

Pinja Kemppi

# SOSIAALITYÖ AIKUISPSYKIATRIALLA ENNEN JA NYT

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Helmikuu 2023

# TIIVISTELMÄ

Pinja Kemppi: Sosiaalityö aikuispsykiatrialla ennen ja nyt

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Sosiaalityö

Ohjaajat: Suvi Raitakari/Jenni-Mari Räsänen (Tuni) & Anna Metteri ja Ulla-Maija Kauppinen-

Perttula (TerVa)

Huhtikuu 2023

---

Psykiatrian kriisi, sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus, hyvinvointialueille siirtyminen ja omat kokemukseni aikuispsykiatrialla sosiaalityöntekijän roolissa toimivat innoittajina tämän tutkielman tekemiseen. Tutkielman aiheena on sosiaalityö aikuispsykiatrialla ennen ja nyt. Tutkimusta ohjaa kysymys siitä, miten sosiaalityöntekijän kuvaavat aikuispsykiatrialla tehtävää sosiaalityötä ennen ja nyt sekä omassa työssään ja aikuispsykiatrian toimintaympäristössä tapahtuneita muutoksia oman työuransa aikana.

Tutkielman teoriapohja muodostuu mielenterveyden, terveysosiaalityön ja suomalaisen palvelujärjestelmän historiallisesta viitekehystä, psykiatrialla esiintyvien ilmiöiden, kuten biolääketieteellisen mallin, medikalisaation ja moniammatillisuuden avaamisesta sekä aikaisemman mielenterveyden parissa tehdyn sosiaalityön tutkimuksen esittelystä. Tutkimuksen aineistona on kymmenen aikuispsykiatrialla työskentelevän sosiaalityöntekijän haastattelut, jotka on kerätty yhteistyössä Terveysosiaalityön arvioinnin ja intervention vaikuttavuus näkyväksi -hankkeen, eli lyhyesti TerVa-hankkeen kanssa. Mukana on sekä sairaalassa että avohoidossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden haastatteluita. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia ja eletyn sosiaalityön, eli kokemuksen historian menetelmää hyödyntäen.

Tulokset jakautuvat neljän teeman alle. Ensimmäisenä kuvataan sosiaalityön paikkaa ja sosiaalityöntekijöiden siinä kokemia muutoksia. Aikuispsykiatrialla tehtävä sosiaalityö on näyttäytynyt ja näyttäytyy moniulotteisena, tarpeellisena ja jatkuvan muutoksen alaisena. Toisena teemana on sosiaalityön asema, jossa käsitellään sosiaalityöntekijöiden kokemaa merkityksellisyyttä ja arvostusta, koettua alemmuutta sekä asettumista suhteessa muuhun terveydenhuoltoon. Sosiaalityöntekijät ovat yksimielisiä siitä, että sosiaalityö on merkityksellinen osa aikuispsykiatriaa, mutta arvostuksen kokemukset näyttäytyivät ristiriitaisina ja osa sosiaalityöntekijöistä kokee, että sosiaalityö on lääketieteelle alistainen toimija aikuispsykiatrialla.

Kolmantena esitellään sosiaalityötä organisaatioissa ja työyhteisössä sekä sitä, millaisia muutoksia siellä on sosiaalityöntekijöiden kokemusten perusteella tapahtunut. Työtahdin kiristyminen, hoitajajonon piteneminen, henkilökuntapulan kasvaminen, moniammatillisen työskentelyn hiipuminen ja digitalisaation lisääntyminen ovat joitakin esimerkkejä niistä ilmiöistä, joista sosiaalityöntekijät haastatteluissa kertoivat. Viimeisenä teemana on sosiaalityö ja yhteiskunta, joka koostuu sosiaalityöntekijöiden työssään havaitsemista historiallisista muutoksista, nykyajan ilmiöistä, rakenteista ja ilmapiiristä sekä tulevaisuuteen liittyvistä toiveista ja peloista.

Tämä tutkimus kokonaisuutena tekee näkyväksi aikuispsykiatrian toimintaympäristössä tehtävää sosiaalityötä ja sen kehittämistarpeita.

Avainsanat: terveysosiaalityö, aikuispsykiatria, eletty sosiaalityö

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

# ABSTRACT

Pinja Kemppi: Social work in adult psychiatry before and now

Master's Thesis

Tampere University

Social work

Supervisors: Suvi Raitakari/Jenni-Mari Räsänen & Anna Metteri and Ulla-Maija Kauppinen-Perttula

April 2023

---

The crisis in psychiatry, health and social services reform, the transition to the wellbeing services counties and my own experiences in adult psychiatry as a social worker serve as inspiration for the writing of this thesis. The topic of the thesis is social work in adult psychiatry before and now. The study is guided by the question of how the social worker describes the social work done in adult psychiatry before and now and the changes that have taken place in their work and in the adult psychiatry environment during their work careers.

The theoretical basis of the thesis consists of the historical framework of mental health, health social work and the Finnish service system, of the presentation of psychiatry and its phenomena, such as the biomedical model, medicalization and interprofessionalism, and an introduction to previous research on social work in mental health. The research data consists of interviews with ten social workers working in adult psychiatry, data collected in collaboration with the Evidencing the effectiveness of health social work assessment and intervention project, TerVa. Interviews with social workers working both in the hospital and in outpatient settings are included in this study. The data was analyzed using content analysis and the method of lived experiences in social work, i.e., the history of experience.

The results are divided into four themes. The first is a description of the place of social work and the changes that social workers have experienced in it during their work career. Social work in adult psychiatry has been and is seen as multidimensional, necessary, and subject to constant change. The second theme is the position of social work, which deals with the perceived relevance and value of social workers, their perceived inferiority, and their positioning in relation to the rest of the health care system. Social workers agree that social work is a relevant part of adult psychiatry, but the experiences of appreciation seemed mixed, with some social workers feeling that social work is a subordinate actor in adult psychiatry.

The third theme includes social work in the organization and work community and the changes that have taken place there, based on social workers' experiences. The tightening pace of work, lengthening of waiting lists, growing staff shortages, the decline of interprofessional work and increasing digitalization are some examples of the phenomena reported by social workers in interviews. The final theme of the results is social work and society, which consists of historical changes, contemporary phenomena, structures, and climate, and hopes and fears for the future, as perceived by social workers in their work.

This research makes visible the social work carried out in the adult psychiatry and the need for its development.

Keywords: mental health social work, adult psychiatry, lived experiences in social work

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

# Sisällysluettelo

<b>1 Johdanto .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Terveyssoseaalityö ja aikuispsykiatria.....</b>	<b>8</b>
2.1 Mielenterveyden, terveyssoseaalityön ja suomalaisen palvelujärjestelmän historiallinen viitekehys.....	8
2.2 Psykiatria ja siihen liittyviä ilmiöitä.....	12
2.3 Soseaalityö aikuispsykiatrian toimintaympäristössä .....	16
<b>3 Tutkimuksen toteutus .....</b>	<b>21</b>
3.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset.....	21
3.2 Haastattelut tutkimusaineistona.....	22
3.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja eletty soseaalityö .....	25
3.4 Analyysiprosessi.....	26
3.5 Tutkimuksen eettisyys .....	27
<b>4 Soseaalityö aikuispsykiatrialla ennen ja nyt.....</b>	<b>29</b>
4.1 Soseaalityön paikka.....	30
4.2 Soseaalityön asema .....	35
4.3 Soseaalityö organisaatiossa ja työyhteisössä .....	39
4.4 Soseaalityö ja yhteiskunta .....	44
<b>5 Pohdinta ja johtopäätökset.....</b>	<b>48</b>
<b>Lähdeluettelo .....</b>	<b>54</b>
<b>Liite 1. Haastattelurunko .....</b>	<b>59</b>
<b>Liite 2. Haastattelukutsu .....</b>	<b>60</b>
<b>Liite 3. Tietosuojaseloste .....</b>	<b>61</b>
<b>Kuvio 1. Analyysin pohjalta muodostetut teemat.....</b>	<b>29</b>

# 1 Johdanto

Vuonna 2019 mielenterveydenhäiriöistä, kuten masennuksesta ja ahdistuneisuudesta, tuli yleisin Kelan maksaman sairauspäivärahan peruste (Kela 2019). Sen jälkeen maailmaa on ravistellut muun muassa vuosia kestänyt koronaviruspandemia sekä vuonna 2022 helmikuussa alkanut Venäjän hyökkäys Ukrainaan. Näiden tapahtumien mielenterveysvaikutuksia vasta tutkitaan tarkemmin, mutta suuri osa suomalaisista on varmasti kuullut puhuttavan ”mielenterveyskriisistä”, joka luo painetta sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) on kehittänyt vuosille 2020–2030 kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman, jonka painopisteet ovat mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveystoimet, tarpeenmukaiset laaja-alaiset palvelut sekä mielenterveysjohtaminen. Strategiassa tunnistetaan mielenterveyden keskeinen rooli ihmisen kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa ja toisaalta se, että Suomessa mielenterveyden edistämiseksi ja tukemiseksi on vielä tehtävää (emt).

1.1.2023 sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille, eli toteutettiin niin kutsuttu SOTE-uudistus, jonka tavoitteiksi on asetettu muun muassa ”turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut hyvinvointialueella asuville” ja ”kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja” sekä tehdä näistä palveluista saumattomampia ja entistä paremmin yhdessä toimivia (Valtioneuvosto). Hyvinvointialueella tarkoitetaan julkisoikeudellista yhteisöä, joka päättää itsenäisesti omasta toiminnastaan. Hyvinvointialueet ovat valtiosta ja kunnista erillisiä toimijoita, joiden vastuulla on lakisääteisesti sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että pelastustoimen järjestäminen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen myötä Suomeen perustettiin yhteensä 21 hyvinvointialuetta. (Valtioneuvosto.)

SOTE-uudistuksen yhteydessä mielenterveyspalvelujen kehittäminen on nostettu tärkeäksi teemaksi. Esimerkiksi järjestöjen muodostama mielenterveyspooli (2021) on vaatinut mielenterveyspalvelujen kehittämistä ja niiden aseman vahvistamista perusterveydenhuollossa, sillä varhainen tuki on vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Uudistuksen myötä on tullut aiheelliseksi ja ajankohtaiseksi tuoda näkyviin sosiaalityötä terveydenhuollossa. Seuraava lainaus on mielenterveystyön avohoidon sosiaalityöntekijä Helinä Romppaisen (2007, 152) kynästä. Hän pukee taitavasti sanoiksi sen, miksi valitsin sosiaalityön aikuispsykiatrialla tarkasteluni kohteeksi tässä tutkielmassa:

*”Ihminen tarvitsee rakkautta, ruisleipää ja runoa, tapasi pitkän elämän elänyt herkkä ystäväni sanoa. Siinä on pähkinänkuoressa sosiaalityön sisältö. Tulee tarkastella minkälaiset ovat asiakkaan*

*ihmissuhteet, ovatko lemmikkieläimet keskeisiä, mikä on suhde Korkeimpaan? Onko ihmisellä kulttuurinsa mukainen toimeentulo, asunto ja elinympäristö? Mikä on hänen elämänsisältönsä, mistä hän saa virkistystä – mistä elää? Muistikuvissani on puolen vuosisadan ajalta tilanteita, jolloin yllämainittuja kysymyksiä ei ole kyllin selvitetty. Oireet on hoidettu lääkkeillä tai on yritetty terapiaa.”*

*Terveyssosiaalityö on sosiaalityön erityisalue Suomessa. Suurin osa terveyssosiaalityöntekijöistä työskentelee erikoissairaanhoidossa, osa perusterveydenhuollossa. Terveysterveystyössä sosiaalityöntekijä osallistuu moniammatillisen työryhmän jäsenenä asiakkaan tai potilaan hoitoon, keskittyä sosiaalisen tilanteen arviointiin ja auttaa arjen ongelmien ratkaisussa elämäntilanelähtöisesti. Terveysterveystyöllä pyritään vaikuttamaan ihmisten tilanteisiin niiden hankaloitumista ennaltaehkäisten ja heidän omaa toimijuuttaan tukien. (Yliruka ym. 2019, 1.) Aulikki Kananoja (1978) on määritellyt psykiatrian kontekstissa sosiaalityön tehtävään kuuluvaksi yksilön ja ympäristön vuorovaikutushäiriöiden taustatekijöiden selvityksen ja niiden esiin tuomisen sekä tämän tiedon välittämisen eteenpäin tarvittaville tahoille. Sosiaalityöntekijä voi työskennellä ”yksilön emotionaalisten ristiriitojen alueella” sekä ”yhteiskunnan voimavarojen aktivoimisessa”, usein molemmissa yhtä aikaa. (Emt. 367–368.) Sosiaalityöllä on varsin merkittävä, mutta toisinaan näkymätön rooli kentällä, jota terveyden ja sairauden diskurssit hallitsevat. Haluan tässä tutkielmassa tehdä näkyväksi sosiaalityöntekijöiden omia kokemuksia työstään aikuispsykiatrialla ja siitä, millaisia muutoksia he ovat työuriansa aikana kohdanneet.*

Aihe on minulle henkilökohtaisesti tärkeä siksi, että suoritin sosiaalityön opintoihin kuuluvan syventävän harjoittelun aikuispsykiatrialla maaliskuu-toukokuussa 2022. Pääsin harjoitteluni aikana kokemaan sekä avohoidossa että sairaalassa tehtävää sosiaalityötä, ja jatkoinkin terveyssosiaalityöhön tutustumista sosiaalityöntekijän sijaisena kesällä 2022. Tämän jakson aikana heräsi kiinnostukseni tutkia sosiaalityötä nimenomaan aikuispsykiatrialla, sillä huomasin aikuispsykiatrisessa sosiaalityössä monia kiehtovia ja toisaalta huolestuttavia ilmiöitä, joihin halusin tutkimuksen keinoin pureutua. Kahvipöytäkeskusteluissa kohtaamani sosiaalityöntekijät kertoivat muutoksista, joita he olivat arkityössään huomanneet. Pitkät hoitojonot, psykiatrian resurssi- ja henkilökuntapula, sosiaaliturvaviidakko ja entistä vaikeammassa tilanteissa olevat psyykkisesti sairastuneet ihmiset olivat esimerkkejä näistä muutoksista ja ne konkretisoituivat minullekin työjakson aikana.

Tein tutkielmani yhteistyössä Terveyssosiaalityön arvioinnin ja intervention vaikuttavuus näkyväksi (Sostyö-TerVa 01.09.2021 – 31.08.2023) –tutkimushankkeen kanssa. Yhteistyö alkoi sattumalta, kun

eräs hankkeen tutkijoista otti minuun yhteyttä sähköpostitse ja kertoi käynnissä olevasta tutkimushankkeesta. Kävimme keskustelua hankkeesta, opintojeni vaiheesta ja potentiaalisista tutkielma-aiheista. Tapasimme kyseisen tutkijan kanssa etäyhteydellä ja pohdimme yhdessä aikuispsykiatrian toimintaympäristöä, sen ilmiöitä ja kentällä tekemiäni havaintoja. Keskustelut johtivat siihen, että tutkielman aihe alkoi kypsyä ja muotoutua. Mukaan keskusteluihin liittyi muitakin hankkeen tutkijoita sekä johtoa, ja lopulta minut palkattiin hankkeeseen haastattelemaan tutkimukseen osallistuneita sosiaalityöntekijöitä. Sain luvan kerätä oman haastatteluaineistoni TerVa-hankkeen haastattelujen ohessa.

Tämä tutkielma alkaa teoriataustan avaamisella. Esittelen ensin mielenterveyden, terveystieteiden ja suomalaisen palvelujärjestelmän muodostamaa historiallista viitekehystä, jonka jälkeen paneudun psykiatrian maailmaan, sen ilmiöihin ja työtapoihin. Teoriaosuuden viimeisessä luvussa syvennyn sosiaalityöhön aikuispsykiatrialla ja siitä tehtyyn aiempaan tutkimukseen. Toisessa osuudessa kuvaan tutkimuksen toteuttamista siten, että aloitan esittelemällä tutkimukseni tavoitteen ja tutkimuskysymykset sekä haastattelun tutkimusaineistona. Seuraavaksi kuvailen aineiston analyysimenetelmää ja analyysiprosessin etenemistä sekä pohdin tutkimuksen etiikkaan liittyviä tekijöitä. Kolmannessa osuudessa käyn läpi tutkimuksen tulokset, eli sen, miten sosiaalityöntekijät kuvaavat aikuispsykiatrialla tehtävää sosiaalityötä ennen ja nyt sekä siinä tapahtuneita muutoksia. Tulokset on jaettu neljään alalukuun, sosiaalityön paikkaan, sosiaalityön asemaan, sosiaalityöhön organisaatiossa ja työyhteisössä sekä sosiaalityöhön ja yhteiskuntaan. Tutkielma päättyy pohdintaan ja johtopäätöksiin.

## 2 Terveyssoseaalityö ja aikuispsykiatria

Tutkielmani teoreettinen tausta koostuu mielenterveyden, terveystsoseaalityön ja suomalaisen palvelujärjestelmän historiallisen viitekehyksen avaamisesta, tämän tutkielman kannalta olennaisten psykiatriaan liittyvien käsitteiden ja ilmiöiden kuvaamisesta sekä soseaalityön roolin, paikan ja aseman havainnollistamisesta aikuispsykiatrian toimintaympäristössä aikaisemman tutkimuksen valossa. Ensimmäiseksi käsittelen yleisellä tasolla mielenterveyden, terveystsoseaalityön sekä mielenterveyden hoitamiseen keskeisesti liittyvän palvelujärjestelmän historiaa Suomen itsenäisyyden alkuvuosilta 2000-luvun alkuun. Toisena määrittelen psykiatrian, biolääketieteellisen mallin, medikalisaation ja moniammatillisuuden käsitteitä sekä tarkastelen lyhyesti psykiatrian kriisiä viimeaikaisen uutisoinnin näkökulmasta. Viimeisessä teorialuvussa keskityn soseaalityöhön osana aikuispsykiatria ja pyrin havainnollistamaan, millaisin moninaisin tavoin se tutkimuksen kautta ilmentyy ja millaisia tekijöitä siihen liittyy.

### 2.1 Mielenterveyden, terveystsoseaalityön ja suomalaisen palvelujärjestelmän historiallinen viitekehys

Mielenterveyden, terveystsoseaalityön ja suomalaisen palvelujärjestelmän historiallisen viitekehyksen tunteminen on tärkeää nykyhetken ymmärtämisen kannalta. Kirsi Juhila (2018) on todennut, että ”aikakäsitysten moninaisuus sekä menneiden, nykyisten ja tulevien aikojen kerrostuneisuus ja samanaikainen läsnäolo määrittävät merkittävästi sitä, mistä soseaalityössä on kysymys.” Soseaalityötä tehdään nykyhetkessä ja nykyhetkestä käsin, mutta mukana kulkevat menneisyyden tapahtumat yksilön ja yhteiskunnan tasoilla sekä suuntautuminen tulevaisuuteen, kun pyritään ratkaisemaan ongelmia ja aikaansaamaan muutoksia. Kaikki ajallisuuden tasot ovat sekä ihmisyydessä että soseaalityössä läsnä yhtä aikaa. (Emt., 5–7.)

Mielenterveyteen on suhtauduttu eri tavoin eri aikoina, ja ymmärrys siitä on muuttunut yhteiskunnan, historiallisen ajan, ympäristön ja kulttuuristen tekijöiden perusteella. Mielen sairauksia on selitetty ajan saatossa muun muassa kirkollisista lähtökohdista käsin, eli riivaajan, paholaisen tai muun yliluonnollisen aiheuttamina. Luonnontieteellisen tutkimuksen ja ylipäättään tieteen kehittymisen seurauksena alkoi kehittyä käsitys siitä, että osalla mielenterveyshäiriöistä on biologinen perusta ja ne ovat hoidettavissa olevia sairauksia. 1800- ja 1900-luvun vaihteessa erityisesti psykologiatieteen kehittyminen toi uutta ymmärrystä mielenterveydestä, kun alettiin hahmottaa ja tutkia ihmisen psyyken toimintaa. (Lehtonen 1978, 21–22.) Mielen sairauksien hoidolla on pitkä historia, ja vastuussa ovat eri aikoina olleet eri tahot aina kirkosta valtioon. Suomessa 1800-luvun lopulla kuntien osuus ja vastuu hoidosta alkoivat vähitellen kasvaa. (Lönnqvist & Pirkola 2021.)



Suomessa sosiaalityö tuli osaksi terveydenhuoltoa 1920-luvulla sosiaalihoitajien nimityksen myötä. Sosiaalihoitajina toimivat sairaanhoitajat ja terveystisaret, joita koulutettiin vuosina 1945–1975 Helsingin sairaanhoito-opistossa. Sosiaalihoitajakoulutukseen hakeutui myös sosiaalihoitajakoulutuksen saaneita. (Kananaja 2017, 347.) Sosiaalihoitajakoulutuksessa mallia otettiin yhdysvaltalaisesta sosiaalityön opetuksesta. Opetuksessa korostuivat sosiaalityön menetelmäopetus, teorian ja käytännön rinnakkainen opetus sekä lääkinnällis-sosiaalinen työ, psykologia ja psykiatria. Sosiaalihoitajan ja -hoitajan koulutukset olivat eriytyneet siten, että sosiaalihoitajat toimivat kuntien ja järjestöjen huoltotyössä, kun taas sosiaalihoitajat toimivat psykiatrian, sairaaloiden ja terveydenhuollon huoltotyössä. (Satka 1994, 306–307.)

Samoihin aikoihin sosiaalialan koulutuksen alkuaskeleiden kanssa Suomessa toimeenpantiin köyhäinhuoltolaki. Vuonna 1922 toimeenpantu laki korvasi vuoden 1879 vaivaishoitoasetuksen ja oli ensimmäinen askel kohti sosiaaliturvan kehittymistä itsenäisessä Suomessa. Köyhäinhuoltolaissa korostettiin aidosti avuntarpeessa olevien auttamista, mutta suhtauduttiin ankarasti niihin, jotka laiminlöivät oman tai huollettaviensa elatuksen ahkeruuden puutteella. Ensisijaiseksi auttamisen muodoksi oli määritelty kotiaavustus, joka käytännössä usein tarkoitti elämään kuuluvien perushyödykkeiden, kuten ruokatarpeiden, antamista avustuksen piirissä oleville. Laitoshoido oli määritetty viimesijaiseksi auttamisen muodoksi, mutta todellisuudessa laitoksissa huollettavien määrä kasvoi maailmansotien välisenä aikana tasaisesti siten, että avustetuista puolet sai laitoshoidoa vuonna 1937. Laitoshoido toteutettiin kuntien ylläpitämissä kunnalliskodeissa ja työlaitoksissa. (Urponen 1994, 177–180.) Erillisiä, kunnallisia mielisairaanhoitolaitoksia alettiin perustaa vuoden 1929 valtiosuuslain myötä ja mielisairaanhoitolaki vuonna 1952 vaikutti siten, että Suomeen syntyi mielisairaanhuoltopiirit (Lönnqvist & Pirkola 2021).

