

VAIKEUDEN DISKURSSIT

Työskentelyn vaikeuden paikantuminen, diskurssit ja positiot psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden puheessa

PAULIINA RAJANIEMI
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön pro gradu- tutkielma
Toukokuu 2018

RAJANIEMI, PAULIINA: Vaikeuden diskurssit - Työskentelyn vaikeuden paikantuminen, diskurssit ja positiot psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden puheessa

Pro gradu- tutkielma

Sosiaalityö 63 sivua + 1 liitesivu

Ohjaaja: Suvi Raitakari

Toukokuu 2018

Tämän pro gradu- tutkielman aiheena on vaikeus psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä. Tutkielma on tehty sosiaalisen konstruktionismin ja diskurssianalyysin viitekehystä, ja sen tarkoituksena on ollut selvittää millä tavoin työskentelyn vaikeuden diskurssit rakentuvat sosiaalityöntekijöiden puheessa. Tutkielman tutkimuskysymykset ovat: mihin työskentelyn vaikeus paikantuu, millaisia vaikeuden diskursseja puheessa rakentuu sekä millaisia positioita sosiaalityöntekijöille ja muille toimijoille puheessa rakentuu.

Tutkimusaineisto koostuu kahdesta sosiaalityöntekijöiden ryhmäkeskustelusta. Aineisto on kerätty erään psykiatrisen sairaalan aikuispsykiatrian osastoilta.

Aineiston analyysimenetelmänä on ollut diskurssianalyysi. Tutkimustuloksina on neljä päädiskurssia, joista jokaiselle hahmottui aladiskursseja. Ymmärrysdiskursseihin kuuluvat sairautentunnotomuuden ja tietoisuuden aladiskurssit, ja niitä tuotettiin suhteessa asiakkaisiin. Asiakkaat kuvautuivat diskursseissa haluttomina tai sairaudestaan johtuen kyvyttöminä ottamaan apua vastaan.

Epäuskodiskurssiin lukeutuvat turvaamisen ja luovuttamisen aladiskurssit, joita tuotettiin suhteessa moniammatilliseen työryhmään ja hoitohenkilökuntaan. Epäusko ilmeni hoitohenkilökunnan pessimistisenä suhtautumisena asiakkaan selviytymiseen sairaalan ulkopuolella sekä toisaalta asiakkaan hyötymiseen hoidosta.

Työmäärädiskurssin alle lukeutuvat aladiskursseja ovat epäolennaisuus- ja hukkaantumisdiskurssi, jotka rakentuivat suhteessa yhteistyökumppaneihin, asiakkaisiin ja asiakkaiden omaisiin. Diskursseissa kuvautuu sosiaalityöntekijöiden työresurssien kuluminen joko epäolennaisiin tehtäviin tai lopulta turhaksi osoittautuviin työtehtäviin.

Rakennediskurssiin kuuluvat resurssi-, aikaikkuna- ja normitoresurssit, jotka rakentuvat suhteessa ei-henkilöityviin taloudellisiin ja ajallisiin reunaehtoihin sekä organisaatioiden toimintatapoihin.

Tutkielmassa tulee näkyväksi kuinka merkittävästi työskentelyyn vaikuttavat erilaiset ymmärrystavat ja todellisuudet ja kuinka toisiaan lähentymättömät todellisuudet vaikeuttavat työtä. Lisäksi työssä tulee näkyväksi kuntoutusnäkemysten ero sosiaalityöntekijöiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Työhön ulkoapäin puuttuminen ja kyseenalaistaminen rikkoivat työn totuttua rakennetta aiheuttaen poikkeaman järjestykseen.

Avainsanat: terveysosiaalityö, työskentelyn vaikeudet, psykiatrisen sairaala, sosiaalinen konstruktionismi, diskurssianalyysi

RAJANIEMI, PAULIINA: Discourses of difficulty – Locations, discourses and subject positions of working difficulties in the language of social workers at psychiatric hospital

Master's thesis 63 pages + 1 appendix page

Social work

Supervisor: Suvi Raitakari

May 2018

This master's thesis is about difficulties in social workers' work in psychiatric hospital. The methodological frame of the research is social constructionism and discourse analyses, and its purpose has been to examine how difficulty is constructed in the language of social workers. The research questions are: where difficulty is localized, what discourses of difficulty there are constructed and what kind positions there are constructed.

The research material was collected from two group interviews of social workers. The research material was collected from adult psychiatry wards in a Finnish psychiatric hospital.

The research material has been analyzed by discourse analysis method. Research results include four main discourses and several secondary discourses. Realization discourses are unawareness of illness discourse and awareness discourse. In these discourses clients were constructed as unwilling or incapable by his illness to accept help from professionals.

Disbelief discourses are securing discourse and surrendering discourse. Disbelief was constructed among multidisciplinary team and nurses, who didn't believe in client's coping outside the hospital or get better in hospital.

Work load discourses are irrelevant work discourse and wasted work discourse. Discourses were about co-operative partners, clients and families and how social worker's resources were spend in irrelevant or fruitless work.

Structure discourse includes resource discourse, time frame discourse and norm discourse. These discourses were on non-personal stage about financial, schedule and organizational procedure issues.

In this master's thesis comes visible how remarkable different ways of understanding and realities are when working in social work. Also there was found remarkable difference between social workers and nurses what comes to viewpoints about rehabilitation of clients. Intervene and question from outside was something that broke familiar structures of working.

Key words: health care social work, difficulties of working, social work in psychiatry, social constructionism, discourse analysis

SISÄLLYSLUETTELO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | <u>JOHDANTO</u> | 1 |
| 2 | <u>PSYKIATRIAN TOIMINTAYMPÄRISTÖ</u> | 4 |
| | 2.1 <u>MIELENTERVEYS, MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA HOITAJÄRJESTELMÄ</u> | 4 |
| | 2.2 <u>SAIRAALAHOIDOSTA AVOHOITOON JA ASUMISPALVELUIHIN</u> | 7 |
| 3 | <u>SOSIAALITYÖ PSYKIATRIAN KENTÄLLÄ</u> | 9 |
| | 3.1 <u>SOSIAALITYÖN PERUSTASTA JA EETTINEN TOIMINTA</u> | 9 |
| | 3.2 <u>TERVEYSSOSIAALITYÖ JA PSYKIATRIA</u> | 10 |
| 4 | <u>TYÖSKENTELYN VAIKEUDET</u> | 14 |
| | 4.1 <u>TUTKIELMANI MONITULKINTAISET KÄSITTEET</u> | 14 |
| | 4.2 <u>AIEMPAA TUTKIMUSTA JA KIRJALLISUUTTA</u> | 15 |
| 5 | <u>TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</u> | 20 |
| | 5.1 <u>VIITEKEHYKSENÄ SOSIAALINEN KONSTRUKTIONISMI JA DISKURSSIANALYYSI</u> | 20 |
| | 5.2 <u>TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA AINEISTON KUVAUS</u> | 22 |
| | 5.3 <u>TUTKIMUSEETTISET KYSYMYKSET</u> | 27 |
| 6 | <u>VAIKEUDEN DISKURSSIT</u> | 29 |
| | 6.1 <u>YMMÄRRYSDISKURSSI</u> | 29 |
| | 6.2 <u>EPÄUSKODISKURSSI</u> | 35 |
| | 6.3 <u>TYÖMÄÄRÄDISKURSSI</u> | 39 |
| | 6.4 <u>RAKENNEDISKURSSI</u> | 45 |
| 7 | <u>JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</u> | 53 |
| 8 | <u>LÄHTEET</u> | 58 |

1 JOHDANTO

Mielenterveydenhäiriöt ovat merkittävällä tavalla läsnä tällä hetkellä yhteiskunnassamme. Mielenterveydenhäiriöt ovat Suomessa huomattavan syy työkyvyttömyyseläkkeisiin; Kansaneläkelaitoksen vuoden 2016 tilaston mukaan Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä¹ mielenterveydenhäiriön perusteella oli 104 885 henkilöä, mikä oli 49,7 % kaikista työkyvyttömyyseläkettä saavien lukumäärästä. Mielenterveydenhäiriöt ovat siis hyvin merkittävä sairausryhmä suomalaisten työkyvyn heikentäjänä. Mielenterveydenhäiriöiden yhteiskunnallinen merkittävyys ja keskeisyys ovatkin olleet yksi taustatekijä pro gradu- tutkielmani aihevalinnan taustalla. Olen opiskeluaikana työskennellyt psykiatrisessa sairaalassa, ja nähnyt myös käytännön työn kautta kuinka laajaan ihmisjoukkoon ja verkostoon yhdenkin ihmisen sairastuminen vaikuttaa. Sairaalassa myös huomasin, kuinka suuri merkitys sosiaalityöntekijän panoksella oli asiakkaiden kuntoutumiseen. Sosiaalityöntekijöiden työn merkitys psykiatrisessa sairaalahoidossa on huomattava, koska mielenterveydenhäiriöiden vuoksi alentunut toiminta- ja työkyky (Heiskanen & Salonen 1997, 150) on voinut johtaa asiakkaiden vaikeuksiin huolehtia itsestään, taloudellisesta toimeentulosta, asumisesta tai perheestä. Näissä asioissa auttamisen koin sangen kiinnostavaksi ja itselleni tyydyttäväksi työksi. Sairaalan sosiaalityötä voidaankin pitää yhtenä tärkeänä osana asiakkaan kokonaisvaltaista kuntouttavaa hoitoa (Lindén 1999, 20).

Tämän tutkielman aihe on vaikeuden diskurssit psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän työssä. Tutkielman aihe on lähtenyt alun perin kumpuamaan kuvaamani mielenkiintoisen ja palkitsevan työn toisesta puolesta. Opiskeluaikana kiinnitin huomioita kahden keskenään hyvin erilaisen maailman, yliopiston luentosalien ja työpaikkojeni, eroavaisuuksiin. Sosiaalityön luennoilla käsitelimme paljon teoria- ja ammattikirjallisuutta, jossa alamme käytännön työstä puhuttiin pääasiassa hyvin positiivissävytteisesti, ja kurseilla tuli tutuksi erilaiset lähestymistavat voimautumisesta, kumppanuussuhteista ja oman elämänsä asiantuntijuudesta. Luentosaleista työpaikalle siirryttäessä vastaan tuli kuitenkin myös jotain muuta kuin positiivisessa hengessä rakentuvia yhteistyösuhteita. Työn haastavuus ja vaikeus eivät ehkä yllättäneet aiemman työkokemukseni pohjalta, mutta ihmetykseni kohdistui siihen kuinka vähän käytännön työn

¹ Tilastoon on laskettu sekä kansaneläkettä että työeläkettä saavat.

vaikeuksista ja haasteista yliopisto-opinnoissa puhuttiin, vaikka kyseessä on hyvinkin käytäntösidonnainen oppiaine.

Halusin tutkia pro gradu- tutkielmassa vaikeuden teemaa käytännön sosiaalityössä juurikin tästä syystä. Näen vaikeuden teema tärkeäksi käsitellä, koska ajattelen sen olevan jollain tapaa läsnä auttamistyössä. Psykiatrian alaan kuuluvassa tutkimuksessa työskentelyn vaikeutta onkin tutkittu hoito- ja terapiatyötä tekevien ammattilaisten keskuudessa, mutta sosiaalityön näkökulma on tutkimuksessa jäänyt ainakin toistaiseksi paitsioon. Aihetta on syytä tutkia, sillä sosiaalityöntekijöillä on tärkeä rooli psykiatriassa, ja heitä tarvitaan haastavien sosiaalisten tilanteiden selvittämisessä. Aihe on myös ajankohtainen. Mielenterveyspalveluiden järjestämistä on leimannut jo vuosikymmeniä sairaalahoidon purkaminen (WHO 2001; Korkeila 1996, 9), ja psykiatrinen sairaalahoido vähenee Suomessa edelleen (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2018). Suomen psykiatrisissa sairaaloissa on nykyään noin 3500 paikkaa, kun niitä enimmillään on ollut noin 20 000. On mahdollista, että sairaalahoidon harvenneville paikoille otetaan yhä vaikeammassa tilanteessa olevia ihmisiä, joiden psyykkiset ongelmat ja sosiaaliset tilanteet ovat aiempaa komplisoituneempia – tällöin myös sosiaalityön merkittävyys ja tarve osana sairaalahoidoa voi myös jatkossa kasvaa.

Tutkielman aiheen esille nostamista pidän tärkeänä siksikin, että asiakkaiden entisestään vaikeutuneet elämäntilanteet haastavat myös ammattilaisia. Suomalaisten sosiaalityöntekijöiden hyvinvoinnista ja työssä jaksamisesta ollaan huolissaan, ja tutkimuksissa on osoitettu sosiaalityöntekijöiden olevan hyvin kuormittuneita (Saarinen & Blomberg & Kroll 2012; Työterveyslaitos 2016). Vaikea työ voi käydä kuormittavaksi ja vaikeaksi myös työntekijälle, ja tällöin sosiaalityön työtehtävien vaikeuksia on syytä tutkia kysymällä asiasta itse työntekijöiltä.

Vaikeuden teema ei kuitenkaan välttämättä ole helppo sosiaalityölle. Sosiaalityö itsessään kipuilee jo itsessään ongelmakeskeisyyden kanssa. Sosiaalityöstä on todettu, että siinä pyritään välttämään syyllisten etsimistä ongelmiin (Smale & Tuson & Statham 2000), ja että patologisen ajattelun välttämisen on sosiaalityölle ominainen painotus (Pösö 2006). Matinlompola (2006, 19) on kirjoittanut sosiaalityön suuntauksesta, jossa niin yksilöissä, perheissä kuin systeemeissä halutaan havaita vain myönteisiä puolia, mikä on kuitenkin epärealistista. Työn vaikeuden käsittelyssä voi olla jotain sosiaalityölle yhtä lailla vierasta. Se on samalla tavalla määritelmiä pakeneva ja vaiettu, mutta uskoakseni kuitenkin jollain tapaa läsnä auttamistyössä ja sen vuoksi myös tarkastelua vaativa. Käytännön työssä tulee väistämättä tilanteita, joissa työskentely ei suju toivotulla tavalla, ja

tämä on varmasti arkisen työn realiteetti. Tämän vuoksi katson aiheen olevan tärkeä tutkimuskohde sosiaalityössä.

Tutkielmaa tehdessäni puntaroin jonkin aikaa asiakas ja potilas käsitteiden käytön välillä. Terveystieteiden tutkimuksessa palveluiden käyttäjästä puhutaan yleisesti potilaana, kun taas asiakas käsite yhdistyy yleensä sosiaalihoitoon palveluiden käyttäjiin (Pajukoski 2004, 185.) Koska tutkielma ei kuitenkaan keskity tutkimaan palveluiden käyttäjiä tai heidän asemaansa, koin että käsitteellä ei itsessään ole tässä kontekstissa ratkaisevaa merkitystä. Vaikka potilas käsite on itselleni tuttu ja luonteva sairaalamaailmasta, päädyin kuitenkin käyttämään asiakas ja asiakkuus käsitteitä, koska kyseessä on sosiaalityön tutkimus.

2 PSYKIATRIAN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tutkielma paikantuu erikoissairaanhoidon psykiatrian toimintaympäristöön, vielä tarkemmin sanottuna psykiatriseen sairaalan osastohoitoon. Tässä luvussa avataan tutkielman kannalta keskeisiä psykiatrian toimintakenttään liittyviä käsitteitä tutkielman kontekstoisiksi. Ensimmäisessä luvussa käsitellään mielenterveyttä ja sen häiriöitä, suomalaista hoitojärjestelmää sekä psykiatrista sairaalahoidtoa ja myös lyhyesti tahdosta riippumatonta hoitoa. Toisessa luvussa tarkastellaan viime vuosikymmeninä tapahtunut hoidon painopisteen muutosta sairaalahoidosta kohti avohoitoa ja asumispalveluita.

2.1 Mielenterveys, mielenterveyden häiriöt ja hoitojärjestelmä

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisestä sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskuntaan.

(WHO 2018)

Maailman terveysjärjestö WHO:n mielenterveyden määritelmässä korostuu ihmisen kyky tulla toimeen itsensä ja ympäristönsä kanssa, sopeutua epämiellyttäviinkin tilanteisiin ja olla tuottelias. Mielenterveydellä onkin tärkeä osa ihmisten elämän sujumisen näkökulmasta. Mielenterveyden tila vaikuttaa kykyymme havainnoida, ymmärtää ja tulkita sosiaalista ympäristöämme sekä tarvittaessa muokata olosuhteitamme joissa elämme. Mielenterveys vaikuttaa olennaisesti ihmissuhteiden muodostamiseen ja tapamme olla yhteydessä muihin ihmisiin. (Lahtinen & Lehtinen & Riikonen & Ahonen 1999, 29-30).

WHO:n määritelmä mielenterveydestä kuvaa niin kutsuttua positiivista mielenterveyttä, jonka vastakohtana on nähty negatiivinen mielenterveys eli mielenterveyden ongelmat. Positiivinen ja negatiivinen asettuvat ikään kuin jatkumolle, jonka toisessa päässä on hyvä mielenterveys ja toisessa vakavat mielenterveyden häiriöt eli sairaudet. Tämän jatkumoajattelun mukaan sairaus määritellään tiettyjen oireiden olemassaolon pohjalta. (Lahtinen & Lehtinen & Riikonen & Ahonen

1999.) Näkemystä, jossa ongelmien taustalla ajatellaan olevan jotain biologista ja lääkityksellä hoidettavaa, voidaan kutsua sairausmalliksi tai lääketieteelliseksi malliksi. Siinäkin jollain tapaa normaalista poikkeava toiminta ymmärretään patologisena ja hoitoa vaativana. (Tyrrer 2013, 11; Taylor & Bentley 2004.) Nämä tavat on yksilökeskeinen tapa ymmärtää sairautta. Sohlman ja Immonen (2005) sekä Herron ja Mortimer (1999, 4-7) esittävätkin, että mielenterveysmielensairaus- jatkumoajattelua laajempaa näkökulmaa tarjoaa funktionaalinen mielenterveyden malli. Funktionaalinen malli tarkastelee yksilöä osana laajempaa, sosiaalista kokonaisuutta, ja huomioi ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksen merkityksen ihmisen mielenterveydelle. Erilaiset yhteiskunnalliset tekijät ja olosuhteet voivat heikentää ihmisten positiivista mielenterveyttä, jolloin ihmisen kokema pahoinvointi voidaan nähdä näistä olosuhteista johtuvana luonnollisena voimavarojen vähäisyytenä, eikä sairautena.

Lönnqvistin ja Lehtosen (2011, 23) mukaan käytännön psykiatriassa mielenterveyttä tarkastellaan kuitenkin voittopuolisesti ongelma- ja häiriönäkökulmasta käsin. Kliininen työ perustuu potilaiden ongelmien, persoonallisuuden piirteiden, oireiden ja toimintakyvyn kuvaamiselle. Terveiden ja sairauden rajaa määritellään sosiaalisen sopeutumisen ja itsestä huolehtimisen perusteella. WHO:n (2018) määrittelee mielenterveyden häiriöksi eli sairauksiksi sellaiset poikkeavina pidettävät ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen muutokset, jotka aiheuttavat inhimillistä kärsimystä sekä toimintakyvyn heikkenemistä. Lisäksi Lönnqvist ja Lehtonen (mt. 13) toteavat, että sairastamisen subjektiivinen merkitys on tärkeä psykiatriassa; ihmiset voivat olla itse huolissaan mielenterveydestään olematta silti sairaita, kun taas joissain tilanteissa lääkäreiden arvioiden mukaan vaikeasta todellisuudentajun vääristymästä kärsivä henkilö voi pitää itseään täysin terveenä.

Tavallisimpia ja kansanterveydellisesti keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt (Lönnqvist & Lehtonen 2011). Mielialahäiriöihin kuuluvat masennushäiriöt sekä kaksisuuntaiset mielialahäiriöt eri alatyypeineen. Ahdistuneisuushäiriöille ominaisia piirteitä ovat olosuhteisiin nähden suhteettomat huolet, pelot ja sisäisen jännityksen kokemukset, jotka toistuessaan haittaavat psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Päihdehäiriöissä päihteen käytön hallinta katoaa ja muuttuu pakonomaiseksi ja haitalliseksi. Persoonallisuushäiriöiksi määritellään pitkäkestoiset poikkeavat ja kaavamaiset toimintatavat, jotka aiheuttavat ihmiselle kärsimystä ja haittaavat hänen sosiaalista elämäänsä. Oireina voi esiintyä esimerkiksi pitkäaikaista ja haitallista impulsiivisuutta, epävakautta, estyneisyyttä, vaativuutta tai epäsosiaalisuutta. Psykoottisista häiriöistä kärsivien todellisuudentaju on tavalla tai toisella hämärtynyt. Heillä voi esiintyä esimerkiksi harhaluuloja tai varsinaisia aistiharhoja. Yleisimpiä psykoottisia häiriöitä on kroonisena sairautena pidetty skitsofrenia, mutta

myös monenlaisia muita ja lyhytaikaisia psykoottisia häiriöitä esiintyy. Päihteiden käyttö on psykoosiriskiä nostava tekijä. (Pirkola & Sohlman toim. 2005, 4-5.)

Tämän tutkielma paikantuu psykiatriseen sairaalahoitoon, joka luetaan erikoissairaanhoidolliseksi palveluksi. Psykiatria on lääketieteen mielenterveydenhäiriöitä tutkiva ja hoitava erikoisala. Käytännön psykiatrisessa hoitotyössä pyritään sairauksien mahdollisimman varhaiseen hoitamiseen ongelmien vaikeutumisen ja kroonistumisen ennaltaehkäisemiseksi; pidempään sairastaneiden henkilöiden kohdalla hoidossa pyritään sairaudesta johtuvien haittojen lievittämiseen ja toimintakyvyn kohentamiseen. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12, 26.) Erikoissairaanhoido on organisatorinen käsite, ja tarkoittaa lääketieteen erikoisalan mukaisia terveydenhuollon palveluita. (Pirkola & Sohlman 2005 toim; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15; Kuntaliitto 2017). Lähtökohtaisesti mielenterveyden häiriöitä hoidetaan ensisijaisesti kuntien perustasolla sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, ja toissijaisesti tarvittaessa erikoissairaanhoidossa poliklinikoilla tai osastoilla. Näiden palveluiden järjestäminen on lainsäädännössä määritelty kuntien vastuulle. Sekä peruspalveluissa että erikoissairaanhoidossa ensisijaisena on pyrkimys hoitaa asiakkaita avohoidossa ja avopalvelussa niin, että asiakkaita tuetaan oma-aloitteiseen hoitoon hakeutumiseen ja itsenäiseen suoriutumiseen elämässään. Käytännössä avohoito tarkoittaa asiakkaan hoidon toteutumista kotoa käsin. Joissain tilanteissa potilaalle voi soveltua myös avohoidon ja sairaalahoidon välimaastoon sijoittuvat palvelut kuten päiväsairaalahoito, jossa asiakas on sairaalassa arkisin päiväajat. Sairalahoidon järjestäminen tulee kyseeseen jos avohoidon palvelut eivät ole riittäviä ja sairaalahoitoa pidetään asiakkaalle tarpeenmukaisena. Joissain tilanteissa asiakasta voidaan joutua hoitamaan myös tahdonvastaisesti, ja tämä tapahtuu aina sairaalaolosuhteissa erikoissairaanhoidossa. Sairalahoidon pituus voi vaihdella lyhyistä kriisijaksoista pidempiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. (Harjajärvi & Pirkola & Wahlbeck 2006; Lönnqvist & Moring & Pylkkänen & Vuorilehto 2011, 752; Mielenterveystyön laatusuositus 2001; Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Sairaalahoito on mielenterveyden häiriöiden turvaa, hoitoa, tukea ja kontrollia tarjoava hoitomuoto. Sairaalahoitoa käytetään tilanteissa, joissa asiakas ei sairautensa vuoksi kykene selviytymään kotona; hänen toimintakykynsä esimerkiksi masennuksen vuoksi voi olla niin matala, ettei hän kykene pitämään itsestään huolta. Asiakas voi olla myös itsemurhavaarassa, jolloin sairaalan ympärivuorokautinen hoito, lääkärin ja hoitajien läsnäolo on tarpeellinen. Myös psykoottisesti oireilevat asiakkaat tarvitsevat usein sairaalahoitoa mikäli asiakkaan todellisuudentaju on voimakkaasti häiriintynyt tai asiakas on oireista johtuen vaaraksi itselleen tai muille. Psykoottiset harhat voivat olla asiakkaille myös pelottavia. Sairaalassa työskennellessäni huomasin sairaalan

tuovan joillekin asiakkaille myös turvan tunnetta. Kun omaan mieleen ja jaksamiseen ei voinut luottaa, toi muiden ihmisten ja ammattilaisten läsnäolo turvaa ja vakautta asiakkaiden vointiin.

Psykiatrisissa sairaaloissa hoidetaan ihmisiä lukuisista eri syistä johtuen. Vuonna 2016 yleisimmät psykiatrisen erikoissairaanhoidon syyt olivat skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö, mielialahäiriöt sekä neuroottiset, stressiin liittyvät häiriöt sekä elimellisesti oireilevat psyykkiset (somatoformiset) häiriöt. Kaiken kaikkiaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin tuolloin yhteensä 177 830 potilasta, joista vuodeosastohoidossa 23 242. Esimerkkeinä mainittakoon, että skitsofreniaa sairastavien hoitoaika olin keskimäärin 16 vuorokautta ja masennusta sairastavien 10 vuorokautta. Osasto- ja avohoidon suhteessa tapahtui pieni muutos vuoteen 2015 verrattuna niin että vuodeosastohoidossa hoidettujen potilaiden määrä väheni 1,1 prosenttia ja avohoidon potilaiden määrä kasvoi 5,3 prosenttia. Kaikkiaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä kasvoi 4,8 prosenttia. Viimeisen vuosikymmenen (2007-2016) kehityssuunta on ollut osastohoidon ja hoitajaksojen määrän väheneminen vuosittain, mutta muutostahti on hidastunut. Samaan aikaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettujen potilaiden sekä käyntien määrä on kasvanut vuosittain. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016, 3.)

