja aiemmat käsitykseni, jotta keskustelijat olisivat tuottaneet uusia sisältöjä ja näkökulmia keskusteltaviin aiheisiin. Käydyissä keskusteluissa osallistujien halu auttaa tutkijaa tuotti sen, että osallistujat toivat esille runsaasti konkreettisia esimerkkejä, reflektoivat avoimesti omia käsityksiään, toimintamallejaan ja tekemiään valintoja sekä pohtivat vertaiskokemusten kautta syntyneitä uusia näkökulmia. He osoittivat keskustelussa monin tavoin halunsa ymmärtää ja tulla itse ymmärretyksi sekä myös halunsa vaikuttaa asioihin.

Terapeutti 1: *Täytyy sanoa, et oli aika kamala päivä, mut tää oli niin virkistävä, et mä oon ihan pirtee.*

Terapeutti 2: *Mä oon kans aika pirtee.*

Terapeutti 1: *Et tavallaan miten tärkeitä on ... tulla kuulluks.*

Terapeutti 1: *Viimeks kun me sanottiin et me voimaannuttiin, kun kerrankin joku kuuntelee. Kuuntelee. Herran jestas saa puhuu.*

Teorian muokkaamisen kannalta myös käsitteiden puhuttelevuutta koskevat kommentit olivat tärkeitä. Esimerkeistä käy hyvin ilmi, että aiheiden ja teemojen sisällöt ovat puhutelleet osallistujia, mutta niiden nimien vieraus oli hidastanut itsenäisen pohdinnan käynnistymistä oman kokemusmaailman kautta. Toisaalta kommentista kävi ilmi myös, että vaikka asiakaskohtaamiseen ja yhteistoiminnan rakentamiseen liittyviä asioita pidettiin tärkeinä ja niistä keskusteltiin mielellään, niin kiireisessä työssä vuorovaikutukseen liittyvä pohdinta jäi toteutumatta. Esimerkiksi hyveitä koskenutta keskustelua seurannut tarkastelu osoitti, että uusien ja vielä vieraiden asioiden vieminen käytäntöön edellytti mahdollisuutta tutustua uusiin käsitteisiin sekä keskustella ja reflektoida omia käytäntöjä niiden avulla:

Terapeutti 1: *No mä ainakin henkilökohtasesti aattelen noista ensimmäisistä et onkohan mulla yhtään mitään sanottavaa ja mä oon puhunu pölpöttänyt montas minuuttii täs ollaan nyt puhuttu yhteensä? Et ihan yllättävän paljon. Kun niit asioita rupee mieltii ni toisaalta on ihan hyväki pysähtyä niitte asioitten äärelle, ku ei siin hektises arjes tämmösiä hyveitä tuu niin ku oikeesti ajateltua.*

Terapeutti 2: *Et se käynnistyminen on vähän työlästä tai ne on kuitenkin sellasia niin kun tuttuja vieraita asioita siis silleen et sieltä... Jotenkin sen tunnistaa, mut ehkä siinä aina yrittää kovasti ymmärtää, että et mitä sä tarkoitat, sen sijaan et lähtis vaan niin ku tuottamaa.*

Tässä jaksossa olen tarkastellut aineiston uskottavuutta. GT-metodologian rikkaan ja monipuolisen aineiston vaatimus vastaa tässä tutkimuksessa toteuttamaani aineiston keräystapaa. Terapeutista yhteistoimintaa kuvaavan teorian muodostuksessa aineiston muodostukseen osallistui monipuolisesti potentiaalisia teorian käyttäjiä eli toimintaterapeutteja terveydenhuollon eri erikoisalueilta ja sektoreilta, ja alustavien käsitysteni oikeuttamispyrkimyksen sijaan olen pyrkinyt saamaan esiin erilaisia näkökulmia. Alustavien tulosten vaiheessa testasin niitä vielä kolmessa ammattilaisten muodostamassa ryhmässä. Jokaisen koettelun jälkeen tarkastelin alustavia tuloksia suhteessa saamaani palautteeseen ja käytyyn keskusteluun sekä tein tarpeelliseksi katsomiani muutoksia esimerkiksi käsitteiden välisiin suhteisiin. Koska koettelut eivät nostaneet esille uusia teemoja, vahvisti se käsitystäni siitä, että keräämäni aineisto oli ollut riittävän laaja ja monipuolinen.

11.3 Tutkimusprosessin luotettavuus

Arvioin tässä jaksossa tutkimusprosessin luotettavuutta. Prosessi eteni aineistonkeruun jälkeen siten, että kokosin koko aineiston yhteen analyttisten vertailutapojen avulla neljässä vaiheessa. Luotettavuuden vahvistamiseksi prosessi sisälsi interaktiivisuutta yhtäältä aineiston tuottajien ja toisaalta potentiaalisten käyttäjien kanssa. Abduktiivisen ajattelun avulla pyrin näkemään alustavia käsityksiäni uudessa valossa ja eri näkökulmista. Käsitteiden välisten suhteiden ja teorian koonnin laadinnassa hyödynsin tutkimusprosessin aikana tekemiäni muistiinpanoja sekä muuta kirjallisuutta. Tulososuuden runsaiden aineistoviittausten tarkoituksena oli yhtäältä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta ja toisaalta säilyttää käytännönläheisyys, sillä uskon konkreettisten kuvausten ja esimerkkien helpottavan terapeutteja omien kokemustensa tunnistamisessa sekä toisten kokemuksista oppimisessa.

Tässä tutkimuksessa interaktiivisuus on toteutunut monessa vaiheessa ja eri tavoin. Alustavaa käsitystä luodessani koettelin muodostamiani käsityksiä ensin

asiakkaani perheen avustuksella. Annoin tuolloin lisensiaatintutkielmaksi tarkoitettua käsikirjoituksen asiakkaani vanhemmille luettavaksi ja kommentoitavaksi. He olivat tyytyväisiä kuvaukseen ja osallistuivat myös lisensiaatintyöni tarkastustilaisuuteen. Tuossa vaiheessa alustavan käsityksen koettelu tapahtui yhtäältä hyvin avoimesti ja vapaamuotoisesti, mutta vasta, kun itse olin arvioinut tutkimuksen olevan lähes valmis.

Tässä tutkimuksessa ensinnäkin aineistonkeruu on toteutettu interaktiivisissa ryhmäkeskusteluissa. Ryhmäkeskustelujen avulla testasin alustavaa käsitystäni ensimmäistä vaihetta systemaattisemmin. Ryhmäkeskusteluissa interaktiota tapahtui paitsi henkilöiden välillä myös alustavan käsityksen ja osallistujien kokemusten välillä. Kolmanneksi keskusteluaineistojen synteesiprosessin alussa pyysin keskusteluihin osallistuneita toimintaterapeutteja tarkistamaan ja kommentoimaan kustakin keskustelusta laatimani tulkinnan.⁶⁵ Neljänneksi keskustelin vielä synteesiprosessin lopussa uudistuneesta käsityksestäni kolmessa erilaisessa, kuntoutuksen ammattilaisista koostuneessa ryhmässä. Kokosin palautetta sekä kirjallisesti että kirjaamalla ylös käytyä keskustelua. Nämä interaktiot ovat mielestäni olleet olennainen osa käytäntöä palvelemaan tarkoitettua, aineistolähtöisen teorian luotettavuuden rakentamista.

Tutkimusprosessin luotettavuuden näkökulmasta on tärkeää, että osallistujat tarkistivat, vahvistivat, kommentoivat ja tekivät korjausehdotuksia tekemiini tulkintoihin sekä vertasivat laatimieni kuvausten vastaavuutta käytyihin keskusteluihin. Koettelin tekemiäni tulkintoja kahdessa vaiheessa.

Heti synteesiprosessin alussa tein tulkintatarkistuksen kustakin kahdeksasta keskustelusta, jotta laatimani kuvaukset vastaisivat keskusteluun osallistuneiden terapeuttien käsityksiä. Lähetin jokaiselle keskusteluun osallistuneelle sähköpostilla viestin, jossa kysyin hänen halukkuuttaan osallistua kuvausten tarkistamiseen. Kymmenelle myönteisesti kutsuun vastanneelle lähetin keskustelutulkintani sähköpostin liitetiedostona. Liitteenä on yksi esimerkki 7. keskustelun yhdestä kategoriasta ”Olla omana itsenään – ihmisenä” (Liite 9). Lisäksi laadin palautteiden ja kommenttien antamista varten viisi avointa kysymystä:

1. Miten kuvaus vastaa käydyn keskustelun henkeä?
2. Miten kuvaus vastaa käydyn keskustelun sisältöä?
3. Mitä olennaista teema-alueen kuvaukseen haluaisit lisätä?
4. Mitä olennaisesti asiaankuulumatonta kuvauksesta haluaisit poistaa?
5. Mitä muuta haluaisit sanoa kuvauksesta/keskustelusta?

65. Charmaz (2013: 295) tulkitsee myös teoreettista otantaa koskevan jatkuvan vertailun interaktiiviseksi prosessiksi.

Tulkintatarkastuksen avulla halusin varmistaa, että asiasisällöt olivat oikein eikä teksti loukkaa keskusteluun osallistuneita, heidän asiakkaitaan tai niitä organisaatioita, joissa he toimivat. Tässä vaiheessa osallistujilla oli mahdollisuus myös ehdottaa tai vaatia korjausten tekemistä kuvauksiin.

Seitsemän osallistujaa antoi palautteen, jotka käsittivät kaikki keskustelut. Palautteet toivat hyvin esiin, miten tutkimusaineiston uskottavuus ja synteesisprosessin luotettavuus kietoutuvat yhteen. Palautteen antaneiden mielestä kuvausten henki vastasi keskustelun henkeä ja ilmapiiriä. He tunnistivat keskusteluista oman äänensä ja myös toisten osallistujien erilaisella työkokemuksella taustoitettut puheet. Kuvausten koettiin yleisesti vastaavan hyvin tai vähintään riittävällä tarkkuudella käydyn keskustelun sisältöä.

Joillekin kuvauksen lukeminen tuotti yllätyksiä: *”Omaksi tunnistetut ajatukset vaikuttavat erilaisilta luettuna.”* Oman äänen tunnistaminen ja tunnustaminen kirjoitettuna myös hämmensi. Jotkut olivat kokeneet puhekieliset ilmaisunsa kirjoitettuna, ilman äänensävyjä ja ilmeitä, tyllympiä kuin millaiseksi ne oli puhuttuna tarkoitettu. Osallistajat kiinnittivät huomiota myös omaan kielenkäyttöön. Nämä tekijät osoittavat, että välttämättä keskustelijat eivät ilmaise asioita puheella samalla tavoin kuin ajattelevat, mikä näin ollen voi toimia kritiikkinä ylipäättään keskustelemalla kerättyjen aineistojen luotettavuutta kohtaan. Mielestäni edellä esitetyt kommentit eivät kuitenkaan riitä mitätöimään puhuttua aineistoa. Sen sijaan ne muistuttavat puheeseen perustuvan aineiston luonteesta, mikä on syytä ottaa huomioon tulkintoja ja johtopäätöksiä tehtäessä.

Terapeutit kiinnittivät huomioita myös siihen, miten keskustelussa ei aina kuule toisen puheen sisältöä tai omia asenteita. Keskusteluun palaaminen ja kuvauksen lukeminen jälkikäteen tuotti joillekin häpeää omista puuskauduksista ja tunneilmauksista. Tarkastuksen lopuksi eräs osallistuja totesi: *”Annan häpeän ja nolouden tulla ja mennä. Osaan päästää irti. Sitä on harjoiteltu!”* Nämä tekijät osoittavat puhutun aineiston kytkeytyneisyydestä tiettyyn hetkeen ja ryhmän ilmapiiriin. Tämän pohjalta voidaan suhtautua kriittisesti muun muassa aineistonkeruutaan ja sen kontekstisidonnaisuuteen. Kritiikkinä voidaan väittää, että esimerkiksi yksilökohtaiset syvähaastattelut olisivat voineet tuottaa itsekriittisempää ja syvemmin omaa toimintaa reflektoivaa aineistoa. Mielestäni itsereflektioon pohjautuvan syvähaastatteluaineiston kerääminen voisi olla järkevä jatkotutkimuksen aineistonkeruumuoto esimerkiksi pyrittäessä löytämään tekijöitä, jotka vaikuttavat terapeutin yhteistoiminnan lähestymistavan oppimiseen ja toteuttamiseen käytännössä. Tässä vaiheessa keskustelevalle aineistonkeruumuoto oli mielestäni toimiva ratkaisu, sillä siinä osallistujat oppivat ja saivat uutta ymmärrystä rakentavia impulsseja toisiltaan. Tällä tavalla keskustelu rikasti aineistoa toivomallani tavalla.

Terapeutit tekivät keskustelukuvauksiin muutamia aiheelliseksi katsomiaan, joko tosiasioiden tai eettisiä seikkoja koskevia korjaus ehdotuksia. Yksi terapeutti

pohti edelleen herkistävien käsitteiden nimiä ja teki niistä vielä uusia ehdotuksia⁶⁶. Muilla ei ollut mitään uutta aiheeseen lisättävää. Koin terapeutin kommentin lähinnä pyrkimyksenä vaikuttaa siihen, minkä nimen kategorialle antaisin, kuin että se olisi sisällöllisesti tuottanut jotain aiemmin mainitsematonta. Asia oli jo aineiston keruuvaiheessakin herättänyt keskustelua, minkä takia päädyin muuttamaan ystävyys-kategorian ”hyvän tahtomiseksi toiselle”. Mielestäni minimaalinen pyrkimys täydentää aineistoa tässä vaiheessa osoittaa, että tulkintani aineiston saturoituneisuudesta piti paikkansa.

Tarkistusta tehdessään osallistujat asettuivat ikään kuin tutkijan asemaan. Aineiston ja tekemieni tulkintojen luotettavuuden arvioinnin kannalta oli mielenkiintoista, että he spontaanisti pohtivat muun muassa aineiston relevanttiutta suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen sekä tulevaa analyysia. Teemojen kirkastumista ja puhutun keskustelun sisällyttämistä kuvaukseen pidettiin tärkeänä. Aineiston uskottavuuden suhteen oli vahvistavaa, että ainakin yksi osallistuja ilmoitti spontaanisti tunnistavansa, että hän on puhunut keskustelussa totta omasta kokemuksestaan: *”Asiat ovat mitä ovat.”* Erilaisista asiakassuhteista, toimintaympäristöistä ja kokemuksista huolimatta keskusteluissa löydettiin samansuuntaisia ajatuksia ja koettiin kuulluksi tuleminen.

Osallistujilla oli halu tuottaa konkreettista aineistoa ja esimerkkejä: *”Esimerkit todellisuudesta ovat sinulle materiaalia, vaikka en itse ollut osannut niitä vielä ’lokeroida’ ja sulatella.”* Sisällön tuottamisen suhteen terapeutit tunnistivat pyrkimyksen tuottaa sellaista aineistoa, jota he olettivat minun tutkijana odottavan. Siltä pohjalta tuotettu aineisto saattoi yllättää terapeutin itsensäkin, sillä he saattoivat kokemuksistaan löytää asioita, joihin eivät olleet aiemmin kiinnittäneet huomiota. Tämä saattaa yhtäältä kertoa siitä, että keskustelun aikana osallistujat tulivat tietoisemmiksi omasta toiminnastaan, käsityksistään ja asenteistaan eli oppivat omista käytännöistään. Toisaalta se voi tarkoittaa, että keskustelu vaikutti heihin ja sai heidät sanomaan asioita, joita eivät olleet ajatelleet sanovansa. Keskustelu olikin osallistujien mielestä aktiivinen, vuorovaikutteinen, tukea antava, tuottava, pohtiva, itseohjautuva ja rönsyilevä mutta ei väittelevä. Osallistujien esittämät aineistonkeruumetodia koskeneet kommentit osoittavat hyvin, miten aktiivinen kokemusten jakaminen ja reflektio toimivat heille oppimistilanteina, sillä terapeutit kertoivat saaneensa niistä uusia ideoita ja erilaisia näkökulmia.

Keskusteluun osallistuessaan terapeutit toimivat tietoisesti ja päämääräsuuntautuneesti. He eivät kertoneet vain omia kokemuksiaan, vaan pohtivat samalla myös keskustelun etenemistä ja sen eteenpäin viemistä. Osallistujat valikoivat, mitä jakavat toisten kanssa ja miten he esittävät asiansa. Nämä tekijät osoittavat, että

66. Hän toivoi, että ”ystävyyden” sijaan käytettäisiin ”kumppanuutta” ja ehdotti, että ”roolinvaihdon” sijaan puhuttaisiin ”asiakaslähtöisyydestä” ja ”asiakkaan näkökulman kuulemisesta”.

osallistujat ottivat itse vastuuta keskustelusta ja sen kulusta, jolloin voidaan ajatella, että myös tutkimuksen aineistonkeruutapa oli pitkälti yhteistoiminnallinen. Nämä tekijät vahvistavat käsitystä siitä, että kyseessä todellakin oli mieluummin tutkijan fasilitoima keskustelu kuin tutkijakeskeinen haastattelu.

Vastaukset ja palautteet osoittivat, miten terapeuteilla oli tarve ja halu keskustella asiakastyöhön, yhteistoimintaan ja kohtaamiseen liittyvistä asioista. Tutkimukseen osallistumista ja keskustelua vuorovaikutukseen ja yhteistoimintaan liittyvistä asioista pidettiin tärkeänä. Vieraiden, mutta samaa ammattia edustavien ihmisten kanssa keskustelua pidettiin innostavana. Terapeutit kokivat käyttäneensä keskustelua myös työnhajauksellisena tilanteena, minkä takia he toivat keskusteluun monenlaisia, myös keskeneräisiä pohdintoja.

Synteesisprosessin abduktiivisuutta kuvaa se, että käytyjen keskustelujen ja niistä muodostuneiden aineistojen analyysin seurauksena lähes koko käsitykseni on muokkaantunut uudelleen. Vaikka se edelleen sisältääkin samat tekijät kuin alustava käsitys, ovat näiden tekijöiden väliset suhteet jäsentyneet vähä vähältä uudelleen ja mukaan on tullut uusia, tekijöiden välisiä suhteita kuvaavia käsitteitä, kuten vastavuoroisuus ja epäsymmetrinen palautuvuus. Abduktiivisen pohdinnan seurauksena olen vaihtanut jopa itselleni erittäin merkitykselliseksi muodostuneiden tekijöiden nimiä⁶⁷, jotta terapeuttien olisi helpompi ottaa nimen viittaama asiasisältö käyttöönsä.

Laudanin (1996) ongelmanratkaisumalli auttoi minua abduktiivisessa ajattelussa, sillä malli edellytti, että sekä aineiston keruu- että analyysivaiheessa kiinnitin huomiota ja otin vakavasti erilaiset mielipiteet, uudenlaiset käsitykset ja toisenlaiset kokemukset. Tämä on erityisen tärkeää siksi, että keskustelutilanteessa saatetaan näkökulmien erilaisuus jättää huomiotta, jolloin keskustelu etenee ikään kuin yhtenäisestä näkökulmasta asioita tarkastellen (Ruusuvuori & Tiittula 2009). Tämä oli todellinen riski käydyissä keskusteluissa erityisesti siksi, että kaikilla osallistujilla oli sama ammatti sekä sen edellyttämä koulutus, jolloin helposti oletetaan kaikkien ymmärtävän asiat samalla tavoin.

Laudanin (1996) ongelmanratkaisumallissa korostetaan kollektiivisen keskustelun merkitystä käytännöllisten ja käsitteellisten ongelmien ratkaisemiseksi. Ongelmanratkaisupyrkimys tuli esille ensinnäkin omassa osuudessani, jossa pyysin terapeuteilta apua alustavan käsitykseni jalostamisessa. Toiseksi se tuli esiin ryhmäkeskustelussa avoimuutena ja luottamuksellisena ilmapiirinä, jossa yhteisen ymmärryksen ja samanmielisyyden sijaan etsittiin rikasta yhteistoiminnan kuvausta erilaisten näkökulmien ja monenlaisten kokemusten avulla.

Tutkimusprosessin aikana ongelmanratkaisumallin periaatteiden hyödyntäminen ja jatkuva vertailu auttoivat minua siinä, että oman käsitykseni vahvistamis-

67. Esimerkiksi ystävyyden hyveen nimen vaihtaminen hyvän tahtomiseksi toiselle.

ja oikeuttamispyrkimyksen sijaan kykenin etsimään täydennyksiä ja tarkennuksia alustavalle käsitykselleni, jotta kehitteillä oleva teoria vastaisi mahdollisimman hyvin käyttäjien tarpeita.

Synteesisprosessin aikana käytin neljää erilaista analyttistä vertailutapaa (avointa analyysia, valikoivaa vertailua, jäsentävää vertailua ja teoreettista vertailua), joiden muotoutuminen tutkimuksen analyysikeinoiksi rakentui yhtäältä aineistosta ja toisaalta tutkimuksen pyrkimyksestä rakentaa käyttökelpoista teoriaa oman toiminnan reflektoinnin ja kirjallisuuden avulla. Erilaisten vertailutapojen löytäminen ja niiden käyttöön antautuminen ei ollut ensin helppoa, sillä se edellytti aidosti luopumista alustavasta käsityksestä. Se edellytti rohkeutta tarkastella alustavaa käsitystä uuden aineiston avulla ja valmiutta purkaa ja täydentää aiempia käsityksiä. Se edellytti myös halukkuutta ottaa käyttöön uusia käsitteitä ja luopua aiemmista käsityksistä terapeuttien puheenvuorojen ja ilmaisujen takia, jotta teoria muokautuisi heidän käytäntöjään palvelevaksi. Prosessin aikana käymääni pohdintaa ilmentäneen aineistoon tehtyjen sähköisten kommenttien määrä, yhteensä 511 kappaletta, ja sen lisäksi kolme muistiinpanokirjaa (memot) täynnä käsitteisiin ja niiden välisiin suhteisiin liittyviä piirroksia, kysymyksiä ja kommentteja.

Synteesisprosessi koostui neljästä vaiheesta. Keskustelusynteessin vaiheessa asetin kaksi jäsenettyä keskustelua rinnakkain yhdistääkseni ne yhdeksi kokonaisuudeksi (Liitteet 5–8). Koska kaksi ensimmäistä keskustelua oli valmiiksi jäsenytyneenä herkistävien käsitteiden (koodi) mukaisesti, vaikutti keskustelusynteessin tekeminen ensin vaivattomalta. Kun kunkin koodin sisällöt oli järjestetty kategorioiden jäsentävän vertailun avulla, kategorioiden vertailu paljasti kuitenkin selvästi terapeuttien kokemusten ja lähestymistapojen sisällöllisen erilaisuuden ja sitä kautta myös herkistäviä käsitteitä koskevan, toisiaan täydentävän rikkauden. Kategorioiden valikoiva vertailu paljasti, että samat herkistävät käsitteet tuottivat eri keskusteluissa erilaista sisältöä ja että samaa koodia kuvaavien kategorioiden välillä saattoi olla suurta erilaisuutta ja myös epäjohdonmukaisuutta. Keskustelut eivät olleet edenneet lineaarisesti, vaan niissä saatettiin palata aiempiin teemoihin tai tuoda esille asioita, jotka itse asiassa kuvasivat paremmin jotakin toista herkistävää käsitettä tai olivat ehkä vasta tulossa keskusteluun. Tarvitsin tässä vaiheessa sekä valikoivaa vertailua että avointa analyysia, jotta pystyin jäsentämään aineistoa uudelleen, kokoamaan aineisto-osia yhteen ja tekemään tarvittavia valintoja (vrt. Charmaz 2006: 43; Glaser 1978: 55). Liitteenä olevista keskustelusynteesityäulukoista näkyy, miten analyysi pysytteli tässä vaiheessa lähellä aineistoa (Liitteet 5–8).

Synteesisprosessi tuotti kuvausten ja käsitteiden avoimen, valikoivan ja jäsentävän vertailun avulla terapeutista yhteistoimintaa kuvaavan ja hierarkkisesti jäsenytyneen (teoreettiset koodit, kategoriat sekä piirteet ja ominaisuudet) käsittekokonaisuuden. Vasta tässä vaiheessa pystyin tekemään sisällöllistä valikointia sen suhteen, kuuluuko jokin käsitys tai esimerkki terapeuttiseen yhteistoimintaan vai ei.