1950-luvulla tapahtui kansainväliseksi laajentunut psykofarmakologinen käänne, kun löydettiin erilaisia lääkkeitä, jotka tehosivat mielenterveyshäiriöiden hoidossa ennennäkemättömällä tavalla. Nämä oireita tasaavat ja aiemmin parantumattomina pidettyihin sairauksiin, kuten skitsofreniaan, tehoavat lääkkeet olivat ensiaskeleita kohti avohoitoa ja laitosten purkua. Seurauksena oli myös psykykenlääkkeiden käytön yleistymisen sekä tavallisen väestön että mielisairaalassa asuvien potilaiden hoidossa. (Pietikäinen 2013, 275–294.) 1960-luku oli Suomessa yhteiskunnallisen murroksen ja radikaalin uudistusvaiheen aikaa. Sosiaalista turvaa lähdettiin uudistamaan siten, että tavoitteena oli yhteinen ja yleinen hyvinvointi. Sosiaalisia ongelmia alettiin määritellä uudella tavalla – sen sijaan, että sosiaaliset ongelmat olisi ajateltu yksilön omana syynä, alettiin nähdä rakenteiden merkitys yhteiskunnallisessa pahoinvoinnissa. 1960-luvulla luotiin pohja suomalaiselle

hyvinvointivaltiolle sekä sosiaalityön koulutuksen edistämiseksi. (Satka 1994, 326; Satka ym. 2023, 13–14.)

1970- ja 1980-luvuilla suomalaisessa psykiatriassa tapahtui avohoitoa painottavan toimintamallin läpimurto, johon liittyi olennaisesti mielenterveyspolitiikalla ohjattu mielisairaalapaikkojen vähentäminen, eli dehospitalisaatio. Rakennemuutoksen taustalla oli muun muassa malli muualta läntisestä maailmasta, sosiaalipsykiatrisen ajattelun ja käytäntöjen kehittyminen sekä suomalaisen hyvinvointivaltion rakentaminen. 1900-luvun jälkipuolen vaikuttavina mielenterveystyön määrittäjinä voidaan pitää kliinisestä traditiosta ammentanutta psykiatris-lääketieteellistä mielenterveystyötä ja toisaalta yhteiskunnan yleistä mielenterveystyötä ajanutta yhteiskunnallis-rakenteellista mielenterveystyötä. (Helén ym. 2011, 12–17.)

1970-luvun lopulla ajateltiin, että mielenterveys voidaan jakaa biologiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen, joissa kaikissa on omat erityispiirteensä. Biologinen ulottuvuus, kuten hermosto ja sen toiminta, tarjoavat pohjan psyykkiselle ulottuvuudelle, joka on mielenterveyden keskiössä. Psyykkisellä ulottuvuudella tarkoitetaan yksinkertaistaen ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa, jossa esimerkiksi muodostetaan käsityksiä ja merkityksiä sekä säilytetään yksilöllistä kokemushistoriaa. Mielenterveyttä ei ole myöskään ilman sosiaalista ulottuvuutta, sillä ihminen on läpi koko elämänsä riippuvainen toisista ihmisistä ja omasta sosiaalisesta ympäristöstään, jotka vaikuttavat ihmisen vointiin ja käsityksiin sekä itsestä että maailmasta. Eri ulottuvuudet ovat limittäisiä ja päällekkäisiä. (Lehtonen 1978, 22–23.)

Mielenterveyspalveluissa on siirrytty viime vuosikymmeninä sairaaloista ja laitoksista kohti asumispalveluja ja kotiin tuotavaa apua. Suvi Raitakari ja Kirsi Juhila (2022, 25–26) kuvaavat kotikäänne-käsitteellä tätä ilmiötä, jossa institutionaalisen hoivan ja huolenpidon painopiste on siirtynyt laitoksista ihmisten kotiympäristöihin muun muassa yhteiskuntapoliittisten ja yhteiskunnallisten syiden vuoksi. Käsitteentuntemus on tärkeää taustaa sille, miten suomalainen yhteiskunta ja sen arvostukset ovat ajan saatossa muuttuneet. Valtakunnallisesti kotiin vietävien palveluiden saatavuudessa on vielä merkittäviä eroja, eikä sama palvelu sovellu kaikille ja kaikkiin tilanteisiin. Palveluita ei kuitenkaan välttämättä pysty muokkaamaan palveluiden käyttäjien yksilöllisten tilanteiden mukaan. (Emt. 2022, 32–33.)

Sosiaalityöstä kokemushistoriallista näkökulmaa on kirjoittanut ylös Eila Tiirinen (2007), joka toimi sosiaalihoitajana aluesairaalassa 1970-luvun alussa. Hän sai tunnin mittaisen perehdytyksen, jossa hänen tärkeimmiksi tehtävikseen määriteltiin maksusitoumusten pyytäminen kunnista niille

asiakkaille, jotka eivät hoidosta pystyneet itse maksamaan sekä jatkohoitopaikkojen etsiminen niitä tarvitseville. Esimiehenä toimiva johtava lääkäri lisäsi tehtävälisään sosiaaliset anamneesit. Tiirinen kuvaa tehneensä työtä potilaiden, omaisten, hoitajien, Kelan, kuntoutuslaitosten, sosiaalitoimen ja muiden laitosten kanssa. Moniammatillista yhteistyötä ei tunnettu ja lääkäreiden taholta tuli painetta kotiuttaa potilaat mahdollisimman nopeasti. ”Ulosheittäjä” ja ”riesa” ovat termejä, joilla Tiirinen omaa kokemustaan kuvailee. Potilaat kuitenkin opettivat hänelle paljon. (Emt. 143–144.) Sosiaalityön koulutusta uudistettiin 1970-luvulla, jolloin sosiaalihoitajakoulutus lopetettiin ja sosiaalityön koulutus siirtyi yliopistoon (Kananoja 2017, 347).

1990-luvulla terveys alettiin Suomessa nähdä yksilön vapauden ja toisaalta vastuun kautta. Siinä missä aiemmin terveyttä hoidettiin suomalaisessa hyvinvointivaltiossa universalismin periaatteiden mukaan tasa-arvoisesti, 1990-luvun laman myötä päättäjät alkoivat nähdä palvelujärjestelmän kulueränä, josta pitää leikata ja jota tulee supistaa. Samalla jokaiselle yksilölle lankesi entistä suurempi vastuu omasta terveydestään, etenkin kun uusi ihanne kansalaisille oli aktiivinen toimija, joka itse toiminnallaan vaikuttaa hyvinvointiinsa. Kunnat saivat terveyspalvelujen järjestämisen vastuulle, joten palveluiden laatu oli alueellisesti vaihtelevaa ja paikka paikoin epätasa-arvoista. Kun terveysmenoja tasoitettiin, eriarvoisuus kansalaisten keskuudessa kasvoi ja esimerkiksi psykiatrista hoitoa tarvitseva kansalainen jäi yhä useammin sitä vaille. (Harjula 2015, 313–351.) Yksittäiset ihmiset joutuivat ja joutuvat yhä useammin kohtuuttomiin tilanteisiin, joita Anna Metteri (2012) on väitöskirjassaan tutkinut. Kohtuuttomia tilanteita syntyy, kun järjestelmästä ei löydy sopivia säädöksiä tietyn asiakkaan tilanteeseen tai vaikka löytyisi, niitä ei organisaatiossa noudateta. Niitä syntyy myös silloin, kun tukeen oikeutettu asiakas ei jostain syystä osaa tai halua hakea tukea tai kun työntekijä ei toimi, vaikka hän voisi tai kun viranomainen tulkitsee kohtuuttomasti esimerkiksi asiakkaan tilannetta tai palvelun saamisen kriteeristöä. (Emt. 74–186.)

Sirpa Ojala (2007) on kertonut urastaan sosiaalityöntekijänä psykiatrisessa sairaalassa aikavälillä 1985–2002. Hän kuvaa uransa alkua hämmentävänä ja vähän pelottavanaakin, sillä hänellä ei ollut aiempaa kokemusta vastaavasta työstä ja oma rooli oli moniammatillisessa ympäristössä epäselvä. Vähitellen työ kuitenkin alkoi sujua ja hän huomasi, että pelättävää ei ole. Työtehtäviin kuului muun muassa erilaisten ryhmien pitäminen yhdessä hoitajien kanssa, viikkoneuvotteluihin osallistuminen sekä asiakastyössä sosiaaliturvasta huolehtiminen ja yhteydenotot eri tahoihin. Ojala kertoo, miten hän kehittyi vähitellen asiantuntijaksi ja tärkeäksi osaksi työryhmää. (Emt., 144–146.)

Päästessään akuuttiosastolta kuntoutusosastolle töihin Ojala koki työn mielekkyyden kasvavan, kun kaikki työryhmän jäsenet ja yhteistyökumppanit tekivät osansa siinä, että ihminen saataisiin taas

kiinni omaan siviilielämäänsä. Kaikille potilaille laadittiin kuntoutussuunnitelma, jonka perusteella sairaalajakson jälkeisestä hoitopolusta huolehdittiin. Osa potilaista kuntoutui omiin koteihinsa erilaisten välivaiheiden kautta, osa pääsi yksityisiin kuntoutuskoteihin. Erilaiset päivätoimintapaikat olivat kuntoutumisen tukena. Ojala kuvaa, että heille tuli shokkina, kun sairaalan johto linjasi, että kuntoutustyö ei kuulu sen toimintaan. Suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen työ oli tuottanut kestäviä tuloksia, eikä samanlainen toiminta ja paneutuminen onnistunut akuuttiosastolla. Työ menetti merkitystä ja eläkkeelle jääminen oli helpotus, kun kiire painoi, resurssit olivat riittämättömät ja autettavien tilanteet moninkertaisessa umpisolmussa. (Emt. 146–148.) Kuntoutustyön arvostus ja ymmärrys on vaihdellut muuallakin. 1990-luvun lopussa Pirkanmaalla valmisteltiin psykiatrian avopalveluiden siirtoa sairaanhoitopiiriltä kunnalle ja tässä yhteydessä hallintoylilääkäri linjasi, että sosiaalityöntekijöiden tehtäviin ei kuulu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa asuntojen tai työelämään kuntoutumisen järjestely (Hämäläinen & Metteri 2011, 135).

Mielenterveyden hoidolla ja terveystieteillä on moninainen historia, jota olen tässä pystynyt avaamaan hyvin rajallisessa laajuudessa. Olen keskittynyt kuvailemaan suomalaista historiaa itsenäisyyden alkuvuosilta 2000-luvun alkuun taustoituksena ja eräänlaisena selittäjänä nykyiselle psykiatrian ja siellä tehtävän sosiaalityön tilanteelle. Historiakuvauksessa on mukana kaikuja kansainvälisistä tapahtumista ja käännteistä, mielenterveyden ymmärtämisen ajan saatossa muuttuneista tavoista sekä terveystieteellistä työtä tehneiden kokemushistoriasta, jotta syntyvä kuva olisi mahdollisimman monipuolinen ja kattava. Seuraavaksi luon katsauksen siihen, mitä psykiatrialla tarkoitetaan ja millaisia ilmiöitä siihen liittyy.

## 2.2 Psykiatria ja siihen liittyviä ilmiöitä

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka vastaa mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnista ja hoidosta tutkittuun tietoon perustuen. Sen muita tehtäviä ovat mielenterveyttä määrittävien tekijöiden tutkiminen, mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen. Psykiatrian sisällä on neljä erikoisalaa: aikuispsykiatria, lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria ja oikeuspsykiatria. Työtä tehdään moniammatillisessa työryhmässä, jonka kokoonpano vaihtelee paikan ja potilaiden tarpeiden mukaan. (Lönnqvist, 2021, 18.) Psykiatrian kontekstissa keskitytään usein kokonaiselämäntilanteen selvittämisen sijaan psyykkiseen ongelmaan ja sen lääkkeelliseen hoitamiseen etenkin akuutissa hoidossa ja avohoidossa, jolloin sosiaalityön rooli voi jäädä pienemmäksi kuin olisi tarkoituksenmukaista. Joissain erikoissairaanhoitopiireissä Suomessa on aiemmin linjattu joidenkin yksiköiden osalta, että sosiaalityöntekijöitä ei tarvita lainkaan tai että sairaanhoitajat voivat tehdä sosiaalityöntekijöiden työt. (Frankenhaeuser 2014, 69.)

Samanlaista huolta on noussut esiin myös kansainvälisesti. Jack Nathan ja Martin Webber (2010) ovat tutkineet mielenterveysosiaalityöntekijöitä ja mielenterveystyön medikalisoitumista Iso-Britanniassa. Tutkimuksen tekemisen taustalla oli huoli siitä, että mielenterveyden parissa tehtävä sosiaalityö katoaa ja sen tehtävät siirtyvät laillistetuille mielenterveyden ammattilaisille, joiden koulutustausta voi olla myös jokin muu kuin sosiaalityöntekijä. Sosiaalityöntekijät ovat pitkään pitäneet esillä psykososiaalista näkökulmaa psykiatrian biolääketieteellisessä maailmassa ja se vaatii erityisasiantuntijuutta. (Emt. 16.)

Psykiatria on kritisoitu sekä Suomessa että maailmalla liittyen esimerkiksi psykiatriisiin hoitomenetelmiin, lääkahoitoon ja sen vaikuttavuuteen, diagnooseihin sekä hoidon lääkekeskeisyyteen (ks. esim. Myllykangas & Tuomainen 2010; Davies 2014; Bergström 2022). Psykiatria ja mielenterveyden hoito Suomessa on lääkkeellistynyt vuosien saatossa. 1950-luvulla käyttöön vakiintui ensimmäinen psyykenlääke, joka mahdollisti psykoottisten potilaiden hoitamisen avohoidossa. Tästä virinnyt toivo johti neuropsykiatrisen ajattelun kasvuun ja alueen tutkimiseen. Seurauksena oli myöhemmin lääkkeiden nousu mielenterveyden hoidon keskeisimmäksi osa-alueeksi. Reseptilääkkeiden myyntitilastot osoittavat, että psyykenlääkkeiden käyttö on moninkertaistunut 1900-luvun loppupuoliskolla ja 2000-luvun alussa. Samaan aikaan masennuslääkkeet ovat nousseet käytetyimmiksi keskushermostoon vaikuttaviksi lääkkeiksi. Tämä kehitys on monen asian summa, mutta tekijöitä sen taustalla ovat muun muassa lääkeyhtiöt ja niiden toimesta lääkäreille suunnattu lääkemarkkinointi, jossa on korostettu muun muassa erilaisten psyykenlääkkeiden ”laajaa terapeuttista kirjoa ja sitä, että potilaat sietävät lääkettä hyvin”. (Hautamäki ym. 2011, 70, 82–85.)

Psykiatria ymmärtääkseen täytyy ymmärtää, mitä tarkoittaa *biolääketieteellinen malli*. Se on erityisesti länsimaissa hallitseva tapa käsittää sairaus. Se perustuu molekyylibiologiaan ja sairauksien käsittämiseen biologisina, mitattavina asioina. Siinä ei ole sijaa ihmisen sosiaalisesta tai psykologisesta ulottuvuudesta tai käytöksestä kumpuaville selitysmalleille. (Engel 1977, 130.) Biolääketieteellinen malli pitää sisällään oletuksen, että mielenterveysongelmat johtuvat biologisista häiriöistä aivoissa. Taustalla on ajatus siitä, että mielenterveysongelmia voidaan ja niitä tulee hoitaa samaan tapaan kuin somaattisia sairauksia, eli tietyillä sairauden oireisiin vaikuttavilla lääkeaineilla. (Deacon 2013, 847–848.)

Biolääketieteellisen mallin käyttöä psykiatrialla on kritisoitu lukuisista syistä. Yleisesti on tiedossa, että mielenterveyshäiriöt johtuvat aivojen kemiallisesta epätasapainosta, mutta tätä ei ole pystytty tieteellisin keinoin osoittamaan todeksi, eikä aivoista ole löydetty uusista kuvantamismenetelmistä

huolimatta tiettyä kohtaa tai paikkaa, joka selittäisi mielenterveyshäiriön synnyn. Lääketeollisuudelle mielenterveysongelmien hoidossa käytetyt lääkkeet ovat miljardibisnes ja niiden markkinointiin on panostettu valtavasti resursseja. Mielenterveysongelmien hoidossa käytetään yhä enemmän lääkehoitoa, mutta silti psyykkisten oireiden esiintyvyys ja vaikeusaste kasvavat vuosi vuodelta. (Deacon 2013, 848–853.)

Biolääketieteellinen malli kulkee käsi kädessä *medikalisaation* kanssa. Medikalisaatio tai toiselta nimeltään lääketieteellistyminen tarkoittaa ”sairauden ja terveyden leiman sekä lääketieteellisen hoidon ulottumista yhä uusiin ja arkipäiväisiin ilmiöihin” (Lahelma 2003, 1863.) Psykiatrian kontekstissa tällä voidaan tarkoittaa esimerkiksi mielialalääkkeiden määräämistä masentuneeksi diagnosoidulle henkilölle, joka on vastikään menettänyt läheisen ja kokee sen vuoksi surua sekä toisaalta oireita, jotka voidaan liittää myös masennukseen. Allan Horwitz ja Jerome Wakefield (2007) ovat argumentoineet, että psykiatrian myötä ihmiselämään olennaisesti kuuluvat tunteet, kuten suru ja tuska, on muutettu hoitoa vaativaksi sairaudeksi, masennukseksi.

Markku Myllykangas ja Tomi-Pekka Tuomainen (2010) ovat nimenneet medikalisaation potentiaalisen tulevaisuuden ”pharmageddoniksi”, jossa hyvinvointia lisäämään tarkoitettut hoidot ja lääkkeet tuottavatkin pahoinvointia. Muun muassa synnytys, vanhuus ja jopa kuolema on ajassamme medikalisoitu, osin perustellusti ja osin perusteetta. Sairauden ja terveyden rajaa on siirretty siten, että yhä useampi ihminen on määritettävissä jollain tavoin sairaaksi tai vähintäänkin jonkun sairauden riskiryhmään kuuluvaksi, jos tarpeeksi tutkitaan. Pelottelu on oiva keino houkutellessa ihmisiä huolestumaan oman terveytensä puolesta ja hakemaan apua lääkepurkista tai jostakin joko valtavirtaa tai vaihtoehtoisuutta edustavasta hoidosta, jolloin raha vaihtaa omistajaa ja taustalla olevien yritysten liikevaihto kasvaa. (Emt. 14–23.)

Psykiatrialla ei kuitenkaan työskentele pelkästään lääketieteen ammattilaisia, vaan potilaiden hoidossa on mukana eri alojen asiantuntijoita. *Moniammatillisuus* on psykiatrialla tyypillinen asetelma työn tekemisessä. Moniammatillisessa työryhmässä jokainen katselee samaa asiaa omasta viitekehystänsä käsin ja pyrkii lisäämään kokonaisuymmärrystä tilanteesta omalta osaltaan. Viitekehykset usein ovat limittäisiä ja päällekkäisiä, mutta niissä on omat erityispiirteensä. Ammatillainen muokkaa oman toimintansa niin, että se tukee yhteiseen päämäärään pääsemistä. Moniammatillisesti työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat vahvaa ammatti-identiteettiä ja itsereflektiota, jotta erilaiset toimintakulttuurit ja tavat määrittellä asiakkaiden tilanteita saataisiin mahdollisimman hyvin sovitettua yhteen siten, että asiakkaan moninaisiin tarpeisiin vastataan ja hän saa tilanteeseensa parhaan mahdollisen tuen. (Mönkkönen 2018, 137–145.) Moniammatillisessa

työskentelyssä keskeistä ovat eri osapuolten taidot, mahdollisuudet ja uskallus osallistua vuorovaikutukseen muiden mielipiteitä kuunnellen ja oma asiantuntemus esiin tuoden. (Isoherranen 2002).

Laura Bronstein (2003) on kehitellyt tutkimukseen pohjautuvan teoreettisen mallin toimivasta moniammatillisesta työskentelystä sosiaalityön näkökulmasta. Sen ensimmäinen osuus sisältää viisi osa-aluetta, jotka ovat onnistuneen moniammatillisen yhteistyön keskiössä. Ne ovat keskinäinen riippuvuus ammattilaisten välillä, uudelleen luodut ja yhdessä sovitut ammatilliset toimintatavat, keskinäinen joustavuus, tavoitteiden yhteinen omistajuus eli jaettu vastuu prosesseista sekä prosessien reflektointi, joka tukee kehittymistä jatkossa. Mallin toinen osuus sisältää neljä tekijää, jotka vaikuttavat moniammatilliseen työskentelyyn. Näitä ovat ammatillinen rooli, rakenteelliset tekijät, yhteinen historia ja persoonalliset tekijät. Teoreettisen mallin avulla oman työympäristön moniammatillisuutta on mahdollista tarkastella ja kehittää. (Emt.; ks. myös Kekoni ym. 2019, 13–16.)

Vuonna 2023 psykiatrian tilanne on noussut uutisotsikoihin melko negatiivisessa valossa ympäri Suomen. Mediassa kirjoitetaan sekä psykiatrian että mielenterveyspalveluiden kriisistä. ”*Ruuhka vaaransi alaikäisten turvallisuuden nuorisopsykiatrialla Oulussa, epäilee avi*” (Ukkonen & Degerman 2023), ”*Epäonninen uudistus oli viimeinen niitti – työntekijät pakenevat TAYSin aikuispsykiatrialta*” (Hurme 2023), ”*Helsinki lakkauttaa viimeisen psykiatrisen avo-osaston – järjestö: ’Tuntuu rajulta’*” (Nivala 2023) ja ”*Pohjois-Pohjanmaalla ollaan aikaistamassa potilaspaiikkojen karsintaa – työntekijäpula on sulkemassa Vaalassa vuodeosaston jo keväällä*” (Degerman 2023) – nämä kaikki ovat maaliskuussa 2023 Ylellä julkaistuja uutisia, jotka löytyvät hakusanalla *psykiatria*. Ajankohtaista tutkimustietoa psykiatrian kriisistä Suomessa en löytänyt.

Psykiatria tarjoaa sosiaalityöntekijälle toimintaympäristön, jossa omaa osaamista pääsee kehittämään monipuolisesti ja sosiaalityön osaamisesta täytyy myös pitää ääntä, jotta sosiaalisen tilanteen merkitys ja yhteiskuntatieteellinen viitekehys eivät huku psyykkisten ja fyysisten tekijöiden alle. Biolääketieteellinen malli ja medikalisaatio psykiatrian kriisin taustatekijöinä haastavat sosiaalityöntekijää ja toisaalta moniammatillisen työn tekemistä. Seuraavaksi tarkastelen sosiaalityötä aikuispsykiatrialla ja mielenterveyspalveluissa aiempaan tutkimukseen pohjautuen. Määrittelen lyhyesti rooli-käsitteen sekä sosiaalityön paikkaa ja asemaa, minkä jälkeen esittelen aiheesta tehtyä kansainvälistä tutkimusta. Viimeisenä avaun sosiaalityön paikantumista ja asettumista aikuispsykiatrialla omien kokemusteni pohjalta.

## 2.3 Sosiaalityö aikuispsykiatrian toimintaympäristössä

Ylirukan ja kumppaneiden Terveys- ja sosiaalityö näkyväksi -tutkimuksen (2019, 17) mukaan suomalaisten terveys- ja sosiaalityöntekijöiden tehtäviä ovat kaikenikäisten potilaiden tai asiakkaiden ja heidän monimuotoisten tilanteidensa kanssa työskentely. Käytännössä tämä tarkoittaa monenlaisia asioita, kuten välittäjänä tai asianajajana toimimista potilaan hyväksi, vaativien tilannearvioiden tekemistä sekä sosiaaliturvaetuksista huolehtimista. Lisäksi tehtäviin kuuluu psykososiaalisen ja emotionaalisen tuen antamista, palveluiden järjestämistä ja koordinoimista tarpeenmukaisesti sekä toimimista osana moniammatillista työryhmää, jossa pyritään kohti yhdessä asetettuja tavoitteita. (Emt.) Lainsäädännöllisesti terveys- ja sosiaalityötä ohjaavat perustuslaissa määritelty jokaisen oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Suomen perustuslaki 731/1999, 19 §), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Terveys- ja sosiaalityön asemaa ei ole kuitenkaan virallisesti määritelty lainsäädännössä (Stähle & Niemi 2020).