Psykiatrisissa sairaaloissa hoitoa toteutetaan sekä vapaaehtoisuuteen perustuen että potilaan tahdosta riippumattomasta. Tahdosta riippumattoman hoidon perusteena olevaksi sairaudeksi katsotaan vakavat mielenterveydenhäiriöt, joihin liittyy todellisuudentajun häiriintymistä niin että tilaa voidaan pitää psykoosina. Tällaisia sairauksia ovat skitsofreniaryhmän psykoosit, psykoottinen depressio, psykoottinen kaksisuuntainen mielialahäiriö, muut kuten orgaanisperäiset ja päihteiden käytön aiheuttamat psykoosit, delirium (ns. juoppuhulluus) sekä dementian vaikeat ilmenemismuodot. (Korkeila 2006, Mielenterveyslaki 1116/1990.) Vuonna 2016 kesken olevista ja päättyneistä hoitajaksista 10 314 oli alkanut tahdosta riippumattomalla läheteellä ja 286 hoitoonmääräyksellä. (THL Tilastoraportti 2016.)

2.2 Sairaalahoidosta avohoitoon ja asumispalveluihin

Psykiatrisesta sairaalahoidosta puhuttaessa on olennaista huomioida suomalaisessa yhteiskunnassa ja palvelurakenteissa viime vuosikymmeninä tapahtuneet muutokset. Suomi on aiemmin ollut hyvin sairaalahoitokeskeinen maa, mitä psykiatrisen hoidon järjestämiseen tulee. Vielä 1970-luvulle saakka psykiatrisen hoito tapahtui Suomessa hyvin pitkälti sairaaloissa eivätkä avohoidon palveluita ollut kehitetty. Potilaat elivät ja asuivat sairaaloissa eikä nykyisenkaltaisia asumispalveluita ollut tarjolla. Muutamissa vuosikymmenissä psykiatrisia sairaansijoja on maassamme kuitenkin vähennetty dramaattisesti. Vielä 1970-luvulla Suomen psykiatrisissa

sairaaloissa oli n. 21 000 vuodepaikkaa, jonka vertailuluvuksi voi asettaa tuoreemman, vuoden 2013 määrän eli n. 3 000 vuodepaikkaa. (Mikkola & Rintanen & Nuorteva & Kovasin & Erhola 2015, 46.) Sairaala- ja laitoshoidon purkaminen on ollut kansainvälinen ilmiö, jota Suomi on siis mukailnut, joskin muita länsimaita hieman hitaammin. Sairaaloihin keskittyneen hoitojärjestelmän purkamisen taustalla on kansainvälisesti ollut potilaiden asemasta ja oikeuksista kiinnostuneet kansalaiset ja järjestöt, jotka vaativat sairaalahoidossa oleville potilaille oikeuksia elää mahdollisimman ei-laitosmaisessa ja ei-rajoittavassa ympäristössä. Laitoshoidon purkamiseen on liittynyt visioita palvelujärjestelmästä, jossa sairaalan ulkopuolella olisi riittävän tukevat ja monimuotoiset avohoidon palvelut, jolloin sairaalan laitospaikoista hoitoa käytettäisiin vain sitä todella tarvitseville potilaille. Myös samanaikainen lääkehoidon kehittyminen on osaltaan ollut myötävaikuttamassa ja tukemassa asiakkaiden siirtymistä sairaaloista avohoitoon. (Chow & Priebe 2013, 1-2; WHO 2011; Tuori 2011.)

Laitoshoidon purkamiseen on liittynyt muiden asumismuotojen järjestäminen ja tavoite kehittää mielenterveyspalveluiden avohoitoa niin, että niillä ennalta ehkäistäisiin ja vähennettäisiin sairaalahoidon tarvetta. Tavoitteena on tarjota potilaille normaaleja asuin- ja elinoloja kuntoutumiseen, minkä vuoksi kuntouttavaa ja itsenäistä asumista on lisätty huomattavasti. (Nykänen 1987, 72-73.) Lainsäädännössä asumispalvelut on luokiteltu sosiaalipalveluiksi, joiden järjestämisestä asiakkaan kotikunnan on huolehdittava. Palveluja on lain nojalla järjestettävä henkilöille, jotka erityisesti, kuten psyykkisistä, syistä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisen järjestämisessä. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 17 § ja 22 §.)

Sairaalalla on usein toimeenpaneva rooli asumispalveluiden järjestämisessä. Vuonna 2016 suurin osa, 46 %, psykiatrian asumispalveluiden asiakkaista tuli sairaalasta palveluiden piiriin. Psykiatrisen osastohoidon aikana voidaan suorittaa tarvittavat tarpeiden ja palveluiden kartoitus, ja tämän jälkeen yhteistyössä kotikunnan kanssa järjestää asiakkaalle soveltuvaa asumispalvelua. Kaikkiaan psykiatrian asumispalveluita vuoden 2016 lopussa sai 7 707 henkilöä, joista 56,5 % sai ympärivuorokautista hoitoa. Asumispalveluita on tarjolla useanlaisia, riippuen asiakkaan tarpeista. Kevyimmillään tuki on itsenäistä asumista kotiin annettavien tukimuotojen kanssa, ja tiiviimmillään tuki on asumista palveluasunnossa, jossa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 18-20.)

3 SOSIAALITYÖ PSYKIATRIAN KENTÄLLÄ

Tässä luvussa käsitellään sosiaalityötä. Ensimmäisessä luvussa käsitellään sosiaalityön perustaa ja ammattieettisiä ohjeita, toisessa luvussa sosiaalityön tehtävää ja roolia terveydenhuollon ja psykiatrian toimintaympäristössä.

3.1 Sosiaalityön perustasta ja eettinen toiminta

Sosiaalityö instituutiona on vahvasti sidoksissa omaan aikaansa ja sen keskusteluihin ja näkemyksiin. Sosiaalityöntekijät ja asiakkaat ovat aina jossain tietyssä yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa sosiaalityölle hahmottuu tietynlaiset tehtävät. (Juhila 2006, 12.) Suomalaisessa kontekstissa sosiaalityö hyvinvointivaltion toimintaympäristössä, pääasiassa julkisella sektorilla, tapahtuvaa ammatillista toimintaa (Raunio 2004, 18). Valtakunnallisen yliopistoverkosto Sosnetin määritelmän mukaan sosiaalityöllä pyritään vahvistamaan olosuhteita, jotka edistävät ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä ja toimivuutta sekä yksilö- että yhteisötasolla. Sosiaalityö on yliopistokoulutuksen saaneen ammattihenkilön toimintaa, joka pohjautuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, ammatillis-tieteelliseen osaamiseen ja sosiaalityön eettisiin periaatteisiin. Työskentelyn perustana on yksittäisten ihmisten, perheiden ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointi, ja sen ratkaisuprosesseilla pyritään ihmisten selviytymistä tukevaan muutostyöhön. (Sosnet 2014). Sosiaalihuoltolain 15 § mukaan sosiaalityö on ”asiakas- ja asiantuntijatyötä, jossa rakennetaan yksilön, perheen tai yhteisön tarpeita vastaava sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus, sovitetaan se yhteen muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa sekä ohjataan ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta. Sosiaalityö on luonteeltaan muutosta tukevaa työtä, jonka tavoitteena on yhdessä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa lieventää elämäntilanteen vaikeuksia, vahvistaa yksilöiden ja perheiden omia toimintaedellytyksiä ja osallisuutta sekä edistää yhteisöjen sosiaalista eheyttä.”

Määritelmät kuvaavat sosiaalityötä tavoitteellisena ja suunnitelmallisena toimintana, jossa tavoitteena on auttaa muiden toimijoiden kanssa asiakkaita – yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä –

saamaan heille räätälöity palvelukokonaisuus. Sosiaalityön luonnehditaan pyrkivän asiakkaiden kanssa yhteistyössä lievittämään elämäntilanteen vaikeuksia, ja psyykkinen sairastuminen voikin olla yksi esimerkki elämäntilanteesta, jossa asiakkaat tarvitsevat sosiaalityötä ja erilaisten tukimuotojen kokonaisuuden rakentamista ja koordinoitua.

Sosiaalityöntekijän työtä ohjaa ammattieettiset periaatteet, jotka näkyvät asiakkuusprosessissa.. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentian (2017) laatimissa ammattieettisissä ohjeissa eettisiksi periaatteiksi nimetään *ihmisarvo ja ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, osallisuuden edistäminen, henkilön kokonaisvaltainen huomioiminen ja voimavarat sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus*. Sosiaalityössä kunnioitetaan jokaisen ihmisen oikeutta omanlaiseensa elämään, vapauteen ja koskemattomuuteen. Työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja annettava asiakkaalle tietoa käytettävissä olevista vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista tarjoten asiakkaalle näin mahdollisuuden valita niiden pohjalta itse. Poikkeus itsemääräämisoikeuden toteutumiseen voi kuitenkin tulla joissain tilanteissa, jos asiakkaan kyky tehdä omia valintoja on puutteellinen. Tällöinkin tilanteessa on tehtävä huolellista harkintaa sen suhteen, mitkä lakiin perustuvat rajoitustoimenpiteet ovat välttämättömiä ja todella tarkoituksenmukaisia asiakkaan kannalta. Osallisuuden edistämällä tarkoitetaan asiakkaan mukaan ottamista työskentelyyn ja hänen oman elämänsä asiantuntijuutta. Kokonaisvaltainen huomiointi ja voimavarat tarkoittavat asiakkaan sosiaalisen elämäntilanteen huomioimista, ja sen merkityksensä tunnistamista ja tunnustamista. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus on negatiivisen syrjinnän vastustamista, erilaisuuden ja monimuotoisuuden tunnustamista, resurssien ja voimavarojen tasapuolinen jakaminen sekä epäoikeudenmukaisen politiikan ja käytäntöjen vastustaminen.

3.2 Terveys- ja sosiaalityö ja psykiatria

Terveystieteiden organisaatioissa tehtävää sosiaalityötä voidaan kutsua terveys- ja sosiaalityöksi. Se on sosiaalityöntekijän toimintaa terveyspolitiikan ja terveydenhuollon organisaatioiden tavoitteiden mukaisesti (Kananoja 2017, 350.) Sosiaalityön rooli ja tehtävät terveydenhuollossa ovat moninaisia. Terveystieteiden organisaatioissa tapahtuva sosiaalityö perustuu ymmärrykseen sairauksien ja sosiaalisten tekijöiden keskinäisistä yhteyksistä. Sen tavoitteena on edesauttaa asiakkaiden ja heidän perheidensä sosiaalista ja yhteiskunnallista osallisuutta ja suoriutumista sairaudesta huolimatta, ja vaikuttaa siihen että taloudellinen toimeentulo olisi turvattu. Sosiaalityöllä tavoitellaan sosiaalisten ongelmien ehkäisemistä ja ratkaisemista. (Raunio 2000, 11; Linden 1999, 55.)

Sairaalassa sosiaalityöntekijät ovat sosiaaliturvan ja muun palvelujärjestelmän asiantuntijoita terveydenhuollon organisaatioissa. Sosiaalityöntekijöille kuuluu asiakkaiden taloudelliseen toimeentuloon ja sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset sekä toimeentulon turvaaminen. Sosiaalityöntekijän ammattitaitoon kuuluu myös sosiaaliseen toimintakykyyn ja kuntoutukseen liittyvien palvelutarpeiden kartoitus eli sosiaalityöntekijä on osaltaan rakentamassa asiakkaan tarvitsemaa palvelukokonaisuutta. (Lindén 1999, 20, 25). Vaikka psykiatriseen osastohoitoon tulevien potilaiden ensisijainen palveluiden tarve liittyy heidän sairautensa hoitamiseen, tulee sosiaalityön tarve sairaudesta aiheutuvien toimintakykyyn ja arkielämään liittyvien haasteiden kautta, joiden selvittämisessä sosiaalityöllä on oma roolinsa. Toimintakyvyn heikentyminen voi näkyä vaikeutena hoitaa omia asioita, kuten maksaa laskuja tai vuokraa, hoitaa kotia ja perhettä tai selvittää etuasioita. Asiakas voi tarvita käytännön tukea esimerkiksi etuuksien hakemisessa, eikä tällöin pelkkä neuvonta ja ohjaus riitä (Kananoja 2017, 353.) Tällöin sosiaalityöntekijä sekä selvittää mihin etuuksiin asiakkaalla voisi tilanteessaan olla oikeus että antaa asiakkaalle konkreettisen tuen hakemusten täyttämiseen.

Vaikka asiakkaiden sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset korostuvatkin sairaalan sosiaalityöntekijän työssä, ei terveysosiaalityötä tai psykiatrista sosiaalityötä voi kuitenkaan typistää ainoastaan näihin ohjaus- ja neuvontatehtäviin, sillä sosiaalityö kytkeytyy myös osaksi laajempaa kokonaisuutta. Sosiaalityö on osa kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitoa ja kuntoutusta, jossa huomioidaan fyysisten ja psyykkisten tarpeiden lisäksi myös sosiaalinen hyvinvointi. Tätä kokonaiskuvaava rakennetaan yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa osana moniammatillista tiimiä. Sosiaalityöntekijän rooli ja paikka tähän kokonaisuuteen tulee sosiaalisten ongelmien ymmärtämisen, yhteiskunnan palvelujärjestelmän asiantuntijuudesta. Sosiaalityöntekijän yhteistyökumppanit tässä kokonaisuudessa ovat pääasiassa lääketieteen ja hoitotieteen ammattilaisia. (Linden 1999.) Isoherrasen (2008, 34) määritelmän mukaan moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata asiakas- tai potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämä ja hänen hoitopolkunsaa. Moniammatillisessa yhteistyössä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen, ja tavoitteena on muodostaa yhteinen käsitys ja tavoite potilaan tilanteeseen, tarvittaviin toimenpiteisiin ongelmanratkaisuihin liittyen. Moniammatillista työtä voidaan tarvita moniongelmaisten asiakkaiden kanssa, joiden tilanteen edessä useampi ammattilainenkin voi olla hämmennyksissä (Arnkil & Seikkula & Eriksson 2001, 97) Tällöin asiakkaan tilanteesta voidaan rakentaa uudenlaista ymmärrystä, jota kukaan erityisosaaja ei voisi yksinään edes saavuttaa (Mönkkönen 2007, 128.)

Sosiaalityöntekijöiden työtä on koota asiakkaille tarvittavia palveluita niin toimeentuloon kuin asumiseenkin liittyen, ja kuten todettua, sosiaalityöntekijän näkemys asiakkaan tilanteesta pyrkii

kokonaisvaltaisuuteen. Sosiaalityöntekijän voi nähdä siis toimivan sairaalan ja sairaalan ulkopuolisen ympäristön rajalla. Ahon (1999, 200) mukaan sosiaalityöntekijöille muodostuukin luonteva rooli verkostojen kokoavana ja palveluita koordinoivana toimijana. Aulikki Kananoja (2017, 350-351) nimeää verkostotyön yhdeksi terveydenhuollon sosiaalityön perustehtäväksi. Mönkkösen (2007, 130) mukaan verkostotyöksi voi kutsua työmuotoja, joissa toimitaan yhdessä asiakkaan läheisverkoston sekä viranomaisverkoston kanssa, ja joissa hyödynnetään jokaisen toimijan näkemystä asiakkaan tarvitsemasta tuesta. Mönkkösen mukaan verkostotyötä voi hyödyntää tilanteissa, joissa asiakkaan asioissa on useita eri ammattilaisia, ja asiakkaan läheisverkostoa halutaan saada kuntoutumisen tueksi. Sosiaalityön koordinoiva rooli onkin todettu tärkeäksi eri palveluiden yhdistämisen ja jatkuvuuden kannalta (ks. Bland & Renouf 2001, 238).

Kaarina Mönkkönen (2007, 22-31) puhuu ammattilaisen osaamisen kolmesta ulottuvuudesta; substanssi-, vuorovaikutus- ja prosessiosaaminen. Jaottelun voi hyvin nähdä jäsentämässä sairaalan sosiaalityöntekijän työtä. Sosiaalityöntekijän keskeinen tietotaito liittyy jo aiemmin mainittuihin sosiaalityön palveluihin, etuustietämykseen ja työtä ohjaavaan lainsäädäntöön sekä alan muuhun tietoperustaan. Prosessiosaaminen viittaa työn vaihteellisuuteen ja oikea-aikaiseen kohdentamiseen. Asiakkaan hoito on prosessi, jossa sosiaalityöntekijän tehtävä on ymmärtää prosessin vaiheet ja tukea asiakasta tai työryhmää tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisessa. Otan esimerkiksi asiakkaan muuton sairaalasta asumispalveluyksikköön; sosiaalityöntekijän tulee hahmottaa prosessi asiakkaan tilannearviosta lähtien käytännön toteutukseen saakka, ja arvioida prosessin etenemistä. Samanaikaisesti sosiaalityöntekijä tekee työtä asiakkaan kanssa ja hänen rinnallaan suuren muutoksen keskellä; sosiaalityöntekijä osaa keskustella asiakkaan tarpeista ja toiveista, mutta myös tilanteen realiteeteista. Vuorovaikutusosaaminen liittyy kaikkeen kommunikointiin ja suhteiden luomisen taitoihin. Vuorovaikutusosaamista vaatii erilaisten näkemysten ymmärtäminen ja kontaktin rakentaminen asiakkaan ja muiden osallisten kanssa. Sosiaalityöntekijää haastaa työssään tilanteiden vaihtuvuus ja ihmisten erilaisuus, sillä ”patenttiratkaisuja” ei kaikkiin tilanteisiin löydy.

Psykiatriassa sosiaalityön voi nähdä tässä toteuttavan sen perinteistä tehtävänsä eli vaikeassa tilanteessa olevien ihmisten tukemista. Psykiatrian kentällä tapahtuvaa sosiaalityöhön voi liittää myös huolenpidon ja tuen elementtejä, sillä sosiaalityöntekijän tarjoaa konkreettista tukeaan asiakkaan elämäntilanteen ja tarvittavien palveluiden selvittelyyn. Sairaalan sosiaalityöntekijän työskentelyssä tuen näkökulma korostuu siitäkkin syystä, että he eivät tee hallintopäätöksiä, joita tehdään sosiaalihuollon organisaatioissa esimerkiksi aikuissosiaalityössä ja lastensuojelussa. Sairaalan sosiaalityöntekijän työstä voi nähdä tässä mielessä puuttuvan ainakin ilmeisimmät kontrollin elementit, jolloin tuen antamisen ja asiakkaan auttamisen elementti korostuu. Juhilan

(2006) mukaan olisikin kohtuutonta olettaa, että vaikeassa elämäntilanteessa olevat ihmiset jaksaisivat itse selvittää etuus- ja palveluviidakkoa, eivätkä he välttämättä edes hahmottaisi mihin heillä olisi oikeus. Kuvaisin tällaisessa tilanteessa rakentuvaa sosiaalityöntekijä-asiakassuhdetta Kirsi Juhilan sanalla huolenpitosuhde; huolenpitosuhteessa lähdetään siitä, että sosiaalityön asiakkaat eivät kaikissa tilanteissa ja kaikissa elämänvaiheissa selviä omillaan vaan tarvitsevat apua ja tukea, ja tällöin sosiaalityöntekijän tehtävä on huolehtia näistä asiakkaista tai siitä, että he saavat tarvitsemansa avun ja tuen muualta.

4 TYÖSKENTELYN VAIKEUDET

Tässä luvussa esitellään tutkielmassani olevia keskeistä käsitteistöä ja aiempaa tutkimusta ja kirjallisuutta tutkielman taustoittamiseksi. Ensimmäisessä luvussa esittelen tutkielmani keskeiset käsitteet ja niihin liittyvää monitulkintaisuutta. Toisessa luvussa esitellään sosiaalityöhön ja vaikeuden teemaan liittyvää aiempaa sosiaalityön kirjallisuutta ja tutkimusta sekä luvun lopussa psykiatria, hoitotieteeseen ja psykoterapian kentälle paikantuvia työskentelyn vaikeutta käsitteleviä tutkimuksia.

4.1 Tutkielmani monitulkintaiset käsitteet

Tässä luvussa avaan työssä käyttämiäni keskeisiä käsitteitä ja suhtautumistani niihin. Tutkielmassani toistuvat puhe työskentelyn vaikeudesta ja mielenterveyden häiriöistä. Tässä tutkielmassa olen kiinnostunut psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden käytännön työstä, keskeisimmistä työtehtävistä ja niiden määrittymisestä vaikeiksi. Sosiaalityöntekijät ovat sairaalassa työskentelemässä asiakkaita varten, jolloin kiinnostukseni kohdistuu kaikkeen siihen sosiaalityöntekijöiden tekemään työhön, mikä liittyy kiinteällä tavalla asiakkaan asioiden hoitamiseen ja edistämiseen. Tätä työn sisältöä on kuvattu alaluvussa 2.2. Terveyssoviaalityö ja psykiatria.

Konstruktiiivinen viitekehys on ohjannut suhtautumistani tutkielmassa keskeiseen käsitteeseen eli vaikeuteen. Vaikeuteen liitetään usein haastavuus, ongelmallisuus, raskaus, ei-toivottavuus ja negatiivinen lataus. Vaikeus ei kuitenkaan ole staattinen, absoluuttinen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ulkopuolella oleva irrallinen ”ilmiö”, vaan nimenomaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuva käsite. Tässä tutkielmassa kiinnostukseni kohdistuu siihen, miten ongelmat rakentuvat sosiaalisesti tuotettuina (Juhila 2012; Spector & Kitsuse 1995), ja totean, että vaikeus on jotain ajassa ja paikassa rakentuvaa, ei pysyvä asiantila, olosuhde tai kenenkään henkilön tunnusomainen piirre tai identiteetti. Tutkimukseen on kuitenkin tehtävä valintoja käytettävien käsitteiden suhteen, ja hyväksyä niihin liittyvä problemaattisuus, jotta tutkimuksen voi ylipäänsä tehdä.

Samaa konstruktivistista ymmärrystä on loogista jatkaa toki läpi tämän työn, ja ymmärtää että yhtä lailla myös tässäkin työssä käytettävä lääketieteen sanasto ja tieto ovat sosiaalisesti rakentunutta. Psykiatria on yhtenä lääketieteen erikoisalana luonnontiedeperustainen, mutta siinäkin keskeisenä välineenä on kieli; lääketiede pystyy hyödyntämään fysiologisia mittauksia diagnostiikassaan, mutta sen jälkeen kaikki tutkimustulokset, havainnot ja päätelmät on puettava sanoiksi kielen avulla ja käsitteiden kautta, mikä ei enää liity biologisiin ilmiöihin. (Freidson 1988; 207-208.) Myös tätä sairauksista käytettävää kieltä ja käsitteitä voidaan tarkastella historiallisina konstruktioina (Honkasalo 2000.) Lääketieteellä on kuitenkin vankka valta-asema sairauden määrittelyn suhteen. Valta-asemastaan käsin lääketiede pystyy määrittelemään, mitä pidetään sairautena, ja myös luomaan sosiaalisen roolin sairaudelle. Toisin sanoen lääketieteellä on vaikutusta kulttuurisen kehyksen luomiseen siitä, mikä tulkitaan oireeksi ja poikkeavuudeksi ja tavalla ”ollaan sairaita”. (Freidson 1988, 205-207.) Sosiaalisen näkökulmasta sairautta voidaan pitää poikkeamana vallitsevan kulttuurin ja ajan mukaisista normeista, jotka ovat sosiaalisesti tuotettuja. Kun jokin tällainen normeista ja yleisestä hyväksynnästä poikkeava käytös määritellään sairaudeksi, ymmärretään se jollain tapaa ei-toivottuna asiantilana, joka pitäisi pyrkiä palauttamaan kohti yleisesti hyväksyttyä normaalia. (Farone 2002, 101.)

Koska kaikkea kielenkäyttöä voidaan pohtia kriittisesti ja nähdä se sosiaalisesti rakentuvana, on syytä toimia näin myös psykiatrisen käsitteiden kohdalla eikä lääketieteenkään sanastoa voi nähdä absoluuttisena ja todellisuuden kuvana (Jokinen & Juhila & Suonio 1999; 40). Tutkielmassa en kiistä psyykkisten sairauksien olemassaoloa, mutta olen tietoinen siitä, että myös niitä rakennetaan sosiaalisessa todellisuudessa.