Koska pyrkimykseni oli muodostaa selkeä, järkevä ja käyttökelpoinen käsitys terapeutisesta yhteistoiminnasta, etsin lisäymmärrystä käsitteille ja niiden välisille yhteyksille omista muistiinpanoistani, muusta kirjallisuudesta sekä myös potentiaalisten käyttäjien kommentteista. Kun käsitteiden välisiä suhteita koskeva pohdintani käynnistyi teoreettisen vertailun avulla, huomasin ristiriitaisuuksien korjailun aiheelliseksi. Terapeuttinen yhteistoiminta alkoi muodostua entistä vahvemmassi ydinkategoriaksi, jonka kautta muut teoreettiset koodit, kategoriat sekä piirteet ja ominaisuudet saivat merkityksensä. Samalla huomasin, miten koodit ja kategoriat olivat erillisyydestään huolimatta keskenään monin tavoin yhteenkietoutuneita. Synteesiprosessin viimeinen vaihe kesti huomattavasti pidempään kuin olin alun perin kuvitellut. Vaihe oli mielenkiintoinen ja haastava, mutta myös koko prosessin antoisin, sillä se tuotti paljon oivaltamisen iloa ja innostumista siitä, että olin lopultakin ymmärtänyt jotakin itselleni uutta, jolla uskon olevan myös laajempaa merkitystä. Tässä vaiheessa syntyi tutkimustulos ja vastaukset tutkimuskysymyksiin.

12. Tulosten arviointi

Tutkimukseni tarkoituksena oli tuottaa teoria, joka auttaa asiakastyötä tekeviä toimintaterapeutteja edistämään käytännön tilanteissa yhteistoimintaa. Tässä jaksossa arvioin ensinnäkin, miten tutkimuksen tulokset vastaavat asettamiini tutkimuskysymyksiin.

Minulla on ollut vankka pyrkimys tuottaa toimintaterapiakäytäntöä palveleva teoria. Grounded theory -tutkimuksen arvioinnin keskiössä ovat *tutkimustulosten uskottavuus* (credibility) ja *sovellettavuus* (applicability) (Corbin & Strauss 2008: 300–301; Glaser & Strauss 1967: 223–250). Tutkimustulosten uskottavuus edellyttää luonnollisesti myös tutkimusprosessin uskottavuutta, jota arvioin edellisessä pääluvussa. Tulosten uskottavuus viittaa tässä tutkimuksessa siihen, miten järkevältä tulokset vaikuttavat suhteessa terapeuttien kokemuksiin ja käsityksiin, ja sovellettavuus/siirrettävyys viittaa tulosten käyttökelpoisuuteen ja hyödyllisyyteen yhteistoiminnan edistämiseksi. Järkevyyden ohella grounded theory -tutkimustulosten uskottavuutta on arvioitu tulosten tuttuuden ja asiaankuuluvuuden avulla (Glaser & Strauss 1967: 223–250).

Käyttökelpoisen eli uskottavan ja sovellettavissa olevan teorian tuottamiseksi 1) keräsin aineiston asiakastyötä tekevien toimintaterapeuttien kanssa, 2) kokosin aineiston jatkuvan vertailun avulla teoriamuotoon ja 3) testasin teorian ymmärrettävyyttä kolmessa eri tilaisuudessa. Vaikka tutkimuksellani oli vahva pragmaattinen pyrkimys, en kuitenkaan vielä tämän tutkimuksen puitteissa kyennyt toteuttamaan teorian käyttökelpoisuuden arviointia käytännössä. Siten tutkimustulosten käyttökelpoisuuden arviointi jää siltä osin tulevien tutkimusten tehtäväksi.

Kolmanneksi arvioin tässä jaksossa tutkimustulosten merkitystä suhteessa aiempiin tutkimustuloksiin ja käsityksiin.

12.1 Tulosten kyky vastata tutkimuskysymyksiin

Tutkimukseni päätehtävä on ollut vastata kysymykseen: Millainen on aineistolähtöinen terapeutin yhteistoiminnan teoria? Tämän tutkimuksen perusteella vastaukseksi on muodostunut ensinnäkin aineistolähtöinen kuvaus terapeutin yhteistoiminnan tekijöistä (luku 9), terapeutin yhteistoiminnan määritelmä sekä kolme terapeutin yhteistoimintaa jäsentävää mallia. Teoreettisten mallien tar-

koituksena on helpottaa toimintaterapeutteja jatkuvasti muuttuvissa työtilanteissa, joissa heidän tulisi kyetä nopeasti tunnistamaan ja hyödyntämään terapeuttista yhteistoimintaa rakentavia tekijöitä, niiden välisiä suhteita sekä keskeisiä prosesseja.

Terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteellinen malli tarjoaa kokonaisvaltaisen jäsenyyksen terapeuttiselle yhteistoiminnalle. Mallin tarkoituksena on auttaa toimintaterapeuttia tunnistamaan ja soveltamaan terapeuttiseen yhteistoimintaan liittyviä tekijöitä työssään sekä oivaltamaan tekijöiden välisiä suhteita terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseksi.

Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessimallin tarkoituksena on auttaa toimintaterapeuttia tunnistamaan yhteistoimintaprosessin vaiheet ja kunkin vaiheen merkitys terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseksi. Prosessimalli voi siten auttaa terapeuttia keskustelemaan terapiaprosessin etenemisestä sekä asiakkaan että toisten ammattilaisten kanssa.

Toiminnan luonteen analyysimallin tarkoituksena on auttaa toimintaterapeuttia tunnistamaan terapiasuhteessa toteutuvan toiminnan luonne, jotta terapeutti osaisi tilannekohtaisesti hyödyntää tilanteen tarjoamat mahdollisuudet ja toiminnan luonteen terapeuttista yhteistoimintaa edistävällä tavalla.

Teoria on tarkoitettu erilaisissa organisaatioissa ja erilaisten asiakkaiden kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien käytännön työn tueksi. Sitä varten olen pyrkinyt abstrahoimaan mallit riittävän yleiselle tasolle ja käyttämään riittävän yleisiä käsitteitä. Teoriaa voidaan käyttää ja soveltaa myös muissa yhteyksissä, kuten esimerkiksi koulutuksessa, työnohjauksessa ja valmennuksessa sekä terapeuttisen yhteistoiminnan ja terapiasuhteen tutkimuksessa. Terapiasuhte on vain yksi esimerkki epäsymmetrisistä institutionaalisista suhteista (lääkäri–potilas, opettaja–opiskelija, kunnan toimihenkilö–kuntalainen, esimies–alainen ja asiakas–kauppias). Toimintaterapeuteilta ja muilta terveydenhuollossa työskenteleviltä ammattilaisilta saamani palaute rohkaisee hyödyntämään teoriaa ja sitä koskevia malleja muissakin epäsymmetrisissä suhteissa. Sovellettavuuden ja käyttökelpoisuuden systemaattinen arviointi edellyttää kuitenkin vielä lisätutkimusta.

12.2 Terapeuttisen yhteistoiminnan teorian sovellettavuus

Glaserin ja Straussin (1967: 237–250) asettamien, tulosten uskottavuutta ja sovellettavuutta koskevien kriteerien toteutumisen arviointi edellyttäisi tiukassa mielessä ensin teorian koulutusta ja käyttöönottoa sekä vasta sen jälkeen sen käytön arviointia käytännössä. Näihin vaiheisiin minulla ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollisuuksia, enkä oikeastaan vielääkään tiedä, miten terapeuttisen yhteistoiminnan opetus olisi mielekkäintä toteuttaa. Tästä syystä toteutin alustavien tutkimustulos-

ten arvioinnin keskustelemalla toimintaterapeuttien, toimintaterapiaopiskelijoiden ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa kolmessa eri tilaisuudessa.

Alustavien tulosten arviointiin osallistui kaikkiaan 83 henkilöä kolmessa ryhmässä. Ensimmäinen ryhmä (n=6) koostui toimintaterapeuteista, jotka työskentelevät yksityisellä sektorilla lasten ja nuorten parissa. Heillä oli kokemusta laajalti erilaisissa organisaatioissa työskentelystä sekä terveydenhuollon että myös lastensuojelun alueelta. Terapeuteilla oli kokemusta myös lasten ja nuorten psykiatriasta⁶⁸. Tässä keskustelussa olin kiinnostunut siitä, miten tärkeäksi asteikolla 1–4 terapeutit kokivat esitetyt käsitteet ja niiden kuvaukset oman työnsä kannalta. Numeerisen arvioinnin odote aktivoi terapeutteja pohtimaan käsitteiden merkitystä omalle työlle monipuolisesti, ja he käyttivätkin numerolle varattua tilaa myös tarkennusten ja täsmennysten kuvaamiseen.

Toinen ryhmä muodostui erikoissairaanhoidon yksikön järjestämässä koulutus-tilaisuudessa, jossa pyysin osallistujia (n=45) antamaan anonyymisti myös strukturoitua kirjallista palautetta alustavien tulosten yhteydestä asiantuntijan nykyiseen työhön.

Kolmas ryhmä (n=32) koostui erilaisissa organisaatioissa ja eri-ikäisten asiakkaiden kanssa työskentelevistä toimintaterapeuteista sekä seitsemästä kolmannen lukukauden käytännön harjoittelussa olevasta toimintaterapiaopiskelijasta. Osallistuneet toimintaterapeutit työskentelevät perusterveydenhuollossa (6), erikoissairaanhoidossa (7), yksityisellä sektorilla laitoksessa tai järjestöissä (4) sekä elinkeinoharjoittajana (10).⁶⁹ Osallistujat jakaantuivat sopivaksi katsomallaan tavalla pöytäkuntiin. Jaoin alustukseni jaksoihin, ja osallistujat keskustelivat alustavien tulosten käyttökelpoisuudesta kunkin jakson päätteeksi ensin pöytäkunnittain ja sen jälkeen yleisesti. Pöytäkunnat kirjasivat myös paperille keskustelunsa keskeiset asiat. Tilaisuuden jälkeen sain keskustelujen tiivistelmät käyttööni. Niihin oli kirjattu myös osallistujien työorganisaatiot ja keskeiset työalueet.

Grounded theory -kirjallisuudessa tieteellisen merkityksen arvioinnin rinnalla keskiössä on myös tulosten käytännöllinen merkitys. Tässä luvussa tarkastelen tulosten sovellettavuutta ja siirrettävyyttä Glaserin ja Straussin (1967: 237–250) esittämien kriteerien avulla:

68. Aineistonkeruuryhmissähän terapeuttien kokemus näiltä alueilta oli muita alueita vähäisempi.

69. Terapeutit kuvasivat työaluettaan perinteisten jaottelujen avulla ikäryhmittäin lapset/nuoret/aikuiset/ikäääntyneet sekä somaattinen, psykiatrinen. Osittain ilmaiset olivat kuitenkin sellaisia, että ne ylittivät eri tavoin perinteisten jaottelujen raja-aidat, esimerkiksi ”vaativa vauvaperhetyö”, ”kotona asuvat 0–100 v”, ”liikuntavammaiset”, ”neuropsykiatria”, ”lastensuojelun asiakkaat”, ”puhevammaiset ja tietotekniikkaa apuvälineenä tarvitsevat”, ”yhteisöohjaus” ja ”vaikeavammaisten asuminen/sosiaalipuoli”. Lukuisat uudet määritellyt saattavat kuvata jollain tavalla toimintaterapeuttien työn luonteen muutosta aiemmasta diagnoosi- ja ikäjaottelukeskisestä työstä enemmän ongelman ratkaisuun orientuneeseen työhön.

- 1) Teoria sopii sille alueelle, josta se on johdettu ja jolla sitä pitäisi käyttää.
- 2) Teoria on kuvattu sellaisella tavalla, että ammattilaisten lisäksi myös maallikot ymmärtävät sen.
- 3) Teorian tulee olla niin yleinen, että se soveltuu erilaisiin tilanteisiin ja erilaisten ihmisten kanssa käytettäväksi.
- 4) Teorian tulee tarjota riittävä määrä yleisiä käsitteitä sekä niiden välisiä uskottavia suhteita.
- 5) Tutkija ja lukija jakavat yhdessä teorian soveltamisvastuun.
- 6) Käytettyjen käsitteiden tulee tarjota silta teoreettisen ja käytännöllisen orientaation välille.

1) Teoria sopii sille alueelle, josta se on johdettu ja jolla sitä pitäisi käyttää

Teoria on johdettu toimintaterapian alueella, ja se on tarkoitettu palvelemaan toimintaterapeutteja terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseksi. Näin ollen teorian käytettävyyden kannalta on järkevää, että potentiaaliset käyttäjät puhuvat samaa kieltä teorian kanssa. On myös järkevää, että potentiaaliset käyttäjät toimivat aineiston tuottajina ja tulosten arvioijina. Teorian ensisijaisena käyttötarkoituksena pidin asiakkaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan edistämistä.

Terapeutit pitivät alustavaa teoriaa käytännön työtä jäsentävänä ja ymmärrettävänä. Sen koettiin nostavan esiin terapian onnistumisen kannalta tärkeitä tekijöitä, kuten luonteen hyveet ja jaetun ymmärryksen rakentaminen. Teoria osoittautui ainakin terveydenhuollossa asiakastyötä laajemmin sovellettavaksi, sillä terapeutit kokivat voivansa soveltaa sitä myös työyhteisön sisäisessä vuorovaikutuksessa ainakin kolmessa eri suhteessa: ammattikunnan sisällä, moniammatillisessa työskentelyssä ja esimies–alaissuhteissa. Lisäksi he kokivat voivansa hyödyntää teoriaa oman työnsä esittelyssä, perehdytyksessä sekä työtä koskevien valintojen perustelemisessa. Teoria koettiin hyödylliseksi myös yhteistoimintatilanteissa ilmenevien ilmiöiden tunnistamisessa esimerkiksi työnhajaustilanteissa.

Alustavia tuloksia pidettiin sekä nykyisen työn että toimintaterapian ammatin kannalta tärkeinä ydinasioina, keskustelua virittävänä, uusia näkökulmia avaavina ja selkeinä. Esimerkiksi yhteistoiminnan hyveistä syntyi vilkas keskustelu, jossa pohdittiin muun muassa: *”Vaaditaanko asiakasta tulemaan muiden maailmaan vai olemmeko me valmiita menemään hänen maailmaansa?”* *”Aristoteleen hyveet kolahtiivat – reflektointi alkoi välittömästi.”*

Yleisesti ottaen terapeutit pitivät useampia terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteitä työssään välttämättömänä. Aineiston keruuvaiheessa ystävyden hyveen soveltuvuudesta toimintaterapian alueelle käytiin kuitenkin kriittistä keskustelua: *”Erityisesti psykiatrian puolella ammattiroolin pitäminen on tärkeä eikä ystävyys ole mahdollista tai edes turvallista.”* ja *”Paljonko jaan itsestäni terapeuttisessa suhteessa.”*

Hyvän tahtominen toiselle määrittelee paljon myös roolien vaihtelua (intuitio) siinä, miten erilaiset kohtaamiset eri kontekstissa toteutuvat.”

Alustavan käsityksen koettelu perusteella tein muutoksia teorian pääkäsitteisiin. Yksi suuri muutos oli juuri mainittu ystävyyden hyveen korvaaminen ”hyvän tahtomisella toiselle”. Tämä käsitkely nosti esiin, miten tutkimuksen uskottavuus ja sovellettavuus kytkeytyvät yhteen. Terapeuttien epäilevä suhtautuminen ystävyyden käsitettä kohtaan olisi jatkossa saattanut heikentää myös heidän halukkuuttaan ottaa käyttöön koko teoriaa. Mikään muu käsite ei herättänyt vastaavalla tavalla niin voimakkaasti ristiriitaisia tunteita. Näin ollen pidin järkevänä tehdä toivottu käsittemuutos, sillä sisällöllisesti terapeutit hyväksyivät ystävyyden hyveen, mutta eivät sen nimeä. Valitsemaani käsitettä ”hyvän tahtominen toiselle” sen sijaan pidettiin yksimielisesti toimintaterapian välttämättömänä ehtona ja perustana hyvälle terapiasuhteelle.

Jonkin verran kriittisesti suhtauduttiin myös ”ongelma”-sanon käyttöön. Osa piti sitä helpottavana ja selkeyttävänä: ”Ongelma-sanon käyttö voi osoittaa asiakkaalle arvostusta. Se on totta ja se on asia, johon pitää saada muutos.” Osa terapeuteista halusi kuitenkin mieluummin puhua huolesta, haasteesta, vaikeudesta ja muutoskohteesta. Kolmanneksi ”jaetun ymmärryksen” käsite koettiin yleisesti ottaen tärkeänä ja hyvin kuvattuna, mutta yhden ryhmän terapeutteja arveluttivat sen soveltamismahdollisuudet käytäntöön: *”Jaettu ymmärrys on helppo tiedostaa, mutta miten toteutuu työn realismissa. Vaatii todella paljon avointa vuorovaikutusta, jossa on ne raamit.”*

Vastavuoroisuuden vastikkeettomuus tunnistettiin myös välttämättömäksi etenkin työskentelyssä autististen lasten kanssa, ja oikeudenmukaisuuden merkitys tunnistettiin parhaiten ryhmätilanteiden yhteydessä. Suullisten sopimusten tekoa pidettiin välttämättömänä lasten terapioissa. Tätä kuvaa terapeutin esimerkki lasten kanssa tehtävistä suullisista sopimuksista: *”Ensin tehdään tämä, sitten saat valita toisen homman.”*

2) Teoria on kuvattu sellaisella tavalla, että ammattilaisten lisäksi myös maallikot ymmärtävät sen

Toisen kriteerin mukaisesti teorian tulee olla kuvattu sellaisella tavalla, että esimerkiksi kuntoutujat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtävät, mistä yhteistoiminnassa on kyse; teoria auttaa heitä toimimaan yhteistoiminnassa ja edistämään yhteistoimintaa omissa suhteissaan. Olen pyrkinyt yksinkertaiseen ja johdonmukaiseen kuvaukseen vierasperäisiä sivistyssanoja ja toimintaterapian erikoistermejä vältellen, jotta myös maallikot voisivat sen ymmärtää. Asioiden välisen suhteiden ja kokonaisuuksien hahmottamisen helpottamiseksi olen piirtänyt myös havainnollistavia kuvia, joita olen tutkimusprosessin aikana tehnyt alun

perin itseäni varten, asiaan kuuluvien tekijöiden ja tekijöiden välisten suhteiden hahmottamiseksi.

Tuloksia koskevista keskusteluista virisi käsitteiden pohjalta pienryhmissä nopeasti vilkas keskustelu. Terapeutit kokivat, että teorian käsitteet auttoivat heitä jäsentämään vuorovaikutusta asiakkaan kanssa uudella tavalla. Toiseksi he kokivat, että käsitteet auttoivat löytämään perusteluja työssä tehdyille ratkaisuille ja valinnoille.

Tutkimuksen tuloksia ei ole tässä vaiheessa testattu asiakkailta. Tutkimuksen käyttökelpoisuuden arvioimiseksi tarvittaisiin näin ollen lisätutkimusta.

3) Teorian tulee olla niin yleinen, että se soveltuu erilaisiin tilanteisiin ja erilaisten ihmisten kanssa käytettäväksi

Kriteerien kolmannen vaateen mukaan teorian tulisi olla sovellettavissa ja siirrettävissä ensinnäkin suppeassa mielessä toimintaterapian eri alueille ja erilaisiin organisaatioihin, toiseksi terveydenhuollon alueella laajemmin ja kolmanneksi muissa epäsymmetrisissä suhteissa esimerkiksi koulutuksessa opiskelijan ja opettajan välillä, urheilussa valmentajan ja valmennettavan välillä, työelämässä esimiehen ja alaisen välillä sekä liiketoiminnassa palvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä.

Tutkimustulosten sovellettavuuden ja siirrettävyyden arvioimiseksi olen keskustellut teoriasta erilaisissa organisaatioissa ja erilaisissa työtehtävissä toimivien toimintaterapeuttien lisäksi myös muiden terveydenhuollon erilaisissa yksiköissä (foniatria, fysiatría, kehitysvammapoliklinikka, neurologinen kuntoutus, kuntoutustutkimus, apuvälineyksikkö) työskentelevien ammattilaisten (fysioterapeutti, kuntohoitaja, lähihoitaja, lääkäri, puheterapeutti, toimintaterapeutti ja yksi toimintaterapeuttiopiskelija) kanssa.

Monialainen keskustelu ja palaute rohkaisevat oletamaan, että terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteet voisivat olla monialaisesti käyttökelpoisia asiakastyön lisäksi asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä, mutta myös esimiestyössä. Ympäristön merkitystä yhteistoiminnan onnistumiselle pidettiin keskusteluissa tärkeänä, mikä on tärkeä teorian soveltamiseen ja siirrettävyyteen vaikuttava tekijä. Palautteissa ehdotettiin, että terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteiden avulla hyvin määritelty ja rauhassa käyty käytännön työtä koskeva keskustelu, esimerkiksi pienemmissä ryhmissä käytävä case-käsittely, voisi lisätä ja vahvistaa terapeuttista yhteistoimintaa käytännössä. Käsitteitä ehdotettiin käytettäväksi myös työnohjauksessa. Palautteissa myös todettiin, että terapeuttisen yhteistoiminnan lisäämiseksi tarvitaan rohkeutta asioiden käsittelyyn, omien mielipiteiden ilmaisuun sekä tieto- taidon jakamiseen, mikä muistuttaa siitä, että teorian sovellettavuuden lisäksi tarvitaan myös konkreettista teorian soveltamista käytäntöön.

Keskusteluissa terapeutit antoivat sekä suullista että kirjallista palautetta. Sen perusteella he kokivat voivansa käyttää käsitteitä monenlaisissa tilanteissa: käy-

tännön tilanteiden reflektoinnissa, asiakastilanteiden raportoinnissa, palvelujen jäsentämisessä ja palveluista tiedottamisessa. He kokivat voivansa hyödyntää teoriaa oman työnsä kehittämisessä, mutta myös laajemmin viitekehyksenä koko työyhteisön lähestymistavan kehittämispyrkimyksissä sekä lähestymistapana esimerkiksi työnohjauksessa, coachauksessa, kehityskeskusteluissa sekä arkietiikkaan liittyvien kysymysten jäsentämisessä. Nämä tekijät osoittavat, että teoria soveltuu käytettäväksi sillä alueella, jolla se on johdettu (toimintaterapian asiakastyö), mutta myös, että se on sovellettavissa myös muihin tarkoituksiin.

Käytyjen keskustelujen pohjalta käsitteet ja yhteistoiminnan prosessit on ilmaistu niin yleisellä tasolla, että ne ovat sovellettavissa ja siirrettävissä erilaisiin organisaatioihin sekä erilaisten ja eri-ikäisten asiakkaiden ja toimintaterapeuttien välisiin suhteisiin, ja niitä voidaan siirtää myös muiden ammattilaisten asiakassuhteisiin. Lisäksi palautekeskustelut osoittivat, että käsitteet olisivat siirrettävissä myös ammattilaisten keskinäisiin suhteisiin sekä myös esimies–alaisuuteisiin ainakin terveydenhuollossa. Toisaalta käsitteiden siirrettävyyttä ja sovellettavuutta ei ole toistaiseksi arvioitu käytännössä, joten lisätutkimusta näiden suhteen tarvitaan lisää.

4) Teorian tulee tarjota riittävä määrä yleisiä käsitteitä sekä niiden välisiä uskottavia suhteita

Neljännän kriteerin mukaisesti tämän teorian keskeiset käsitteet ovat toimintakontekstin reunaehdot, vastavuoroinen yhteistoimijuus ja yhteistoimintaprosessi. Kaikki kolme keskeistä käsitettä on kuvattu yhteensä kahdeksan kategorian avulla, joita on täsmennetty yhteensä 24 piirre- ja ominaisuuskuvauksella. Kategorioiden nimet ovat yleisesti suomenkielessä käytössä olevia käsitteitä. Käsitteiden väliset suhteet on selitetty ja kuvattu kolmen mallin avulla.