Helinä Laine (2014) on kuvannut terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä positiiviseen häiriköintiin perustuvaksi taiteiluksi. Hänen mukaansa aito asiakaslähtöisyys on terveydenhuollossa tapahtuvan kohtaamisen onnistumisen ydin. Se ei kuitenkaan aina toteudu, jolloin luottamus hoitavaan tahoon horjuu. Usein sosiaalityöntekijä on terveydenhuollossa se taho, joka nostaa asiakkaan kokemuksen keskiöön ja toimii hänen liittolaisenaan. Sosiaalityöntekijän *roolina* on yhteistyön tekeminen eri toimijoiden kanssa sekä organisaation sisällä että sen ulkopuolella. Pyrkimys on saada kokoon kaikki asiakkaan tilanteessa vaikuttavat toimijat ja tehdä asiakkaan näkemyksen huomioonottava suunnitelma siitä, mitä tavoitellaan. Palveluohjauksen merkitys on korostunut sirpaleisessa palvelujärjestelmässä. (Emt., 26–28)

Rooli -käsitteen juuret ovat teatterissa, jossa jokaisella esiintyvällä hahmolla on oma roolinsa. Rooli voidaan määritellä minuuden muodoksi, jonka yksilö ottaa käyttöön tietyssä hetkessä ja tilanteessa. Rooli on siis symbolinen representaatio, jonka sekä yksilö itse että muut tilanteessa olevat tunnistavat. Yksilön rooleihin vaikuttavat sekä menneet kokemukset että kulttuurinen ympäristö. Roolit ovat kaksipuolisia, sillä niihin liittyy sekä yksityinen, vain itsen kokema puoli, että julkinen, muille näkyvä puoli. (Moreno & Fox 1978, 61–63.) Roolista voidaan käyttää myös nimitystä kasvot. “Kasvot ovat hyväksytyjen sosiaalisten määreiden kautta syntyvä kuva minästä” määrittelee Erving Goffman (2021, 23). Kasvot omaksutaan osin tiedostamattomasti osaksi omaa minuutta ja niihin liittyy tunnereaktioita. Vuorovaikutus ja tilannetekijät määrittävät sen, miten kasvot ilmenevät tietyssä hetkessä. Tiettyihin toimijoihin liitetään tietynlaiset kasvot sen perusteella, millaisia tunnusmerkkejä



heihin liittyy. Tämä johtaa siihen, että valinnanvapaus kasvojen suhteen kapenee ja ihmiseltä odotetaan tietynlaista linjaa vuorovaikutuksessa. (Emt., 23–26.) Sosiaalityöntekijöillä on aikuispsykiatrialla omat roolinsa ja kasvonsa, jotka määrittävät sitä, mitä heiltä odotetaan yksilötason vuorovaikutuksessa ja toisaalta ammattiryhmänä.

Rauni Korpelan (2014) laadullisessa tutkimuksessa selvisi, että terveystieteiden sosiaalityöntekijän tehtäväkuva on vaihteleva. Sosiaalityöntekijät kartoittavat potilaiden sosiaalista tilannetta ja luovat heihin parhaansa mukaan luottamuksellisen suhteen, avustavat sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa, selvittelevät ja järjestävät tarvittavan jatkohoidon, tekevät moniammatillista työtä ja verkostotyötä sekä tarjoavat psykososiaalista tukea. Sosiaalityön asiantuntijuuden ydintä on tuki arjessa selviytymiseen hoidon ulkopuolella. Organisaatiolla ja yksittäisillä työntekijöillä on jonkin verran merkitystä siinä, hyödynnetäänkö sosiaalityön asiantuntemusta, eli ohjautuuko potilas sosiaalityöntekijälle vai ei. Muut ammattilaiset, kuten hoitajat, voivat toimia eräänlaisina portinvartijoina siinä, kuka pääsee tai joutuu sosiaalityöntekijän kanssa asioimaan. Sosiaalityötä voidaan alikäyttää esimerkiksi kiireen, stigman pelon, muiden ammattilaisten kapea-alaisen sosiaalityönäkemyksen, tietosuojaan liittyvien asioiden tai potilaiden omien negatiivisten ennakoasenteiden takia. (Emt. 126–131.)

Kirsi Juhila (2018) on määritellyt *paikkaa* siten, että ihmisenä olemisen on myös paikoissa olemista ja ympäröivän todellisuuden ymmärtämistä näiden paikkojen kautta. Paikat määrittyvät sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa, jolloin niistä voidaan tilannekohtaisesti neuvotella. Paikat syntyvät, kun niille annetaan merkityksiä ja niihin kiinnitytään jollain tavalla, mutta syntyneet määritykset ovat dynaamisia ja joustavia. Paikkoihin voi liittyä kokemuksia kuulumisesta tai kuulumattomuudesta sekä poiskäännyttämisestä ja ulossulkemisesta. (Emt., 6–9.) Terveystieteiden sosiaalityön *asemaa* organisaatiossa puolestaan määrittävät sekä organisaation asettamat raamit että sosiaalityöntekijä itse. Terveyden- ja sairaudenhoito ovat terveydenhuollossa keskeisiä tehtäviä, jolloin sosiaalityön pitää vahvasti osoittaa oma osaamisensa ja sosiaalisen ulottuvuuden merkitys potilaiden tilanteiden hoitamisessa. Sosiaalityön asema terveydenhuollossa on vaihteleva ja sen on epäilty johtuvan erilaisten erikoisalojen lisäksi organisaation johdosta sekä ”siitä, missä määrin sosiaalityö nähdään osaksi terveydenhuollon tehtävää.” (Kananoja 2017, 354–355.)

Sosiaalityön roolia on mielenterveystyön ja psykiatrian kontekstissa on tarkasteltu ja käsitelty kansainvälisissä tutkimuksissa. Jack Nathanin ja Martin Webberin tutkimuksen (2010) mukaan brittiläinen sosiaalityö on terveydenhuollossa alisteinen toimija, mikä johtaa siihen, että sosiaalityöntekijät kokevat, ettei heitä arvosteta, eikä heidän rooliaan ymmärretä. He joutuvat

sovittamaan työnsä terveydenhuollossa siten, että se toimii biolääketieteellisen mallin ehdoilla. Sosiaalityöntekijät kuitenkin nostavat palveluiden käyttäjät keskiöön ja pyrkivät siihen, että he saavat äänensä kuuluviin suhteessa hallitseviin instituutioihin. (Emt. 21–24.)

Ann-Marie O'Brienin ja Kimberly Calderwoodin (2010) tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaisia. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista brittiläisistä sosiaalityöntekijöistä koki, että he tekevät merkittävää työtä mielenterveyspalveluissa. Silti vastauksissa näkyi se, että sosiaalityö on aliarvostettua ja -resursoitua ja lisäksi sen rooli epäselvä. Puutetta on myös tietyille ryhmille suunnatuista palveluista, kohdennetusta koulutuksesta, psykiatrien saatavuudesta ja koulutuksesta nimenomaan sosiaalityöstä psykiatrialla. Sosiaalityön arvostetuiksi erityispiirteiksi niin ikään nimettiin asiakkaiden voimaannuttaminen, läheisten huomioon ja mukaan ottaminen sekä asiakaskeskeisyys (Emt. 332, 328–331).

Uudessa-Seelannissa on tutkittu vuonna 2021 itsemurhaa yrittäneiden ja harkinneiden palveluiden käyttäjien näkemyksiä siitä, mikä mielenterveystyössä heidän mielestään toimii ja mistä he ovat kokeneet saaneensa apua. Tutkimuksessa mielenterveystyö on mielletty holistiseksi, eli kokonaisvaltaiseksi, mikä nostaa sosiaalityön keskeiseksi toimijaksi. Tutkimuksen tuloksissa auttavina tekijöinä korostuivat muun muassa sekä virallisten että henkilökohtaisten tukiverkostojen merkitys, asiakaslähtöinen työskentelyote, fyysisestä terveydestä huolehtiminen, keskusteluterapiat ja joissain tapauksissa henkisyys. Suhtautuminen lääkkeisiin oli ristiriitainen, osa koki saavansa niistä apua ja toiset käyttivät lääkitystä enemmän muiden mieliksi kuin omasta tahdostaan. Mielenterveystyön ammattilaisilta toivottiin kunnioitettavaa, asiakaslähtöistä tukea, riittävää tilanteeseen perehtymistä sekä lähiyhteisön näkemysten ja ajatusten kuulemista. Tutkimuksessa todettiin, että sosiaalityöntekijöillä on nyt ja tulevaisuudessa tärkeä rooli itsemurhien ehkäisyssä ja laajemmin mielenterveyden hoidossa. (Ali ym. 2021 12–17.)

Mark Wilberforce ja kumppanit (2020) ovat tutkineet puolestaan Iso-Britanniassa sitä, mitä palveluiden käyttäjät itse haluavat mielenterveyden parissa tehtävältä terveystieteeltä. Tuloksena oli, että palveluiden käyttäjät arvostavat erityisen korkealle sitä, että sosiaalityöntekijä huomioi heidän senhetkisen tilanteensa vaikutukset kokonaiselämäntilanteeseen ja keskittyy enemmän ihmiseen kokonaisuutena kuin sairauteen tai sen oireisiin. Lisäksi palveluissa arvostetaan jatkuvuutta ja luotettavuutta. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan samalla tavalla arvosta sosiaalityöntekijän tarjoamia palveluita. Palveluiden käyttäjät arvostivat mitatuista tekijöistä vähiten sitä, että sosiaalityöntekijät toimivat välittäjinä eri palveluiden ja organisaatioiden välillä, mikä voi

kenties tarkoittaa sitä, että sosiaalityöntekijöiden rooli välittäjinä ei ole palveluiden käyttäjille tarpeeksi näkyvä tai ymmärrettävä. (Emt.)

Australiassa on tutkittu sosiaalityön erityisiä asiantuntijoita, eli niin sanottuja erityisosaaajia (*expert*), jotka ovat saavuttaneet erityisen tietämyksen mielenterveyskontekstissa tehtävästä sosiaalityöstä ja kykenevät soveltamaan sosiaalityön arvoja, tietoja ja taitoja asiantuntevasti haastaviinkin asiakastapauksiin. Erityisosaaajat työskentelevät poikkeuksellisen pitkäjänteisesti erityisen vaativassa työssä, ovat vahvasti sitoutuneita asiakkaisiinsa ja kokevat työnsä merkitykselliseksi. Erityisosaaajat kykenevät työskentelemään yhtä aikaa monella tasolla monimutkaisissa asiakastapauksissa, kiinnittävät huomiota sosiaaliseen epäoikeudenmukaisuuteen ja keskittyvät muun ohella myös systeemiseen muutokseen. Keskeisenä tavoitteena työssä on hyvän yhteistyösuhteen luominen asiakkaan kanssa. Asiakkaasta välittäminen, usko omaan työhön ja optimismi olivat tutkimuksen mukaan keskeisiä erityisosaaajien ominaisuuksia. (Ryan ym. 2004, 34–35.)

Muut ammattilaiset ja palveluiden käyttäjät ymmärtävät sosiaalityön roolin sekä siten, *mitä* sosiaalityöntekijät tekevät, että siten, *miten* he sen tekevät. Sosiaalityöntekijät ovat terveydenhuollossa ainoa ryhmä, joka systemaattisesti keskittyy potilaan sosiaaliseen tilanteeseen sekä elämäntilanteeseen, ja tämä tietous hyödyttää koko moniammatillista työryhmää. Ilman sosiaalityöntekijöitä asiakkaat eivät todennäköisesti saisi oikea-aikaista tukea, joka edistää pitkäaikaista toipumista ja jossa asiakkaan osallisuus toteutuu ja oma ääni kuuluu. (Abendstren ym. 2021.) Kun sosiaalityötä määritellään mielenterveyskontekstissa, sosiaalityöntekijöiden tulee omien tehtäviensä lisäksi määritellä, mitä he eivät tee. Se on kuitenkin haastavaa, sillä työ on hyvin moniulotteista ja sen rajaaminen hankalaa. Sosiaalityöntekijöillä ei ole samalla tavalla rajattua ja selkeää tehtäväkuvaa kuin esimerkiksi lääkäreillä tai muulla hoitohenkilökunnalla, mikä voi vaikuttaa myös sosiaalityön arvostukseen heikentävästi. (O'Brien ym. 2010, 330–331.)

Käytännössä aikuispsykiatrialla tehtävän sosiaalityön sisältö, sosiaalityöntekijän paikka ja asema sekä sosiaalityön rooli riippuvat oman kokemuksen perusteella siitä, missä yksikössä työtä tehdään. Avohoidon poliklinikoilla ja sairaalassa suljetuilla osastoilla tehtävä sosiaalityö eroavat toisistaan, mutta niin eroaa myös esimerkiksi akuuttiosastoilla tehtävä sosiaalityö kuntoutusosastoilla tehtävästä sosiaalityöstä. Avohoidossa asiakkaat ohjautuvat sosiaalityöntekijälle yleensä lääkärin, hoitajan tai psykologin kautta. Osalla sosiaalityöntekijöistä voi olla niin kutsuttuja omia potilaita, jotka käyvät säännöllisesti keskustelutapaamisissa, kun taas toisilla työn painopiste on melko puhtaasti arkielämän sujumuuden kysymyksissä, usein sosiaaliturvassa ja kuntoutuspalveluiden organisoimisessa.

Sairaalan sosiaalityö paikantuu puolestaan usein lähemmäs potilaita, sillä sosiaalityöntekijä vähintäänkin tietää jotakin jokaisesta osastolle saapuvasta potilaasta viikoittain järjestettävien moniammatillisten kiertojen ansiosta. Näillä kierroilla käydään tyypillisesti läpi kaikki osastolla sillä hetkellä olevat potilaat ja näissä hetkissä sosiaalityöntekijän on mahdollista myös itse tarttua tilanteisiin, joissa hän näkee oman asiantuntemuksensa ja osaamisensa voivan olla hyödyksi. Sairaalassa osaston luonne vaikuttaa siihen, miten sosiaalityö paikantuu ja mitä sosiaalityöntekijältä odotetaan. Sosiaaliturvaan, perustarpeisiin ja asumisen turvaamiseen liittyvät asiat kuitenkin korostuvat verrattuna avohoitoon. Jokainen sosiaalityöntekijä paikasta riippumatta myös itse suuntaa työtään niissä raameissa, jotka organisaatio ja muu työyhteisö tarjoavat. Sosiaalityön vahvuus piilee kokonaisvaltaisuudessa, eli siinä, että ymmärretään sosiaalisten ongelmien ja stressitekijöiden yhteys psyykkisiin ongelmiin – kun helpotusta löytyy johonkin haasteelliseen elämän osa-alueeseen, usein muissakin osa-alueissa tapahtuu keventymistä (Frankenhaeuser 2014, 71).

## 3 Tutkimuksen toteutus

### 3.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämä tutkimus on luonteeltaan laadullinen, jolloin sitä voidaan määritellä monenlaisista lähtökohdista käsin. Laadullinen tutkimus eroaa määrällisestä siinä, että lähtökohdista on todellisen, moninaisen ja kokonaisvaltaisen elämän kuvaaminen. Siinä tietoa ei voida pelkistää ykkösiksi ja nolliksi, vaan esiin yritetään saada jotain uutta tietoa todellisuudesta. Laadullisesta tutkimuksesta puhuttaessa täytyy ymmärtää, että tekemisen tapoja on lukuisia ja ne vaihtelevat koulukunnittain. Tyypillisiä piirteitä ovat tiedon hankinnan kokonaisvaltaisuus ja laadullisten metodien käyttö, tiedon kerääminen ihmisiltä, aineistolähtöisyys, otoksen tarkoituksenmukainen valikointi, joustava tutkimussuunnitelma sekä tutkittavien ja heidän tilanteidensa ymmärtäminen ainutlaatuisina. (Hirsijärvi ym. 1997, 161–164.) Valitsin tähän tutkimukseen laadullisen lähestymistavan, koska olen kiinnostunut nimenomaan aikuispsykiatrialla toimivien sosiaalityöntekijöiden kokemuksista.

Tässä tutkimuksessa tavoitteena on siis tutkia aikuispsykiatrialla työskentelevien sosiaalityöntekijöiden (N=10) kokemuksia sosiaalityöstä ja sosiaalityössä lähihistoriasta nykyhetkeen. Haluan tehdä näkyväksi sosiaalityötä aikuispsykiatrian vaativalla kentällä, koska hyvinvointialueille siirtymisen myötä käytäntöjä tullaan tarkastelemaan uudelleen ja monenlaisia, vielä tuntemattomia muutoksia on luvassa. Tutkimuskysymykseni on:

*Miten sosiaalityöntekijät kuvaavat aikuispsykiatrialla tehtävää sosiaalityötä ennen ja nyt sekä siinä oman työuransa aikana tapahtuneita muutoksia?*

Tieteenfilosofiselta lähestymistavaltaan tämä tutkimus on fenomenologinen. Pelkistetysti fenomenologisella lähestymistavalla tarkoitetaan kokemuksellista lähestymistapaa, eli tutkittavan todellisuus mielletään ainutkertaiseksi, subjektiiviseksi sekä moninaiseksi, ja käytetty kieli toimii kokemusten sanoittamisen välineenä. Fenomenologisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkittavan ilmiölle tai aiheelle antamista merkityksistä, jolloin tutkimusaineiston avulla halutaan päästä käsiksi nimenomaan tutkittavan kokemukseen. Tavoitteena on tutkittavien kokemusmaailman kuvaileminen ja ymmärtäminen. Fenomenologia on kehittynyt ja kehitetty luonnontieteellisen lähestymistavan vastavoimaksi. (Jokinen 2014, 12–13, 15; Huhtinen & Tuominen 2020.)

Fenomenologinen lähestymistapa näkyy tässä tutkielmassa siten, että valokeilaan pääsevät sosiaalityöntekijöiden omat, ainutkertaiset kokemukset ja kertomukset niistä. Haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden kokemukset ovat ensisijaisesti henkilökohtaisia, mutta niihin voi liittyä

yhteisesti koettua todellisuutta. Tuloksia käsittelevissä luvuissa käytän runsaasti lainauksia, jotta lukijalla on mahdollisuus päästä lähemmäs haastattelemini sosiaalityöntekijöiden kokemusmaailmaa ja tehdä myös omia tulkintoja heidän kertomastaan. Tavoitteenani on fenomenologisen lähestymistavan mukaisesti kuvailla ja ymmärtää sosiaalityöntekijöiden kokemuksia.

### 3.2 Haastattelut tutkimusaineistona

Haastattelu on suomalaisessa yhteiskunnassa tiedonhankinnan muotona hyvin tuttu ja esillä ihmisten jokapäiväisessä elämässä. Haastatteluja eri muodoissaan tehdään esimerkiksi mediassa, lääkärin tai sosiaalityöntekijän vastaanotoilla sekä ennen työhön ottamista. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 9.) Tutkimushaastattelulla on monia samoja piirteitä näiden haastattelujen kanssa, mutta se eroaa monin tavoin arkikeskusteluiden vuorovaikutuksesta. Haastattelijalla on valta päättää monista haastattelun yksityiskohdista, kuten kysytyistä kysymyksistä ja siitä, mihin suuntaan keskustelua ohjataan. Lisäksi haastattelulla on tietty päämäärä ja tarkoitus, jota kohti mennään. (Emt. 22–23.) Haastattelu aineistonkeruun muotona on joustava ja siinä on mahdollisuus päästä suoraan vuorovaikutukseen tutkittavan kanssa, mutta se vaatii aikaa, valmistautumista ja tutkittavan merkitysmaailmojen sekä kulttuurin ymmärrystä (Hirsijärvi ym. 1997, 204–207; Tuomi & Sarajärvi 2018, 63–64).

Haastattelussa tulee ottaa huomioon se, että sekä haastattelijan että haastateltavan taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli ja sosioekonominen asema ja toisaalta haastattelutilanne vaikuttavat haastattelun tekemiseen (Hyvärinen 2017, 13). Olen itse haastatteluissa sekä sosiaalityön opiskelijan, aikuispsykiatrialla työskennelleen sosiaalityöntekijän että tutkijan rooleissa nuorena naisena, kun taas tutkittavani ovat jo pidemmän työuran tehneitä sosiaalityöntekijöitä. Olen työskennellyt osan kanssa aiemmin, joten kyseessä on jossain määrin sisäpiirihaastattelu. Sisäpiirihaastattelu on haastattelu, jonka kohderyhmä on jollain tavalla haastattelijalle tuttu. Haastattelijalla on esimerkiksi voinut työskennellä haastateltaviensa kanssa samassa työpaikassa. Sisäpiirihaastattelun teossa on tärkeää olla painostamatta tutkittavia osallistumaan tutkimukseen ja tarjota aidosti mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta. Tutkijan on hyvä muistaa, että tutkimuksen tekeminen lähtökohtaisesti muuttaa tutkijan suhdetta kohteeseensa ja vaatii ulkopuolista havainnointia sekä selkeää käsitystä omasta positiosta. Haastatteluiden teossa on huolehdittava, että pysytään tutkimuskysymyksen kannalta mielekkäässä aiheessa. Haastattelijan pitää olla tarkkana, että haastateltava ei vastaa sen perusteella, että olettaa haastattelijan tietävän jotain aiheesta. (Juvonen 2017, 344–354.)

Haastattelun haittapuolia ovat hitaus, huolellisen valmistautumisen vaatimus, riski siitä, että haastateltavat antavat sosiaalisesti suotavia vastauksia, haastattelijan itsensä monet merkitysmaailmat ja tietynlainen kulttuuri, jota haastattelijan pitäisi osata tulkita, sekä konteksti- ja tilannesidonaisuus haastateltavien kertomassa (Hirsijärvi ym. 1997, 206–207). Aineisto on kerätty yhteistyössä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen arvioinnin ja intervention vaikuttavuus näkyväksi -hankkeen kanssa, johon viitataan TerVa-hankkeena. Hankkeessa tutkitaan ”sosiaalityön arvioinnin, intervention sekä asiakkaiden muihin palveluihin integroinnin vaikuttavuutta käytännössä.” (UEF 2021.) Koska tein haastattelut yhteistyössä kyseisen hankkeen kanssa, aikataulu oli ennalta tarkkaan määritelty ja pääsin harjoittelemaan haastatteleminen kokeneen tutkijan kanssa. Haastattelun aihe ei ollut erityisen herkkä, joten sosiaalisesti suotavien vastausten antamisen riski on mielestäni kohtuullisen pieni. Koska olen itse työskennellyt aikuispsykiatrialla sosiaalityöntekijänä, koen ymmärtäväni sitä kulttuuria ja ajattelutapaa jonkin verran. Konteksti- ja tilannesidonaisuus haastateltavien kertomuksissa oli yksi kiinnostukseni kohteista, joten niiden esille tulo oli jopa suotavaa.