4.2 Aiempaa tutkimusta ja kirjallisuutta

Tiedonhakuvaiheessa perehdyin sosiaalityötä psykiatrian toimintaympäristössä käsitteleviin aiempiin tutkimuksiin ja opinnäytetöihin. Lisäksi etsin tutkimuksia ja kirjallisuutta, jotka käsitelivät sosiaalityöhön ja erityisesti sen käytäntöön liittyvää vaikeutta, haasteellisuutta tai ongelmallisuutta. Tiedonhakuvaiheessa totesin, että vaikeuden teemaa sosiaalityöntekijöiden kertomana ja tuottamana on tutkittu vähänlaisesti, ja varsinkin psykiatrian toimintaympäristössä aiheen tutkimukset painottuivat selkeästi muihin ammattiryhmiin ja tieteenaloihin. Muutoin sosiaalityön tutkimusta psykiatriaankin paikantuen on tehty, mikä näkyy muun muassa opinnäytetöissä. Pro gradu- tutkielmia sosiaalityön ja sosiaalityöntekijöiden paikasta ja tehtävästä psykiatriassa (ks. Pentikäinen 2011; Ylikoski 2013; Rotkus 2009; Haake 2009), asiakkaiden ja omaisten kokemuksista psykiatrisesta hoidosta (ks. Peltola 2017;

Pitkänen 2011) ja sosiaalityön merkityksestä asiakkaille (Pettinen 2016). Myös muiden ammattiryhmien näkemyksiä yhteistyöstä sosiaalityöntekijöiden kanssa on tutkittu (Tuovinen 2016). Pro gradu- tutkielmista löysin psykiatriseen toimintaympäristöön sijoittuvan ja omaa tutkimusaiheittani ja -asetelmaani lähelle tulevan tutkielman, jossa Raisa Kurkela (2013) tutki kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamia haasteita sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksia, joissa olisi kerätty tietoa oman työnsä vaikeuksista sosiaalityöntekijöiden itsensä kertomana, en psykiatriaan paikantuvista opinnäytetöistä löytänyt.

Sosiaalityön kirjallisuudessa ja tutkimuksessa on puhuttu vaikeudesta useista näkökulmista. Ensimmäisenä käsittelen vaikeuden sosiaalista rakentumista, jonka jälkeen käsitellään tutkimuksia, joissa sosiaalityöntekijät ovat itse tuottaneet aineistoa työskentelynsä haasteista. Tällaisia tutkimuksia löytyi käytännön työn eettisiin haasteisiin sekä moniammatillisiin tiimeihin liittyen. Lopuksi esittelen myös lääketieteen, hoitotieteen ja psykoterapeuttiseen työhön liittyviä vastaavia tutkimuksia.

Omaa tutkielmaani lähemmäksi sosiaalityön kirjallisuudessa tulivat ne aiheet, joissa käsiteltiin sitä millä tavoin jokin asia tai tilanne rakennetaan, tulkitaan ja kategorisoidaan ongelmalliseksi sosiaalisessa toiminnassa (mm. Jokinen & Juhila & Pösö 1995; Jokinen & Juhila & Suoninen 2012; Juhila 2003.) Vaikeuden ja ongelmien voi ymmärtää rakentuvan ja saavan merkityksensä aina suhteessa siihen, mitä pidetään hyvänä, toivottavana ja odotettuna. Juhila (2003) on kirjoittanut vaikeuden teemaan sivuavasti työntekijöiden ja asiakkaiden välisestä vuorovaikutuksesta ja puheesta. Juhila kirjoittaa siitä, kuinka asiakkaan kieltäytyminen hänelle valmiiksi kirjoitetun hyvän asiakkaan roolista siirtää hänet ”kelvottoman” tai ”epäsopivan” asiakkaan rooliin. Ongelmallisuus rakentuu siitä, ettei asiakas ole valmis ottamaan vastaan sosiaalityöntekijän tekemiä määritelmiä itsestään ja ongelmistaan. Vaikeus ja ongelma tuotetaan siis vuorovaikutuksessa, kun sosiaalityöntekijä pyrkii asettamaan asiakkaan sosiaalityöntekijän näkemykset ja ehdotukset hyväksyvään, hyvän asiakkaan rooliin, jota asiakas kuitenkin vastustaa. Asettumalla kyseenalaistavalle ja sosiaalityöntekijän ongelmamäärittelyistä piittaamattomalle kannalle, asiakas ei täytä niin sanotun hyvän asiakkaan kriteerejä.

Ongelmissa voidaan puhua myös moraalisen järjestyksen murtumisesta. Juhila (2012) kirjoittaa, että ongelmiksi tunnistetaan ja tulkitaan ne tilanteet, joissa odottamattomalla tavalla irrottaudutaan totutusta rutiinista ja moraalisesta järjestyksestä, ja toimitaan poikkeavaksi tunnistettavalla tavalla. Ongelma on siis toiminnassa tuotettua. Ihmisillä ja yhteisöillä on sosiaalisesti tuotettu tietopohja, jonka avulla he tietävät mikä on heidän kulttuurissaan poikkeavaa ja ei-toivottavaa toimintaa. Tämä tietopohja on moraalista järjestystä, jonka

mukaisesti tiedämme kuinka milloinkin ja missäkin tilanteessa kuuluu toimia. (Juhila 2012; 131-132; 142-143)

Juhila, Hall ja Raitakari (2010) ovat tutkineet kuinka mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asumisyksikön työntekijät selittävät asiakkaiden hankalaksi kokemaansa käytöstä; tutkijat eivät määrittele tutkimuksessaan hankaluutta käsitteenä tai sen sisältöä vaan tutkimuksen kohteena ovat työntekijöiden selvitykset asiakkaiden toiminnan selittämisen tavoista. Selityksiä löytyi kolmenlaisia. Yhtäältä toimintaa selitettiin asiakkaan omana valintana, johon liittyy asiakkaan vastuunkanto käytöksestään. Toisaalta työntekijät selittivät ongelmallista käytöstä myös sillä, että sen takana oli asiakkaan sairaus tai puutteellinen kyky arvioida toimintaa, jolloin sairaan asiakkaan vastuuta selitettiin jollain tapaa pois. Kolmantena selitystapana rakentui selittäminen asiakkaan ihmissuhteiden ja verkoston kautta, jolloin asiakas nähtiin olleen väärässä seurassa ja siinä yhteydessä tullut toimineeksi väärin.

Käytännön sosiaalityön vaikeutta on tutkittu eettisten ongelmien näkökulmasta sosiaalityöntekijöitä haastatteleamalla. Anna Metterin (1993, 90) mukaan sosiaalityöntekijät joutuvat kohtaamaan ristiriitaisia tilanteita, joihin ei ole olemassa ”oppikirjavastauksia” kuten tilanteissa joissa asiakkaan ja organisaation toimintapolitiikan, hallinnon tai yhteiskunnan edut ovat ristiriidassa keskenään ja työntekijä on periaatteessa lojaalisuhteessa useisiin osapuoliin. Sosiaalityöntekijöiden kokemuksissa myös ihmisten keskenään ristiriitaiset edut ja rajaustilanteet tuottavat vaikeutta; sosiaalityöntekijät joutuvat rajaamaan asiakkailta palveluja ja tekemään kielteisiä päätöksiä. Sosiaalityöntekijä joutuu ristiriitaiseen tilanteeseen ja ikään kuin portinvartijan rooliin pohtiessaan missä kohtaa asiakkailta voidaan lopettaa palvelu, jota asiakkaat itse haluavat, mutta jonka sosiaalityöntekijä arvioi kuitenkin hyödyttömäksi. (Reamer 1983). Pro gradu- tutkielman sosiaalityöntekijöiden kokemista eettisesti vaikeista tilanteista on tehnyt Kaisa Mahlanen (2008). Mahlasen raportoimissa tutkimustuloksissa tuli esille työntekijöiden itseensä liittyvät haasteet kuten tehdyn työn riittämättömyys, oma kokemattomuus; työolosuhteisiin vaikutti myös liittyvät kiire jolloin aikaa reflektoinnille ei jää. Lisäksi tutkimustuloksissa on mainittu vaikeat, eettiset umpikujatilanteet. Aineistossa kuvattiin myös tilanteita, joissa sosiaalityöntekijän omat toimintavaltuudet ja -mahdollisuudet olivat niukat, jopa olemattomat, ja jolloin tilanteessa ratkaisu tuli muulta taholta. Myös työyhteisön piirissä tapahtuva, toisen ihmisen epäeettisen toiminnan on todettu olevan vaikea tilanne; tällöin työntekijän tulisi päättää raportoiko työtoverinsa toiminnasta eteenpäin vai ei, jolloin taas asiakkaat voivat kärsiä (Millstein 2000).

Työyhteisöön ja moniammatilliseen yhteisöön liittyvää tutkimusta on tehty psykiatrian toimintaympäristössä. On tutkittu, että moniammatillisessa yhteistyössä tekemisen vaikeudet

ovat paikantuneet sosiaalityön asemaan, työtehtäviin, paineisiin ja statuskysymyksiin. Tästä näkökulmasta on tuotu esille sosiaalityöntekijöiden ja muiden ammattiryhmien roolien ja tehtävien epäselvyyden sekä voimasuhteiden epätasapainon negatiivinen vaikutus sosiaalityöntekijöiden työskentelyyn (Ambrose-Miller ja Ashcroft 2016, 103-107). Myös eri ammattiryhmien työn viitekehykset (lääketieteellinen vs. sosiaalinen), toimintamallit sekä kokemus sosiaalityöntekijän ammatin, osaamisen ja potentiaalın sivuuttamisen kokemus voivat aiheuttaa jännitteitä työlle (Frost & Robinson & Anning 2005, 189-190; Mizrahi & Berger 2001). Toisaalta sosiaalityöntekijöihin voidaan kuitenkin kohdistaa paljon paineita ja epärealistisia odotuksia palveluiden järjestämiseksi ja haastavat ja muuttuvat työskentelyolosuhteet vaikeuttavat yhteistyötä muiden työntekijöiden kanssa (Mizrahi & Berger 2001). Sosiaalityöntekijöiden asemaa moniammatillisessa tiimissä voi heikentää myös ammatin asemoituminen tiimin ja verkoston välimaastoon, jolloin sosiaalityöntekijä ei lääkärivetoisessa työryhmässä saa niin tukevaa jalansijaa. Sosiaalityöntekijä voi myös kokea, ettei työryhmässä jaeta samalla tavalla sosiaaliseen oikeudenmukaisuuden nojaavaa arvopohjaa (Bland & Renouf 2001, 240). Jukka Hirvonen (2017) on pro gradu-tutkielmassaan tutkiessaan moniammatillisuutta, joskin sosiaalihuoltoon sijoittuen, sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta todennut samankaltaisia haasteita. Esille nousivat työn kiire, jolloin yhteiseen pohdintaan moniammatillisen työryhmän kanssa ei ollut aikaa, mikä uskoakseni pätee jossain määrin myös terveydenhuollon työhön. Lisäksi esille nousi sosiaalityön roolin epäselvyys.

Olen tiedonhakuvaiheessa tukeutunut myös muiden ammattiryhmien ja tieteenalojen parissa tehtyyn tutkimukseen työskentelyn vaikeudesta. Hain psykiatrian toimintaympäristöön ja psykiatriaan, hoitotieteen ja psykoterapiaan liittyviä tutkimuksia. Näiden alojen tutkimusta yhdisti painottuminen asiakassuhteisiin, asiakkaiden käytösoireisiin ja työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutussuhteisiin. Näissä tutkimuksissa vaikeus on pitkälti asiakkaiden sairauteen liitettyä, ja sillä selittyviä. Psykoottisesti oireileviin asiakkaisiin liitetään sairautentunnoton käytös, persoonallisuushäiriöihin taas ristiriitaisuus, vaativuus ja manipuloivuus. (Koekkoek & Hutschemaekers & van Meijel & Schene 2006; Koekkoek & van Meijel & van Ommen & Pennings & Kaasenbrood & Hutschemaekers & Schene 2010.) Asiakkailla voi olla myös pitkittyneitä ongelmia. Hoitohenkilökunnan parissa tehdyissä tutkimuksissa onkin tullut esiin, että nämä kompleksiset tilanteet ja sosiaaliset ongelmat ovat yhteydessä työntekijöiden negatiivisiin käsityksiin asiakkaitensa ongelmista (Koekkoek & van Meijel & Tiemen & Schene & Hutschemaekers 2011). Pitkittyneitä ja kasaantuneita ongelmia on haastava hoitaa, ja eikä hoidolla päästä monimutkaisissa ongelmassa enää välttämättä toivottuihin tuloksiin. Moniongelmaiset asiakkaiden voi myös olla vaikea sitoutua hoitoon. (Sperry 2005; Berger & Morrison 1984; Munich & Allen 2003). Ammattilaisten

mielissä asiakas ei välttämättä myöskään osoita oikeanlaista motivaatiota parantuakseen. Työntekijöiden tulkinnan mukaan asiakas saattaa käyttäytyä vaikeasti ja asiaan sopimattomasti tai avunhakemisen tavat ovat jotenkin epätavanomaiset (Koekkoek ym., 2006).

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen toteutusta. Ensimmäisessä luvussa esitellään tutkielman teoreettinen viitekehys sosiaalinen konstruktionismi ja diskurssianalyysi. Toisessa luvussa esitellään tutkimuskysymykset ja aineisto sekä kolmannessa luvussa tutkimukseeni liittyviä eettisiä kysymyksiä.

5.1 Viitekehystenä sosiaalinen konstruktionismi ja diskurssianalyysi

Tämä tutkielma on luonteeltaan laadullinen tutkimus. Olen halunnut lähestyä tutkimusaiheeni eli sosiaalityöntekijöiden työskentelyn vaikeutta pohdiskelevasta ja ymmärtävästä näkökulmasta, mihin laadullinen menetelmäsuuntaus tarjoaa mahdollisuuden. Laadullinen tutkimus keskittyy tutkimaan ihmisten vuorovaikutussuhteissa rakentamia tulkintoja ja merkityksiä, ja se huomioi tutkittavan ilmiön yhteiskunnallisen ja historiallisen kontekstin. Sen tavoitteena on myös lisätä ymmärrystä ja tuoda keskusteluun uusia näkökulmia, ja tällä tutkielmalla pyrin omalta osaltani ottamaan osaa sosiaalityön keskusteluun ja moniulotteistamaan sitä. Laadullisesta menetelmäsuuntauksesta olen saanut välineet tutkia kiinnostukseni kohteena olevaa vaikeuden rakentumista. Olen valinnut tutkielmaan teoreettiseksi viitekehyykseksi sosiaalisen konstruktionismin ja diskurssianalyysin, jotka ovat olleet taustalla ohjaamassa tutkielmani tekemistä ja orientaatiota. Muutoin tutkimusprosessin on ollut laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti polveileva ja koko ajan muovautuva; tutkimusprosessin vaiheet ovat vuorotelleet ja itse tutkimusongelma on myös muuttunut ja muokkautunut prosessin aikana. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 141-142; Eskola & Suoranta 1998, 15-16; Alasuutari 1999; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 1997, 126).

Sosiaalisen konstruktionismin keskeinen ajatus on, että todellisuutta rakennetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja tässä rakentamisessa kielellä on olennainen merkitys. Kieli on väline, jolla ihmiset tuottavat todellisuuksia ja merkityksellistävät niitä. Sosiaalinen konstruktionismi kyseenalaistaa perinteisen luonnontieteellisen ymmärryksen todellisuuden, havaintojen ja käsitteiden pysyväisestä ja objektiivisesta luonteesta, ja esittää että nämä kaikki ovat sosiaalisessa kontekstissa, historiallisesti ja kulttuurisesti tuotettuja. (Burr 2003). Vaikeutta

onkin yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa perusteltua tutkia konstruktivistisesta viitekehystä, koska se ottaa huomioon käsitteiden ja tulkintojen muovautuvuuden ja suhteet sosiaaliseen ympäristöön. Konstruktivistisessä tutkimuksessa ja tulkinnassa painotetaan sitä, että mitkään olosuhteet tai käyttäytyminen eivät sinänsä ole sosiaalisia ongelmia vaan ne muodostuvat sellaisiksi vasta määrittelyn kautta (Spector & Kitsuse 1987.) Koska käsitykset todellisuudesta rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, on tähän liittyen hyväksyttävä myös samalla hyväksyttävä se, ettei yhden ehdottoman totuuden tavoittaminen ole mahdollista (Hirsjärvi & Hurme 2011, 18).

Tutkielman aineisto muodostuu sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastatteluista. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty diskurssianalyysiä, joka on konstruktivistiseen näkemykseen pohjautuva väljäkö tutkimuksellinen viitekehys. Diskurssianalyysissä ollaan kiinnostuneita siitä, miten kieltä eri konteksteissa ja eri aikoina käytetään, miten ilmaisun käyttöä selitetään sekä millä tavoin merkityksiä neuvotellaan uudelleen. Kieli ei siis ole ajatusten ja viestinnän ”puhdas” väline vaan se on jatkuvasti muuttuva, eikä sanoilla ole yhtä pysyvää merkitystä. (Jokinen & Juhila & Suoninen 1993, 18-21; Burr 2003; Pietikäinen & Mäntynen 2009, 141-142). Jokinen, Juhila ja Suonien (1993, 26-27) määrittelevät diskurssin verrattain eheäksi ja säännönmukaiseksi merkityssuhteiden systeemiksi, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavaa sosiaalista todellisuutta, ja jossa merkitysten ajatellaan muodostuvan suhteessa toisiinsa. Diskursseja tutkitaan ja tulkitaan suhteessa niiden ajalliseen ja kulttuuriseen kontekstiin, jossa ne ovat tuotettuja. Ne kytkeytyvät sosiaalisiin olosuhteisiin, ja niitä tuotetaan, uusinnetaan ja muunnetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä, ja niiden ajatellaan muodostavan merkityksen suhteessa toisiinsa. Sairaus ja terveys ovat vastinparit, yksinkertaistetut kategoriat, jotka saavat merkityksensä suhteessa toisiinsa. Samoin vaikeus saa merkityksensä suhteessa siihen, mitä pidetään helppona, luontevana, vaivattomana.

Diskurssianalyysiin liittyvät myös subjektiposition ja toimijuuden käsitteet. Arkikeskustelussa olemme usein kiinnostuneita siitä, mitä joku ihminen on sanonut ja tehnyt, jolloin huomio kohdistuu häneen henkilönä. Diskursiivisessa tutkimuksessa ei niinkään olla kiinnostuneita toimijasta itsestään tai hänen ”sisäisestä” olemuksestaan, vaan siitä millä tavalla toimijasta puhutaan tai miten sitä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ”esitetään” ja millaisia positioita, asemia, hänelle rakentuu. Muita käytettyjä rinnakkain käytettäviä käsitteitä ovat subjektipositio ja identiteetti (Wetherell & Potter 1992, 78.)

Laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti aineistoa on käsitelty valitun teoreettisen viitekehysten ja kysymyksenasettelun kautta. Ne ovat ohjanneet minua tarkastelemaan

aineistoani sen mukaan, mikä niiden kannalta on olennaista (Alasuutari 1999, 40.) Tutkielmassani olen siis kiinnostunut siitä, millä tavoin sosiaalityöntekijät konstruoivat työskentelyn vaikeutta puheessaan. Haastateltavien puheen ei siis katsota määrittelevän vaikeutta. Ei voida myöskään katsoa, että haastateltavien puhe olisi puhtaasti ainoastaan heidän henkilökohtaista puhettaan, vaan yksilöiden käyttämä kieli ja nimeämisprosessit kiertyvät väistämättä johonkin laajempaan yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen kontekstiin, sillä kielenkäyttäjällä on aina suhteessa johonkin kulttuuriseen taustaan. Yksittäisen kielenkäyttäjän puheeseen kirjautuu myös yhteiskunnallisia, kulttuurisia ja instituutiotasoisia arvoja ja normeja. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 18; Jokinen & Juhila & Suoninen 2012; Pietikäinen & Mäntynen 2009). Sosiaalityöntekijöiden puheen tutkiminen onkin tärkeää, koska sen voi avata reitin myös yhteiskunnallisen ja kulttuurisen kontekstin tutkimiseen.

5.2 Tutkimustehtävät ja aineiston kuvaus

- Mihin työskentelyn vaikeus psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden puheessa paikantuu?
- Millaisia työskentelyn vaikeuden diskursseja puheessa rakentuu?
- Millaisia positioita rakentuu sosiaalityöntekijöille ja muille osallisille?

Aineiston kerääminen

Tämän tutkielman aineiston koostuu kahdesta sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastattelusta. Aineiston keräämiseen on myönnetty asianmukainen tutkimuslupa. Sairaanhoidopiirin aikuispsykiatrian vastualuejohtaja myönsi maaliskuussa 2016 tutkimusluvan kahteen 3-5 sosiaalityöntekijän ryhmähaastatteluun. Haastateltavien rekrytoinnissa apuna oli sairaanhoidopiirin johtava sosiaalityöntekijän, joka esitteli tutkimussuunnitelmaa sosiaalityöntekijöiden kokouksessa ja välitti sosiaalityöntekijöille haastattelupyyntöni. En asettanut sosiaalityöntekijöiden valikoinnille mitään etukäteiskriteerejä esimerkiksi työhistorian suhteen, vaan tarkoitukseni ja toiveeni oli saada haastateltavaksi asiasta kiinnostuneita ja innostuneita sosiaalityöntekijöitä. Haastateltavaksi ilmoittautuikin neljä sosiaalityöntekijää, joihin oli sähköpostitse yhteydessä ennen haastatteluja. Tarjosin heille myös mahdollisuutta keskustella tarkemmin tutkimuksestani vielä etukäteen, mutta tähän työntekijät eivät kokeneet tarvetta.

Aineistonkeruumenetelmänä olen käyttänyt teemoiteltua ryhmäkeskustelua. Vuorovaikutuksellinen aineistonkeruutapa sopii tämän kaltaiseen, vähän tutkittuun ilmiöön, josta on tarkoitus tutkia erilaisia merkityksiä. Lisäksi kasvokkainen vuorovaikutustilanne

tekee helpoksi esittää tarkentavia kysymyksiä ja oikaista väärinymmärryksiä. (Hirsjärvi ym. 1997; Alasuutari 1999). Aineistonkeruutavaksi valitsin ryhmäkeskustelun sen tehokkuuden että aineiston tuottamisen kannalta sillä ryhmätilanteessa ryhmän vuorovaikutus ja keskustelu itsessään tuottavat aineistoa. Ryhmäkeskusteluun ja vähemmän tutkitun aiheen tutkimiseen teemahaastattelun mukainen malli sopii hyvin. Sen mukaisesti keskusteluun on ennalta valittu tietyt aihepiirit, joissa liikutaan joustavasti tilanteen mukaan, mutta kuitenkin kaikki teemat kaikkien osallistujien kanssa läpikäyden. Teemahaastattelun periaatteita noudattamalla on ollut tarkoitus mahdollistaa ryhmän vapaamuotoinen keskustelu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48; Eskola & Suoranta 2000, 86-87.)

Keskusteluja tehtiin kaksi, ensimmäinen huhtikuussa ja toinen toukokuussa 2016 ja niissä haastateltiin samoja työntekijöitä; ensimmäisessä neljä ja jälkimmäisessä kolme yhden työntekijän ollessa estynyt osallistumasta jälkimmäiseen keskusteluun. Kahteen keskusteluun päädyin seuraavista syistä; ryhmäkeskustelussa aikaa yhtä työntekijää kohti on vähemmän, koska haastattelun pituutta ei voi osallistujien jaksamisen eikä myöskään käytännössä aikataulujen kannalta yhdellä kertaa venyttää kohtuuttoman pitkäksi jolloin kahdella eri keskustelulla saatiin kerättyä enemmän aineistoa. Toisekseen kahden keskustelun strategialla sain tehtyä ensimmäisen keskustelukerran jälkeen teemoitellun välianalyysin, jonka tuloksia hyödynsin toisella keskustelukerralla menemällä syvemmälle esiin tulleisiin teemoihin.

Keskusteluja toteutettiin sairaalan sosiaalityöntekijöiden taukotilassa. Sosiaalityöntekijät tunsivat toisensa entuudestaan ja olivat siis työtovereita. Keskustelut aloitettiin kahvittelulla ja yleisemmällä keskustelulla heidän työstään ja työtilanteestaan, sillä tarkoitus oli tehdä aloitustilanteesta vapaamuotoisempi ja johdattaa keskustelua luontevammin kohti keskustelukysymyksiä. Ensimmäisen keskustelun alussa paneuduin kertomaan sosiaalityöntekijöille tutkimukseni tarkoituksesta ja toteutuksesta tarkemmin. Kävin läpi keskustelurungon, mikä osoittautuikin tarpeelliseksi, sillä jostain syystä liitetiedosto ei ollut kaikkia sosiaalityöntekijöitä tavoittanut. Tutkimuksestani käytiin kuitenkin keskustelua, ja avasin haastateltaville tutkimukseni orientaatiota ja tarkoitusta vielä uudelleen. Informoin haastateltavia aineiston anonymisoinnista, säilytyksestä sekä äänitetyn ja litteroidun aineiston hävittämisestä tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Sosiaalityöntekijät allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen keskustelujen äänittämiseen.

Ennen ensimmäistä keskustelua pyrin kysymysten ja teemojen muotoilulla mahdollistamaan sen, että tuotettava aineisto lähtisi mahdollisimman pitkälti sosiaalityöntekijöiltä itseltään. En siis valinnut ennalta muita erityisiä teemoja kuin asiakassuhteet, jonka avulla halusin ohjata keskustelua koskemaan nimenomaan asiakkaita koskeva työtä, enkä esimerkiksi

kehittämiseen tai vaikkapa opiskelijanohjaukseen liittyvää työtä. (Ks. liite 1: ensimmäinen ryhmäkeskustelu).