Palautekeskusteluissa ei nostettu millään tavalla esiin käsitteiden määrää. Alustavan käsityksen koettelu perusteella tein muutoksia käsitteiden välisiin suhteisiin, sillä osa terapeuteista piti esimerkiksi toimijoiden välisen yhteyden ja vuorovaikutuksen käsitteiden välistä erottelua aineiston keruuvaiheessa epäselvänä. Tämä kritiikki osoitti mielestäni sen, että näiden käsitteiden välistä suhdetta oli kirkastettava teorian osien keskinäisen selkeyden sekä helpomman omaksumisen ja hyödynnettävyyden takia. Alustavissa tuloksissa toimijoiden välinen yhteys sisältyi vastavuoroiseen suhteen rakentamiseen. Tämä ratkaisu ilmeisesti helpotti käsitteiden välistä erottelua, sillä alustavia tuloksia koskeneissa keskusteluissa vastaavankaltaisia erotteluvaikeuksia ei enää tullut esille.

5) Tutkija ja lukija jakavat yhdessä teorian soveltamisvastuun

Viides vaatimus koskee teorian soveltamisen etiikkaa. Sen mukaisesti ymmärrän, että tutkijana tehtäväni on ollut huolehtia teorian sovellettavuudesta eli että olen suorittanut tutkimuksen yleistä tutkimusetiikkaa noudattaen ja raportoinut tutki-

muksen uskottavalla tavalla siten, että teoria on sen perusteella helposti ja uskotavasti otettavissa käyttöön. Toisaalta lukijalla ja teorian käyttäjällä on aina vastuu teorian soveltamisesta eli siitä, millaisissa tilanteissa ja mitä teoriaa ja miten hän sitä käyttää ja soveltaa. Tutkimustulosten siirtämis- ja soveltamisvastuun jakaminen edellyttää tutkimuksen tekijältä pyrkimystä tuottaa teoria, joka vaikuttaa oikealla ja hyvällä tavalla käytäntöön. Käytännön toimijalta se edellyttää, että tämä ottaa käyttöön sellaiset teoriat, jotka auttavat parantamaan käytäntöjä. Olennaista teorian sovellettavuuden ja soveltamisen näkökulmasta on, että teoria aidosti helpottaa monenlaisissa ja jatkuvasti muuttuvissa käytännön tilanteissa toimimista ja auttaa hyviin päämääriin pyrkimistä.

6) Käytettyjen käsitteiden tulee tarjota silta teoreettisen ja käytännöllisen orientaation välille

Teoreettisen ja käytännöllisen orientaation silloitusvaatimus palvelee käytännön kehittämistä ja tutkimusta. Sitä varten teorian käsitteet tulee olla kuvattu yksiselitteisesti sellaisella tavalla, että lukijan on helppo tunnistaa käsitteiden alat ja keskinäiset suhteet. Sitä varten teorian tulisi antaa sitä soveltavalle henkilölle yksiselitteiset välineet, joiden avulla hänellä on paremmat mahdollisuudet tutkia, ymmärtää ja toimia. (Vrt. emt. 237–250.) Tätä tarkoitusta varten teoriassa on kuvattu terapeutin yhteistoiminnan tekijät sekä niiden väliset suhteet, terapeutin yhteistoiminnan prosessimalli sekä toiminnan luonteen analyysimalli.

Ymmärrän teoreettisen ja käytännöllisen orientaation silloittamisvaatimuksen tarkoittavan sitä, että yhtäältä tutkimus kohdistuu oikeisiin asioihin ja pyrkii muuttamaan käytäntöjä paremmaksi sekä toisaalta, että käytännön toimijat ovat halukkaita muuttamaan käytäntöjään tutkimustietoa hyödyntämällä aiempaa paremmiksi. Tällä hetkellä nämä tekijät eivät välttämättä kohtaa.

Esimerkiksi Suomessa on jo pitkään käyty keskustelua siitä, että pääosin julkisin varoin kustannetussa terveydenhuollossa voimavarat pitäisi kyetä kohdistamaan sinne, missä apua tarvitaan eniten tai mistä on odotettavissa paras mahdollinen hyöty. Näissä keskusteluissa päähuomio on tavallisesti kiinnitetty menetelmien ja käytäntöjen tehokkuuteen esimerkiksi arvioimalla hoitomenetelmien vaikutuksia tai määrittämällä hoitorajoja esimerkiksi hoitotakuumallin avulla sekä priorisoidulla kustannusvaikuttavuusperusteisesti käytäntöjä. (Ryynänen et al. 2004: 64.) Vaikuttavuustutkimusten tulokset eivät välttämättä kuitenkaan auta korjaamaan käytäntöjä paremmaksi, sillä tutkimuksissa käytetyt käytäntöjen prosessimallit eivät aina vastaa asiakaslähtöisiä palveluprosesseja, jolloin tutkimuksilla aikaansaadut tulokset voivat antaa vääristyneen käsityksen asiakaslähtöiseen palveluun vaikuttavista tekijöistä. Esimerkiksi toimintaterapian vaikuttavuudesta on saatu positiivista tieteellistä näyttöä AVH-kuntoutujan kotiympäristössä, mutta sairaalaja laitospäristöistä saatu toimintaterapian näyttö on ollut niukkaa tai heikkoa

(Paltamaa et al. 2011: 184). Tästä tuloksesta ei voida suoraan johtaa sitä johtopäätöstä, että toimintaterapia olisi tehokkaampaa kotiympäristössä, sillä selittävänä tekijänä voi olla myös toimijoiden välisen vuorovaikutuksen ja toiminnan luonteen erilaisuus sairaala- ja kotiympäristössä.

Viimeaikaiset tutkimukset ovat jo osoittaneet, että hyvä vuorovaikutus ja asiakkaan osallistumisen lisääntyminen voivat tuottaa positiivisia ja pitkäaikaisia vaikutuksia. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että hyvä vuorovaikutussuhde on keskeinen kuntoutuksen tuloksiin vaikuttava tekijä terveydenhoidossa yleensä (Newcomb et al. 2010; McCloughen et al. 2011) ja erityisesti kroonisten ja pitkäaikaisten sairauksien hoidossa (Kemp 2011) esimerkiksi mielenterveystyössä (Borg & Kristiansen 2004; Sumsion & Lencucha 2007; Kemp 2011; McCloughen et al. 2011; Romakkaniemi & Järvikoski 2012), kivun, masennuksen ja ahdistuksen hoidossa myös pidemmällä aikavälillä (Dibbelt et al. 2009), astman hoidossa (Butz et al. 2007; Newcomb et al. 2010), sydänsairauksien hoidossa (Winder et al. 2004), lasten sairauksien hoidossa (Hanna & Rodger 2002; Øien et al. 2009) sekä ylipäätään kuntoutuksessa (Dibbelt et al. 2009; Cole & McLean 2003) ja toimintaterapiassa (Holmqvist et al. 2009; Taylor et al. 2011; Wressle & Samuelsson 2004; Hanna & Rodger 2002).

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että diagnoosista, asiakkaan iästä tai terapiamuodosta riippumatta kuntoutujan osallistuminen on tärkeä hoidon onnistumiseen vaikuttava tekijä myös pitkällä aikavälillä. Parempia ja kestävämpiä hoito- ja kuntoutustuloksia tavoiteltaessa kannattaa siis panostaa vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan edistämiseen käytännössä, mutta myös sen vaikutusten tutkimiseen. Edellä esitetyt tutkimustulokset rohkaisevat yhtäältä soveltamaan terapeutin yhteistoiminnan teoriaa ainakin mainituissa yhteyksissä ja toisaalta myös tutkimaan teorian avulla aikaansaatuja muutoksia.

12.3 Tutkimuksen kontribuutio

Terapeutin yhteistoiminnan teoria kytkeytyy aihepiiriltään vuorovaikutussuhteisiin, asiakaslähtöisyyteen ja kollektiiviseen toimintaan. Aiemmat samaan aihepiiriin liittyvät suomalaiset tutkimukset ovat tuottaneet tietoa muun muassa siitä, *millaisia vuorovaikutussuhhteiden muotoja ammattilaisten ja asiantuntijoiden välillä on tunnistettu* (ks. esimerkiksi Kokko 2003; Saikku 2006; Anttinen 2000; Perttinen 2001; Bäckman 2008; Hietala & Kaivanto 2007; Ylitalo 2005; Launiainen & Sipari 2011: 50–52; Kinnunen 2010; Sipari 2008; Viitanen 1997; Mönkkönen 2002; Reunanen 2003; Piirainen 2006; Valokivi 2008 ja Raitakari et al. 2012), *millaisia osallistumismahdollisuuksia asiakkailta on näissä eri suhteissa* (ks. esimerkiksi Saikku 2006: 53; Saikku & Karjalainen 2007; Valokivi 2008; Niiranen 2002), *miten asia-*

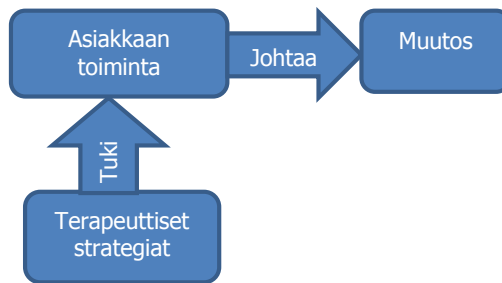
kaslähtöisyys, yhteistoiminta ja kumppanuus toteutuvat ja mikä estää tai edistää niiden toteutumista (ks. esimerkiksi Haveri & Anttiroiko 2009: 205; Möttönen & Niemelä 2005: 87; Mönkkönen 2002, 2007). Yhteistoimintaa ja kumppanuutta (collaboration and partnership) on tutkittu enimmäkseen symmetristen ammattilais- ja vertaisryhmien välillä. Tämä tutkimus täydentää aiempia tutkimustuloksia ensin näkin siksi, että sen kohteena on ollut vähemmän tutkittu yhteistoiminta epäsymmetrisissä suhteissa. Tutkimus on tuottanut yhteistoimintaa rakentavien tekijöiden kuvauksen lisäksi mallin yhteistoiminnan prosessista. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu sekä tekijöiden välisiä suhteita että suhteiden merkityksiä suhteessa yhteistoiminnan edistämiseen, jolloin on saatu käsitys yhtäältä sen edellytyksistä ja toisaalta sen toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä asiakkaan ja terapeutin välillä.

Yhteistoiminta on yksi muoto kollektiivista toimintaa, jota on aiemmin jäsenetty monilla eri tieteenaloilla ja usealla eri tavalla (ks. esimerkiksi Engeström 1995 ja 2004; Pierce 2009; Humphry 2005; Pickens & Pizur-Barnekow 2009; Eilan 2005; Parviainen 2006; Saikku & Karjalainen 2007; Valokivi 2008). Jäsenysten kriteerinä on tavallisesti pidetty toimijoiden vuorovaikutuksen laatua ja toimijoiden suhdetta kohteeseen. Erilaisista näkökulmista ja nimityksistä huolimatta jäsenysten sisällöt ovat olleet pääosin yhteneviä ja toisiaan täydentäviä. Kollektiivisen toiminnan jatkumolla yhteistoiminta on järjestelmällisesti aina sijoitettu jatkumon toiseen äärelaitaan, jonka toisessa päässä on yksilön toiminta (Pierce 2009). Tutkimukseni tulokset sopivat yhteen aiempien tutkimustulosten kanssa täydentäen ja tarkentaen niitä. Aiempaa tarkempi ja täsmällisempi kuvaus helpottaa aiheen opiskelua ja auttaa tunnistamaan sekä edistämään yhteistoimintaa käytännön työssä. Teoriaa kuvaavat kolme mallia auttavat tunnistamaan terapeuttisen yhteistoiminnan ja sen vaiheet sekä hyödyntämään toiminnan monipuolista käyttöä. Lisäksi tämä tutkimus täydensi kollektiivisen toiminnan jäsentelyä matkimisen ja vuorottelun muodoilla.

Taylorin et al. (2009) mukaan toimintaterapeutit ovat ammatin alusta asti tiedostaneet asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen tärkeyden nimenomaan ihmisten välisen kohtaamisen merkityksessä. Duncanin (2011) tekemän analyysin perusteella perinteisissä asiakaslähtöisiksi luokitelluissa toimintaterapian prosessimallissa painottuu asiakkaan toiminta. Asiakaslähtöisyys on kuitenkin näissä malleissa toteutunut monenmuotoisesti. Asiakaslähtöisten periaatteiden mukaisesti asiakas on nähty esimerkiksi aktiivisena agenttina, joka saa aikaan haluamansa muutokset terapeutin tuella. Pintaymmärryksellä tämä saattaa vaikuttaa sellaiselta terapian tavoitteelta, jolla autetaan asiakasta saavuttamaan tavoitteensa ja ehkäistään ennalta asiakkaan ja terapeutin välinen riippuvuus toisistaan. Jos tätä lähestymistapaa tarkastellaan suhteessa Meyerin filosofiaan (ks. luku 2.1), toteuttaa kuvattu asiakaslähtöisyys pikemminkin joko ”to”- tai ”for”-ajattelua kuin ”with”-filosofiaa. Jos kuvattua lähestymistapaa tarkastellaan suhteessa tämän tutkimuksen tuottamiin

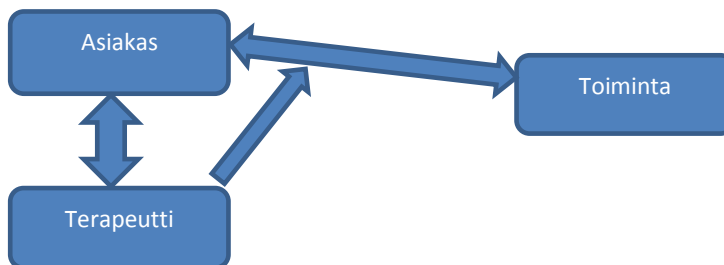
vastavuoroisuuden muotoihin, asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutus rakentuu lähinnä diadisiksi suhteeksi, jossa kummallakin toimijalla on omat kohteensa ja omat toimintastrategiansa. Siten vuorovaikutussuhteen tarkastelu yhteistoiminnan prosessimallin avulla auttaa siis ymmärtämään, miksi asiakaslähtöisyyden periaatteet eivät riitä tuottamaan muutosta käytännöissä, jotka perimmältään nojaavat edelleen moderniin kahtiajakoon ja vaikuttaja–vaikutettava-asetelmaan.

Moderniin kahtiajakoon perustuva vaikuttaja–vaikutettava-dynamiikka näkyy alla olevassa asiakkaan, terapeutin ja terapian pyrkimysten välistä suhdetta esittävässä kuvassa (Kuva 15).



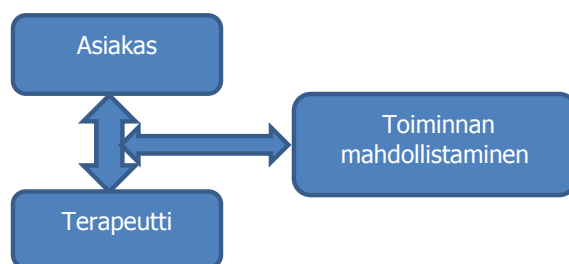
Kuva 15. Terapeutin, asiakkaan ja terapian tavoitteen suhde toisiinsa (soveltaen Kielhofner & Forsyth 2008: 186).

Tässä tutkimuksessa perinteinen kahtiajaon aiheuttama ja yhteistoimintaa haittaava ihmisten välinen kuilu sekä vaikuttaja ja vaikutettava -asetelma on ylitetty kiasmaattisen palautuvuuden (Parviainen 2006) ja dialogisen suhteen avulla. Käsitteeni saa jossain määrin tukea esimerkiksi Taylorilta (2008: 46–47), jonka mukaan yllä olevaa asetelmaa pitää täydentää asiakkaan ja terapeutin vastavuoroista suhdetta kuvaavalla kaksisuuntaisella nuolella (kuva 16). Asiakkaan ja toiminnan välille sijoitettava asiakkaan osallistuminen on Taylorin mukaan myös nähtävä vastavuoroisena suhteena, sillä toimintaan osallistuminen vaikuttaa aina myös asiakkaaseen itseensä.



Kuva 16. Asiakkaan ja toimintaterapeutin vastavuoroinen suhde ja jaettu toiminta päämäärän saavuttamiseksi (soveltaen Taylor 2008: 46–47).

Taylorin (2008) mallissa pyritään terapian avulla vaikuttamaan asiakkaan osallistumiseen, joka on samanaikaisesti terapeutin toiminnan kohde ja asiakkaan keino halutun toiminnan saavuttamiseksi.⁷⁰ Taylorin (2008) mallissa toimijoilla on keskenään vastavuoroinen suhde ja sama päämäärä, asiakkaan toimintaan osallistumisen mahdollistaminen, mutta toimijoilla on eri strategiat ja keinot. Toiminnan luonteen analyysimallin avulla tarkasteltuna kyseessä voi olla jaettu toiminta tai kooperaatio, mutta strategioiden erilaisuudesta johtuen tälläkään malli ei vielä yllä muutosta tavoittelevan toiminnan osalta mielekkään yhteistoiminnan tasolle. Näin ollen terapeutin yhteistoiminnan prosessimalli kuvaa samalla tavalla asiakkaan ja terapeutin välistä suhdetta kuin Taylorin (2008) malli. Olennainen ero koskee asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnan kuvausta, sillä terapeutin yhteistoiminnan teoriassa se vastaa toimintaterapian filosofian mukaista ajatusta ”with-toiminnasta” (Kuva 17).



Kuva 17. Asiakkaan ja toimintaterapeutin vastavuoroinen suhde ja mielekäs yhteistoiminta yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.

Terapeutin yhteistoiminnan mallissa asiakkaan ja terapeutin välillä on vastavuoroinen vuorovaikutussuhde ja yhteisenä päämääränä on toiminnan mahdollistaminen, jota asiakas ja terapeutti tavoittelevat keskustelemaan harkinnan ja mielekkään yhteistoiminnan avulla. Sillä tavoin terapeutin yhteistoiminnan malli eroaa muista hyvää tarkoittavista malleista, joissa terapeutti pyrkii auttamaan asiakasta päämäärän saavuttamisessa terapeutin strategioiden⁷¹ ja toimintatyylien⁷² avulla.

70. Oletan, että Taylorin (2008) mallissa, jossa siis päämäärä ja keino ovat samat, taustalla on enemmän aristoteelinen käsitys toiminnasta kuin kehäpäätelmä.

71. Validating, identifying, giving feedback, advising, negotiating, structuring, coaching, encouraging, providing physical support (Kielhofner & Forsyth 2008: 186).

72. Therapeutic modes: advocating, collaborating, empathizing, encouraging, instructing, problem solving.

13. Eettiset kysymykset

Hyvän tieteellisen käytännön toteuttamiseksi Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on laatinut ohjeen hyvän tieteellisen käytännön keskeisistä lähtökohdista, jotka koskevat muun muassa tutkimuksessa noudatettavaa *rehellisyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta*; tutkimuksessa käytettävien *menetelmien eettisyyttä* sekä julkaisuun liittyvää *avoimuutta ja vastuullisuutta*; *toisten tutkijoiden työn arvostamista ja kunnioittamista*; *aineistojen säilyttämistä*; *tutkimuslupaa*; *tutkimukseen osallistuvien vastuita ja oikeuksia*; *sidonnaisuuksia*; *esteellisyttä sekä tutkimusorganisaation etiikkaa*. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevan ohjeen mukaan eettisiä kysymyksiä ei voi jättää huomiotta tieteellisessä tutkimuksessa.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeet keskittyvät tutkimuksen toteutukseen, mutta toisaalta tieteellisen tutkimuksen etiikkaan on kohdistettu myös laajempaa, tutkimuksen merkitykseen liittyvää keskustelua. Esimerkiksi tieteen arvovapaudesta on käyty kiivasta ja vilkasta keskustelua. Sen toisena ääripäänä on käsitys tutkimuksesta eettisten ja yhteiskunnallisten kysymysten yläpuolelle asettuvana intressittömänä ja objektiivisena toimintana, ja sen toisessa laidassa puolestaan on käsitys, jonka mukaan tutkimus on aina arvosidonnaista ja tulokset ovat arvojen värittämiä. (Raatikainen 2006: 93.) Denzinin (1998: 314–315) mukaan sosiaalitieteissä pitkään otaksutun arvovapauden sijaan on alettu hyväksyä, että siirtymä empiriasta tekstiksi on monimutkainen ja refleksiivinen prosessi, jossa tutkijalla on merkittävä osuus. Toisaalta Glaserin ja Straussin (1967: 237–250) mukaan siirtymä tekstistä empiriaan on myös eettisesti merkityksellinen prosessi, josta vastuun kantavat sekä tutkija että soveltaja.

Tämä tutkimus on perustunut toisten toimijoiden avulla tuotettuun aineistoon, ja se on tähännyt ensisijaisesti toimintaterapeuttien käyttöön tarkoitettun teorian tuottamiseen. Käytettäväksi tarkoitettu aineistolähtöinen teoria kytkeytyy väistämättä tutkijan arvomaailmaan ja hänen pyrkimyksiinsä. Näin ollen tässä jaksossa tarkasteltavat eettiset kysymykset kohdistuvat ensinnäkin tutkimuksen toteutuksen hyväksyttävyyteen, jota tarkastelen ensimmäisessä alaluvussa. Toiseksi eettiset kysymykset kohdistuvat tutkimuksen avulla tuotetun teorian sovellettavuuteen. Tarkastelen toisessa alaluvussa teorian sovellettavuuteen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Erityisesti asiakaslähtöisyyden, mutta myös yhteistoiminnan soveltamisen on todettu olevan monesta syystä tavoiteltua vähäisempää. Viimeisessä alaluvussa

pohdin terapeuttisen yhteistoiminnan laajempaa merkitystä sen avulla saavutettavien seurausten näkökulmasta.

13.1 Tutkimuksen toteutuksen hyväksyttävyyden

Grounded theory -tutkimusta koskevassa kansainvälisessä metodikirjallisuudessa ei tavallisesti ole juurikaan kiinnitetty avoimesti huomiota eettisiin kysymyksiin (Olesen 2007: 425–426). Suomalaisissa, aineistolähtöistä teoriaa tavoittelevissa väitöskirjatutkimuksissa eettiset tekijät tai periaatteet on kuitenkin mainittu ainakin Vesan (2009), Siltalan (2010: 37), Saukon (2008), Potinkaran (2008), Ora-Hyytiäisen (2004) ja Siitosen (1999) tutkimuksissa. Esimerkiksi Potinkara (2008: 102–105) on kohdistanut eettisen tarkastelunsa suhteessa tutkittavaan neljän tekijän avulla, jotka ovat 1) tutkimuksesta annettava tieto tutkittavalle; 2) tutkimusaiheen vaikutus tutkittavaan; 3) osallistumisen vapaaehtoisuus ja 4) tutkittavan yksityisyyden suoja.

Tässä tutkimuksessa toimintaterapeutit ilmoittautuivat ja osallistuivat työajan ulkopuolella tehtävään tutkimukseen vapaaehtoisesti. Kukaan ei ollut mukana minkään tietyn organisaation edustajana, vaan ammattilaisena, jolla on kokemusta toimintaterapiasuhteista. Ilmoittautumisen jälkeen lähetin kaikille tiedotteen tutkimuksesta (Liite 1). Kaikki osallistujat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta, ja he antoivat kirjallisen suostumuksensa (Liite 2) siitä, että keskustelut voidaan tallentaa ja niitä voidaan käyttää tutkimusaineistona. Jokaisella keskustelijalla oli itsellään vastuu ja mahdollisuus suojella asiakkaiden yksityisyyttä ja omaa yksityisyyttään. Osallistujat saivat itse päättää, mitä asioita ottavat mukaan keskusteluun (vrt. Kuula 2006). Suostumuksessa lupasin, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että osallistuja voi halutessaan keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Lupasin myös suojella osallistujien anonymiteettiä ja raportoida tulokset sellaisella tavalla, että ketään tutkittavista ei voi sen perusteella tunnistaa. Olen poistanut aineistosta osallistujien, tunnistettavien organisaatioiden ja paikkakuntien nimet ja muuttanut joissakin tapauksissa jopa ammattinimikkeen yleisemmälle tasolle tunnistettavuuden estämiseksi. Aineistossa voi kuitenkin edelleen olla tunnistettavia tapahtumia, joiden perusteella läheiset tai työtoverit, jotka ovat mahdollisesti myös kuulleet tapauksesta, voivat tunnistaa kertojan. Tällöin ratkaisevan vihjeen osallistumisesta tutkimukseen antaa osallistuja niin halutessaan. (Vrt. emt.) Aineistoviittaukset olen merkinnyt koodein häivyttääkseni terapeutin tunnistettavuutta ja säilyttääkseni aineistolähtöisyyden. Aineiston analyysivaiheessa toimitin halukkaille terapeuteille tulkintani niistä keskusteluista, joihin he olivat osallistuneet. Tässä vaiheessa pyysin heitä vielä tarkistamaan, ettei tekstissä ole tunnistettavia asioita.