Toimin työsuhteessa TerVa-hankkeeseen aineiston kerääjänä aikavälillä 9.1.2023-6.4.2023. Keräsin kyseisellä aikavälillä haastatteluaineistoa sekä hankkeelle että tähän tutkimukseen ja nämä syntyneet aineistot ovat toisistaan erillisiä kokonaisuuksia. Käytössäni oli kaksi haastattelurunkoa, hankkeelta saatu ja itse tätä tutkimusta varten kehittämäni (Liite 1). Hankkeelta saamaani haastattelurunkoa käytin kaikissa kahdessakymmenessä tekemässäni haastattelussa. Tähän tutkimukseen luotua haastattelurunkoa käytin ainoastaan kymmenessä haastattelussa, joissa kohderyhmänä olivat aikuispsykiatrialla työskentelevät sosiaalityöntekijät. Haastatteluja tein kuitenkin yhteensä kaksikymmentä. Kaikki haastateltavat olivat osallistuneet tutkimushankkeeseen yhteistyössä omien potilaidensa kanssa, mikä tarkoittaa sitä, että tähänkin tutkimukseen valikoituneet sosiaalityöntekijät on valittu TerVa-hankkeen kriteereillä. Näitä kriteereitä olivat muun muassa sitoutuminen tutkimuksen tekoon ja pyrkimys mahdollisimman monipuoliseen aineistoon siten, että potilaiden moninaiset tilanteet saataisiin näkyviin.

Tässä tutkimuksessa käyttämäni haastattelurunko oli kaikille haastateltaville sama, mutta esitin heille tarkentavia kysymyksiä ja lisäkysymyksiä tarvittaessa. Muodostin haastattelurungon tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyksen tarkentumisen jälkeen, jotta haastatteluista saatu tieto vastaisi siihen, mistä olen tässä tutkimuksessa kiinnostunut. Haastattelukysymysten suhteen etenemisjärjestys oli kronologinen, eli pyysin haastateltavia muistelemaan ensin menneisyyttä (2. Kertoisitko, millaista työsi oli urasi alkuaikoina), sitten kävimme läpi nykyistä tilannetta suhteessa

menneisyyteen ja viimeisenä pyysin heitä pohtimaan terveystieteiden tulevaisuutta (6. Millaisena näet ja koet sosiaalityön tulevaisuuden aikuispsykiatrialla?).

Tutkimuksessa haastatellut sosiaalityöntekijät ovat työskennelleet aikuispsykiatrialla noin kahdesta vuodesta vajaaseen kolmeenkymmeneen vuoteen. Kuusi heistä on työskennellyt pääasiassa avohoidossa erilaisissa yksiköissä, yksi ainoastaan sairaalassa eri osastoilla ja kolme on työskennellyt sekä sairaalaympäristössä että avohoidossa. Vaikka en itse suoraan päässyt valikoimaan haastateltavia, koen saaneeni heistä varsin kattavan otoksen tutkielmani tarkoitukseen nähden. Haastattelin jokaista sosiaalityöntekijää kerran, haastattelut kestivät yhteensä maksimissaan puolitoista tuntia. Tutkielmani liittyvien haastatteluiden kesto vaihteli 25 minuutista noin 50 minuuttiin riippuen haastateltavasta.

Haastattelujen alussa kerroin haastateltaville, että heiltä kysytään sekä TerVa-hankkeeseen liittyviä kysymyksiä että tähän tutkielmaan liittyviä kysymyksiä. Haastatteluosuudet erotin toisistaan siten, että kysyin ensin kaikki TerVan kysymykset, jonka jälkeen katkaisin nauhoituksen ja laitoin sen uudestaan päälle, jolloin siirryimme tutkielmani kysymyksiin (Liite 1.) Näin sain kaksi erillistä nauhoitusta, joista ainoastaan jälkimmäistä hyödynnän tässä tutkimuksessa. Keräsin haastattelut etänä kotini työhuoneesta käsin TEAMS-yhteyttä hyödyntäen 9.1.-14.2.2023 välisenä aikana. Haastattelut tein päiväsaikaan siten, että sosiaalityöntekijät olivat omilla työpisteillään. Haastatteluissa sekä minulla että sosiaalityöntekijöillä oli kamerat päällä. Tämä mahdollisti myös ei-kielellisen vuorovaikutuksen toteutumisen. Haastateltavat saivat vapaasti nostaa haastattelukysymyksien puitteissa mieleensä tulevia asioita esiin, joten aineistosta tuli rikas ja hedelmällinen analysoitava.

Hyödynsin haastatteluiden litteroinnissa TEAMS-ohjelman sisäänrakennettua transkriptiotyökalua, joka litteroi puhetta reaaliajassa. Tämän tuloksena syntyneet litteraatit olivat pituudeltaan 16–37 sivua pitkiä. Yksi litteraateista oli poikkeuksellisesti 67 sivua pitkä, koska se luotiin vasta jälkikäteen video-ohjelmassa olevan työkalun avulla – kyseisessä haastattelussa Teams-ohjelman transkriptio-työkalu ei jostain syystä toiminut. Automaattilitteraatit eivät olleet täysin tarkkoja, eli osa sanoista muutti muotoaan ja osa puheesta saattoi kadota, vaikka se nauhoituksella kuuluikin. Tästä syystä editoin jokaisen litteraatin haastattelusta tehdyn nauhoituksen perusteella ja korjasin keskustelun nauhoituksen mukaiseksi. Lisäksi poistin haastattelulitteraateista suorat tunnistetiedot. Tein haastatteluaineiston editoinnin aikavälillä 7.2.-23.2.2023 ja tutustuin samalla aineistooni. Haastatteluaineisto säilytettiin tutkimuksen teon ajan yliopiston tarjoamassa kaksoistunnistautumista vaativassa tietosuojatassa pilvipalvelussa (OneDrive), jonne oli pääsy ainoastaan minulla.



### 3.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja eletty sosiaalityö

Useimmiten laadullinen aineisto on rikas ja yllättäväkin, joten tutkijalla on aineiston analyysivaiheessa aktiivinen rooli. Analyysivaiheessa tutkija tulkitsee, havainnoi, erittelee ja yhdistää, minkä jälkeen hän tulkitsee ja selittää, jolloin lopulta syntyy valittuun teoreettiseen viitekehykseen ja tutkimusmenetelmiin sidoksissa oleva tutkimustulos. (Puusa 2020, 141–152). Pertti Alasuutari (2011) jakaa laadullisen analyysin tekemisen karkeasti kahteen vaiheeseen, havaintojen pelkistämiseen ja arvoituksen ratkaisemiseen. Havaintojen pelkistämisen vaiheessa keskitytään tutkimusaineiston tarkasteluun valitusta teoreettis-metodologisesta viitekehyksestä käsin ja tehdyt havainnot yhdistellään, jotta aineisto saadaan pelkistettyyn muotoon. Arvoituksen ratkaiseminen puolestaan tarkoittaa sitä, että ”tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä.” (Emt. 31–37.)

Käytän tutkielmani analysoinnissa hyödyksi sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla pyritään vastaamaan tutkimusaineistolle esitettyyn, tarkasti rajattuun kysymykseen, eli aineistosta etsitään siis vastauksia. Tämä tapahtuu siten, että kirkastetaan ensin kysymys, johon halutaan saada vastaus. Sen jälkeen aineistoa käydään läpi tuon kysymyksen valossa ja merkitään ylös avainsanoja tai kysymyksen kannalta kiinnostavia asioita. Sen jälkeen havainnot kootaan yhteen joko luokitellen, teemoitellen tai tyyppitellen. Viimeisenä pohditaan, miten nämä prosessin aikana luodut ja nimetyt luokat, teemat tai tyypit suhteutuvat toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78–79.) Sisällönanalyysissa aineisto siis pyritään tiivistämään kuitenkin samalla säilyttäen sen keskeinen anti (Puusa 2020, 144).

Aineiston sisältöä voidaan analysoida kolmesta eri lähtökohdasta käsin, eli aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissa perusajatus on, että analyysi pohjautuu aineistoon ja sieltä esiin nostettuihin asioihin, eikä aiemmin syntyneellä tiedolla tai teorialla ole vaikutusta analyysiin. Teorialähtöinen analyysi on ikään kuin aineistolähtöisen vastakohta, koska valittu teoria määrittelee sen, mitä aineistosta lähdetään hakemaan, ja aikaisempi tieto määrittelee analyysin tekemistä. Teoriaohjaava analyysi asettuu näiden kahden välille, eli aineistosta tehdyt havainnot ovat keskiössä, mutta teorialla on tukeva rooli analyysin tekemisessä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 80–82.) Tutkielmani on perusajatukseltaan aineistolähtöinen, eli pyrin löytämään aineistosta vastauksia molempiin tutkimuskysymyksiini ennakkoluulottomasti, mahdollisimman objektiivisesti ja avoimesti. Tiedostan kuitenkin sen, että oma kokemukseni psykiatrian sosiaalityöstä ja teoriaosuutta varten kokoamani kirjallisuus vaikuttavat ajatuksiini ja huomioihin, joita aineistosta teen. Joku toinen tutkija voisi kiinnittää tässä samassa aineistossa huomionsa varsin erilaisiin asioihin.

Eletyn sosiaalityön tutkimusmenetelmässä hyödynnän eletyn historian tutkimusperinnettä ja näkökulmaa. Eletyn historian tutkimuksessa tutkittavan kokemus asetetaan keskiöön ja tarkasteltavaksi. Historian käsittäminen vaatii pyrkimyksen ymmärtää aikanaan eläneitä ihmisiä erityisesti heidän kokemus- ja tunnemaailmansa näkökulmasta. (Kivimäki 2019, 10.) Kokemushistoriassa on kyse vuorovaikutteisesta suhteesta yksilön ja hänen yhteisönsä välillä. Kulttuuri ja yhteiskunta tietyssä ajassa asettavat kokemuksille tietyt rakenteet, mutta sekä yksilöillä että yhteisöillä on mahdollisuus vaikuttaa ympäristöönsä omien kokemustensa perusteella. Menetelmän vahvuutena on sen avoimuus monenlaisille määrittelyille ja sovelluksille. (Emt. 33–34.)

Eletty sosiaalityö näkyi analyysissäni niin, että keskiössä ja huomioni kohteena olivat sosiaalityöntekijöiden kokemukset ja niihin liittyvät kertomukset. Kaikki haastatellut toimivat sosiaalityöntekijöinä haastattelujen tekemisen aikaan, ja he olivat työskennelleet aikuispsykiatrian toimintaympäristössä eri mittaisia ajanjaksoja, mikä oli analyysin kannalta sekä haaste että vahvuus. Haasteena oli se, että sosiaalityöntekijöiden kokemukset menneisyyden osalta ovat huonosti vertailtavissa tai yhdisteltävissä, jolloin yksittäisen sosiaalityöntekijän kertomus ja kokemus todennäköisemmin korostuu. Vahvuutena puolestaan oli, että aineistosta tuli monipuolinen ja moniääninen, kun sosiaalityöntekijät toivat esiin kokemuksiaan ja näkemyksiään psykiatrialla tehtävän sosiaalityön erilaisista puolista.

### 3.4 Analyysiprosessi

Aloitin aineistoni alustavan analyysin editoidessani haastattelulitteraatteja. Jokaisen editoimani haastattelun jälkeen laitoin ajastimeen kymmenen minuuttia aikaa ja kirjoitin vapaan kirjoittamisen menetelmällä haastattelusta mieleeni nousseita ajatuksia sen kummemmin sensuroimatta. Toimin näin jokaisen haastattelun kohdalla, jotta sain tallennettua ensivaikutelmani ja päällimmäiset havaintoni haastatteluista kirjalliseen muotoon. Saatuaani litteroinnit tehtyä, aloin lukemaan haastatteluja yksi kerrallaan läpi huolellisesti ja kokoamaan huomioitani erilliseen tiedostoon siten, että lajittelin haastatteluvastaukset kysymyskohtaisesti hahmottamisen helpottamiseksi ja merkitsin väreillä, kenen sosiaalityöntekijän haastattelusta on kyse. Luin yksittäisen haastattelun läpi useamman kerran. Kokosin tiedoston loppuun usein toistuvia sanoja, aiheita ja teemoja, ja huomioin myös poikkeavuudet niistä. Tämän vaiheen jälkeen siirryin varsinaiseen analyysiin ja uuteen tiedostoon, jonka alkuun kirjoitin tutkimuskysymykseni muistutuksena itselleni siitä, mistä olen tässä tutkielmassa kiinnostunut.

Aloin kokoamaan haastatteluista esiin nostamiani avainsanoja ja -teemoja yhteen sen perusteella, mitkä asiat toistuiivat, missä oli eroavaisuuksia ja missä puhuttiin samasta asiasta kenties hieman eri sanoin, jolloin havaitsin muun muassa sellaisia teemoja kuin *sosiaalityöntekijän työnkuva, sosiaalityön merkitys ja arvostus, organisaatioon liittyvät muutokset sekä nykyajan yhteiskunnalliset ilmiöt*. Vertaillessani syntyneitä teemoja toisiinsa, huomasin, että niissä liikutaan ikään kuin kolmella tasolla, eli sosiaalityöntekijän yksilötasolla, organisaation ja työyhteisön tasolla sekä yhteiskunnallisella tasolla, vaikka monet teemat ilmenivät toki myös monitasoisesti. Jaottelin ja kokosin tietoisesti avainsanat ja -teemat havaintojeni pohjalta syntyneiden isompien teemojen alle. Erittelen tarkemmin keskeisimmät alateemat kuviossa 1.

Tutkimuskysymykseni kannalta tärkeänä elementtinä oli ajallisuuden, eli menneen, nykyisen ja tulevan, nivoutuminen osaksi teemoja, jotta tapahtuneet muutokset tulisivat näkyviksi. Huomasin, että avohoidon sosiaalityöntekijät korostivat osin samanlaisia ja osin erilaisia asioita kuin sairaalan sosiaalityöntekijät, joten pyrin analyysissä nostamaan esiin näitä eroja ja yhtäläisyyksiä. Aineistosta erottui yhden sosiaalityöntekijän kuvaus poikkeuksellisena, sillä hänen työhönsä esimerkiksi organisaatiomuutokset eivät olleet tuoneet mukanaan niin suurta myllerrystä kuin monelle muulle sosiaalityöntekijälle.

### 3.5 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys ja eettisten periaatteiden noudattaminen ovat tutkimuksen tekemisen keskeinen lähtökohta. Tässä tutkielmassa olen pitänyt parhaani mukaan huolta siitä, että noudatan hyvää tieteellistä käytäntöä, eli olen huolellinen, rehellinen ja avoin sekä kunnioitan muiden tekemää työtä huolehtimalla viittaamisesta asianmukaisesti (TENK 2012). Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Heille toimitettiin tietosuojaseloste (ks. Liite 3.) haastattelukutsun (ks. Liite 2.) yhteydessä, joten he ovat tietoisia siitä, miten heidän tietojaan käsitellään ja minne voi olla yhteydessä, jos he haluavat lisätietoa tai esimerkiksi jättäytyä pois tutkimuksesta. Sähköpostitse lähetetty haastattelukutsu toimi vapaamuotoisena tutkimustiedotteena, jossa lyhyesti kuvattiin tutkimuksen tarkoitus ja osallistumiseen liittyvät seikat.

Tutkijana olen alusta asti sitoutunut noudattamaan ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita (TENK 2019). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kunnioitan haastateltavien sosiaalityöntekijöiden ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta ja olen toteuttanut tutkimukseni niin, että siitä ei aiheudu tutkittavilleni minkäänlaista haittaa tai vahinkoa. Haastateltavien roolissa sitouduin kohtaamaan haastateltavani kunnioittavasti ja heitä tuomitsematta (Hyvärinen 2017, 27–28). Olen

itse työskennellyt aikuispsykiatrisessa sosiaalityössä sekä harjoittelijan että sijaisen roolissa, ja tästä syystä olin ennen haastatteluja tavannut osan niistä työntekijöistä, joita haastattelin. Pyrin kuitenkin siihen, että tuttuus vaikuttaisi mahdollisimman vähän haastattelujen kulkuun, eli kysymykset olivat kaikille samat ja pitäydyimme keskustelussa tutkimusaiheessa. Haastateltavat saivat itse päättää, kuinka laajasti he vastasivat kysymyksiini ja mitä he valitsivat minulle kertoa.

Olen parhaani mukaan huolehtinut myös siitä, että haastateltaviani ei voi tunnistaa lainauksista. Jokaisen haastateltavan haastattelu on analyysivaiheessa jaettu kolmeen suunnilleen samanpituisen osaan. Olen numeroinut osat satunnaisesti arvotuilla numeroilla, jotka sijoittuvat yhden ja yhdeksänkymmenenyhdeksän välille. Tuloksissa esitetyt lainaukset on nimetty siten, että V:llä tarkoitetaan vastaajaa, o:lla osiota ja numero viittaa siihen, mistä osiosta lainaus on poimittu. Näin toimimalla olen varmistanut, että lukija ei voi seurata yksittäisen sosiaalityöntekijän haastattelun kulkua. Tutkielman valmistumisen jälkeen haastatteluaineisto litteraatteineen ja nauhoitteineen hävitetään.

## 4 Sosiaalityö aikuispsykiatrialla ennen ja nyt

Aikuispsykiatrisessa sosiaalityössä tapahtuneet muutokset ovat limittäisiä ja päällekkäisiä ja niiden vaikutukset yltyvät tavalla tai toisella kaikille tasoille, mutta analyysin näkökulmasta päädyin jaotteluun, jossa huomioin sosiaalityön paikassa tapahtuneita muutoksia, sosiaalityön asemassa tapahtuneita muutoksia, organisaatiossa ja työyhteisöissä tapahtuneita muutoksia sekä yhteiskunnan tasolla tapahtuneita muutoksia. Haastattelussa jokainen sosiaalityöntekijä toi esille hiukan eri asioita ja näkökulmia, joten pyrin heidän kertomuksiaan ja havainnointejaan yhdistelemällä ja kokoamalla aikaansaamaan eräänlaisen yleiskatsauksen niihin muutoksiin, joita sosiaalityöntekijät ovat havainneet aikuispsykiatrialla tapahtuneen lähihistoriamme aikana. Yksittäinen analyysissä esiin nostettu asia on saattanut tulla esiin vain yhdessä, useammassa tai vaihtoehtoisesti kaikissa haastattelussa. Koska sosiaalityöntekijät käyttivät haastattelussa asiakkaistaan pääasiassa nimitystä *potilas* muusta sosiaalityön kentästä poiketen, olen myös tutkijana valinnut johdonmukaisuuden nimissä kirjoittaa potilaista asiakkaiden sijaan.

Kuvio 1. Analyysin pohjalta muodostetut teemat

Sosiaalityöntekijän paikka	Sosiaalityöntekijän asema	Sosiaalityöntekijä organisaatiossa ja työyhteisössä	Sosiaalityöntekijä ja yhteiskunta
<p>Työnkuva ja työtehtävät menneisyudessa</p> <p>Koetut muutokset työnkuvassa ja tehtävissä</p> <p>Odotukset ja toiveet tulevaisuudelle</p>	<p>Arvostuksen ja merkityksen kokemukset</p> <p>Roolit sekä kokemus omasta ja ammattikunnan asettumisesta suhteessa muuhun terveydenhuoltoon</p> <p>Alemmuuden kokemukset</p>	<p>Organisaatio ja työyhteisö ennen</p> <p>Nykytilanne ja koetut muutokset työyhteisössä ja organisaatiossa</p> <p>Organisaatiota ja työyhteisöä koskevat tulevaisuuden näkymät</p>	<p>Historialliset muutokset</p> <p>Nykyajan yhteiskunnalliset ilmiöt, rakenteet ja ilmapiiri</p> <p>Toiveet ja pelot liittyen tulevaisuuteen</p>

## 4.1 Sosiaalityön paikka

*”Kuka nämä työt tekis sitte, jos meitä ei täällä olis?” – V. o28*

Ensimmäisenä esittelen *sosiaalityön paikkaa*, eli psykiatrisen sosiaalityön työtehtäviä ja työnkuvaa sekä muutoksia, joita näissä on sosiaalityöntekijöiden kertoman ja kokemuksen mukaan tapahtunut. Alateemoja ovat työnkuva ja työtehtävät menneisyydessä, koetut muutokset työnkuvassa ja tehtävissä sekä odotukset ja toiveet tulevaisuudelle. Aloitan kuvaamalla, millaisena sosiaalityön paikka näyttäytyi menneisyydessä sairaalassa ja avohoidossa. Menneellä tarkoitan tässä lähistoriaa, eli aikaa noin 10–20 vuotta sitten. Osa kokemuksista sijoittuu lähemmäs nykyhetkeä ja osa kauemmas, mutta sosiaalityöntekijöiden anonymiteetin suojaamiseksi en erittele lainauksissa, kuinka pitkään kyseinen haastateltava on ollut aikuispsykiatrialla töissä. Kuvailen, millaisia muutoksia sosiaalityön paikassa on tapahtunut sosiaalityöntekijöiden haastatteluiden perusteella ja miltä nykytilanne näyttää. Lopussa kerron, millaisia tulevaisuudenkuvia sosiaalityöntekijöillä on liittyen sosiaalityön paikkaan erikoissairaanhoidossa.

Kolmen kokeneen psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän mukaan sosiaalityöntekijän työnkuva ja työtehtävät ovat ytimeltään pysyneet pitkään samanlaisina. Sosiaalityöntekijät kartoittavat osastolle tulevien potilaiden sosiaalista tilannetta, huolehtivat heidän sosiaaliturvaansa liittyvistä etuuksista ja palveluista sekä selvittelevät asumiseen liittyviä asioita. Lisäksi he työskentelevät osana moniammatillista työryhmää, johon kuuluu tyypillisesti sosiaalityöntekijän lisäksi lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologi sekä tarvittaessa muita erityistyöntekijöitä, kuten toiminta-, ravitsemus-, ja fysioterapeutteja. Sairaalan sosiaalityöntekijät kuvasivat tehtäviään melko yhdenmukaisesti, mutta nostivat esiin, että työn painotukset vaihtelevat sen mukaan, millaisella osastolla ja missä yksikössä työskentely tapahtuu – akuuttipsykiatrialla sosiaalityöntekijä ei ehdi kaikkia potilaita edes tavata, kun taas kuntoutukseen painottuneilla osastoilla sosiaalityöntekijä tapaa yleensä kaikki osaston potilaat, monet useita kertoja.