Ryhmäkeskusteluissa tutkijan rooli on rohkaista osallistujia keskinäiseen keskusteluun, kommentointiin ja pohdintaan (Kitzinger & Barbour 1999, 4). Tutkijan roolissa en kuitenkaan itse osallistunut itse aiheesta keskusteluun, vaan pyrin rohkaisemaan ja ohjaamaan keskustelua välikysymyksillä, non-verbaalisella viestinnällä kuten nyökkäyksillä, toistamalla kiinnostuneena puhujan käyttämiä käsitteitä asioista joista halusin kuulla lisää jne. (Valtonen 2010; Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi?) Kaikki osallistujat keskustelivat kaikista keskustelurungon kysymyksistä, mutta jonkin verran oli havaittavissa eroa osallistujien aktiivisuuden välillä. Pyrin kysymyksilläni huomioimaan myös vähemmän äänessä olleet, ja luomaan keskustelussa tilaa myös heille. (Valtonen 2010; mt.)

Ensimmäinen keskustelu eteni pääpiirteissään laaditun keskustelurungon mukaisesti vaikka polveilua teemojen välillä olikin. Pyysin sosiaalityöntekijöitä kertomaan aluksi perustietoja heidän osastoistaan kyetäkseen kontekstoimaan heidän kertomaansa. Tämän jälkeen pyysin sosiaalityöntekijöitä kuvailemaan heidän keskeisimpiä työtehtäviään ja millä tavalla heidän työtehtävänsä sujuvat silloin kun kaikki sujuu hyvin ja odotetusti. Tämän kysymykseen peilaten pyysin heitä pohtimaan missä kohdissa asioista tai työskentelystä tulee vaikeaa. Tapausesimerkeistä olin pyytänyt heitä etukäteen miettimään yhtä tai kahta esimerkkiä, joissa he olivat kokeneet työskentelyn jostain syystä vaikeaksi.

Toista keskustelua varten lähetin sosiaalityöntekijöille välianalyysin mukaiset teemat, jotka olivat asiakkaat, omaiset, työryhmä, yhteistyö muihin viranomaisiin. Toinen keskustelu syvennyttiin näihin teemoihin.

Aineiston kuvaus

Tutkielman aineisto muodostuu kahdesta teemoitellusta ryhmäkeskustelusta, joista ensimmäinen oli kestoltaan 1 tunti 30 minuuttia ja toinen 1 tunti 40 minuuttia. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 50 sivua. Yksi haastateltavista oli estynyt osallistumasta jälkimmäiseen haastatteluun, ja koska kyseessä on ryhmämuotoinen aineistonkeruu, päätin olla haastattelematta kyseisestä työntekijää yksinään. Kolme henkilöä on hyväksyttävä, joskin pieni määrä keskustelijoita. Keräämäni aineisto ei ole määrältään kovin laaja, mutta katson ryhmäkeskustelun tuottaneen hyvin laajan kirjon aineistoa tiiviillä tavalla.

Haastateltavat sosiaalityöntekijät työskentelivät psykiatrisen sairaalan aikuispsykiatrian eri osastoilla. Osastojen kaikki asiakkaat olivat siis täysi-ikäisiä. Kaikilla osastoilla hoidetaan psykoosisairauksia sairastavia asiakkaita, ja osa hoidoista toteutetaan tahdosta riippumatonta hoitoa.

Osastolla 1 hoidetaan psykoosisairauksia, mielialahäiriötä ja persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita. Osastolla on valmius hoitaa aggressiivisesti tai uhkaavasti toimivia potilaita. Hoitoaika osastolla on noin kaksi viikkoa. Osastolta potilaat joko kotiutuvat tai ohjautuvat jatkohoitoon kuntoutusosastoille.

Osastolla 2 hoidetaan psykoosia sairastavia potilaita. Hoitoaika on keskimäärin noin kaksi viikkoa, joidenkin potilaiden kohdalla jopa kuukauden. Potilaat kotiutuvat osastolta omaan kotiin tai asumispalveluyksiköihin.

Osastolla 3 hoidetaan pääasiassa psykoosisairauksia sairastavia nuoria aikuisia. Keskimääräisen hoitoaika on hieman yli kuukausi, mutta joidenkin potilaiden kohdalla hoito saattaa olla jopa vuodenkin verran. Kuntoutusjakson jälkeen potilaat joko palaavat omaan asuntoon tai siirtyvät asumispalveluiden piiriin.

Osastolla 4 hoidetaan pitkäaikaispotilaita, joiden hoito on erityisen vaativaa. Potilaista suurin osa sairastaa skitsofreniaa. Osaston keskimääräinen hoitoaika oli noin kymmenen vuotta. Osastohoidosta potilaat siirtyivät avohoitoon ja asumispalveluyksiköihin.

Sosiaalityöntekijöiden keskeisimmät työtehtävät

Sosiaalityöntekijöiden nimesivät kaikki keskeisimmiksi työtehtävikseen asiakkaiden asumiseen ja taloudellisiin ongelmiin liittyvän selvitys- ja ohjaustyön. Sosiaalityöntekijät ohjaavat ja avustavat potilaita sosiaalivakuutuslain mukaisten etuuksien ja toimeentulotuen hakemisessa. Tärkeänä ja keskeisenä tehtävänä on tarvittaessa asumisen järjestäminen ja turvaaminen, mikäli asiakkaalla on ongelmia asumisen kanssa. Sosiaalityöntekijät kertoivat laativansa asiakkaan kotikuntaan palvelupyynnön, jossa he ovat arvioineet ja eritelleet asiakkaan tilannetta ja tuen tarvetta. Yhteistyössä kotikunnan kanssa sosiaalityöntekijä selvittää kysymykseen tulevia asumispalveluita. Sosiaalityöntekijät avustivat asiakkaita myös häätötilanteiden selvittämisessä. Toimintakykyisempien asiakkaiden kohdalla sosiaalityöntekijä saattaa antaa ohjausta asiakkaan hoitaessa itse varsinaiset konkreettiset toimet. Sosiaalityöntekijöiden työhön kuuluu myös edunvalvontaprosesseissa toimiminen. Sosiaalityöntekijät täyttävät maistraatille ilmoituksia edunvalvonnan tarpeesta, tai avustavat asiakkaita täyttämään hakemuksen mikäli asiakas itse on edunvalvontaa hakemassa.

Sosiaalityöntekijät työskentelevät osana osaston moniammatillista tiimiä, johon kuuluvat myös lääkärit, hoitajat ja erityistyöntekijät psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja työtoimintojen ohjaajat. Sosiaalityöntekijät tekevät yhteistyötä lääkäreiden kanssa lausuntoasioissa, kun tarvitaan lausuntoja etuuksien tai edunvalvonnan hakemista varten. Sosiaalityöntekijät myös tuovat sosiaalisen asiantuntemusta asiakkaiden tilanteiden selvittämiseen.

Sosiaalityöntekijät eivät aina pääse seuraamaan aloitettuja prosesseja loppuun saakka, sillä asiakkaat saattavat kotiutua esimerkiksi ennen kuin toimeentulotuki- tai edunvalvontahakemukseen on tullut päätös. Yhteistyösuhde asiakkaan kanssa päättyy asiakkaan kotiutuessa sairaalasta, jonka jälkeen prosessien seuranta siirtyy avohoidon vastuulle, kuten mielenterveystoimiston ja sosiaalitoimiston vastuulle.

Huomautuksena vielä mainittakoon, että aineiston keräysvuonna 2016 perustoimeentulotuen käsittely oli vielä kuntien sosiaalihuollon tehtävänä. Kun otteissa puhutaan toimeentulotuen hakemisesta sosiaalitoimesta, voidaan tällöin tarkoittaa myös perustoimeentulotuen hakemista. Perustoimeentulotuen käsittely siirrettiin Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi 1.1.2017.

Aineiston analyysi

Nauhoitettu aineisto siirrettiin keskustelujen jälkeen kahdelle muistitikulle sekä tietokoneelle, ja alkuperäiset nauhoitteet tuhottiin nauhureilta. Aineiston litteroitiin sanatarkasti.

Diskurssianalyysi on puheen ja tekstin tutkimista, ja pääosassa ovat puhettavat, eivät puhujat. Tästä syystä olen pyrkinyt luku- ja analysointivaiheessa käsittelemään aineistoa mahdollisimman pitkälle yhtenä tekstimassana, ja olen erilaisin menetelmin pyrkinyt hälventämään puhujien tunnistettavuutta ja puheen liittämistä tiettyyn haastateltavaan. Olen kiinnittänyt huomiota erityisesti aineiston anonymisointiin tärkeänä osa tutkimusta. Aineisto on anonymisoitu poistamalla kaikki paikannimet, sukupuoleen ja ikään viittaavat tiedot, sillä niillä ei ole analyysin kannalta merkitystä. Myös tunnistettavissa olevien paikallisten organisaatioiden erisnimet sekä osastojen tunnukset on muutettu aineistossa.

Tutkimukseni aineistoa olen lähtenyt jäsentämään Ilkka Pietilän (2010; 230) esittämän kolmen kysymyksen *mitä*, *miten* ja *miksi* kautta. Tutustuakseni aineistoon lähdin lukemaan ensimmäisen ryhmäkeskustelun jälkeen esittämällä sille ensimmäisenä *mitä*-kysymyksen; tuon kysymyksen tavoitteena on erotella ja luokitella aineistoa sekä hahmottaa mistä kaikesta haastateltavat puhuvat. Ensimmäisellä lukukerralla esitin aineistolle kysymyksen, mitä työskentelyn vaikeudesta puhutaan ja mitä vaikeus sosiaalityöntekijän puheessa on. Tässä vaiheessa jäsenin aineistoa koodaamalla tiettyjä avainsanoja, jotka ryhmittelin ja teemoittelin. Tämä työvaihe tuotti tuloksena seuraavat teemat: asiakkaat, omaiset, työryhmä, yhteistyö muihin viranomaisiin. Nämä teemat myös lähetin tiedoksi haastateltaville ennen toista aineistonkeruutapaamista. Toisen keskustelun aineiston käsittelin samalla tavalla teemoitellen, ja tämän jälkeen yhdistin aineistojen tekstit yhdeksi tiedostoksi. Lähdin tarkentamaan ja syventämään näitä paikannuksia ja teemoitteluja vastatakseni toiseen Pietilän

esittämään kysymykseen *miten* erilaisia näkemyksiä kuvattiin ja selitettiin ja millaisia vaihteluita niissä oli. Kävin aineiston systemaattisesti läpi tässä vaiheessa kaikkiaan kolme kertaa värikoodaamalla mielestäni aineistossa toistuvat tavat selittää ja jäsentää vaikeutta. Tässä vaiheessa aineistosta alkoi hahmottua, joskin vielä häilyvällä tavalla, toistuvia kokonaisuuksia. Tässä vaiheessa aineistossa pystyi hahmottamaan selvästi sairauteen liittyvän puheen ja sillä selittämisen, joka kytkeytyi kuitenkin luonnollisesti asiakasteemaan. Muiden teemojen osalta jaottelu alkoi kuitenkin tässä vaiheessa murtua kun laitoin merkille sairausdiskurssiksi nimeämässä puhettavassa ymmärryksen toistumisen lukuisia kertoja. Tämä sana sai minut etsimään aineistosta, mikä oli muiden teemojen ja kokonaisuuksien ero tähän käsitteeseen. Tätä kautta päädyin nimeämään toimintadiskurssit, joissa ei puhuttu ymmärtämisestä, vaan toiminnan tasolla ilmenevästä vaikeudesta. Edelleen tarkan luennan kautta aineistossa alkoi näkyä eroja vaikeuden paikantumisessa ikään kuin eri tasoille; ensinnäkin yksilötasolle, jolloin vaikeus liittyi henkilöihin tai heidän toimintatapoihinsa ja sitten ei-henkilöityvälle tasolle jossa henkilöt häivytyivät taustalle ja puheessa tuotettiin kuvauksia yleisistä tavoista, ohjeista ja käytännöistä. Tässä vaiheessa analyysiä teemoittelut olivat murtuneet suurimmilta osin ja eri teemoja löytyi eri diskurssien sisältä; esimerkiksi omaisiin liittyvää puhetta löytyi toimintadiskurssien sisältä kuten myös asiakkaisiin ja yhteistyökumppaneihin liittyvää. Tästä kolmijaosta olen hionut lopulliseen analyysiini päätyneet diskurssit. Tässä vaiheessa aloin myös hahmotella eri toimijoille rakentuvia positioita eli tarkastelin millaisia ja millä tavoin identiteettejä eri toimijoille rakennettiin (Rapley 2007, 115). Lisäksi aloin pohtia vastauksia myös *miksi*-kysymykseen eli mistä ilmiöistä tutkimukseni päätelmät voisivat yleisemmällä tasolla kertoa (Pietilä 2010; 234), ja näitä olen raportoinut tutkielman analyysi sekä johtopäätökset osiossa.

5.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimusaihe on lähtenyt alun perin kypsymään omakohtaisista pohdinnoista ja havainnoista. Tätä tutkimuksen alkulähdettä olen pitänyt mielessäni kyetäkseen refleктоimaan tekemiäni valintoja prosessin aikana. Kyseessä ei ole enää pelkästään omien kokemusten pohdinta ja oman henkilökohtaisen kiinnostuksen ohjaama prosessi, vaan tutkimuksen tekeminen. Anneli Pohjolaa (2003) mukailleen tutkimuksessa tehtävät valinnat eivät voi olla koskaan täysin neutraaleja, vaan ne sisältävät määrityksiä ja sitä kautta myös määrittävät myös todellisuutta. Katson kuitenkin, ettei tutkijan objektiivisuus aiheeseensa suinkaan synny ulkopuolisuudesta, tunteettomuudesta tai itsensä etäällä pitämisestä. Objektiivisuus syntyy nimenomaan subjektiivisuuden tunnistamisesta (Eskola & Suoranta 1998, 17).

Tutkielmassani olen joutunut pohtimaan myös sitä, kuinka sosiaalityössä puhutaan työskentelyn vaikeudesta. Tutkimusasetelma käsitteineen itsessään tuottaa kategorisointia (Juhila 2012), sillä pyydänhän sosiaalityöntekijöitä pohtimaan tekemäänsä työtä negatiivisesta näkökulmasta. Tällaisia käsitteitä käytettäessä niiden mahdollisista leimaavista vaikutuksista on oltava tietoinen, ja osattava myös kyseenalaistaa niitä, sillä sosiaalityön arvoihin kuuluu syrjinnän ja sitä kautta myös leimaamisen estäminen (Talentia 2017). Urponen (2003, 72) painottaakin, että sosiaalityön tutkimuksissa on varottava vahingoittamasta tutkimustuloksilla ja niiden julkaisemisella jo ennestään leimautumisriskissä olevia. Huomioon otettavaa on myös sosiaalityöntekijöiden rooli asiakkaidensa ja vaikeassa tilanteessa olevien ihmisten puolestapuhujina. Tässä tutkielmassa sosiaalityöntekijöitä haastatellaan ammattinsa edustajina, ja heitä pyydetään avaamaan työnsä ydintä eli luottamuksellista asiakastyötä, eivätkä aineiston henkilöt ja haastatellut saa tulla tunnistetuiksi. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 17.) Olen siis kiinnittänyt erityistä huomiota aineiston anonymisointiin sekä asiakkaiden että sosiaalityöntekijöiden itsensä vuoksi ettei kukaan heistä tulisi tunnistetuiksi ja ettei aineistosta voisi myöskään päätellä aineistonkeruupaikkaa. Aineiston analyysissä olen tuonut esille myös aineistossa rakentunutta positiivista puhetta, jotta kuva aineiston sisällöstä ei vääristyisi vaan myös sen myönteisemmät äänet ja sävyt tulisi esille lukijallekin.

6 VAIKEUDEN DISKURSSIT

Tutkimuksessa hahmottui analyysiprosessin myötä neljä päädiskurssia, joista jokaisessa on luettavissa useampia aladiskursseja. Ensimmäinen päädiskurssi on ymmärrysdiskurssi, jonka aladiskurssit ovat sairautentunnottomuusdiskurssi ja tietoisuusdiskurssi. Toisena päädiskurssina on epäuskodiskurssi, jonka alla ovat turvaamisen ja luovuttamisen aladiskurssit. Kolmanteen työmäärädiskurssiin lukeutuvat epäolennaisuusdiskurssi sekä hukkaantumismisdiskurssit. Viimeisimpään päädiskurssiin eli rakennediskurssiin lukeutuu muista päädiskursseista poiketen kolme aladiskurssia: resurssidiskurssi, aikaikkunadiskurssi sekä normistodiskurssi.

Tässä luvussa jokainen päädiskurssi on omana päälukunaan. Päälukujen alussa selostan päädiskurssista yleisemmällä tasolla, jonka jälkeen käsittelen tarkemmat aladiskurssit omina alalukuinaan. Esitän analyysin tueksi valikoituja ja edustavia aineisto-otteita kustakin diskurssista. Päälukujen lopussa esitetään kiteytys diskursseista sekä rakentuneista positioista.

Aineisto-otteet on nimetty orientoitumista helpottamaan. Aineistolainauksiin on ymmärtämisen helpottamiseksi täydennetty joitain sanoja [] merkkien sisälle. Otteista on poistettu joitain täytesanoja tai tunnistamisen riskiä nostavia sanoja sekä diskurssiin kuulumatonta tekstiä, ja nämä kohdat on merkitty kolmella peräkkäisellä viivalla - - - . Oteissa puhujille on annettu otekohtaisesti kirjaintunnisteet, eli henkilöille ei ole annettu pysyvää kirjaintunnisteita. Allekirjoittaneen puheenvuorot on merkitty H-kirjaimella.

6.1 Ymmärrysdiskurssi

Aineistossa yhtenä vahvana ja selkeästi rakentuvana diskurssina on ymmärrysdiskurssi, jossa vaikeus paikantuu ongelmallisiin ymmärrystapoihin. Tätä diskurssia tuotettiin aineistossa käytännössä vain suhteessa asiakkaisiin. Ongelmallisuutta tuotettiin siitä, etteivät asiakkaat työntekijöiden näkökulmasta nähneet tai ymmärtäneet omaa tilannettaan ja avuntarvettaan esimerkiksi lääkeshoidon tai asumispalveluiden suhteen. Asiakkaiden kerrottiin kieltäytyvän palveluista tai lopettavan lääkkeiden käytön, minkä seurauksena hän joutuu uudemman kerran hoitoon psyykkisen voinnin huonontuessa. Asiakkaiden myös kuvattiin haluavan epärealistisia

asioita, jotka eivät työntekijöiden mielestä olleet mahdollisia, ja joita he eivät voineet lähteä tukemaan. Asiakkaiden ymmärrys kuvautuu siis työntekijöiden näkökulmasta pulmallisena ja vaikeutta tuottavana. Ymmärrysdiskurssiin kuuluvat sairautentunnottomuus- ja tietoisuusdiskurssi. Molempien diskurssien keskiössä on asiakkaan ongelmalliseksi koettu tapa ymmärtää tilanne, mutta eroavuutena on asiakkaan sairauden keskeisyys sairautentunnottomuusdiskurssissa. *Sairautentunnottomuusdiskurssissa* puhutaan asiakkaan sairaudesta, ja asiakas kuvautuu passiivisena, ikään kuin sairautensa kohteena, ja hänen on tämän sairautensa vuoksi vaikea myöskään hahmottaa tilannetta. Näin ollen häntä ei voida pitää täysin vastuullisena siitä, ettei hän kykene ymmärtämään tilannettaan ja toimintansa seurauksia. Sairautentunnottomuusdiskurssissa käytetään runsaasti ilmaisuja ymmärtää, tajuta ja nähdä. *Tietoisuusdiskurssissa* asiakkaasta taas puhutaan selkeästi toimijana ja häneen liitetään toimintaa kuvaavia ilmaisuja.

Seuraavalla otteella havainnollistetaan *sairautentunnottomuusdiskurssin* rakentumista tässä aineistossa tyypillisellä tavalla. Avaan otetta kahdesta näkökulmasta; ensin liittyen siihen kuinka ymmärrys rakentuu ongelmalliseksi ja sen jälkeen kuinka ymmärryksen syitä selitetään sairaudella.

Asiakas ei ymmärrä olevansa sairas

”- eihän potilas aina niistä [suunnitelmista] oo täysin samaa mieltä, mutta se yleensä sitten, varmaan johtuu siitä sairautentunnottomuudesta, jos potilas ei oo samaa mieltä - - - hän ei ymmärrä että on sairas ja hän ei ymmärrä että hän tarvis jotain palveluasumista, et miksi hän ei nyt vois asua omassa asunnossaan vaikka hän valvoo kaikki yöt ja melskaa siellä ja herättää pahennusta naapureissa ja muissa, niin se on hänen mielestään ihan ok, mutta..”

Puheenvuoron keskivaiheilla todetaan, ettei asiakas ymmärrä olevansa sairas eikä ymmärrä tarvitsevänsä palveluasumista. Ilmaisuihin *ei ymmärrä* toistetaan kahteen kertaan, kuin painottaen sen tärkeyttä ja keskeisyyttä sanomassa ja luoden käsitystä siitä, että ongelman ja vaikeuden ytimenä on asiakkaan oma käsitys tilanteesta. Otteen lopussa luetellaan kolme esimerkkiä asiakkaan toiminnasta; *valvominen, melskaaminen* ja *pahennuksen herättäminen*, joilla pyritään havainnollistamaan ja tuomaan esille asiakkaan ajattelun ongelmallisuutta; runsas valvominen voidaan nähdä asiakkaalle itselleen haitallisena eikä melskaaminen ja naapureiden häiriköinti ole yleisten normikäsitusten mukaisesti hyväksyttävää. Näillä esimerkeillä luodaan kuvaa jopa hieman epäsosiaalista käytöksestä, jolla on vaikutuksia sekä asiakkaaseen itseensä että ympärillä oleviin ihmisiin. Nämä kuvaukset voi lukea ikään kuin tehokeinoina, joilla pyritään havainnollistamaan, kuinka asiakkaan toiminta aiheuttaa ongelmia sekä hänelle itselleen että ympärillä oleville ihmisille, ja näin vakuuttamaan kuulijaa

tällaisen toiminnan taustalla olevan ymmärryksen haitallisuudesta. Toteamus *se on hänen mielestään ihan ok* alleviivaa sitä, että asiakas itse hyväksyy oman toimintansa eikä näe siinä vikaa. Puheessa sosiaalityöntekijä asemoituu asiantuntijaposition, joka ymmärtää asiakkaan ongelman ja sen vaikutukset, ja myös tietää mitä asiakas tarvitsee eli tukea asumiseen ongelmien ehkäisemiseksi.

Otteen alkupuolella on jo kuvaus siitä kuinka asiakkaan ongelmallista ymmärrystä konstruoidaan ja tehdään ymmärrettäväksi sairauden kautta. Ote on edustava esimerkki siitä kuinka aineistossa puhutaan useita kertoja asiakkaan sairautentunnottomuudesta, jolla voi ymmärtää viitattavan siihen, ettei asiakas tiedosta sairautta ja sen oireita eikä ole kosketuksissa niihin.

Sairautentunnoton asiakas ei ole samaa mieltä

”- eihän potilas aina niistä [suunnitelmista] oo täysin samaa mieltä, mutta se yleensä sitten, varmaan johtuu siitä sairautentunnottomuudesta, jos potilas ei oo samaa mieltä - - - hän ei ymmärrä miksi hän tarvits jotain palveluasumista -
-”

Otteen perusteella voi ymmärtää, että asiakkaan hoidon suhteen on tehty suunnitelmia jonkun muun eli käytännössä ammattilaisten toimesta. Otteessa todetaan, ettei asiakas *oo täysin samaa mieltä* eli asiakas ei jaa työntekijän näkemystä ja ymmärrystä hänelle suunnitellun avun suhteen. Ilmaisulla *varmaan johtuu siitä sairautentunnottomuudesta, jos potilas ei oo samaa mieltä* rakennetaan selkeää syy- seuraussuhdetta asiakkaan ymmärryksen ja sairauden välille. Toisin sanoen, jos asiakkaalla olisi sairautentunto ja ymmärrys tilanteestaan, silloin hän ymmärtäisi työntekijän näkökulman ja olisi myös samaa mieltä laadituista suunnitelmista. Puheenvuorossa työntekijöiden ymmärryksestä rakennetaan jollain tapaa oikeampaa ja realistisempaa kuin asiakkaan ymmärryksestä.

Vaikeuksia tuottaa siis oikeastaan kaksi asiaa; asiakas ei ole samaa mieltä ja se ettei hän tiedosta ongelmien johtuvan sairaudestaan. Sairauden nähdään olevan jotain sellaista, mikä jo itsessään hankaloittaa asiakkaan itsensä havainnointia ja ymmärrystä jolloin hänen ongelmallista ymmärrystään ja toimintaansa pyritään selittämään ja ymmärtämään tätä kautta. Aineistossa nousee esiin puhetta siitä, että asiakas ei voi sairaudelleen mitään eikä hän ole sitä valintansa.

Asiakas ei voi mitään sairaudelleen

A: Mutta kyllä kun tuota asiaa aina pyörittelee päässään, että joko taas, taas [asiakas] on täällä. - - - et miksi se ei vaan voi syödä lääkkeitään, no kun se mieli on sairas niin se on sairas, ei se voi sille mitään, sitä palaa aina siihen

ajatukseen. Et eikö se ymmärrä sitä yhteyttä. Ai niin, no ei se välttämättä ymmärrä.
B: Niinpä.