Aineiston äänitallenteissa on mainittu osallistujien nimet tallenteen alussa, mutta sen jälkeen osallistujat ovat käyttäneet puheenvuoronsa alussa numeroi-

ta. Litteroidun tekstin olen koodannut anonyymiksi ja säilyttänyt osallistujien nimi- ja yhteystietolistat erillään aineistosta. Aineisto ja nimelistat ovat olleet säilytettynä lukitussa tilassa. Suostumuksessa antamani lupauksen mukaisesti luottamuksellisuus tarkoittaa tässä, että hävitän osallistujatiedot ja tutkimusaineiston tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusaineisto on rikas, eikä se sisällä arkaluontoista materiaalia, joten tässä vaiheessa arvioituna aineiston kohdentaminen koskemaan vain tätä tutkimusta oli ehkä turhankin tiukka. Mikäli aineisto on anonymisoitu siten, etteivät yksittäiset henkilöt ole siitä tunnistettavissa, aineistoa voidaan lain mukaan käyttää uudelleen. Koska kyseessä on vain muutaman henkilön tuottama aineisto, pitäisin kuitenkin siinä tapauksessa parempana tapana pyytää tutkittavilta uusi lupa. (Vrt. Kuula 2006.)

Anonymiteetin ja luottamuksellisuuden ohella yksityisyyden suojaan kuuluu myös osallistujien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Kuula 2006). Aineiston keruun lisäksi terapeutit kokivat keskustelut kokemustensa reflektioilanteina, jotka tarjosivat vertaistukea ja uusien näkökulmien avautumista. Keskustelujen jälkeen saamani palautteen perusteella ryhmäkeskustelut toimivat terapeuteille myös vertaisoppimistilanteina, joissa he oppivat toistensa kokemuksista ja tukivat toinen toistaan. Valittu toimintatapa sopii yhteen myös yhteistoiminnallisen näkökulman kanssa: osallistujat eivät olleet mukana vain tietojaan ja kokemuksiaan jakavina informantteina, jotka haluavat auttaa tutkijaa, vaan aktiivisina agentteina, jotka saivat näistä keskusteluista ideoita ja ajatuksia omien käytäntöjensä muuttamiseksi. Tämä ei mielestäni olisi ollut mahdollista, ellei terapeuteilla olisi ollut itsemääräämisoikeutta. Ryhmäkeskustelun annista muodostui näin ollen osallistujille rikkaampi kuin millainen se olisi ollut tutkijan kanssa käydyssä haastattelussa. Palautteissaan terapeutit kertoivat kokeneensa keskustelut myös työnohjauksellisina ja voimaannuttavina tilanteina. Näin tuskin olisi ollut, jos heidän itsemääräämisoikeuttaan olisi rajoitettu tai heidän ilmaisujaan ei olisi kunnioitettu.

Ryhmäkeskusteluun osallistuminen voi rohkaista omien mielipiteiden ja kokemusten kertomista ja tuottaa uusia näkökulmia, ja vertaisten kanssa käyty kokemusten vaihto voi vahvistaa osallistujien me-henkeä. Tässä tutkimuksessa kaikki ryhmän jäsenet saattoivat olla toisilleen tuntemattomia, mutta ”sama ammatti”, ”samankaltaiset kokemukset” sekä ”yhteinen kieli ja intressi” synnyttivät nopeasti osallistujien välille luottamuksen ja avoimen keskustelun ilmapiirin. Vetäjän tehtävänä oli saada osallistujien mielipiteet ja käsitykset esille ja pyrkiä olemaan vaikuttamatta niiden yksityiskohtaiseen sisältöön. Toisaalta on kuitenkin todettu, että käytännössä vetäjät tulevat vaikuttaneeksi keskustelun kulkuun myös monin ei-verbaalisin tavoin (vrt. Valtonen 2009). Tässä tilanteessa olisi tarvittu videointia tai toista tutkijaa havainnoimaan tilannetta, jotta oma ei-verbaalinen vaikuttamiseni olisi tullut todennettua. Uskon, että olen vaikuttanut keskustelun kulkuun monin tavoin sekä verbaalisti että ei-verbaalisti ja että käyttäytymiseni on voinut

vaikuttaa myös siihen, mitä asioita osallistujat ovat ottaneet esille ja miten pitkälle he ovat jotakin keskustelua jatkaneet. Uskon kuitenkin, että työnohjaajakoulutuksestaani ja -kokemuksestani oli hyötyä keskustelujen toteutuksessa.

Perusolettamusteni mukaisesti pyrin sekä aineiston keruuvaiheessa että myös aineiston analyysivaiheessa olemaan tietoinen itsestäni ja omasta näkökulmastani. Alustavan käsityksen koetteluksessa tämä tarkoitti erityisesti, että rohkaisin osallistujia arvioimaan kriittisesti perustellen alustavaa käsitystäni sekä kertomaan kunkin käsitteen kohdalla avoimesti mielipiteensä ja kokemuksensa. Houkuttelin heitä nostamaan alustavasta käsityksestäni esiin heidän kokemuksiinsa soveltumattomia kohtia ja ”virheitä”, joita tarvitsin teorian muokkauksessa. Aineiston analyysissä pyrin vertailemaan asioita sensitiivisesti ja refleksiivisesti sekä etenemään systemaattisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Tällöin jouduin tietoisesti luopumaan alustavan käsitykseni rakenteesta. Olen pyrkinyt raportoimaan analyysiprosessin yksityiskohtaisesti, säilyttäen osallistujien näkökulman ja äänen, jotta lukija voisi seurata päättelyni luotettavuutta ja kokea olleensa mukana tutkimuksessa.

Tarkastelen seuraavaksi tutkimusprosessin eettisyyttä toiminnan eettisyyttä ohjaavien yleisten periaatteiden avulla. Tutkijan toiminnan yleiset eettiset arvot ovat henkilöiden kunnioitus (respect for persons), hyväntahtoisuus (beneficence), oikeudenmukaisuus (justice), luottamus (trust) ja tieteellinen loukkaamattomuus (scientific integrity) (Dane 2011: 47). Henkilöiden kunnioitus liittyy tässä tutkimuksessa ensisijaisesti aineiston tuottamiseen osallistuneiden henkilöiden ja heidän kokemustensa kunnioittamiseen. Hyväntahtoisuuden kytken pyrkimykseen ymmärtää oikein kertojan lausumat. Hyväntahtoisuus ja toisten kunnioitus tuli esille myös keskustelijoiden keskinäisissä suhteissa, sillä vaikka kaikki eivät aina olleetkaan samaa mieltä asioista, oli kaikilla kuitenkin tilaa ja oikeus esittää omat kokemuksensa ja käsityksensä. Toisten ilmaisujen kumoamisen sijaan erilaisia näkökulmia pyrittiin ymmärtämään. Tämä lähestymistapa auttoi rikkaan keskusteluaineiston tuottamisessa. Olen pyrkinyt toteuttamaan oikeudenmukaisuutta omassa toiminnassani siten, että aineiston keruuvaiheessa keskustelijoilla on ollut mahdollisuus tuoda esille omia kokemuksiaan ja keskenään ristiriitaisetkin käsitykset ovat tulleet huomioonotetuksi niin keskustelussa kuin myös aineiston analyysissä rehellisesti ja tasapuolisesti. Tieteellisen loukkaamattomuuden katson tässä tarkoittavan sitä, että olen kohdellut toisia tutkijoita ja heidän tuottamia tieteellisiä tutkimuksia kunnioittavasti ja oikeudenmukaisella tavalla. Tutkimuksen raportoinnissa olen rehellisesti merkinnyt käyttämäni lähde- ja aineistoviittaukset.

13.2 Terapeuttisen yhteistoiminnan soveltamisen haasteet

Terveydenhuollon organisaatioiden toimintaa ohjaavat systeemitasolta asti tulevat, hyvää kuntoutusta ja hoitoa koskevat pyrkimykset ja ehdot. Julkilausuttuja ehtoja ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, monialainen yhteistyö ja kustannustehokkuus. Ne vaikuttavat, mutta eivät kuitenkaan kahlitse terveydenhuollon ammattilaisten työtä, sillä terapeuteilla on asiakastyössä melko laajat vapaudet toimia tarkoituksenmukaisesti lain ja ammatin rajoissa parhaaksi katsomallaan tavalla. Aiemmissä tutkimuksissa terapeutit ovatkin kaivanneet yhteistoiminnan edistämiseen systeemitason tukea esimerkiksi koulutuksen kautta (Holmqvist et al. 2009). Terapeuttisen yhteistoiminnan edistämiseksi tarvitaan siis systeemitasolta sekä käytäntöjä ohjaavia tekijöitä, mutta myös koulutusta, jonka avulla pystytään vaikuttamaan tulevien ammattilaisten ajatteluun ja osaamiseen.

Aiempien tutkimusten perusteella myös organisaation toimintakulttuurilla on todettu olevan merkitystä yhteistoiminnan toteutumiseen. Tärkeiksi soveltamiseen liittyviksi tekijöiksi on tunnistettu muun muassa organisaation yhteistoimintafilosofia (San Martin-Rodriguez et al. 2005), osapuolten sitoutuminen (Dowling et al. 2004; Brown et al. 2006) sekä yhteistoimintaa koskevien sopimusten tekeminen (Dowling et al. 2004; Brown et al. 2006). Yhteistoimintaa rajoittavia organisaatiokulttuuriin liittyviä tekijöitä ovat muun muassa taloudelliset ongelmat, aikapula ja tietotekniikan puute, henkilökunnan turhautuminen, muutosvastarinta ja vetäytyminen uusien asioiden täytäntöönpanosta sekä monitieteiseen työskentelyyn liittyvät kysymykset (Kjellberg et al. 2012; Ridout & Mayers 2006). Vaikka siis terapeutit voivatkin mikrotasolla halutessaan toimia yhteistoiminnallisesti, niin toimintakulttuurin muuttamiseksi terapeuttisen yhteistoiminnan periaatteiden pitäisi läpäistä koko työyhteisö ja organisaation toiminta. Systeemitason pyrkimykset saavat organisaatiotasolla erilaisia tulkintoja ja toteutuvat viimekädessä satunnaisesti yksittäisissä mikrotason tilanteissa. Pyrkimysten toteutumiseksi mikrotasolla tarvitaan toimijoiden halun ja osaamisen lisäksi organisaatioiden toimintakulttuurien ja -rakenteiden muutoksia sekä systeemitason tukea.

Siitä huolimatta, että terveydenhuollossa puhutaan paljon asiakaslähtöisyydestä, ei edes potilaiden lainmukaisia oikeuksia aina kunnioiteta etenkin laitosorganisaatioissa, joissa on pitkät, rutiiniasiantuntijuuteen perustuvat perinteet (vrt. Teeri et al. 2007; Topo et al. 2007). Monet aiemmat yhteistoimintaa koskevat tutkimukset ovatkin kohdistuneet ammattilaisten keskinäisen yhteistoiminnan tutkimukseen, sillä epäsymmetrisessä asiakas-terapeuttisuhteessa yhteistoimintaa ei ole pidetty aina edes mahdollisena. Tutkimukset ovat osoittaneet, että yhteistoiminnan kehittämistarvetta on myös ammattilaisten välisissä suhteissa. Yhteistoiminnan edistämisen näkökulmasta monialaiseen yhteistoimintaan perustuva toimintakult-

tuuri voisikin tarjota luontevan ja vahvistavan kontekstin myös asiakkaan ja terapeutin väliselle yhteistoiminnan edistämiseksi.

Aiempien tutkimustulosten mukaan yhteistoiminnan soveltaminen käytäntöön edellyttää terapeuteilta halua luopua perinteisestä ammattilaiskäsitelmästä, luovuutta, sitkeyttä, kärsivällisyyttä (Sumsion & Lencucha 2007) sekä kykyä ja halua muotoilla yksilöllisiä palveluja (Borg & Kristiansen 2004), asiakkaan kohtaamista yksilöllisesti, suhde- ja neuvottelutaitoja sekä itsen tietoista käyttöä (Taylor 2008). Se edellyttää terapeutilta taitoa huolehtia asiakkaan asioista sekä vammaisuuteen liittyvistä tehtävistä, halua kantaa sosiaalista vastuuta, kykyä tuottaa raportteja, valmiuksia toimia asiakkaan resurssivarastona, rohkaisevaa asennetta ja herkkyyttä huomioida asiakkaiden muuttuvia kuntoutustarpeita (Sumsion & Lencucha 2007).

Terapeuttisen yhteistoiminnan onnistumiseen vaikuttavien tekijöiden hyödyntämiseksi käytännössä on tärkeää tunnistaa, minkälaisessa kollektiivisen toiminnan prosessissa ollaan mukana, millaisesta toiminnasta kussakin vaiheessa on kysymys sekä millaisia tuloksia kullakin vaiheella voidaan ylipäättään tavoitella. Näiden tekijöiden tunnistamiseksi voidaan hyödyntää tämän tutkimuksen tuottamaa terapeuttisen yhteistoiminnan prosessimallia ja toiminnan luonteen analyysimallia.

Jatkossa olisi mielenkiintoista koetella, miten asiakkaat tai toimintaterapeuttien ohella muut terveydenhuollon asiantuntijat kokevat tässä tutkimuksessa muodostetun teorian soveltuvuuden omiin käytäntöihinsä. Olisi kiinnostavaa myös tutkia, miten teorian käsitteet toteutuvat käytännön tilanteissa ja miten terapeuttista yhteistoimintaa voidaan opiskella.

13.3 Tutkimuksen laajempi käytännön merkitys

Asiakaslähtöisyyttä, kumppanuutta ja asiakkaan osallistumista pidetään Suomessa niin tärkeinä asioina, että niiden turvaamiseksi on *säädetty ja uudistettu lakeja*, kuten esimerkiksi laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003/497) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785) sekä valmisteilla oleva itsemääräämisoikeuslaki. Asiantuntijakeskeisten käytäntöjen muuttamisen tueksi on käynnistetty myös *kehittämishjelmia* (kts. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012). Esimerkiksi Kasteen avulla pyritään muun muassa asiakkaan päätätävällän ja autonomian kasvattamiseen vahvistamalla asiakkaan osallistumismahdollisuuksia itseään koskevaan päätöksentekoon.

Asiakkaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen ja yhteistoimintaan kytkeytyy monia eettisiä kysymyksiä, joita on tutkittu muun muassa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden (vrt. Charmaz 2013: 291), toiminnallisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen (Townsend & Wilcock 2004), integriteetin kunnioittamisen (Teeri

et al. 2007) ja kohtaamisen (Topo et al. 2007) näkökulmista. Tässä tutkimuksessa näihin kysymyksiin liittyneitä teemoja ovat olleet vastavuoroisen suhteen rakentaminen ja erityisesti vastavuoroisuuden hyveet, asiakkaan mahdollisuudet osallistua omia asioitaan koskevaan harkintaan ja päätöksentekoon sekä oikeus toimia haluamallaan tavalla.

Yhteistoiminnan toteutumista voivat haitata esimerkiksi väärinymmärrykset ja kaavamainen haastatteluasetelma. Hoitosuhteessa ne voivat johtaa siihen, että osapuolet alkavat säädellä omaa avautumistaan ja osallistumistaan tavoilla, jotka vääristävät kokonaisvaltaisen käsityksen luomista ja haittaavat vuorovaikutusta ja hoidon onnistumista (Vuori 1995: 257). Jos esimerkiksi lääkäri ei kysy potilaan päivittäin kohtaamista huolista ja ongelmista eikä potilas vapaaehtoisesti tuo näitä asioita esille, tärkeät hoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät, kuten potilaan henkilökohtaiset rajoitukset, asenteet, terveysuskomukset, motivaatio, perussairaudet, sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät rajoitukset, tarvittavat tiedot tai mahdollisuudet noudattaa annettuja hoito-ohjeita saattavat jäädä kokonaan keskustelematta (Newcomb et al. 2010: 192–197). Valta- ja toimintaoikeuksiin liittyvä epäsymmetria, autonomian loukkaukset ja asiaton kohtelu sekä niiden seuraukset asiakkaan toiminnassa ovat näkyneet tähän tutkimukseen osallistuneiden toimintaterapeuttien arjessa. Terapeuttisen yhteistoiminnan teorian käyttö on eettisesti oikeutettua, jos sen avulla voidaan vähentää näitä epäkohtia.

Tämän tutkimuksen yksi käytännöllinen merkitys voidaan nähdä asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden loukkaamattomuuden edistämisenä, koska terapeuttisen yhteistoiminnan teoria auttaa vastavuoroisuuden hyveiden avulla rakentamaan toimijoiden välille vastavuoroista suhdetta, joka mahdollistaa keskustelelevan harkinnan ja muutoksen toteutuksen yhteistoiminnassa. Esimerkiksi Topo et al. (2007) ovat nimenneet dementiahoitoon hyvän käytännön ulottuvuuksia, joita ovat 1) arvokkuuden ja minuuden ylläpitäminen; 2) läheisyyden ja yhteenkuulumisen rohkaiseminen; 3) asiakkaan mukaan toimiminen, keskinäiseen ymmärrykseen pyrkiminen ja avun tarjoaminen sekä 4) asiakkaan toimijuuden tukeminen. Tämän tutkimuksen tulos on linjassa mainittujen ulottuvuuksien kanssa, mikä rohkaisee olettamaan, että terapeuttisen yhteistoiminnan teorian käyttö on oikeutettua ja se edistää asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyden loukkaamattomuutta.

Toisaalta terapeuttisen yhteistoiminnan teoria ei perustu pelkälle aktiivisen kuntoutujan oletukselle. Asiakkaiden aktiivinen osallistuminen kuntoutumisensa suunnitteluun ja toteutukseen edellyttää, että asiakas ja hänen perheensä voivat olla mukana kuntoutusta koskevien valintojen ja päätösten teossa, mutta myös, että he ovat siihen kykeneviä. Terveystieteiden apua tarvitsevalla asiakkaalla itsellään ei aina ole voimavaroja tai valmiuksia tehdä valintoja, eikä niitä aina ole hänen läheisilläänkään. Tästä syystä täyskäänös asiantuntijavallasta asiakkaan vallan korostamiseen ilman lisähuomioita on huolestuttava. ”Aktiivisen kuntoutujan”

painottaminen ja ”kuntoutujan valinnan ja päätöksenteon” korostaminen voivat olla perusteltuja silloin, jos asiakkaalla on voimavaroja olla aktiivinen ja jos hänellä on valmiuksia sekä voimavaroja toimia päätöksentekijänä. Muissa tapauksissa kyseinen lähestyminen voi osoittaa pikemminkin ammattilaisten vastuunottamisen karttamista. Terapeuttisen yhteistoiminnan teorian käyttö on oikeutettu, jos terapeutti ottaa omassa harkinnassaan huomioon asiakkaan voimavarat ja kantaa tarvittaessa isomman vastuun terapiasuhteen etenemisestä. Kuntoutuksen ja hoidon etiikan näkökulmasta tulisi kiinnittää huomiota juuri niihin tilanteisiin, joissa asiakkaat ovat haavoittuvimmillaan ja voimattomia tai kykenemättömiä osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Terveysthuolto ei voi perustua sille periaatteelle, että hyvää hoitoa ja kuntoutusta saavat vain ne, joilla on varaa maksaa tai jotka osaavat ja jaksavat tehdä valintoja tai vaatia eniten.

Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessiin osallistuminen tuottaa myönteisten arvokkuuden kokemusten lisäksi kollektiivisesti tuotettuja ratkaisuja, jotka voivat pitkällä aikavälillä olla kestävämpiä kuin yksilöiden tuottamat ratkaisut (vrt. Bandura 1986: 450–451). Lisäksi yhdessä tuotetut ratkaisut tuottavat samalla myös vahvempaa sitoutumista toimintaan (Dowling et al. 2004; Brown et al. 2006). Näin ollen terapeuttisen yhteistoiminnan teorian käyttö on oikeutettua, jos sen avulla tuotetaan samanaikaisesti sekä arvokkaita toimijoiden välisiä kohtaamisia että tehokasta ja pitkävaikutteista kuntoutusta. Selvää joka tapauksessa on, että terapeuttisen yhteistoiminnan teoriassa vuorovaikutusta ei rakenneta vain suhteen itsensä takia. Siinä vastavuoroinen vuorovaikutussuhde on välttämätön ehto terapeuttiselle toiminnalle eli sille, että yksilöllisiin tilanteisiin liittyviin ongelmiin löydetään parhaat mahdolliset ratkaisut, suunnitelmat ja keinot niiden toteuttamiseksi. Siksi uskon, että tällä terapeuttisen yhteistoiminnan tutkimustuloksella ja sen soveltamisella toimintaterapian käytäntöön on merkitystä sekä työn laadun, tehokkuuden ja taloudellisuuden kannalta. Useissa tieteellisissä tutkimuksissa ja katsauksissa on pystytty osoittamaan toimintaterapian vaikuttavuutta (Sturkenboom et al. 2013; Clark et al. 2012; Peoples et al. 2011; Graff et al. 2008; Steultjens et al. 2005; 2004), mutta näissä tutkimuksissa on toistaiseksi kiinnitetty varsin vähän huomiota siihen, perustuvatko hyvät tulokset menetelmällisiin tekijöihin vai vuorovaikutuksen määrään ja laatuun. Terapeuttisen yhteistoiminnan käyttöä voidaan pitää oikeutettuna, jos sen avulla voidaan tuottaa käytäntöä palvelevia kestäviä ratkaisuja.

Terveysthuollossa kustannustehokkuuden arvioinnissa on usein hyödynnetty Sintosen ja Pekurisen (2006: 52–53) terveysthuollon tuotantoprosessimallia. Malli ei kuitenkaan välttämättä sovellu asiakaslähtöisten käytäntöjen ja menetelmien arviointiin. Tämä johtuu siitä, että se perustuu asiantuntijavaltaiseen näemykseen kuntoutusprosessista, jossa asiakas on asetettu pelkäksi toimenpiteiden kohteeksi ja tuotantoprosessien tuotokseksi. Aidosti asiakaslähtöisessä asetelmassa asiakas ei voi enää olla pelkkä passiivinen kohde ja tuotos, vaan aktiivinen, pro-

sessin toteutukseen osallistuva voimavara. Asiakslähtöisessä prosessissa asiakkaan osallistumisella on myös vaikutus toimintaprosessin tuotokseen, jolloin tuotantoprosessin vaikutusten tutkimus edellyttää, että tuotantoprosessimallia tulisi korjata muuttuneen asetelman vaatimalla tavalla. Asiakslähtöisen tuotantoprosessin vaikutusten tutkimuksessa on siis tunnustettava, että asiakas on samanaikaisesti sekä tuotantoprosessin voimavara että sen tuotos. Näin ollen terapian vaikuttavuustutkimuksissa tulisi olla erikseen asiakslähtöiseen ja asiantuntijalähtöiseen tuotantoprosessiin perustuvat mallit. Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessimalli voi tarjota vaihtoehtoisen mallin kuntoutusprosessin toteutuksen ja vaikutusten arvioinnille.