Eräs sosiaalityöntekijä kertoi, kuinka hän 2000-luvun alussa toimi useiden eri osastojen sosiaalityöntekijänä samanaikaisesti. Silloin potilaat ohjautuivat hänelle lähtökohtaisesti muun työryhmän välittämänä, koska käytännössä ei ollut mahdollista itse arvioida kaikkien potilaiden sosiaalityön tarvetta. Toinenkin sairaalapsykiatrialla työskennellyt sosiaalityöntekijä vahvisti, että potilaat ohjautuivat hänelle useimmiten muun henkilöstön, kuten lääkäreiden tai hoitajien toimesta. Kokemukset sairaalassa tehtävän sosiaalityön tahdistusta vaihtelivat haastateltavien kertomuksissa hektisestä leppoisaan, mutta hoidettavat kokonaisuudet olivat yleensä selkeitä ja melko tarkkarajaisia, kuten seuraava lainaus osoittaa:

*”Kokonaisuudet oli pienempiä, ne ei ollu niin sellaisia kokonaisvaltaisia kuin nykyään. Se oli kiireettömämpää ja oli aikaa enemmän pysähtyä potilaan kanssa asioiden äärelle. Tehtävät oli tietyllä lailla selkeämpiä, vaikka rahan pyytäminen edunvalvonnasta taikka tupakkarahan pyytäminen sossusta tai tutustumiskäynti jonnekin asumispalveluun tai hakemuksen täyttäminen.*

*Asiat ei ollu niin kaoottisia kuin nykyään.” – V. o47*

Sosiaalityön avohoito oli ja on sairaalatyötä vaihtelevampaa, sillä eri poliklinikoilla ja eri yksiköissä sosiaalityön painotukset ovat olleet erilaisia. Joissain yksiköissä on keskitytty enemmän kuntoutuksen suunnitteluun, kun taas toisaalla keskiössä on ollut psykososiaalinen tai terapeutin keskustelu tiettyjen, omien potilaiden kanssa. Avohoidossakin sosiaalityöntekijä on toiminut osana moniammatillista työryhmää, jolloin työtehtäviin ovat kuuluneet muun muassa konsultaatiot sekä erilaiset arvioinnit ja kartoitukset potilaiden sosiaalisista tilanteista. Paikasta riippuen sosiaalityöntekijä on tarjonnut myös ohjausta ja neuvontaa sosiaaliturvaan sekä palvelujärjestelmään liittyvissä asioissa. Monissa avohoidon sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa korostui se, että vielä pari vuotta sitten sosiaalityöntekijöillä oli mahdollisuus tehdä pitkäjänteistä muutostyötä niin kutsuttujen omien potilaiden kanssa, eli suurehko osa heidän työajastaan kului näiden potilaiden säännöllisiin tapaamisiin. Sosiaalityöntekijät saattoivat työskennellä yksittäisen potilaan kanssa kuukausien tai pisimmillään jopa vuosien ajan. Työryhmän sisällä työnkuvat olivat lähempänä toisiaan, mistä kertoo seuraava lainaus:

*”Kaikki teki keskusteluhoitoa - - jokainen teki sitä omaa työtään omasta viitekehuksesta niin, että me sosiaalityöntekijät pohdittiin myös niitä yhteiskunnallisia yhteyksiä ja sitten psykologit teki tutkimuksia ja sairaanhoitajat tiesi jonkun verran lääkityksestä ja lääkärit kirjoitti lausuntoja, mutta lääkäreilläkin saattoi olla jotain sellaisia, mitä saattoi sanoa omiksi potilaiksi. Ei niitä paljoa ollut, mutta saattoi olla.” – V. o34*

Muutos on aina sekä yhteisesti koettua todellisuutta että yksilön subjektiivista kokemusmaailmaa, eli ihmiset kokevat muutokset eri tavoin ja ne myös vaikuttavat eri paikoissa eri lailla. Tällä hetkellä sekä sairaalan sosiaalityössä että avohoidon sosiaalityössä näkyy sosiaalityön työnkuvan koettu ja tosiasiallinen laajeneminen, kun työtehtävät ovat entistä monipuolisempia, potilaiden tilanteet ovat haastavampia ja palveluverkosto entistä monimutkaisempi. Eräs sairaalan sosiaalityöntekijä kuvasi, kuinka *”sosiaalityöntekijää tarvitaan siihen uuden elämän luomiseen”*, mikä kertoo sosiaalityöntekijän työnkuvaan liittyvästä kokonaisvaltaisuudesta. Yhden selkeästi määritellyn asian tai kokonaisuuden hoitaminen harvoin riittää, vaan huomioon täytyy ottaa monia eri tekijöitä.

Vaikka sosiaalityötä on erikoissairaanhoidossa tarjolla siten, että lähes jokaisella psykiatrian osastolla ja poliklinikalla on nykyään oma sosiaalityöntekijä vähintäänkin osa-aikaisesti, sosiaalityötä ei silti tunnu olevan saatavilla riittävästi, ja sosiaalityön tarpeen kuvattiin nousseen jyrkästi viime vuosien aikana. Sosiaalityöntekijöiden mukaan lähes jokaisella potilaalla hoitopaikasta ja -yksiköstä riippumatta on tai olisi sosiaalityön asiaa ennemmin tai myöhemmin. Sosiaalityöhön kohdistuu kova koettu paine, sillä sosiaalityöntekijöiltä odotetaan laaja-alaisuutta nopeasti ja entistä vähäisemmällä paneutumisella, samalla kun potilaiden tilanteet ovat muuttuneet haastavammiksi ja monimutkaisemmiksi kuin mitä ne ennen olivat, eli sosiaalityöntekijöihin kohdistuvien odotusten ja todellisuudessa mahdollistuvan työskentelyn välinen suhde on ristiriitainen. Työnkuvan laajeneminen ja odotusten kasvu konkretisoituvat esimerkiksi seuraavissa lainauksissa:

*”Että kyllä sen huomaa, että vauhti on kiihtynyt ja vaatimukset kiihtyneet, siis sillä tavalla, että pitäisi saada enemmän tapaamisia ja - ihmisten tilanteet kun on hankaloituneet ja muuttuneet, niin sehän siis heti tuntuu ja näkyy sitten, että aikaisemmin ei ole ollut niin haastavia tapauksia.” –*

*V. o61*

*”Voidaan odottaa ja olettaa, että nimenomaan sosiaalityöntekijällä on se taikasauva, että hän pystyy sitten tekemään asuntoja tai siivoamaan ne hetkessä.” – V. o3*

*”Tärkeys kyllä nähdään siinä tiimissä, että sitä on tosi paljon usein sitä asiaa sosiaalityöntekijälle meidän viikkotiimeissä ja hyvin isosta osasta potilaita musta tuntuu, että ne ohjautuu ennemmin tai myöhemmin sosiaalityöntekijälle jonkun asian tiimoilta.” – V. o90*

Psykiatrinen sosiaalityö on kokonaisvaltaista potilaan tilanteen arviointia ja kartoitusta *“arjen ja sosiaalityön näkökulmasta”*. Aikuispsykiatrian sosiaalityöntekijät pyrkivät saamaan kokonaiskuvan ihmisen tilanteesta, selvittämään sosiaaliseen ympäristöön liittyviä solmukohtia ja tuomaan arjen asiantuntijuutta osaksi potilaiden hoitoa. Mistä ihminen haaveilee, mitä hän elämältään haluaa ja mikä sitä estää? Vaikka sairaalassa yhä nykyäänkin keskitytään erityisesti sosiaaliturvaan ja asumiseen, esille usein tulee paljon muutakin sosiaaliseen tilanteeseen liittyvää, jota on tarpeen selvittää. Lisäksi sairaalasta käsin tehdään kotikäyntejä, tutustumiskäyntejä esimerkiksi asumispalveluihin ja haetaan edunvalvojia, mikä puolestaan on harvinaista avohoidossa ajanpuutteen ja potilaiden ainakin näennäisen parempikuntoisuuden vuoksi. Yksittäinen sosiaalityöntekijä on aikuispsykiatrialla tyypillisesti kiinteä ja tärkeä osa moniammatillisen tiimin toimintaa, mutta sosiaalityöntekijän oma henkilökohtainen vastuu korostuu siinä, miten hän tekee oman osaamisensa tiettäväksi työryhmälle



ja millaiseksi koko työryhmä mieltää sosiaalityöntekijän roolin ja toimenkuvan. Sosiaalityöntekijä pitää esillä muun muassa seuraavanlaisia asioita:

*”Mitä ne arjen haasteet on, ja että pitäisi olla leipäkin pöydässä ja perheet saattaa tarvita muutakin tukea kuin se, että aikuinen on psykiatrisen hoidon piirissä.” – V. o20*

Avohoidossa työskentelevät sosiaalityöntekijät nostivat kaikki esiin tavalla tai toisella sosiaaliturvakeskeisyyden lisääntymisen. Erityisesti erilaisiin palveluihin ja Kelan tukiin liittyvät avuntarpeet ovat kasvaneet, kun sekä potilaat että toiset ammattilaiset hukkuvat etuusviidakon syövereihin. Kun kukaan ei tiedä, sosiaalityöntekijä selvittää. Sosiaalityöntekijät kuvaavat sitä, kuinka sosiaaliturvaan liittyen omaa työtä täytyy rajata runsaasti, ja he pyrkivätkin ohjaamaan ihmisiä myös tarjolla oleviin sosiaalipalveluihin, kolmannelle sektorille ja Kelan asiantuntijoille, koska he harvemmin pystyvät akuutissa tilanteessa järjestämään aikaa sitä tarvitseville. Viikkokin on loputtoman pitkä aika silloin, kun toimeentulo on syystä tai toisesta katkennut, eikä tilillä ole rahaa vuokraan, ruokaan tai lääkkeisiin.

Sosiaalityöntekijöistä suurimman osan kokemusten perusteella sosiaalityöstä on tullut sosiaaliturvakeskeisempää, teknisempää ja suorituskeskeistä, kun taas psykososiaalisen keskustelun ja pitkäjänteisen muutostyön osuutta työskentelystä on systemaattisesti vähennetty. Teknisyys näkyy siinä, että toimintaa ja työn tekemistä määrittävät yhä enemmän tietojärjestelmät, dokumentointi ja työn raportointi. Lähes kaikkien asioiden hoitaminen tapahtuu digitaalisesti, mikä on haasteellista, jos potilaalla ei esimerkiksi ole verkkopankkitunnuksia tai henkilöllisyysasiakirjaa, kuten passia tai henkilökorttia. Suorituskeskeisyys ilmenee siten, että kun aikaa ei ole, asiat täytyy hoitaa mahdollisimman tehokkaasti ja mielellään nopeasti, jolloin ohjaus ja neuvonta jäävät hyvin yleiselle tasolle. Sosiaalityöntekijöillä on yhä harvemmin mahdollisuus edetä potilaan ehdoilla joustavasti ja luottamusta luoden, kun organisaatiossa on luotu tiukat raamit sille, kuinka monta kertaa potilaita saa tavata ja mihin aikaikkunaan näiden tapaamisten tulisi toteutua.

Avohoidon sosiaalityöntekijät kuvasivat, että organisaatiomuutosten myötä ammattilaisten työnkuvia on pyritty kirkastamaan ja selkeyttämään, ja tämän myötä sosiaalityöntekijän on haluttu keskittyvän ensisijaisesti palvelujärjestelmään liittyvissä asioissa opastamiseen sekä sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen. Moni avohoidon sosiaalityöntekijä kertoi, että he eivät enää saa omasta tahdostaan huolimatta tavata potilaita säännöllisesti keskustelemaan psykososiaalisen työn merkeissä, vaan tapaamiset pitää mahduttaa tiettyyn yksikkökohtaiseen raamiin, jossa hoidetaan ensisijaisesti etukäteen määritellyt asiat. Poikkeuksena oli kaksi haastattelua, joista toisessa sosiaalityöntekijä toi

esiin tyytyväisyyttä saadessaan keskittyä organisaation määrittelemään terveystoimintaan. Toisessa puolestaan sosiaalityöntekijä sai edelleen omassa yksikössään toimia niin kutsuttuna omatyöntekijänä ja tehdä pitkäjänteistä muutostyötä omien potilaiden kanssa. Tämä kyseinen avohoidon sosiaalityöntekijä ei myöskään ollut havainnut suurempia muutoksia omassa työssään vuosien varrella, mikä kertoo siitä, että eri yksiköiden sisällä vaihtelu voi olla suurtakin, ja Suomen laajuisesti tarkasteltuna sosiaalityön paikka ja siinä tapahtuneet muutokset voivat näyttäytyä hyvinkin erilaisina kuin tämän haastatteluaineiston perusteella olen kuvannut. Sosiaalityöntekijän työnkuvan ja sitä kautta roolin muutosta kuvaavat seuraavat lainaukset:

*”Tapaamiset on kuitenkin tietyllä tavalla terapeutisia, ja siinä on se ristiriita mitä mä koen, että mulla on semmoinen olo, että mä en saa tehdä sitä, mitä mä haluaisin tehdä, mitä mä koen, että missä mä voisin olla ihan hyvä ja mikä olisi sille asiakkaalle tarpeellista.” – V. o89*

*”Sosiaalityöntekijän roolia halutaan kaventaa - - Sitä, ettei oma työntekijöinä oltais - - että se olis niinku sairaanhoitajan tonttia enemmän kuin sosiaalityöntekijän tonttia.” – V. o55*

*”Itse kukin suorittaa sen, mitä on tullut tänne tekemään sen oman toimenkuvansa mukaisesti” – V. o15*

Tulevaisuuteen sosiaalityöntekijät liittävätkin sekä pelkoja että toiveita. Pelkona esiin nousi toistuvasti se, että sosiaalityön osuutta psykiatrisen erityissairaanhoidon osana ei nähdä, ja sitä lähdetään supistamaan esimerkiksi sillä perusteella, että jossakin muussa organisaatiossa hyvinvointialueella on sosiaalityötä tarjolla. Moinen uudistus kadottaisi psykiatriseen sosiaalityöhön liittyvän erityisasiantuntemuksen juuri niistä asioista, joita psyykkisesti sairastunut ihminen tarvitsee ja kaipaa. Sairastamiseen liittyvät etuudet ja tukipalvelut sekä psyykkistä problematiikkaa ymmärtävä psykososiaalinen tuki ovat nimenomaan terveystoiminnan ydintä. Erikoissairaanhoidon sosiaalityön vahvuuksiksi sosiaalityöntekijät nimesivät myös suoran väylän yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa sekä pääsyn potilastietojärjestelmään, jolloin potilaan tarpeiden ja palveluiden koordinointi ja yhteensovittaminen on sujuvaa. Kun aikuissosiaalityö on ruuhkautunut ja perusterveydenhuollosta usein puuttuu sosiaalityöntekijä, erikoissairaanhoidon terveystoiminta voi olla potilaan tärkein ja huonossa tapauksessa ainoa linkki omiin oikeuksiinsa.

Sosiaalityöntekijät yksiköstä riippumatta eivät voi kuvitella psykiatriaakaan ilman sosiaalityötä. Sosiaalityö pitää arkea ja siihen kytkeytyviä asioita pinnalla terveydenhuollon lääketiede- ja hoitotiedepainotteisessa ympäristössä. Tulevaisuudessa erityisesti avohoidon sosiaalityöntekijät toivoivat voivansa enemmän jalkautua potilaiden omiin ympäristöihin ja toisaalta kulkea psyykkisesti

sairastuneiden rinnalla esimerkiksi lähtemällä yhdessä tutustumaan kolmannen sektorin palveluihin. Ihmisen kotiympäristöllä on suuri merkitys ihmisen elämässä, ja se usein kertoo ihmisen tilanteesta ja toimintakyvystä paljon enemmän kuin mitä ihminen itse osaa tai haluaa kertoa. Sairastumisen myötä ihminen voi sokeutua omalle tilanteelleen ja toimintakykynsä heikentymiselle, jolloin kaaoksesta tulee uusi normaali. Eräs sosiaalityöntekijä totesi, että kotikäyntien myötä tilanteisiin olisi ehkä helpompi puuttua, kun ammattilainen näkisi tilanteen ja voisi järjestää tarvittavia tukitoimia kotiin. Teoriassa tällaiseen työskentelyyn olisi mahdollisuus, mutta käytännössä se ei ole mahdollista, sillä ensisijaisempia työtehtäviä on paljon ja aikaa vähän.

Sosiaalityöntekijät toivoivat myös, että sosiaalityöntekijän asiantuntijarooli vahvistuisi, psykososiaalista työtä saisi edelleen tehdä, löydettäisiin uusia työtapoja ja että koko psykiatrialla työtä tehtäisiin mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ihmisen tilanne huomioiden. Tällä hetkellä tulevaisuus näyttää siltä, että työ tulee olemaan yhä sirpaleisempaa, suoritus- ja sosiaaliturvakeskeistä sekä kauempana opintojen ideaaleista ja ihanteista. Sosiaalityön tarpeen nähdään kuitenkin lisääntyvän edelleen. Oma osaamista ja omaa työtä täytyy nostaa esiin, jotta se ei huku muiden asioiden alle.

## 4.2 Sosiaalityön asema

*”Jos ei me olla täällä, niin kyllä se sosiaalityö on jossain.” – V. o91*

*Sosiaalityön asema* aikuispsykiatrialla oli toinen keskeinen teema, jonka muodostin analyysin tuloksena. Sen alle asettuvat kokemukset sosiaalityön merkityksestä ja arvostuksesta, sosiaalityön rooli ja asettuminen suhteessa muuhun terveydenhuoltoon sekä sosiaalityöntekijöiden alemmuuden kokemukset. Edellä kuvattu sosiaalityön paikka on tässä käsiteltävää asemaa konkreettisemmin havaittavissa oleva asia. Sosiaalityön asemaan liittyy vahvasti kokemuksellisuus ja toisaalta henkilökohtaisuus, joten nämä kaksi on erotettu omiksi teemoikseen ja tuloksikseen. Sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa sosiaalityön asemaa jäsennettiin eritoten nykyhetkestä käsin, eivätkä siinä tapahtuneet muutokset olleet haastatteluissa samalla tavalla ajallisesti havaittavia vaan ne kiinnittyivät enemmän ennen kaikkea sosiaalityöntekijöihin itseensä, organisaatioon, työpaikan toimintakulttuuriin ja potilaiden tarpeisiin. Pidän tärkeänä sosiaalityön aseman tarkastelua erillisenä kokonaisuutena, sillä se tuli toistuvasti esiin haastatteluissa ja on toisaalta tärkeä osa sosiaalityön jäsentymistä osana terveydenhuoltoa. Sosiaalityön asema kuitenkin heijastuu sosiaalityön paikkaan, sosiaalityöhön osana työyhteisöä ja organisaatiota sekä sosiaalityöhön yhteiskunnassamme, joten saatan käsitellä osittain samoja asioita eri teemojen alla hiukan eri tulokulmasta tarkastellen.

Sosiaalityöntekijät olivat haastatteluissa yhtä mieltä siitä, että sosiaalityö on merkityksellinen ja olennainen osa psykiatrista hoitoa ja palvelukokonaisuutta. Moni totesi, ettei voisi kuvitella psykiatriaa ilman sosiaalityötä – jos sosiaalityötä ei enää saisi psykiatrialta, sosiaalisen asiantuntemus haettaisiin jostain muualta, esimerkiksi aikuissosiaalityöstä ja kolmannelta sektorilta. Jos sosiaalityö katoaisi psykiatrialta, psyykkisesti sairastuneet ihmiset saisivat edelleen hoitoa, mutta kokonaisuudesta puuttuisi muun muassa arkisen toimintakyvyn, sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän syvällinen ymmärrys sekä yhteiskuntatieteellinen viitekehys, jonka kautta ihmistä ei nähdä syyllisenä omaan hankalaan tilanteeseensa. Eräs sosiaalityöntekijä sanoitti sosiaalityön merkityksen seuraavasti:

*”Sosiaalityö kuuluu ihmisten elämään. He siis tarvitsevat sosiaalityötä, valitettavasti. Jos he ei tarvitsisi sosiaalityötä, mikä olisi se ideaali, niin silloinhan ihmisten tilanteet olisivat hyvin.” – V.*

o5

Sosiaalityön erityisasiantuntemus on haastateltujen sosiaalityöntekijöiden mukaan arjessa, eli sosiaalityöntekijät ovat työryhmässään usein arjen edustajia, puolesta puhujia ja sen esille nostajia. Tämä erottaa heidät lääke- ja hoitotieteellisesti orientoituneesta muusta työryhmästä, jossa tarkastelun keskiössä ovat yleensä sairaudet, erilaiset oireet, diagnoosit ja soveltuvat hoitokeinot keskusteluista lääkityksiin. *Sosiaalisen ja arjen* -käsitteiden sateenvarjon alle on asetettavissa mitä moninaisempia asioita, jolloin se, mikä ei muille niin sanotusti kuulu, putoaa useimmiten sosiaalityön tehtäväksi. Sen sijaan, että sosiaalityöntekijät itse arvioisivat potilaiden tilanteita tapaamisten perusteella, monet toivat esiin, että he saavat eräänlaisia toimeksiantoja muulta työryhmältä. Sähköpostit, työryhmän säännölliset tapaamiset, tietojärjestelmän kautta tulevat pyynnöt, Teams-pikaviestit, puhelut, tekstiviestit ja ovelle koputtaminen mainittiin haastatteluissa reitteinä, joita pitkin sosiaalityöntekijä vastaanottaa tehtäviä muilta. Tämä koettiin kuormittavaksi sekä oman työn rajaamista vaikeuttavaksi ja kaoottisuutta lisääväksi tekijäksi. Seuraava lainaus kiteyttää usean sosiaalityöntekijän kokemuksen sosiaalityön asemasta terveydenhuollossa:

*”Sosiaalityöntekijä sitten selvittää, jos kukaan muu ei tiedä - - Sitten tuolta jostain googlettelet ja haet, et mistä sitä välttämättä yhtään enempää tietää itsekään kuin etsimällä sitä tietoa sitten.” – V.*

o52

Suhteessa potilaisiin, sosiaalityöntekijät kokivat asettuvansa lähemmäs heitä kuin esimerkiksi lääkäri, joka on vastuussa koko hoitoprosessista. Terveydenhuollon sosiaalityö ei pidä sisällään samanlaista viranomaisvaltaa ja kontrolli -elementtiä kuin vaikkapa aikuissosiaalityö, joten potilaiden puolelle on

helpompi asettua ja potilaiden on mahdollisesti helpompi kertoa asioistaan psykiatrian sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijät ovat kiinnostuneita siitä, mitä potilas itse haluaa, toivoo ja tarvitsee ja tätä tietoa he pyrkivät myös välittämään muun työryhmän tietoon. Keskeiseksi sosiaalityön asemaan vaikuttavaksi tekijäksi usea sosiaalityöntekijä nimesi sosiaalityöntekijän itsensä ja sen, miten hän tuo asiantuntijuuttaan esiin ja tekee työtään näkyväksi. Yksittäisellä sosiaalityön ammattilaisella on suuri vastuu pitää osaamistaan ja työtään esillä omassa työryhmässään, mikä toisinaan aiheuttaa myös epävarmuutta. Sosiaalityön ytimeistä ja koetusta epävarmuudesta kertovat seuraavat lainaukset:

*”Että jos puhutaan nyt vaikka siitä näistä arjen perusasioiden hoitumisesta ja muusta, mitkä on kuitenkin tosi tärkeitä siinä, että se tapahtuu kaikki siinä ihmisen omassa elinpiirissä tää kuntoutuminen tai toipuminen tai muu. Niin eihän se hoito mene perille, ellei ne peruspalikat oo siellä arjessa kunnossa, ja ajattelen, että niiden asioiden äärellä toimiminen nyt vaan kuuluu siihen sosiaalityön osaamisalueeseen, että se on ehkä se ydinalue tässä työssä.” – V. o90*

*”Musta tuntuu, että mulla ei ole vielä pokkaa sanoa mitään, kun en mä vielääkään hahmota tätä kokonaisuutta, enkä kaikkea niitä, on niin monimutkainen tää, nää hoitopolut ja sairaalan sisällä nää kaikki systeemit - - Mä huomaan, ettei monet muutkaan hahmota.” – V. o89*

Lähtökohtaisesti sosiaalityöntekijä on vaihtuvissakin työryhmissä olennainen ja arvostettu osanen, ja niin kutsutulla ruohonjuuritasolla sosiaalityön merkitys yleensä ymmärretään. Sosiaalityöntekijät osaavat myös itse pääasiassa arvostaa itseään ja omaa työpanostaan, mutta kokemus muiden arvostuksesta vaihteli haastatteluissa melko rajustikin eri yksiköiden välillä. Työyhteisöllä on arvostuksen kokemisessa merkittävä, ellei jopa merkittävin rooli. Arvostuksen kokemusta lisäsivät muun muassa pitkäkestoinen työskentely samassa yksikössä, jolloin yhteistyö ja sosiaalityön asema olivat ehtineet vakiintua, vahva ammatillinen identiteetti sekä kokemus siitä, että oma työ on merkityksellistä.