Otteen alussa on kuvausta siitä kuinka sosiaalityöntekijä *pyörittelee päässään* eli miettii kuinka asiakas on *taas* sairaalassa ja pohtii miksi asiakas *ei tajua* ja että miksi asiakas *ei vaan voi syödä lääkkeitään*. Puheesta rakentuu kuva, että sosiaalityöntekijän silmin tilanne on hyvin selkeä ja asiakkaan tarve lääkitykselle on ilmeinen, jolloin sosiaalityöntekijän ymmärrys tilanteesta näyttäytyy hyvin erilaisena kuin asiakkaan. Toteamuksella *kun se mieli on sairas niin se on sairas* rakennetaan kuvaa siitä, että asiakkaan mieli on sairas eikä hän asialle voi mitään. Asiakasta puhutaan syyntakeettoman positioon, jossa häntä ei sairaudesta johtuen voi pitää täysin vastuullisena ja kykenevänä edes ymmärtämään, että hänen todellisuudentajussaan olisi jotain pielessä.

Aineistossa nousee esille joitain pohdintoja siitä, kuinka työntekijöiden on vaikea tavoittaa asiakkaan ymmärryksen ehdottomuutta ja ajattelun merkityssisältöjä. Puheenvuoro on esimerkki myötätunnosta ja toisaalta jonkinlaisesta pyrkimyksestä puhujan taholta; puhuja asettuu ymmärtämään syitä, joiden valossa asiakkaan ymmärrys näyttäytyy ymmärrettävänä myös työntekijälle; asiakkaan mieli on sairas eikä se ole asiakkaan oma syy. Asiakkaalle rakentuu syyntakeettomuuden positio, ja sosiaalityöntekijä ymmärtäjän positioon.

Tietoisuusdiskurssi

Aineistossa on löydettävissä myös kuvauksia, joissa puhutaan asiakkaan omista valinnoista, joita he tekevät sen mukaan mitä he haluavat ja mikä heitä motivoi. Diskurssia rakennetaan toimintaa ja päättäväisyyttä kuvaavilla ilmaisuilla. Vaikeus paikantuu edelleen kuitenkin taustalla olevaan eriävään ymmärrykseen siitä, mikä olisi asiakkaalle hyväksi, mutta tietoisuusdiskurssissa keskiössä on asiakkaan tietoinen toiminta, eikä diskurssissa puhuta sairaudesta tai asiakkaan ymmärryksestä.

Ensimmäisessä otteessa kuvataan sairaalasta kotiutunutta asiakasta, jolla on taustallaan jo aiempi huonosti sujunut asumiskokeilu avohoidossa, jolloin asiakas ei ollut halunnut itselleen tukipalveluita. Otteen lopussa kuvautuu mielenkiintoisella tavalla myös diskurssin vaihtuminen.

Asiakas ei halua hoitoa

A: Just semmonen tossa kotiutu, ja kyl mä aattelen että se kun on jo kertaalleen kokeiltu viis vuotta sitte, että samassa tilanteessa tuli nyt hoitoon kun viis vuotta sitte, että kämppä oli.. se piti siis tyhjentää ja raivata, ettei mitään toivoakaan että ois voinu palata sinne. Ja sitte hän meni pitkän hoitajakson jälkeen, meni kuntoutuskotiin tai tämmöseen palveluasumiseen sieltä, sitte siirty sieltä tukiasumiseen ja hän irtisanoutu yhteistyöstä saman tien, ei hän halunnu sinne ketään tukiasumisen työntekijää tai häntä kiinnostanu myöskään mikään avohoito tai lääkkeiden syöminen ja niin kauan hän sai sitte olla siellä asunnossa itseksensä kunnes tuli tosiaan niin huonoon kuntoon, että ympäristö kiinnitti huomioon että hänet toimitettiin hoitoon, ja kyllä ne on aika karuja ne valokuvat siitä kodista, että taas on sama tilanne ku silloin, ja nyt just hänet kotiutuimme palveluasumisen puolelle, ja kieltämättä kyllä itse miettii että toivottavasti hän ois nyt sitte jotain oppinut tässä välissä, mutta että ihan sairautentunnoton hän on edelleenkin. Mutta aika näyttää, eihän sille mitään voi.

B: Mutta sairautentunnottomien potilaiden kans on aika vaikee toimia, et yrittäis, näkis sen tilanteen, kun se todellisuus on ihan jotain muuta.

A: Kyllä.

B: Se on kyllä tosi vaikeeta –

Asiakkaan kuvataan olevan sairaalassa saman tilanteen vuoksi kuin vuosia aiemmin; hänen asuntonsa on pitänyt tyhjentää ja raivata ja hänen on etsittävä uusi asunto. Asiakas on myös jättäytynyt pois avohoidosta eikä ole ottanut vastaan asumispalveluita. Puheenvuorossa asiakkaan kuvataan irtisanoutuneen yhteistyöstä, joka luo kuvaa voimallisestakin toimenpiteestä, jossa asiakas irrottautuu täysin yhteistyön tekemisestä. Kuvaus jatkuu luonnehdinnalla, ettei asiakas *halunnu* ketään tukiasumisen työntekijää kotiinsa tai ei häntä *kiinnostanu* avohoito, joilla rakennetaan mielikuvaa omista lähtökohdista ja omien intressien mukaan toimivasta henkilöstä. Asiakkaasta rakentuu kuva tietoisesta toimijasta, jonka toimimiseen ja ymmärrykseen on vaikea vaikuttaa ja asiakas on elänyt haluamallaan tavalla kunnes ulkopuoliset ovat kiinnittäneet huomiota tilanteeseen eli ulkopuoliset ovat nähneet asiakkaan elämisen ja olosuhteet poikkeavana. Otteen lopussa sosiaalityöntekijä mainitsee kuitenkin sairautentunnottomuuden, kuin selittäen asiakkaan toimintaa. Tämä voidaan ymmärtää siirtymänä kohti sairautentunnottomuusdiskurssia, ja tähän toinen sosiaalityöntekijä vastaakin toteamalla, että *sairautentunnottomien potilaiden kans on aika vaikee toimia* ja että *yrittäis, näkis sen tilanteen*, mihin aiempi puhuja vastaa vahvistavalla kyllä kommentilla. Otteessa sosiaalityöntekijät rakentavat yhteisesti jaettua näkemystä ongelmallisuudesta, jota he selittävät asiakkaan sairaudella.

Aineistossa puhutaan siitä, kuinka asiakkaiden kanssa käydään keskustelua hoidon sisällöstä, tavoitteista ja keinoista auttaa asiakasta. Seuraavassa otteessa on yleisluontoinen kuvaus siitä,

kuinka työntekijällä ja asiakkaan välille ei rakennu yhteistä ymmärrystä, vaan asiakkaan kuvataan pitäytyvän omassa näkemyksessään.

Asiakas ei luovu omasta näkemyksestään

”Joidenki kohdalla se [näkemys/mielipide] korjaantuu kun vointi kohenee, mut on sit sellasiaki et se koko hoitajakso on sitte sitä, et yritetään keskustella siitä mikä on potilaan paras, mut potilas vaan pysyy siinä omassa kannassaan, eikä oo siitä ajatuksesta valmis luopumaan.”

Otteessa puhutaan siitä kuinka jotkut asiakkaat tulevat toisiin ajatuksiin kun vointi kohenee, mutta aina näin ei tapahdu vaan asiakkaan parhaasta joudutaan käymään keskusteluja koko hoidon ajan. Puheenvuorossa todetaan olevan kuitenkin myös tilanteita, jolloin *yritetään keskustella siitä mikä on potilaan paras*, jolloin rakentuu kuva siitä kuinka työntekijä tai työntekijät käyttävät koko hoitajakson keskusteluun asiakkaan kanssa siitä mikä on tälle hyväksi. Otteessa todetaan myös, että *potilas vaan pysyy siinä omassa kannassaan eikä oo siitä ajatuksesta valmis luopumaan*. Asiakkaan kuvataan *pysyvän* omassa näkemyksessään josta hän ei *luovu* eli asiakas toimii päättäväisesti ja omassa kannassaan pysyen, huolimatta työntekijöiden yrityksistä keskustella hänen parastaan. Vaikeudeksi muodostuu se, ettei asiakas yrityksistä huolimatta muuta käsitystään eikä hänen ymmärryksensä lähene hoitotahon ymmärrystä. Työntekijä pyrkii tekemään sen mitä voi tehdä vaikuttaakseen asiaan, mutta asiakas ei muuta näkemystään. Asiakkaasta rakentuu tässäkin kuva tietoisena toimijana, kun taas työntekijä asemoituu jollain tapaa voimattomaan positioon.

Ymmärrysdiskurssissa rakentuu kuva työntekijöiden ja asiakkaiden ymmärrystapojen erosta, ja asiakkaan ymmärryksen ongelmallisuudesta. Työntekijöiden näkökulmasta ongelmaksi muodostuu se, ettei asiakas ymmärrä avuntarvettaan eikä ota vastaan apua. Tämä luo kuvaa kahden hyvin erilaisen todellisuuden kohtaamisesta, joissa ei päästä neuvottelujenkaan jälkeen yhteiseen ymmärrykseen. Sairaudentunnottomuusdiskurssissa asiakasta puhutaan syyntakeettomuuspositioon, jossa häntä ei pidetä täysin vastuullisena omasta tavastaan hahmottaa asiat, jolloin sosiaalityöntekijät asemoituvat ymmärtäjän positioon. Sosiaalityöntekijöille rakentuu asiantuntijapositio, joissa heillä on ymmärrystä ja tietoa asiakkaan parhaasta ja oikeista toimintatavoista. Tietoisuusdiskurssissa asiakkaalle taas rakentuu tietoisien toimijan positiota, jossa he itse määrittelevät omaa terveydentilaansa, omia valintojaan sekä tarpeitaan. Tietoisien toimijan positiossa asiakkaat kuvautuvat päättäväisinä ja omaehtoisinakin toimijoina, joiden ymmärrykseen muiden on vaikea vaikuttaa. Diskurssissa sosiaalityöntekijät kuvautuvat voimattomuuspositiossa suhteessa asiakkaaseen, sillä he eivät

saa yrityksistään huolimatta asiakasta näkemään tilannetta heidän kannaltaan eli siis toivotulta kannalta.

Ymmärrysdiskurssissa oli havaittavissa sosiaalityöntekijöiden rakentavan hyvin pitkälle yhteistä ymmärrystä tilanteista ja todellisuuksista. Työntekijät kommentoivat jonkin verran toistensa puhetta, ja osoittivat pienillä sanallisilla viesteillä ajattelevansa samalla tavalla. Seuraava ote on lyhyt esimerkki työntekijöiden keskustelusta.

A: Se on kyllä tosi vaikeeta. Ja kun väkisin, sairaalassa voidaan hoitaa väkisin, pakolla antaa lääkettä ja eristää, mutta tuolla avopuolella ei siihen oo mitään keinoja, et siellä pystyttäis väkisin pitämään ihmistä jossain palveluasumisessa, tai pakottaa käyttämään lääkkeitä - - -

B: Kyllä.

A: Niitä voidaan tarjota ja kehottaa, mutta ei voida väkisin pistää tai muuta, niin.

H: Ymm...

A: Se on aika haasteellista kyllä.

H: Et sairaudentunnottomuus on semmonen...

A: Se on aika...

B: Kyl se on aika iso haaste.

Ote kuvautuu kuinka kaksi työntekijää tuottavat keskustelussa yhteneväistä näkemystä. Puhuja A toteaa sen olevan vaikeaa kun asiakkaita ei voida hoitaa, lääkkeitä tai pitää palveluasunnossa väkisin, mitä puhuja B tukee *kyllä* välikommentillaan. Sama toistuu hetkeä myöhemmin allekirjoittaneen kommentoimissa sairaudentunnottomuutta, jolloin puhuja A aloittaa lauseen *se on aika* - - jonka jälkeen puhuja B ikään kuin jatkaisi loppuun tai täydentäisi lauseen sanomalla *kyl se on aika iso haaste*.

6.2 Epäuskodiskurssi

Epäuskodiskurssi rakentuu suhteessa työyhteisöön, jossa hoitohenkilökunnan epäluottamus asiakkaiden selviytymiseen ja toisaalta hoidon vaikuttavuuteen vaikeuttaa asioiden sujuvuutta ja toivottavaa tavoitetta kohti menemistä. Epäuskodiskurssi rakentuu aineistossa useissa puheenvuoroissa ja kahdenlaisena aladiskurssina. Ensinnäkin aineistossa on kuvauksia hoitohenkilökunnan peloista, että asiakas joutuisi hankaluuksiin ja sotkisi asiansa sairaalan ulkopuolella. Tämä diskurssi on nimetty *turvaamisdiskurssiksi*, jossa kuvautuu ajatus tilanteen turvaamisesta ja asiakkaan suojeleminen pahemmilta ongelmilta. Tämän vuoksi joidenkin hoitajien esitetään suhtautuvan kielteisesti asiakkaan kotiuttamiseen. Sen sijaan hoitohenkilökunta haluaisi asiakkaiden pysyvän sairaalassa. Toinen aladiskurssi on *luovuttamisdiskurssi*, jossa on luettavissa päinvastaista puhetta; asiakkaat haluttaisiin kotiuttaa mahdollisimman pian, koska heidän ei katsota hyötyvän hoidosta.

Turvaamisdiskurssissa puhutaan asiakkaiden pitämisestä sairaalassa, jotta he eivät joutuisi ongelmiin sairaalan ulkopuolella tai etteivät he aiheuttaisi siellä hämmennystä. Seuraavassa otteessa kuvataan kuinka vaikeus paikantuu hoitohenkilökunnan epäuskoiseen suhtautumiseen ja asenteeseen.

Sosiaalityöntekijä motivoi asiakkaan mokaamista pelkääviä hoitajia

A: Oikeen hyvä lisäys toi moniammatillinen yhteistyö, ja minä, nyt kun mainitsin äsken ton et työryhmää pitää aika paljon tsempata et kyllä nää meidänki potilaat sairaalan ulkopuolella pärjää, niin jotenkin nää mitä äsken luetteli omaiset, ja verkostot ja kaikki, lisäisin sen työryhmän myös siinä mielessä, että, ettei tuu sitte semmosta hoitopessimismiä, että turha tätä täältä on mihinkään, kun ei tää kumminkaan, ja kumminkin se alkaa tuolla jotain sekoilla, et se ei yhtään edesauta sitä asian etenemistä ja hoitumista ---

H: Hoitopessimismi...? Hyvä sana.

A: Että onhan meillä ku aattelee akuuttiosastoilla ei haluttais --

B: Päästääkään!

A: Päästääkään sieltä pois, koska tiedetään et ne tuolla mokailee, ja niitä ei voi vaan määräänsä kauempaa pitää hoidossa, tietty raja sille hoidon pituudelle on.

B: Se vaan täytyy hyväksyä ja ymmärtää

A: Sillai että kotiutetaan.

B: -- joskus kuulee et hoitajat et vitsi et taas toi on täällä, et se turhautuminen, et miksei toi jo opi...

A: Ymm.. Jotku ei vaan opi, et menee vuosikymmeniäkin sitä rumbaa.

B: Niinpä...

Otteessa kuvataan ja käydään keskustelua työryhmän suhtautumisesta asiakkaan pärjäämiseen sairaalan ulkopuolella. Ensimmäisessä puheenvuorossa todetaan, että työryhmää pitää aika paljon *tsempata*, että kyllä nää meidänkin potilaat sairaalan ulkopuolella *pärjää* ikään kuin sosiaalityöntekijä kannustaisi työryhmää uskomaan asiakkaiden selviämiseen ilman sairaalan ammattilaisten apua. Puheenvuorosta voi ymmärtää, että niin sanotulla tsempauksella toivotaan olevan sellainen vaikutus, ettei työryhmään tulisi *hoitopessimismiä* eli suhtautumista jolloin asiakkaisiin suhtauduttaisiin ajatuksin, että *turha tätä täältä on mihinkään* ja *kumminkin se alkaa tuolla jotain sekoilla*. Puheenvuorossa rakentuu kuva työryhmän sisällä olevasta negatiivisista olettamuksista liittyen asiakkaaseen ja siihen mitä tämä toimisi sairaalan ulkopuolella. Asiakkaan oletetaan alkavan *sekoilla tuolla* eli sairaalan ulkopuolella, joten asiakkaan olisi parempi pysyä sairaalassa sisällä. Asian etenemisellä viitataan asiakkaan kotiutumiseen kuntoutusosastolta. Otteessa tulee esille kuinka yhdenmukaisesti sosiaalityöntekijät puhuvat aiheesta. Työntekijät jatkavat ja täydentävät

toisensa puhetta, jopa ikään kuin muista kommenteista voimaa saaden ja toistaan tukien. Vuoropuhelu on tässä kohtaa vilkasta.

Aineistossa on kuvauksia siitä kuinka sosiaalityöntekijät pyrkivät tukemaan asiakasta kohti avohoitoa ja mahdollisesti asumispalveluita, kun hoitajat taas eivät haluaisi asiakasta kotiuttaa. Sosiaalityöntekijät kuvaavat tekevänsä töitä omahoitajien kanssa sen eteen, että nämä kannustaisivat asiakasta avohoitoon, eivätkä olisi tämän kehityksen tiellä.

Sosiaalityöntekijä normalisoi nykykäytäntöjä hoitajille

A: Joskus voi käydä niin et hoitajatkin on vaikeita. Aika harvoin mut näin voi joskus olla.

B: Että ollaan vaan eri linjoilla et hoitajan mielestä ei voi siirtää avohoitoon eikä kannata ees yrittää siirtää eikä tuu sitä eikä tätä, kun ne on vuosikymmeninä tottuneet ettei sieltä siirrytä yhtään mihinkään, niin sitte just se et joudut enemmän motivoimaan omahoitajaa kun potilasta siihen, että nyt tässä mennään eteenpäin ja niinkuin että tämä on ihan normaalia.

A: Avatkaa silmänne ja nykykäytäntö on tämä, kun ei kukaan täällä enää asu...

Otteessa käydään keskustelua siitä kuinka hoitajat voivat joskus olla vaikeita ja eri linjoilla sosiaalityöntekijän kanssa. Puheenvuorossa todetaan, ettei hoitajan mielestä asiakasta *ei voi siirtää* avohoitoon eikä *kannata ees yrittää siirtää*. *Ei voi siirtää ja ei kannata ees yrittää* kuvaavat ehdottomuutta ja sitä ettei avohoitoon siirtymistä kannata hoitajan mielestä edes kokeilla ja antaa asiakkaalle mahdollisuutta. Puheenvuorossa todetaan, että *ne on vuosikymmeninä tottuneet ettei sieltä siirrytä yhtään mihinkään*. Hoitajien selitetään siis tottuneen pitkän ajan kuluessa tiettyihin toimintatapoihin eli siihen, että asiakkaat pysyvät ja asuvat sairaalassa, mitä hoitajat eivät ala edes kyseenalaistaa. Puheenvuorossa todetaan, että hoitajaa joutuu *motivoimaan enemmän kuin potilasta* siihen, että mennään *eteenpäin* ja se on *ihan normaalia*. Puheessa hoitajasta rakennetaan kuvaa johonkin tilanteeseen tai toimintatapaan pysähtyneenä, kun taas sosiaalityöntekijästä ja asiakkaasta rakentuu kuva eteenpäin katsovina. Luonnehdinta *ihan normaalia* kuvastaa, että sosiaalityöntekijä normalisoi avohoitoon siirtymistä ja pyrkii vakuuttamaan hoitajan sen luonnollisuudesta. Ote jatkuu *avatkaa silmänne ja nykykäytäntö on tämä, kun ei kukaan täällä enää asu*; puheenvuorossa vahvistetaan aiempaa sanomaa samasta temasta eli sosiaalityöntekijä pyrkii normalisoimaan nykykäytäntöä hoitajille. Sosiaalityöntekijä siis liittävätkä itseensä mahdollisesti mielikuvia modernimmasta kuntoutusnäkemyksestä kuin hoitajiin. Turvaamisdiskurssissa sosiaalityöntekijät puhutaan asiakasta tukevaan positioon kun taas hoitohenkilökuntaa puhutaan pessimistiseen positioon.

Luovuttamiskurssissa puhutaan toivottomuudesta ja pessimismistä asiakkaan parantumisen ja hoidon vaikuttavuuden suhteen. Taustalla kuvataan olevan lukuisia yrityksiä hoitaa ja auttaa asiakasta, joista ei vaikuta kuitenkaan tulevan tulosta, ja työ kuvautuu uuvuttavanakin. Seuraavassa otteessa on sosiaalityöntekijöiden pohdintaa siitä, millä tavoin aiemmin mainittu hoitopessimismi vaikuttaa ja näkyy työssä.

Ei kannata nähdä vaivaa

H: Mitä luulette, että mikä vaikutus sillä hoitopessimismillä sitte on, mitä tässä kuvasitte?

A: No ainaki jos aattelee, et sen näkee siinä et jos on ollu tosi kuormittavaa töissä ja raskasta osastolla niin hoitajat saattaa, tai ei hoitajat vaan ylipäätään se henki osastolla, et eiks ton vois jo kotiuttaa, ja pistetään tilapäismajoitukseen vaan, et ei ees silleen kannata yrittää, et niinku...

B: Kun ei tää tästä nyt tuu..

A: Kun eihän tää tästä, ei tää syö lääkkeitään, ei tää sitoudu mihkään, täysin sairaudentunnoton, et mitä tätä kannattaa yrittää mihinkään vaikka asumispalveluihin, menkööt tilapäismajoitukseen, et siellä pyörii sitte, siis kärjistetysti sanoen, et miksi nähdä vaivaa ku on jo niin monta kertaa kokeiltu, et mikään ei tuota mitään.

B: Eikä välttämättä tosiaan mitkään hoitajatkaan, vaan itsekin siihen syyllistyn

C1: Kyllä.

A: Joo nimenomaan. Hoitajat kuitenkin on edustettuina enemmistönä osastolla niin sillä. Kyllä itsekin turhautuu kyllä...

C: Ja kuntoutusosastolla se on enemmänkin tätä, et pysyköön täällä, et ei tätä kannata mihinkään ulospäin yrittää ei se siellä kumminkaan pärjää, et heitetään ne hanskat niin päin tiskiinkin, et olkoot täällä.

Otteessa sosiaalityöntekijät keskustelevat pessimistisestä suhtautumisesta asiakkaaseen ja hoitoon. Alussa vaikeus ja pessimistisyys liitetään hoitohenkilökunnan keskuudessa olevaksi ilmiöksi tai osastolla olevaksi ilmapiiriksi, ja hoitopessimismistä annetaan esimerkkejä kuten lausahdus *eiks ton vois jo kotiuttaa, pistetään tilapäismajoitukseen ja ei ees silleen kannata yrittää*. Myös *ei tää syö lääkkeitään, ei tää sitoudu mihkään, täysin sairaudentunnoton, et mitä tätä kannattaa yrittään mihinkään vaikka asumispalveluihin* ovat esimerkkejä hoitajien puheesta. Esimerkeillä tuotetaan kuvaa siitä kuinka paljon mahdollisuuksia asiakkaalla voisi olla käytettävänä vointinsa kohentamiseksi, mutta hän ei niitä ota vastaan tai ei niihin sitoudu. Samoin kysytään, miksi nähdä vaivaa, kun on jo kokeiltu monta kertaa, ettei mikään yritys tuota mitään. Puheessa kuvataan toivottomuutta, joka muodostuu kun asiakkaan hoidossa ei saavuteta toivottua tulosta. Keskustelussa kuvataan väsymistä työhön, mikä on aistittavissa myös osaston ilmapiirissä jonkinlaisena luovuttamisena ja vetäytymisenä hoidossa. Hoitajat

puhutaan pessimistisen positioon, jossa he ovat luopumassa toivosta auttamisen suhteen. Sosiaalityöntekijät vaikuttavat asemoivansa itsensä hoitohenkilökunnasta erillisiksi ulkopuoliseksi, ikään kuin pessimistisyys ei koskisikaan heitä. Kuitenkin otteen keskivaiheilla puhuja B ikään kuin poikkeaa hieman keskustelun aiemmasta linjasta, ja toteaa *ei välttämättä tosiaan mitkään hoitajatkään vaan itsekin siihen syyllistyn* positioimalla samalla itsensä pessimistiseen positioon. Tähän siirtymään vastataan myötäävillä kommentteilla, jolloin myös muut sosiaalityöntekijät positioituvat samalla tavalla. Kuitenkin paluu ulkopuoliseen positioon tapahtuu, kuin aiempaa puheenvuoroa selittäen, että *hoitajat kuitenkin ovat enemmistönä osastolla*, joka rakentaa kuvaa siitä, että hoitajat enemmistönä vaikuttaisivat enemmän ilmapiiriin. Myös seuraavassa puheenvuorossa käsitellään osastoa, jolla voidaan ymmärtää puhujan asemoivan itseään kuitenkin ulkopuoleiseen positioon. Oteesta tulee esille siis jossain määrin eri painotuksia vaikka keskustelu onkin muutoin yksimielistä.