Sintosen ja Pekurisen (2006) mallissa tärkein tehokkuuteen vaikuttava tekijä ovat palvelun tuotantoprosessit eli esimerkiksi asiakaspolut organisaation sisällä tai ammattilaisten yhteistyö ja asiakasverkostojen toiminta. Toisaalta on myös tunnustettu, että palvelujen tuotantoympäristöllä ja sen muutoksilla on vaikutusta palveluihin. Esimerkiksi terveyskeskusten vastaanotossa työn vaativuus on kasvanut johtuen muun muassa potilaiden vaatimustason noususta ja väestön sosiaalisten ongelmien lisääntymisestä (Luoma et al. 2009: 12–13). Terveyskeskustyön vaativuutta on lisännyt myös vaativien toimintojen siirto erikoissairaanhoidosta (Aaltonen et al. 2009: 125). Henkilöstön vaihtuvuuden lisääntymisen on todettu heikentävän terveyskeskuksen tehokkuutta ja tuottavuutta (Aaltonen et al. 2009: 131). Mankan et al. (2012) mukaan nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa työympäristöjen nopeat muutokset edellyttävät entistä enemmän satsauksia aineettomiin resursseihin, kuten työntekijöiden osaamiseen ja työhyvinvointiin sekä oikeudenmukaiseen johtamiseen ja vuorovaikutteiseen toimintatapaan. Tämän tutkimuksen kautta olen ymmärtänyt, että erityisesti työn vaativuuteen, henkilöstön vaihtuvuuteen sekä työympäristöjen jatkuviin ja nopeisiin muutoksiin liittyvät tekijät (emt.), kytkeytyvät myös yhteistoiminnan onnistumiseen ammattilaisten välillä. Näin ollen jatkotutkimuksissa olisikin aiheellista selvittää, miten terapeutista yhteistoimintaa voidaan soveltaa terapiatyön ohella työyhteisön toimintaan ja millaisia vaikutuksia terapeuttisen yhteistoiminnan teorian soveltaminen voisi työyhteisössä saada aikaan sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.

Kunnallisissa työmarkkinajärjestöissä on jo tunnustettu yhteistoiminnan ja vuorovaikutteisen toimintatavan merkitys yksiköiden tuottavuudelle ja työhyvinvoinnille (Aitta et al. 2012; Kuntatyönantajat 2011). Tuottavuuden pyöreän pöydän sihteeristö on nimennyt tulevaisuuden työpaikkojen kehittymisen edellytykset, joita ovat innovointi ja tuottavuus, osaava työvoima, terveys ja työhyvinvointi sekä luottamus ja yhteistoiminta. Sihteeristön nimeämissä tulevaisuuden työpaikkojen edellytyksissä huomio onkin kiinnittynyt työyhteisön sisäisten toimintaprosessien ohella vuorovaikutukseen ja yhteistoimintaan (Aitta et al. 2012: 21). Terapeuttien kokemukset, tutkimustulokset ja työmarkkinajärjestöjen painotukset osoittavat käytännössä, että yksi terveydenhuollon organisaatioiden kehittämismahdollisuus on

toimintakulttuurin kehittäminen vuorovaikutteisempaan ja yhteistoiminnallisempaan suuntaan. Yhdessä nämä tekijät kannustavat soveltamaan terapeutin yhteistoiminnan teoriaa myös organisaatioiden demokraattiseen kehittämistoimintaan.

Toimintaympäristöt ja -kulttuurit muodostavat maaperän ja reunaehdot yhteistoiminnalle, mutta ne eivät siis koskaan kokonaan määrää, millaiseksi toiminta muodostuu tai millaisia tuloksia toiminnalla saadaan aikaan. Vaikka yhteisöt rakentavat ja tarjoavat jäsenilleen erilaisia mahdollisuuksia sekä dynaamisia ja sosiaalisia tapahtumia, siitä huolimatta toimijat voivat myös itse vaikuttaa ja rakentaa omia toimintamahdollisuuksiaan (Humphry 2005). Siten terapeutin yhteistoiminta on ympäristö- ja kontekstisidonnaisuuksista huolimatta lopulta vahvasti toimijoiden itsensä organisoimaa. Harkitsevat ja valintoja tekevät toimijat voivat yhdessä rakentaa omia toimintamahdollisuuksiaan. Siten ihmiset eivät joudu elämään vain kontekstin tarjoamien mahdollisuuksien varassa, vaan he voivat olla omaan tulevaisuuteensa ja toimintamahdollisuuksiinsa vaikuttamaan kykeneviä agentteja (vrt. Kauffmanin 2008: 262–266).

Toimintakonteksti on siis välttämätön, mutta ei määräävä tekijä terapeutin yhteistoiminnan muodostumisessa. Yhteistoiminta voi toteutua kokonaan myös sähköisissä toimintaympäristöissä, esimerkkinä opiskelu, joka voi tapahtua kokonaan teknologian välityksellä virtuaalisissa ympäristöissä (Muukkonen-van der Meer 2011). Tällöin konkreettisesti eri ympäristöissä (esimerkiksi eri paikkakunnilla tai eri maissa) elävät opiskelijat voivat kokoontua yhteen virtuaaliympäristössä, jossa he voivat rakentaa tietoa yhdessä joko samanaikaisesti tai eriaikaisesti. Lisäesimerkkejä ja -tutkimuksia on muun muassa siitä, miten asiakasymmärrystä voidaan rakentaa verkossa yhdessä (ks. esimerkiksi Nordlund 2009), miten joukkoälyä voidaan hyödyntää journalistisissa prosesseissa (Aitamurto 2014) ja miten yhteistä ymmärrystä rakennetaan sosiaalisessa mediassa (Lehtinen 2014). Verkko-pohjaisia terapiametodeja on jo tuotettu ja tutkittu muun muassa opiskelijanuorten mielenterveyden hoidossa, johon liittyen kirjallisuuskatsaukseen perustuvat tulokset ovat rohkaisevia (Davies 2014). Nämä esimerkit osoittavat, että esimerkiksi terapeutin vuorovaikutussuhde, keskustelevan harkinnan kaltainen tiedonmuodostukseen tähtäävä toiminta, mutta myös muutoksen toteutus, voivat onnistua myös sähköisissä toimintaympäristöissä. Paavolan ja Hakkaraisen (2008) mukaan sähköinen toimintaympäristö muuttaa kuitenkin yhteistoiminnan luonnetta ja ehtoja radikaalisti toisenlaisiksi kuin välittömissä kohtaamistilanteissa. Jatkossa olisikin syytä tutkia, miten ja millä ehdoilla terapeutin yhteistoiminta voi mahdollistua sähköisissä toimintaympäristöissä ja millaiseksi yhteistoiminnan luonne siellä muuttuu.

Lähteet

- Aaltonen, J.;& Järviö, M.-L. (2009). Kyselytutkimusotos terveyskeskuksille: Vastausten yhteys mitattuun tehottomuuteen. Teoksessa J. Aaltonen;M.-L. Järviö;& K. Luoma (Toim.), *Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät* (Osa/vuosik. 49, ss. 109–132). Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Haettu 6. 12 2013 osoitteesta http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j49.pdf
- Aitamurto, T. (2014). *Collective Intelligence in Open Journalism: Power, Knowledge and Value*. Tampere: Tampere University.
- Aitta, U.;Antila, J.;Auvinen, E.;Hakonen, N.;Lantto, P.;Marttila, O.;& Pakarinen, T. (2012). Suomalainen työelämä Euroopan parhaaksi. Katsaus tuottavuuden ja työelämän laadun kehittymiseen Suomessa. SAK; EK; Akava; Kuntatyönantajat; Valtion työmarkkinalaitos; Kirkon työmarkkinalaitos;. Haettu 1. 12 2012 osoitteesta http://www.tuottavuustyö.fi/files/393/Tuottavuuden_pyorea_poyta_katsaus2012.pdf
- Alasuutari, P. (2007). *Laadullinen tutkimus* (6. p. p.). Vaajakoski: Vastapaino Oy.
- Alhanen, K. (2013). *John Deweyn kokemusfilosofia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Ansari, W. E.;Phillips, C. J.;& Hammick, M. (2001). Collaboration and Partnerships: Developing the Evidence Base. *Health and Social Care in the Community*, 9(4), 215–227.
- Anttinen, M. (2000). *Multipeliskleroosi (MS) – Asiakkaiden kokemuksia kuntoutussuunnitelmien laadinnan asiakaslähtöisyydestä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Aristoteles. (1989). *Nikomakhoksen etiikka*. (S. Knuutila, Käänt.) Helsinki: Gaudeamus.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Stanford Univeristy.
- Bandura, A. (1997). Exercise of Personal and Collective Efficacy in Changing Societies. Teoksessa A. Bandura (Toim.), *Self-Efficacy in Changing Societies* (ss. 1–45). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 1–26.
- Baszanger, I. (1997). Deciphering Chronic Pain. Teoksessa A. Strauss;& J. Corbin (Toim.), *Grounded Theory in Practice* (ss. 1–34). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Billet, S.;Ovens, C.;Clemans, A.;& Seddon, T. (2007). Collaborative Working and Contested Practices: Forming, Developing and Sustaining Social Partnerships in Education. *Journal of Education Policy*, 22(6), 637–656.
- Blumer, H. (1998). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Los Angeles: University of California Press.
- Borg, M.;& Kristiansen, K. (2004). Recovery-Oriented Professionals: Helping Relationships in Mental Health Services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505.
- Brown, C.;& Stoffel, V. C. (2011). *Occupational Therapy in Mental Health. A Vision for Participation*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Brown, D.;White, J.;& Leibbrandt, L. (2006). Collaborative Partnerships for Nursing Faculties and Health Service Providers: What Can Nursing Learn from Business Literature? *Journal of Nursing Management*, 14, 170–179.

- Bruni, L. (2008). *Reciprocity, Altruism and the Civil Society: In Praise of Heterogeneity*. London: Routledge. Haettu 11. 10 2012 osoitteesta http://www.lifeaftercapitalism.info/downloads/read/Evolution/Bruni_ReciprocityAltruismCivilSociety.pdf
- Butz, A. M.;Walker, J. M.;Pulsifer, M.;& Winkelstein, M. (2007). Shared Decision Making in School Age Children with Asthma. *Pediatric Nursing*, 33(2), 111–116.
- Bäckman, S. (2008). Työkykyarviokokous moniammatillisen työryhmän päätöksentekotilanteena. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja potilaan osallisuudesta. Helsinki: Helsingin yliopisto. Haettu 23. 3 2013 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23387/tyokyky.pdf?sequence=2>
- Cameron, D. (2004). Communication Culture: Issues for Health and Social Care. Teoksessa M. Robb;S. Barret;C. Komaromy;& A. Rogers (Toim.), *Communication, Relationships and Care. A Reader* (ss. 63–73). London: Routledge.
- Cardol, M.;De Jong, B. A.;& Ward, C. D. (2002). On Autonomy and Participation in Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24(18), 970–974.
- Charmaz, K. (1997). *Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2008). Reconstructing Grounded Theory. Teoksessa P. Alasuutari;L. Bickman;& J. Brannen (Toim.), *The Handbook of Social Research Methods* (ss. 461–478). London: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the Grounds: Constructivist Grounded Theory Methods. Teoksessa J. M. Morse;P. N. Stern;J. Corbin;B. Bowers;K. Charmaz;& A. E. Clarke (Toim.), *Developing Grounded Theory. The Second Generation* (ss. 127–154). Walnut Creek: Left Coast Press Inc.
- Charmaz, K. (2013). Grounded Theory Methods in Social Justice Research. Teoksessa N. K. Denzin;& Y. S. Lincoln (Toim.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (4 p., ss. 291–336). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Christiansen, C. H.;& Townsend, E. A. (2010). *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (2. p.). New Jersey: Pearson.
- Christiansen, C.;Baum, C. M.;& Bass, J. (2011). The Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) Model. Teoksessa E. A. Duncan (Toim.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (5 p., ss. 93–104). Edinburg: Churchill Livingstone Elsevier.
- Clapton, J.;& Kendall, E. (2002). Autonomy and Participation in Rehabilitation: Time for a New Paradigm? *Disability and Rehabilitation*, 24(18), 987–991.
- Clark, F.;Jackson, J.;Carlson, M.;Chou, C.;Cherry, B.;Jordan-Marsh, M.;. . . Azen, S. (2012). Effectiveness of a Lifestyle Intervention in Promoting the Well-Being of Independently Living Older People: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiological Community Health*, 66(9), 782–790.
- Clarke, A. E. (1997). A Social Worlds Research Adventure. The Case of Reproductive Science. Teoksessa A. Strauss;& J. Corbin (Toim.), *Grounded Theory in Practice* (ss. 63–94). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Cole, M. B.;& McLean, V. (2003). Therapeutic Relationships Re-Defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19 (2), 33–56.
- Cole;B, M.;& Tufano, R. (2008). *Applied Theories in Occupational Therapy: A Practical Approach*. Thorofare: SLACK.
- Conklin, J. E. (2006). *Dialogue Mapping : Building Shared Understanding of Wicked Problems*. New York: Wiley.
- Corbin, J.;& Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3 p.). Los Angeles: Sage Publications.

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Crotty, M. (1998). *The Foundations of Social Research*. London: SAGE Publications.
- Cuba, E. G.;& Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. Teoksessa N. K. Denzin;& Y. S. Lincoln (Toim.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (3 p., ss. 191–215). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- D'Amour, D.;Ferrada-Videla, M.;San-Martin Rodriguez, L.;& Beaulieu, M.-D. (2005). The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 116–131.
- Dane, F. C. (2011). *Evaluating Research. Methodology for People Who Need to Read Research*. Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Davies, B. E.;Morriss, R.;& Glazebrook, C. (2014). Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5). Noudettu osoite <http://www.jmir.org/2014/5/e130/>
- Denning, P. J.;& Yaholkovsky, P. (2008). Getting to “We”. Solidarity, Not Software, Generates Collaboration. *Communications of the Acm*, 51(4), 19–24.
- Denzin, N. K. (1998). The Art and Politics of Interpretation. Teoksessa N. K. Denzin;& Y. S. Lincoln (Toim.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials* (ss. 313–344). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Dewey, J. (1999). *Pyrkimys varmuuteen. Tutkimus tiedon ja toiminnan subteesta*. (P. Määttänen, Käänt.) Tampere: Gaudeamus.
- Dewey, J. (2012). *Filosofian uudistaminen*. (T. Perhoniemi, Käänt.) Tampere: Vastapaino.
- Diamond, B.;Parkin, G.;Morris, K.;Bettinis, J.;& Bettesworth, C. (2003). User Involvement: Substance or Spin? *Journal of Mental Health*, 12(6), 613–626.
- Dibbelt, S.;Schaidhammer, M.;Fleicher, C.;& Greitmann, B. (2009). Patient-Doctor Interaction in Rehabilitation: The Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results. *Patient Education Counseling*, 328–335.
- Doig, E.;Fleming, J.;& Kuipers, P. (September 2008). Achieving Optimal Outcomes in Community-Based Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(9), 360–370.
- Dowling, B.;Powell, M.;& Glendinning, C. (2004). Conceptualising Successful Partnerships. *Health and Social Care*, 12(4), 309–317.
- Dressler, J.;& MacRae, A. (1998). Advocacy, Partnerships, and Client Centered Practice in California. *Occupational Therapy in Mental Health*, 14(1–2), 35–43.
- Drew, J.;& Heritage, P. (Toim.). (1992). *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dreyfus, H. L.;& Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in Era of the Computer*. Oxford: Blackwell.
- Duncan, E. A. (2011). Introduction. Teoksessa E. A. Duncan (Toim.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (5. p.). Edinburg: Churchill Livingstone Elsevier.
- Dunlea, A. (1996). An Opportunity for Co-Adaptation: The Experience of Mothers and Their Infants Who Are Blind. Teoksessa R. Zemke;& F. Clark (Toim.), *Occupational Science. Evolving Discipline* (ss. 227–241). Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Dunn, W.;Brown, C.;& McGuigan, A. (1994). The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595–607.
- Eilan, N. (2005). Joint Attention, Communication, and Mind. Teoksessa N. Eilan;C. Hoerl;T. McCormack;& J. Roessler (Toim.), *Joint Attention: Communication and Other Minds. Issues in Philosophy and Psychology* (ss. 1–33). New York: Oxford University Press.

- Engeström, Y. (1995). *Kebittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Engeström, Y. (2004). *Eksplansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä*. Keuruu: Vastapaino.
- Eriksson, P.; & Koistinen, K. (2005). Monenlainen tapaustutkimus. Kerava: Kuluttajatutkimuskeskus. Haettu 31. 8 2012 osoitteesta http://www.ncrc.fi/files/4957/2005_04_verkkojulkaisu_tapaustutkimus.pdf
- Faulkner, M. (2001). Empowerment and Disempowerment: Models of Staff/Patient Interaction. *Nursing Times Research*, 6(6), 936–948.
- Fearing, V. G.; Clark, J.; & Stanton, S. (1998). *The Client-Centred Occupational Therapy Process*. Teoksessa M. Law (Toim.). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Finlay, L. (2001). Holism in Occupational Therapy: Elusive Fiction and Ambivalent Struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 268–276.
- Finlay, L. (2004). *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy* (3. p.). Cheltenham: Nelson Thornes.
- FINLEX. (22. 9. 2000). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 22.9.2000/811. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 14. 4. 2013 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>
- FINLEX. (22. 9. 2000). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 14. 4. 2013 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- FINLEX. (13. 6. 2003). Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 13. 4. 2013 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>
- FINLEX. (9. 2. 2007). Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 24. 8. 2012 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>
- FINLEX. (30. 3. 2007). Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 30.3.2007/334. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 23. 8. 2012 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070334>
- FINLEX. (30. 12. 2010). Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 14. 4. 2013 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101386>
- FINLEX. (23. 8. 2012). Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. *FINLEX, Ajantasainen lainsäädäntö*. Haettu 20. 8 2012 osoitteesta [Ajantasainen lainsäädäntö: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326)
- Fogelberg, D.; & Frauwirth, S. (2010). A Complexity Science Approach to Occupation: Moving Beyond the Individual. *Journal of Occupational Science*, 17(3), 131–139.
- Fraits-Hunt, D.; & Zemke, R. (1996). Games Mothers Play with Their Full-term and Pre-Term Infants. Teoksessa R. Zemke; & F. Clark (Toim.), *Occupational Science. The Evolving Discipline* (ss. 217–226). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- From, K. (2010). ”Että sais olla lapsena toisten lasten joukossa”. Substantiivinen teoria erityistä tukea tarvitsevan lapsen toiminnallisesta osallistumisesta toimintaympäristössään. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Haettu 31. 8 2012
- Geertz, C. (1983). *Local Knowledge: Further Essays in Interpretative Anthropology*. New York: Basic Books.
- Glaser, B. (2009). *Jargonizing Using the Grounded Theory Vocabulary*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity*. San Francisco: University of California.
- Glaser, B. G. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2005). *The Grounded Theory Perspective III. Theoretical Coding*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G.; & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (2012). *Vuorovaikutuksen sosiologia*. (K. Koskinen, Käänt.) Tallinna: Vastapaino.

- Grady, A. P. (1995). Building Inclusive Community: A Challenge for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49(4), 300–310.
- Graff, M. J.;Vernooij-Dassen, M. J.;Hoefnagels, W. H.;Dekker, J.;& de Witte, L. P. (2003). Occupational Therapy at Home for Older Individuals with Mild to Moderate Cognitive Impairments and Their Primary Caregivers: A Pilot Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 23(4), 155–163.
- Graff, M.;Adang, E.;Vernooij-Dassen, M.;Dekker, J.;Jönsson, L.;Thijssen, M.;. . . Rikkert, M. (2008). Community Occupational Therapy for Older Patients with Dementia and Their Care Givers: Cost Effectiveness Study. *British Medical Journal*, 19(336), 134–138.
- Gustafsson, L.;& McLaughlin, K. (2009). An exploration of clients' goals during inpatient and outpatient stroke rehabilitation. *International Journal of therapy and rehabilitation*, 16(6), 324–330.
- Haarakangas, K. (1997). *Parantava puhe : dialogisuus ihmisuhteissa, mielenferveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Haarakangas, K. (1998). Terapia moniäänisenä dialogisena keskusteluna. *Psykologia*, 33(2), 94–97.
- Hakkarainen, K.;& Paavola, S. (2006). Kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia – kognitiotieteen näkökulma. Teoksessa J. Parviainen (Toim.), *Kollektiivinen asiantuntijuus* (ss. 214–272). Tampere: Tampere University Press.
- Hanna, K.;& Rodger, S. (2002). Towards Family-Centred Practice in Pediatric Occupational Therapy: A Review of the Literature on Parent-Therapist Collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 14–24.
- Harra, T. (2005). *Harkittu toiminta. Terapeuttisen yhteistoiminnan eboista*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Harra, T. (2011). Terapeuttinen yhteistoiminta. Teoksessa A. Järvikoski;J. Lindh;& A. Suikkanen (Toim.), *Kuntoutus muutoksessa* (ss. 166–178). Tampere: Lapin yliopistokustannus.
- Hartikainen, A. (2009). Vapaaehtoiset vuodeosastolla : etnografinen tutkimus vanhusten ja vapaaehtoisten kohtaamisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto. Haettu 14. April 2013 osoitteesta <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45242/vapaaeht.pdf?sequence=2>
- Hautala, T.;Hämäläinen, T.;Mäkelä , L.;& Rusi-Pyykönen, M. (Toim.). (2011). *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita Prima.
- Hautala-Jylhä, P.-L. (2007). *Psychiatric Post-ward Outpatient Services between Hospital and Community*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Haveri, A.;& Anttiroiko, A.-V. (2009). Kuntajohtaminen: haasteena paikallisten kilpailu- ja yhteistyösuhteiden hallinta. Teoksessa I. Karppi;& L.-M. Sinervo (Toim.), *Governance: Uuden hallintatavan jäsentyminen*. Tampere: Tampereen yliopisto, Hallintotieteiden keskus.
- Henderson, D. K. (1951). Introduction. Teoksessa E. E. Winters (Toim.), *The Collected Papers of Adolf Meyer* (Osa/vuosik. II Psychiatry, ss. ix–xx). Baltimore: The John Hopkins Press.
- Hietala, H.;& Kaivanto, K. (2007). *Uusi yhteistoimintalaki käytännössä*. Helsinki: Talentum.
- Hietala-Paalamaa, O.;& Vuorela, M. (2004). Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta. *Kuntoutus*(3), 29–41.
- Hirsjärvi, S.;& Hurme, H. (2010). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Tallinna: Gaudeamus.
- Hobson, P. R. (2005). What Puts the Jointness into Joint Attention? Teoksessa N. Eilan;C. Hoerl;T. McCormack;& J. Roessler (Toim.), *Joint Attention: Communication and Other Minds. Issues in Philosophy and Psychology* (ss. 185–204). Oxford: Clarendon Press.
- Holm, S. E.;& Mu, K. (2012). Discharge Planning for the Elderly in Acute Care: The Perceptions of Experienced Occupational Therapists. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 30(3), 214–228.
- Holmqvist, K.;Kamwendo, K.;& Ivarsson, A.-B. (2009). Occupational Therapists' Descriptions of Their Work with Persons Suffering Cognitive Impairment Acquired Brain Injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*(16), 13–24.