Sosiaalityötä siis arvostetaan aikuispsykiatrialla, mutta erään sosiaalityöntekijän sanoin: *”Välillä tuntuu, että se sosiaalityöntekijä on myös sitten se kaiken sälähomman hoitaja, kaiken pilipalityön tekijä, sosiaalinen siivooja.”* Arvostus tässä tapauksessa perustuu sille, että sosiaalityöntekijä hoitaa epämääräiset työtehtävät, ja hänelle voi delegoida töitä, jotka eivät kuulu oikein kenellekään. Sosiaalityötä myös määritellään paljon terveydenhuollosta käsin ja usein jopa niin, että sosiaalityöntekijät eivät saa olla vaikuttamassa näihin määrittelyihin, vaan ne tulevat ulkopuolelta ja ylempää. Tällöin sosiaalityön asemaan vaikuttaa merkittävästi esimerkiksi ylilääkäri ja hänen

ymmärryksensä tai ymmärtämättömyytensä sosiaalityöstä. Oma paikka ja asema täytyy vakiinnuttaa ja ansaita, mikä näkyy seuraavissa lainauksissa:

*”Helposti sitä täällä menee ehkä vähän siihen, että joutuu näiden muiden asettamien linjausten kanssa neuvottelemaan, että miten mä teen työtäni ja miten mä haluan tehdä sitä työtä.” – V. o80*

*”Et sä tietyllä tapaa ansaitset sen oman paikkasi siellä työryhmässä” – V. o52*

Organisaation tasolla osa sosiaalityöntekijöistä koki, että he asettuvat hierarkiassa alemmas kuin muut erityistyöntekijät. Muita erityistyöntekijöitä ovat esimerkiksi psykologit, toimintaterapeutit ja fysioterapeutit. Käytännön esimerkkinä tästä alemmuuden kokemuksesta sairaalamaailmassa nostan esiin erään haastattelun aikana käydyn keskustelun. Sosiaalityöntekijä kertoi, kuinka erityistyöntekijöille tehdään lähetteitä tai pyyntöjä, joilla toivotaan esimerkiksi psykologin tutkimuksia lääkärin diagnostiikan tueksi tai toimintaterapeutin arviointia toimintakyvystä, mutta tämä samanlainen systeemi ei päde sosiaalityöntekijään. Sosiaalityöntekijät toimivat ikään kuin lähempänä potilaita osaston arjessa ja heihin potilaat saavat yhteyden joko oveen koputtamalla, hihasta kiskaisemalla tai siten, että he pyytävät hoitajaa ottamaan yhteyttä sosiaalityöntekijään. Arvostus voi tässä tapauksessa kytkeytyä siihen, että sosiaalityöntekijät pitävät etenkin sairaalassa huolta asioista, joiden pitäisi lähtökohtaisesti olla ihmisillä kunnossa.

Lisäksi sosiaalityön erityinen asiantuntemus asettuu joissain tapauksissa sosiaalityöntekijöiden kertoman mukaan alikäytetyksi, jos muut ammattilaiset eivät tiedä, mitä sosiaalityöntekijä tekee – he saattavat pitää sosiaalityötä ”Kelan lisäkytköksenä” tai ”raharatkaisijana”, vaikka se ei sitä enenkään terveydenhuollossa ole. Tämän taustalla on varmasti monia tekijöitä, mutta sosiaalityöntekijät nostivat esiin henkilökunnan vaihtuvuuden, muun työryhmän sosiaaliturvaan liittyvän osaamattomuuden ja moniammatillisten, yhteisten kohtaamisten vähäisyyden. Osa heistä kertoi, että he pyrkivät parhaansa mukaan tekemään omaa työtään näkyväksi muun muassa jakamalla tietoa sosiaalipalveluista muulle työryhmälle. Sosiaalityö siis asettuu jossain määrin erikoissairaanhoidon tuki- tai lisäpalveluksi, jota saa, jos joku muu ammattilainen huomaa potilaan tilanteessa jotain sellaista, mikä voisi kuulua sosiaalityöntekijän työnkuvaan.

Sosiaalityön asemassa tapahtuneet selkeät muutokset olivat sosiaalityöntekijöille itselleenkin arvoituksia, mutta keskeisenä asiana toivottiin, että muutkin ammattilaiset ja erityisesti ylempi johto ymmärtäisivät sosiaalityön tärkeyden ja merkityksen aikuispsykiatrialla ja sosiaalityön arvostus asiantuntija-ammattina kasvaisi. He toivoivat, että sosiaalityön asema pysyy ja vahvistuu, koska

tarvetta sosiaalityölle on. Osa avohoidon sosiaalityöntekijöistä toivoi paluuta siihen, että sosiaalityöntekijät saisivat tehdä pitkäjänteistä muutostyötä omien potilaidensa kanssa. Osa sosiaalityöntekijöistä koki, että sosiaalityötä tulisi yhä enemmän nostaa esiin ja puolustaa, mikä loi kuvaa siitä, että sosiaalityö on jollain lailla uhattuna.

### 4.3 Sosiaalityö organisaatiossa ja työyhteisössä

*”Onko täällä tilaa sille sosiaalityölle?” – V. o54*

*Sosiaalityö organisaatiossa ja työyhteisössä* pitää sisällään kolme alateemaa. Ensimmäinen on sosiaalityöntekijöiden näkemykset ja kokemukset aikuispsykiatrian organisaatioista ja työyhteisöistä ennen. Toisena on organisaatiossa ja työyhteisössä tapahtuneet koetut muutokset sekä nykytilanne. Kolmantena on organisaatioon ja työyhteisöön liittyvät tulevaisuuden näkymät. Haastateltujen sosiaalityöntekijöiden kesken katto-organisaatio on sama, mutta yksiköittäin käytännöt vaihtelevat ja toimintakulttuurit muovautuvat organisaation antamissa raameissa hyvinkin yksilöllisiksi. Jonkin verran vaikutusta on myös sillä, puhutaanko sairaalasta vaiko avohoidosta. Rakenne tässä luvussa on samanlainen kuin ensimmäisessä tulokappaleessa, eli kerron ensin, miten sosiaalityöntekijät kuvasivat tilannetta ennen, millaisena se näyttäytyy nyt ja millaisia tulevaisuudenkuvia sosiaalityöntekijät liittävät sosiaalityöhön terveydenhuollon organisaatiossa ja työyhteisössä.

Pisimmät haastateltavien työurat olivat saaneet alkunsa jo 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa ja näiden sosiaalityöntekijöiden mukaan silloin sekä sairaalassa että avohoidossa hoitoajat olivat pidempiä, työn tekemisen tahti kohtuullinen ja työote potilasta kuntouttavampi kuin nykyään. Haastatteluihin osallistui kaksi yli kaksikymmenvuotisen työuran tehnyttä sosiaalityöntekijää. Toinen oli tehnyt uransa avohoidossa ja toinen sairaalassa, mutta he toivat esiin samanlaisia asioita, kuten esimerkiksi sen, että potilaiden kanssa tehtiin retkiä muutaman kerran vuodessa kulttuurikohteisiin. Eräs sairaalan sosiaalityöntekijöistä kuvasi, että potilastietojärjestelmät ja laajemmin digitalisaatio vasta tekivät tuloaan erikoissairaanhoidon, joten tietoa haettiin lakikirjoista, ja tarvittavat Kelan lomakkeet löytyivät omasta kansioistaan. Potilaiden tilanteet ja osaston tapahtumat kirjattiin ylös käsin. Pitkäaikainen avohoidon sosiaalityöntekijä puolestaan kertoi, että aikanaan oli tarjolla tukihenkilötoimintaa pitkään sairastaneille ihmisille ja yksi sosiaalityöntekijä nosti esiin sen, että ennen sosiaalityöntekijät saivat lyhyidenkin poissaolojensa ajaksi sijaisen. Näin sosiaalityöntekijät itse kuvaavat sosiaalityötä 1990- ja 2000-luvulla:

*”Kyllähän hoitoajat oli lähtökohtaisesti huomattavasti pidempiä - - Heilläkin [tietyn osaston potilailla] hoitajaksot oli silleen, että puhuttiin enemmänkin useammasta kuukaudesta kuin mistään*

*muutamista viikoista. Ja hyvin siellä osastolla varsinkin niin paljon painotettiin erilaisia ryhmiä ja tämmöistä psykoedukaatiota. Ja se, että mitä me tehtiin niin oli esimerkiksi semmoinen, että meillä oli joka vuosi tämmöinen potilasretki, että sitten lähdettiin potilaitten kanssa bussilla - - ja sitten meillä oli jotain ohjelmaa järjestettynä, että eihän nykypäivänä enää semmoista ole missään.” – V.*

*o52*

*”Silloin kun mä aloitin niin mä vastasin tukihenkilötoiminnasta, meillä meidän organisaatiossa vielä oli tukihenkilöitä meidän potilaille, pitkäaikaisille kroonikoille ja muille tarvitseville. - - Sitten meillä oli myöskin sellainen, mitä sanottiin sosiaalisiksi kerhoksi, että potilaiden kanssa saatettiin tehdä potilasretkiä muutaman kerran vuodessa. - - Sellaisia pikku juttuja, joilla oli iso merkitys, ja ne oli siitä tosi kivoja, että ne ihmiset – jopa ne kroonikot skitsofreenikot – näyttäytyivät ihmisinä eikä potilaina.” – V. o34*

2000-luvulla työtä tehtiin moniammatillisesti ja yhteydenpito muun tiimin kanssa hoidettiin pääasiassa sähköpostitse, yhteisillä kierroilla tai tiimikokouksissa sekä epävirallisemmissa yhteyksissä, eli esimerkiksi sairaalassa hoitajien kansliassa tai avohoidossa menemällä toisen työntekijän työhuoneeseen keskustelemaan mietityttävästä asiasta. Moniammatillisuus näyttäytyi myös erilaisena erityisesti yli kymmenen vuoden työuran tehneiden sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa, kun esimerkiksi fysioterapeutit ja toimintaterapeutit osallistuivat säännöllisesti moniammatilliseen työskentelyyn olemalla mukana tiimeissä sekä ohjaamalla potilaille järjestettyjä ryhmiä sen sijaan, että nykyään he tulevat paikalle vain, kun tarve on hyvin selkeä, tai vaihtoehtoisesti työskentelevät ainoastaan potilaan kanssa tehdyn lähetteen perusteella. Monipuolinen hoito ja kuntouttava ote saivat aikaan tuloksia siinä mielessä, että useimmat potilaat kuntoutuivat melko hyväänkin kuntoon ennen esimerkiksi sairaalasta kotiutumista, ja toisaalta avohoidossa oli mahdollista kannatella yksittäistä ihmistä psykososiaalisesti tukevin keskustelukäynnin jopa vuosia. Mennyttä aikaa kuvattiin muun muassa seuraavasti:

*”Siellä [mielenterveyskeskuksessa] sai käydä kerran kuussa juttelee vaikka 20 vuotta ihan niitä näitä, vaikkei hoidon tarvetta olisi ollutkaan – vähän niin kuin kärjistäen.” – V. o74*

*”Kierroilla, niin siellä osallistu fysioterapeutti ja toimintaterapeutti niille säännöllisesti, minä ja psykologi ja näin, että se ei ollut silleen tarvittaessa - - vaan ne oli niin kuin osa sitä työryhmää ja muistikuvani mukaan myös, että he veti tällaisia ryhmiä niille potilaille. – Se oli ihan aidosti tosi moniammatillista se työskentely.” – V. o16*



Sosiaalityöntekijät nostivat nykytilanteesta esiin monenlaisia asioita. Organisaation ja työyhteisön tasolla näkyy erityisesti se, että tarvetta hoidolle ja palveluille on enemmän kuin mahdollisuuksia hoitaa ja palvella. Sairaalassa osastoja on kiinni henkilökuntapulan vuoksi, jolloin entistä vähäisemmillä laitospaikoilla täytyy vastata yhä suurempaan tarpeeseen. Suurin osa haastateltavista kertoi, että päteviä psykiatreja, eli jo erikoistuneita lääkäreitä, ei ole riittävästi tarpeeseen nähden ja terapeutteja niitä tarvitseville ihmisille on hyvin vaikea löytää, ja heidänkin luokseen voi joutua jonottamaan pitkiäkin aikoja. Lääkäreiden tarvetta pyritään paikkaamaan lääkäriopiskelijoilla ja eläköityneillä lääkäreillä, joita pyydetään takaisin töihin.

Lääkäripula muiden resurssihaasteiden ohella näkyy sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa organisaatiotasolla muun muassa palveluiden ruuhkautumisena, kohtuuttomina hoitojonoina ja siinä, että työn tekemisen tahtia pitää kiristää joka sektorilla, jotta pystytään palvelemaan mahdollisimman monia hoitoa tarvitsevia mahdollisimman pienessä ajassa. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitoon ottamisen kriteereitä on tiukennettu ja uudelleen määritelty ja hoidon kestolle on asetettu tarkat, yksiköstä riippuvat aikarajat, joissa etusijalla on yksilön tarpeiden sijaan organisaation tarpeet. Työyhteisön tasolla lääkäripula kuormittaa myös, sillä vaihtuvat ja osa-aikaiset lääkärit vaikeuttavat sujuvan moniammatillisen yhteistyön tekemistä. Lääkärin pitäisi olla päävastuussa hoidosta, mutta käytännössä se ei aina toteudu, vaan suuri vastuu jää hoitavalle työntekijälle, eli nykyään usein sairaanhoitajalle. Osa sosiaalityöntekijöistä oli havainnut, kuinka lääkäreiden sosiaaliturvaan liittyvä osaaminen on nykyisin heikompaa kuin aiemmin ja siihen liittyy selkeää osaamattomuuttakin.

Tietotekniikka on tullut yhä kiinteämmin osaksi suomalaisten ihmisten elämää viime vuosikymmenien aikana. Tämä näkyi myös erityisesti yhdessä haastattelussa, kun avohoidon sosiaalityöntekijä kertoi, miten etätapaamisten suosio on jonkun verran erityisesti koronapandemian myötä noussut, ja miten esimerkiksi iäkkäämmät ammattilaiset saattavat kokea digilaitteet ja tietojärjestelmät haasteellisiksi. Hänen mukaansa nuorilla työntekijöillä puolestaan saattaa olla hukassa työelämän pelisäännöt siinä mielessä, että työryhmän muiden jäsenten tervehtiminen unohtuu ja omaa puhelinta käytetään henkilökohtaisten asioiden hoitamiseen tiimin yhteisillä tapaamisilla, kun ei ole kyse omasta hoitosuhdepotilaasta, eli sellaisesta potilaasta, jota työntekijä itse tapaa säännöllisesti ja jonka asioista hän on vastuussa. Valtioneuvosto (2016, 5) on määritellyt, että digitalisaatio on ”sekä toimintatapojen uudistamista, sisäisten prosessien digitalisointia, että palveluiden sähköistämistä - - miten omaa toimintaa voidaan muuttaa jopa radikaalisti toisenlaiseksi tietotekniikan avulla.”

Terveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon organisaationa raamittaa vahvasti sosiaalityön tekemistä, etenkin kun paineita kertyy monesta suunnasta ja tehokkuutta ja lyhytjänteisyyttä ihannoidaan. Eräs sosiaalityöntekijä kuvasi, kuinka tilaa syventymiselle ja paneutumiselle ei jää, kun potilaan tapaamiset rajoittuvat maksimissaan muutamaan kertaan. Tehokkuutta painottavassa organisaatiossa sosiaalityön rooli tyypistyy yleispätevän neuvonnan ja ohjauksen tasolle, koska muulle ei ole sijaa, aikaa tai mahdollisuuksia. Tämä näkyy käytännössä esimerkiksi siinä, että yhteydenpito sekä sosiaalitoimeen että kolmanteen sektoriin on heikompaa kuin aikaisemmin ja kolmannen sektorin tarjoamat mahdollisuudet ovat usein sosiaalityöntekijälläkin hämärän peitossa. Seuraavissa lainauksissa näkyvät erikoissairaanhoidon koettu asettuminen suhteessa muuhun palvelujärjestelmään sekä sosiaalityöntekijöihin kohdistuvat kohtuuttomat odotukset:

*”Tää on vähän tämmöinen linnoitus tää erikoissairaanhoido täällä.” – V. o36*

*”Että sitten mä oon tässä tekemässä omia töitäni ja sitten tota mikä sinänsä on ihan hyvä silloin kun siihen on mahdollisuus, että sitten saattaakin tulla lääkäri ovelle, että voinko mä tulla nyt tähän näin ja konsultoida, ja sitten siinä pitäisi jotenkin semmoisella viiden, kymmenen minuutin semmoisessa sessiossa ottaa haltuun se, että mikä tässä oli tää tilanne, mikä oli tää ongelma, mikä voisi olla siihen se ohjaus ja neuvo.” – V. o11*

Vuosien varrella rajausta eri ammattilaisten tekemään työhön on siis tehty niin, että jokainen toimii oman työnkuvansa perusteella ja mukaisesti. Se voi olla työtä selkeyttävä tekijä, mutta se myös voi osaltaan hukata eri alojen ammattilaisissa olevaa potentiaalia ja osaamista sekä pitää sisällään riskin joidenkin työtehtävien tekemättä jäämisestä, kun kukaan ei tunnista tiettyä tehtävää omakseen. Useampi sosiaalityöntekijä kuvasi moniammatillisuuden hiipumista siitä, mitä se on aikanaan ollut. Ennen saatettiin tehdä vahvemmin yhteistyötä esimerkiksi kahden ammattilaisen tiiminä, jossa molemmat olivat vastuussa potilaan hoidosta ja kannattelusta. Moniammatillisuudessa tapahtunutta muutosta eräs sosiaalityöntekijä kuvasi seuraavasti:

*”Vähän mä koen, että varsinkin lääkärit, mutta ehkä myös jotkut sairaanhoitajatkin ajattelee, että mun ei tarvitse tietää tuosta mitään, sosiaalityöntekijä hoitaa. - - Kyllähän niitä vaikeuksia pitää tulkita sinne omalle työryhmälle ja jotenkin vähän suomentaa, koska se semmoinen moralisoiva sormi ei auta mitään. Jos se ihminen tarvitsisi apua ja neuvoa, ja se saakin toruvan sormen, niin se ei kauheasti auta, päinvastoin, lisää häpeää ja tuskaa ja muuta.” – V. o86*

Positiivisena asiana useampi sosiaalityöntekijä mainitsi nykyisessä työssään sen, että oman työn suhteen on suuri autonomia, eli sitä saa järjestellä haluamallaan tavalla tiettyjen reunaehto-

puitteissa. Ainakin osalla sosiaalityöntekijöistä on kokemus siitä, että omaan työhön pystyy vaikuttamaan ja esihenkilötyöskentely on toimivaa. Yli puolet tässäkin tutkimuksessa haastatelluista sosiaalityöntekijöistä on viihtynyt aikuispsykiatrisessa sosiaalityössä lähes vuosikymmenen, eli työympäristönä aikuispsykiatria on ainakin ollut vetovoimainen, ja on sitä jossain määrin edelleen.

Koko haastatteluaineiston perusteella näyttää siltä, että sosiaalityön ja ylipäättään psykiatriassa tehtävän työn tekemisen tapa on lähihistorian aikana muuttunut. Potilasretket, ryhmä- ja tukihenkilötoiminta, sosiaalityöntekijä omana työntekijänä ja kiireetön paneutuminen ihmisen kokonaistilanteeseen on menettänyt jalansijaa, ja tilalle on tullut hierarkkisempi organisaatio, jossa yksittäisillä ammattilaisilla on vähemmän vaikutusvaltaa työnsä sisältöön, vaikka omaa työtään saakin aikatauluttamisen puolesta järjestellä melko vapaasti. Kiireinen tahti, niukat resurssit ja tiukahkot askelmerkit hoitoon liittyen lisäävät kokemusta siitä, että työtään ei voi aina tehdä eettisesti kestäväällä tavalla.

Sosiaalityöntekijöiden tulevaisuudenkuvat organisaatiotasolla tapahtuvista muutoksista olivat melko yksiselitteisiä siinä mielessä, että he epäilivät muutoksia ja uudenlaisia työjärjestelyjä olevan todennäköisesti luvassa jo pelkästään hyvinvointialueille siirtymisen myötä. Potilaille on kasautunut runsaasti sosiaalisia ja arjen haasteita psyykkisen sairastamisen lisäksi, jolloin sosiaalisen puolen tuki asettuu merkittäväksi osaksi hoitoa myös organisaation tasolla. Sosiaalityöntekijät olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että sosiaalityöntekijäresurssia voisi lisätä ja erikoissairaanhoidon voisi tulla myös sosiaali- tai kuntoutusohjaajia, koska tarvetta sosiaalipuolen osaamiselle on. Sosiaalityöntekijät toivoivat yhteistyön parantumista yhteistyökumppaneiden kanssa sekä rajojen madaltumista perustason ja erikoistason välillä. Yhteiset tietojärjestelmät helpottaisivat sekä oman työn että yhteistyön tekemistä ja vähentäisivät päällekkäistä työtä, kun tieto kulkisi eri organisaatioiden välillä jouhevasti. Toiveena tulevaisuudelle esitettiin myös vuorovaikutteisuuden uudelleen lisääntyminen työyhteisön sisällä. Psykiatrialla tehtävän sosiaalityön jatkuvaa muutosta ja tahdin tiivistymistä kuvaa osuvasti seuraava lainaus:

*”Tää on koko ajan murroksessa tää työ - - just tän jonotilanteen takia, että nytkin täällä kehitellään koko ajan uudenlaisia toimintamalleja, että on tämmöisiä, että asiakkaat tulee vain muutamalle käynnille ja sitten tää sosiaalityö pitäisi sijoittaa siihen että 5 käyntiä vai 6 käyntiä ja sinä aikana pitäisi saada pakettiin se hoito ja hoitopolku suunniteltua ja mihin se sosiaalityö siihen, että mä voin piipahtaa jossain käynnillä tai sitten mä varaan oman ajan, ja nyt toistaiseksi on vielä niin, että se mun aika menee sen kuuden käynnin jälkeen, että mä en millään saa mahtumaan sitä siihen aikapuitteeseen, niin se on nyt tässä semmoinen mitä harjoitellaan.” – V. o89*

#### 4.4 Sosiaalityö ja yhteiskunta

Viimeisenä käsittelen *sosiaalityötä ja yhteiskuntaa* psykiatrisen sosiaalityön näkökulmasta, eli sosiaalityöntekijöiden havaitsemia historiallisia muutoksia, heidän kuvailemiaan yhteiskunnallisia ilmiöitä, rakenteita ja ilmapiiriä sekä tulevaisuuteen liitettyjä toiveita ja pelkoja. Jäsennän tätäkin teemaa ajallisen muutoksen kautta, eli aloitan menneisyydestä, kokoon sosiaalityöntekijöiden havaitsemia yhteiskunnallisia muutoksia ja sitä, miten ne näkyvät nykyhetkessä ja viimeisenä nostan esiin, millaisia ajatuksia sosiaalityöntekijöillä on psykiatrisen sosiaalityön tulevaisuudesta.