Aineistossa rakentuu kuva kahden erilaisen kuntoutuskulttuurin kohtaamisesta. Turvaamisdiskurssissa sosiaalityöntekijöistä rakennetaan kuvaa modernimman kuntoutuskulttuurin edustajina, jotka puhuvat asiakkaan puolesta, jotta tämä voisi siirtyä pois sairaalasta asumaan. Haasteita tuo hoitajien hieman vanhoillinenkin näkemys ja tottumus pitää asiakkaat sairaalassa turvassa. Suhteessa hoitajiin sosiaalityöntekijät asemoituvat linkiksi sairaalan ja avohoidon välillä, kun hoitohenkilökunnan käsitykset muassa asumispalveluja kohtaan olivat epäileväisiä ja torjuvia. Suhteessa asiakkaisiin sosiaalityöntekijöiden voi lukeutua asemoituvan turvaamisdiskurssissa heidän mahdollisuuksiensa tukevaan positio, jossa keskeinen tehtävä on saattaa asiakasta eteenpäin kuntoutuksen polulla, kohti avohoitoa ja asumispalveluita. Pessimistinen positio puhutaan hoitohenkilökunnalle, joka suhtautuu epäileväisemmin, jopa kielteisesti näihin vaihtoehtoihin. Luovuttamiskurssissa puhuttiin epäuskosta asiakkaiden paranemiseen tai hoidolla auttamisen mahdollisuuksiin. Sosiaalityöntekijät asemoitiin tässä diskurssissa ulkopuolisen positioon, mutta myös poikkeamia tähän puhuttiin; sosiaalityöntekijät siis positioituvat sekä erilleen hoitohenkilökunnasta ja pois siihen liittyvästä luovuttamisen mentaliteetista, mutta myös hetkellisesti siirtyivät myös pessimistiseen positioon.

6.3 Työmäärädiskurssi

Kolmantena diskurssina aineistossa löytyi työmäärädiskurssit. Työmäärädiskurssissa tuotetaan puhetta sosiaalityöntekijöiden työresurssien käyttämisestä, niiden kohdentamisesta, mielekkyydestä ja merkityksestä. Epäolennaisuusdiskurssissa puhutaan työtehtävistä, joissa sosiaalityöntekijät joutuvat tekemään tai selvittämään asioita, jotka heidän näkökulmastaan ovat jo riittävällä tai oikealla tavalla hoidettuja, mutta joihin muut toimijat kuten

yhteistyökumppanit, asiakkaiden omaiset, työtoverit, palaavat ja haluavat sosiaalityöntekijöiden huomion yhä uudelleen. Hukkaantumiskurssissa puhutaan hukkaan heitetystä työstä ja työajasta, jossa sosiaalityöntekijän tekemä työ valuukin hukkaan jonkun toisen osapuolen toimittua vastoin sovittua. Diskurssi rakentuu suhteessa asiakkaisiin, omaisiin tai yhteistyökumppaneihin, jotka poikkeavat sovituista suunnitelmista.

Epäolennaisuusdiskurssi

Epäolennaisuusdiskurssissa kuvautuu miten sosiaalityöntekijät joutuvat työskentelemään jonkin heidän näkökulmastaan selkeän asian kanssa toistuvasti, ja jossa he ovat tehneet oman osuutensa. Tällaiset työtehtävät tuntuvat ylimääräisiltä tai epäolennaisilta, ja niihin liittyy myös jonkinlainen kuormittavuuden tunne. Seuraavassa otteesta tulee kuvatuksi tilanne, jossa asiakkaalle on haettu sairaalassa edunvalvojaa, mutta maistraatti ei ainakaan toistaiseksi ole edunvalvojaa myöntänyt.

Tarkka viranomainen

A: Mä voisin kertoa yhden esimerkkicasen nimenomaan minkä on ite sosiaalityöntekijänä kokenu vaikeena asiakkuutena, koska asiakas sinänsä ei ole vaikea, mä olen tätä rummuttanut tätä työryhmässä moneen kertaan, siis tämmönen äärettömän turhauttava, kun mitä nyt tulee niihin kapuloita rattaisiin turhaan, niin sitte tämmönen case, että meillä siirty nyt potilas asumispalveluyksikköön ja alettiin hyvissä ajoin hakea edunvalvojaa ennen kuin potilas siirty täältä, että saisi sen voimaan ja tota, hän siirty ja kaikki on mennyt ihan... Siis kaikki periaatteessa ihan hyvin, mutta kun sitä edunvalvojaa ei vaan ole saatu, ihan meistä riippumattomista syistä, kun potilas itsekin sitä haluaisi ja on kovasti odottanut ja toivonut että se jo tulisi mutta kun siinä on kovin tarkka maistraatin viranomainen, joka penkoo kaikki mahdolliset pilkut ja pisteet että onko tämä nyt varmasti kaikkien pykälien mukaista ja alunperin jopa siitä että tämä hakemus, kun potilas haki sitä omalla allekirjoituksellaan, niin se takertu siihen että hakemus ei ole potilaan itsensä kirjoittama, että se on potilaan allekirjoittama mutta tämän on selvästi kirjoittanut joku muu että mistä tämä johtuu ja kaikkee tämmöstä.”

B: Minä kirjoitan aina.

A: Niin minäkin! Siis miljoona lisäselvitystä on lähetetty, no okei, mä oon lähettänyt kolme ja ylilääkäri kaks. Eli miljoona.

B: Kuulostaa paljolta kyllä.

Aineistokatkelmassa kuvataan kuinka asiakkaalle on lähdetty hakemaan edunvalvojaa sairaalasta asumispalveluyksikköön siirtymisen vaiheessa, mutta maistraatissa viranomainen on tarkastellut edunvalvontahakemusta hyvinkin tiukasti, eikä prosessi ole edennyt toivotulla tavalla. Katkelman alussa kuvataan *alettiin hyvissä ajoin hakea edunvalvojaa ja hän [asiakas] siirty, ja kaikki on mennyt ihan hyvin*, mistä rakentuu kuva kuinka sairaalan ja asiakkaan puolelta asiat ovat sujuneet moitteetta; edunvalvontaprosessiin on varauduttu ja siihen on varattu aikaa ja muutoinkin asiat ovat asiakkaan kohdalla menneet moitteetta, mutta ongelma

tuleekin maistraatin taholta. Toteamuksella *potilas itsekin sitä haluaisi ja on kovasti odottanut ja toivonut* kuvataan asiakkaan myönteistä ja odottavaa suhtautumista edunvalvontaan, ja todetaan näin hänenkin olevan suunnitelman takana. Tämän jälkeen todetaan, että edunvalvojaa ei kuitenkaan ole saatu *ihan meistä riippumattomista syistä* jolloin ikään kuin useamman ihmisen puolesta tehdään eroa edunvalvontaprosessiin liittyviin ongelmiin, ja viitataan vaikeuden olevan jossain muualla, tässä tapauksessa maistraatin viranomaisessa ja hänen toiminnassaan. Maistraatin viranomaisen kuvataan olevan *kovin tarkka*, ja ilmaisulla *penkoo kaikki mahdolliset pilkut ja pisteet* rakennetaan kuvaa siitä, kuinka asiassa mennään sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta tarpeettoman pieniin yksityiskohtiin. Lisäksi hänen todetaan *takertuneen* siihen, ettei hakemuksen sisältö ole konkreettisesti asiakkaan itsensä kirjoittama, ikään kuin jääden jumiin tähän asiaan, ja hidastaen samalla prosessia. Toinen työntekijä tukee sanomalla kirjoittavansa *aina* hakemuksen asiakkaan puolesta, millä hän osoittaa tukensa asiassa. Seuraava kommentti *niin minäkin* on jopa hieman kiukustunut puuskahdus, minkä jälkeen käytetään liioiteltua ilmaisua *miljoona lisäselvitystä*. Näillä toisiaan vahvistavilla toteamuksilla edunvalvontahakemuksen kirjoittamisesta asiakkaan puolesta ikään normalisoidaan sosiaalityöntekijän toimintatapaa ja tuotetaan viranomaisen toiminnasta poikkeavaa kuvaa. Maistraatin viranomaiselle puhutaan puuttujan positiota, jossa hänen nähdään kyllä tekevän omaan työtään, mutta myös puuttuvan huomautuksillaan sosiaalityöntekijöiden sekä lääkärin työhön vaikka ei suoraan heidän toimintaansa tai edunvalvojan tarvetta kyseenalaista. Sosiaalityöntekijälle rakentuu omaa työtään puolustavan positio. Epäolennaisuus rakentuu suhteessa siihen, mitä sosiaalityöntekijä pitää itsestään selvänä eli asiakkaan tarvetta edunvalvojalle.

Kriittisestä puheesta huolimatta, aineistossa pyritään myös ymmärtävällä tavalla etsimään selityksiä viranomaisen toiminnalle; sosiaalityöntekijät pohtivat voisiko tällaisen toiminnan taustalla olla jokin maistraatin toimintaan vaikuttava rakenteellinen tekijä, kuten resurssien niukkuus tai edunvalvonnan ylikuormittuminen, minkä vuoksi maistraatin viranomaisia olisi epäsuorasti kehotettu tarkastelemaan edunvalvontahakemuksia ja edunvalvontailmoituksia tiukemmin.

Epäolennaisuusdiskurssissa rakennettiin myös joissain puheenvuoroissa myös asiakkaiden omaisiin liittyen. Aineistossa kuvautui kuinka työntekijät tekivät yhteistyötä omaisten kanssa mielellään ja pitivät heitä tärkeinä yhteistyökumppaneina, mutta tietyissä tilanteissa omaisten toiminta kuormitti työntekijöitä. Seuraavassa otteessa kuvataan yleisellä tasolla tilanteita omaisten kanssa.

Omainen tiedustelee samoja asioita uudelleen

”Niin, joo se yleensä aktivoituu mulle päin sitten kun potilas vaikka siirtyy johonki jatkokuntoutuspaikkaan täältä niin, että sitä ennen vanhemmat on soiteltu osastolle ja pommittanu sinne päin ja ollu yhteydessä tai lääkärille tai sekä että mutta sitte yleensä se siinä kääntyy mulle päin kun on menty eteenpäin ja sitte alkaa se soittele ja kaiken näköisistä mun näkökulmasta epäolennaisista asioista niinku turhanpäiväinen soittele ja räknäily, toki sen ymmärtää että ne on heille tärkeitä ja ainutkertaisia asioita ja tottakai pitää antaa sitä tietoo ja muuta mutta toki kun väännät kymmenennen kerran siitä oliko se käyttöraha nyt kymppin vai kaksi kymppiä ja montakos tupakka-askia sillä nyt viikossa saa, tän tyypisistä jutuista niin se niinku aavistuksen kuormittaa.”

Puheenvuorossa kuvataan kuinka asiakkaan omaiset ovat yhteydessä sairaalaan useita kertoja, ensin osastolle hoitohenkilökuntaan ja sen jälkeen sosiaalityöntekijään. Puheenvuorossa mainitaan asiakkaiden *vanhemmat*, jotka *on soiteltu osastolle ja pommittanut sinne päin*. Ilmaisu pommittaminen tuo vaikutelmaa ponnekkaasta ja toistuvasta toiminnasta. Yhteydenottoja todetaan tulevan eri henkilöille; osastolle eli hoitohenkilökunnalle, lääkärille ja sitten sosiaalityöntekijälle eli omaisen toiminta kohdistuu toistuvasti useisiin eri henkilöihin. Sosiaalityöntekijään omaisten kerrotaan olevan yhteydessä yleensä vaiheessa, kun asiakas on siirtymässä jatkokuntoutuspaikkaan. Ilmaisu *sitten alkaa se soittele* luo kuvaa siitä, että tarkoitetaan jotain tietynlaista, tässä asiayhteydessä ei-toivottua soitteleua. Puheenvuoro jatkuu toteamuksella *mun näkökulmasta epäolennaisista asioista - - turhanpäiväinen soittele ja räknäily* mikä kuvastaa tilanteen turhauttavuutta; kyseessä ovat sosiaalityöntekijän työn näkökulmasta vähemmän merkityksellisiä tai pieniä asioita, jotka eivät ole hänen työnsä kannalta niin olennaisia. Puheen kuvauksella *väännät kymmenennen kerran siitä oliko se käyttöraha nyt kymppin vai kaksi kymppiä* rakennetaan kuvaa tilanteista, joissa sosiaalityöntekijä joutuu turhauttavalla tavalla neuvottelemaan tai jopa väittelemään omaisten kanssa asiakkaan käyttörahan suuruudesta. Ilmauksella *kymppi vai kaksi kymppiä* tuo esille sitä, kuinka pienestä asiasta on kyse. Puheenvuorossa kuitenkin tuotetaan myös ymmärrystä tälle toiminnalle, ja sille että kyseessä on asiakkaille ja omaisille ainutkertaisista asioista, ja tiedon antaminen kuuluu sosiaalityöntekijän velvollisuuksiin ja tiedon saaminen taas asiakkaan ja läheisten oikeuksiin.

Puheessa tulee esille työntekijöiden turhautumista ulkopuolisiin tahoihin, jos yhteydenotot ja kyselyt ovat jatkuvia. Seuraavassa otteessa tulee kuvatuksi kuinka omaisten ja yhteistyökumppaneiden toistuvat kyselyt turhauttavat, ja tulevat tulkituiksi myös epäluottamuksen osoituksena sosiaalityöntekijöitä ja sairaalaa kohtaan.

Kyllä me osaamme

”Siis mun mielestä joo ja mä lisäisin vielä sen että tule semmonenkin olo, että jos omainen ei luota tai joku yhteistyökumppani ei luota ja kyselee ja jankkaa samoja asioita, niin tulee että kai me ny herrajumala täällä osataan tämmöset asiat hoitaa! Et semmonenkin turhautuminen tulee siinä.”

Otteessa kuvataan sitä kuinka omaiset ja yhteistyökumppanit *ei luota ja kyselee ja jankkaa samoja asioita*, jolloin epäluottamus ja kysymysten ja asioiden toistaminen voidaan lukea linkitetyksi yhteen kuin toistuvat kyselyt olisivat varmistelua miten asiat sairaalassa hoidetaan. Sanalla *jankkaa* tuotetaan negatiivista mielikuvaa asioiden toistelusta. Tämän jälkeen todetaan, puolittain huudahtaen, että *kai me ny herrajumala täällä osataan tämmöiset asiat hoitaa!* Kommentilla tuodaan esiin närkästyneisyyttä ja loukkaantuneisuuttakin, ja sitä tehostetaan *herrajumala* kirosanalla. Puheenvuorosta tulee vaikutelma, että omaisten ja yhteistyökumppaneiden toiminta tuntuu kyseenalaistukselta työntekijöitä ja heidän ammattitaitoaan kohtaan, jolloin tällaista kyseenalaistusta vastaan on tarve puolustautua toteamalla painokkaasti, että kyllä me täällä osaamme työmme. Omaisille ja yhteistyökumppaneille puhutaan tässä puuttujan/kyseenalaistajan positiota, kun taas sosiaalityöntekijä asemoituu oman työnsä puolustajan ja asiantuntijankin positiioihin.

Haaskaantumisdiskurssi

Aineistossa on löydettävissä jonkin verran puhetta myös hukkaan menevästä työstä. Aineistossa kuvataan tilanteista, joissa sosiaalityöntekijät ovat työskennelleet asiakkaan asioissa auttaakseen tätä eteenpäin kunnes asiakas toimiikin vastoin suunnitelmia ja sosiaalityöntekijöiden odotuksia. Tällaisiksi tilanteiksi mainitaan esimerkiksi asiakkaan kieltäytyminen jo valmiiksi järjestetystä muutosta asumispalveluysikköön tai muuhun asuntoon. Sosiaalityöntekijät ovat olleet keskeisessä roolissa asiakkaan asumisen järjestelyissä, jotta tämä pääsisi kotiutumaan sairaalasta omaan asuntoon, mutta asiakas saattaakin kieltäytyä muuttamasta tai järjestää itselleen muun asuinpaikan.

Valmistelujen jälkeen asiakas valitsee muuta

A: Hirveesti näät vaivaa potilaan eteen, järjestelet kaikki sen asiat kuntoon ja sitte se menee ja niin sanotusti mokaa taas.

H: Okei.

B: Tiivistetysti.

A: Niin tiivistetysti, mutta onhan se aina et jos se potilas vaikka saadaan täältä jonku palveluasumisen piiriin niin se on vähän että no hyvä se meni sinne, et se on jo pieni onnistuminen siinä vaiheessa, mutta siinä vaiheessa kun kaikki on suurinpiirtein järjestetty ja kaikki on valmiina ja asiat on laitettu kuntoon ja ---
B: Se on pari viikkoo siellä, [asumispalveluyksikössä] ja lähtee meneen!
A: Tai sit kun potilaan pitää lähtee sinne, niin hän ei lähde, ei hän mee, hän lähtee jonnekki kaverilleen!
H: Joo.
A: Jotenki, sä oot hirveen vaivan nähny ja asioita selvittänyt ja sitte potilas sanoo, että en, mä en, tekee ihan oman ratkasunsa. Turhan työn tekeminen on turhauttavaa.
H: Turhan työn...
C1: Koska on kuitenkin niin riittävästi sitä työtä, et se ärsyttää jos niinku..
A5: En mä tiedä ärsyttääkö se muita.
C2: Kyllä, aivan sama.

Otteessa kuvataan kuinka sosiaalityöntekijät ovat tehneet paljon töitä järjestelläkseen asiakkaan asioita. *Hirveesti näät vaivaa ja järjesteleet kaikki asiat kuntoon* korostavat puheessa sosiaalityöntekijän tekemän työn määrää, työläyttä ja sitä, että asiakkaan eteen on tehty kaikki mahdollinen. Puheenvuorossa tuotetaan kuvaa siitä, että sosiaalityöntekijä on kyllä tehnyt työnsä ja oman osuutensa, mutta sitten asiakas *menee ja niin sanotusti mokaakaan*; asiakkaan toiminta on siis ”mokaamista” suhteessa sosiaalityöntekijän hänelle järjestelemiin asioihin. Puheenvuoron lopussa kuvaillaan esimerkkejä ongelmallisista tilanteista; asiakas on pari viikkoa asumispalveluyksikössä, jonka jälkeen hän *lähtee meneen* tai kun asiakkaan olisi tarkoitus lähteä sairaalasta asumispalveluyksikköön niin *hän ei lähde, hän lähtee jonnekki kaverilleen*. Asiakas siis toimii vastoin odotettua, eikä menekään sosiaalityöntekijän hänelle järjestämään asuntoon tai asumispalveluyksikköön. Sosiaalityöntekijä asemoituu turhaan uurastaneen työntekijän positioon, kun taas asiakkaalle puhutaan mokaajan positio. Diskurssissa sosiaalityöntekijät keskustelevat melko vilkkaasti, kommentoivat muiden puheenvuoroja ja jatkavat samoista aiheesta vieden keskustelua eteenpäin. Yhteinen ymmärrys ja hyväksyntä rakentuu myötäilevillä kommentteilla ja toisen keskustelijan sanojen toistamisella. Keskustelussa on joitain painokkaampia puheenvuoroja, puolittaisia huudahduksia, ja aihe herättää puhetta useammassa työntekijässä.

Työmäärädiskurssissa vaikeus paikantuu toiminnan tasolle joko epäolennaisten tai hukkaan heitettyjen työtehtävien takia. Työmäärädiskurssissa kuvautuu kuinka sosiaalityöntekijän resurssit kohdentuvat työntekijöiden näkökulmasta väärin. Epäolennaisuusdiskurssissa tulee kuvatuksi vaikeutta, joka muodostuu kun jotkin työtehtävät tulevat viemään paljon työaikaa suhteessa siihen kuinka merkittäväksi työntekijä näkee ne oman ajankäyttönsä tai asiakkuuden kokonaisuuden kannalta. Siihen liittyy myös riittämättömyys eli

sosiaalityöntekijän tekemä työ ei vaikuta riittävän ja heitä pyydetään toistuvasti tarkentamaan tai kertaamaan jo kertaalleen selvitettyjä asioita. Tämä voidaan kokea myös sosiaalityöntekijöiden työhön puuttumisena ja kyseenalaistamisena, ja sosiaalityöntekijät asemoituvatkin työnsä puolustajan positioon, kun taas muille toimijoille puhutaan puuttujan tai kyseenalaistajan positiota. Toisaalta sosiaalityöntekijät tiedostavat tämän kaiken kuuluvan heidän työhönsä, mutta kiireisen aikataulun keskellä turhautuneisuus kasvaa pienten asioiden viedessä suhteettoman suuren siivun sosiaalityöntekijöiden työajasta. Haaskaantumiskeskustelussa on kyse sosiaalityöntekijöiden ydintehtävien hukkaantumisesta. Sosiaalityöntekijän työtä vaikeuttavat muut toimijat, jotka poikkeavat suunnitelmasta sen jälkeen, kun sosiaalityöntekijä on tehnyt oman osuutensa. Sosiaalityöntekijän tekemä työ ja suunnitelma, johon hän on sitoutunut, ei lopulta hänestä riippumattomista syistä toteudu eikä tavoitetta, esimerkiksi asiakkaan muuttoa asumispalveluihin, saavuteta. Sosiaalityöntekijän on siis käyttänyt lopputuloksen näkökulmasta katsottuna turhaan omia resurssejaan ja työpanostaan. Sosiaalityöntekijä asemoituu turhaan uurastaneen työntekijän positio, kun taas asiakkaalle puhutaan mokaajan positio.

6.4 Rakennediskurssi

Neljänneksi diskurssiksi aineistossa on erotettavissa vähäisissä määrin rakennetason puhetta, joka ilmenee aineistossa muutamina puheenvuoroina ja mainintoina. Rakennediskurssiksi nimetyssä puhetavassa ominaista on puhe yleisellä, ei-henkilöidyllä tasolla, ja siinä esille nousevat kuntien taloudelliset resurssit, kapea aikaikkuna työn tekemiselle sekä jossain määrin myös organisaatiotasoiset toimintatavat. Aineistossa on kuvauksia siitä kuinka kuntien tiukka taloudellinen tilanne ja ostopalvelusopimukset määrittävät ne mahdollisuudet, joista etsiä asiakkaalle soveltuvia asumispalvelupaikkoja. Kapeaan aikaikkunaan taas liittyvät ulkoapäin tulevat erilaiset määräajat kuten häätöaikataulut tai lyhyt osastohoitoaika, jotka määrittelevät ajanjakson, joka sosiaalityöntekijällä on käytettävissä työhönsä. Aineistossa esiintyy myös mainintoja yhteistyökumppaneiden, pääasiassa sosiaalitoimistojen toimintatavoista, jotka eivät sosiaalityöntekijöiden mukaan ota riittävällä tavalla huomioon sairaalan asiakkaiden erityisiä tilanteita.

Resurssidiskurssi

Aineistossa on muutamia mainintoja kuntien taloudellisesta tilanteesta sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskevista sopimuksista. Kunnat kilpailuttavat mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, ja solmivat ostopalvelusopimuksen tämän kilpailutusprosessin perusteella. Tällöin sairaalan sosiaalityöntekijöiden on lähtökohtaisesti ohjattavat asiakkaita näihin tiettyihin kilpailutuksen voittaneisiin

ostopalvelusopimuspaikkoihin, ja vain erityisissä tilanteissa kunnat ostavat palvelua muilta kuin näiltä palveluntuottajilta. Aineistossa tuotetaan puhetta myös rajallisista resursseista, millä tarkoitetaan sitä, etteivät kunnat välttämättä osta kaikkia palveluita. Aineistossa nousee esille tämän toiminnan vaikutukset sairaalan sosiaalityöntekijöiden työlle; kuntien päätökset, resurssit ja ostopalvelusopimukset määrittävät sairaalan sosiaalityöntekijälle ne mahdollisuudet, joista järjestää asiakkaille palveluja. Seuraavan otteessa on kiteytetty kuvaus rahallisten resurssien vaikutuksista palveluiden järjestämiseen.

Rajalliset rahat ja mahdollisuudet

A: Meinasin sanoa, että yhteiskunnan kaikki resurssit että kun meidän täytyy [ottaa huomioon], ne tekee sen rajan.

B: Kun aletaan oikeen laajemmin ajatteleen asiaa.

A: Rahaa ei ole määrättömästi.

B: Kaikki sujuis, jokaiselle potilaalle vois räätälöidä sellaisen...

A: Tonni tilille.

B: Ottaa sieltä ja täältä palveluita, ihan mistä potilas itte tykkäis, ihan mistä tahansa, minkälaista tahansa. Menis ihan hyvin kun vois poimia räätälöidyn palvelun potilaalle sairaalasta kotiuduttuaan. Valitettavasti kuntien sopimukset niitä rajaa kummasti. Mä tietäisin sulle hyvän paikan, mutta sori kunta ei osta näitä palveluja.

Otteessa todetaan, että jos rahaa olisi määrättömästi, voitaisiin rakentaa millainen tahansa asiakkaan toivoma palvelu, mutta käytännössä kuntien ostopalvelusopimukset tämän estävät. Joidenkin kuntien todetaan kuitenkin olevan avoimia ja ostavan muitakin paikkoja. Otteen alun toteamus *yhteiskunnan kaikki resurssit, että kun meidän täytyy* [ottaa huomioon], *ne tekee sen rajan* kuvaa kuinka työntekijän tulee huomioida resurssien olevan niitä rajoja, jotka piirtävän heille toimintapuitteet. Ote jatkuu kuvauksella kuinka palveluita voitaisiin hankkia *ihan mistä potilas itte tykkäis ja ihan mistä tahansa, minkälaista tahansa* jolloin keskusteluun tuodaan asiakkaan näkökulmaa, ja sillä vedotaan asiakkaan omaan mieltymykseen ja toiveeseen asumispalveluista ja palvelukokonaisuudesta. Toteamus *valitettavasti kuntien sopimukset niitä kummasti* ilmaistaan harmistusta tilanteen valitettavuutta, jonka jälkeen heti todetaan että *mä tietäisin sulle hyvän paikan, mutta sori kunta ei osta näitä palveluja*; puheenvuoro viestittää, että sosiaalityöntekijä on tehnyt tilanteessa kyllä työnsä, ja pohtinut asiaa asiakkaan tarpeiden kannalta, mutta kotikunta ei kuitenkaan kyseistä palvelua osta. Otteen kautta tulee näkyväksi ne tilanteet, kuinka sosiaalityöntekijät eivät voi suunnitella palvelukokonaisuuksia pelkästään oman ammatillisen arvionsa ja asiakkaan toiveiden pohjalta. Vaikeus paikantuu tässä siis kuntien rajallisiin resursseihin ja siihen, että näin sosiaalityöntekijöiden liikkumatila kapenee ja valinnan mahdollisuudet vähenevät, koska

heidän työtään määrittää ulkopuolinen tekijä. Sosiaalityöntekijälle puhutaan ohitettu ja lukittu positio, jossa hänellä ei ole liikkumatilaa suhteessa reunaehtoihin eikä hänen ammatillista näkemystään asiakkaan tilanteesta hyödynnetä.