- Hooper, K.; Thomas, Y.; & Clarke, M. (2007). Health Professional Partnerships and Their Impact on Aboriginal Health: An Occupational Therapist's and Aboriginal Health Worker's Perspective. *Australian Journal of Rural Health, 15*, 46–51.
- Horowitz, B. P. (2002). Occupational Therapy Home Assessments: Supporting Community Living Through Client-Centered Practice. *Occupational Therapy in Mental Health, 18*(1), 1–17.
- Humphry, R. (2005). Model of Processes Transforming Occupations: Exploring Societal and Social Influences. *Journal of Occupational Science, 12*(1), 36–44.
- Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jalava, J. (1. 12. 2008). *Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet – Systemiteoreettinen lähestymistapa*. Haettu 22. 3. 2013 osoitteesta Janus: http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0408/Janus_4_2008_jalava.pdf
- Jantunen, E. (2008). *Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivoinen teoria*. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Järvikoski, A. (1994). *Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehyksen ja toimintamallien tarkastelu*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Järvikoski, A.; & Härkäpää, K. (2008). Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa P. Rissanen; T. Kallanranta; & A. Suikkanen (Toim.), *Kuntoutus* (2 p., ss. 51–62). Keuruu: Duodecim.
- Järvikoski, A.; & Karjalainen, V. (2008). Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa *Kuntoutus* (2 p., ss. 80–93). Keuruu: Duodecim.
- Järvikoski, A.; Hokkanen, L.; & Härkäpää, K. (Toim.). (2009). *Asiakkaan äänellä: odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta*. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia: 80.
- Karhula, M.; Harra, T.; Kanelisto, K.; Heiskanen, T.; & Häggblom-Gronlöf, G. (2011). An overview of the current status of evidence-based occupational therapy. *WFOT Bulletin, 64*(November 2011), 24–28.
- Karver, M.; Shrink, S.; Handelsman, J. B.; Crisp, H.; Gudmundsen, G.; & McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy. Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15–28.
- Kauffman, S. A. (2008). *Reinventing the sacred. A New View of Science, Reason and Religion*. New York: Basic Books.
- Kemp, V. (March 2011). Use of 'Chronic Self-Management Strategies' in Mental Healthcare. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(2), 144–148.
- Kettunen, T.; Poskiparta, M.; & Liimatainen, L. (2001). Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research, 16*(2), 227–238.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundation of Occupational Therapy. 4. painos*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kielhofner, G.; & Forsyth, K. (2008). Therapeutic Strategies for Enabling Change. Teoksessa G. Kielhofner, *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4. p.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim, S. C.; Boren, D.; & Solem, S. L. (2001). The Kim Alliance Scale: Development and Preliminary Testing. *Clinical Nursing Research, 314–331*.
- Kinnunen, A. (2010). *Vanhempien näkemyksiä alle kouluikäisen neurologista kuntoutusta ja ohjausta saavan lapsen kuntoutuksesta sekä heidän osallisuudestaan siihen*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Kirby, A. V. (2013). Beyond Independence: Introducing Deweyan Philosophy to the Dialogue on Occupation and Independence. *Journal of Occupational Science, 1–9*. Noudettu osoitteesta <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2013.803297>

- Kjellberg, A.;Kählin, I.;Haglund, L.;& Taylor, R. R. (September 2012). The Myth of Participation in Occupational Therapy: Reconceptualizing a Client-Centred Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 421–427.
- Klein, J.;& Liu, L. (September 2010). Family-Therapist Relationships in Caring With Older Adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(3), 259–270.
- Kokko, R.-L. (2003). *Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä: institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Koskisu, J.;& Nauramo, R. (2004). Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa. *Kuntoutus*, 3, 17–23.
- Krieger, M. H. (1996). A Phenomenology of Motherhood. Teoksessa R. Zemke;& F. Clark (Toim.), *Occupational Science. The Evolving Discipline* (ss. 243–246). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kuula, A. (2006). Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa;V. Launis;L. Salla;& S. Irma (Toim.), *Etiikkaa ihmistieteille* (ss. 124–140). Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Kuusisto, K. (2010). Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja verstaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampere: Tampereen yliopisto. Haettu 26. 8 2012 osoitteesta <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7957-1.pdf>
- Laitila, M. (2011). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa*. Kuopio: Publications of the University of Eastern Finland.
- Larson, E. A.;& Zemke, R. (2003). Shaping the Temporal Patterns of Our Lives: The Social Coordination of Occupation. *Journal of Occupational Science*, 10(2), 80–89.
- Latvala, E. (1998). *Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä*. Oulu: Oulun yliopisto.
- Laudan, L. (1996). *Beyond Positivism and Relativism*. Boulder: Westview Press.
- Launiainen, H.;& Sipari, S. (2011). *Lapsen hyvä kuntoutus käytännössä*. Helsinki: Vajaaliikkeisten Kunto ry.
- Launis, V. (1992). *Eettisyys, kriittisyys ja päätöksenteko sairaalan työyhteisössä*. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Law, M. (Toim.). (1998). *Client-Centered Occupational Therapy*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Law, M.;Cooper, B.;Strong, S.;Stewart, D.;Rigby, P.;& Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23.
- Lawlor, M. C.;& Mattingly, C. F. (1997). The Complexities Embedded in Family-Centered Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 259–267.
- Leekam, S. (2005). Why do Children with Autism have a Joint Attention Impairment? Teoksessa *Joint Attention: Communication and Other Minds. Issues in Philosophy and Psychology* (ss. 205–229). New York: Oxford University Press.
- Lehtinen, V. (2014). *Creating shared understandings of interpersonal relationships in online settings*. Helsinki: University of Helsinki.
- Leighton, A. H. (1952). Introduction. Teoksessa E. E. Winters (Toim.), *The Collected Papers of Adolf Meyer* (Osa/vuosik. IV Mental Hygiene). Baltimore: John Hopkins Press.
- Lietaer, G. (1990). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. (G. Lietaer;J. Rombaerts;& R. van Balen, Toim.) Leuven: Katholieke Univeriteit te Leuven.
- Lim, K. H.;& Iwama, M. K. (2011). The Kawa (River) Model. Teoksessa E. A. Duncan (Toim.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (5 p., ss. 117–135). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Luboshitzky, D.;& Gaber, L. B. (2000). Collaborative Therapeutic Homework Model in Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15(1), 43–60.
- Ludwig, F. M. (1993). Anne Cronin Mosey. Teoksessa R. J. Miller;& K. F. Walker (Toim.), *Perspectives on Theory for the Practice of Occupational Therapy* (ss. 41–63). Gaithersburg, Maryland, USA: An Aspen Publication.

- Ludwig, F. M.;Hattjar, B.;Russell, R. L.;& Winston, K. (2007). How Caregiving for Grandchildren Affects Grandmothers' Meaningful Occupations. *Journal of Occupational Science*, 14(1), 40–51.
- Luoma, K.;Aaltonen, J.;& Järviö, M.-L. (2009). Keskeiset tulokset ja johtopäätökset. Teoksessa J. Aaltonen;M.-L. Järviö;& K. Luoma (Toim.), *Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät* (ss. 1–14). Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Noudettu osoitteesta Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät: http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j49.pdf
- Mahoney, W.;& Roberts, E. (2009). Co-occupation in a Day Program for Adults with Developmental Disabilities. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 170–179.
- Manka, M.-L.;Heikkilä-Tammi, K.;& Vauhkonen, A. (2012). *Työhyvinvointi ja tuloksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Marshall, C. A.;Kendall, E.;Catalano, T.;& Barnett, L. (2008). The Spaces Between: Partnerships between Women Researchers and Indigenous Women with Disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(3), 191–201.
- Martin, L. M.;Smith, M.;Rogers, J.;Wallen, T.;& Boisvert, R. (2011). Mothers in Recovery: An Occupational Perspective. *Occupational Therapy International*, 18, 152–161.
- Mattila-Aalto, M. (2009). *Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- McCloughen, A.;Gillies, D.;& O'Brien, L. (2011). Collaboration between Mental Health Consumers and Nurses: Shared Understandings, Dissimilar Experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 47–55.
- McKee, P.;& Rivard, A. (2004). Orthoses as Enablers of Occupation: Client-Centred Splinting for Better Outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 306–314.
- McLaughlin Gray, J. (1998). Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 354–364.
- Merleau-Ponty, M. (1989). *The Phenomenology of Perception*. (C. Smith, Käänt.) London: Routledge.
- Meyer, A.;& Winters, E. E. (1959). *The Collected Paper of Adolph Meyer*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Morrison, T. (2012). *Working Alliance and Functional Outcomes in an Occupational Therapy Intervention: A Cross Analysis*. Ottawa: University of Ottawa.
- Morse, J. M. (2009). Tussles, Tensions, and Resolutions. Teoksessa J. M. Morse;P. N. Stern;J. Corbin;B. Bowers;K. Charmaz;& A. E. Clarke, *Developing Grounded Theory. The Second Generation* (ss. 13–19). Walnut Creek, California: Left Coast Press.
- Muukkonen-Vand Der Meer, H. (2011). *Perspectives on Knowledge Creating Inquiry in Higher Education*. Helsinki: University of Helsinki.
- Mönkkönen, K. (2001). ”Kun kumpikaan ei tiedä” Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarioiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 66(5), 432–447.
- Mönkkönen, K. (2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mönkkönen, K. (2007). *Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Edita Oy.
- Möttönen, S.;& Niemelä, J. (2005). *Kunta ja kolmas sektori*. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Nathaniel, A. K. (2011). An Integrated Philosophical Framework That Fits Grounded Theory. Teoksessa V. B. Martin;& A. Gynnild (Toim.), *Grounded Theory. The Philosophy, Method, and Work of Barney Glaser* (ss. 187–200). Boca Raton: BrownWalker Press.
- Nelson, D. (1988). Occupation: Form and Performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(10), 633–641.
- Nelson, D. L. (1996). Therapeutic Occupation: A Definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(10), 775–782.
- Newcomb, P. A.;McGrath, K. W.;Covington, J. K.;Lazarus, S. C.;& Janson, S. L. (2010). Barriers to Patient-Clinician Collaboration in Asthma Management: The Patient Experience. *Journal of Asthma*, 47, 192–197.

- Niiranen, V. (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa K. Juhila, H. Forsberg; & I. Roivainen (Toim.), *Marginaalit ja sosiaalityö* (s. 63–80). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Nikander, P. (2010). Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa J. Ruusuvoori, P. Nikander; & M. Hyvärinen (Toim.), *Haastattelun analyysi* (ss. 432–445). Tallinna: Vastapaino.
- Nikkanen, P. (2010). *Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt*. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Kelan tutkimusosasto.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Nordlund, H. (2009). *Constructing Customer Understanding in Front End of Innovation*. Tampere: University of Tampere.
- Nussbaum, M. (1994). *The Therapy of Desire. The Theory and Practice of Hellenistic Ethics*. New Jersey: Princeton University Press.
- O'Brien, V. (1996). Early Childhood: The Social Domain. Teoksessa R. Zemke; & F. Clark (Toim.), *Occupational Science. The Evolving Discipline* (ss. 247–253). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Odawara, E. (2010). Occupations for Resolving Life Crises in Old Age. *Journal of Occupational Science*, 17(1), 14–19.
- O'Donnell, C. (2005). The Greatest Generation Meets Its Greatest Challenge: Vision Loss and Depression in Older Adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(4), 197–208.
- Olesen, V. (2007). Feminist Qualitative Research and Grounded Theory: Complexities, Criticisms, and Opportunities. Teoksessa A. Bryant; & K. Charmaz (Toim.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (ss. 417–436). London: SAGE Publication.
- Olson, M. E.; Laitila, A.; Rober, P.; & Seikkula, J. (2012). The Shift from Monologue to Dialogue in a Couple Therapy Session: Dialogical Investigation of Change from the Therapists' Point of View. *Family Process*, 51(3), 420–435.
- Olson, L. (2006a). Engaging Psychiatrically Hospitalized Teens with Their Parents Through a Parent-Adolescent Activity Group. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(3–4), 121–133.
- Olson, L. (2006b). When a Mother Is Depressed: Supporting Her Capacity to Participate in Co-Occupation with Her Baby – A Case Study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(3–4), 135–152.
- Ora-Hyytiäinen, E. (2004). Auttajasta refleksiiviseksi sairaanhoitajaksi. Ammattikorkeakouluopiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin. Tampere: Tampereen yliopisto. Haettu 28. 8 2012 osoitteesta <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6076-6.pdf>
- Orban, K.; Ellegård, K.; Thorngren-Jerneck, K.; & Erlandsson, L.-K. (2012). Shared Patterns of Daily Occupations among Parents of Children Aged 4–6 Years Old with Obesity. *Journal of Occupational Science*, 19(3), 241–257.
- Orona, C. J. (1997). Temporality and Identity Loss Due to Alzheimer's Disease. Teoksessa A. Strauss; & J. Corbin (Toim.), *Grounded Theory in Practice* (ss. 171–196). Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Paavola, S.; & Hakkarainen, K. (2008). Pragmatistinen välittyneisyys uuden luomisen perustana. Teoksessa E. Kilpinen; O. Kivinen; & S. Pihlström (Toim.), *Pragmatismi filosofiassa ja yhteiskuntatieteissä*. Helsinki: Gaudeamus. Helsinki University Press.
- Palmadottir, G. (2006). Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394–401.
- Paltamaa, J.; Karhula, M.; Suomela-Markkanen, T.; & Autti-Rämö, I. (2011). *Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Parker, D. M. (2011). The Client-Centred Frame of Reference. Teoksessa E. A. Duncan (Toim.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (5 p., ss. 139–152). China: Churchill Livingstone Elsevier.

- Parviainen, J. (1998). *Bodies Moving and Moved. Phenomenological Analysis of the Dancing Subject and the Cognitive and Ethical Values of Dance Art*. Vammala: Tampere University Press.
- Parviainen, J. (2006). Kollektiivinen tiedonrakentaminen asiantuntijatyyössä. Teoksessa J. Parviainen (Toim.), *Kollektiivinen asiantuntijuus* (ss. 155–187). Tampere: Tampere University Press.
- Peoples, H.; Satink, T.; & Steultjens, E. (2011). Stroke Survivors' Experiences of Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 163–171.
- Persch, A. C.; Pizur-Barnekow, K.; Cashin, S.; & Davel Pickens, N. (2009). Heart Rate Variability of Activity and Occupation during Solitary and Social Engagement. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 163–169.
- Perttinen, P. (2001). Kuka minusta puhuu? Asiakkaan osallistuminen ja asema kuntoutussuunnittelussa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Noudettu osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/8230>
- Peräkylä, A. (1998). Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (Toim.), *Keskusteluanalyysin perusteet* (s. 177–203.). Tampere: Vastapaino.
- Pickens, N.; & Pizur-Barnekow, K. (2009). Co-occupation: Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 151–156.
- Pierce, D. (2000). Maternal Management of the Home as a Developmental Play Space for Infants and Toddlers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 290–299.
- Pierce, D. (2001). Untangling Occupation and Activity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138–146.
- Pierce, D. (2003). *Occupation by Design: Building Therapeutic Power*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Pierce, D. (2009). Co-occupation: The Challenges of Defining Concepts Original to Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203–207.
- Pierce, D.; Atler, K.; Baltisberger, J.; Fehringer, E.; Hunter, E.; Malkawi, S.; & Parr, T. (2010). Occupational Science: A data-based American perspective. *Journal of Occupational Science*, 17(4), 204–215.
- Piirainen, A. (2006). *Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Pizur-Barnekow, K.; & Erickson, S. (2011). Perinatal Posttraumatic Stress Disorder: Implications for Occupational Therapy in Early Intervention Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 27(2), 126–139.
- Pizur-Barnekow, K.; & Knutson, J. (2009). A Comparison of the Personality Dimensions and Behavior Changes that Occur During Solitary and Co-occupation. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 157–162.
- Polatajko, H. J. (1992). Naming and Framing Occupational Therapy: a Lecture Dedicated to the Life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59(4), 189–200.
- Pollock, N.; & McColl, M. A. (1998). Assessment in Client-Centred Occupational Therapy. Teoksessa M. Law (Toim.), *Client-Centred Occupational Therapy* (ss. 89–105). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Poskey, G.; Pizur-Barnekow; & Hersch, G. (2013). Parents' Response to Infant Crying: Contributing Factors of the Reciprocal Interaction. *Journal of Occupational Science*, 1–8.
- Potinkara, H. (2004). Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön yhteistyöstä. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Price, M. P.; & Miner, S. (2009a). Extraordinarily Ordinary Moments of Co-Occupation in a Neonatal Intensive Care Unit. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 29(2), 72–78.
- Price, M. P.; & Miner, S. (2009b). Mother becoming: Learning to read Mikala's signs. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(2), 68–77.

- Raatikainen, P. (2006). Voiko ihmistiede olla arvovapaata? Teoksessa J. Hallamaa; V. Launis; S. Lötjönen; & I. Sorvali (Toim.), *Etiikkaa ihmistieteille* (ss. 93–107). Helsinki: Suomen Kirjallisuuden Seura.
- Raitakari, S.; Juhila, K.; Günther, K.; Kulmala, A.; & Saario, S. (2012). Asiakaslähtöisyydet asiakasammattilainen vuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa A. Anttonen; A. Haveri; J. Lehto; & H. Palukka (Toim.), *Julkisen ja yksityisen rajalla – julkisen palvelun muutos* (Osa/vuosik. Anneli Anttonen et al, ss. 47–80). Tampere: Tampere University Press.
- Rajavaara, M. (2008). Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutus*(2), 43–46.
- Ratle, O. (2010). *Rhetoric and the Intellectual Structure of Organisation Studies*. Lancaster: Lancaster University, Department of Organisation, Work and Technology.
- Raymond, J.; Kirkwood, H.; & Looi, J. (2004). Commitments and Collaboration for Excellence in Older Persons' Mental Health: The ACT Experience. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 130–133.
- Reunanen, M. (2003). Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä – Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi? Jyväskylä. Haettu 14. 4 2013 osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/12343>
- Reunanen, M. (2011). Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Teoksessa A. Järvikoski; J. Lindh; & A. Suikkanen, *Kuntoutus muutoksessa* (ss. 179–187). Tampere: Lapin yliopistokustannus.
- Ridout, A.; & Mayers, C. A. (2006). Evaluation of the Implementation of the Single Assessment Process and its Impact on Occupational Therapy Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 271–280.
- Riikonen, E. (2008). Mielenterveysongelmat. Teoksessa P. Rissanen ; T. Kallanranta; & A. Suikkanen (Toim.), *Kuntoutus* (2 p., ss. 158–166). Keuruu: Duodecim.
- Rittel, H. W.; & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*(4), 155–169.
- Robinson, K.; Kennedy, N.; & Harmon, D. (2012). Happiness: A review of Evidence Relevant to Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 19(2), 150–164.
- Roessler, J. (2005). Joint Attention and the Problem of Other Minds. Teoksessa N. Eilan; C. Hoerl; T. McCormack; & J. Roessler (Toim.), *Joint Attention: Communication and Other Minds. Issues in Philosophy and Psychology* (ss. 230–259). New York: Oxford University Press.
- Romakkaniemi, M.; & Järvikoski, A. (2012). Service User's Perceptions of Shared Agency in Mental Health Services. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(4), 1–2.
- Ruusuvuori, J.; & Nikander, P. (2010). Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa J. Ruusuvuori; P. Nikander; & M. Hyvärinen (Toim.), *Haastattelun analyysi* (ss. 9–36). Tallinna: Vastapaino.
- Ruusuvuori, J.; & Tiittula, L. (2009). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Ruusuvuori; & L. Tiittula (Toim.), *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus* (ss. 22–56). Jyväskylä: Vastapaino.
- Ryynänen, O.-P.; Kinnunen, J.; Myllykangas, M.; Lammintakanen, J.; & Kuusi, O. (2004). Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004. Haettu 3. 12 2013 osoitteesta [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/trip?\\${APPL}=erekj&\\${BASE}=erekj&\\${THWIDS}=0.38/1402217858_209362&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/trip?${APPL}=erekj&${BASE}=erekj&${THWIDS}=0.38/1402217858_209362&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)
- Saikka, P. (2006). *Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saikka, P.; & Karjalainen, V. (2007). Kohtaamisen muuttuva haaste. Pitkittäistarkastelu kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. *Kuntoutus*(2), 15–26.

- Salminen, A.-L.;& Tuulio-Henriksson, A. (2012). Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa. Teoksessa H. Mikkola;J. Blomgren;& H. Hiilamo (Toim.), *Kansallista vai paikallista? Puheenpuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta* (ss. 124–137). Tampere: Kelan tutkimusosasto.
- San Martin-Rodriguez, L.;Beaulieu, M.-D.;D'Amour, D.;& Ferrada-Videla, M. (2005). The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 132–147.
- Saukko, P. (2008). Musiikkiterapian tavoitteet lapsen kuntoutusprosessissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Schkade, J. K.;& Schultz, S. (1992). Occupational Adaptation: Toward a Holistic Approach for Contemporary Practice, Part 1. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 829–837.
- Schultz, S.;& Schkade, J. K. (1992). Occupational Adaptation: Toward a Holistic Approach for Contemporary Practice, Part 2. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(10), 917–925.
- Seikkula, J.;& Arnkil, T. E. (2009). *Dialoginen Verkostotyö*. Haettu 25. Heinäkuu 2013 osoitteesta <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/93ae45f6-b7c4-403f-9dff-643b813972bf>
- Seikkula, J.;& Arnkil, T. E. (2014). *Open Dialogues and Anticipations. Respecting Otherness in the Present Moment*. Tampere: Juvenes Print – Finnish University Print Ltd.
- Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*. Massachusetts: First Harvard University Press.
- Seppänen-Järvelä, R. (1999). *Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla*. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino.
- Shea, B.;Santesso, N.;Qualman, A.;Heidberg, T.;Leong, A.;Judd, M.;. . . Cochrane Musculoskeletal Consumer Group. (2005). Consumer-Driven Health Care: Building Partnerships in Research. *Health Expectations*, 8(4), 352–359.
- Siitonen, J. (1999). Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto. Haettu 12. 9 2013 osoitteesta Oulu University Library, Jultika Beta: <http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>
- Siltala, R. (2010). Innovaatiivisuus ja yhteistoiminnallinen oppiminen liike-elämässä ja opetuksessa. Turku.
- Sintonen, H.;& Pekurinen, M. (2006). *Terveystaloustiede*. Helsinki: WSOY.
- Sipari, S. (2008). *Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentaminen asiantuntijoiden keskusteluissa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). (2012). Haettu 24. 4 2013 osoitteesta Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste): http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- Stadnyk, R. L.;Townsend, E. A.;& Wilcock, A. A. (2010). Occupational Justice. Teoksessa C. H. Christiansen;& E. A. Townsend (Toim.), *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (2. p., ss. 329–358). New Jersey: Pearson.
- Stern, P. N. (2007). On Solid Ground: Essential Properties for Growing Grounded Theory. Teoksessa A. Bryant;& K. Charmaz (Toim.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (ss. 114–116). Thousand Oaks: SAGE.
- Stuultjens, E.;Dekker, J.;Bouter, L.;Jellema, S.;Bakker, E.;& van den Ende, C. (2004). 2004. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age Ageing*, 33(5), 453–460.
- Stuultjens, E.;Dekker, J.;Bouter, L.;Leemrijse, C.;& van den Ende, C. (2005). Evidence of the Efficacy of Occupational Therapy in Different Conditions: An Overview of Systematic Reviews. *Clinical Rehabilitation*, 19(3), 247–254.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis For Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A.;& Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park: Sage Publications.