Usea sosiaalityöntekijä työskentelytaustastaan riippumatta nosti esiin laitospaikkojen määrän systemaattisen vähentämisen ja lopettamisen ajan saatossa sekä avohoidon painoarvon ja vastuun lisääntymisen potilaiden hoidossa. Potilaiden tilanteiden kuvattiin olleen ennen helpompia kuin nykyään, mikä voi osaltaan johtua siitä, että laitospaikkoja oli enemmän ja hoitoon pääsi nopeammin. Potilasmäärät ovat kasvaneet runsaasti, sairaaloihin mahtuu vain rajallinen määrä ihmisiä, ja avohoito ei monissa paikoissa pysty vastaamaan lisääntyneisiin tarpeisiin. Seuraava lainaus kiteyttää erään sosiaalityöntekijän näkemyksen laitospaikkojen vähentämisestä ja sen seurauksista:

*”1980-luvun, 1990-luvun vaihteessa niin silloin oli paljon psykiatrisia laitospaikkoja ja silloin lähdettiin tähän laitospaikkojen vähentämiseen, muka asioiden hoitamiseen avopuolella siis, että he asuu kotona ja he saa palvelut, mutta ei panostettu siihen. Ihmiset jäi silloin jo heitteille, ja siihen ei tarpeeksi panostettu. - - Sieltä lähtien tää tilanne on ollut huono.” – V. o5*

Nykyään sairaalamaailmassa samat potilaat ohjautuvat hoitoon toistuvasti yhä useammin, kun kriisiytyneitä tilanteita ei saada erinäisistä syistä hallintaan. Tästä ilmiöstä puhuivat erityisesti sairaalan sosiaalityöntekijät, mutta se tuli esille myös yksittäisissä avohoidon sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa. Potilastilanteet ovat vaativia ja potilaiden ongelmat ovat muuttuneet kokonaisvaltaisemmiksi, vaikeammiksi ja suorastaan kaoottisemmiksi. Yksinäisyys ja sosiaalisten yhteisöjen puute aiheuttavat ja ylläpitävät ongelmia yhä useamman ihmisen elämässä. Sosiaalityöntekijöiden mukaan asiaan vaikuttamiseksi tarvittaisiin entistä enemmän ja entistä vahvempia keinoja. Sekä avohoidossa että sairaalassa näkyy päihdeongelmien yleistyminen, velkaantuminen ja erityisesti nuorten ihmisten mielenterveysongelmien lisääntyminen. Eräs sosiaalityöntekijä kertoi myös, että sosiaalinen media on tuonut uudenlaisia haasteita, kun jo valmiiksi heikommassa asemassa olevia ihmisiä hyväksikäytetään ja huijataan. Seuraavassa lainauksessa konkretisoituu osa näistä nykyajalle tyypillisistä ilmiöistä:

*”Ku ei ennen ollut mitään pikavippejä eikä mitään tällaisia systeemeitä, niin niiden myötä on tullut mahdollisuus ottaa esimerkiksi pikavippejä ja velkaantua, niin ihmiset velkaantuu ihan hurjasti, ja ei ne ajattele tekojensa seurauksia, että se aiheuttaa tosi ikäviä ongelmia, seurauksia sitten potilaille, jotka on muutenkin tosi haavoittuvassa asemassa. - - Myös se, että on tullut kaikki sosiaalinen media ja muut, niin ihmiset voi lähtee mukaan juttuihin, ei ymmärräkään ollenkaan, että mihin ne lähtee mukaan, tulee niin kuin huijatuksi. - - Potilaat niin monella lailla tulevat hyväksikäytetyksi enemmän kuin aikaisemmin.” – V. o47*

Eräs sosiaalityöntekijä nosti esiin, että nykyään ei myöskään tunnusteta tai tunnusteta sitä, että kaikki ihmiset eivät kuntoudu koskaan. Jotkut tarvitsevat turvalliset seinät ja ammatti-ihmiset ympärilleen, jotta he voivat elää ihmisarvoista elämää, oli se sitten sairaalassa tai vahvasti tuetussa asumisyksikössä. Määräaikaisuus ja sen tuottama väliaikaisuus voivat lisätä ja ylläpitää ahdistusta ja pahoinvointia, kun ihminen ei tiedä, kuinka pitkään hän saa olla jossakin tietyssä paikassa. Usein sairaalastakin kotiutetaan liian aikaisin ihmisiä, joiden kotona pärjäämisestä ja toimintakyvystä ei ole varmuutta, jolloin hoidossa saavutettu kuntoutuminen tai edistys valuu hukkaan kodin tai arjen heikkojen olosuhteiden takia. Määräaikaiset palvelut on rakennettu palvelemaan ideaalia ja jaloa tavoitetta siitä, että ihmisen paikka on kotona, jolloin ei oteta huomioon esimerkiksi psyykkisten tekijöiden vaikutuksia, kuten seuraava lainaus osoittaa:

*”Ymmärrän, että ihmisiä pitää kuntouttaa ja eteenpäin ja näin, mutta kaikki ihmiset ei ole kuntoutettavissa niistä asumispalveluista eteenpäin, että se on ihan niin kuin tietyllä tapaa tuntuu joskus, että ihan rahan haaskausta, et sitten niitä asiakkaita, asukkaita, piiskataan eteenpäin ja sitten he ahdistuu jo siitä ajatuksesta, että tää on tämmöstä määräaikaista asumista, että kauan mä saan asua täällä? No katsotaan, että se ajatus, että et ei voi et tää on sun koti ja sä oot nyt täällä niin kauan kun tarve vaatii, vaan että aina on se kuntoutussuunnitelma lähtökohtaisesti.” – V. o16*

Ilmiötasolla sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa näkyy vahvasti medikalisoituminen sekä diagnoosi- ja terapiakeskeisyys. Lääkkeistä haetaan ratkaisua mitä moninaisimpiin pulmiin sekä lääkäreiden että potilaiden toimesta. Lääkärit pyrkivät ratkomaan tilanteita ensisijaisesti lääkityksellä, jotta potilas saisi mahdollisimman nopeasti jotakin apua psyykkiseen sairauteensa. Potilaat puolestaan entistä herkemmin hakeutuvat hoitoon jonkinlaisen pikaratkaisun tai -helpotuksen toivossa. Jopa tavallisia elämään kuuluvia tunteita saatetaan vierastaa niin, että niihin toivotaan ratkaisuksi lääkettä. Erityisesti neuropsykiatrisen problematiikan kasvua sosiaalityöntekijät kuvasivat, eli epäilyjä on enemmän ja ihmiset toivovat, että niitä tutkitaan. Myös lääkäri- ja terapeuttipula näkyy valtakunnallisella tasolla, eli se ei ole pelkästään organisaation sisäinen

ongelma. Diagnoosikeskeisyys, medikalisoituminen ja kokonaisvaltaisuuden puute psyykkisessä hoidossa näkyvät esimerkiksi seuraavissa lainauksissa:

*”Monille asioille jotenkin halutaan joku semmoinen diagnoosi, ja ihmiset pyytää niitä - - He toivoo jotenkin silleen mystisesti, että joku lääke tai joku terapeutti, joku vaan niinku puhuminen voisi muuttaa asioita, mutta kun se ei aina kaikissa tilanteissa ikään kuin ole sellainen juttu, vaan että pitäisi pyrkiä vaikuttamaan niihin olosuhteisiin.” – V. o80*

*”Ihmisten tilanteet ei useinkaan palaudu pelkästään siihen psyykkiseen oireiluun, vaan psyykinen oireilu johtuu jostakin - - Jos ihminen kokee kodissaan turvattomuutta ja jopa väkivaltaa, niin vaikka me kuinka täällä keskustelulla terapoitaisiin ja annettais lääkkeitä ja sairaaloomaa, niin se lähtökohtaisesti ongelma tai se kriisi ei poistu tai se ei helpotu ennen kuin siihen [tilanteeseen] jotenkin pystytään vaikuttamaan.” – V. o23*

*”Mitkä asiat vaikka elämässä on hyvin ja mistä haaveilee? - - Ettei se ihminen typisty täällä jotenkin sellaiseksi diagnoosiksi.” – V. o96*

Yksi sosiaalityöntekijöistä kuvasi, kuinka psykiatrian vetovoima työpaikkana on heikentynyt. Siinä missä ennen hakijoita paikkoihin oli useampia ja kilpailua työpaikoista esiintyi, tilanne on kääntynyt toiseen suuntaan. Hyvänä ja toivottuna muutoksena useampi sosiaalityöntekijä nosti esiin yhteiskunnallisen ilmapiirin ja mielenterveysongelmista keskustelun aiempaa korkeamman sallivuuden yhteiskunnassa. Ihmiset voivat puhua entistä avoimemmin erilaisista psyykkisistä sairauksista ilman pelkoa leimautumisesta ja häpeästä. Eräs avohoidon sosiaalityöntekijä kuvasi muutosta, joka on tapahtunut tavoissa hahmottaa psyykkistä sairastamista. Hänen uransa alussa psykodynaaminen suuntaus oli vallassa, mutta sittemmin on siirrytty lyhytterapian ja ratkaisukeskeisyyden kautta kognitiiviseen, integratiiviseen ja traumaterapeutin hoitomalliin. Psykiatriassa käytetty kieli ja tapa hahmottaa psyykkistä oireilua on siis muuttunut, ja sitä myöten myös hoitokeinot ja ratkaisumallit. Näin kyseinen sosiaalityöntekijä kuvaa psykiatriassa havaitsemaansa ja kokemaansa muutosta:

*”Silloin [kun aloitin aikuispsykiatrialla] oli vallalla tämä psykodynaaminen ajattelu. - - Oli aika vaikeita käsitteitä, se oli aika semmoinen, vähän koin että vieraannuttavakin kieli. - - Sitten tuli se lyhytterapia-ajattelu - - Välillä on ollut jotain ratkaisukeskeistä ja sitten näitä malleja on vähän esitelty töissä. Sitten tuli toi kognitiivinen. - - Sitten on tullut tää integratiivinen ja nyt sitten traumaterapia on nyt.” – V. o34*

Tulevaisuuteen sosiaalityöntekijöillä liittyy keskeisenä toiveena se, ettei resursseja supisteta yhtään enempää, vaan ennemminkin lisätään. Sosiaalityöntekijät toivovat, että potilaat pääsisivät nopeammin sairaalahoitoon ja tilanteisiin puututtaisiin mahdollisuuksien mukaan jo ennaltaehkäisevästi, eikä vasta sitten, kun tilanne on jo solmussa monesta kohtaa. Sosiaalityön vahvistaminen perustasolla ja matalan kynnyksen palveluiden lisääminen poistaisi ja helpottaisi erikoissairaanhoidon kohdistuvaa painetta. Keskeisenä pelkona nousi esiin se, että hyvinvointialueiden myötä todettaisiin, että yksi yhtenäinen aikuissosiaalityö riittää, jolloin erikoistuminen psykiatrian sosiaalityöhön katoaisi. Sosiaalityöntekijöiden keskuudessa hyvinvointialueisiin suhtauduttiin kuitenkin toiveikkaasti, vaikka muutoksen alkukankeutta oli haastattelujen aikaan havaittavissa.

*”Mä en tiedä kyllä potilaista, että mitä ne toivoo. Mutta sen mä oon ymmärtänyt, että potilaat toivoo, että saisi nähdä sosiaalityöntekijää.” – V. 086*

## 5 Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni oli tarkastella sitä, miten sosiaalityöntekijät kuvaavat aikuispsykiatrialla tehtävää sosiaalityötä oman uransa aikana ennen ja nyt sekä sosiaalityössä ja aikuispsykiatrian toimintaympäristössä tapahtuneita muutoksia. Tavoitteenani oli tutkimuksen keinoin tehdä näkyväksi sosiaalityötä osana aikuispsykiatrian toimintaympäristöä. Toteutin tutkimuksen haastattelemalla kymmentä sosiaalityöntekijää, jotka haastatteluiden aikaan työskentelivät aikuispsykiatrialla sosiaalityöntekijän tehtävissä. Keräsin haastattelut yhteistyössä *Terveysosiaalityön arvioinnin ja intervention vaikuttavuus näkyväksi* -tutkimushankkeen kanssa. Analysoin tutkimusaineiston hyödyntäen sisällönanalyysia ja eletyn sosiaalityön menetelmää. Analyysin perusteella muodostin haastatteluaineistosta neljä pääteemaa: 1) sosiaalityön paikka, 2) sosiaalityön asema, 3) sosiaalityö organisaatiossa ja työyhteisössä sekä 4) sosiaalityö ja yhteiskunta, joiden alle olen koonnut tutkimukseni tulokset.

*Sosiaalityön paikka* pitää sisällään kuvauksen sosiaalityöntekijöiden työnkuvasta ja työtehtävistä oman työuransa aikana sekä sairaalassa että avohoidossa, sosiaalityöntekijöiden työnkuvassaan ja työtehtävissään kokemat muutokset sekä odotukset ja toiveet tulevaisuudelle. Sosiaalityöntekijöiden mukaan sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuva ja työtehtävät ovat pysyneet ytimeltään pitkään samanlaisina, eli sosiaaliturvaan, asumiseen ja sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen liittyvinä. Avohoidossa puolestaan on painottunut monin paikoin pitkäjänteinen psykososiaalinen muutostyö, ja työnkuvassa on ollut paljonkin vaihtelua sen perusteella, missä yksikössä sosiaalityöntekijä on sattunut työskentelemään. Sosiaalityöntekijät kuvasivat moninaisia muutoksia työnkuvissaan, mutta erityisen keskeisinä esiin nousivat potilaiden entistä haastavammat tilanteet, sosiaaliturvajärjestelmän monimutkaistuminen sekä työtaakan ja -tahdin kasvu. He pelkäsivät jossain määrin sitä, että sosiaalityö leikataan pois psykiatrialta tulevaisuudessa. He toivoivat, että näin ei tapahdu, vaan että sosiaalityön asiantuntijuus vahvistuisi ja potilaat saisivat yhä kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Kokonaisvaltaisuus ja psyykkisen sairastumisen ymmärtäminen suhteessa ihmisen elämäntilanteeseen ovat tekijöitä, joita myös ja erityisesti potilaat arvostavat terveystieteissä (ks. Wilberforce ym. 2020; Abendstren ym. 2021; Ali ym. 2021).

Toinen pääteema, *sosiaalityön asema*, koostuu sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa sosiaalityölle annetuista merkityksistä, koetusta arvostuksesta, koetusta alemmuudesta ja rooleista sekä kokemuksista liittyen omaan ammattikuntaan suhteessa muuhun terveydenhuoltoon. Sosiaalityö miellettiin haastatteluissa merkitykselliseksi ja olennaisen tärkeäksi osaksi aikuispsykiatria. Sosiaalityöntekijät hoitavat potilaan sosiaaliseen tilanteeseen, arkeen ja toimintakykyyn liittyviä



asioita, joihin muut samassa yksikössä toimivat ammattilaiset eivät välttämättä pureudu. Sosiaalityön arvostukseen haastatteluissa suhtauduttiin ristiriitaisesti. Osa haastatelluista koki olevansa arvostettu osa omaa työryhmäänsä, kun taas toiset toivat esille päinvastaisia kokemuksia. Alemmuuden kokemukset kumpusivat ohitetuksi tulemisesta, sosiaalityön rajattomasta roolista ja toisaalta sosiaalityön tuntemattomuudesta verrattuna muihin ammattiryhmiin. Sekä organisaation johto, työyhteisön toimintakulttuuri että sosiaalityöntekijän oma persoona nostettiin haastatteluissa tätä selittäviksi tekijöiksi. Terveystieteissä koettua sosiaalityön alisteisuutta on nostettu esiin myös kansainvälisessä tutkimuksessa (ks. esim. Nathan & Webber 2010; O'Brien & Calderwood 2010).

Aulikki Kananojan (2017, 355) mukaan ”oman alansa edustajana terveystieteiden sosiaalityöntekijällä tulee olla vankka identiteetti, selkeästi tunnistettava osaamisalue ja sen sisällä kyky yhdistää omaa osaamista organisaation päätehtävän toteuttamiseen”. Tutkimukseni tulosten perusteella tähän on helppo yhtyä. Aikuispsykiatrian sosiaalityöntekijältä vaaditaan kykyä tunnistaa oma arvonsa ja osaamisensa, mutta se ei yksinään riitä. Sosiaalityö täytyy myös tehdä näkyväksi muulle työyhteisölle, jotta sitä osataan hyödyntää tarkoituksenmukaisella tavalla. Yksittäisellä sosiaalityöntekijällä on suuri vastuu huolehtia siitä, että hänen ammattitaitonsa tulee käyttöön ja potilaat saavat tarvitsemansa sosiaalisen tuen ja avun psykiatrisen hoidon lisäksi.

Kolmannen pääteeman muodostaa *sosiaalityö työyhteisössä ja organisaatiossa*, joka koostuu alateemoista psykiatrian organisaatio ja työyhteisö ennen, nykytilanne ja koetut muutokset työyhteisössä sekä organisaatiossa ja viimeisenä organisaatiota ja työyhteisöä koskevat tulevaisuuden näkymät. Vuosituhannen vaihteen aikuispsykiatria näyttäytyi sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa hyvin erilaisena paikkana kuin nykyään. Hoitoajat olivat nykyiseen verrattuna pitkiä, työn tekemisen tahti oli melko kohtuullinen, ja hoidossa olevat potilaat usein kuntoutuivat jo hoidon aikana. Digitalisaatio oli vasta tekemässä tuloaan ja moniammatillisessa työryhmässä oli aktiivisesti mukana enemmän eri alojen ammattilaisia. Käytettävissä oli enemmän resursseja, joiden avulla potilaille pystyttiin järjestämään esimerkiksi retkiä ja tukihenkilötoimintaa, ja sosiaalityöntekijöille puolestaan sijaisia lyhyidenkin poissaolojen ajaksi.

Sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa nykytilanteesta olivat läsnä erityisesti kiire, pula pätevistä lääkäreistä, tietojärjestelmien aiheuttamat ongelmat sekä tehokkuuden vaatimus syvänsä paneutumisen kustannuksella. Sosiaalityöntekijät kuitenkin pääasiassa viihtyvät psykiatrialla ja kokivat, että omaan työhön on mahdollista vaikuttaa. Näyttää kuitenkin siltä, että psykiatrialla on siirretty paneutuvasta ja pitkäjänteisestä työskentelystä siihen, että yritetään selviytyä kasvavasta potilasmäärästä lyhyemmällä hoitajaksoilla, niukemmilla resursseilla ja tiukemmalla hoitoon

liittyvillä rajauksilla. Sosiaalityöntekijät näkivät tulevaisuudessa vielä tuntemattomia muutoksia. He toivoivat muun muassa sosiaalityön työntekijäresurssin vahvistamista siten, että sosiaalityöntekijöitä palkattaisiin lisää ja heidän lisäksi psykiatrilta voisi tulla sosiaali- tai kuntoutusohjaajia. Muita toiveita olivat yhteiset tietojärjestelmät sosiaalihuollon kanssa ja toimivat yhteistyökäytännöt sekä organisaation sisällä että sen ulkopuolella.

Tulosten viimeisenä pääteemana on *sosiaalityö ja yhteiskunta*, joka rakentuu sosiaalityöntekijöiden kuvaamista historiallisista muutoksista, nykyajan yhteiskunnallisista ilmiöistä, rakenteista ja ilmapiiristä sekä toiveista ja peloista tulevaisuuteen liittyen. Keskeisenä historiallisena muutoksena moni sosiaalityöntekijöistä mainitsi laitospaikkojen vähentämisen, joka on johtanut sekä psykiatrisissa sairaaloissa että avohoidossa potilaiden tilanteiden kriisiytymiseen. Psykkisistä syistä hoitoon hakeutuvia ihmisiä on paljon enemmän kuin on mahdollisuuksia hoitaa. Psykkiseen pahoinvointiin vaikuttavista nykyajan ilmiöistä mainittiin muun muassa yksinäisyys, yhteisöjen puute, päihdeongelmat sekä pikavipit ja niiden aiheuttama holtiton velkaantuminen. Lisäksi palveluiden määräaikaisuus ja sosiaalisen median myötävaikutuksella lisääntynyt valmiiksi heikossa asemassa olevien ihmisten hyväksikäyttö nousivat esiin sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa.

Muita psykiatrilta näkyviä yhteiskunnallisia ilmiöitä ovat medikalisoituminen sekä diagnoosi- ja terapiakeskeisyys. Medikalisoituminen näkyy siten, että lääkkeillä pyritään entistä herkemmin vastaamaan mitä moninaisimpiin psykkisiin oireiluihin. Lääkkeet ovat helppo ratkaisu silloin, kun muuta hoitoa ei syystä tai toisesta ole tarjolla. Diagnoosikeskeisyys näkyy siten, että potilaat toivovat diagnooseja selittämään omaa tilannettaan, ja psykiatriassa myös etsitään diagnooseista vastauksia siihen, miten tiettyä potilasta tulisi hoitaa. Terapiakeskeisyys puolestaan ilmenee siten, että yhä useammin yksilölle tarjottavasta terapiasta haetaan vastausta vaikeaan tilanteeseen, vaikka tilanteet harvoin pelkästään puhumalla muuttuvat. Positiivisena yhteiskunnallisena muutoksena sosiaalityöntekijät kokivat sen, että mielenterveydestä puhutaan nykyään enemmän. Psykkisiin sairauksiin liittyvä leimautuminen ja häpeä on vähentynyt. Sosiaalityöntekijöiden toiveissa korostuivat ennaltaehkäisy ja hoitoon pääsyn helpottaminen. Pelkona puolestaan oli sosiaalityön yhtenäistäminen siten, että kaikki sosiaalityöntekijät olisivat tulevaisuudessa aikuissosiaalityössä ja terveysosiaalityö katoaisi aikuispsykiatrilta.

Terveysosiaalityöllä on lähes yhtä pitkä historia kuin itsenäisellä Suomella, mutta jostain syystä sen paikkaa ja asemaa ei ole lainsäädännön tasolla vakiinnutettu. Siitä huolimatta sosiaalityötä löytyy erikoissairaanhoidosta ja tarve sille on tämän tutkimuksen perusteella kasvussa. Vaikuttaa siltä, että 1980-luvun sosiaalipsykiatrisen aikakauden aikana ja sen jälkeen terveysosiaalityöllä oli muutaman

vuosikymmenen mittainen kukoistuskausi, jolloin potilaita saatiin kuntoutettua jo hoidon aikana ja moniammatillinen työ oli suunnitelmallista ja pitkäjänteistä. Laitospaikkojen vähentäminen, 1990-luvun laman aiheuttamat leikkaukset ja erilaiset rakenteelliset uudistukset sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä ovat systemaattisesti murentaneet mahdollisuuksia tarjota laadukasta psykiatrista hoitoa kaikille niille, jotka sitä tarvitsevat. Psykiatria on myös sisäisesti pyrkinyt vahvistamaan omaa asemaansa lääketieteen erikoisalana, mikä on ohjannut lainsäädäntöä ja palveluiden rakenteita (ks. esim. Helén ym. 2011). Yhteiskunnalliset muutokset yhdessä psykiatrian sisäisen pyrkimyksen kanssa ovat luoneet pohjan biolääketieteellisen mallin ja medikalisaation vahvistumiselle psykiatrialla, mikä näkyi myös sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa.