Aikaikkunadiskurssi

Aineistossa on erotettavissa myös puhetta tiukoista aikatauluista eli kapeista aikaikkunoista. Aineistosta ilmenee, että sairaalaan tulevista asiakkaista osalla on merkittäviä ja akuuttejakin toimeentuloon ja asumiseen liittyviä ongelmia, joihin sosiaalityöntekijän on reagoitava nopeasti, ja jotka voivat olla kovin työläisiä. Asiakkaat voivat olla vaarassa menettää asuntonsa tai ovat jo mahdollisesti saaneet hädän, jolloin sosiaalityöntekijä selvittää minne asiakkaan omaisuus voidaan siirtää. Myös lyhyt hoitoaika antaa aikarajan, jonka sisällä sosiaalityöntekijät pyrkivät samaan asiakkaan sosiaalityön asiat selvitettyä mahdollisimman pitkälle. Näin määrääjat työskentelylle tulevat ulkoapäin, ja sosiaalityöntekijä joutuu aikatauluttamaan oman työskentelynsä muiden aikatauluihin. Aineistossa tuotettiin puhetta siitä, kuinka aikaa työskentelylle on hyvin vähän, mutta hoidettavia asioita on paljon.

Nopean aikataulun häätö

A: Ihan käytännön asioita, sotkuja.

B: Just kaikkee häätöjä, ties mitä, miten toimitaan missäkin tilanteessa. Ja kun pitää nopeesti toimia usein. Et ei oo tavatonta, että potilas on toimitettu hoitoon siinä kohtaa kun ulosottomies on mennä häätään kämpästä, että samana päivänä pitäis olla kämpä tyhjänä, ja sitte että jaa, siinä lähdet sitte purkamaan semmosta.

Otteessa kuvataan erästä akuuttia tilannetta, jossa asiakasta ollaan häätämässä asunnosta, ja asunto pitäisi tyhjentää saman päivän aikana. Sosiaalityöntekijä joutuu reagoimaan nopeasti selvittääkseen tilannetta yhteistyössä ulosottoviranomaisen kanssa. Tällöin muun toimijan aikataulu määrittää sosiaalityöntekijän työtahdin. Otteessa puhutaan *sotkuista*, *miten toimitaan missäkin tilanteessa* ja *purkamisesta*, mikä luo mielikuvaa epäselvistä tilanteista, jotka vaativat työntekijältä selvitystyötä. Otteessa todetaan, että *potilas on toimitettu hoitoon siinä kohtaa kun ulosottomies on mennä häätään kämpästä* jolloin asiakkaan asiat ovat siis siirtyneet sosiaalityöntekijän hoidettavaksi sairaalahoidon alkaessa, ja sairaalan sosiaalityöntekijän vastuulle jää selvittää ja pyrkiä järjestelemään asunnon tyhjentämistä. Puheenvuoro voidaan lukea myös niin, että asiakkaan hoitoon toimittaminen on viivästynyt ja tapahtuu *siinä kohtaa* kun hänen tilanteensa on johtanut niinkin pitkälle, että häätöprosessi on edennyt täytöntöönpanoon asti ja ulosottomies on mennyt sitä suorittamaan. Tilanne on siis edennyt asiakkaan kodin menettämiseen ja sinällään äärimmäiseen tilanteeseen, jossa

avustaminen tulee sairaalan sosiaalityöntekijän tehtäväksi siinä vaiheessa, kun käytettävissä olevaa aikaa on enää kovin vähän. Otteessa todetaan myös, että tämä *ei ole tavatonta* eli vastaavia tilanteita voi olettaa tulevan sairaalassa vastaan jonkin verran ja niiden työllistävän sosiaalityöntekijää.

Aineistossa tuotetaan myös puhetta, jossa vaikeutta sosiaalityöntekijöille tuottaa sosiaaliturvajärjestelmän hitaus yhdistettynä lyhykäisiin osastohoitojaksoihin. Tällöin sosiaalityöntekijällä on paineita saada työtehtäviään hoidettua mahdollisimman nopeasti. Seuraavassa otteessa kuvataan, miten sosiaalityöntekijä pyrkii tiukan aikarajan puitteissa saamaan asiakkaan etuus- ja toimeentulotukihakemuksia eteenpäin.

Lyhyt hoitajakso, asioiden hoito kestää

”Ja sehän tosi, että kun aattelee, silloin kun hoitajaksot oli lyhyempiä niin olihan se jotenkin mahdotonta kun sanotaan että reilussa viikossa piti saada kaikki potilaalle järjestymään, että kun hoitajaksot oli keskimäärin kaks viikkoo ja joku oli sen viikon ja sinä aikana ois kaikki pitänyt saaja vireille [hakemukset] ja rahaa tilille jo ja muuta niin joku toimeentulotukihakemuskin, niin eihän me saatu edes papereita kasaan. Jos oli saatu hakemus lähetettyä vaillinaisin liittein, niin lisäselvityspyyntö, kiitos, lähettäkää vielä tämä, tämä ja tämä tarvitaan, ei voida tehdä päätöstä. Niin just se että täältä pitäis saada ihmisiä eteenpäin, kun niitä ei voi oikeen rahattomana kotiuttaa, ja täällä oli aikasemmin, sanotaan että vuosi kaks sitten oli must tuntuu että ainaki meidän osastolla oli huomattavasti nopeampi tahti et kyl ne oli sellasta liukuhihnatyötä ja potilaita piti saada nopeasti eteenpäin, eihän ne raha-asiat pysyny mitenkään perässä, hakemukset ja kaikki niin se oli ihan... mahdotonta sitte saada niille rahaa siihen kun ne kotiutuu.”

Otteessa tulee esille sosiaalityöntekijän kiire saada asiakkaan asioita eteenpäin hoitajakson eli noin yhden tai kahden viikon aikana. Otteen kuvaus *reilussa kahdessa viikossa piti saada kaikki potilaalle järjestymään* antaa ymmärtää, että asiakkaan asioiden suhteen oli isojakin odotuksia siitä että *kaikki* asiat olisivat järjestyneet lyhyen hoitajakson aikana. *Ois pitänyt saada vireille* (hakemukset) *ja rahaa tilille jo* kertoo odotuksista ja toiveista etuuksien vireyttämisestä sekä konkreettisen taloudellisen tuen saamisesta jo sairaalassa oloaikana ennen asiakkaan kotiutumista. Puheessa ei kuitenkaan mainita henkilöä tai henkilöitä, edes asiakasta, vaan sosiaalityöntekijä puhuu passiivimuodossa siitä mitä *pitäisi* ehtiä tehdä ja saada aikaan. Tämä osoittautuu kuitenkin hyvin vaikeaksi, sillä edes tarvittavia liitteitä ei tässä ajassa saada hankittua. Otteessa kuvataan, että mikäli hakemus kuitenkin saatiin lähetettyä vaillinaisena, tuli pyyntö *lähettäkää vielä tämä, tämä ja tämä tarvitaan, ei voida tehdä päätöstä*; hakemusta käsittelevä tahon kerrotaan siis pyytäneen useita lisäselvityksiä koska päätöstä ei voida muutoin tehdä. Etuuksien hakeminen siis venyy ja viivästyy

puuttuvien selvitysten vuoksi, ja koska viranomaiset ne kuitenkin tarvitsee päätöksentekoa varten. Kuvauksessa *täältä pitäisi saada ihmisiä eteenpäin, kun niitä ei voi oikein rahattomana kotiuttaa* kertoo siitä käytännön ongelmasta, joka seuraa kun asioiden hoitaminen venyy, mutta asiakasta ei voida rahattomana kotiuttaa. *Pitäisi saada ihmisiä eteenpäin rakentaa* kuvaa tavoitteesta että asiakkaat saataisiin jatkamaan jonnekin *eteenpäin* sairaalasta pois. Tämä ei onnistu, mikäli asiakkaalle ei ole sellaista taloudellista turvaa, että hän pärjäisi itseksensä. Otteen lopussa kuvataan *liukuhihnatyötä* koska *potilaita piti saada nopeasti eteenpäin*. Otteen liukuhihnakuvausten kautta voidaan ymmärtää työn olleen jollain tapaa pakkotahtista vailla sosiaalityöntekijän omaa säätelymahdollisuutta. Näin ollen sosiaalityöntekijä joutuu mukautumaan muualta tuleviin ehtoihin. Otteessa puhe on toteavan sävyistä, ja sosiaalityöntekijä asemoituu mukautujan positioon, jossa ollaan ikään kuin ulkoapäin tulevan voiman puristuksissa vailla vaikuttamisen mahdollisuuksia.

Aineistosta käy ilmi, että sosiaalityöntekijät pyrkivät parhaansa mukaan kiirehtimään hakemusten käsittelyä eri viranomaistahoilla ja edistämään asioiden sujumista. Aineistossa kuitenkin kuvataan, että on kyse kriisihoidoista, jolloin käytettävissä oleva aika on lyhyt. Myös se tuotiin esiin, että asiakkaita oli koko ajan tulossa uusia, ja osastolta kotiutetaan ne, jotka vähiten hoitoa tarvitsevat. Joissain poikkeustilanteissa asiakas voi jäädä osastolle odottamaan esimerkiksi toimeentulotukipäätöstä mikäli on rahaton, mutta pääsääntöisesti etuuspäätöksiä ei jäädä odottamaan. Diskurssissa vaikeudeksi kuvautuu siis osastojakson pituudesta muotoutuva kapea aikaikkuna yhdistettynä etuusasioiden hoitumisen hitauteen. Osastojaksojen lyhykäisyyttä selitetään suurella asiakasmäärällä, jolloin asiakkaat voivat olla sairaalassa vain sen minkä minimissään on tarve.

Normistodiskurssi

Aineistossa on erotettavissa omaksi diskurssikseen organisaatitasoista toimintaa ja toimintaperiaatteita koskeva puhe. Aineistossa tulee kuvatuksi kuinka asiakkaat voivat jäädä ilman jotain etuutta tai toimeentulotukea, koska eivät täytä tarvittavia kriteerejä tai normistoa. Sosiaalityöntekijän näkökulmasta normeissa ja kriteereissä ei huomioida riittävällä tavalla asiakkaiden erityistä tilannetta ja tarvetta, vaan sairaalan asiakkaisiin sovelletaan täsmälleen samoja toimintaohjeita kuin kaikkiin muihinkin asiakkaisiin. Lisäksi tilannetta hankaloittaa se, etteivät viranomaiset ole aina halukkaita tekemään myöskään poikkeuksia käsittelyprosessissa.

Seuraavassa otteessa tulee kuvatuksi kuinka sosiaalityöntekijät olivat joutuneet perustelemaan sosiaalitoimistoon useita kertoja miksi asiakkaalle tulisi myöntää maksusitoumus lääkkeisiin.

Sosiaalitoimisto vetoaa yhdenvertaisuuteen eikä myönnä sitoumusta

”Yksi oli tällanen, et haettiin sosiaalitoimistosta lääkitykseen maksusitoumusta, jotenki et kaikki on selvää paitsi että potilaalla ei oo rahaa ostaa lääkettä, mutta heidän mukaan potilaalla pitäisi olla rahaa tähän, mutta kun potilas nyt ei osaa käyttää rahaa ihan niinku pitäisi ja edunvalvojakin hänellä on, mutta se on hänen toinen vanhempansa, joka nyt maksaa omistaankin sitte vähän potilaalle tupakkarahaa ja sairaalassa kun tupakkaa menee paljo niin siihen on mennyt varmaan 500 e kuukaudessa tupakkaan, hyvinki helposti tai en mä tiedä paljonko on menny, mutta .. Se ihan normaali käyttöraha ei potilaalle riitä ja ... mutta että eikö tää asia voisi mennä eteenpäin että saatais potilas kotiutettua, ja se selvis, me saatiin se maksusitoumus lääkkeeseen, mutta kun he laskee että meidän täytyy kohdella kaikkia potilaita samalla lailla, mutta kun se on se lääkitys jonka potilas tarvii ja jota ilman se ei selviä siellä avohoidossa, ja hän tarvii sen ja hänellä ei ole raha sitä maksaa. Mutta se jumittaa koska potilasta ei voida kotiuttaa ennenku tiedetään, että hän saa varmasti sen lääkkeen ostettua. Mutta onneksi siihen tänään saatiin päätös että maksetaan, saa maksusitoumuksen.”

Otteessa kuvataan tilannetta, jossa asiakkaalle on haettu sosiaalitoimesta toimeentulotukea lääkkeeseen asiakkaan omien varojen loputtua. Sosiaalitoimisto on kuitenkin tehnyt aluksi kieltävän päätöksen, koska ovat laskeneet että asiakkaalla pitäisi olla rahaa lääkkeisiin. Otteessa mainitaan *sosiaalitoimisto* sekä toistuvasti *he* viitaten useampiin henkilöihin jolloin ongelmallisuus paikantuu ennemmin organisaatiotasolle eikä ei yksittäisiin ihmisiin. Otteessa todetaan sosiaalitoimiston toiminnasta *heidän mukaansa potilaalla pitäisi olla rahaa tähän* eli sosiaalitoimistolla on taustalla jokin normi, jonka mukaan asiakkaalla kuuluisi olla tietty määrä rahaa. Tämä normi on peräisin sosiaalitoimiston käyttämästä toimeentulotukilaskelmasta. Sosiaalitoimiston toimintaa kuvataan vielä, että *he laskee että meidän täytyy kohdella kaikkia potilaita samalla tavalla* eli annetaan ymmärtää kielteisen päätöksen perustana olevan yhdenvertaisuusperiaatteen jolloin asiakkaan kohdalla ei voida tehdä poikkeusta. Asiakkaan kuvataan kuitenkin tarvitsevan lääkettä eikä hänellä ole siihen rahaa. Asiakkaan erityistä oikeutta ja tarvetta saada toimeentulotukea vastoin normeja perustellaan sillä, että asiakas *ei osaa käyttää rahaa ihan niin kuin pitäisi* jolla asiakas ikään kuin jossain määrin vapautetaan vastuusta koska hän ei ole kykenevä sellaiseen rahankäyttöön kuin mitä sosiaalitoimi taas odottaa. Sosiaalitoimen odotukset asiakkaiden rahankäytöstä eivät siis kohtaa todellisuutta sairaalan sosiaalityöntekijöiden mielestä. Puheenvuorossa asiakasta puhutaan syntyneeseen tilanteeseen johtuen sairaudestaan, ja työntekijä asettuu asiakasta puolustavaan position esittämällä ymmärrystä asiakkaan erityiselle tilanteelle.

Aineistossa löytyy jonkin verran jonkin verran mainintoja myös viranomaisorganisaatioiden odotuksista asiakkaiden terveydentila huomioiden. Sosiaalityöntekijät kertoivat kuinka hoito ja asiakkaan toipuminen saattoivat sujua toivotulla tavalla, mutta vaikeuksia aiheuttivat esimerkiksi edunvalvontaprosessin viivästyminen tai toimeentulotukihakemuksen lukuisat lisäselvitykset. Sosiaalityöntekijät perustelivat yhteistyökumppaneille monin tavoin asiakkaan erityistä tilannetta ja sillä perusteella tarvetta saada pikaisesti toimeentulotuki- tai edunvalvontapäätös. Sosiaalityöntekijät pitivät kohtuuttomana, että sairaalan potilaiden edellytettiin kykenevän toimimaan samalla tavalla kuin terveidenkin.

Joustamattomuus toimeentulotuen myöntämisessä

A: No sen verran siitä toimeentulotuesta et niillä ei oo sitä yhtään sitä joustoo, et samat kriteerit kuin terveille ihmisille, käsittämätöntä.

B: Niin. Et pitää kaikki liitteet ja kaikki toimittaa, ja saa pystyä hoitamaan samalla tavalla kuin terveetkin ihmiset. Jos ne on terveellekin ihmiselle vaikeeta niin sitten ihmiselle joka sairastuu ja saatikka on psyykkisesti sairas, pitäis pystyä toimimaan ja silloin nimenoman pitäis pystyä toimimaan kun on paljon asioita hoidettavana kun sairastuu ja tilanne muuttuu ja pitäis kaikkia asioita hoitaa joka suuntaan

H: Olla hirveesti toimintakykyä, mitä ei sitten oo.

A: Joo.

Otteessa tuodaan esille ettei toimeentulotuessa ole *yhtään sitä joustoo, et samat kriteerit kuin terveille ihmisille*. Asiakkaille puhutaan siis tässä sairaan positiota, ja heille sosiaalityöntekijät näkisivät sairauden vuoksi perusteltuna olla jollain tavalla erilaiset ehdot toimeentulotuelle. *Saa pystyä hoitamaan samalla tavalla kuin terveetkin ihmiset* kertoo sosiaalitoimen odottavan asiakkailta samaa toimintakykyä ja pystyvyyttä kuin terveiltäkin. Puheenvuorossa myös todetaan, että on *paljon asioita hoidettavana kun sairastuu* mikä tuo näkyväksi sen, että sairastuminen tuo vaikeana tilanteena ihmisen elämään asioita joita hoitaa. Tilanne on ongelmallinen koska juuri silloin asiakkaalla on myös ehkä heikommät voimavarat hoitaa asioitaan, ja siitä huolimatta häneltä odotettaisiin myös sairaana kykyä toimia kuin tavanomaisesti. Sosiaalityöntekijä puhuu itseään asiakasta puolustavaan positioon kritisoimalla yhteistyökumppanin käytäntöjä ja tuomalla esiin ymmärrystä sairauden vaikutuksista toimintakykyyn.

Kaiken kaikkiaan rakennediskursseissa vaikeus paikantuu erotuksena aiempiin diskursseihin pois yksittäisistä henkilöistä. Rakennediskursseissa tuotetaan passiivimuotoista puhetta, ja viitattiin organisaatioihin tai sääntöihin tai mahdollisesti monikossa organisaatioiden työntekijöihin kuin häivyttäen heitä persoonina. Rakennediskursseissa tulee näkyväksi se, kuinka riippuvaisia sairaalan sosiaalityöntekijät ovat muista toimijoista ja rakenteista, ja kuinka heidän työskentelynsä puitteita määrittävät ja ohjaavat ulkopuoliset tekijät. Sosiaalityöntekijät eivät pysty toimimaan itsenäisesti ja oman työnsä kannalta kohtuullisessa aikataulussa, mihin vaikeus diskursseissa paikantuu. Resurssidiskurssissa sosiaalityöntekijöille rakentuukin ohitettu ja lukittu positio suhteessa kuntiin, jotka määrittävät asiakkaiden asumispalvelut; sosiaalityöntekijän ammatillinen näkemys asiakkaan tilanteesta ei tule hyödynnetyksi, koska rahalliset tekijät tulevat työtä määrittäväksi tekijäksi ja lukitsevat sosiaalityöntekijän toimimaan kunnan asettamiin raameissa. Aikaikkunadiskurssissa tuotettiin lyhyiden hoitoaikojen ja asioiden hoitamisen hitauden yhteisvaikutukseen liittyvää vaikeutta. Tässä diskurssissa sosiaalityöntekijät asemoituivat mukautujan positioon, jossa he ottivat vastaan reunaehdot ja pyrkivät toimimaan parhaansa mukaan mahdollisimman nopeasti. Normistodiskurssissa tuotettiin puhetta yhteistyökumppaneiden toimintatavoista ja periaatteista, jotka näyttäytyivät ongelmallisina asiakkaiden asioiden edistymisen kannalta. Sosiaalityöntekijä asemoitui asiakasta puolustavaan positioon yrittäessään tuoda esille asiakkaan erityistä tilannetta ja sairauden vaikutusta hänen elämäänsä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä tutkielmassa olen tutkinut työskentelyn vaikeuden rakentumista psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden puheessa. Tutkimusaineisto koostuu kahdesta sosiaalityöntekijöiden ryhmäkeskustelusta. Tutkimuskysymykseni ovat olleet: mihin työskentelyn vaikeus paikantuu, mitä vaikeuden diskursseja puheessa rakentuu ja mitä positioita eri osallisille rakentuu. Tutkielman keskeisimpänä tuloksena olivat neljä päädiskurssia, jotka ovat ymmärrysdiskurssi, epäuskodiskurssi, työmäärädiskurssi ja rakennediskurssi.

Ymmärrysdiskurssissa ongelmat kiteytyivät siihen, etteivät asiakkaat ymmärtäneet omaa sairauttaan ja avuntarvettaan eivätkä ottaneet vastaan sosiaalityöntekijöiden heille suosittelemaa ja hyväksi arvioimaa apua. Näin ollen sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden ymmärrykset kuvautuivat hyvin erilaisina. Pohjimmiltaan ymmärryksen eroissa on kyse toisistaan poikkeavista todellisuuskäsityksistä. Sosiaalityöntekijöiden ja muiden ammattilaisten todellisuus rakentui objektiiviseksi ja realistiseksi, kun taas asiakkaan todellisuus sairauden vääristämäksi, jossa he eivät ymmärtäneet omaa parastaan. Ammattilaisilla onkin todettu olevan valtaa ja auktoriteettia, joiden turvin he voivat asiantuntijoiksi asemoituvina määritellä hyvää (Raitakari 2013). Sosiaalityöntekijöilläkin on taustavoimanaan oma professionsa, jonka turvin heidän voidaan ajatella saavan jonkinlaista määrittelyvaltaa siihen mikä olisi asiakkaan kannalta ”hyvä” ja ”oikea” ratkaisu. Se voi näyttäytyä eräänlaisena asiakkaan puolesta paremmin tietämisenä (Juhila 2012). Asiakkaat eivät kuitenkaan ottaneet näitä tulkintoja vastaan. Raitakari (2002, 51) on kirjoittanut siitä, kuinka asiakas voikin itse olla hyvin tyytyväinen omassa elämässään, vaikka hänen todellisuutensa voi ulkopuolisille näyttäytyä hyvinkin kummeksuttavana. Asiakkaan toimintakyky saattaa olla merkittävästikin rajoittunut tai hänen elämäntapansa kyseenalainen, mutta hän pitää silti kiinni tästä omasta määrittelyvallastaan eikä ole halukas muutoksiin. Tämä ilmeni aineistossa erittäin hyvin kuvauksissa, joissa puhuttiin asiakkaiden pysymisestä omassa kannassaan muuttamatta käsitystään työntekijöiden käsitystä mukailevammaksi. Tutkimuksessa kuitenkin kuinka keinottomia ja voimattomia sosiaalityöntekijät lopulta olivat

tilanteissa, joissa mitään neuvottelun mahdollisuutta ei ollut. Näitä voimattomuuden positioita rakentui tietoisuusdiskurssissa suhteessa asiakkaan tietoisin toimijan positioon.

Tässä aineistossa ymmärrystapoihin paikantuvaa eroa ilmeni käytännössä vain suhteessa asiakkaisiin, joitain yksittäisiä mainintoja omaisista lukuun ottamatta. Tämä kertonee siitä, että muiden toimijoiden kanssa pääasiassa pystyttiin jakamaan yhteistä todellisuutta, merkityksiä ja syy-seuraussuhteita, kun taas joissain tilanteissa asiakkaiden kanssa yhteistä todellisuutta ei rakentunut. Esiin nousi kuitenkin myös asiakkaiden todellisuuden myötätuntoinen ymmärtäminen, jossa pyrittiin näkemään syitä sen muodostumisen taustalla, kuten sairaus.