- Strauss, A.; & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd p.). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Sturkenboom, I.; Graff, M.; Borm, G.; Veenhuizen, Y.; Bloem, B.; Munneke, M.; & Nijhuis-van der, S. M. (2013). The Impact of Occupational Therapy in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Clinical Rehabilitation*, 27(2), 99–112.
- Suarez-Balcazar, Y. (2005). Empowerment and Participatory Evaluation of a Community Health Intervention: Implications for Occupational Therapy. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 25(4), 133–142.
- Sumsion, T. (2006). The client-centred approach. Teoksessa T. Sumsion (Toim.), *Client-Centred Practice in Occupational Therapy. A Guide to Implementation* (2. p.). Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Sumsion, T. (Toim.). (2006a). *Client-Centred Practice in Occupational Therapy. A Guide to Implementation* (2 p.). China: Churchill Livingstone Elsevier.
- Sumsion, T.; & Lencucha, R. (2007). Balancing Challenges and Facilitating Factors when Implementing Client-Centred Collaboration in a Mental Health Setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 513–520.
- Sumsion, T.; & Lencucha, R. (2009). Therapists' Perceptions of How Teamwork Influences Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 48–54.
- Takala, T. (2008). *AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006–2009. AVH-kuntoutusprojektin loppuraportti*. Haettu 21. 2 2012 osoitteesta http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf
- Taylor, R. R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of Self*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Taylor, R. R.; Lee, S. W.; & Kielhofner, G. (2011). Practitioner's Use of Interpersonal Modes within the Therapeutic Relationship: Results from a Nationwide Study. *Occupational Therapy Journal Research*, 31(1), 6–14.
- Taylor, R. R.; Lee, S. W.; Kielhofner, G.; & Ketkar, M. (2009). Therapeutic Use of Self: A Nationwide Survey of Practitioners' Attitudes and Experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 198–207.
- Teeri, S.; Välimäki, M.; Katajisto, J.; & Leino-Kilpi, H. (2007). Nurses Perceptions of Older Patients Integrity in Long-Term Institutions. *Scandinavian Journal of Caring*, 21(4), 490–499.
- Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus*. (2004). Stakes. *Toimintaterapeuttiliitto*. (12. 4 2012). Noudettu osoitteesta Suomen toimintaterapeuttiliitto ry.: <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapeuttiliitto.html>
- Topo, P.; Sormunen, S.; Saarikalle, K.; Räikkönen, O.; & Eloniemi-Sulkava, U. (2007). *Kohtaamisia demensihoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta* (Osa/vuosik. 162). Vaajakoski: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Townsend, E. (1999). Enabling Occupation in the 21st Century: Making Good Intentions a Reality. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(4), 147–159.
- Townsend, E.; & Wilcock, A. A. (2004). Occupational Justice and Client-Centered Practice: a Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75–87.
- Townsend, E.; Brinthell, S.; & Staisey, N. (1990). Developing Guidelines for Client-Centred Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 69–76.
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 960–972.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Haettu 14. 1 2014 osoitteesta www.tenk.fi: [http://www.tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

- Töytäri, O. (2008). *Suosituksella laatua apuvälinepalveluihin. Apuvälinepalveluiden laatusuosituksen tunnettavuuden, käyttöönoton ja toimivuuden arviointia*. Haettu 15. 10 2012 osoitteesta <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T41-2008-VERKKO.pdf>
- Unsworth, C. A. (2001). The Clinical Reasoning of Novice and Expert Occupational Therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 163–173.
- Valkonen, J. (2012). Kuntoutus tarinoina. Teoksessa V. Karjalainen;& I. Vilkkumaa (Toim.). Tampere: Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Valokivi, H. (2008). Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Valtioneuvosto. (2002:6). *Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu.
- Valtonen, A. (2009). Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi. Teoksessa J. Ruusuvoori;& L. Tiittula, *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus* (ss. 223–241). Jyväskylä: Vastapaino.
- Vesa, P. (2009). Aineistolähtöinen teoria hyvää oloa ja työhyvinvointia edistävästä huumorista hoitajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Whalley Hammell, K. R. (2013). Client-Centred Practice in Occupational Therapy: Critical Reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 174–81.
- WHO. (6–12. September 1978). *Declaration of Alma-Ata*. Haettu 1. 12 2013 osoitteesta http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Viitanen, E. (1997). *Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa*. Vammala: Acta Universitatis Tamperensis 577.
- Vik, K.;Nygård, L.;& Lilja, M. (2009). Encountering Staff in the Home: Three Older adults' Experience during Six Months of Home-Based Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 31(8), 619–629.
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on Doing, Being and Becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(1), 1–11.
- Wilcock, A. A. (2002). *Occupation for Health. A Journey From Prescription to Self Health* (Osa/vuosik. 2). London: British Association and College of Occupational Therapists.
- Winder, P. A.;Hiltunen, E. F.;Sethares, K. A.;& Butzlaff, A. (2004). Partnerships in Mending Hearts. Nurse and Peer Intervention for Recovering Cardiac Elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 184–191.
- Wressle, E.;& Samuelsson, K. (2004). Barriers and Bridges to Client-Centred Occupational Therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 12–16.
- Vuori, J. (1995). *Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa: tutkimusbenkiöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa*. Vaasa: Ankkurikustannus.
- Yerxa, E. J. (1967). Authentic Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 1–9.
- Ylitalo, K. (2005). *Palveluja yhteistyössä – kunnat valintojen edessä: sosiaali- ja terveyspalvelujen seudullinen yhteistyö verkostoitumiseen ja työnjakoon perustuvana monitoimijaisena mallina : tapaustutkimus Oulunkaaren seutukunnan kunnista ja Vaalan kunnasta*. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- YTJ-tietopalvelu – Yrityshaku. (12. 4 2012). Noudettu osoitteesta Yritys- ja yhteisötietojärjestelmä: <http://www.ytj.fi/yrityshaku.aspx?path=1547%3b1631%3b1678&kielikoodi=1>
- Zemke, R.;& Clark, F. (1996). Co-occupations of Mothers and Children. Teoksessa R. Zemke;& F. Clark (Toim.), *Occupational Science. The Evolving Discipline* (ss. 213–215). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Zoffmann, V.;& Kirkevold, M. (2011). Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care : A Guided Self-Determination Intervention. *Qualitative Health Research*, 22(1), 103–118.
- Øien, I.;Fallang, B.;& Østensjø, S. (2009). Goal-Setting in Paediatric Rehabilitation: Perceptions of Parents and Professional. *Child: care, health and development*, 36(4), 558–565.

Liitteet

Liite 1 Tiedote haastatteluun osallistuville

Tervetuloa focus -group haastatteluun

Haastattelut toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa, osoite Sofianlehdonkatu 5 B, Helsinki, ryhmätötila 512, 5. Krs.

Haastattelut koostuvat kahdesta erisisältöisestä focus group -keskustelusta. Ensimmäisen keskustelun jälkeen osallistujille jaetaan alustava ehdotus terapeutin yhteistoiminnan ehdoista. Lisäinformaation tutustuminen on vapaaehtoista.

Keskustelut tallennetaan digitaalisesti ja tallennusten käyttöön pyydetään osallistujilta kirjallinen suostumus. Aineistoja käytetään tutkimusaineistona Lapin yliopistoon tehtävässä väitöskirjatutkimuksessa, joka koskee terapeutin yhteistoiminnan ehtoja toimintaterapiassa.

Tutkimus on toimintaterapian etiikkaa koskeva perustutkimus. Aineiston avulla pyritään löytämään terapeutin yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä suhteutettuna asiakkaiden ikään ja terapian toteutusorganisaatioon. Tutkimusta ohjaavat professori Aila Järvikoski Lapin yliopisto, johtava tutkija Anna-Liisa Salminen Kela ja professori Marja-Liisa Kakkuri-Knuutila Helsingin Kauppakorkeakoulu.

Aineiston käsittelyssä, analyysissä ja raportoinnissa noudatetaan hyvän tutkimusetiikan periaatteita. Tutkimuksen toteutuksesta vastaa FL Toini Harra, joka myös toteuttaa haastattelut.

Haastattelu on vapaaehtoista ja haastateltavat voivat halutessaan keskeyttää osallistumisensa.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin

Toini Harra,
040-3346102
toini.harra@metropolia.fi

Liite 2 Suostumuslomake

Suostumus focus group -haastatteluaineiston käytöstä tutkimuksessa, joka koskee terapeutti-
sen yhteistoiminnan ehtoja toimintaterapiassa

Suostun siihen, että _____ tallennettua focus group -haastattelua voidaan käyttää tutki-
musaineistona Lapin yliopistoon tehtävässä väitöskirjatutkimuksessa, joka koskee terapeutti-
toiminnan ehtoja toimintaterapiassa.

Aineiston käsittelyssä, analyysissä ja raportoinnissa noudatetaan hyvän tutkimusetiikan periaatteita.
Tutkimuksen toteutuksesta vastaa FL Toini Harra, joka myös toteuttaa haastattelut.

Haastattelu on vapaaehtoista, ja voin halutessani keskeyttää osallistumiseni.

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3 Yhteistoiminnan lähikäsitteitä

Asiakas-lähtöisyyteen liittyviä termejä	<ul style="list-style-type: none"> • Sitoutuminen (engagement) • Osallistuminen (participation) • Osallisuus (involvement) • Voimaantuminen (empowerment) • Allianssi (alliance) • Kumppanuus (partnership) • Kuntoutuskumppanuus • Dialogisuus
Asiakkaan ja terapeutin välisiä suhdemalleja	<p>Mönkkönen 2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio • Asiakskeskeinen vuorovaikutusorientaatio • Dialoginen vuorovaikutusorientaatio <p>Raitakari et al. 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuluttajasuhde • Kumppanuussuhde • Huolenpitosuhde <p>Kokko 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuvottelusuhde • Vuorovaikutussuhde • Institutionaalinen suhde
Asiakkaan asemat institutionaalisissa suhteissa (Saikku & Karjalainen 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas on läsnä vain asiakirjojen kautta. • Asiakas käy ryhmässä kuultavana, mutta ei osallistu päätöksentekoon. • Asiakas on osallistuja, joka on läsnä koko asiansa käsittelyn ajan ja osallistuu keskusteluun tuomalla asiasta esiin oman näkemyksensä. • Asiakas on oman asiansa määrittäjä ja kuluttaja, joka tuo asiansa käsittelyssä esiin omat reunaehdonsa. • Asiakas on mukana kumppanina, jolloin osapuolten oikeudet ja velvollisuudet määritellään yhdessä eikä asian käsittelyn alkaessa kukaan tiedä oikeaa ratkaisua.
Kansalaisen asiakasroolit (Valokivi 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Vaatimisen toimintatapa • Kuluttaja (Niiranen 2002) • Kumppani (Haveri & Anttiroiko 2009; Möttönen & Niemelä 2005) • Palveluiden käyttäjäasiakas • Alamainen asiakas • Vetäytyvä asiakas • Ulkopuolinen asiakas
Vertaistuki-suhteen kehittymisen vaiheet (Jantunen 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Ulkopuolella oleminen • Yhteyteen hakeutuminen • Vuorovaikutuksessa oleminen • Yhteyteen kuuluminen • Voimaantuminen
Yhdessä toimimisen eli kollektiivisen toiminnan muotoja	<ul style="list-style-type: none"> • Kollektiivinen toiminta (collective occupation/ collaboration/co-occupation/ distributed occupation) • Fyysisyyden jakaminen (sharing physicality) • Emotionaalisuuden jakaminen (sharing emotionality) • Intentionalisuuden jakaminen (sharing intentionality) • Tiedon jakaminen (information sharing) • Koordinointi (coordination) • Yhteistyö (cooperation) • Yhteistoiminta (collaboration) • Sijaisjakaminen (vicarious sharing) • Rinnakkaistoiminta (parallel occupation) • Jaettu toiminta (shared occupation) • Yhteiskehittäminen (co-construction) • Yhteistoiminta (co-occupation)

Liite 4 Tiivistys yhteistoimintaa koskevista aiemmista tutkimustuloksista terveydenhuollossa

	Yhteistoimintaa ja kumppanuutta edistävät tekijät terveydenhuollossa (ei toimintaterapia)	
Tekijät	Lähteet Dowling et al. 2004; San Martin-Rodriguez et al. 2005; Brown et al. 2006; D'Amour et al. 2005; Billet et al. 2007	
Asenne	<ul style="list-style-type: none"> • Ammattilaiselta edellyttää luopumista perinteisestä ammattilaiskäytöksestä. • Halu ja tarve yhteistoimintaan • Molemminpuolinen arvostus • Vastavuoroisuus ja joustavuus • Sitoutuminen • Avoin, rehellinen ja kunnioittava kommunikointi 	
Osaaminen (ammattilainen)	<ul style="list-style-type: none"> • Ammattilaiselta edellyttää kykyä ja halua muotoilla yksilöllisiä palveluja 	
Toimintakyky (asiakas)		
Prosessi	<ul style="list-style-type: none"> • Molemminpuolinen riippuvuus • Vahvat ja tasapainoiset suhteet • Luottamus ja luotettavuus • Jaettu valta • Jaetut tavoitteet ja aktiivisesti yhdessä rakennettu toiminnan päämäärä, prosessi ja tulokset. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeat syyt yhteistoiminnalle • Sopimus yhteistoiminnan tarkoituksesta ja kumppanuuden tarpeesta 	
Ympäristötekijät organisaatio-tasolla	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaation rakenne ja filosofia • Koordinaatio ja kommunikaatiomekanismit • Kumppanuuden johtaminen ja hallinta • Tyydyttävä vastuiden järjestely • Sopiva taloudellinen tilanne, tiimin resurssit • Hallinnollinen tuki ja riittävän korkeat panokset 	

	Toimintaterapiassa asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaa edistävät tekijät ja rajoittavat (kursiivilla) tekijät
	Lähteet McKee & Rivardin 2004; Palmadottir 2006; Ridout & Mayers 2006; Sumsion & Lencucha 2007; Doig et al. 2008; Holmqvist et al. 2009; Gustafsson & McLaughlin 2009; Klein & Liu 2010; Peoples et al. 2011; Kjellberg et al. 2012; Holm & Mu 2012; Whalley Hammel 2013
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaslähtöisen yhteistoiminnan priorisointi • Terapeutin on pohdittava omia asenteitaan, tarpeitaan ja rajojaan suhteessa asiakkaaseen • Tahto yhteistoimia ja muutoshalukkuus • Molemminpuolinen kunnioitus ja arvostus, toisen kunnioitus • Vastavuoroisuus ja joustavuus • Sitkeys ja kärsivällisyys • Läheinen yhteys, avoimuus, rehellisyys
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntijuus, itsen tietoinen käyttö/persoona, luovuus • Terapeutin on tutkittava, millaista suhdetta ja osallistumista kunkin asiakkaan kanssa tarvitaan. • Asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen ja muuttuvien kuntoutustarpeiden huomiointi • Laaja ja yksilökohtainen asiakkaan tilanteen kohtaaminen • Suhdetaidot, neuvottelutaidot • Huolenpito ja asioiden hoitaminen, vammaisuuteen liittyvät tehtävät • Resurssivarastona toimiminen • Asiakkaiden rohkaiseminen • Raportin tuottaminen • <i>Terapeutin turvallisuushakuisuus</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Kyky osallistua aktiivisesti, kognitiivisten toimintojen korostaminen ja oivalluskyky • Asiakkaan oireet ja voimavarat • <i>Pelot ja riippuvuus järjestelmästä/terapeutista.</i> • <i>Omaishoitajien kognitiiviset häiriöt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Keskinäinen riippuvuus (muun muassa ongelmien selvittelyssä, tavoitteiden asettelussa ja suunnitelmien laatimisessa) • Molemminpuolinen luottamus. • Turvallisuus • Tehokas kommunikaatio, neuvottelu, kriittinen harkinta • Jaettu valta ja päätöksen teko sekä valintojen mahdollistaminen • Yhdessä tehtävä ongelmien selvittely, tavoitteiden asettelu ja suunnitelmien laatiminen. • Yhdessä rakennettu toiminnan päämäärä, prosessi ja tulokset. • Asiakkaan tilanteen tarkastelu kokonaisvaltaisesti ja esim. kotiutukseen liittyvien oletusten ja toimintaa koskevien odotusten ja tarpeiden kokoaminen • Asiakas antaa terapialle suunnan • Aiemmat kokemukset ja kohtaamiset • Kokemusten vaihto • Yhteiset / erilaiset visiot / <i>läheisten erilaiset näkökulmat</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaatiotyyppi ja yhteistoimintaa tukevat organisaatorakenteet ja prosessit • Asiakkaan riippuvuus järjestelmästä • Henkilöstön toimintatyylit • <i>Henkilökunnan turhautuminen, muutosvastarinta ja vetäytyminen uusien asioiden täytäntöönpanosta</i> • <i>Integroiduissa palveluissa monitieteiseen työskentelyyn liittyvät kysymykset</i> • Riittävät resurssit: <i>Taloudelliset ongelmat, aikapula ja tietotekniikan puute</i> • Riittävä tietotekniikka

(Liite 4 jatkuu)

(Liite 4 jatkuu)

Systeemitason tekijät	Laajemmat toimijoiden väliset aktiviteetit Kumppanuuden tarkastus, arviointi, seuranta ja virallistaminen Sosiaaliset, kulttuuriset tekijät, ammatilliset tekijät ja koulutukselliset tekijät Institutionaaliset ja oikeudelliset rakenteet	
Tulostekijät kuntoutus-prosessissa	Palvelujen parempi saavutettavuus, Oikeudenmukaisempi jakautuminen Tehokkuus, vaikuttavuus ja laatu Henkilökunnan ja läheisten paremmat kokemukset	
Tulostekijät asiakkaan toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa	Palvelujen käyttäjien paremmat kokemukset terveydentilastaan, elämänlaadustaan ja hyvinvoinnistaan. Hyvä vuorovaikutus edistää kuntoutumista ja tuottaa kestävämpiä vaikutuksia kuin epätydyttävä vuorovaikutus. Yhteistoimintakokemuksilla on positiivinen vaikutus kuntoutumisen ja hoidon onnistumiseen.	
Muut		

	<p>Kumppanuussuhde nostaa esiin erilaista osallistumista ja toimijuutta.</p> <p>Hoitoon sitoutumisen edellyttämä kumppanuus</p> <p>Yhdessä rakennettu toiminnan päämäärä, prosessi ja tulokset</p> <p>Konkreettiset ja mitattavissa olevat tavoitteet</p> <p>Asiakaslähtöisten tavoitteiden saavuttaminen</p> <p>Ikääntyneiden kotiutusriskien minimoituminen</p> <p>Nopeiden hoitoon palautumisten välttäminen</p>
	<p>Asiakas oman elämänsä mahdollistaja</p> <p>Itsevarmuuden ja itsehallinnantaitojen vahvistuminen.</p> <p>Asiakkaiden tavoitteenasetteluosaamisen vahvistuminen</p> <p>Asiakkaan elämän muuttuminenKivun lievittyminen</p> <p>Turvallisuuden lisääntyminen</p> <p>Asiakkaan osallistumisen mahdollistuminen</p> <p>Asiakkaan työkykyisyyden mahdollistaminen</p> <p>Asiakkaan optimaalisen toimintakyvyn saavuttaminen</p>
	<p>Jaetun tiedon tuottaminen</p> <p>Strategisten ratkaisujen tuottaminen</p>

Liite 5 Institutionaalisen ja ei-institutionaalisen toiminnan fasilitointi toimintaterapiassa

	Ei-institutionaalisen yhteistoiminnan fasilitointi toimintaterapiassa	
	<p>Lähteet Bailey & Jackson 2005; Bonsall 2013; Bourke-Taylor et al. 2010; Bratun & Asaba 2008; Brown & Stoffel 2011; Dickie 2003; Dunlea 1996; Fogelberg & Frauwirth 2010; Frits-Hunt & Humphry 2005; Kirby 2013; Krieger 1996; O'Brien 2004; Larson & Zemke 2003; Ludwig et al. 2007; Mahoney & Roberts 2009; Martin et al. 2011; Mason & Conneeley 2012; Olson 2006; 2006a; 2006b; 2006c; Orban et al. 2012; Odawara 2010; Perch et al. 2009; Pierce 2000; 2003; 2009; Pierce et al. 2010; Pizur-Barnekow & Knutson 2009; Pizur-Barnekov & Erickson 2011; Pizur-Barnekow et. al 2010; 2011; 2012; Pollie & Miner 2009a; 2009b; Poskey et al. 2013; Price & Miner 2009a; Robinson et al. 2012; Sakuae 2012; Turner et al. 2012; van Nes et al. 2009; 2012; Whitcomb 2012; Zemke 1996; Zemke & Clark 1996</p>	
Yksintekeminen/ yksin toimiminen		
Sijaisjaettu toiminta	<ul style="list-style-type: none"> • Toimija seuraa toisen toimintaa tehdäkseen itse saman perässä (ilman kommunikaatioyhteyttä). 	
Rinnakkais-toiminta	<ul style="list-style-type: none"> • Toimijat ovat samassa tilassa ja tekevät samaa asiaa ilman vuorovaikutusta. 	
Jaettu toiminta	<ul style="list-style-type: none"> • Toimijoilla on yhteinen päämäärä, mutta erillisiä päämääräsuuntautuneita tekoja; • Toimijat ovat fyysisessä, emotionaalisisessa ja intentionaalisisessa yhteydessä toisiinsa. 	
Yhteiskehittely	<ul style="list-style-type: none"> • Toimijat rakentavat yhdessä toimintamahdollisuuksia. • Toimijoilla on yksilölliset itseorganisoitumisen prosessit. 	
Yhteistoiminta	<ul style="list-style-type: none"> • Toimijat toimivat vastavuoroisesti yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. • Toimijat muokkaavat toimintaympäristöä yhdessä. • Toimijat rakentavat yhdessä asiakkaan toiminnallista identiteettiä ja toiminnallista pätevyyttä. • Keskiössä ovat asiakkaan arjesta nousevat toiminnot. • Toimijat ymmärtävät toiminnan syyn ja tarkoituksen. • Toimijat tekevät toimintaa koskevia valintoja. 	

	Asiakkaan ja terapeutin yhteistoimintaa rakentavat tekijät toimintaterapiassa (rajoittavat tekijät kurssiivilla)
	Lähteet McKee & Rivardin 2004; Palmadottir 2006; Ridout & Mayers 2006; Sumsion & Lencucha 2007; Doig et al. 2008; Holmqvist et al. 2009; Vik et al. 2009; Gustafsson & McLaughlin 2009; Klein & Liu 2010; Peoples et al. 2011; Kjellberg et al. 2012; Holm & Mu 2012; Whalley Hammel 2013
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas antaa terapialle suunnan. • Asiakkaan tilanteen tarkastelu kokonaisvaltaisesti ja esim. kotiutukseen liittyvien oletusten kokoaminen.
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas ja terapeutti jakavat päätöksenteon ja vallan. • Terapeutti mahdollistaa asiakkaalle valintojen tekemisen.
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas ja terapeutti selvittelevät ongelmaa yhdessä. • Asiakas ja terapeutti asettavat tavoitteet yhdessä. • Asiakas ja terapeutti laativat suunnitelmat yhdessä. • Asiakas ja terapeutti jakavat toimintaa koskevia odotuksiaan ja tarpeitaan. • Asiakas ja terapeutti jakavat aiempia kokemuksiaan. • Asiakkaalla ja terapeutilla on yhteisiä ja erilaisia visioita ja näkökulmia
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas ja terapeutti rakentavat yhdessä toiminnan päämäärän, prosessin ja tulokset. • Terapeutti priorisoi asiakaslähtöisen yhteistoiminnan. • Terapeutti pohtii omia asenteitaan, tarpeitaan ja rajojaan suhteessa asiakkaaseen. • Asiakkaan ja terapeutin tahto toimia/turhautuminen vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen. • Asiakkaan ja terapeutin muutoshalukkuus/-vastarinta vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen. • Asiakkaan ja terapeutin sosiaalinen vastuunkantaminen vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen. • Molemminpuolinen kunnioitus ja arvostus, toisen kunnioitus vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen. • Vastavuoroisuus ja joustavuus, sitkeys ja kärsivällisyys vaikuttavat yhteistoiminnan toteutumiseen. • Läheinen yhteys, avoimuus, rehellisyys vaikuttavat yhteistoiminnan toteutumiseen. • Asiakkaan ja terapeutin keskinäinen riippuvuus (muun muassa ongelmien selvittelyssä, tavoitteiden asettelussa ja suunnitelmien laatimisessa) vaikuttaa yhteistoiminnan toteutumiseen. • Asiakkaan ja terapeutin tehokas kommunikaatio, neuvottelutaidot, kriittinen harkinta vaikuttavat yhteistoiminnan toteutumiseen. • Asiakkaan ja terapeutin molemminpuolinen luottamus ja turvallisuus vaikuttavat yhteistoiminnan toteutumiseen.