Iso-Britanniassa psykiatrisissa sairaaloissa on näkyvillä samanlaisia ilmiöitä kuin Suomessa. Siellä on jatkuva paine saada potilaita kiertämään ja petipaikkoja vapautettua seuraaville tarvitseville. Tähän tarpeeseen on pyritty vastaamaan tiimeillä, jotka vievät palvelua potilaiden kotiin. Tähän liittyy kuitenkin hankaluuksia, kun tiimien täytyy tasapainotella sen välillä, onko petipaikan vapauttaminen potilaiden auttamista vai kenties enemmän organisaation tarpeisiin vastaamista. Monet potilaat suostuvat kotiin tuotavaan apuun, mutta se ei poissulje sitä, että heillä voisi olla aito tarve tiiviimpään osastohoitojaksoon. Toisinaan osastojaksoa tarvitaan tasapainottamaan tilannetta, jotta avohoidon palvelut kotiutumisen jälkeen riittävät. (Nathan & Webber 2010, 17–20.) Psykiatrisen hoidon riittämättömyys näkyy siis muuallakin Euroopassa.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen tuo väistämättä mukanaan muutoksia, esimerkiksi hyvinvointialueilla henkilöstöpulan ratkaisuksi on pohdittu terveysosiaalityön liittämistä osaksi sosiaalihuoltoa. Talentia (2023), eli Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö, on ottanut tiedotteessaan vahvasti kantaa siihen, että terveysosiaalityötä ei tulisi irrottaa terveydenhuollosta. Joillakin hyvinvointialueilla on lähdetty ratkaisemaan sosiaalityöntekijöiden henkilöstöpulaa siten, että siellä suunnitellaan terveysosiaalityön poistamista terveydenhuollosta. (Emt.) Tutkimukseni valossa tämä kehityssuunta on huolestuttava. Psykiatrian sisällä toimiva sosiaalityö on merkittävässä roolissa siinä, että ihmisten perusoikeudet toteutuvat ja parhaimmillaan saavutettava terveysosiaalityö ennaltaehkäisee potilaiden tilanteiden kurjistumista ja sen myötä myös kalliiden, viimesijaisten palveluiden tarvetta. Terveysosiaalityön lakiperustaa tulisi vahvistaa, jotta psyykkisesti sairastuneilla jatkossakin olisi mahdollisimman sujuva pääsy sosiaalityöntekijän luokse tarvittaessa.

Tämän tutkimuksen tekemisen aikana aloin pohtia vahvasti sitä, voiko mielenterveysongelmien kasvu yhteiskunnassamme osittain selittyä sillä, että olemme jossain määrin vieraantuneet

ihmiselämän todellisuudesta. Ihmiselämä on perusluonteeltaan dynaamista, vaihtelevaa ja täynnä monenlaisia tunteita – myös kärsimystä, surua ja pelkoa. Onko länsimaisen yhteiskuntamme tehokkuus- ja suorituskeskeisyys ajanut meidät siihen pisteeseen, että elämään kuuluvat kriisit, surut ja vaikeudet pitää myös suorittaa lääkityksen tai terapian avustuksella äkkiä pois, eikä pitkäjänteiselle, pohdiskelevalle muutostyölle ole tilaa? Tämän tutkimuksen perusteella uskallan väittää, että kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa aikaa yhdelle ihmiselle on riittävästi, olisi psykiatrialla kestävämpi apu ja tuki ihmisten hankalissa elämäntilanteissa. Psykiatrian toimintaympäristössä tarvitaan jatkossakin ymmärrystä psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta, eli ihmisen hyvinvoinnin kaikista ulottuvuuksista. Tätä tukee myös Beata Frankenhaeuserin (2014) näkemys psyykkisesti sairaan ihmisen toipumista edesauttavista tekijöistä, joihin kuuluvat riittävät materiaaliset ja taloudelliset resurssit, merkitykselliset ihmissuhteet, yhteisöihin kuuluminen, psykososiaalinen tuki, käytännön apu, vertaistuki ja tärkeimpänä toivo. Ihmiset arvostavat eniten tasavertaista hoitosuhdetta, jossa he saavat tulla nähdyksi kokonaisuutena. (Emt., 68.)

Jäin pohtimaan myös sitä, miten psykiatrialla tapahtuva ammattilaisten työnkuvien kirkastaminen vaikuttaa potilaiden palveluiden laatuun. Kun ammattilaisten osaaminen on entistä spesifimpää, kasvaa riski sille, että eri ammattilaisten tietoja, taitoja ja osaamista ei osata käyttää tai alikäytetään ja potilaiden haastavat tilanteet pilkotaan osiin, joista jokaista hoitaa eri asiantuntija. Harva etenkin psyykkisesti sairas ihminen jaksaa kertoa elämäntarinaansa aina vain uusille ammattilaisille, kun luottamussuhteen luominen yhteenkin voi olla vaativa ja aikaa vievä ponnistus. Ammattilaiset voivat puolestaan turhautua siihen, että he eivät pääse tekemään työtä parhaaksi katsomallaan tavalla, oman ammattitaitonsa ja -etiikkansa mukaisesti. Työnkuvien kapeutuminen voi johtaa, ja on kenties jo osittain johtanutkin siihen, että tiettyjä uusia asioita ei haluta opetella, koska ne kuuluvat jonkun toisen tontille. Minulle herää kysymys siitä, kuka ottaa vastuun koko prosessin sujuvuudesta vai ottaako kukaan.

Tässä tutkielmassa olen kiinnittänyt erityisen tarkasti huomiota tutkielmani asianmukaiseen raportointiin, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja tutkijana tekemiäni valintoja. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteistä ohjeistusta tai sääntöä. Luotettavuutta arvioidessa voidaan tarkastella tutkimuksessa tehtyjä valintoja ja niiden perusteluja. Lukija voi esimerkiksi esittää tutkimukselle kysymyksiä, kuten mikä tutkimuskohde on ja miksi sitä tutkitaan, millaisia sitoumuksia tutkijalla on nimenomaisessa tutkimuksessa, miten aineisto on kerätty ja keitä on valittu antamaan tietoa ja miksi. Lisäksi hän voi havainnoida, mikä on tutkijan ja tiedonantajien välinen suhde, mikä oli tutkimuksen tekemisen aikataulu, millä tavalla

aineiston analyysi toteutettiin ja mitkä seikat tekevät tutkimusraportista luotettavan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 121–122.)

Sosiaalityössä ja aikuispsykiatrialla tapahtuneet muutokset maalaavat huolestuttavaa kuvaa psykiatrian nykytilanteesta ja tulevaisuudesta, mutta ne tarjoavat toisaalta mahdollisuuksia jatkotutkimukselle ja psykiatrisen sosiaalityön kehittämiseksi. Psykiatrian kriisiä Suomessa olisi mielestäni ehdottoman tärkeää tutkia, jotta siihen löytyisi toimivia ratkaisukeinoja. Muita mielenkiintoisia jatkotutkimuksen aiheita olisi aikuispsykiatrisen sosiaalityön ja aikuissosiaalityön välisen yhteistyön tutkiminen. Miten psyykkisesti sairastuneiden asioissa tehdään yhteistyötä, millaiset käytännöt tukevat sitä, ja millaisia estäviä tekijöitä siihen liittyy? Mielenkiintoista olisi myös tehdä vertaileva kansallinen kyselytutkimus aikuispsykiatrian sosiaalityöntekijöiden paikan, arvostuksen ja asettumisen kokemuksista.

## Lähdeluettelo

Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.

Abendstern, Michele & Hughes, Jane & Wilberforce, Mark & Davies, Karen & Pitts, Rosa & Batool, Saqpa & Robinson, Catherine & Challis, David (2021) Perceptions of the social worker role in adult community mental health teams in England. *Qualitative social work: research and practice*. 20 (3), 773–791.

Ali, Behiye & Staniforth, Barbara & Adamson, Carole (2021) Reflecting on lived experience: Suicide prevention and the importance of social work in mental health. *Aotearoa New Zealand Social Work*. 33(2), 6–18.

Bergström, Tomi (2022) *Mieletön häiriö: Psykiatrian ongelma ja sen ratkaisu*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Bronstein, Laura (2003) A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306.

Davies, James (2014) *Hajalla: Onneton totuus psykiatrian nykytilasta*. Helsinki: Basam Books.

Deacon, Brett J. (2013) The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 33, 846–861.

Degerman, Risto (2023) Pohjois-Pohjanmaalla ollaan aikaistamassa potilaspaiikkojen karsintaa – työntekijäpula on sulkemassa Vaalassa vuodeosaston jo keväällä. *Yle-uutiset*. 1.3.2023. <https://yle.fi/a/74-20020393> [Viitattu 30.3.2023]

Engel, George L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. Jyväskylä: Ps-Kustannus. 64–72.

Goffman, Erving (2012) *Vuorovaikutuksen sosiologia*. Tampere: Vastapaino.

Harjula, Minna (2015) *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystalvet Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.

Hautamäki, Lotta & Hélen, Ilpo & Kanula, Saara (2011) Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Ilpo Hélen (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino. 70–110.

Hélen, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseseen soseaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Hélen (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino. 11–69.

Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (1997) *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Horwitz, Allan V. & Wakefield, Jerome C. (2007) *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Huhtinen, Aki-Mauri & Tuominen, Juha (2020) *Fenomenologia. Ihmisten kokemukset tutkimuksen kohteena*. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus. 286–298.
- Hurme, Anu (2023) *Epäonninen uudistus oli viimeinen niitti – työntekijät pakenevat TAYS:in aikuispsykiatrialta*. Yle-uutiset. 16.3.2023. <https://yle.fi/a/74-20022201> [Viitattu 30.3.2023]
- Hyvärinen, Matti (2017) *Haastattelun maailma*. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvuori (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino. 9–38.
- Isoherranen, Kaarina (2002) *Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla – tutkimustuloksia ja pohdintaa*. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja*. 3(2), 145–50.
- Jokinen, Arja (2014) *Laadullisen tutkimuksen viitekehykset*. Teoksessa Kirsi Günther & Kirsi Hasanen (toim.) *Laadullinen tutkimus*. *Moodleverkkokirja*. [Viitattu 30.3.2023.]
- Juhila, Kirsi (2018) *Aika, paikka ja sosiaalityö*. Tampere: Vastapaino.
- Juvonen, Tuula (2017) *Sisäpiirihaastattelu*. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvuori (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino. 344–355.
- Kananoja, Aulikki (2017) *Sosiaalityö terveydenhuollossa*. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma. 347–356.
- Kananoja, Aulikki (1978) *Sosiaalityö ja sosiaalinen huolto*. Teoksessa Yrjö Alanen, Erik Anttinen, Jarkko Eskola, Raimo Miettinen, Jaakko Suominen & Vappu Taipale (toim.) *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi. 367–372.
- Kekoni, Taru & Mönkkönen, Kaarina & Hujala, Anneli & Laulainen, Sanna & Hirvonen, Jukka (2019) *Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä*. Teoksessa Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus. 12–32.
- Kela (2019) *Mielenterveyden häiriöt ohittivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sairauspoissaolopäivien määrässä*. [Viitattu 10.10.2022.]
- Kivimäki, Ville (2019) *Reittejä kokemushistoriaan. Menneisyyden kokemus yksilön ja yhteisön vuorovaikutuksessa*. Teoksessa Johanna Annola & Ville Kivimäki & Antti Malinen (toim.) *Eletty historia. Kokemus näkökulmana menneisyyteen*. Tampere: Vastapaino. 9–38.
- Korpela, Rauni (2014) *Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen*. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Ps-Kustannus. 118–141.
- Lahelma, Eero (2003) *Medikalisaation juurilta nykypäivään*. *Duodecim* 119, 1863–1869.

Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: Ps-Kustannus. 26–31.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Lehtonen, Johannes (1978) Mielenterveyden olemus. Teoksessa Yrjö Alanen, Erik Anttinen, Jarkko Eskola, Raimo Miettinen, Jaakko Suominen & Vappu Taipale (toim.) Sosiaalipsykiaatria. Helsinki: Tammi. 21–29.

Lönnqvist, Jouko (2021) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 18–67.

Lönnqvist, Jouko & Pirkola, Sami (2021) Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 876–898.

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampere: Tampere University Press.

Mielenterveyspooli (2021) Mielenterveyspoolin sote-lausunto eduskunnalle 2021. <https://mielenterveyspooli.fi/mielenterveyspoolin-sote-lausunto-2021/> [Viitattu 18.11.2022.]

Moreno, Jacob Levy & Fox, Jonathan (1987) The essential moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity. New York: Springer Publishing Company.

Myllykangas, Markku & Tuomainen, Tomi-Pekka (2010) Pharmageddon: Näin sairausteollisuus tekee meistä kipeitä. Helsinki: WSOY.

Mönkkönen, Kaarina (2018) Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus.

Nathan, Jack & Webber, Martin (2010) Mental Health Social Work and The Bureau-Medicalisation Of Mental Health Care: Identity In A Changing World, Journal of Social Work Practice, 24:1, 15-28.

Nivala, Jani (2023) Helsinki lakkauttaa viimeisen psykiatrisen avo-osaston – järjestö: ”Tuntuu rajulta”. Yle-uutiset. 29.3.2023. <https://yle.fi/a/74-20023446> [Viitattu 30.3.2023]

O'Brien, Ann-Marie & Calderwood, Kimberly A. (2010) Living in the Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work. Social Work in Mental Health. 8(4), 319–335.

Ojala, Sirpa (2007) Sosiaalityöntekijänä psykiatrisessa sairaalassa. Teoksessa Mirja Satka & Anja Auvinen & Sulo Aho & Helena Jaakkola (toim.) Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. Jyväskylä: PS-kustannus. 144–148.

Pietikäinen, Petteri (2013) Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus.



Puusa, Anu (2020) Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. 141–152.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2022) Kotikäänne: Hyvinvointipalveluiden ja -työn muutos. Teoksessa Suvi Raitakari & Kirsi Günther & Jenni-Mari Räsänen (toim.) Koti, hyvinvointityö ja haavoittuvuus. Tampere: Tampere University Press. 25–58.

Romppainen, Helinä (2007) Sosiaalityöntekijänä mielenterveystyön avohoidossa. Teoksessa Mirja Satka & Anja Auvinen & Sulo Aho & Helena Jaakkola (toim.) Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. Jyväskylä: PS-kustannus. 152–154.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2005) Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Ryan, Martin & Healy, Bill & Renouf, Noel (2004) Doing It Well: An empirical study of expertise in mental health social work, *Social Work in Mental Health*. 2:(2–3), 21–37.

Satka, Mirja (1994) Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa Jouko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen (toim.) Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 261–340.

Satka, Mirja & Rauhala, Pirkko-Liisa & Moilanen, Johanna & Pohjola, Anneli & Isokuorti, Nanne (2023) Johdanto: Sosiaalityön tieteenalan rakentamisen monet kontekstit. Teoksessa Mirja Satka & Johanna Moilanen & Anneli Pohjola & Pirkko-Liisa Rauhala & Nanne Isokuorti (toim.) Sosiaalityön tieteenalaa rakentamassa. Helsinki: Huoltaja-Säätiö. 9–19.

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Suomen perustuslaki (731/1999)

Stähle, Miia & Niemi, Anu (2020) Olisiko aika vahvistaa terveysosiaalityön asemaa? <https://soteuudistus.fi/-/olisiko-aika-vahvistaa-terveysosiaalityon-asemaa> [Viitattu 31.3.2023]

Talentia (2023) Terveysosiaalityötä ei saa irrottaa terveydenhuollosta – sairaiden oikea-aikainen apu turvattava. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/terveysosiaalityota-ei-saa-irrottaa-terveydenhuollosta-sairaiden-oikea-aikainen-apu-turvattava?publisherId=69817898&releaseId=69966101&lang=fi> [Viitattu 30.3.2023]

TENK (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

TENK (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Tiirinen, Eila (2007) Sosiaalihuoltajana. Teoksessa Mirja Satka & Anja Auvinen & Sulo Aho & Helena Jaakkola (toim.) Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. Jyväskylä: PS-kustannus. 143.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

UEF (2021–2013) SosTyö TerVa Terveyssozialityön arvioinnin ja intervention vaikuttavuus näkyväksi. <https://uefconnect.uef.fi/tutkimusryhma/sostyo-terva-terveyssoialityon-arvioinnin-ja-intervention-vaikuttavuus-nakyvaksi/> [Viitattu 10.4.2023]

Ukkonen, Risto & Degerman, Risto (2023) Ruuhka vaaransi alaikäisten turvallisuuden nuorisopsykiatrian osastolla Oulussa, epäilee avi. Yle-uutiset. 24.3.2023. <https://yle.fi/a/74-20024018> [Viitattu 30.3.2023]

Urponen, Kyösti (1994) Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa Jouko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen (toim.) Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 163–260.

Valtioneuvosto (2022) Mikä sote-uudistus? <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti-> [Viitattu 10.10.2022]

Valtioneuvosto (2016) Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. Helsinki.

Valtioneuvosto. Mikä on hyvinvointialue? <https://soteuudistus.fi/mika-on-hyvinvointialue> [Viitattu 31.3.2023]

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki.

Wilberforce, Mark & Abendstern, Michele & Batoool, Saqba & Boland, Jennifer & Challis, David & Christian, John & Hughes, Jane & Kinder, Phil & Lake-Jones, Paul & Mistry, Manoj & Pitts, Rosa & Roberts, Doreen (2020) What Do Service Users Want from Mental Health Social Work? A Best–Worst Scaling Analysis. *The British journal of social work*. 50 (5), 1324–1344.

Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija (2019) Terveyssozialityö näkyväksi. Terveyssozialityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Helsingin yliopisto: Socca 2019:1.

## Liite 1. Haastattelurunko

1. Kuinka kauan olet työskennellyt aikuispsykiatrialla sosiaalityöntekijänä?
2. Kertoisitko, millaista työsi oli urasi alkuaikoina.
  - a. (Mitä siihen kuului, millaisia työtehtäviä sinulla oli, minkälaisia potilaat olivat, tehtiinkö yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa, millaista?)
3. Millaisia muutoksia olet havainnut työurasi varrella tapahtuneen?
  - a. (asiakastyössä/sosiaalityön roolissa/muissa työtehtävissä/jossain muussa?)
4. Miten sosiaalityö asettuu suhteessa muuhun psykiatrialla tehtävään työhön? Onko tässä tapahtunut muutosta vuosien saatossa?
5. Miksi sosiaalityötä tarvitaan aikuispsykiatrialla?
6. Millaisena näet ja koet sosiaalityön tulevaisuuden aikuispsykiatrialla?

## Liite 2. Haastattelukutsu

Hei!

Nimeni on Pinja Kemppi ja opiskelen Tampereen yliopistossa viidettä vuotta. Teen Pro Graduni yhteistyössä TerVa-hankkeen kanssa. Olen kiinnostunut sosiaalityön roolista aikuispsykiatrialla ja erityisesti siitä, miten se on muuttunut lähivuosina. Kiinnostukseni aiheeseen heräsi, kun työskentelin itse aikuispsykiatrisessa sosiaalityössä ja pääsin näkemään sitä kenttää sekä avopuolella että sairaalassa.

Nyt lähestyn Sinua tutkijan roolista käsin, sillä alan vuodenvaihteen jälkeen keräämään haastatteluja sekä TerVaa että omaa graduani varten ja olet suureksi ilokseni suostunut haastateltavaksi. Kiitos siitä jo etukäteen!

Haastattelut tehdään Teamsin kautta sovittuna ajankohtana ja luonnollisesti nauhoitetaan. Syntyvä aineisto anonymisoidaan, eli siitä ei voi sinua tunnistaa. Aikaa haastatteluun olisi hyvä varata noin 1,5 h, jotta ehdimme rauhassa jutella ja haastattelukysymyksiin vastaaminen on mahdollisimman mukava ja kiireetön tilanne meille molemmille.

Ohessa liitteenä tietosuojaseloste, johon voit halutessasi tutustua.

Mikä ajankohta Sinulle sopisi parhaiten aikavälillä 9.1.-30.1.2023?

Ystävällisin terveisin,  
Pinja Kemppi

## Liite 3. Tietosuojaseloste

<b>Rekisterin nimi</b>	Sosiaalityö aikuispsykiatrialla ennen ja nyt [pro gradu -tutkielma]
<b>Päiväys</b>	20.11.2022
<b>Rekisterinpitäjä(t)</b>	Pinja Kemppi, pinja.kemppi@tuni.fi
<b>Ohjaaja tai oppilaitoksen yhteyshenkilö</b>	Suvi Raitakari, <a href="mailto:suvi.raitakari@tuni.fi">suvi.raitakari@tuni.fi</a> 12/2022 asti, sen jälkeen Jenni-Mari Räsänen, jenni-mari.rasanen@tuni.fi
<b>Henkilötietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste</b>	<p>Henkilötietojasi käsitellään sosiaalityön rooliin liittyvässä opinnäytetutkimuksessa. Haastattelujen avulla pyritään selvittämään, miten sosiaalityön rooli aikuispsykiatrialla on muuttunut vuosien saatossa ja millaisena sosiaalityöntekijät kokevat nykyisen roolinsa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.</p> <p>Henkilötietojen käsittelyperusteena on:</p> <p>a) suostumus. Suostumuksen voi peruuttaa milloin tahansa. Peruuta suostumus laittamalla sähköpostia rekisterinpitäjälle, eli osoitteeseen <a href="mailto:pinja.kemppi@tuni.fi">pinja.kemppi@tuni.fi</a> JA</p> <p>b) yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus</p>
<b>Henkilötietojen säilytysaika</b>	Opinnäytteen valmistuttua henkilötiedot tuhotaan ja aineisto siirtyy osaksi SosTyö TerVa-hanketta.*
<b>Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nimitiedot</li> <li>- Yhteystiedot (puhelinnumero, sähköpostiosoite)</li> <li>- Haastattelun tietosisältö/ kyselylomakkeella kerättävät tiedot</li> </ul> <p>Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään.</p>
<b>Rekisteröidyn oikeudet</b>	Tietosuojalainsäädännön mukaisesti sinulle kuuluu oikeus saada pääsy tietoihin, oikaista tietoja, oikeus tietojen poistamiseen (oikeus tulla unohdetuksi), rajoittaa tietojen käsittelyä ja vastustaa henkilötietojen käsittelyä. Jos haluat käyttää jotain oikeuttasi, ota yhteys rekisterinpitäjään.
<b>Oikeus valittaa viranomaiselle</b>	Sinulla on oikeus tehdä valitus henkilötietojen käsittelyä valvovalle viranomaiselle, jos epäilet henkilötietojasi käsiteltävän vastoin tietosuojalainsäädäntöä: tietosuoja.fi, puh: 0295666700, sähköposti: <a href="mailto:tietosuoja@om.fi">tietosuoja@om.fi</a>
<b>Henkilötietojen vastaanottajat</b>	Henkilötietojasi ei luovuteta ulkopuolisille.
<b>Rekisterin suojauksen periaatteet</b>	Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasanalla ja siihen liittyy kaksivaiheinen käyttäjän tunnistus (MFA). Aineisto säilytetään Tampereen yliopiston pilvipalvelussa tämän pro gradu -tutkielman tekemisen ajan, jonka jälkeen se siirtyy TerVa-hankkeen aineistoksi.* Aineistosta poistetaan suorat tunnistetiedot.

\*Huom! Tämä muuttui tutkimuksen kuluessa. Henkilötiedot tuhottiin tutkielman valmistumisen jälkeen ja tässä tutkimuksessa kerätty aineisto myös.