Epäuskodiskurssi koski epäuskoa asiakkaisiin, joihin liittyi pessimistisiä oletuksia. Turvaamisdiskurssissa vaikeutta paikantui suhteessa omaan työryhmään ja siihen miten sosiaalityöntekijät ja hoitohenkilökunta suhtautuivat eri tavalla asiakkaiden mahdollisuuksiin ja jopa oikeuksiinkin sairaalan ulkopuolella asumiseen ja elämiseen. Sosiaalityöntekijät asemoituivat tukemaan sairaalasta kotiutumista ja sillä tavoin elämässä eteenpäin menemistä, kun taas hoitohenkilökunnalle tämä vaikutti tunteen vieraammalta ja jopa riskiltä. Tutkimuksissa (mm. Plumb & Travaglia & Nugus & Braitwaite 2011; Slemon & Jenkins & Bungay 2017) onkin todettu, että psykiatrisen sairaalan hoitajien työtä kehystää tietynlainen turvallisuus- ja riskiajattelu, mikä selittyy työhön liittyvällä velvollisuudella ja vastuulla arvioida asiakkaiden ja muiden osallisten hyvinvointia. Anna Metteri (1993, 92) on kuitenkin todennut, että psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät toimivat asenteisiin vaikuttajina ja organisaatioiden välisen tulkin tehtävissä, ja tämä oli nähtävissä myös tässä aineistossa. Sosiaalityöntekijät asemoituivat kulttuurisesti eri kohtaan suhteessa hoitohenkilökuntaan, ja toivat sairaalaan modernia kuntoutusnäkemystä kuten tietoa asumispalveluista joiden kautta he halusivat tukea asiakkaita eteenpäin elämässä. Sosiaalityöntekijät toimivat hoitohenkilökunnan käsityksen haastajina (Craig & Muskat 2013, 12). Luovuttamisdiskurssissa nousi esiin jossain määrin myös turhautumisen ja kuormittuneisuuden tunteita. Näitä tunnistettiin myös omassa työssä, mutta varsinainen pessimistinen kokemustapa liitettiin pääasiassa hoitohenkilökuntaan. Hoitohenkilökunnalle puhuttiin pessimististä positiota, johon liittyi uupumuksenomainen puhe ja toivottomuus suhteessa asiakkaan kuntoutumiseen ja hoidon vaikuttavuuteen. Sosiaalityöntekijät asemoitiin tässä kohtaa ulkopuoliseksi, kuin ilmiö ei koskettaisikaan heitä. Keskustelussa tuli kuitenkin hetkellinen siirtyminen pessimistiseen positioon, joka ikään kuin rikkoi siihen saakka yhteisesti rakennettua ulkopuoliseksi positioitumista, mutta minkä jälkeen palattiin jälleen ulkopuoliseen positioon. Kuitenkaan sosiaalityöntekijät eivät liittäneet omaan turhautumiseensa tai pessimismiinsä niin vahvoja ilmauksia tai esimerkkejä kuin

hoitohenkilökuntaan, vaan pääasiassa totesivat vain turhautuvansa. Tämä voinee kertoa mahdollisesti oman kuormittuneisuuden tunteen vaihteluista tai siitä, että työskentelyn kuormittavuus voi näkyä hoitohenkilökunnalla ja sosiaalityöntekijöillä eri tavoin tai siitä, että omasta pessimistisistä ajatuksista tai siihen liittyvistä tunteista on vaikea puhua.

Työmäärädiskursseissa tuotettiin puhetta epäolennaisista työtehtävistä ja työpanoksen hukkaantumisesta. Epäolennaisuusdiskurssissa sosiaalityöntekijöiden kerrottiin kuormittuvan heille turhauttavista tehtävistä, ja turhauttavuus taas syntyi asioiden toistamisesta ja siitä, etteivät ne edenneet. Tätä ongelmaa tuotettiin suhteessa sekä ammattimaisiin yhteistyökumppaneihin että asiakkaiden omaisiin. Kyseleminen ja jonkin kaltainen puuttuminen sosiaalityöntekijän töihin, ja sillä tavoin sosiaalityöntekijöiden tietty työjärjestys, sekä tosiasiallinen että kuvainnollinen, tuli rikotuksi. Samalla sosiaalityöntekijöiden ammatillinen osaaminen tuli kyseenalaistetuksi. Tilanteissa, joissa ulkopuolelta tulee kyseenalaistusta voi tuntua vaikealta, vaikka työntekijät ymmärtävät, että kyselyille on perustelunsa ja syynsä. Hukkaantumiskurssissa sosiaalityöntekijöiden työ valui tyhjiin, koska jonkun muun osallisen toiminta vesitti suunnitelman. Hukkaantumiseen liittyi turhautumista, koska tavoitetta ei saavutettu ja sosiaalityöntekijän työaika oli mennyt hukkaan. Suhteessa muihin diskursseihin, työmäärädiskursseihin liittyi tunneilmaisuja. Otteiden kautta esitettiin, kuinka puheessa käytettiin tehokeinoina liioiteltuja, painokkaita ilmaisuja, ja kuinka hukkaantumiskurssissa keskustelua virisi useamman sosiaalityöntekijän kesken. Sosiaalityöntekijät tunnistivat myös itse sen, että työskentely turhautti heitä. Keskustelussa tuotiin esille, että turhautumisesta huolimatta kenellekään ei ollut tullut sanottua pahasti, vaan omat ajatukset ja tunneilmaukset oli pidetty itsellä. Tulkitsenkin, että keskustelutilanne oli yksi tilaisuus sosiaalityöntekijöille päästä tuomaan esille noita tunteita, koska työntekijän roolissa ollessaan heidän tulee pystyä kontrolloimaan tunneilmaisujaan eikä niitä voi näitä tunteita herättäville ihmisille ja niissä tilanteissa ilmaista (Moesby-Jensen & Schjellerup Nielsen 2015, 691; Hemmilä 2017.)

Rakennediskursseissa tulee näkyväksi se, kuinka pitkälti sairaalan sosiaalityöntekijät ovat työssään muiden toimijoiden varassa tai joutuivat rytmittämään omaa työtään muista lähtöisin olevista aikatauluista. Resurssidiskurssissa kuntien resurssi ja ostopalvelusopimukset asettivat sosiaalityöntekijöille puitteet, joissa sosiaalityöntekijät saattoivat järjestellä asiakkaille asumispalveluita. Sosiaalityöntekijällä saattoi olla erilainen näkemys asiakkaalle sopivasta palvelusta kuin mihin asiakkaan kotikunta lopulta myönsi palvelua. Sosiaalityöntekijän arvio ja näkemys tulee näin ohitetuksi. Sosiaalityöntekijän rooliksi ja tehtäväksi vaikuttaa joissain tilanteissa jäävän kunnan viestinviejän rooli, vaikka jossain määrin sosiaalityöntekijät pystyivätkin vaikuttamaan tilanteeseen ja perustelevaan kotikunnalle jonkin muun palvelun

hankinnan. Aikaikkunadiskurssissa tuotiin esille kiirettä, joka johtui lyhyistä hoitajaksoista tai muualta tulevista tiukoista aikarajoista sekä asiakkaiden asioiden hoitamisen hitaudesta. Psykiatrisen sairaalahoidon hoitoajat ovatkin lyhentyneet 2000- ja 2010-luvuilla, ja sosiaali- ja mielenterveystyössä on odotus entistä nopeammista ja tehokkaammista tuloksista ja siirtymisistä vaiheesta toiseen. (Juhila & Raitakari 2015, 37). Sairalahoidon vähentämistä suosinut suuntaus ja hoitoaikojen lyhentyminen näkyvät sosiaalityöntekijöiden työssä aikaikkunan kaventumisena, mutta samaan aikaan asiakkailla voi olla paljonkin hoidettavia asioita ja monimutkaisia ongelmia. Niiden osalta sosiaalityöntekijä on taas muiden toimijoiden aikataulujen ja toimintatapojen varassa. Esiin sosiaalitoimen ja Kelan käsittelyprosessien hitaus, jolloin asiakkaalla oli vaarana joutua kotiutetuksi ilman rahaa. Jatkotutkimuksen kannalta mielenkiintoista olisikin tutkia, kuinka nämä tekijät vaikuttavat sairaalan sosiaalityöntekijöiden töihin, ja millä tavalla he hallinnoivat työtään vaatimusten ja kiristyneiden resurssien ristipaineessa, ja millaisia rajoituksia he joutuvat ehkä tekemään. Normistodiskurssissa tuotettiin ongelmien liittyvän yhteistyökumppaneiden tapoihin toimia ja odottaa asiakkailta samaa toimintakykyä ja pystyvyyttä kuin terveiltäkin ihmisiltä. Sosiaalityöntekijät asemoituivat puolustamaan asiakasta, ja välittivät tietoa asiakkaan tilanteesta ja sairauden aiheuttamisesta rajoituksista yhteistyökumppaneille. Sosiaalityöntekijän työ näyttäytyy sosiaalisena asianajona asiakkaan tilanteen parantamiseksi (Metteri 2014; 302).

Kaiken kaikkiaan työskentelyn vaikeuden kiteytyvät jollain tavalla poikkeamakohtiin, joissa sosiaalityöntekijät eivät pysty etenemään työssään toivotulla tavalla. Tätä työtä raamittaa vielä psykiatrisen sairaala, joka on jo itsessään vankka instituutio ja sen toimintaympäristössä on vankat roolit, hoidon tarve on fokusoitunutta ja sairauden tulkintakehykseen kiinnittyneenä selkeämpääkin kuin ehkä perinteisesti sosiaalityössä. Sairalahoittoon tullessaan asiakkaat ikään kuin astuvat sisälle johonkin instituutioon, jossa hänen on istuttava kyseisen instituution asiakkuuteen sopivaksi. Instituutioon kuuluu ikään kuin tietty tulkintakehys ja tarina siellä toteutuvasta hyvästä asiakkuudesta. (Juhila 2006, 233) mutta tämän kehyksen voi nähdä koskevan sekä asiakkaita, yhteistyökumppaneita että omaisia; heiltä odotetaan ja toivotaan tietynlaista käytöstä ja toimintaa, jolloin työskentely sujuisi ja toteutuisi työntekijöiden näkökulmasta hyvällä tavalla. Poikkeamat odotuksista vaikeuttavat siis sosiaalityöntekijöiden työtä, vaikka useissa kohdissa oli nähtävissä se, että sosiaalityöntekijöitä löytyi myös ymmärrystä näille poikkeamille.

Tässä tutkimuksessa on tutkittu puhetta, diskurssien rakentumista ja sitä mitä on sanottu ääneen. Kuitenkin, yhtä lailla kiinnostus on hyvä kohdentaa myös siihen, mistä ei puhuta tai mitä jää uupumaan. Tässä näkökulmasta kiinnostukseni heräsi suhteessa

sosiaalityöntekijöiden itsereflektioon ja kollegiaalisuuteen. Suhteessa siihen, missä määrin vaikeutta tuotettiin asiakkaisiin, työryhmään, yhteistyökumppaneihin ja omaisiin nähden, jäi sosiaalityöntekijöihin itseensä kohdistuva vaikeus tai reflektio tässä aineistossa vähäisemmäksi. Aineistossa on luettavissa yksittäisiä sosiaalityöntekijöiden omaan toimintaan tai osaamiseen liittyviä pohdintoja. Esitän seuraavassa aineisto-otteen, jossa tuotetaan omaan tietämättömyyteen ja osaamattomuuteen liittyvää epäröintiä.

”Mä en tiedä mitä mun pitäis tehdä”

A: Kyllä mä koen, että on vaikeita tilanteita, että mä en tiedä mitä mun pitäis tehdä tai miten mun pitäis edetä, sit mä yritän kysyä näiltä neuvoa, mutta ei mua oo vielä kauheesti turhauttanut... mielestäni.

H: Annatko esimerkin jostain vaikeesta tilanteesta?

A:

H: Nyt tuli niinku puskista tällöinen [kysymys]. Mut jos sulla oli vaikka mielessä joku tietty?

A: Niin, esimerkiksi nää menneiden asioiden hoitaminen, et voiko näitä hoitaa, et se on selkeetä että tästä eteenpäin voi hakea näitä ja näitä etuisuuksia, mutta sitte mä tuln tänne taas kysyyn neuvoa et on kaks vuotta sitte saanu viimeks rahaa et voiko tälle tehdä jotakin, tai et pyydänks mää tai et kuka lääkäri vois tehdä lausuntoa jos tekee lausuntoa, tällöisiä menneiden selvittämisiä on. Ne on mun mielestä vaikeita.

Otteessa kuvautuu kuinka on vaikeita tilanteita, joissa ei ole tietoa mitä pitäisi tehdä tai kuinka edetä. Esimerkkinä mainitaan menneet asiat, millä tarkoitetaan voiko asiakkaalle hakea takautuvasti etuuksia, jos tämä on ollut rahattomana kaksi vuotta. Kyseessä on käytännön asioihin liittyvä neuvottomuus tai tietämättömyys, jonka suhteen kuvataan turvautumista kollegoihin: *tulin tänne taas kysyyn neuvoa* tarkoittaen sosiaalityöntekijöiden yhteisiä tiloja. Puheenvuorossa todetaan suoraan, että *ne on mun mielestä vaikeita*. Myöskään kollegoihin liittyvää vaikeutta ei tuotettu, ja kaiken kaikkiaan aineistossa muodostui hyvin yhtenäisesti rakentuvia diskursseja, joissa ei juuri ollut poikkeamia. Aineiston tuottamisen kannalta mietin jälkikäteen sosiaalityöntekijöiden toisensa tuntemisen merkitystä. Toisaalta työtoveruus voi tehdä puhumisen yleisellä tasolla luontevammaksi, mutta tuttujen kesken ei välttämättä uskalleta tuoda esiin kaikkea haluttua tai jollain tapaa eriävää näkemystä. Tässä aineistossa sosiaalityöntekijät tuottivatkin hyvin pitkälle yhteisesti jaettua todellisuutta, jolloin voi pohtia myös sitä, olisiko joihinkin poikkeamakohtiin tarttuminen tuottanut jotain mielenkiintoista aineiston kannalta. Näkisinkin omaan toimintaan liittyvien haasteiden reflektoinnin mielenkiintoisena jatkotutkimuskohteena.

LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Ambrose-Miller, Wayne & Aschroft, Rachelle (2016) Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care team. *Health & Social Work*, 41(2), 101-109.
- Arnkil, Tom & Seikkula, Jaakko & Eriksson, Esa (2001) Avoimet dialogit ja ennakoitdialogit. Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(2), 97-110.
- Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13.
- Berger, Allen & Morrison, Thomas (1984) Clinical judgements of easy vs. difficult clients by counselor trainees. *Journal of Clinical psychology* 40(4), 1116-1122.
- Bland, Robert & Renouf, Noel (2001) Social work and mental health team. *Asutralasian Psychiatry* 9(3.), 238-241.
- Burr, Vivien (2003) *Social constructionism*. Lontoo: Routledge.
- Chow, Winnie S. & Priebe, Stefan (2013) Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry* 13(1), 1-14.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveyssosealityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.
- Farone, Diane (2002) Mental illness, social construction and managed care. *Social work of mental health*. 1(1), 99-113.
- Freidson, Eliot (1988) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Lontoo: The University of Chicago Press.
- Frost, Nick & Robinson, Mark & Anning, Angela (2005) Social workers in multidisciplinary teams: issues and dilemmas for professional practice. *Child & Family Social Work* 10(3), 187-196.
- Haake, Niina (2010) ”Potilas kotiutumassa tänään” - Erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.
- Havio, Marjaliisa & Mattila, Riitta & Sinnemäki, Tarja & Syysmeri Leena (1994) *Päihteenkäyttäjien hoitotyön haasteena*. Jyväskylä: Gummerrus.
- Heiskanen, Tarja & Salonen, Kristina (1997) *Miten hoidan mielenterveyttäni*. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Hemmilä, Iina (2017) *Tunnesäännöt sosiaalityössä*. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma
- Herron, Sandy & Mortimer, Rebecca (1999) Mental Health – A contested concept. *Journal of Public Mental Health* 1(1), 4-8.

- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara Paula (1997) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, Jukka (2017) Moniammatillinen tiimityö – Havainnot sosiaalityön näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2000) Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa Ilkka Kangas & Sakari Karvonen & Annika Lillrank (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 53-73.
- Isoherranen, Kaarina (2008) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos, sosiaalipsykologian väitöskirja.
- Juhila, Kirsi & Raitakari, Suvi (2015) Pieni aika sosiaali- ja mielenterveystyössä. Sirpa Kannasoja, Marjo Kuronen ja Tytti Poikolainen (toim.) Teoksessa Tutkiva sosiaalityö – Sosiaalityön aika. Sosiaalityön tutkimuksen seura, 37-41.
- Juhila, Kirsi (2012) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen (toim.) Kategoriat, kulttuuri ja moraalit. Tampere: Vastapaino.131-173.
- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2003) Creating a 'bad' client: disalignment of institutional identities and in social work interaction. Teoksessa Christopher Hall, Kirsi Juhila, Nigel Parton & Tarja Pösö (toim.) Constructing clienthood in social work and human services: Interaction, identities and practices. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 83-95.
- Juhila, Kirsi & Hall, Christopher & Raitakari, Suvi (2003) Accounting for the Clients' Troublesome Behaviour in a Supported Housing Unit Blames, Excuses and Responsibility in Professionals' Talk. Journal of Social Work. 10(1), 59-79.
- Kananoja, Aulikki (2017) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma. 347-356.
- Kitzinger, Jenny & Barbour, Rosaline S. (1999) Introduction: the challenge and promise of focus groups. Teoksessa Jenny Kitzinger & Rosaline S. Barbour: Developing Focus Group Research. Lontoo: Sage, 1-20.
- Koekkoek & Hutschemaekers & van Meijel & Schene (2011) How do patients come to be seen as 'difficult'?: A mixed-methods study in community mental health care. Social Science & Medicine 72(4), 504-512.
- Koekkoek, Bauke & van Meijel, Berno & van Ommen, Jouse & Pennings, Renske & Kaasenbrood, Ad & Hutschemaekers, Gield & Schene, Aart (2010) Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as 'difficult' by professionals. BMC Psychiatry 10(96), 96-106.
- Koekkoek, Bauke & van Meijel Berno & Hutschemaekers, Gield (2006) "Difficult patient" in mental health care: A Review. Psychiatric service 57(6), 795-802.
- Korkeila, Jyrki (2006) Pakkohoito: milloin ja miten? Duodecim 122(18), 1-7.
- Korkeila, Jyrki (1996) Julkiset mielenterveyspalvelut – Luottamus kriisissä? STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kurkela, Raisa (2013) ”Nääh ihmiset on hyvin eriarvoisessa asemassa” - Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon liittyvät haasteet ja ongelmakohdat psykiatrisissa

sairaaloissa sosiaalityöntekijöiden kuvaamina. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Kuula, Arja Tutkimusetiikka (2015) Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys.

Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville & Riikonen Eero & Ahonen, Juha () Framework for Promoting Mental Health in Europe STAKES

Lindén, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa ympäristössä. Helsinki: STAKES, sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, raportteja 234.

Lönnqvist, Jouko & Moring, Juhani & Pylkkänen, Kari & Vuorilehto, Maria (2011) Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Jouko Lönnqvist & Markus Henriksson & Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Duodecim: Helsinki. 752-763.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes (2011) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist & Markus Henriksson & Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Duodecim: Helsinki. 12-31.

Mahlanen, Kaisla (2008) Sosiaalityön eettisesti haastavat tilanteet sosiaalityöntekijöiden omissa kokemuksissa. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus. s.296-328.

Metteri, Anna (1993) Terveystieteiden moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Helsinki: Painatuskeskus. 88-102.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mikkola, Merja & Rintanen Hannu & Nuorteva, Leena & Kovasin Marja & Erhola Maarit (2015) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys.

Mizrahi, Terry & Berger, Candyce (2001) Effect of a Changing Health Care Environment On Social Work Leaders – Obstacles and Opportunities in Hospital Social Work. 47(2), 170-183.

Moensby-Jensen, Cecilie & Nielsen, Helle (2014) Emotional labor in social work practice. European Journal of Social Work. 18(5), 690-702.

Munich, Richard & Allen, Jon (2003) Psychiatric and Sociotherapeutic Perspectives on the Difficult-to-treat client. Psychiatry 66(4), 346-357.

Mönkkönen, Kaarina (2007) Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Nykänen, Lea (1987) Kuntouttava asuminen. Helsinki: Suomen mielenterveysseura

Pajukoski, Marja (2004) Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa, oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: STAKES, 176– 204.

Peltola, Anuliina (2017) ”Se ihminen on paljon muutakin kuin sairaus” - Potilaan läheisten näkemyksiä osallisuudesta psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Pentikäinen, Hanna-Kaisa (2011) Sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan tarkastelua 1980-luvulta nykypäivään.

Pentikäinen, Sari & Mäntynen, Anne (2009) Kurssi kohti diskurssia. Tampere: Vastapaino.

Pettinen, Karita (2016) Psykiatrisen sairaalan sosiaalityön merkittävyys potilashaastattelujen ja -kertomusten valossa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (2005) Mielenterveysatlas – Tunnuslukuja Suomesta. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Pitkänen, Tea (2011) Sosiaalityön palvelut psykiatrisessa sairaalassa – Tapaustutkimus psykiatrisen sairaalan sosiaalityön palvelukokemuksista ja tarpeesta asiakkaiden kokemana. Tampereen yliopisto, Porin yksikkö. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Plumb, Jennifer & Travaglia, Joanne & Nugus, Peter & Braithwaite, Jeffrey (2011) Professional conceptualisation and accomplishment of patient safety in mental healthcare: an ethnographic approach. BMC Health Services Research.

Raitakari, Suvu 21.2.2013. Asiantuntijuusdiskurssit – eron rakentaminen mielenterveyden ja sairauden välille- luento.

Rapley, Tim (2007) Doing Conversation, Discourse and Document Analysis. Thousand Oaks: Sage.

Raunio, Kyösti (2004) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.

Reamer, Frederic (1983) Ethical dilemmas in social work practice. Social Work 28(1)31-35.

Rotkus, Riikka (2009) ”Siis ei oo kuntoutusta ilman sosiaalityötä” - Sosiaalityötä mielenterveyskuntoutuksen asumispalvelussa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2005) Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Johanna Ruusuvuori ja Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino

Saarinen, Arttu & Blomberg, Helena & Kroll, Christian (2012) Liikaa vaadittu? Sosiaalityöntekijöiden kokemukset työnsä kuormittavuudesta ja ristiriitaisuudesta Pohjoismaissa. Yhteiskuntapolitiikka 7 2012:4, s.403-4018.

Slemon, Allie & Jenkins, Emily & Bungay, Vicky (2017) Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. Nursing Inquiry. 24(4),

Spector, Malcolm & Kitsuse, John (1987) Constructing social problems. New York: Aldine de Gruyter

Sohlman, Britta & Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma (2005) Ongelmallinen mielenterveys. Yhteiskuntapolitiikka 70(2), 210-213.

Sosiaalialan ammattihenkilöstön eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sperry, Len (2006) Psychotherapy and Medication: Mind-Brain Strategies for Optimizing Treatment with Difficult Clients. Journal of Individual Psychology 62(1), 70-79.

Taylor, Melissa & Bentley, Kia Changing Conceptualizations of Mental Health and Mental Illness: Implications for “brain disease” and “behavioral health” for social work. Social Work in Mental Health, 2(4), 1-16.

Tuovinen, Heidi (2016) Näkemyksiä erikoissairaanhoidon terveystieteistä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Pori. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma.

Tyrer, Peter (2013) Models for mental disorder. John Wiley & Sons.

Urponen, Kyösti (2003) Sosiaalityön etiikan teoreettiset taustat. Teoksessa Anneli Pohjola (toim.) Eettisesti kestävä sosiaalityöntutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 71–86.

Valtonen, Anu (2010) Ryhmäkeskustelut – millainen metodi. [verkkokirja] Teoksessa Johanna, Ruusuvuori & Liisa, Tiittula (toim.) Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino [viitattu 14.5.2018]

Wetherell, Margaret & Potter, Jonathan (1987) Discourse and social psychology – Beyond attitudes and behaviour. Lontoo: Sage.

Ylikoski, Anne (2013) Sosiaalityön toiminta mielenterveystyössä – Tapaustutkimus psykiatrisessa sairaalassa ja avohoidossa sekä sosiaalitoimen aikuissosiaalityössä.

Digitaaliset lähteet:

Erikoissairaanhoidon Kuntaliitto (2018) Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/erikoissairaanhoido> Viitattu 14.4.2018.

Kela tilastollinen vuosikirja (2016) Kela.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/228883/Kelan_tilastollinen_vuosikirja_2016.pdf Viitattu 5.4.2018.

Mental health: strengthening our response (2018) Maailman terveysjärjestö WHO

<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Viitattu 15.3.2018

Sairaanhoidopiirit ja erityisvastualueet (2018) Sosiaali- ja terveysministeriö.

<http://stm.fi/sairaanhoidopiirit-erityisvastualueet> Viitattu 10.3.2018.

Harajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/74893> Viitattu 1.4.2018.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001) Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9.

Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69977> Viitattu 1.3.2018.

Mikkola, Merja & Rintanen, Hannu & Nuorteva, Leena & Kovanen, Merja & Erhola, Marina (2015) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 2016 (2018) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti. https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Tr06_18.pdf Viitattu 12.3.2018.

Sosiaalityön määritelmä (2018) Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet.
<http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Sosnetin-maaritelma> Viitattu 30.3.2018.

Tuori, Timo (2011) Psykiatrian rakennemuutos Suomessa.
<https://thl.fi/documents/10531/1449887/Psykiatrian+rakennemuutos.pdf/02d8e3d9-7617-4b70-9fbb-1a2852a52960> Viitattu 1.4.2018.

Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville & Riikonen, Eero & Ahonen, Juha (toim.) (1999)
Framework for Promoting Mental Health in Europe. STAKES.
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf
Viitattu 17.4.2018.

8 LIITE 1

RYHMÄKESKUSTELUN RUNKO

1. Työnkuvaus

Mitä ovat keskeisimmät sosiaalityöntekijän työtehtävät osastolla?

Miten asiakkaat ohjautuvat sosiaalityöntekijälle?

Millainen on sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa tiimissä?

2. Asiakassuhteiden kuvaus

Millaisissa elämäntilanteissa asiakkaat tulevat sosiaalityöntekijälle?

Millaiseksi sosiaalityöntekijän ja asiakkaan väliset yhteistyösuhteet rakentuvat, ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat?

Millä tavalla keskeisimpien työtehtävien hoitaminen ja yhteistyö asiakkaan kanssa etenee silloin kun asiat sujuvat hyvin? Millä tavalla työtehtävien hoitaminen ja yhteistyö etenevät kun asiat sujuvat huonosti? Millaiset tekijät vaikeuttavat työsi keskeisimpien tehtävien hoitamista ja asiakassuhdetta?

3. Esimerkkejä omaan työkokemukseen pohjautuen

Keskustelua asiakkuuksista ja työtehtävistä, jotka ovat jääneet työuran varrelta mieleen jollain tapaa vaikeina.

4. Loppukeskustelu