(Liite 5 jatkuu)

(Liite 5 jatkuu)

Yhteistoiminnan fasilitointi	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutti näkee vastasyntyneen lapsen toimivana olentona, joka kuuluu tiettyyn perheeseen, jolla on oma historiansa, kulttuurinsa sekä olemisen tapansa. • Terapeutti toimii koko perheen kanssa ja auttaa perhettä etenemään askel askeleelta. • Terapeutti ottaa läheiset mukaan terapiatilanteisiin, jotta he osaisivat tukea asiakasta terapiatilanteiden ulkopuolella; avustaa vanhempi–nuori-diadia toiminnan valinnassa, suunnittelussa ja aloittamisessa, fasilitoi vanhempien ja nuoren välistä keskustelua, lisää vanhempien ja nuorten tietoisuutta toistensa verbaalisista ja ei-verbaalisista viesteistä ja fokusoi ryhmän jäseniä heidän rooleihinsa vanhempina ja jälkeläisinä. • Terapeutti muotoilee ja opettaa aktiivista kuuntelua ja ongelman ratkaisua. • Terapeutti muotoilee kunnioitusta ryhmän jäsenten oikeuksia ja yksilöllisyyttä kohtaan. • Terapeutti on käytettävissä. 	
Toimintakyky (asiakas)		
Ympäristötekijät organisaatiossa	<ul style="list-style-type: none"> • Ympäristön tutuus ja vieraus vaikuttavat yhteistoiminnan mahdollistamiseen. • Yhteisö rakentaa ja tarjoaa jäsenilleen toimintamahdollisuuksia. • Dynaamiset sosiaaliset tapahtumat, joihin ihmiset voivat osallistua vaikuttavat yhteistoiminnan mahdollistamiseen. • <i>Steriili ja teknisesti varusteltu ympäristö</i> vaikuttavat yhteistoiminnan mahdollistamiseen. • <i>Ympäristön kiireisyys</i> vaikuttavat yhteistoiminnan mahdollistamiseen. • <i>Tekniseen osaamiseen painottuminen</i> haittaa yhteistoiminnan mahdollistamista 	
Tulostekijät kuntoutus-prosessissa	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistoiminta vahvistaa toimijoiden molemminpuolista kiinnostusta ja arvostusta. • Yhteistoiminta luo avointa keskustelua. • Yhteistoiminta lisää yhdessä suunnittelua ja yhdessä tekemistä. • Yhteiset kokemukset fasilitoivat positiivista ja rentoa keskustelua. • Kuluttajien osallistumisaktiivisuus toimintaan lisääntyy. 	
Tulostekijät asiakkaan toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas kokee toiminnan mielekkyyden • Asiakas kykenee itse toimimaan. • Tuottaa asiakkaalle onnellisuutta, hyvinvointia, terveyttä, vapautta ja kehittymistä. 	
Muut tulostekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintaympäristö muuttuu. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutti kohtaa asiakkaan laajasti ja yksilöllisesti. • Terapeutti huomioi asiakkaan muuttuvat kuntoutustarpeet. • Terapeutti pitää huolta asiakkaasta ja hänen asioistaan. • Terapeutti huolehtii vammaisuuteen liittyvistä tehtävistään. • Terapeutti käyttää suhde- ja neuvottelutaitojaan yhteistoiminnan mahdollistamiseksi. • Terapeutin on tutkittava, millaista suhdetta ja osallistumista kunkin asiakkaan kanssa tarvitaan. • terapeutti rohkaisee asiakkaita yhteistoimintaan. • Terapeutti on luova asiantuntija. • Terapeutti osaa hyödyntää persoonaansa yhteistoiminnan edistämiseksi. • Terapeutti toimii asiakkaan resurssivarastona. • Terapeutti tuottaa terapiasta raportin. • <i>Terapeutin turvallisuushakuisuus voi haitata yhteistoiminnan edistämistä.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaalla on kyky osallistua aktiivisesti. • Edellyttää asiakkaalta kognitiivista toimintaa ja oivalluskykyä. • Asiakkaan <i>oireet</i> ja voimavarat vaikuttavat yhteistoiminnan mahdollistumiseen. • <i>Asiakkaan pelot ja riippuvuus järjestelmästä/terapeutista haittaa yhteistoiminnan toteutumista.</i> • <i>Omaishoitajien kognitiiviset häiriöt vaikuttavat yhteistoiminnan toteutumiseen.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaatiotyyppi ja yhteistoimintaa tukevat organisaatorakenteet ja prosessit, henkilöstön toimintatyyli sekä riittävä tietotekniikka ja muut resurssit. • <i>Taloudelliset ongelmat, aikapula ja tietotekniikan puute</i> • <i>Asiakkaan riippuvuus järjestelmästä</i> • <i>Henkilökunnan turhautuminen, muutosvastarinta ja vetäytyminen uusien asioiden täytäntöönpanosta</i> • <i>Integroiduissa palveluissa monitieteiseen työskentelyyn liittyvät kysymykset</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Kumppanuussuhde nostaa esiin erilaista osallistumista ja toimijuutta. • Hoitoon sitoutuminen edellyttää kumppanuutta. • Tuottaa yhdessä rakennetun toiminnan päämäärän, prosessin ja tulokset. • Tuottaa konkreettiset ja mitattavissa olevat tavoitteet. • Tuottaa asiakaslähtöisten tavoitteiden saavuttamisen • Minimoi ikääntyneiden kotiutusriskejä. • Ehkäisee nopeita hoitoon palautumisia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapiaprosessin onnistuminen muuttaa asiakkaan elämää, lievittää kipua, tarjoaa suojaa, edistää osallistumista ja mahdollistaa ammatillisen työskentelyn. • Asiakas mahdollistaa omaa elämänsä. • Itsevarmuuden ja itsehallinnantaitojen vahvistuminen. • Vahvistaa asiakkaiden tavoitteenasetteluosaamista • Optimaalisen toimintakyvyn saavuttaminen
	<ul style="list-style-type: none"> • Tuottaa jaettua tietoa, strategisia ratkaisuja

Liite 6 Keskustelusynteesi 1

Keskustelusynteesi 1 koostuu kahdesta terapeutin yhteistoiminnan ehtojen ohjaamasta keskustelusta (keskustelua herkistäneet käsitteet vasemmassa sarakkeessa). Aineistolähtöiset jäsentävät kysymykset ja otsikot on eritelty keskustelu ja käsittekohtaisesti.

Ehdot	Keskustelu 1	Keskustelu 2
Herkistävä käsite (koodi)	Jäsentävät otsikot ja kysymykset (kategoriat)	Jäsentävät otsikot ja kysymykset (kategoriat)
Yhteinen ennakkointi	- Miksi Miten Ketkä Ennakointia, mutta - -	Mitä Miksi Miten - - Ennakko-oletukset Ennakko-oletusten rakentaminen
Vuorovaikutus	Mitä Miksi Miten Kaikki vuorovaikutus ei ole vastavuoroista	Mitä Miksi Miten -
Toimijoiden välinen yhteys	- Miten Miksi Erlainen yhteys Muuta -	Miten - - - - Yhteyden katkeaminen
Roolien vaihtelu	- Miten Miksi -	Mitä Miten Miksi Roolien vaihtelun mahdollistaminen Muuta
Ympäristötekijät	Ympäristö Esineet ja välineet Toiset ihmiset osana ympäristöä Asenteet Hallinta - -	- Välineet ja tekniikat Sosiaaliset ympäristöt - - Yhteistoiminnan rakentaminen uudessa ympäristössä -

Liite 7 Keskustelusynteesi 2

Keskustelusynteesi 2 koostuu kahdesta terapeutin yhteistoiminnan hyveiden ohjaamasta keskustelusta (vasemmassa sarakkeessa). Aineistolähtöiset jäsentävät kysymykset ja otsikot on eritelty keskustelu- ja ehtokohtaisesti.

Hyveet	Keskustelu 3	Keskustelu 4
Herkistävät käsitteet (koodit)	Jäsentävät kysymykset ja otsikot (kategoriat)	Jäsentävät kysymykset ja otsikot (kategoriat)
Käytännöllinen harkinta	Mitä Miten Syy Seuraus - - - -	- - - - Tietoperusta Harkinta arvioinnissa Harkinta tavoitteiden asettelussa Harkinta ja ammatillisuus Harkinnan kohde
Ystävyydestä	Mitä Syy: Sitoutuminen Ristiriidassa, mutta silti samalla puolella Seuraus: luottamuksen herääminen Ei-ystävyyttä: taistelua ja väistelyä Ystävyyden merkitys terapeutille - - -	- - - - - Ystävyys vs. ystävällisyys Hyvän tahtominen toiselle Hyvän tahtomisen vastavuoroisuus
Oikeudenmukaisuudesta	Mitä Oikeudenmukaisuus terapisuhteessa - objektiivisuuttako? Yksilöllisyyden huomiointi -	- - Yksilöllisyyden huomiointi Epäoikeudenmukaisuus
Kohtuunmukaisuus	Mitä Erehtyminen on inhimillistä Kohtuunmukaisuus on vastaantulemista Kohtuunmukaisuus suhteessa terapeuttiin - - - -	- - - - Sääntöjen noudattaminen Joustavuus Kohtuunmukainen suunnitelma ja sen joustava noudattaminen
Muuta		

Liite 8 Keskustelusynteesi 3

Keskustelusynteesi 3 koostuu kahdesta edellisissä keskusteluissa esiinnoitettujen herkästävien käsitteiden (asiakas- ja perhelähtöisyys sekä kuntoutujan asema) ohjaamasta keskustelusta. Vasemman sarakkeen koodit keskittyvät lähinnä asiakaslähtöisyyteen. Aineistolähtöiset jäsentävät kysymykset ja otsikot on eritelty keskustelu ja ehtokohtaisesti.

	Keskustelu 5	Keskustelu 6
Koodit	Jäsentävät kysymykset ja otsikot (kategoriat) <i>Ominaisuudet kursivilla</i>	Jäsentävät kysymykset ja otsikot (kategoriat) <i>Ominaisuudet kursivilla</i>
Asiakaslähtöisyyden perusta on hyvässä vuorovaikutuksessa: Mahdollistavat tekijät	Luottamuksen rakentaminen Yhteinen kieli ja jaettu ymmärrys Terapian merkitys - - - - -	- - - Ympäristö Toimintamallit Vertaistuki Tila avoimelle vuoropuhelulle Valinnanmahdollisuus
Asiakaslähtöisyyden haasteista: Haittaavat tekijät	Organisaatorakenteet ja -uudistukset ja asiakaslähtöisyys Kun potilas kieltäytyy terapiasta Kun potilas haluaa vain kuolla - - - - -	- - - Ympäristö Haluttomuus yhteistyöhön Toimintamallit Eriarvoisuus Priorisointi
Asiakaslähtöisyys lähestymistapana	- Mitä asiakaslähtöisyys on? Kolme esimerkkiä asiakaslähtöisyydestä Oikeus tehdä valintoja Kuntoutumishalun etsimistä Kuulluksi tulemista Asiakkaan arvokkuuden osoittamista Luottamusta Hyvän tahtomista toiselle Tasa-arvo ja asiakaslähtöisyys	Yhteisen ymmärryksen rakentaminen - - - - - - - -
Muuta: Asiakaslähtöisyys ja kumppanuus eivät yksin riitä	Mitä on asiakkaan tietoinen asiantuntemuksen käyttö? Suorituspainee tavoitteen asettelussa Yksilöllisyys	- Terapeutin riittämättömyyden tunne - Kuntoutumisen vaikuttavuus

Liite 9 Keskustelusynteesi 4

Keskustelusynteesi 4 koostuu kahdesta, terapeutin yhteistoiminnan alustavan käsityksen ohjaamasta keskustelusta, jotka nostivat esiin vasemman sarakkeen koodit. Kategoriat on eritelty keskustelu- ja ehtokohtaisesti.

	Keskustelu 7	Keskustelu 8
Koodit	Jäsentävät kysymykset ja otsikot (kategoriat) <i>Ominaisuudet kursivilla</i>	Jäsentävät kysymykset ja otsikot (kategoriat) <i>Ominaisuudet kursivilla</i>
Yhteistoimintatekijät	<ul style="list-style-type: none"> - - - - - Vuorovaikutus - Luottamuksen rakentaminen: <i>Tutustuminen</i> <i>Ongelman selvittäminen</i> <i>Yhteinen kieli ja tavoite</i> <i>Tunteiden huomiointi</i> Asiakkaan integriteetti - - <i>Asiakkaan tahdon kunnioittaminen</i> <i>Rehellisyys</i> <i>Armollisuus</i> <i>Nöyryys</i> <i>Valinta</i> - - - - - - - - - - - - - - - 	<p>Yhteistoiminta ja sen merkitys: <i>Yhteistoiminnan merkitys asiakkaalle</i> <i>Kohtaamisen onni</i> <i>Yhteistoiminta antaa mehuja toimintaterapeutille</i></p> <p>Vastavuoroisuus Kohtuunmukaisuus Luottamus ja turvallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - <i>Tunteet</i> Integriteetti: <i>Avoimuus ja rajojen asettaminen</i> <i>Puheeksi ottaminen</i> <i>Toisen kunnioittaminen</i> - - - Valitsemisen mahdollistaminen <i>Terapeutti päätti kuntoutujan puolesta</i> <i>Kaikkia toiveita ei voi täyttää</i> <i>Jatkuvuusparadoksi</i> <i>Valinnanmahdollisuuksia on, mutta niitä ei käytetä</i> Ystävyyssuhteessa: <i>Terapeutti ei halua olla kaikkien ystävä</i> <i>Ystävyyttä ja ystävällisyyttä</i> <i>Kumppani</i> <i>Ympäristö</i> <i>Situaatioiden vaihtelut</i> <i>Tekemisen ja toiminnan määrittelyt</i> Ymmärrys ja ajattelu: <i>Ennakointi</i>

(Liite 9 jatkuu)

(Liite 9 jatkuu)

Reunaehdot	<p>Systeemi</p> <ul style="list-style-type: none"> - - <p>Organisaatio: <i>Taloudelliset näkökulmat</i> <i>Suosittelusten perustelevminen ja argumentointi</i> <i>Leikkaukset ja karsinnat</i> <i>Henkilöstön vaihtuminen</i></p> <p>Toimintakulttuurit: <i>Perhelähtöisyyttä vai byrokratian lisääntymistä</i> <i>Asiakas altavastaajana</i> <i>Terapian kohdentaminen</i></p>	<p>Systeemi <i>Yhteistoimintalaki</i> <i>Terveydenhuoltolaki</i></p> <p>Organisaatio: <i>Taloudelliset tekijät</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - - - - - -
Menetelmät, keinot ja välineet	<p>Menetelmäkeskeisyys</p> <ul style="list-style-type: none"> - - 	<ul style="list-style-type: none"> - <p>Terapeutin tehtävä Terapeutin tavoitettavuus</p>
Yhteistyö	<p>Yhteistyö julkisen palvelun ja yksityisen palvelun välillä Yhteistyö asiakkaan ja terapeutin välillä: <i>Vanhempien ennakkokäsitys kuntoutuksesta</i> <i>Huomion kiinnittäminen lapseen</i> <i>Puhuminen konkreettisista asioista</i> <i>Kiinnittyminen arkeen</i> <i>Sitoutuminen</i> <i>Olla omana itsenään – ihmisenä</i> <i>Yhteistyö maksajan ja terapeutin välillä</i></p> <p>Yhteistyö työryhmän sisällä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - - - - <p><i>Terapeutin jaksaminen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - - - - - - - - <p>Toimintaterapiayksikkö: <i>Toisten yläpuolelle asettuminen</i> <i>Työpaikkakiusaaminen</i> <i>Työtovereita vai ystäviä</i> <i>Vuorovaikutustaitojen oppiminen ja käyttäytymisen muuttaminen</i> <i>Erilaisuuden sietäminen</i> <i>Terapeutin voimaantumiskeinot</i></p>
Vastuu ja velvollisuus	<p>Vanhempien tehtävät Terapeutin tehtävät: <i>Tiedonvälitys sairaalan ja yksityisen sektorin välillä</i> <i>Tehtävien antaminen</i> <i>Puheeksi ottaminen</i> <i>Toisen asioiden hoitaminen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - - - - - -
Terapian vaikutukset		
Virikemateriaalista		
Muuta		

Liite 10 Kategoriakuvausesimerkki: Keskustelu 7

”Olla omana itsenään – ihmisenä”

”Myös perusterveydenhuollossa aikuisten ja ikääntyneiden parissa ollaan tekemisissä ihan tavallisten arkiasioiden kanssa. Sitä kautta on helppoa olla asiakkaan kanssa. Terapeutin ei tarvitse esittää mitään, kun keskustellaan asiakkaan elämästä, hänen näköisestään elämästä.

Että ei asiakkaan tarvitse haluta kaikkea eikä mitään, jos ei halua mitään. Mutta että mietitään ja tutkitaan yhdessä. Jos terapeutti pystyy auttamaan ja olemaan mukana, niin hän tekee sen. Terapeutti kokee olevansa ikään kuin yksi työväline asiakkaalle. Tyyliin tässä on työkalu, jos haluat käyttää sitä.

Kotikäynnillä löytää aidon ihmisen. Terapeutti on oppinut hyvin paljon sen jälkeen, kun hän rohkeeni avata kotien ovia. Se ei ollut aluksi suinkaan helppo asia. Tärkeintä siinä on ollut se, että hänen ei tarvitse esittää mitään sen kummempaa. Ei tietenkään myöskään väheksyä itseään ammattilaisena ja toimintaterapeutina.

Kun mennään asiakkaan kotiin, niin siellä häneltä löytyy itse asiassa paljon voimavaroja ja hyviä asioita. Asiakkaalla voi olla kanarialintu, joka ei koskaan tulisi muutoin esille poliklinikalla, eikä sairaalassa tavatessa. Kotikäynnillä tulee eteen myös järkyttäviä asioita. Terapeutti on joutunut katsomaan itseään peilistä, miten hän on voinut ajatella tästä ihmisestä, että hän on vain potilas, jolla on tuomoinen hemi. Sitten, kun mennään kotikäynnille ja seinät ovat täynnä tämän ihmisen maalaamia mieltömän upeita tauluja, niin terapeutti pyytää mielessään anteeksi: ’En ole nähnyt sinua ihmisenä.’

Silloin, kun toinen terapeutti aloitti työnsä toimintaterapeutina, hän oli niin toimintaterapeutti, että se toinen ihminen oli jossain perässä: ’Ai että, kun mä tulin ja autoin kaikkia ihan hirveesti. Mä en auttanu varmaan ketään siinä vaiheessa!’ Kun hänen oma roolinsa ja ammatti-identiteettinsä kehittyi vahvaksi asiantuntijuudeksi, hän pyrki olemaan ihmisenä. Terapeutin mielestä se on se. Hän menee ihmisenä ja hän toivoo, että hän osaa katsoa toista ihmisenä, jolla sattuu olemaan joku vamma, mutta ensisijaisesti hän on ihminen. Koska hän ON ihminen ja sitten hänellä on se vamma. Tämä on helpottanut terapeutin omaa työntekoa ihan hirveästi, kun hän lähtee siitä. Sen varmasti ihmiset vaistoavat, että terapeutti ei tule kotiin ammattilaisena katsomaan, onko pölyt pyyhitty.

Terapeutit ovat vahvasti erimielisiä siitä, kohtaavatko he asiakkaan ihmisenä vai jossakin roolissa. Ensimmäinen terapeutti kokee menevänsä asiakkaan luo toimintaterapeutin roolissa. Asiakastilanteessa hän on mielestään ensisijaisesti toimintaterapeutti, joka sattuu olemaan myös ihminen. Toisen mielestä hän on ihminen, jolla on ammatti. Kolmas kokee olevansa ongelmanratkaisija. Neljäs terapeutti ei halua olla ongelman ratkaisija. Hän haluaa olla keskustelija, ja ne ongelmat saattavat ratkaistua pelkän keskustelun perusteella jo. Ensimmäinen terapeutti myöntää, että terapeutti on ihminen, mutta keskustelu terapatilanteessa määräytyy myös siitä, että toinen on toimintaterapeutti. Ei siinä jutella ihan mistä tahansa, vaikka välillä voidaan vähän jutella niitä näitä. Toinen terapeutti myöntää, että rooli on tietenkin siinä mukana, mutta se ei tule korostetusti esille, vaan ihminen ihmisenä. Terapeutti katsoo ihmistä ja kuuntelee muutakin kuin sitä toimintaterapian asiaa. Keskustelut ovat laajempia. Ehkä hänen aikaisemmin on puhunut vain toimintaterapiasta.”

Liite 11 Asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistoimintaa koskeneiden tutkimustulosten yhteenveto

	Konteksti	Hyödyt	Edistäviä tekijöitä
Borg & Kristiansen 2004	Asiakas–ammattilainen		1) Vaatii ammattilaista luopumaan perinteisestä ammattilaiskäsituksesta. 2) Vaatii vastavuoroista vuorovaikutussuhdetta. 3) Vaatii kykyä ja halua muotoilla yksilöllisiä palveluja.
Butz et al. 2007	Asiakkaan ja ammattilaisen yhteistoiminta astman hoidossa	Jaettu päätöksen tekeminen (shared decision making) voi vahvistaa itsevarmuutta ja itsehallinnan taitoja.	
Øien et al. 2009	Lapsen vanhemmat–terapeutti-suhde	1) Tuottaa jaettua tietoa. 2) Vahvistaa vanhempien osaamista. 3) Aktivoi lapsen näkökulman huomioonottamista konkreettisten ja mitattavissa olevien tavoitteiden asettelussa ja implementoinnissa. 4) Yhteistoiminta tuotti konkreettisia ja mitattavissa olevia tavoitteita.	1) Yhteiset havainnointi- ja keskustelutilanteet koskien lapsen toimintaa. 2) Vanhempien osallistuminen kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun.
Dibbelt et al. 2009	Lääkäri–potilas-suhde	1) Parempi kuntoutuminen kivusta, masennuksesta ja ahdistuksesta. 2) Kestävämmät kuntoutuksen vaikutukset kuin vuorovaikutukseen lääkäriänsä kanssa tytyttävillä.	Lääkäriänsä kanssa vuorovaikutukseen tyytyväiset asiakkaat
San Martin-Rodriguez et al. 2005	Yhteistoiminta tiimissä		1) Menestyksellinen vuorovaikutus yhteistoiminnassa edellyttää: - toimijoilta halua yhteistoimintaan (willingness to collaborate) - keskinäistä luottamusta (trust), - kommunikaatiota (communication) ja - molemminpuolista kunnioitusta (mutual respect). 2) Systeemiset tekijät koskevat organisaatorajat ylittäviä - sosiaalisia, - kulttuurisia, - ammatillisia ja - koulutuksellisia tekijöitä. 3) Organisaatioon liittyvät ehdot koskevat organisaation - rakennetta, - filosofiaa, - hallinnollista tukea, - tiimiresurseja, - koordinaatiota ja - kommunikaatiomekanismeja.

Billet et al. 2007	Organisaatioiden välinen koulutuksen ja työelämän kumppanuus		Aloitteleva ja jatkuva kumppanuus edellyttää: 1) jaettuja päämääriä ja tavoitteita 2) partnereiden välistä suhdetta 3) valmiuksia kumppanuustoimintaan 4) kumppanuuden hallintoa ja johtamista 5) luottamusta ja luotettavuutta.
Brown et al. 2006	Organisaatioiden välinen koulutuksen ja työelämän kumppanuus		1) Aito tarve yhteistyön tekemiseen 2) Osallistujat sijoittavat yhteistoimintaan omia resurssejaan 3) Toimintaan osallistuvat tarkoituksenmukaisesti oikeat ihmiset 4) Kumppaneiden välillä on vahvat ja tasapainoiset suhteet 5) Osallistujat luottavat toisiinsa ja kunnioittavat toisiaan 6) Osallistujien välillä toimii hyvä kommunikaatio 7) Kumppanuus hyväksytään virallisesti yhdeksi toimintamuodoksi organisaatiossa
Dowling et al. 2004	Terveys- ja sosiaalipalvelujen kumppanuus	Kumppanuustoiminta tuottaa: 1) palvelujen paremman saavutettavuuden, 2) palvelujen oikeudenmukaisemman jakautumisen, 3) tehokkaammat, vaikuttavammat ja laadukkaammat palvelut, 4) henkilökunnalle ja läheisille parempia kokemuksia ja 5) palvelujen käyttäjille parempia kokemuksia terveydentilastaan, elämänlaadustaan ja hyvinvoinnistaan.	1) Kumppaneiden sitoutuminen yhteistoimintaan 2) Sopimus yhteistoiminnan tarkoituksesta ja kumppanuiden tarpeesta 3) Kumppaneiden vahva luottamus, vastavuoroisuus ja kunnioitu, 4) Toimintaympäristön sopivuus, esimerkiksi sopiva taloudellinen tilanne, sopivat institutionaaliset ja oikeudelliset rakenteet sekä laajempia toimijoiden välisiä aktiviteetteja, 5) Tyydyttävä vastuiden järjestely sekä asianmukainen kumppanuuden arviointi ja seuranta ja 6) Asianmukainen johtaminen ja kumppanuuden hallinta. (Emt.)

Liite 12 Osallistujien käyttämien puheenvuorojen määrät

Osallistuja	Puh.vuorojen määrä 1. keskustelussa	Puh.vuorojen määrä 2. keskustelussa	Puheenvuorot yhteensä	Muutos 1. ja 2. keskustelun välillä
1	96	54	150	-42
2	59	42	101	-17
3	89	44	133	-45
4	36	13	49	-23
5	29	19	48	-10
6	51	34	85	-17
7	56	60	116	4
8	26	46	72	20
9	46	62	108	16
10	20	59	79	39
11	11	32	43	21
12	24	71	95	47
13	31	27	58	4
Yht.	574	563	1137	